

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ



INFO-MED

Tipul de publicație - științifică /Categorია C/
Hotărîrea CSPSDT a AȘM din 30.04.2009 nr.61

APARE
SEMESTRIAL

2

(20)

2012

- ⇒ **Oncologie**
- ⇒ **Medicină internă**
- ⇒ **Traumatologie
și ortopedie**
- ⇒ **Medicină socială
și Management**



Un An Nou Fericit!



La mulți ani cu sănătate în 2013!

**Să vă dea Domnul de toate, poate-un strop de
fericire, poate unul de iubire, poate unul de noroc,
poate toate la un loc!**

LA MULȚI ȘI FERICIȚI ANI!

Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori Gh. ROTARU, Șt. GAȚCAN
Asistenți ai redactorului L. MUNTEANU, St. ȚURCAN, V. CARAUȘ
Redactor tehnic L. AXINTE
Asistent V. ȘVEȚ

Colegiul de redacție:

I. ABABII, Chișinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chișinău, RM
Gh. ȚÎBÎRNĂ, Chișinău, RM
C. EȚCO, Chișinău, RM
D. TINTIUC, Chișinău, RM
M. CECAN, Chișinău, RM
M. MAGDEI, Chișinău, RM
V. FRIPTU, Chișinău, RM
M. BULANOV, Moscova, Rusia
M. NECHIFOR, Iași, România
A. PETROPOULUS, Grecia
I. COCUBO, Japonia
Vadim COJOCARU, Chișinău, RM
Victor COJOCARU, Chișinău, RM
A. TESTEMIȚANU, Chișinău, RM
I. CORCIMARU, Chișinău, RM
D. SOFRONI, Chișinău, RM
S. SOFRONIE, România
E. DIUG, Chișinău, RM
S. GROPPA, Chișinău, RM
V. BOTNARU, Chișinău, RM
C. ANDRIUȚA, Chișinău, RM
A. CERNÎI, Chișinău, RM
Gh. MUȘET, Chișinău, RM
V. BAIRAC, Chișinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia
V. PUȘKARIOV, Kiev, Ucraina
E. GUDUMAC, Chișinău, RM
V. CAZACOV, Chișinău, RM
Gr. CHETRARI, Bălți, RM
N. TARAN, Chișinău, RM
V. GHICAVÎI, Chișinău, RM
V. HOTINEANU, Chișinău, RM
V. CIBOTARU, Chișinău, RM
V. SAVIN, Chișinău, RM
T. ȚÎRDEA, Chișinău, RM
A. SAULEA, Chișinău, RM
St. ȚURCAN, Chișinău, RM
Iu. TITOV, Moscova, Rusia
I. CUVȘINOV, Chișinău, RM
N. CAPROȘ, Chișinău, RM
T. VASILIEV, Chișinău, RM
N. GHIDIRIM, Chișinău, RM
A. TÂNASE, Chișinău, RM
Gr. ZAPUHLÎH, Chișinău, RM
S. ȘTEPA, Chișinău, RM
A. BOUR, Chișinău, RM
N. GLADUN, Chișinău, RM
D. CROITORU, Chișinău, RM
V. CERNAT, Chișinău, RM
L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi
I. ARTENI, Chișinău, RM

Adresa redacției:

MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie, et.5
prof. univ. Ion Mereuță, tel. 85.24.14
www.ionmereuta.md, e-mail: info@ionmereuta.md

Rechizite bancare:

BC "Mobiasbanc"
Filiala nr.4
cod fiscal 39644014
cod bancar MOBBMD 22810
cod de decontare 22240014984654

CUPRINS
CONTENTS

<i>Ion MEREUȚĂ</i> „CU PRIVIRE LA MECANISMELE DE FINANȚARE A SPITALELOR: CAZ TRATAT, BUGET GLOBAL, CHM, PMSI, DRG” CONCEPTUL DGO (DRG- ONCOLOGIE)	3	<i>Ion MEREUTA</i> VIEWPOINTS ON THE FINANCING MECHANISMS OF HOSPITALS: TREATED CASE, GLOBAL BUDGET, DIAGNOSIS RELATED GROUPS
<i>Doina Barba, Nicolae Bodrug, Lucia Andries, Ludmila David, Viorel Istrate, Mariana Negrean, Svetlana Nichita, Adriana Botezatu</i> ESTIMAREA EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI COMPLEX AL URTICARIEI CRONICE RECIDIVANTE ASOCIATE HEPATITEI CRONICE CU UTILIZAREA IMUNOMODULATORULUI POLIOXODONIU	28	<i>Doina Barba, Nicolae Bodrug, Lucia Andries, Ludmila David, Viorel Istrate, Mariana Negrean, Svetlana Nichita, Adriana Botezatu</i> EFFICACY OF THE IMMUNOMODULATOR POLIOXODONIUM IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT URTICARIA ASSOCIATED WITH CHRONIC HEPATITIS
<i>Andrei OLARU, Nicolae CAPROȘ, Ion MEREUȚĂ</i> VIZIUNI CONCEPTUALE ÎN PATOGENEZA DISEMINĂRII METASTATICE ÎN COLOANA VERTEBRALĂ (<i>Studiu bibliografic</i>)	31	<i>Andrei OLARU, Nicolae CAPROȘ, Ion MEREUTA</i> CONCEPTUAL VIEWS IN THE PATHOGENESIS OF METASTATIC VERTEBRAL DISSEMINATION
<i>Iulian Turcanu</i> PLASTIA DEFECTELOR PIELII ȘI ȚESUTURILOR MOI ALE REGIUNII FACIALE	34	<i>Iulian Turcanu</i> PLASTIC RECONSTRUCTION OF SKIN AND SOFT TISSUE DEFECTS IN THE FACIAL REGION
<i>Duda Boris, Ghidirim Nicolae</i> METODA MINIM INVAZIVĂ ECOGHIDATĂ DE DERIVAȚIE URINARĂ SUPRAVEZICALĂ LA PACIENȚII CU CANCER VEZICAL AVANSAT	38	<i>Duda Boris, Ghidirim Nicolae</i> MINIMALLY INVAZIVE ULTRASOUND-GUIDED SUPRAVESICAL DIVERSION IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED BLADDER TUMORS
<i>V.Rudic, Ivana Clipca</i> APLICAREA PREPARATULUI BioR PENTRU DIMINUAREA TOXICITĂȚII TRATAMENTULUI CITOSTATIC	39	<i>V.Rudic, Ivana Clipca</i> THE USE OF THE REMEDY BioR TO DECREASE THE TOXICITY OF CYTOSTATIC TREATMENT
<i>Valeriu Rudic, Vlada-Tatiana Dumbrava, Iuliana Lupașcu, Adela Turcanu</i> BioR - UN HEPATOPROTECTOR AUTOHTON	43	<i>Valeriu Rudic, Vlada-Tatiana Dumbrava, Iuliana Lupascu, Adela Turcanu</i> BioR - A LOCAL HEPATOPROTECTIVE REMEDY
<i>V. Palade, V. Cernaț, M. Gabunea, G. Țibîrnă, I. Turcanu</i> DINAMICA INCIDENȚEI MELANOMULUI MALIGN ÎN REPUBLICA MOLDOVA	48	<i>V. Palade, V. Cernaț, M. Gabunea, G. Tibirna, I. Turcanu</i> INCIDENCE RATE OF MALIGNANT MELANOMA IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA
<i>Nicolae Bodrug, Doina Barba, Anatol Negară, Mariana Negrean, Svetlana Nichita, Ludmila David Olga Maniuc, Adriana Botezatu</i> EFICACITATEA TRATAMENTULUI COMPLEX CU OZONOTERAPIE LA PACIENȚII VÂRSTNICI ÎN ASOCIERE CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ	51	<i>Nicolae Bodrug, Doina Barba, Anatol Negara, Mariana Negrean, Svetlana Nichita, Ludmila David Olga Maniuc, Adriana Botezatu</i> EVALUATION OF CLINICAL EFFECTIVENESS OF OZONE THERAPY IN PATIENTS WITH CARDIAC FAILURE AT ELDER AGE GROUPS
<i>Moraru Lilia</i> ASPECTE SOCIALE ÎN PROTECȚIA MAMEI ȘI COPILULUI	55	<i>Moraru Lilia</i> SOCIAL ASPECTS IN MOTHER AND CHILD PROTECTION
<i>Ion Mereuță</i> ACTIVITATEA ȘTIINȚIFICĂ, INOVAȚIONALĂ ȘI MANAGERIALĂ A LĂBORATORULUI ȘTIINȚIFIC “ONCOLOGIE GENERALĂ ȘI ATI” A IMSP IOM ÎN PERIOADA 2007-2012”	59	<i>Ion Mereuta</i> SCIENTIFIC, INNOVATIVE AND MANAGERIAL ACTIVITY OF THE SCIENTIFIC LABORATORY “GENERAL ONCOLOGY AND AIT” OF THE INSTITUTE OF ONCOLOGY DURING THE PERIOD 2007-2012
IN MEMORIAM Victor CEBOTARU	66	IN MEMORIAM Victor CEBOTARU
CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR	68	PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Articolele au fost recenzate de specialiști de notorietate din domeniu

Prof. univ. Ion MEREUȚĂ

**„CU PRIVIRE LA MECANISMELE DE FINANȚARE A SPITALELOR:
CAZ TRATAT, BUGET GLOBAL, CHM, PMSI, DRG”
CONCEPTUL DGO (DRG- ONCOLOGIE)**

It would be optimal for the oncological system to exclude the patients with malignant tumors from the insurance system. Care for oncological patients with histologically confirmed diagnosis should be provided from the state budget. Criteria of grouping the diseases, currently proposed by the National Company of Insurance in Medicine, are not very appropriate for the oncological service, because they distort sometimes the oncological canons. I deem it necessary to use the criteria based on national DRG system, only after introducing a new compartment for benign tumors, called “DRG - Oncology” (DGO). The diagnosis groups (1 - skin, 2 - soft tissues, 3 - bones, etc.) and tumors should be grouped with TDR index, where T stands for groups of benign tumors of an organ, D-elements of diagnosis and treatment, R-level of medical risks. Remunerations based on DRG seems to have a proper perspective for the Republic of Moldova, although it is very expensive. The development of a national version of DRG is a very difficult and painstaking job, requiring special-purpose state subsidies for the implementation of computer technologies, able to calculate the cost of medical services based on DRG. It should be noted that the practical implementation of these technologies will contribute to a faster transition of the national health care system to the medical insurance system. Financing mechanisms of DRG social disease hospitals should be argued, otherwise, they can lead to bankruptcy. It is necessary to determine the specific costs for diagnosis and treatment malignant and benign tumors, in outpatient and inpatient.

Key words: DRG – Oncology, national DRG system, state budget, financing social disease.

Pentru evidențierea principiilor manageriale și financiare la începutul anului 1994, ulterior în 2000, 2001, 2003, 2004, 2006, 2012 am efectuat studii în domeniul analizei comparative internaționale a sistemelor de sănătate, care au avut drept scop și determinarea tendințelor evoluției asigurărilor medicale în țările dezvoltate pentru a propune unele modalități concrete de dezvoltare a sistemului național de asigurări în sănătate, a mecanismelor de finanțare a serviciilor medicale în condițiile asigurărilor.

Pentru a efectua studiul, ne-am propus următoarele sarcini:

1. Analiza tendințelor în domeniul asigurărilor medicale și a medicinei private în așa țări dezvoltate cum sunt Japonia, SUA, Anglia, Germania, Franța și Suedia.

2. Determinarea tipului, obiectivelor, surselor de finanțare, caracterului, modului de alegere a medicului și spitalului, condițiilor de organizare și specificului politicii naționale în domeniul asigurărilor medicale în țările menționate.

3. Definirea pronosticului celor mai optime modalități de evoluție a sistemului național de asigurări medicale în Republica Moldova în baza experienței mondiale acumulate de țările dezvoltate.

Studiile s-au realizat în baza analizei unor surse științifice, proiectării tabelelor proprii și analizei lor științifice.

Din tabelul 1, se relevă că tipul prevalent al sistemului de asigurare medicală în țările dezvoltate s-a dovedit a fi asigurarea socială. În baza experienței țărilor dezvoltate din lume, se

Tabelul 1

Tipurile sistemelor de asigurare medicală în țările dezvoltate din lume

<i>Țara</i>	<i>Tipul sistemului de asigurare medical</i>	<i>Prevalează</i>
Japonia	Asigurări sociale	#
SUA	Asigurări sociale benevole medicale	#
Anglia	Serviciul de sănătate (ajutor medical) Asigurări sociale (ajutor în bani)	
Germania	Asigurări sociale	#
Franța	Asigurări sociale	#
Suedia	Serviciul de sănătate (ajutoare spitalicești) Asigurări sociale (de ambulator, ajutoare în bani)	
Moldova (pronostic)	Asigurări sociale (medicale)	

poate conchide că modelul optimal al sistemului de asigurare de sănătate ar fi modelul asigurării de sănătate, ca parte a asigurărilor sociale. Un astfel de model se bazează pe următoarele principii:

1. Asocierea asigurărilor obligatorii și a celor facultative (benevole).

2. Prevalarea asigurărilor colective în raport cu cele individuale.

3. Diferențierea funcțiilor între finanțarea bugetară și cea extrabugetară a asigurărilor de sănătate.

4. Alegerea liberă a medicului și instituției medicale.

Tabelul 2

Obiectele asigurării medicale în țările din lume

<i>Țara</i>	<i>Obiectele asigurării medicale</i>
Japonia	<u>I. Asigurarea de sănătate națională</u> 1. Toată populația 2. Pensionarii P <u>II. Asigurarea de sănătate</u> 1. Toți lucrătorii 2. Colaboratorii netitulari
SUA	1. Pensionarii în vârstă de peste 65 ani SUA 2. Invalizii 3. Persoanele cu afecțiuni cronice din copilărie
Anglia	<u>I. Serviciul de sănătate</u> 1. De ajutor medical beneficiază toți cetățenii britanici, care locuiesc în țară 2. De ajutor bănesc beneficiază lucrătorii angajați și particularii
Germania	1. Toată populația 2. Fermierii — 93% din populație <i>Notă: Nu sunt asigurate persoanele cu un venit mare (54.000 mărci și mai mult pe an)</i>
Franța	1. Toată populația Franței 2. Lucrătorii agricoli 3. Lucrătorii particulari
Suedia	1. De ajutor medical beneficiază toți cetățenii Suediei 2. Ajutoare bănești se acordă lucrătorilor cu un venit anual de minimum 6.000 mărci și gospodinelor

Tabelul 3

Denumirea sistemelor de asigurare medicală (Mereuță I., 1994, 2000)

<i>Tara</i>	<i>Denumirea sistemelor de asigurare medicală</i>
Japonia	1. Asigurare de sănătate guvernamentală
SUA	1. Asigurare de sănătate pentru senili (Medicare) 2. Asigurare spitalicească (Medicaid) pentru invalizi și handicapați 3. Asigurare medicală suplimentară
Anglia	1. Serviciul de sănătate național (responsabil de distribuirea ajutoarelor medicale) 2. Asigurare națională (responsabilitatea de distribuirea ajutoarelor bănești)
Germania	1. Sistemul general de asigurări în caz de boală
Franța	1. Sistem general
Suedia	1. Serviciul de sănătate național (responsabil de distribuirea ajutoarelor medicale) 2. Asigurări naționale
Moldova (pronostic)	Asigurare de sănătate națională

Analizînd obiectele de asigurare este necesar de remarcat că, în țările dezvoltate, ele sunt variate (tabelul 2). Concomitent, se poate evidenția o legitate. De regulă, contingentul principal al asigurărilor de sănătate de stat îl constituie populația neîncadrată în cîmpul muncii, în special, pensionarii. Populația muncitoare și lucrătorii angajați particular sunt asigurați de către patron (proprietarul întreprinderii), cu achitarea unor ajutoare bănești în cazuri de boală, în baza experienței prezentate, este oportună clasificarea totalității de obiecte ale asigurării de sănătate în Republica Moldova în 2 grupuri:

1) grupul 1 — elevi și studenți, invalizi, pensionari, familii unipolare și cu mulți copii, lucrători ai instituțiilor bugetare și membrii familiilor lor (copii pînă la 18 ani și soț neîncadrat în cîmpul muncii), militari activi;

2) grupul 2 — lucrători ai întreprinderilor, lucrători angajați particulari.

Drept criteriu al unei astfel de clasificări servește sursa de finanțare a acestor categorii. Bugetul va constitui sursa de finanțare a categoriilor din grupul 1 și fondurile întreprinderilor — ale categoriilor din grupul 2.

Din tabelul 3, reiese că, în Japonia, Anglia, Germania, Franța și Suedia, denumirile sistemelor de asigurare medicală reflectă caracterul statal al reglării acestui mod de asigurare, în SUA denumirea asigurărilor

medicale reflectă sau obiectul (de exemplu, senili), sau tipul asigurării (de exemplu, asigurările spitalicești). Avînd în vedere experiența țărilor dezvoltate, pentru Republica Moldova optimă ar fi reglarea sistemului de asigurare medicală la nivel statal. Astfel se poate conchide că un așa sistem s-ar defini: „Asigurare de sănătate națională”.

Astfel, datele prezentate în tabel atestă că cel mai adecvat model pentru Republica Moldova ar fi modelul de finanțare a asigurării medicale de tip englez. Primo, ocrotirea sănătății în Anglia este de stat. Secundo, în Anglia, deopotrivă cu asigurarea de stat, există și asigurarea privată (comercială) de sănătate. În tabelul, 29 se relevă că cheltuielile pentru asigurările medicale sunt suportate de stat, cît și de persoana asigurată. Totodată, după cota-parte a mijloacelor investite pe primul loc se plasează statul, pe 2—lucrătorul, pe 3 — persoana asigurată. Pornind de la aceasta, în Republica Moldova, optimală ar fi finanțarea asigurării medicale în proporții de: 85% din cheltuielile Fondului Național de asigurări — de către stat; 10-12% din venit — de la patron și 4-10% din venit — de la persoana asigurată (*И.Е.Мереуцэ «Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова», 1994 г.*).

Este necesar de remarcat că aceștia sunt indicatori preliminări, care pot deveni puncte de

Tabelul 4

Sursele de finanțare a sistemelor de asigurare medicală (Mereuță I., 1994, 2000)

Țara	Finanțarea	
	Sursa	Cuantumul
Japonia	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	4,15% din venitul mediu lunar + 0,3% bonusuri. 16,4% din cheltuielile pentru asigurarea ajutoarelor + 0,2% bonusuri 50% din cheltuielile pentru ajutoare
SUA	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	1,45% din venit (limita 48.000 dolari), lunar - 31,9 dolari 1,45% din venit (limita 48.000 dolari), lunar - 31,9 dolari Lipsește
Anglia	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	5,9% din venit (pînă la 325 funți/săptămînal) 5-10,45% din venit (pînă la 325 funți săptămînal) 85% din cheltuielile serviciului național de sănătate
Germania	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	În medie, 6-7% din venit În medie, 6-7% din venit Lipsește
Franța	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	În medie, 5-6% din venitul total În medie, 12-13% din venitul total Lipsește
Suedia	1. Persoana asigurată 2. Lucrătorul 3. Statul	Lipsește (în cazul persoanei bugetare) 10-11 % (în cazul persoanei particulare) 10-11% din cîștigul total 1. Toate cheltuielile sunt acoperite de autoritățile locale 2. 15% din cheltuielile pentru asigurările de sănătate
Moldova (pronostic)	1. Pers. asig. 2. Lucrătorul 3. Statul	4-10% din venit 85% din cheltuielile Fondului Național de asigurări

reper pentru formarea Fondului Național de asigurare de sănătate, în procesul evoluției sistemului de asigurare medicală ei pot fi rectificați în funcție de evoluția (ameliorarea) situației economice în republică.

Din sinteza ce urmează, se poate evidenția că alegerea liberă a medicului pentru asistența de ambulator constituie principiul dominant în condițiile medicinei de asigurări în țările dezvoltate din lume. Totodată, este necesar de remarcat că medicii care acordă consultații în policlinică activează, în general, conform sistemului de

retribuire în acord. Ultima depinde de calitatea serviciilor prestate pacientului de către medic. Fiecare gen de serviciu medical se estimează cu un anumit scor, corespunzîndu-i și o anumită sumă de bani. Evoluția sistemului de asigurare medicală în Moldova contribuie la dreptul pacientului de a alege liber medicul. Totodată, remunerarea medicului trebuie să depindă de genul serviciului medical, care trebuie să fie tarificat printr-un anumit scor.

Analizînd datele literaturii, se constată că cea mai favorabilă modalitate de alegere a spitalului pentru

pacient este alegerea liberă a acestei instituții. Totodată, aceasta se atestă numai în Japonia, una din cele mai prospere țări. În SUA, Anglia, Germania, Franța, spitalele primesc pacienții conform biletelor de trimitere ale medicilor (de stat, de familie, particulari). Pentru Moldova, în condițiile actuale, ultima variantă este cea mai acceptabilă.

În tabelul 5, se atestă că libertatea deschiderii unei practici curative particulare constituie o condiție favorabilă pentru evoluția medicinei de asigurare. Analiza corelației asistenței medicale de stat și particulare evidențiază legitatea următoare: cu cât este mai prosperă țara, cu atât este mai major rolul asistenței medicale particulare. Astfel, în Japonia și în SUA, asistența medicală privată constituie 66-68%, în Germania și în Franța — 35-50%. Avînd în vedere experiența Germaniei și Franței și nivelul de dezvoltare al acestor țări, pentru Republica Moldova este oportună următoarea corelație a asistenței medicale: de stat — 65%, particulară

necomercială — 20%, particulară comercială — 15%. Pe măsura evoluției sistemului de asigurare medicală, corelația cotelor-parte prezentate poate să se modifice în direcția majorării cotei-părți a sectorului privat al asistenței medicale (*I. Mereuță. Sistemele sănătății în țările Uniunii Europene. Chișinău, 1996*).

Tabelul 6 reprezintă analiza comparativă a politicii diferitelor țări în domeniul asigurărilor medicale și pronosticul strategiei politice pentru Republica Moldova.

O problemă importantă este finanțarea spitalelor. Managementul financiar depinde de forma de proprietate a instituției medicale.

În diferite țări europene sectorul privat de spitalizare reprezintă 30-35% din ansamblul de paturi spitalicești.

El regroupează instituțiile comerciale și necomerciale, ambele avînd drept privat. Însă, coexistă și alte forme juridice: asociații, societăți civile medii, societăți anonime, etc.

Tabelul 5

Condițiile organizării medicinei de asigurări* (Mereuță I., 1994, 2000)

<i>Țara</i>	<i>Deschiderea activității proprii</i>	<i>Corelația asistenței medicale de stat și particulare</i>
Japonia	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 34% particulară — 66%
SUA	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 32% particulară necomercială — 51% particulară comercială — 17%
Anglia	Asociația medicilor de familie efectuează expertiza și acordă autorizație pentru exercitarea practicii particulare	Asistență: de stat — 97% particulară necomercială — 3%
Germania	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 50% particulară necomercială — 35% particulară comercială — 15%
Franța	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistență: de stat — 65% particulară necomercială — 16% particulară comercială — 19%
Moldova (pronostic)	Libertatea deschiderii practicii particulare	Asistența: de stat — 65% particulară necomercială — 20% particulară comercială — 15%

Tabelul 6

Politica în domeniul asigurării medicale (Mereuță I., 1994, 2000)

<i>Țara</i>	<i>Strategia politică</i>
Suedia	1. Majorarea contribuției pacientului pentru examenul medical, vizita la domiciliu a medicului, pentru cumpărarea medicamentelor, serviciilor stomatologului. 2. Planificarea guvernamentală a asigurării medicale și distribuire optimală a resurselor financiare și umane : — reducerea numărului paturilor pentru afecțiunile obișnuite și mărirea numărului de paturi pentru afecțiunile cu evoluție îndelungată; — extinderea serviciilor prestate la domiciliu; — extinderea serviciilor prestate în ambulatoriu.
Moldova	Pronosticul strategiei politice: 1. Adoptarea Legii cu privire la asigurarea medicală. 2. Elaborarea și implementarea versiunii naționale a DRG-PPS. 3. Calcularea coeficientului majorării costului serviciilor medicale și cheltuielilor aferente de spitalizare. 4. Stimularea concurenței între spitale prin compararea tarifelor pentru serviciile prestate. 5. Reducerea numărului paturilor pentru bolnavii obișnuiți și mărirea numărului de paturi pentru bolnavii cu afecțiuni cu o evoluție îndelungată. 6. Elaborarea „Fișei de asigurare” pentru distribuire întemeiată a utilajului medical. 7. Extinderea asistenței la domiciliu cu achitarea conform asigurării asistenței medicale externe. 8. Introducerea achitărilor de asigurare pentru activitățile profilactice. 9. Dezvoltarea rețelelor electronice. 10. Majorarea contribuției pentru examenul medical, vizita la domiciliu a medicului, pentru cumpărarea medicamentelor, serviciilor stomatologice. 11. Privatizarea unor instituții în scopul creșterii eficienței (<i>prin lege</i>).

Clinicile private comerciale aparțin, de obicei, în mare parte, medicilor chirurghi, în alte cazuri sunt investitori din alte domenii, având toate condițiile și posibilitățile, de a poseda mai multe instituții. În sectorul privat, găsim, de asemenea, clinici cu o capacitate de 250 paturi, adevărate spitale cu un platou tehnic foarte sofisticat. De altfel, există și instituții cu o capacitate de 50-100 paturi. Ultimele având o activitate diversă: terapie, chirurgie, obstetrică, însă, la fel, pot fi spitalizate într-un anumit disciplină medicală particulară.

În ansamblu, majoritatea clinicilor private comerciale au scopuri economice orientate spre micșorarea zile-pat, în particular este caracteristic pentru chirurgie.

Finanțarea centrelor spitalicești regionale, instituțiilor publice și private activând în interesul statului este asigurată de un Buget Global (Dotation Globale) fixat conform bugetului preventiv. Suma totală alocată fiecărei instituții

este evaluată în fiecare an de către Ministerul Sănătății, bazându-se pe conturile exercițiului precedent și aplicând un procent de evoluție fixat de Stat.

Bugetul Global este vărsat instituțiilor, de către Casele de Asigurări a maladiei, numindu-se case private. Finanțarea este repartizată între regimurile de proporție după numărul de zile de internare a persoanelor protejate. Spitalul primește, din partea bolnavului, o taxă zilnică, considerată ca o participare la cheltuielile hoteliere precum și pentru produsul tichetului moderator. De altfel, el poate primi încasări, începând cu activitățile axate.

Plata spitalelor private comerciale diferă de cea a spitalelor publice. Ea se împarte în mai multe elemente, taxe: cheltuieli pentru cazare, servicii acordate de către medici, îngrijiri de către asistentele medicale, săli de operație și exploatarea funcționale ale bolnavului, farmacie, taxe pentru analize și servicii acordate de către medic.

Prețul unei zile și taxele pentru servicii sunt fixate, pentru fiecare instituție convențională, conform nivelului regional, de către casele regionale de Asigurare a maladiei. Taxa este ajustată în fiecare trimestru, adăugată sau micșorată de un mod de a respecta obiectivul costului global negociat la nivel național de către reprezentanții tutelei, asigurării de boală, de către sindicatele profesionale.

Bolnavul achită plata direct medicului. Deci, nu are loc o rambursare asigurată ca și pentru actele înscrise în Nomenclatura Generală a Actelor Profesionale, pentru care medicul atestă că el legalizează primirea onorariilor.

Actele realizate într-o Instituție de Sănătate privată nu participă la Serviciul Public.

Tarificarea se face după prețul jurnalier și conform actelor. Controlul este efectuat de către Casele de asigurare de boală și statul. Finanțarea este direct legată de activitate:

- Prețul jurnalier;
- Conform tipului de spitalizare (spitalizare completă, ambulatorie, spitalizare la domiciliu);
- Remunerarea actelor;
- Remunerarea practicienilor;
- Remunerarea clinicii (cheltuielile legate de sălile de operație), echipamentele după referința pieței;
- Nu există o garanție financiară, de unde și sunt slabe rațiile cheltuielilor fixe.

Pentru actele medicale efectuate într-o instituție de sănătate privată nu participă la Serviciul Public Spitalicesc cu sau fără cazare, cu excepția serviciului de îngrijiri externe, ansamblul actelor dispersate precum ca aceste onorari sunt dispersate în anumite borderou de facturi.

Așa cum medicul operează pentru dispersare taxelor, partea garantată de către Casa de Asigurare este vărsată direct conform alegerii: fie, în ansamblu, unui medic, desemnat de către confrăți, sau unei societăți de medici, sau unui grup de medici din instituția dată, fie individual fiecărui practician.

În Franța PMSI este sistemul, care permite o măsură medicalizată a producției spitalicești franceză, adaptată remunerării spitalelor și clinicelor. Este preluată conform Nomenclurii Grupelor Omogene de Maladii, ce este adaptată clasificării americane: „Diagnosis related Groups”

(DRG) elaborată de echipa de grupă profesorului Robert FETTER (Universitate a Yale, Statele Unite): Ea permite clasificarea sejururilor spitalicești în grupe prezentând o dublă omogenitate în termeni medicali și economici.

Omogenitatea grupelor este, în primul rând, economică, că este puternic corelată, cu durata sejurului, în acel mod a fost demonstrată prima analiză făcută în baza câtorva milioane de dosare. Introducere a DRGH, pentru 5 ani, în Statele Unite a fost progresivă. Clasificarea DRG, constituie, inițial, un mediu de analiză a activității, fiind utilizată în 1983 de către administrația americană pentru a încasa taxele sejurului spitalicesc pentru handicapați, persoane în etate, asigurate de către programul federal Medicare*.

În sectorul public spitalicesc francez, sub bugetul global, clasificarea GHM este utilizată, în prezent, conform diferitelor modalități. Pentru fiecare instruire, este vorba de a compara dotarea globală, care-i va fi alocată, ce cea a anului precedent, dacă activitatea sa a fost remunerată în baza dispozitivului PMSI (GHM pondere economică).

Această nomenclatură va permite reducerea deficitelor bugetare între diferite spitale, comparând bugetul conform activităților echivalente. Clasificare GHM obligă o clasificare unică. Tot sejurul este obligatoriu clasificat în unul singur.

PMSI a fost introdus în Franța, la mijlocul anilor 80, de către Jean de Kervasdoue.

Paralel cu introducerea PMSI în sectorul public, sectorul privat a fost supus și el unei experimentări, reunind, pentru început, 40 clinici, apoi 150.

Conform unor reglementări din 20 septembrie 1994-1995, instituțiile spitalicești competente trebuie să transmită Direcției Regionale de Afaceri Sanitare și Sociale (DRASS) un număr de informații, în ceea ce privește activitatea lor medicală, chirurgicală, obstetricală, precum și costurile aferente a acestei activități. Aceste transmițeri de informații au fost prevăzute în contractele între instituțiile și serviciile de stat externe în momentul culegerii generalizate a standardelor: rezultate de externare, conținând, informațiile necesare medicale și administrative în Clasamentul sejururilor în GHM.

Constituirea unei baze de date, începând cu datele PMSI a permis reducerea mijloacelor și

constituirea grupelor apropiate de asigurările reale franceze.

O experimentare efectuată în regiunea Langedoc-Tousslon, în 1994, a reunit toate instituțiile publice și private, reprezentând în total 500 000 spitalizări pe ani. Ea a arătat posibilitatea unei tarifări fondate asupra unui sistem și a relevat importanța dispariției alocărilor bugetare între spitalele sectorului public și între sectoarele publice și private.

Reforma Sănătății va permite o reamenajare de tranziție spitalicească franceză. Într-adevăr, Statul a pus în funcțiune mijloacele necesare spre restructurarea ei: Agențiile Regionale de Spitalizare. Această restructurizare nu este urgentă pentru a participa la cheltuielile de sănătate, împreună cu alte sectoare de activitate a sănătății, însă, de asemenea, pentru a adapta spitalul la noile tehnici și necesități ale bolnavilor. Totodată, Agențiile Regionale de Spitalizare riscă să se ciocnească de nenumărate obstacole.

Serviciul spitalicesc trebuie să se modernizeze. Deci, noile tehnologii permit reducerea apreciabilă a duratelor de spitalizare: Spitalul a conservat un număr de paturi excesiv, apreciat de către numeroși experți. Colecistecomile, care necesită o spitalizare depășind o săptămână, fiind practicate prin calea clasică sunt, în prezent, realizate în 3 zile prin celioscopie (*Ion Mereuță și coaut. "Managementul financiar a Sistemului Sănătății", 2004*).

Cazurile de cistectomii pentru cancer sunt reduse datorită BCG terapie endovezicală, care reduc recidivele de polipi vezicali. La pacienții supuși chimioterapiei pot apărea efecte secundare, ca antiemeticele din clasa Zophren. Rămân, însă, numeroase spitale și clinici supradimensionate, care pot asigura o securitate totală bolnavilor din cauza activităților insuficiente.

Acestei inadaptări a necesităților medicale ale sectorului spitalicesc francez se asociază o reducere considerabilă bugetară, generată de bugetul global slab administrat.

PMSI este sistemul de alocare bugetară corelat cu activitatea reală a spitalelor și clinicilor, ce permite Agenților repartizarea efectivă a dotațiilor bugetare. Costul indicelui sintetic de activitate permite compararea costului spitalelor pentru un act dat, devenind un element inițial. Devine

necesar, ca toate centrele spitalicești să fie dotate cu un sistem de informare medical optimal. Într-adevăr, un cod (o codificare) de diagnostic și acte (se permite clasificarea sejururilor spitalicești în Grupe Omogene ale Maladiilor cu costuri diferite) de proastă calitate duce la scăderea indicelui sintetic ce se traduce prin penalități financiare. Departamentul de informare a spitalelor și clinicilor a devenit un post strategic împotriva penalizărilor din spitalele performante pentru evitarea repartizării proaste a mijloacelor bugetare noi.

PMSI este generalizat pentru toate instituțiile spitalicești publice și private, începând cu anul 1997. El permite utilizarea primei baze de date permanente medicalizată la nivel național. O altă vocație este mijlocul de alocare bugetară deja utilizată în sectorul public și este utilizată și în sectorul privat. Dacă calitatea informațiilor epidemiologice furnizate este însă garantată, ea permite, pentru prima dată, de a dispune datele sub tipurile și volumul de patologii spitalicești. Utilizarea sa medicală rămâne, totodată, relativ limitată din lipsa de precizie. În plus, construirea unei baze de date medicalizate poate servi ca suport de introducere a tabloului strategic.

PMSI permite, de a arăta prețul real de spitalizare în spitalele din Franța, și datele esențiale pentru studiile economice. Colegiul economiilor recomandă pentru costul de sejur în Spitalele Publice de a utiliza date de contabilitate analitică prezentate de grupul omogen al maladiilor.

Utilizarea PMSI nu trebuie să se limiteze la o constrângere bugetară. Este posibilă utilizarea bazei de date medicale în numeroase alte scopuri: utilizarea bugetară a PMSI; calcularea costului unei patologii; utilizarea strategică a PMSI; utilizarea în studiile farmaco-economice.

PMSI este, în esență, un mijloc de alocare bugetară a instituțiilor spitalicești, deci îi permite calcularea cu precizie a costului și serviciilor medicale.

El funcționează în baza metodei de calcul al indicelui sintetic de activitate (ISA) a instituțiilor, elaborată începând cu nomenclatura GHM.

Calcularea punctelor ISA este bazată pe 2 variabile:

- Numărul fiecărui GHM produs;
- Ponderea economică relativă a fiecărui GHM.

Calculul ponderii economice a fiecărui GHM se face începând cu o experimentare a contabilității analitice asupra unui eșantion național reprezentat de 100 instituții și este reactualizat în fiecare an.

Modelul contabilității analitice este impus instituțiilor care participă la studiile naționale.

El cuprinde:

Costul structurii: cheltuieli financiare, amortisment imobiliar, cheltuieli de întreținere;

Costul logistic: serviciile de reparații și spălătorie;

Costul medical: consumările medicale, actele medico-tehnice, personalul de îngrijire, amortizările de întreținere a echipamentului medical.

Contabilitatea analitică încrucișată cu informațiile PMSI permit construirea unei scări relative a costurilor GHM.

ISA (Indice Sintetic de Activitate) – este suma produselor GHM într-o instituție multiplă de pondere economică relativă (rezultând din scara națională a costurilor). Este o unitate ce permite măsurarea activității unităților de îngrijire de scurtă durată (terapie-chirurgie-obstetrică) a instituțiilor spitalicești.

Scopul de tarificare a instituțiilor spitalicești de către PMSI este alocarea unui buget echivalent tuturor instituțiilor (ținând cont de unele misiuni de cercetare științifică) pentru o activitate echivalentă măsurată în SUA.

Nr. de puncte afectate GHM = costul median a GHM, raportat la costul median GHM 540*1000.

În concluzie:

Putem menționa că Sistemul de Sănătate francez este universal și accesibil tuturor cetățenilor. El cuprinde un regim de asigurare compusă din diferite case de asigurări ale maladiilor, la care sunt adăugate casele de asigurări complementare. Instituțiile statale și private coexistă între ele și evident modurile de remunerare sunt variabile. În prezent, cheltuielile de sănătate reprezintă 10% din Produsul Național Brut.

Modelul de finanțare: Finanțarea face parte din cotizațiile obligatorii vărsate, de către toți cetățenii, caselor de asigurare a maladiilor. La această asigurare obligatorie se adaugă și asigurările facultative, care sunt numite Mutuelles sau companiilor de asigurare private a acoperi

cheltuielile suplimentare ce nu sunt acoperite de către casele de asigurări obligatorii ale maladiilor.

Casele de asigurare a maladiilor: Casele de asigurare a maladiilor sunt organisme publice autonome însărcinate de către stat de a asigura funcționarea unui regim național de asigurare obligatorie.

Deci, există diferite case (agricultorii, lucrătorii independenți și cei salariați). Cotizarea este funcția de venituri și este plătită de către patron, cotizarea sa reprezentând 12% din salariul angajatului. Lucrătorii independenți varsă cotizații în funcție de veniturile lor, însă pensionarii varsă 1% din pensiile lor.

Această asigurare, administrată de către casele de asigurare a maladiei, acoperă marea parte de servicii de îngrijire și rambursează direct o mare parte de cheltuieli spitalicești.

Utilizatorul trebuie să participe la cheltuieli prin bani a unui tichet moderator și a plăți pentru toate depășirile de onorarii de către medici.

Prestările de servicii medicale: Medicii sunt fie salariați a instituțiilor publice, fie profesioniști autonomi și plătesc conform actelor. Legea prevede actele remunerate ca o taxă, din remunerare. În prezent, o mare parte din medici aderă la această convenție. Ei au, totodată, posibilitatea de a alege între două tipuri de programe. Cetățeanul este rambursat de către casa de asigurare a bolii conform remunerării de bază, în cazul depășirii el este rambursat de către casele companiilor complementare de asigurare. Pacientul este liber să-și aleagă instituția de asigurare.

Sistemul de sănătate al Germaniei este bazat pe asigurările publice, la care se mai adaugă și cele private. Cetățeanul este liber să aleagă și are acces la ansamblu de servicii de sănătate publice și private. Cheltuielile de sănătate reprezintă 10,5% din PIB-ul Germaniei.

Serviciul de sănătate cuprinde un regim de asigurare obligatorie a maladiei, care acoperă 90% din populație, sau toți cetățenii care au venituri inferioare sumei 60.000 USD. Aceste persoane sunt obligate să se asigure la una din casele de asigurare însă persoanele cu veniturile mai mari sunt libere să se asigure la o companie privată sau să participe la regimul de serviciu public.

Regimul de serviciu public de sănătate se bazează, în întregime, pe Casele de Asigurări de

boală (în medie, 1100), care sunt corporații publice, cărora guvernul federal îi dă mandatul de joc în domeniul de sănătate, rolul de a se asigura. Aceste case sunt controlate de reprezentanți și patroni angajați și cotizațiile se repartizează egal între ei. Pentru pensionari, șomeri și persoane handicapate, cotizațiile sunt finanțate de o casă socială.

Procentul vărsat caselor reprezintă 60% din cheltuielile de sănătate. Restul este finanțat din impozite și asigurări private, care asigură cheltuielile persoanelor neasigurate și cheltuielile nerambursabile.

Conform legii, medicii generaliști sunt toți regrupați în sânul asociațiilor regionale și naționale, care au scopul de a furniza servicii de îngrijire pacienților asigurați de casele de asigurare a maladiilor. Aceste asociații negociază cu casele de asigurare a maladiilor o alocare bănească ce sunt distribuite medicilor în funcție de activitățile lor și de baremul onorariilor negociate la nivel național.

Spitalele sunt diversificate în trei mari categorii: publice, private comerciale și necomerciale. Primele două categorii angajează medici salariați și primesc de la casele de asigurări o taxă jurnalieră pentru pacienți unde este inclusă și remunerarea medicului. Acestea sunt plătite conform actelor, de către casele de asigurări și, în general, este vărsată o parte sub formă de onorarii pentru spital.

Cheltuielile de exploatare ale spitalelor sunt finanțate de casele de asigurări chiar și private, pe când cheltuielile de investiții, chiar și în instituțiile private, sunt finanțate de guvernele provinciale.

În Statele Unite ale Americii, în general, medicii sînt remunerați conform actelor, de către companiile de asigurare publică ori privată. Nici o cenzură legală nu controlează remunerarea acestora. În acest timp, în scopul de a controla mărirea costurilor de sănătate, diferite formule de servicii integrate au fost dezvoltate de către sectorul privat.

Organizația de Menținere a Sănătății (OMS), care integrează finanțarea și modurile de prestări, angajează, în general, echipe medicale și deschid spitale și clinici rezervate membrilor lor. Există, de asemenea, câteva formule recente PMO (Preferred Maintenance Organization) ce

administrează direct resurse ce dețin contracte cu rețelele de medici și spitale, ce asigură servicii la un preț mai bun.

Nu există un regim general de asigurare a maladiilor în Statele Unite. Finanțarea de Sănătate este mixtă și este necesară intervenții în sectorul public, ca și în sectorul privat. Modurile de finanțare sunt, totuși, bazate pe asigurările private. Asigurările Publice acoperă câteva categorii de persoane defavorizate, un oarecare număr de cetățeni, în medie, 14% nu am nici o asigurare. Statele Unite ale Americii acordă 14% din PIB, cheltuielilor pentru sănătate.

Există mai multe moduri de finanțare private și publice. Asigurările private nu sunt coordonate și pot, ocazional, să se suprapună ori să se completeze, ceea ce face un sistem foarte complex.

Asigurările private cuprind asigurările de grupă luate de către patron, ca și asigurările individuale. Ele acoperă 74% din populație, căci o mare parte sunt persoanele cu vîrsta sub 65 ani. Există 1000 de companii private supuse unui control de stat. O mare parte din regimuri acoperă cheltuielile spitalicești și îngrijirile medicale. Pentru serviciile complementare, acoperirile variază de la un regim la altul.

Există două programe publice principale de asigurări de boală: Medicare și Medicaid.

La aceste două programe, trebuie adăugate cheltuielile făcute de către stat și municipalități pentru asigurarea unui minimum de îngrijiri acordate celor defavorizați.

Medicare: Este un regim de asigurare universal destinat persoanelor vîrstnice, handicapatilor, finanțat de către guvernul federal și include 13% din mediul populației, fie persoanelor în vîrstă de 65 ani și mai mult și persoanelor handicapate. Acest regim acoperă numai 50% din cheltuielile de sănătate pentru persoanele vîrstnice, însă o mare parte aderă la o asigurare complementară.

Medicaid: Acest program este un regim de asigurare a maladiilor destinate unor grupe de persoane defavorizate, în particular, persoanelor în vîrstă, femeilor gravide sau copiilor cu handicap.

Acest regim este finanțat de către guvernul federal și al Statelor (de la 20% la 50%, conform veniturilor statului). Programul este administrat

conform unor directive federale: Unele state, ca Hawaii și Oregon, au completat programul federal.

Neasigurații: 14% de cetățeni nu au nici o asigurare. Aceștia sunt, în mare parte, defavorizații, micii salariați, cărora patronii nu le oferă asigurări de boală. În acest timp, în pofida acestei situații, aceste persoane beneficiază, totuși, de îngrijire de bază punând la dispoziție clinicile și spitalele datorită unui suport financiar de Stat, al puterilor locale și generozității publicului.

În Marea Britanie, cheltuielile de sănătate reprezintă 7% din PIB. Sistemul de Sănătate este universal și finanțat din acumularea impozitelor. Principala particularitate a sistemului britanic este introducerea unei forme de competiții inspirate de mecanismele de piață în interiorul unui sistem public.

Bugetul este distribuit de către Ministerul Sănătății birourilor regionale, care își asumă o responsabilitate de coordonare și alocare a resurselor între administrațiile sanitare de district și fondul medicinei generale. Acestea cumpără servicii din spitale și clinici, care cer o cooperare constantă între două organisme.

Administrațiile sanitare de district sunt finanțate de birourile regionale în funcție de evaluarea necesităților populației și de cumpărarea serviciilor spitalicești susceptibile de a răspunde la necesitățile lor. Ele pot cumpăra serviciile instituțiilor din districtul lor, districtele vecine sau din spitalele private (independente), ținând cont de raportul calitate-preț.

Medicii se pot grupa în asociație (regrupare de cel puțin 3000 de membri) și forma fonduri de medicină generală, ceea ce permite acordarea de către stat a unui procent destinat cumpărării unor servicii precise (examene, consultații externe și unele acte de chirurgie selectivă) în instituțiile spitalicești și clinici. Fondurile medicinei generale negociază cu spitalele și clinicile semnând contracte cu instituțiile spitalicești, care oferă cele mai bune avantaje.

Medicii generaliști sunt contactanții independenți, remunerați de către Serviciul Național de Sănătate, pe bază de rambursare a cheltuielilor, la care se adaugă o margă, care se aplică conform unor modalități: taxa pentru un pacient, plata după acte și alocații de practică în cabinet, când spitaliștii afiliați spitalelor, precum

și medicii ce lucrează în serviciile de îngrijire comunitare sunt salariați.

Spitalele și clinicile, care sunt organisme publice, se află în competiție cu unele și altele pentru obținerea contractelor de administrări sanitare de district și fondurile de medicină generală. Aceste programe sunt, în general, autoadministrate în interiorul sistemului public și au puterea de a fixa local remunerarea, condițiile de lucru ale personalului lor și de a acumula excedente. Ei sunt liberi să vândă serviciile lor întreprinderilor private, cheltuielile de funcționare a spitalelor de către fondul de medicină generală, administrațiilor generale de district ală ca cheltuielile de investire finanțate direct de birourile regionale.

Sistemul Canadian de Sănătate comportă trei nuanțe. El este compus din regimuri publice și private de asigurare a bolii, servicii finanțate de către stat și altele de către indivizi. Organizarea sa și prestațiile sale sunt, mai întâi de toate, responsabilitățile provinciilor. Este administrat conform unei dispoziții legislative federale generale. Legea Canadiană a Sănătății, descrie principiile de bază ale sistemului, dar care permite de asemenea variații considerabile la nivelurile de organizare a structurii serviciilor precum și a modurilor de finanțare.

Există două funcții-cheie ale sistemului de sănătate, care se poate califica în „publice și private”: finanțare publică sau privată, prestarea serviciilor de sănătate de către o instituție publică sau privată.

Asupra acestui plan de finanțare, Statul asigură în mediu, 75% din totalul de cheltuieli. Totodată, cheltuielile publice se stabilesc în medie cu 72%.

O mare parte din venituri și impozitele fiscale, taxe asupra veniturilor, tutun, alcool, prelevări efectuate pe lângă patroni, premiile de asigurare a maladiei, impozite funciar sunt folosite la finanțarea serviciilor medico-spitalicești și serviciile suplimentare provinciale.

Se poate cumpăra o asigurare pentru a acoperi serviciile ce sunt asigurate și plătite de regimuri publice. O oarecare asigurare este des oferită sub formă de regim-patron.

Baza finanțării spitalelor evident și a veniturilor ce determină salarizarea medicilor sunt mecanismele evaluării și estimării economice a serviciilor de sănătate.

Despre sistemul de prețuri în sfera ocrotirii sănătății, structura prețurilor la serviciile medicale, metodologiile stabilirii prețurilor și tarifelor pentru prestarea serviciilor medicale contra plată s-a scris mult și, în special, de prof. univ. C. Ețco cu colab., 2000. Aici am dori să abordăm problema sub aspect de politică, principii de macronivel, avînd la bază analiza cost-eficacitate, cost-utilitate, cost-beneficii etc.

Evaluarea economică a îngrijirilor de sănătate reprezintă o modalitate prin care se încearcă a se răspunde celor trei întrebări fundamentale ale economiei sanitare: ce servicii trebuie produse, în ce mod, pentru cine.

În literatură evaluarea se mai întîlnește și sub denumirea de evaluare a eficienței. Primul pas în abordarea acestui subiect îl reprezintă definirea termenilor de eficacitate și eficiență.

Eficacitatea reprezintă gradul în care o anumită activitate produce rezultatele care se așteaptă de la ea (indiferent de resursele folosite).

Eficiența implică nu numai abordarea rezultatelor unei activități, ci și a resurselor.

Există o eficiență tehnică, prin care se dorește (ca urmarea unei activități) producerea unor rezultate așteptate folosind cît mai puține resurse. Eficiență alocativă, în care resursele și rezultatele sunt folosite în modul cel mai bun cu putință, astfel încît să rezulte un maxim de bunăstare.

Evaluarea îngrijirilor de sănătate poate fi împărțită, deci, în două părți: în primul rînd, o evaluare a eficacității îngrijirilor respective (sau o evaluare a eficacității clinice), apoi o evaluare a eficienței — ceea ce implică luarea în calcul a costurilor și a beneficiilor, cît și a altor tipuri de îngrijiri de sănătate eficiente.

Evaluarea economică este importantă, deoarece încearcă să dea răspunsul la întrebarea — cum să folosim resursele limitate în fața unor nevoi și dorințe nelimitate. Ea este o modalitate explicită, care poate sta la baza alocării resurselor, proces care de cele mai multe ori se desfășoară folosind metodele cunoscute gen: „așa am făcut și ultima dată”, „sînt eu că este bine în acest mod” etc.

Evaluarea economică reprezintă procesul prin care se compară două sau mai multe alternative din punctul de vedere al resurselor consumate și al rezultatelor obținute.

Ea implică, deci, două laturi indispensabile: pe de o parte, analizarea a cel puțin două alternative

și, pe de altă parte, analizarea simultană atât a costurilor, cît și a rezultatelor obținute.

Procesul care stă la baza unei evaluări economice este acela de a identifica mai multe alternative și apoi de a studia, pentru fiecare dintre ele, ce resurse sunt necesare și care sunt rezultatele obținute. Resursele necesare sunt exprimate prin costuri, iar rezultatele obținute pot fi exprimate prin: efecte asupra stării de sănătate, utilități asociate fiecărei stări de sănătate sau beneficii economice asociate fiecărei stări de sănătate.

În momentul realizării unei evaluări economice trebuie să încercăm să determinăm toate resursele necesare, precum și toate efectele rezultate. Nivelul resurselor utilizate se exprimă prin costurile implicate, costuri care sunt de mai multe tipuri. De altfel, chiar și consecințele intervenției pot fi grupate în mai multe tipuri.

Costurile pot fi abordate din mai multe perspective: astfel, în contabilitate ele apar sub aspectul unor bani ce reflectă ceea ce se plătește real, dar într-o evaluare economică, vorbim despre costul oportunității. Costul oportunității unei resurse reprezintă beneficiile care ar fi putut fi generate prin folosirea resursei în cea mai bună alternativă posibilă (adică ce oportunitate am ratat folosind resursa respectivă în modul în care am decis să o folosim).

O primă clasificare a costurilor este aceea de costuri directe și indirecte.

Costurile directe sunt acele costuri determinate efectiv de furnizarea unui serviciu de sănătate.

- *Costurile organizaționale* sunt o parte a costurilor directe. Ele reprezintă totalitatea costurilor (din sectorul sanitar) implicate pentru realizarea activității care este supusă evaluării economice.

- Tot din costurile directe mai fac parte și *plățile directe* făcute de pacienți.

- precum și alte *resurse folosite* de pacient și familie pentru tratament.

Costurile indirecte sunt costurile care nu sunt date de furnizarea efectivă a serviciului respectiv, dar se asociază cu acest fapt.

- costurile datorate absenței de la muncă
- costurile psihice.

Pentru a putea determina costurile necesare desfășurării fiecărei activități este necesar să identificăm inițial costurile totale ale furnizorului

respectiv. Apoi alocăm aceste costuri pentru fiecare activitate desfășurată la nivelul firmei respective.

Costul total — CT — al unei instituții reprezintă costul necesar realizării producției (la un nivel dat). Costul total este format din mai multe costuri: costuri fixe, costuri semivariabile și costuri variabile.

- *Costurile fixe* — CF — sunt acele costuri ce rămân independente față de nivelul producției. Ele pot varia în timp, dar nu sunt dependente de producție (de exemplu, închirierea unui spațiu necesar desfășurării activității).

- *Costurile variabile* — CV — sunt acele costuri dependente în funcție de nivelul producției, ele variind o dată cu fiecare nou produs (de exemplu, costul materiilor prime).

- *Costurile semivariabile* — CSV — sunt acele costuri ce variază numai la realizarea anumitor niveluri de producție (de exemplu, costul necesar angajării unor noi salariați). Se observă că, de fapt, costurile semivariabile sunt un caz particular de costuri variabile.

Foarte importante sunt definițiile a încă două tipuri de costuri cu care ne vom mai întâlni în continuare: costul mediu și costul marginal.

Costul mediu reprezintă costul producerii unei unități dintr-un bun (sau dintr-un serviciu) și se obține prin împărțirea costurilor totale la numărul de unități produse.

Costul marginal este costul suplimentar necesar producției unei noi unități dintr-un produs (cu cât cresc costurile totale dacă nivelul producției crește cu o unitate).

Asemănător cu costul marginal se definește și costul incremental care este costul necesar variației producției între două niveluri date, raportat la variația numărului de bunuri produse.

Este interesant de observat că, în timp ce costul mediu include atât elemente ale costurilor fixe, cât și variabile, costul marginal include numai acele elemente de cost care apar în urma creșterii producției (costurile variabile).

Foarte importantă într-o evaluare economică este luarea în considerație a preferinței de timp, adică a faptului că societatea preferă să aibă bani și să-i cheltuiască acum, mai degrabă decât în viitor. Din această cauză, chiar în absența inflației, un leu este mai valoros acum decât peste un an.

Acesta este motivul pentru care, în momentul realizării unei evaluări economice, costurile și

beneficiile care apar în viitor trebuie reprezentate la valoarea lor prezentă. Acest proces poartă denumirea de proces de actualizare a costurilor, iar mijlocul prin care se realizează este rata de actualizare.

Dacă, așa cum am amintit, în toate evaluările economice resursele se exprimă prin costurile implicate, ceea ce desparte diferitele tipuri de evaluări economice este modul de a exprima și de a măsura consecințele intervențiilor analizate.

Astfel, în practică se folosesc patru tipuri de evaluări economice: minimizarea costurilor; analiza cost-eficacitate; analiza cost-utilitate; analiza cost-beneficiu.

Analiza de minimizare a costurilor

Această evaluare economică este cel mai simplu tip de evaluare economică și presupune că rezultatele intervențiilor sunt identice. În această situație, deoarece avem aceleași consecințe, se identifică și se analizează doar costurile implicate de fiecare dintre alternative.

Deosebirea dintre o analiză a costurilor și o evaluare de minimizare a costurilor este aceea că, în cea de-a doua situație, trebuie puse în evidență toate consecințele și arătat că diferențele dintre rezultatele alternativelor sunt inexistente sau fără importanță. Un exemplu de astfel de analiză o reprezintă evaluarea și compararea costurilor pentru chirurgia de o zi, în cazul herniilor, față de metoda clasică ce implică internarea pacientului în spital.

Analiza cost-eficacitate

Analiza cost-eficacitate permite compararea mai multor alternative care ating aceleași obiective, dar într-o măsură diferită. Condiția esențială pentru realizarea unei astfel de evaluări este ca beneficiile să se exprime în aceeași unitate de măsură.

În analiza cost-eficacitate consecințele se exprimă în unități „naturale”, cel mai frecvent în ani de viață câștigați sau decese costurile, cât și consecințele alternativelor și poate compara intervenții care nu au aceleași rezultate, dar care au consecințe ce se pot exprima prin aceeași unitate, de măsură.

Astfel, într-o analiză cost-eficacitate, putem compara consecințele transplantului renal cu cele ale dializei spitalicești, consecințe exprimate prin numărul de ani de „viață prelungită”. Putem însă să comparăm chiar și un program de prevenire a deceselor prin accidente de bicicletă folosind

casca de protecție cu un program de chirurgie cardiacă, — cu condiția ca să evaluăm numărul de ani de viață câștigați în urma fiecăruia dintre aceste programe.

Analiza cost-eficacitate ia în considerare numai un aspect al îmbunătățirii stării de sănătate (prelungirea vieții sau evitarea decesului), dar nu ține cont de celălalt aspect al îmbunătățirii stării de sănătate, și anume, calitatea vieții.

Analiza cost-utilitate

În această analiză, consecințele intervențiilor sunt măsurate prin utilitatea generată de fiecare dintre ele. Utilitatea se referă la valoarea care se acordă unei stări specifice de sănătate și poate fi măsurată prin preferințele indivizilor sau societății pentru fiecare stare particulară de sănătate.

Această tehnică de evaluare economică are marele avantaj că încearcă să evalueze consecințele alternativelor și din punctul de vedere al calității vieții postintervenție.

Consecințele sunt valorizate prin unități naturale care încearcă să reflecte utilitatea asociată fiecărei stări de sănătate. Punctul comun al acestor unități de măsură este acela al combinării prelungirii vieții cu calitatea vieții asociată acestor ani. Cele mai frecvent folosite unități de măsură sunt: anii de viață ajustați în funcție de calitatea vieții („quality adjusted life years” — QALY), ani de viață sănătoși („years of healthy life” — YHL) sau ani de viață ajustați în funcție de dizabilitățile prezente („disability adjusted life years” — DALY).

În cazul analizei cost-utilitate, pentru fiecare dintre stările de sănătate consecutive intervențiilor se atribuie un anumit număr de QALY, de exemplu. Marele neajuns al acestei metode este acela al identificării pentru fiecare stare specifică de sănătate a numărului de QALY.

De exemplu, consecutiv unui transplant renal, să presupunem că pacientul mai poate trăi 10 ani, ceea ce reprezintă anii de viață câștigați. Apoi trebuie să evaluăm calitatea vieții pentru acești ani de viață câștigați (deoarece, de exemplu, calitatea vieții nu este aceeași dacă ești sănătos sau dacă iai toată viața medicație imunosupresoare). Să zicem, că într-o astfel de situație, calitatea vieții este 50% din calitatea vieții unui om sănătos de aceeași vârstă. Rezultă un beneficiu post-transplant renal de 5 QALY ($10 \times 0,5 = 5$).

Dificultatea atribuirii unui număr de OALY fiecărei stări specifice de sănătate derivă din dificultatea evaluării calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănătate. Pentru a atribui fiecărei stări de sănătate o anumită calitate a vieții se folosesc mai multe tehnici de determinare. Cele mai cunoscute metode prin care se încearcă evaluarea calității vieții pentru fiecare stare specifică de sănătate sunt:

- măsurarea pe o scală a raporturilor;
- loteria standard („standard gamble”);
- schimbul temporal („time trade-off”).

În finalul analizei cost-utilitate se compară pentru fiecare dintre alternative costul per QALY sau invers, câți QALY se obțin pentru fiecare unitate monetară folosită.

Analiza cost-profit

În acest tip de analiză, atât costurile, cât și beneficiile sunt exprimate în termeni monetari. Este o analiză destul de rar întâlnită datorită dificultății de apreciere a consecințelor în termeni monetari. Avantajul metodei este acela al aprecierii în termeni monetari a consecințelor. După identificarea costurilor și a beneficiilor, rezultatele evaluării se pot exprima printr-un raport cost/beneficii sau o diferență beneficii minus costuri.

Această metodă de evaluare economică poate fi folosită și pentru comparații cu alternativa „nu facem nimic”, care, uneori, poate fi mai bună decât o intervenție pentru care costurile sunt mai mari decât beneficiile.

Clasificarea tipurilor de analize pentru evaluarea economică are mai mult un scop didactic, în practică, de cele mai multe ori, realizatorul analizei nu poate prevedea exact ce formă finală va lua analiza, deoarece poate că nu știe care vor fi rezultatele finale ale intervențiilor. În plus, analizele de minimizare a costurilor și cost-eficacitate presupun că intervențiile analizate merită să fie făcute și trebuie să vedem doar pe care o alegem. Ele sunt folosite, deci, în situații în care vrem să evaluăm eficiența tehnică.

Analizele cost-utilitate și cost-beneficiu pot compara alternative cu consecințe total diferite și chiar cu alternativa „nu facem nimic” și, de aceea, ele sunt utile în momentul în care dorim să facem o evaluare a eficienței alocative.

În final, trebuie spus că evaluarea economică este doar un instrument tehnic ce poate sta la baza luării deciziilor și că ea nu poate înlocui

logica, responsabilitatea sau riscul ce se asociază cu procesul de luare a deciziilor (*Ion Mereuță și coaut. „Managementul financiar al Sistemului Sănătății”, 2004*).

2. Conceptul și metodologia DGO (DRG – oncologie)

Conceptul finanțării de către CNAM a serviciilor oncologice.

Elaborarea conceptului a avut mai multe etape- conceptul de finanțare, determinarea abreviatorilor, grupările de diagnostic și criteriile, determinarea costurilor serviciilor oncologice în condiții de ambulator și staționar și tarificarea, determinarea prevederilor conceptuale ale contractului IO- CNAM.

Concepția de finanțare a serviciilor oncologice de către CNAM:

1. Diagnosticul și tratamentul bolnavilor cu tumori benigne în baza DRG (DGO)- oncologie.

2. Tratamentul tumorilor maligne în baza finanțării după fact (după consum), cost total, (finanțarea poate avea loc și din bugetul de Stat!).

3. Serviciile oncologice acordate pacienților în secția de internare, în secțiile ATI, în săli de operație, săli de pansament – vor fi finanțate după principiul „Bugetului global”.

2.1 Abrevierea tumorilor:

1.Tumorile Cap și gât

Tc/g1 – Buza și cavitatea bucală

Tc/g2 – Faringile

Tc/g3- Laringele

Tc/g4 – Sinusul maxilar și etmoidal

Tc/g5- Glandele salivare

Tc/g6 - Glanda tiroidă

2.Tumorile Tractului Digestiv

Ttd1- Esofagul

Ttd2- Stomacul

Ttd3 – Intestinul subțire

Ttd4- Colonul

Ttd5- Rectul

Ttd6- Ficatul (vezicula biliară, căile biliare, ampula Vater)

Ttd7- Pancreasul

3.Tumori pulmonare

Tp1 – Pulmonul

Tp2- Mezoteliomul pleural

4.Tumorile oaselor

Tos1- Oase tubulare lungi

Tos2- Oasele bazinului

Tos3- Vertebrele

Tos4- Tratament cu endoprotezare

5.Tumorile țesuturilor moi

Ttm1- Tumoare a țesuturilor moi

Ttm2- Tumoare a țesuturilor moi și necesitatea de limfadenectomie regională (operația limfadenectomie axilă, Operație Duken, Melnicov, etc.)

Ttm3- Tumoare retroperitoneală

6.Tumorile pielii

Tp1- Tumoare cutanată a regiunii Cap și gât

Tp2- Tumoare cutanată pe trunchi

Tp3- Tumoare cutanată pe membrele inferioare sau superioare

Tp4- Tumoare cutanată primară și necesitatea efectuării limfadenectomiei regionale

7.Tumorile urologice

Tur1- Prostata

Tur2- Penisul

Tur3- Testicolul

Tur4- Rinichiul

Tur5- Vezica urinară

Tur6- Uretra

8.Melanomul malign

MM1- tumoră cutanată pigmentată

MM2- tumoră cutanată primară și necesitatea în limfadenectomie regională

MM3- tumoră cutanată de dimensiuni mari ce necesită autodermplastie

9.Tumorile sînului

Tgm1- Tumoră în sîn, necesitatea rezecției sectorale

Tgm2- Tumoră în sîn, necesitatea efectuării mastectomiei cu limfadenectomiei axilare, operația tip Madden

Tgm3- Tumoră în distrucție a sînului și necesitatea efectuării operației Pirogov

10.Tumorile ginecologice

Tgin1- Vulva

Tgin2- Vaginul

Tgin3- Colul uterin

Tgin4- Uterul
 Tgin5- Ovarele
 Tgin6- Tompele Fallope
 Tgin7- Tumorile trofoblastice

11. Tumorile globului ocular

Toft1- Pleoapa
 Toft2- Conjunctiva
 Toft3- Melanomul ocular (uveia)
 Toft4- Retinoblastomul
 Toft5- Carcinom glandei lacrimale

12. Hemoblastozele

Hem1- Maladia Hodgkin
 Hem2- Limfom Non-Hodgkin
 Hem3- Tratamente

2.2. Abrevierea diagnosticului și a tratamentului chirurgical:

Db/i – Diagnostic /tratament, biopsie incizională

Db/ex- Diagnostic/ tratament biopsie excezională

2.3 Riscurile și coeficientul de tarificare:

2.3.1 Riscurile:

R1- risc scăzut (riscul operațional și ATI)
R2- risc mediu (maladii concomitente, riscuri operaționale și ATI)
R3-risc înalt (maladii concomitente, riscuri operaționale și ATI, necesitatea de transfuzie, profilaxia CID, etc.).

2.3.2 Coeficientul de tarificare:

Coeficienții de tarifiere se vor stabili în dependență de risc, volumul asistenței oncologice, metodele sofisticate de diagnostic și de examinare morfologică, complexitatea tratamentului.

2.4. Grupările diagnostice (DGO)

2.4.1. Tumori cap și gât

Tabelul 7

DGO “Tumori cap și gât”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic (DGO)		Costuri(RM*- LM, RO**- RONI, UE***-Euro)				
		R.M. HGN nr.1029 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul de tarificare determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
Cod	Grupare				România	Germania
Onc	Tc/g1DbiR1	195-284	1.860	1,25	4500-5000	6000
1.1	Tc/g1DbiR2		2.180	1,3		
1.2	Tc/g1DbiR3		2.280	1,5		
1.3	Tc/g1DbexR1		2.300	1,4		
1.4	Tc/g1DbexR2		2.500	1,5		
1.5	Tc/g1DbexR3	380-412	2.850	2,0		7.000
1.6	Tc/g2DbiR1		5.800	1,3	5.500	
1.7	Tc/g2DbiR2		6.200	1,4		
1.8	Tc/g2DbiR3		6.500	1,5		
1.9	Tc/g2DbexR1		6.150	1,6		
1.10	Tc/g2DbexR2		7.580	1,7	5000-6000	
1.11	Tc/g2DbexR3	489	8.850	1,8		10.000
1.12	Tc/g3DbiR1		8.500	1,7		
1.13	Tc/g3DbiR2		8.750	1,8		
1.14	Tc/g3DbiR3		8.900	1,8		
1.15	Tc/g3DbexR1		9.200	1,8		
1.16	Tc/g3DbexR2		9.550	1,9		
1.17	Tc/g3DbexR3	489	10.850	2,0		24.000
1.18	Tc/g4DbiR1	408	7.800	1,2	5.500	
1.19						

1.20	Tc/g4DbiR2		8.150	1,3		
1.21	Tc/g4DbiR3		8.400	1,4		
1.22	Tc/g4DbexR1		8.700	1,2		
1.23	Tc/g4DbexR2		9.150	1,4		
1.24	Tc/g4DbexR3	1.003	10.850	1,5		12.000
1.25	Tc/g5DbiR1	282	7.050	1,1	6.200	
1.26	Tc/g5DbiR2		7.280	1,1		
1.27	Tc/g5DbiR3		7.800	1,2		
1.28	Tc/g5DbexR1		8.000	1,1		
1.29	Tc/g5DbexR2		8.150	1,2		
1.30	Tc/g5DbexR3		8.280	1,3		8.000
1.31	Tc/g6DbexR1	601	10.200	1,5	7.800	
1.32	Tc/g6DbexR2		11.800	1,6		
1.33	Tc/g6DbexR3		12.500	2,0		11.000

*Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova, Nr. 1020, 2011.

**Nomenclator de prețuri la serviciile medicale, România, 2011

***www.lechemie24.com

2.4.2. Tumorile tractului digestiv

Tabelul 8

DGO “Tumorile tractului digestiv”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**- RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R.M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
Cod	Grupare				România	Germania
Onco 2.1	Ttd1DbexR1	1858	8.500	2,0	4.400	16.000
2.2	Ttd1DbexR2		9.800	2,5		
2.3	Ttd1DbexR3	1.858-2.120	10.850	3,0		24.000
2.4	Ttd2DbexR1	1.458	20.500	2,5	4.400	15.000
2.5	Ttd2DbexR2		21.800	2,7		
2.6	Ttd2DbexR3		22.580	3,0		22.000
2.7	Ttd3DbexR1	779	8.600	1,5	2.750	
2.8	Ttd3DbexR2		9.800	1,8		
2.9	Ttd3DbexR3		10.500	2,0		23.000
2.10	Ttd4DbexR1	942	10.860	1,5	3.850	
2.11	Ttd4DbexR2		11.280	1,8		
2.12	Ttd4DbexR3		12.500	2,0		27.000
2.13	Ttd5DbexR1	1.200	10.860	1,5	4.950	
2.14	Ttd5DbexR2		12.280	2,0		
2.15	Ttd5DbexR3		13.250	3,0		25.000
2.16	Ttd6DbexR1	1.275	18.650	2,0	4.400	
2.17	Ttd6DbexR2		19.500	2,5		
2.18	Ttd6DbexR3		20.500	3,0		50.000
2.19	Ttd7DbexR1		20.200	2,0	9.350	
2.20	Ttd7DbexR2		20.850	2,5		
2.21	Ttd7DbexR3	2.854	21.500	3,0		55.000

2.4.3. Tumori pulmonare

Tabelul 9

DGO “Tumori pulmonare”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R.M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul I tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
Cod	Grupare				România	Germania
Onco 3.1	Tp1DbexR1	572	12.500	1,5	2500	14.000
3.2	Tp1DbexR2		13.200	2,0		
3.3	Tp1DbexR3		13.800	2,5		
3.4	Tp2DbexR1		13.950	1,5	2800	
3.5	Tp2DbexR2		14.280	2,0		
3.6	Tp2DbexR3	672	14.800	2,5		27.000

2.4.4. Tumori osoase

Tabelul 10

DGO “Tumori pulmonare”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO*-RONI, UE*-Euro) la 1.12.2012				
		R.M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
Cod	Grupare				România	Germania
Onco 4.1	Tos1DbexR1	796	6850	1,5	3.500	13.000
4.2	Tos1DbexR2		7650	1,8		
4.3	Tos1DbexR3		7950	2,0		15.000
4.4	Tos2DbexR1	825	10980	2,0	4.000	
4.5	Tos2DbexR2		12500	2,5		
4.6	Tos2DbexR3		16280	3,0		30.000
4.7	Tos3DbexR1	1.025	10500	2,0	4.500	
4.8	Tos3DbexR2		12840	2,5		
4.9	Tos3DbexR3		14880	3,0		25.000
4.10	Tostrat/endopr.	20.000	62.000	3,0		16.000-20.500

2.4.5. Tumorile țesuturilor moi

Tabelul 11

DGO “Tumorile țesuturilor moi”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO** -RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
Cod	Grupare				România	Germania
Onco 5.1	Ttm1DbexR1	951	1500	1,5	2200	

5.2	Ttm1DbexR2		1950	1,8		
5.3	Ttm1DbexR3		2200	2,0		10.000
5.4	Ttm2DbexR1	1250	3500	1,5	3600	
5.5	Ttm2DbexR2		4800	2,5		
5.6	Ttm2DbexR3		5850	3,0		20.000
5.7	Ttm3DbexR1	1790	8680	2,0	4400	
5.8	Ttm3DbexR2		9500	2,3		
5.9	Ttm3DbexR3		10200	2,5		30.000

2.4.6. Tumorile pielii

Tabelul 12

DGO “Tumorile pielii”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO** -RONI, UE*** - Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco. 6.1	Tp1DbiR1	370	1400	1,2	1100	6.000
6.2	Tp1DbiR2		1500	1,25		
6.3	Tp1DbiR3		1600	1,3		
6.4	Tp1DbexR1		1750	1,2		
6.5	Tp1DbexR2		1800	1,3		
6.6	Tp1DbexR3		1850	1,5	2200	7.000
6.7	Tp2DbiR1	370	1400	1,5		
6.8	Tp2DbiR2		1690	1,8		
6.9	Tp2DbiR3		1980	2,0		
6.10	Tp2DbexR1		2000	1,5		
6.11	Tp2DbexR2		2120	2,0		
6.12	Tp2DbexR3		2200	3,0		8.000
6.13	Tp3DbiR1	370	1400	1,2	2200	
6.14	Tp3DbiR2		1520	1,4		
6.15	Tp3DbiR3		1590	1,5		
6.16	Tp3DbexR1		1620	1,5		
6.17	Tp3DbexR2		1880	2,0		
6.18	Tp3DbexR3		2000	3,0		10.000
6.19	Tp4DbexR1	819	2400	2,0	4700	
6.20	Tp4DbexR2		2860	2,5		
6.21	Tp4DbexR3		3200	3,0		12.000

2.4.7. Tumori urologice

Tabelul 13

DGO “Tumorile urologice”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO** -RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientu l tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco. 7.1	Tur1DbexR1	994	8550	1,5	3400	
7.2	Tur1DbexR2		8800	2,0		
7.3	Tur1DbexR3		9000	2,5		25.000
7.4	Tur2DbexR1	487	4800	1,5	1250	
7.5	Tur2DbexR2		5200	2,0		
7.6	Tur2DbexR3		6980	1,5		10.000
7.7	Tur3DbexR1	236	3850	1,8	2400	
7.8	Tur3DbexR2		4380	1,3		
7.9	Tur3DbexR3		4850	1,5		10.000
7.10	Tur4DbexR1	414	10200	1,3	4600	
7.11	Tur4DbexR2		12600	1,8		
7.12	Tur4DbexR3		14800	2,0		22.000
7.13	Tur5DbexR1	943	8200	1,5	4800	
7.14	Tur5DbexR2		8500	2,0		
7.15	Tur5DbexR3		8680	2,5		23.000
7.16	Tur6DbexR1	537	9200	1,5	3800	
7.17	Tur6DbexR2		9500	2,0		
7.18	Tur6DbexR3		10300	2,5		15.000

2.4.8. Melanomul Malign

Tabelul 14

DGO “Melanomul Malign”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO** - RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 8.1	MM1DbexR1	370	2400	1,2	1500	10.000
8.2	MM1DbexR2		2620	1,3		
8.3	MM1DbexR3		2860	1,5		11.000
8.4	MM2DbexR1	630	3800	1,5	4800	
8.5	MM2DbexR2		3910	1,8		
8.6	MM2DbexR3		3980	2,0		13.000
8.7	MM3ADP		3200	2,2	3600	10000

2.4.9. Tumorele glandelor mamare

Tabelul 15

DO “Tumorele glandelor mamare”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DO		Costuri (RM*-LM, RO** -RONI,UE*** - Euro) la 1.12.2012					
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)		
Cod	Grupare				România	Germania	
Onco 9.1	Tgm1DbexR1	254	4860	1,2	4400	9.000	
	9.2	Tgm1DbexR2		5200	1,4		
	9.3	Tgm1DbexR3		6600	1,5		
	9.4	Tgm2DbexR1	613	5960	1,5	4800	
	9.5	Tgm2DbexR2		6480	1,8		
	9.6	Tgm2DbexR3		8250	2,0		10.000
	9.7	Tgm3DbexR1	437	8620	1,1	6600	
	9.8	Tgm3DbexR2		9450	1,2		
	9.9	Tgm3DbexR3		10800	1,3		14.000

2.4.10. Tumorele ginecologice

Tabelul 16

DO “Tumorele ginecologice”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DO		Costuri (RM* - LM, RO** - RONI,UE*** - Euro) la 1.12.2012					
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)		
Cod	Grupare				România	Germania	
Onco 10.1	Tgin1DbexR1	767	1850	1,1	1.500		
	10.2	Tgin1DbexR2		2150	1,2		
	10.3	Tgin1DbexR3		2200	1,3	2.000	10.000
	10.4	Tgin2DbexR1	780	2280	1,3		
	10.5	Tgin2DbexR2		2400	1,4		
	10.6	Tgin2DbexR3		2680	1,5		15.000
	10.7	Tgin3DbexR1	860	2860	1,5	2.300	
	10.8	Tgin3DbexR2		2980	1,8		
	10.9	Tgin3DbexR3		3100	2,0		20.000
	10.10	Tgin4DbexR1	598-900	3280	2,0		
	10.11	Tgin4DbexR2		3990	2,0	3.000	18.000
	10.12	Tgin4DbexR3		3880	2,0		
	10.13	Tgin5DbexR1	451	4800	2,0	2.500	16.000
	10.14	Tgin5DbexR2		4850	2,0		
	10.15	Tgin5DbexR3		4900	2,5		30.000
	10.16	Tgin6DbexR1	234	4800	2,0	2.500	
	10.17	Tgin6DbexR2		4850	2,0		
	10.18	Tgin6DbexR3		4980	2,5		
	10.19	Tgin7DbexR1	360	5000	2,0	2.800	25.000
	10.20	Tgin7DbexR2		5200	2,0		
	10.21	Tgin7DbexR3		5500	2,5		

2.4.11. Tumori globului ocular

Tabelul 17

DGO “Tumori globului ocular”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 11.1	Toft1DbexR1	513	2800	1,2	1.000	3500
11.2	Toft1DbexR2		2850	1,3		
11.3	Toft1DbexR3		2900	1,5		
11.4	Toft2DbexR1	431	2950	1,2	650	3400
11.5	Toft2DbexR2		3000	1,3		
11.6	Toft2DbexR3		3100	1,5	3600	8000
11.7	Toft3DbexR1	664	3200	1,5	2500	8000
11.8	Toft3DbexR2		3800	1,8		
11.9	Toft3DbexR3		4200	2,0	5000	12500
11.10	Toft4DbexR1	664	4700	1,5	5000	13000
11.11	Toft4DbexR2		4750	1,8		
11.12	Toft4DbexR3		4800	2,0		
11.13	Toft5DbexR1	694	4850	1,5	1500	2500
11.14	Toft5DbexR2		5000	1,8		
11.15	Toft5DbexR3		5200	2,0	4500	4500

2.4.12. Hemoblastozele

Tabelul 18

DGO “Hemoblastozele”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 12.1	Hem1DbiR1	205	1250	1,2	350	1000
12.2	Hem1DbR1		1300	1,3		
12.3	Hem1DbiR3		1350	1,4		
12.4	Hem1DbexR1		1400	1,2		
12.5	Hem1DbexR2		1480	1,3		
12.6	Hem1DbexR3		1860	1,5		1500
12.7	Hem2DbiR1		2200	1,2	380	
12.8	Hem2DbiR2	205	2750	1,3		
12.9	Hem2DbiR3		2800	1,3		
12.10	Hem2DbexR1		2900	1,4		
12.11	Hem2DbexR2		3200	1,4		
12.12	Hem2DbexR3		3800	1,5		2500
12.13	Hem3trat	1800	4300	1,2	400	

2.4.13 Alte tumori

Tabelul 19

DGO “Alte tumori”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
Onco 13.1	TDR	250	3.800	1,2	2.000	2.500

2.4.14 Tratamente

Tabelul 20

DGO “Tratamente”, I. Mereuță, 2012

Codificarea și Grupările relaționale de diagnostic DGO		Costuri (RM*-LM, RO**-RONI, UE***-Euro) la 1.12.2012				
		R. M. HGN, nr.1020 2011	Estimări a experților oncologi 2012	Coeficientul tarifării determinat de experți oncologi	Țările Europene (UE)	
					România	Germania
Cod	Grupare					
14.1	ChT(1CURA)	1000	2800	1,2	1750	1000-5000
15.1	RT (10-20 seansuri)	1800	4600	1,2	10.500-21.000	4500-6000

2.5. Metodologia de determinare a costurilor serviciilor oncologice și tarificarea

Calculul economic al prețului tratamentului a unui pacient oncologic s-a efectuat în baza metodologiei matematice.

2.5.1 Calcularea tratamentului în condiții de ambulator:

Prețul unei consultații în ambulatoriu se calculează după formula:

$$W_c = V(1+d)(1+c)(1+f) + P + I + R \quad (1)$$

unde

W_c – prețul unei consultații;

V – fondul de remunerare a muncii personalului medical pentru o consultație;

d – coeficientul majorării salariului de bază din contul premiilor, achitărilor suplimentare și altor plăți;

c – coeficientul achitărilor în fondul de asigurare socială;

f – coeficientul salarizării personalului

administrativ și auxiliar (se calculează conform formulei nr. 4);

P – prețul medicamentelor și materialelor pentru pansamente;

I – prețul inventarului moale;

R – cheltuielile privind uzura, repararea și întreținerea utilajului medical.

Rata salarizării personalului medical predomină în prețul serviciilor medicale în policlinici și ambulatorii.

La calcularea remunerării serviciilor personalului medical, pentru o consultație, este necesar de a aprecia sarcina a fiecărui subiect din personalul medical inclusiv și valoarea ei financiară, care revin la funcția unui medic consultant de ambulatoriu.

Personalul medical se poate de divizat în următoarele categorii:

- Personal medical mediu și inferior a secției (cabinet);

- Șeful secției (cabinet), asistenta medicală superioară;

- Sora-gospodină;
- Personalul medical a serviciului auxiliar;
- Personalul medical a întregului ambulatoriu sau policlinică (infirmieri, deregătoare):

Calculul remunerării personalului pentru primele 2 categorii menționate anterior se realizează după formula:

$$S = A + B \cdot K_b + C \cdot K_s + D \cdot K_d \quad (2)$$

unde:

S – remunerarea consultațiilor medicului de ambulatoriu și personalului secției (cabinetul), ce revin acestei funcții;

A – fondul anual de remunerare a serviciilor medicilor;

B – fondul anual de remunerare a șefului secției (cabinetului), sorei superioare, sorei gospodine;

C – fondul anual de remunerare a serviciilor unei unități medii de personal medical;

D – fondul anual de remunerare a serviciilor unei unități inferioare de personal medical;

K_b , K_s , K_d – raportul dintre numărul funcțiilor corespunzătoare la funcția medicului consultațiilor de ambulatoriu.

Raportul K_s și K_d se determină după normativele sectoriale, însă K_b se stabilește după programul stabilit de fiecare sector.

Remunerarea muncii personalului medical din contul unei consultații se calculează după formula:

$$V = S \cdot t / T \quad (3)$$

unde:

V – achitarea muncii personalului medical din contul unei unități de muncă (o singură consultație);

S – fondul anual de remunerare a muncii medicului de ambulatoriu și a întregului personal ce revine acestei funcții;

t – timpul acordat de medic la o unitate de lucru (o consultație);

T – posibilitățile funcționale temporare anuale pentru activitatea de diagnostic-profilactic.

Calculul ulterior se realizează pe baza calculului altor cheltuieli.

Plata de remunerare suplimentară include cheltuielile de achitare a lucrului pentru orele suplimentare (la înlocuirea personalului aflat în concediu sau deplasare). Pentru evidența acestui cont de cheltuieli se stabilește un coeficient, determinat prin raportul sumei plăților suplimentare la fondul salariului de bază. Premiile și alte adaosuri la fondul planificat de remunerare (fondul salariului de bază) se aplică prin introducerea unui coeficient corespunzător. Contribuțiile la asigurările sociale se stabilesc conform procedurilor legislative începînd de la suma de bază (salariul de bază), plăților suplimentare, premii și alte plăți.

Coeficientul adaosurilor se determină după formula:

$$f = \frac{x + Q}{M - x} \quad (4)$$

unde:

f – coeficientul adaosurilor;

x – coeficientul salarizării personalului administrativ și auxiliar;

Q – suma cheltuielilor după articolele 3, 4, 10, 19 a estimărilor de cheltuieli și venituri ale instituției: cheltuielile de birotică și gospodărești, cheltuielile de deplasare și de serviciu (reprezentare), cheltuielile pentru procurarea cărților, cheltuielile pentru repararea clădirilor și de amenajare a instituției, alte cheltuieli.

M – salariul întregului personal al instituției.

Cheltuielile pentru medicamente și material de pansament se iau în considerație după datele reale.

În calculul prețului se iau în considerație suma mijloacelor necesare pentru procurarea echipamentului și deducerile de amortizare după normele în vigoare.

Astfel de indicatori, precum prețul medicamentelor și a mijloacelor de transport, deducerile de amortizare a echipamentului utilizat și a prețului întregului inventar moale al instituției, se divizează la numărul consultațiilor planificate în dependență de numărul medicilor pentru consultațiile de ambulatoriu și a funcțiilor lor

planificate, dar nu numărul real de vizități a instituției.

2.5.2. Determinarea prețului serviciilor medicale în spital

Determinarea prețului unei zile în spital (prețul unei zi-pat) se realizează după o formulă similară formulei (1) cu adăugarea prețului alimentației:

$$P_{zp} = V(I+d)(I+c)(I+f) + \Pi + I + Z + R \quad (5)$$

unde:

P_{zp} – prețul unei zi-pat;

D – coeficientul majorării salariului de bază din contul plăților suplimentare, premii și altor plăți;

c – coeficientul contribuțiilor la asigurările sociale;

f – coeficientul adaosurilor (după formula 4);

Π – prețul medicamentelor și materialelor de pansament;

I – prețul inventarului moale;

Z – prețul alimentației;

R – deducerile de amortizare a echipamentului utilizat.

Calculul remunerării personalului medical pentru o zi-pat în secție se determină după formula:

$$V = \frac{A + B}{K \times F} \times 100$$

unde:

V – remunerarea personalului medical pentru o zi-pat;

A – remunerarea personalului medical al secției;

B – remunerarea personalului medical din centrele serviciilor diagnostice (cumulativ pentru toate tipurile de servicii), ce revin la secția dată;

K – cifra de afaceri a patului (rotația patului).

Cifra de afaceri a patului (P) se determină după formula:

$$F = \frac{N - t_p}{T + t_n} \times 100$$

unde:

N – numărul zilelor calendaristice în an;

T – durata medie de tratament în staționar;

t_p – timpul de nefuncționare a patului din cauza reparației și din alte cauze;

t_n – timpul de la externare pînă la internarea altui bolnav pentru desfășurarea profilaxiei sanitaro-epidemiologice;

t_n se stabilește după profilul secției (paturi) (în acest caz – 1 zi);

$N - t_p$ – ca activitate planificată de lucru a paturilor pe an, se stabilește în mediu pe tipuri de instituții (pentru spitalele urbane 340 zile).

Costul total al serviciilor oncologice specializate se formează din mai multe compartimente a lucrului medical, surorilor medicale, infirmierelor, a procedurilor, manipulațiilor, operațiilor, costul medicamentelor utilizate, a investigațiilor, inclusiv de laborator clinic, biochimic, citologic și morfologic, alimentației raționale, serviciilor habituale (hoteliere).

Costul total se determină reieșind din programul de diagnostic și se estimează la final după terminarea acordării serviciilor medicale.

Dacă instituția medicală acordă asistență medicală are statur, profit și e plătitoare de TVA, atunci se adaugă TVA, dacă nu – atunci rămâne suma inițială.

Pe baza studiilor se determină mediana costului serviciilor oncologice și se înaintează MS R. Moldova pentru aprobarea tarifelor, ulterior prezentate pentru hotărîrea la Guvern.

Rezumat: Optimal pentru sistemul oncologic ar fi excluderea bolnavilor cu tumori maligne din sistemul asigurărilor. Asigurarea asistenței medicale a bolnavilor oncologici după confirmarea histologică trebuie să fie asigurată din bugetul de stat. Criteriile de grupare actuale, propuse de CNAMnu sunt adecvate pentru serviciul oncologic, ele denaturează canoanele oncologice.

Consider necesar, ca criteriile să fie bazate pe un sistem Național DRG, care ar avea și compartimentul – varianta „DRG - oncologie”(DGO), și să se refere numai la tumorile benigne. Grupurile de diagnostic – 1 – pielea, 2 – țesuturile moi, 3 – oasele, ș.a.m.d.,

și tumorile să fie grupate cu indicele TDR. Unde T- va reprezenta grupele de tumori benigne a unui organ, D- elemente de diagnostic și tratament (Dbi/Dbex)- Dbi-biopsie incizională și Dbex- biopsie excezională, R- nivelul riscurilor medicale. Modalitatea de remunerare în baza Diagnosticaly Related Groups este de mare perspectivă pentru republică, deși este costisitoare. Elaborarea versiunii naționale a DRG—este un lucru foarte dificil și migălos, care necesită dotații de stat cu destinație specială pentru elaborarea unor tehnologii computerizate de calculare a costului serviciilor medicale în bază de DRG. Este necesar de remarcat că implementarea în practică a acestor tehnologii va contribui la o tranziție mai rapidă a sistemului național de ocrotire a sănătății la medicina de asigurări, deoarece costul serviciilor medicale constituie „pivotul” medicinei de asigurări. Mecanismele DRG (Diagnosticaly Related Groups) de finanțare a spitalelor de boli sociale, fără argumentarea

tarifelor pentru grupurile de diagnostic și evident pot duce la falimentul lor. Implementarea DRG trebuie să fie bazată pe determinarea costurilor reale a tarifelor și doar ulterior aceste măsuri să determine mecanismele implementării lor. E necesar de determinat costurile specifice în domeniul diagnosticului și tratamentului tumorilor, inclusiv a cancerului, în condiții de ambulator și staționar la tumorile benigne și cele maligne.

Bibliografie:

1. Mereuță I. „Sistemele de Sănătății în țările UE”, Chișinău , 1996, pag. 86.
2. Mereuță I. „Concepția reformării sistemului de sănătate în R.M. (actualități și perspective)”, Moldova Suverană, 1997.
3. Mereuță I., Păpușoi E., Ețco C. „Managementul în medicină și sănătate publică”, Chișinău , 1999, pag. 186.
4. Mereuță I., Cojocaru V, Ețco C., Gherman V., Lupu S. „ Managementul financiar al sistemului sănătății”, Chișinău , 2004, pag.174.
5. Ețco C., Goma L., Reabov E., ș.a. „Economia ocrotirii Sănătății”, Chișinău, 2000, pag. 379.
6. Tintuc D. „Sănătate publică și management”, Chișinău, 2007, pag.893.

Doina Barba, Nicolae Bodrug, Lucia Andrieș, Ludmila David, Viorel Istrate, Mariana Negrean, Svetlana Nichita, Adriana Botezatu

**ESTIMAREA EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI COMPLEX
AL URTICARIEI CRONICE RECIDIVANTE ASOCIATE HEPATITEI
CRONICE CU UTILIZAREA IMUNOMODULATORULUI POLIOXODONIU**

There has been estimated the efficacy of the new pharmaceutical remedy Polioxidoniu in the complex treatment of chronic relapsing forms of urticaria associated with chronic hepatitis, clinical and immunological efficacy of the immunomodulator was manifested by the rapid decrease of clinical manifestations, functional activity of T and B lymphocytes, T-helper subpopulation, increased serum IgG, clinical optimized laboratory indices of liver syndromes.

Key words: chronic hepatitis, remedy Polioxidoniu, urticaria.

Rezumat. A fost apreciată eficacitatea noului remediu farmaceutic Polioxidoniu în tratamentul complex al formelor asociate de urticarie cronică recidivantă cu hepatita cronică. Eficacitatea clinico-imunologică a imunomodulatorului utilizata s-a manifestat prin diminuarea mai clară și rapidă a manifestărilor clinice, activității funcționale a

limfocitelor T și B, subpopulației T-helper, majorarea concentrației serice a IgG, optimizarea indicilor sindroamelor hepatice de laborator.

Actualitatea temei. Globalizarea problemelor definite de alergii și patologia hepatică dictează necesitatea de a preciza aspectele epidemiologice, particularitățile

structurale, optimizarea diagnosticului și tratamentul acestor maladii. Estimarea impactului etio-patogenic al afecțiunilor hepatobiliare în evoluția urticariei cronice recidivante (UCR) este de o importanță majoră în situația Moldovei, unde aceste maladii sunt de o incidență remarcabilă [1, 2, 4, 6], în creștere continuă și se specifică de o evoluție și pronostic dificil. Morbiditatea și mortalitatea prin hepatite cronice (HC) și ciroza hepatică (CH) în Republica Moldova depășește de 2 – 5 ori indicatorii fixați în Europa și țările CSI. Specialiștii apreciază că în geneza acestor maladii un rol decisiv revine virusurilor hepatice B și C (54,8% și 13,9% respectiv). Este înaltă și rata de forme nedescifrate etiologic. Progresele atinse în descifrarea mecanismelor de inflamații alergice, în particular pentru UCR, deschide perspective noi în elaborarea metodelor de terapie patogenetică a acestei maladii. De primă valoare în terapia UCR sunt abordul patogenetic, tratamentul complex și succesivitatea etapizată a practicării acesteia. Principiile terapice presupun eliminarea factorilor cauzativi și incitanți, farmacoterapia maladiei de fond, corectarea maladiilor asociate [15]. Răspîndirea continuă și globală a morbidității prin alergodermatoze, majorarea afecțiunilor asociate, tendința de evoluție torpidă și de constituire a statusului de polirezistență medicamentoasă, și pot interpreta drept consecința modificărilor sistemului de protecție a organismului, în primul rînd a celui imun, astfel se poate consemna că reechilibrarea disfuncțiilor imune prin intermediul preparatelor imunotrope a devenit o preocupare de mare valoare în terapia complexă a maladiilor asociate patologiei hepatobiliare. Un interes deosebit a prezentat noul remediu farmaceutic Polioxidoniu – complex macromolecular, fiziologic activ, dotat cu un distins potențial imunomodulator, acțiune detoxifiantă, antioxidantă și membranostabilizantă.

Obiectivele lucrării: aprecierea eficacității clinico-paraclinice a tratamentului complex cu Polioxidoniu la bolnavii cu UCR în asociere cu HC.

Material și metode: Lucrarea este bazată pe investigații, ce au vizat materialele de examinare și observare a unui lot de 48 bolnavi cu UCR asociată HC. Au fost utilizate examenul clinic și

de laborator. Pentru evaluarea statusului funcțional al ficatului s-a operat un complex de teste ce relevă principalele sindroame hepatice (citotoxic, colestatic, hepatodepresiv), investigații alergologice (probe cutanee cu algeni, IgE-totală), imunologice (testarea populațiilor și subpopulațiilor limfocitare, concentrației serice a IgM, IgG, IgA, CIC, marcherilor de hepatite virale: HbsAg, anti-HbsAg, anti-Hbcor sumar, HbeAg, anti-Hbe, anti-HCV IgM, anti-HCV sumar, anti-HDV, anti-HDV IgM, anticorpilor *Toxocara canis*, *Echinococcus*, *Lambliia* AFP, CEA.

Rezultate obținute: Din rezultatele analizei sindroamelor clinice și manifestărilor acestora în dinamica terapiei combinate a bolnavilor cu UCR asociată cu HC cu includerea imunomodulantului Polioxidoniu rezultă o evidență clară, că după cura de terapie combinată cu Polioxidoniu au dispărut practic manifestările clinice ale procesului patologic. Astfel după 3-5 zile de terapie au dispărut erupțiile urticarice și edemul tegumentar.

Intensitatea pruritului a deminuat esențial: nu se înregistrau cazuri de prurit intensiv și intolerabilă, s-a mai făcut remarcat la 2 (6,1%) bolnavi, dar acum era de caracter periodic și slab exprimat. Comparativ cu pacienții ce au administrat tratament tradițional acesta a fost înregistrat de 8,4 ori mai rar. Un singur pacient a invocat accentuarea nocturnă a pruritului, pe când în grupul pacienților cu terapie tradițională el a fost constatat în 3 (9,7 %) cazuri. Escarele dermice au mai dăinuit și după tratament la 5 (15,1 %) bolnavi. Sindromul dispeptic a dispărut la 11 bolnavi persistând doar la 1 pacient. Hepato-și splenomegalia s-au menținut și postcurativ la 1 pacient ce prezenta semne de hipertenzie portală. Persistența sindromului dureros s-a fixat la 1 (3,0 %) bolnav astfel medicați.

Am ținut să estimăm evoluția *sindromului citolitic* la bolnavii cu UCR asociată cu HC și pentru care aceștia au fost asistați prin terapie combinată cu Polioxidoniu, iar cele deduse au relevat o tendință de descreștere în ansamblu a parametrilor examinați (ALT, AST, LDH și coeficientul de Ritis) în raport cu grupul clinic medicat în program tradițional, dar nu am determinat ca aceste diferențe să fie și valide statistic ($P > 0,05$).

Analizând comparativ parametrii sindromului colestatic la bolnavii cu UCR și HC asociată, care

au administrat sau nu suplimentar la terapia tradițională imunomodulantul Polioxidoniu, am putut remarca la primii valori mai reduse pentru bilirubina totală ($12,65 \pm 0,86 \mu\text{mol/l}$), fracțiunea ei conjugată ($3,21 \pm 0,41 \mu\text{mol/l}$), de colesterol ($4,15 \pm 0,25 \text{ mmol/l}$), mai atenuată și activitatea fosfatazei alcaline și GGTP ($83,06 \pm 5,06 \text{ UI/l}$ și, respectiv, $28,39 \pm 2,59 \text{ UI/l}$), precum și nivelele de trigliceride ($1,11 \pm 0,15 \text{ mmol/l}$) la primul grup. Diferențe statistic concludente între cele două grupuri clinice s-au definit, doar pentru concentrația bilirubinei totale și activitatea fosfatazei alcaline ($P < 0,05-0,01$), dar anume la bolnavii ce au urmat terapie combinată valorile parametrilor examinați s-au apropiat maximal de cele ale unor persoane practic sănătoase.

Indicii *sindromului hepatodepresiv* ai pacienților cu UCR și HC ce au urmat diferite variante de terapii au manifestat în ansamblu tendințe de diminuare mai clară la bolnavii medicați suplimentar cu Polioxidoniu, dar au fost constatate diferențe de certitudine statistică doar pentru albumine și fibrinogen ($P < 0,001-0,05$).

Pentru caracterile de răspuns curativ al imunității umorale la bolnavii din cele două grupuri clinice putem face remarca despre diminuarea mai clară a concentrației limfocitelor, celulelor B, creșterea indicelui leuco/B-limfocitar în grupul pacienților asistați în program complex, dar fără semnificație statistică.

Imunoglobulina clasei M a fost mai diminuată în ser la pacienții cu terapie complexă ($1,86 \pm 0,09 \text{ g/l}$) comparativ cu cei tratați tradițional ($1,97 \pm 0,19 \text{ g/l}$), pe când concentrația de IgG s-a majorat ($10,22 \pm 1,34 \text{ g/l}$), dar fără diferențe veridice statistice ($P > 0,05$). Nivelele de IgA n-au avut semnificație veridic statistică între pacienții loturilor ce au favorizat de diferite programe de curăție ($2,52 \pm 0,19 \text{ g/l}$ și $2,99 \pm 0,34 \text{ g/l}$, $P > 0,05$). Așadar, diferențe ale concentrației imunoglobulinelor M, G și A n-au fost stabilite între loturile comparate.

Pe acest fondal am apreciat o diminuare pentru concentrația de IgE mai minoră de 1,6 ori și a CIC la pacienții ce au favorizat de un tratament complex comparativ cu cei ce au asistat o medicație uzuală ($P < 0,001$).

Observând concentrația de leucocite la bolnavii cercetați, am determinat nivele net mai reduse la cei ce administrau complementar și

Polioxidoniu - $6,82 \pm 0,18 \times 10^9/\text{l}$ față de valorile apreciate la pacienții asistați în program tradițional $7,32 \pm 0,15 \times 10^9/\text{l}$.

Un moment de consemnat pe imunograma persoanelor beneficiare de terapie complexă erau parametrii mai reduși ai populațiilor de limfocite T-active. Indicii absoluți ($0,19 \pm 0,02 \times 10^9/\text{l}$) erau mai diminuați de 1,5 ori versus, de grupul clinic de bolnavi ce administra terapie tradițională ($0,29 \pm 0,02 \times 10^9/\text{l}$, $P < 0,01$).

Concentrația de limfocite T helperi la bolnavii cu UCR asociată cu HC care erau asistați prin terapie combinată constituia $0,40 \pm 0,04 \times 10^9/\text{l}$, având practic valori indentice persoanelor lotului martor ($0,42 \pm 0,02 \times 10^9/\text{l}$).

Cantitatea de limfocite T supresoare constituia $0,12 \pm 0,02 \times 10^9/\text{l}$. Consemnăm, că indicele imunoreglator și leuco/T-limfocitar nu au avut semnificație statistică între cele 2 loturi de pacienți care au solicitat divers program terapeutic.

Comparând parametrii imunogramelor completate pentru bolnavii asistați în diferite programe curative cu cei ai persoanelor din lotul martor, am dedus optimizarea certă a indicilor imuni ai pacienților asistați cu terapie complexă.

Concluzii: Rezumând asupra materialelor expuse în acest compartiment investigațional, putem conchide, că prin aplicarea Polioxidoniului atât bolnavii cu urticarie recidivantă alergică, cât și pacienții prezentând UCR ce se asociază cu HC au răspuns cu regresivitatea mai accelerată a simptomelor clinice, cu ameliorarea mai multor parametri de laborator ai sindroamelor hepatice și ai statusului imun. Cele relatate sugerează că imunomodulatorul Polioxidoniu, grație proprietăților sale antitoxice, membranostabilizante, antioxidante și imunomodulante, s-a arătat un remediu eficient în tratamentul bolnavilor suferinzi de urticarie recidivantă, în special asociată cu HC și cu indicii clinice sau/și de laborator de imunodeficit secundar, de rezistență la programele uzuale de terapie.

Bibliografie:

1. ANDRIUȚA C., PÂNTEA V., HOLBANT T. Materialele didactice în bolile infecțioase, tropicale și parazitare. Ghid practic pentru studenți și rezidenți. - Chișinău, 2004. - 304 p.
2. DUMBRĂVA V., LUPAȘCO I., BERLIBAE. Răspândirea și caracteristica clinică și de laborator a hepatopatiilor la persoanele supuse acțiunii profesionale și habituale ale alcoolului. // mater. conf. Il republicane "Actualități în gastrohepatologie: aspecte terapeutice și chirurgicale". - Chișinău, 2003. P.179-185.

3. DUMBRAVAV., ONU V., POPAV. Urticaria și angioedemul generate de patologia gastrointestinală. mater. congresului ii național de dermatovenerol. cu participare internațională.- Chișinău.-2000. P.30.

4. DUMBRAVAV.A., ROMANCIUC I., LUPAȘCO I. Bolile ficatului în scheme și tabele.- Chișinău, 2003.-V.1.-340 P.

5. MOSCALU I.D. Starea funcțională a ficatului la pacienții cu hepatite cronice ce contactează cu un complex de pesticide. autoref. tezei de doctorat.-Chișinău, 2003.-20 P.

6. АНДРИЕШ Л.П. Эпидемиологическая и иммунологическая характеристика аллергических заболеваний в различных экологических зонах молдовы и критерии мониторинга за состоянием здоровья населения.- автореф. докт. диссертации- М., 1994.-28 С.

7. ONU V., GRIBINIUCA., CHIRVAS E. Actualități în alerggia alimentară. // Mater. Conf. II Republicane "Actualitati in gastrohepatologie: aspecte terapeutice si chirurgicale".- Chisinau.-2003.-P.372-380.

8. LUPAȘCO I. Particularitățile evoluției hepatitelor cronice virale tip B și C. // Mater. Conf. II Republicane "Actualitati in gastrohepatologie: aspecte terapeutice si chirurgicale".- Chisinau.-2003.-P.207-220.

9. HORTOLOMEI V., HORTOLOMEI V. Manifestări cutanate în alerggia medicamentoasă. // Mater. Congresului II Național de Dermatovenerol. cu participare internațională.- Chișinău.-2000.-P.39.

10. BARBAD., URTICARIACRONICĂ RECIDIVANTĂ ȘI STAREA FUNCȚIONALĂ A FICATULUI. AUTREF TEZEI DE DOCTORAT. – 2005. -22p.

Andrei OLARU, doctorand , Dr. hab. în med., prof. univ. Nicolae CAPROȘ,
 Dr. hab. în med., prof. univ. Ion MEREUȚĂ

VIZIUNI CONCEPTUALE ÎN PATOGENEZA DISEMINĂRII METASTATICE ÎN COLOANA VERTEBRALĂ (Studiu bibliografic)

This study is one informational and relates the contemporaneous scientific data of pathogenic mechanisms of metastatic vertebral dissemination. As material of study served articles from NASS, JBJS, Spine, Eurospine, Medline, PubMed etc., of the last 10 years.

Key words: metastatic vertebral dissemination, pathologic vertebral fracture.

Rezumat. Prezentul studiu este unul informațional și constă în sistematizarea datelor științifice contemporane despre mecanismele diseminării metastatice în coloana vertebrală. Materialul studiului au servit o serie de articole și referate din bazele de date ale diferitor jurnale de specialitate (NASS, JBJS, Spine, Eurospine, Medline, PubMed etc.) din ultimii 10 ani, însă au fost incluse și alte publicații mai vechi, care și-au păstrat valoarea lor științifică fundamentală.

Coloana vertebrală prezintă cea mai frecventă implicare scheletică a leziunilor metastatice. Înțelegerea mecanismelor patologice implicate în diseminarea metastatică a tumorilor primare are o semnificație incontestabilă în contextul abordării terapeutice a acestei afecțiuni.

De-a lungul timpului au fost elaborate două teorii esențiale privind apariția și dezvoltarea metastazelor la nivel osos.

În 1889, chirurgul englez Stephen Paget a publicat observațiile sale asupra 735 necropsii la

pacienți cu cancer de sân. El a menționat că s-au găsit metastaze mai frecvent în ficat și creier decât în alte organe, cum ar fi rinichii și splina. Acest lucru a condus la formularea teoriei "seed and soil" – „semințe și sol”. Această teorie promovează ideea celulelor tumorale capabile de a supraviețui și prolifera ("seed") în condițiile prezenței unui microclimat biologic favorabil care intervine în mod esențial, prin furnizarea factorilor de creștere ("soil") [1, 6, 10, 24].

O altă teorie, *teoria fluxului sangvin*, a fost elaborată în 1928 de către patologul american James Ewing, conform căreia celulele tumorale diseminează hematogen la distanță de sediul primar al tumorii și colonizează organele în funcție de itinerarul impus de anatomia locală și particularitățile fluxului sanguin sistemic, care transportă celulele metastatice de la tumoarea primară către organele periferice. Aceste organele reprezintă receptori pasivi ai celulelor tumorale, fără a fi ținte specifice. Prin urmare, primul organ întâlnit în circulație ar trebui să poarte cel mai

mare număr de metastaze. Observația că ficatul și plămânii, care sunt primele organe traversate de celulele tumorale „separatiste”, au o incidență foarte ridicată a metastazelor, a sprijinit această ipoteza “mecanică” [6, 14, 19].

În ultimii ani, cercetătorii au ajuns să aprecieze faptul că atât teoria lui Paget cât și cea a lui Ewing în fond sunt corecte, dar nici una din ipoteze nu explică pe deplin procesul de diseminare metastatică, deoarece predispoziția de diseminare metastatică este cel mai probabil multifactorială [10, 15, 23].

Ulterior, a fost emisă ipoteza precum că celulele tumorale se depun în locurile traumatice, eventual atrase de TGPF (*tumor growth-promoting factor*) eliberate de celulele moarte. Înțelegerea interacțiunilor existente între celulele osoase normale și celulele neoplazice s-a îmbunătățit foarte mult în ultimii ani. Boala metastatică osoasă implică o comunicare intensă între celulele tumorale, osteoblaste, osteoclaste, dar și alte celule. Această comunicare este mediată de orchestra citokinică. La nivel molecular, această interacțiune este foarte complexă și presupune activarea mai multor căi biologice, care se condiționează reciproc și care se autoîntrețin [12, 22].

Acest lucru a fost demonstrat prin faptul că trabeculele osoase ale corpului vertebral devenite porotice dezvoltă microfracturi, care pot furniza micromediul necesar pentru însămânțarea metastatică, închizând astfel cercul patogenetic vicios [32].

Drept răspuns la agresiunea tumorală în țesutul osos are loc activarea proceselor osteoreparative. Se consideră că activitatea acestor procese este invers proporțională potențialului biologic al tumorii primare [4, 23, 27].

Astfel, tumorile agresive, cu creștere rapidă sunt acompaniate de reacții osteoreparative minime și imagistic sunt vizualizate ca focare osteolitice. Formațiunile mai puțin agresive sunt acompaniate, de asemenea, de activizarea proceselor osteoreparative, însă imagistic ele sunt vizualizate ca focare osteoblastice [21].

Modificarea activității tumorii pe parcursul întregii perioade de creștere este caracterizată de o creștere intertrabeculară și reacție osteoreparativă de tip mixt (litic și blastice). În acest caz tabloul imagistic este reprezentat concomitent

de procese oteolitice și osteoblastice, atât în focare cu localizare diferită (ex.. atingere metastatică multiplă), cât și în limitele aceluiași focar.

La examinarea histologică a acestor focare nu se determină careva diferențe calitative în reacția țesutului osos la procesele litice și blastice, în schimb se determină diferențe cantitative, care reflectă intensitatea proceselor osteoreparative. Deoarece riscul dezvoltării unei fracturi patologice este destul de înalt în cazul unei tumori osteolitice, putem presupune că posibilitatea producerii acesteia este determinată de tipul răspunsului țesutului osos la invazia tumorală [26].

Țesutul neoplazic în creștere produce un număr important de diferiți factori activatori ai osteoclastelor (inclusiv IL-1, factorul macrofagal stimulator de colonii și IL-6, care prin mecanisme directe sau indirecte are efect de resorbție osoasă) sau modificatori ai statutului hormonal al organismului cu dezvoltarea unei osteoporoze locale severe [33].

Celulele tumorale alterează homeostazia osoasă, prin sinteza de factori atât proosteoblastici, cât și proosteoclastici, ceea ce explică prezența metastazelor osoase atât sub forma leziunilor osteoblastice, cât și a celor osteoclastice. Explicația acestui tipar metastatic unic la nivel osos constă în faptul că depozitele osteoblastice, sclerotice, se formează în locul resorbției osteoclastice inițiale.

Principalul factor proosteoclastic eliberat de celulele tumorale este RANKL (*receptor activator of nuclear factor kappa-B-ligand*). RANKL este un membru al familiei TNF care poate fi eliberat și de către celulele T-activate. Acest ligand se leagă de receptorul său, RANK, prezent la nivelul precursorilor osteoblastici și a osteoclastelor mature, inducând formarea și activarea osteoclastelor. Prin intermediul acestui ligand, celulele tumorale inițiază direct osteoclastogeneza și resorbția osoasă. Se pare că RANKL intervine, de asemenea, și în angieneză, prin activarea celulelor endoteliale și creșterea permeabilității vasculare [30, 34].

În condiții normale, balanța osteoclaste/osteoblaste este menținută prin intervenția osteoprotogerinei. Osteoprotogerina este o proteină sintetizată de osteoblastele activate, care acționează ca o moleculă trigger pentru RANKL

și inhibă secundar activitatea osteoclastică. S-a dovedit că osteoprotogerina este molecula țintă atât pentru RANKL, cât și pentru TRAIL (*TNF-related apoptosis inducing ligand*). TRAIL este o citokină cu rol important în declașarea morții celulare programate. Osteoprotogerina, prin efectul exercitat asupra TRAIL suprimă apoptoza, iar sinteza ei pare a fi un mecanism compensator al organismului, o strategie de supraviețuire ca răspuns la proliferarea tumorală [2, 3, 9, 29].

Celulele tumorale intervin în alterarea homeostaziei osoase atât prin sintetizarea unor factori ce afectează în mod direct funcția osteoblastelor, cât și prin modificarea indirectă a matricei osoase sau a microclimatului țesutului osos. Astfel, celulele neoplazice exercită activitate osteomimetică și contribuie direct la formarea țesutului osos prin sinteza și depozitarea unor proteine ale matricei osoase, ca: osteopontina, osteonectina, sialoproteina osoasă, ș.a. [18, 29, 30]

Printre factorii proosteoblastici sintetizați de celulele neoplazice se numără membrii familiei factorilor de creștere și transformare-beta (TGF- β – *transforming growth factor*) și urokinase plasminogen activator (uPA). TGF- β acționează asupra celulelor stem și mieloblastelor, inducând diferențierea osteoblastelor secretante de fosfatază alcalină sau osteocalcină [13, 20].

Alte mecanisme implicate în procesul metastazării osoase a tumorii sunt: scăderea expresiei moleculelor de adeziune, alterarea interacțiunii celulă - matrice extracelulară, alterarea raportului între factorii proangiogenici și cei antiangiogenici, în favoarea angiogenezei tumorale, proliferarea tumorală, urmată de migrarea la distanță a celulelor neoplazice, sinteza unor factori cu activitate autocrină. În consecință, evenimentele moleculare par a deține rolul central în patogeneza bolii metastatice osoase [22, 23, 28].

Astfel, în ultimele două decenii au fost efectuate studii vaste asupra mecanismelor de metastazare osoasă și dezvoltării fracturilor patologice. Aceste cercetări au dus la progrese în realizarea obiectivului de a menține o bună calitate a vieții și a autonomiei pacientului oncologic. Cu toate acestea, există încă complicații care ar putea fi prevenite prin metode terapeutice noi.

Aceste studii au modificat filosofia managementului metastazelor osoase de la una pur și simplu expectativă – de a oferi confort în anticiparea unui deces timpuriu, la alta activă – de a lipsi de durere în activitatea cotidiană de întreținere normală, astfel încât pacientul să aibă cea mai bună calitate a vieții pentru restul timpului, fie că este vorba de săptămâni, luni sau ani [2-12, 15-18, 22, 23, 25, 26, 31].

Bibliografie:

1. Abeloff M. D., Armitage J. O., Niederhuber J. E. et al. *Abeloff's Clinical Oncology*, Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, Pa, USA, 4th edition, 2008.
2. Blair JM, Zhou H, Seibel MJ. Mechanisms of disease: roles of OPG, RANKL and RANK in the pathophysiology of skeletal metastasis. *Nat Clin Pract Oncol* 2006, 3:41–49.
3. Brown JM, Corey E, Lee ZD, et al. Osteoprotogerin and RANK ligand expression in prostate cancer. *Urology* 2001; 57:611–616.
4. Coleman R. E. Clinical features of metastatic bone disease and risk of skeletal morbidity. *Clinical Cancer Research*, 2006. 12(20):6243–6249.
5. Coman DR, deLong RP, Mccutcheon M. Studies on the mechanisms of metastasis; the distribution of tumors in various organs in relation to the distribution of arterial emboli. *Cancer Res* 1951;11:648–651.
6. Crock HV, Yoshizawa H, Kame SK. Observations on the venous drainage of the human vertebral body. *J Bone Joint Surg Br* 1973; 55:528–533.
7. Dimar JR, VoorMJ, Zhang YM, et al. A human cadaver model for determination of pathologic fracture threshold resulting from tumorous destruction of the vertebral body. *Spine* 1998;23:1209–14.
8. Ebihara H, Ito M, Abumi K. et al. A biomechanical analysis of metastatic vertebral collapse of the thoracic spine: a sheep model study. *Spine* 2004;29:994-9.
9. Fata JE, Kong YY, Li J, et al. The osteoclast differentiation factor osteoprotogerin-ligand is essential for mammary gland development. *Cell* 2000; 103:41–59.
10. Fidler IJ. The pathogenesis of cancer metastasis: the 'seed and soil' hypothesis revisited. *Nat Rev Cancer*. 2003; 3: 453–8.
11. Findlay GF. The role of vertebral body collapse in the management of malignant spinal cord compression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50:151–154.
12. Fisher B, Fisher ER. Trauma and the localization of tumor cells. *Cancer* 1967; 20:23–30.
13. Flaig T., Nordeen S., Lucia M. Conference report and review: current status of biomarkers potentially associated with prostate cancer outcomes. *J Urol*. 2007;177:1229–1237.
14. Gunzburg R., Szpalski M., Aebi M. *Vertebral tumors*. Lippincott, 2008. 215 p.
15. Harada M, Shimizu A, Nakamura Y, et al: Role of the vertebral venous system in metastatic spread of cancer cells to the bone. *Adv Exp Med Biol* 1992;324:83–92.
16. Harrington KD. Impending pathologic fractures from metastatic malignancy: evaluation and management. *Instr Course Lect*. 1986;35:357-81.
17. Hiroshi T, Kiyoshi K, Naoki T. Risk factors and probability of vertebral body collapse in metastases of the thoracic and lumbar spine. *Spine* 1997;22:239–45.

18. Huang WC, Xie Z, Konaka H. Human osteocalcin and bone sialoprotein mediating osteomimicry of prostate cancer cells: role of cAMP-dependent protein kinase A signaling pathway. *Cancer Res.* 2005;65:2303–13.
19. Huvos AG. James Ewing: cancer man. *Ann Diagn Pathol* 1998; 2(2):146-8.
20. Koutsilieris M, Frenette G, Lazure C. et al. Urokinase-type plasminogen activator: a paracrine factor regulating the bioavailability of IGFs in PA-III cell-induced osteoblastic metastases. *Anticancer Res* 1993; 13:481–486.
21. Krishnamurthy GT, Tubis M, Hiss J, Bland WH. Distribution pattern of metastatic bone disease. A need for total body skeletal image. *JAMA* 1977; 237:2504–2506.
22. Mareel M, Vermeulen S, Bracke M. Molecular mechanism of cancer seeding: adhesion molecules and signal transduction networks. *Verh K Acad Geneesk Belg* 1997; 59:327–351.
23. Orr FW, Lee J, Duivenvoorden WC, Singh G. Pathophysiologic interactions in skeletal metastasis. *Cancer* 2000; 88:2912–2918.
24. Paget S. The distribution of secondary growths in cancer of the breast. 1950;1:571–573.
25. Patel B, DeGroot H3rd. Evaluation of the risk of pathologic fractures secondary to metastatic bone disease. *Orthopedics* 2001;24:612–617.
26. Perrin RG, Laxton AW: Metastatic spine disease: Epidemiology, pathophysiology, and evaluation of patients. *Neurosurg Clin N Am* 2004;15(4):365-373.
27. Roodman GD. Mechanisms of bone metastasis. *N Engl J Med.* 2004;350:1655-64.
28. Saaristo A, Karpanen T, Alitalo K. Mechanisms of angiogenesis and their use in the inhibition of tumor growth and metastasis. *Oncogene* 2000; 19:6122–6129.
29. Simonet WS, Lacey DL, Dunstan CR, et al. Osteoprotegerin: a novel secreted protein involved in the regulation of bone density. *Cell* 1997; 89:309–319.
30. Takahashi N, Udagawa N, Suda T. A new member of tumor necrosis factor ligand family, ODF/OPGL/TRANCE/RANKL, regulates osteoclast differentiation and function. *Biochem Biophys Res Commun* 1999; 256:449–455.
31. Taneichi H, Kaneda K, Takeda N. Risk factors and probability of vertebral body collapse in metastases of the thoracic and lumbar spine. *Spine* 1997;22:239-45.
32. Vernon-Roberts B, Pirie CJ. Healing trabecular microfractures in the bodies of lumbar vertebrae. *Ann Rheum Dis* 1973; 32:406–412.
33. Zhang Y, Fujita N, Oh-hara T. Production of interleukin-11 in bone-derived endothelial cells and its role in the formation of osteolytic bone metastasis. *Oncogene* 1998; 16:693–703.
34. Zhang YH, Heulsmann A, Tondra MM, Mukherjee A, Abu-Amer Y. Tumor necrosis factor- α (TNF) stimulates RANKL-induced osteoclastogenesis via coupling of TNF type 1 receptor and RANK signaling pathways. *J Biol Chem* 2001; 276:563–568.

Iulian Țurcanu – doctorand, IMSP Institutul Oncologic

PLASTIA DEFECTELOR PIELII ȘI ȚESUTURILOR MOI ALE REGIUNII FACIALE

Surgical reconstruction of defects of the face after surgical excision of malignancies is a complex and unsolved problem yet. Decision-making is based on a lot of factors, such as treatment methods, defect localization and size, variety of missing tissue, patient preferences. Different reconstruction methods, and sometimes repeated surgery may be used to achieve the best results in reconstruction of form and function of the facial region.

Key words: surgical reconstruction, defects, treatment, facial region, methods.

Tratamentul multimodal al tumorilor maligne ale pielii și țesuturilor moi ale regiunii faciale include actul chirurgical. Intervențiile de excizie tumorală la nivelul zonei faciale aduce la formarea defectelor pielii și țesuturilor subiacente care pot necesita procedee reconstructive pentru restabilirea formei și funcției zonei faciale respective.

Intervențiile reconstructive sînt laborioase, tehnic dificile, frecvent etapizate și temporizate și necesită o bună conlucrare între chirurg și pacient. Astfel pacientul trebuie să înțeleagă necesitatea amînării reconstrucției chirurgicale cît

și să accepte rezultatele la etapele intermediare de plastie. În cazul efectuării reconstrucțiilor primare este necesar de explicat pacientului de ce se va utiliza anume zona donatoare respectivă și care sînt posibilele complicații postoperatorii. Deasemenea atît chirurgul cît și pacientul trebuie să fie pregătiți pentru eșecul procedeeului reconstructiv utilizat și eventuala necesitate de reintervenții reparatorii.

Planificarea intervențiilor reconstructive în regiunea facială trebuie să țină cont de mai multe aspecte – localizarea și dimensiunile exacte ale defectului, posibilitățile de utilizare a țesuturilor

locale și regionale pentru reconstrucția defectului și preferințele pacientului - unii pacienți pot fi categoric împotriva unor cicatrici suplimentare pe față. Pentru aprecierea dimensiunilor și localizării defectelor au fost propuse mai multe metode de divizare a regiunii faciale în zone anatomice. Divizarea tradițională în trei etaje prin linii orizontale, propusă de da Vinci pentru caracterizarea simetriei faciale și utilizată pe parcursul mai multor ani [1] nu corespunde necesităților clinice. În 1954 Ф. М. Хитров propune zone de lucru în regiunea facială în dependență de localizarea defectului tisular:

1. fruntea și porțiunea piloasă a capului
2. porțiunea centrală a zonei medii a feței
3. două porțiuni laterale a zonei medii a feței
4. porțiunea centrală a zonei inferioare a feței
5. două porțiuni laterale a zonei inferioare a feței
6. faringele și esofagul cervical

În 1988 A. И. Неробеев propune divizarea feței în 12 zone după următoarea metodă:

2 linii orizontale:

■ linia supraciliară care trece imediat superior de sprâncene

■ linia subnazală trasată la hotar dintre septul nazal și *philtrum*

5 linii verticale perpendiculare pe primele două:

■ linia mediană

■ 2 linii mediale ce trec prin mijlocul pupilelor

■ 2 linii laterale ce trec prin unghiurile

mandibulelor.

Această divizare însă nu satisface necesitățile moderne ale chirurgului reconstructiv. Considerăm oportună divizarea regiunii faciale în unități și subunități funcțional-estetice propusă de Asociația Americană de Chirurgie Plastică:

Acestea sînt:

1. unitatea frontală care include nouă subunități: medie, 2 mediane, 2 laterale, 2 temporale și 2 supraorbitale

2. unitatea nazală care include 10 subunități: rădăcina nasului, dorsul nazal, 2 subunități laterale ale piramidei nazale, 2 aripi nazale, apexul nazal, 2 triunghiuri moi și columela

3. 2 unități palpebrale care includ cîte 4 subunități fiecare: pleoapa superioară, pleoapa inferioară, unghiul intern și unghiul extern.

4. 2 unități ale obrazilor care includ cîte patru

subunități fiecare: medială, zigomatică, laterală și buccală

5. unitatea buzei superioare cu patru subunități: filtrumul, 2 subunități cutanate laterale, subunitatea mucoasă

6. unitatea buzei inferioare care include 2 subunități - cea centrală și cea mucoasă

7. unitatea mentoniană

8. 2 unități auriculare

9. unitatea cervicală

Astfel fața este divizată, conform acestei clasificării în 45 subunități funcțional-estetice. O astfel de divizare a feței în subunități anatomo-funcționale oferă o mulțime de avantaje chirurgului plastician – în primul rînd unifică terminologia, permite o mai bună caracterizare a localizării exacte a defectului tisular și permite elaborarea unor intervenții chirurgicale standardizate, de reconstrucție a defectului tisular, indiferent de originea acestuia, în limitele unei unități sau subunități anatomice.

Pe lîngă localizare și dimensiune plană, adică lungime și lățime, defectul facial mai are o caracteristică extrem de importantă – profunzimea defectului, care pe lîngă semnificația pur dimensională, mai are și una calitativă, or, cu cît este mai mare profunzimea defectului tisular facial, cu atît vor fi mai diferite și țesuturile implicate în defect, și deci, mai dificilă etapa reconstructivă.

Una dintre cele mai importante și discutate, pînă în prezent probleme ce țin de plastia defectelor posttumorale ale regiunii faciale este momentul efectuării etapei reconstructive. Atît adepții plastiilor primare, cît și cei care susțin varianta unei plastii întîrziate a defectului aduc o mulțime de argumente în favoarea punctelor sale de vedere. Astfel în 1959 Aslanov afirma că plastia defectului nu trebuie efectuată niciodată în acelaș timp chirurgical cu etapa de exereză tumorală, deoarece chirurgul inconștient va diminua marginile de exereză tumorală, pentru a-și facilita etapa plastică. R. Chambers, în 1981 spunea următoarele "...din moment ce noi nu putem garanta pacientului o anumită perioadă de supraviețuire postoperatorie, sarcina chirurgului este de a restabili în timp cît mai scurt forma și funcția, ca pacientul să poată trăi din plin timpul

rămas”. În altă ordine de idei A. Ballon, în 1984 afirmă că plastia primară diminuează posibilitatea de control a lojei tumorale, și deci diagnosticarea precoce a recidivelor locale, fapt care contravine criteriului de bază de apreciere a eficienței tratamentului – supraviețuirii bolnavului. Problema efectuării plastiilor primare sau întârziate a defectelor la bolnavii oncologici nu este soluționată pînă azi. În 1981 A. И. Hepoбeев propune o clasificare a defectelor cranio-cervicale, după termenul de efectuare a reconstrucției chirurgicale, pe care o modifică în 2002:

1. defecte care necesită plastie imediată, din motive vitale – acestea sînt defectele tisulare care aduc la denudarea vaselor magistrale cervicale sau a meningelor

2. defecte care necesită reconstrucție, dar pentru care aceasta poate fi amînată

3. defecte pentru care reconstrucția nu este obligatorie

4. defecte pentru corecția cărora metoda optimă este protezarea oromaxilofacială.

Opțiuni de reconstrucția a defectelor faciale

□ Plastii cu țesuturi locale – de regulă primare, limitate la defectele mici, cu dereglări funcționale minore, pot fi efectuate cu anestezie locală.

□ Plastii cu lambouri locale și regionale – primare sau secundare, etapizate sau într-o singură ședință – pentru defecte masive cu dereglări funcționale severe, cer o pregătire minuțioasă a pacientului și prezența cel puțin a unei variante de rezervă de plastie a defectului.

□ Plastii cu complexe tisulare revascularizate – primare sau secundare pentru defecte masive cu dereglări funcționale severe, dar dificile tehnic, cer o pregătire și selecție minuțioasă a candidaților pentru chirurgie reconstructivă, sînt grevate de posibilitatea de eșec, presupun existența unei variante alternative de plastie, dar în anumite cazuri selecte constituie unica posibilitate de chirurgie reconstructivă.

Lambouri utilizate în chirurgia reconstructivă facială.

Clasificarea lambourilor

După componența tisulară:

√ simplu (cutanat, osos, fascial)

√ complex (mușchi – os – fascie – piele, mușchi – fascie - nerv)

După localizare față de zona defectului:

√ local

√ regional

√ la distanță

După sursa de vascularizare:

√ fără sursă proprie de vascularizare – grefele

√ cu vascularizare aleatorie – vascularizarea are loc din contul plexurilor vasculare subdermale

√ cu vascularizare axială – sursă de vascularizare ușor identificabilă și anatomic stabilă

Mathes și Nahai propun o clasificare suplimentară a lambourilor axiale, care este folosită pe larg:

tip I - cu o sursă de vascularizare

tip II - cu o sursă dominantă și una adițională de vascularizare

tip III – cu două surse de vascularizare de origine diferită

tip IV – cu multipli pediculi vasculari de același calibru

tip V – cu o sursă vasculară dominantă și multiple surse suplimentare segmentare

În reconstrucția defectelor faciale în departamentul Tumori cap și gît și microchirurgie a IMSP IO se utilizează următoarele tipuri de lambouri locale și regionale:

1. Lamboul cervical - simplu de ridicat, lambou fascio-cutanat cu vascularizare stabilă, care include vena jugulară externă. Permite plastia defectelor mucoasei planșeului bucal, peretelui lateral al orofaringelui. Zona donatoare poate necesita plastie în cazul lambourilor cervicale mari, care poate fi efectuată cu țesuturi locale sau cu ajutorul lamboului deltopectoral.

2. Lambou cervico-humeral sau "epolet" - oferă o cantitate mare de țesut cu caracteristici similare zonei recipiente, permite plastia defectelor cervicale anterioare, orofaringostomelor laterale. Dezavantajul major al acestui lambou este necesitatea formării acestuia în 3 – 4 etape.

3. Lamboul deltopectoral – este unul dintre cele mai frecvent utilizate lambouri în chirurgia reconstructivă cervico-facială. Permite plastia defectelor porțiunii anterioare și laterale a

planșeului cavității bucale, a defectelor de mucoasă a obrazului, defectelor subtotale și totale ale buzei inferioare, superioare și comisurior labiale. Formare simplă, într-o etapă sau mai mult în dependență de necesitățile chirurgului, oferă o cantitate mare de țesut, iar morbiditatea zonei donatoare este minimă

4. Lamboul nazolabial – este un lambou axial bazat pe vasele faciale, poate fi ridicat atât ca lambou cutano-adiăpos, cât și în calitate de lambou cu component mucos. Permite plastia defectelor totale și subtotale ale buzei inferioare, mucoasei planșeului bucal și a porțiunii mobile a limbii. Morbiditate zonei donatoare este minimă, cere atenție în timpul formării pentru a evita traumarea vaselor faciale, fapt care ar putea compromite viabilitatea lamboului.

5. Lamboul frontotemporoparietal – fascial sau fasciocutanat este un lambou axial, bazat pe vasele temporale superficiale. Poate fi utilizat pentru plastia defectelor mucoasei cavității bucale. Dintre dezavantaje vom menționa prezența pilozității, necesitate plastiei zonei donatoare și tehnica relativ complicată de formare a lamboului.

6. Lambourile faciale – cu vascularizare aleatorie, care vor fi formate strict individual, dar care în unele cazuri constituie varianta optimă de reconstrucție a defectelor tisulare faciale.

7. Lambourile la distanță de tip "walking flap" (lambou Filatov-Gillies) sau lamboul deltopectoral tubular migrat pe etape [2,5] necesită internări multiple și intervenții repetate. Astfel în cazuri aparte durata totală de spitalizare a acestor pacienți poate ajunge până la 200 zile [3], iar în cazul unor pacienți necooperanți plastia poate dura câțiva ani. În pofida acestui fapt lamboul deltopectoral tubular oferă și o serie de avantaje ca: tehnica chirurgicală simplă, morbiditate minimă a zonei donatoare, cantitate mare de țesut și posibilitatea formării și migrării în condiții de anestezie locală.

Concluzii:

1. Defectele faciale sînt complexe atît din cauza reliefului facial, cît și a multitudinii de funcții și structuri implicate în această zonă

2. Decizia despre efectuarea plastiei primare sau întîrziate a defectului se va lua în fiecare caz individual, cu excepția cazurilor cînd sînt indicații absolute pentru plastie primară

3. Defectele, în pofita multor similitudini, sînt individuale, deci și metoda de plastie aleasă va fi individuală pentru fiecare pacient

4. Regiunea facială oferă suficiente posibilități de plastie a defectelor tisulare cu țesuturi locale.

5. Pentru defectele faciale masive metoda optimă de plastie este utilizarea lambourilor regionale și la distanță.

Bibliografie:

1. А. Э. Рауэр, Н. М. Михельсон Пластические операции на лице, Москва, Медгиз, 1954
2. Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology, 8th Edition, 2008
3. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области, под ред. А. И. Неробеева, М. Медицина 1997, pag170- 172
4. Bailey, Byron J.; Johnson, Jonas T.; Newlands, Shawn D. Head & Neck Surgery - Otolaryngology, 4th Edition, 2006
5. Б. М.Втюрин, Г. А. Цыбырнэ, К. И. Клим, Хирургическое лечение рака головы и шеи, Кишинёв, Штиинца, 1981
6. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия, под. ред. Н. М. Александрова, Л., Медицина 1985
7. Дунаевский В. А., Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей, Л., Медицина 1976
8. Bailey, Byron J.; Johnson, Jonas T.; Newlands, Shawn D., Head & Neck Surgery - Otolaryngology, 4th Edition, Copyright ©2006 Lippincott Williams & Wilkins
9. Дунаевский В. А., Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей, Л., Медицина 1976
10. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. Под ред. а. А. Кулакова, М., Гэотар-Медиа, 2010
11. Цепколенко В. А., Грубник В. В., Пшениснов К. П., Пластическая эстетическая хирургия, К., Здоровья, 2000

Duda Boris, doctorand, Ghidirim Nicolae, prof. univ.

METODA MINIM INVAZIVĂ ECOGHIDATĂ DE DERIVAȚIE URINARĂ SUPRAVEZICALĂ LA PACIENȚII CU CANCER VEZICAL AVANSAT

Minimally invasive supravescical diversion of the locally advanced urine bladder tumours sometimes is the only chance to prolong the patient's life and quality of life. In the period 2006-2011, there have been carried out 68 percutaneous nephrostomies in 50 patients with advanced tumours of the bladder with varying degrees of hydronephrosis. The results were relatively good; 23 patients received specific treatment after normalization of kidney failure. Ultrasound-guided percutaneous nephrostomy is the optimal method of treatment of infrarenal obstructions and renal inadequacy in this category of patients, improving the quality of life of the patient, and in some cases offers the possibility to perform surgical or chemo-radiotherapeutic treatment.

Key words: percutaneous nephrostomy, urine bladder tumours, surgical treatment, chemo-radiotherapy.

Uropatia obstructivă este o afecțiune care apare în rezultatul blocării fluxului de urină, în urma căreia are loc creșterea presiunii în sistemul colector și cu afectarea parenchimului renal.

Înteruperea fluxului de urina provoacă: durere, stare septică, pierderea funcției renale cu insuficiență renală. Este o afecțiune care pune viața în pericol și necesită măsuri imediate pentru a decompresa căile urinare superioare obstructate.

Nefrostomia percutanată (NPC), sau pielonefrostomia, este o procedura interventională utilizată în principiu pentru decompresia sistemului de colectare renal. În 1954 Wiekbom pentru prima dată a utilizat puncția percutanată a bazinei renale pentru pielografia anterogradă și Weens a utilizat această tehnică sistemic în diagnosticul obstrucțiilor infrarenale. Goodwin a publicat un raport de prima serie care descrie această procedură în 1955, plasarea cateterului de nefrostomie percutanată – a fost prima procedură temporară pentru drenarea unui sistem de colectare obstrucționat. În oncologie, uropatia obstructivă este o afecțiune care se întâlnește frecvent în tumorile organelor bazinului mic și constituie – 25% în structura tuturor maladiilor oncologice.

Diagnosticul oportun și aprecierea tacticii de tratament a obstrucției infrarenale în tumorile bazinului mic local avansate, reprezintă una din principalele probleme abordate cu care se întâlnesc medicii în oncologie până în prezent și rămâne în continuare o temă de discuție.

Implementarea noilor metode de tratament în oncologie, mai agresive, extinderea volumului actului chirurgical și combinarea acestuia cu tratamentul radioterapeutic, evident a sporit numărul pacienților cu obstrucții infrarenale ureterale. Uneori drenarea supravescicală a urinei este unica șansă de a prelungi viața pacientului și calitatea vieții. La momentul actual NPC ecoghidată, este metoda cea mai eficientă și cu o rată mare de succes – 95%-98%, fiind mai redusă la pacienții cu sistem colector nedilatată.

Scopul studiului. Indicațiile și eficiența NPC ecoghidate la pacienții cu cancer de vezică urinară avansată cu obstrucție a tractului urinar superior.

Materiale și metode. La Institutul Oncologic din cadrul departamentului de urologie în perioada anilor 2006 - 2011, au fost efectuate 68 nefrostomii percutanate, la 50 pacienți cu tumori a vezicii urinare avansate cu diferite grade de hidronefroză. Din partea stângă s-au instalat la – 15 pacienți, pe dreapta la - 18 și din ambele părți la - 17 pacienți. Vârsta pacienților a variat între 42 - 82 ani (mediana fiind de 62 ani). În acest lot - 7 (14%) au fost femei și - 43 (86%) bărbați. Primari - 28 (56%), secundari - 22 (44%). Distribuția pacienților cu cancer de vezică urinară în dependență de stadiul tumoral: I stadiu – 2 pacienți (4%), stadiul II – 5 pacienți (10%), stadiul III - 19 pacienți (38%), stadiul IV - 24 (48%) pacienți. La cei 7 pacienți cu stadiile I – II, indicațiile către NPC a fost traumatismul iatrogen intraoperator a ureterului – la 2 pacienți iar la 5 pacienți în perioada

postoperatorie, după cistectomii radicale s-a dezvoltat ureterohidronefroză uni- sau bilaterale, din cauza stricturii anastomozei uretero - intestinale a 32 (64%) pacienți s-a diagnosticat hidronefroză bilaterală, în faza de oligo-anurie și insuficiență renală subcompensată. NPC la acești pacienți a fost instalată pentru indicații vitale în prima zi de spitalizare. Operația s-a efectuat sub anestezie locală (sol. lidocaină 0.5% - 20.0 ml + sedare i/venoasă) folosind ecograful KOMBIZON – 320 cu dispozitiv pentru ghidaj percutanat. S-au folosit seturi de nefrostomie № 12-14 de la compania «BALTON». La 37 de pacienți s-a folosit dren de - 14 Fr., iar la 13 pacienți diametrul - 12 Fr. Capacitatea funcțională a rinichilor s-a studiat după valorile creatininei și ureei serice. Nivelul mediu al ureei la internare a fost de 21.45 mmol/L (între valorile 2.5 - 77.9 mmol/L), după intervenția chirurgicală mediana a scăzut până la - 18.62 mmol/L, (în intervalul de 3.9 - 65.3 mmol/L). În 14 (28%) cazuri la pacienți valorile ureei a scăzut la indici normali la a 5-6 zi.

Mediana creatininei serice la internare a fost de - 575.09 mmol/L (în intervalele 104.4 - 1574.0 mmol/L), după NPC mediana a scăzut la - 400.19 mmol/L, (în intervalul - 1,492.06 - 81.0 mmol/L). La 9 (18%) pacienți valorile creatininei serice a scăzut până la cifrele normale la a 5-6 zi.

Rezultate. Timpul mediu necesar pentru efectuarea intervenției minim invazive a fost 25-30 minute variind de la 15 minute până la 40 minute. Nu au existat complicații majore sau decese legate de procedură. Complicațiile au

fost: sângerare profuză - 8 (16%) s-a rezolvat conservativ, hematom subcutan - 1 (2%), febră - 10 (20%) cazuri, re poziția cateterului- 6 (12%). Înlocuirea tubului de nefrostomie s-a efectuat la fiecare 5 - 64 luni. Filtrația glomerulară și diureza este direct proporțională de grosimea parenchimului. La 23(46%) de pacienți cu cancer de vezică urinară avansat cu diferite grade de hidronefroză s-a reușit scăderea ureei și a creatininei până la normal în termen de 5-7 zile, ce a permis ulterior de a efectua un tratament chirurgical definitiv la - 14 pacienți, radioterapie la - 1 pacient, chimioterapie la - 8 pacienți.

Monitorizarea și supraviețuirea pacienților după NPC la pacienții cu tumori avansate a vezicii urinare cu obstrucție infrarenală a variat de la 1 lună până la un 6,8 ani.

Concluzii:

1. Aplicarea metodei minim invazive a NPC în lotul cu tumori avansate vezicale a avut eficiență în 92,5%.

2. Nefrostomia percutanată este – o metodă eficientă, minim invazivă, pentru drenaj urinar transcutanat, se efectuează sub anestezie locală și este bine tolerată de toți pacienții, care sunt în majoritatea cazurilor cu un statut general foarte grav.

3. NPC este metoda optimală de tratament a obstrucțiilor infrarenale și a insuficienței renale la această categorie de pacienți, ameliorarea calității vieții pacientului, în unele cazuri oferă posibilitatea de a efectua tratament chirurgical radical sau chimio- radioterapie.

Academician V. Rudic, d.m. Ivana Clipca

APLICAREA PREPARATULUI BioR PENTRU DIMINUAREA TOXICITĂȚII TRATAMENTULUI CITOSTATIC

The mammary cancer has the highest incidence in women neoplasms, thus becoming a global problem. Metastatic mammary cancer is still incurable in its essence, with an average survival of 2 years. BioR remedy extracted from *Spirulina platensis* has been used to test the possibility to diminish side-effects. Usage of BioR helped to diminish hematological and non-hematological toxicity increasing the tolerance to cytostatic treatment.

Key-words: metastatic mammary cancer, BioR, chemotherapy, cytostatic toxicity, response rate.

Tratamentul citostatic reprezintă o medicație agresivă, cu numeroase efecte secundare. Țesuturile în diviziune (cu proliferare intensă) sunt

mai vulnerabile, astfel predomină acțiunea toxică asupra celulelor hematopoietice, celulelor mucoase și foliculului pilos. Alte forme de

toxicitate sunt specifice agentului citostatic și survin indiferent de creșterea celulară. Astfel, destul de frecvent se observă toxicitatea gastro-intestinală – până la 90%, hematologică – 80-90%, hepato- și nefrotoxicitatea – 40-50%, afectarea pulmonară și neuro-musculară se atestă în 20-25% cazuri, cardiotoxicitatea – 20%. Reieșind din cele expuse, prevenirea, diminuarea și înlăturarea reacțiilor adverse asociate chimioterapiei citotoxice este importantă în scopul limitării deteriorării calității vieții.

Complicațiile chimioterapiei necesită tratament specific atât concomitent, cât și ulterior. Preparatul BioR, obținut prin extragere succesivă, fracționare și purificare a substanțelor bioactive din biomasa algei cianofite *Spirulina platensis*, ne-a atras atenția prin efectele sale hepato-, cardioprotectoare, prin acțiunea antioxidantă și de stabilizare a membranelor celulare și lizozomale.

Pentru aprecierea nivelului de diminuare a toxicității postcitostatice, am studiat reacțiile adverse ale tratamentului polichimioterapic la 50 pacienți cu cancer mamar metastatic rezistent la antraciclina. Lotul de studiu a inclus 25 pacienți, care au administrat tratament citostatic cu includerea Cisplatinului împreună cu preparatul BioR. Lotul martor a fost constituit din 25 pacienți,

care au administrat tratament citostatic fără BioR. Analiza clinică a relevat componența relativ omogenă a loturilor de bolnave după vârstă, indicii de performanță, regimul chimioterapic aplicat, caracteristicile tumorale de bază – localizarea și numărul sediilor metastatice, gradul de extindere a procesului tumoral (tabelul 1).

În urma aplicării tratamentului citostatic au fost apreciate reacții adverse în ambele grupuri, totuși gradul și durata acestora au fost diferite în fiecare grup studiat. (tabelul 2).

Astfel, toxicitatea non-hematologică, exprimată prin greață, vomă, stomatită sau mucozită orofaringiană, diaree, neuropatie periferică a fost mai exprimată, având un grad mai mare în grupul ce a administrat doar tratament citostatic. În grupul de studiu, care a administrat tratament citostatic și preparatul BioR s-a constatat diminuarea reacțiilor adverse, nu doar în gradul de toxicitate, dar și în durata persistenței. La pacienții care au administrat Cisplatin + Etopozid așa toxicitate non-hematologică cum ar fi greața (destul de frecvent întâlnită în cazurile administrării Cisplatinului), în grupul de control a fost stabilită în 77%, pe când în cazul administrării preparatului BioR acest indice a constituit 54%. Voma a fost prezentă în 15% cazuri în grupul de

Tabelul 1

Caracteristica loturilor de pacienți incluse în studiu

Caracteristici	Lotul de bază	Lotul martor
Nr de pacienți	25	25
Vârsta	54,5±1,3	54,2±1,4
Statut de performanță (ECOG)		
0	10	12
1	13	11
2	2	2
Regimul citostatic aplicat:		
- Cisplatin- Etopozid	13	13
- Cisplatin – Xeloda	12	12
Sediul metastazelor:		
- Loco-regionale	13	14
Ficat	6	7
Plămân	12	7
Oase	15	16
Numărul sediilor metastatice:		
1	8	10
2	13	11
3	4	4

Tabelul 2
**Toxicitatea non-hematologică a tratamentului citostatic
 în dependență de aplicarea preparatului BioR**

Regim citostatic Toxicitate	Lotul de studiu		Lotul de control	
	Cisplatin + Etopozid + BioR	Cisplatin + Xeloda + BioR	Cisplatin + Etopozid	Cisplatin + Xeloda
1. Greață: - Gradul 0 - Gradul I - Gradul II	6 (46%) 6 (46%) 1 (8%)	7 (58%) 4 (34%) 1 (8%)	3 (23%) 8 (62%) 2 (15%)	3 (25%) 7 (58%) 2 (17%)
2. Vomă: - Gradul 0 - Gradul I - Gradul II	11 (85%) 2 (15%) 0	11 (92%) 1 (8%) 0	8 (61%) 4 (31%) 1 (8%)	10 (83%) 2 (17%) 0
3. Stomatită sau mucozită orofaringeană: - Gradul 0 - Gradul I	13 (100%)	11 (92%) 1 (8%)	12 (92%) 1 (8%)	10 (83%) 2 (17%)
4. Neuropatie periferică: - Gradul 0 - Gradul I	13 (100%)	11 (92%) 1 (8%)	12 (92%) 1 (8%)	10 (83%) 2 (17%)
5. Diaree: - Gradul 0 - Gradul I	13 (100%)	11 (92%) 1 (8%)	13 (100%)	11 (92%) 1 (8%)

studiu și în 39% cazuri în cel de control, unde s-a constatat și vomă de gradul II (în 8%). Alte reacții adverse non-hematologice – stomatita, neuropatia periferică – de asemenea au fost mai frecvente în grupul de control, reprezentând, respectiv, câte 8 % cazuri, pe când în grupul de studiu aceste complicații nu au fost prezente. La pacientele care au administrat Cisplatin + Xeloda greața a fost prezentă în 42% - grupul de studiu și în 75% - grupul de control, din care greață de gradul II a fost stabilit în 8 și, respectiv, 17% cazuri. Voma s-a constatat la 8% și, respectiv, 17% pacienți din grupul Cisplatin + Xeloda.

Toxicitatea hematologică a fost evaluată prin studierea indicilor de laborator – leucocite, inclusiv formula leucocitară, trombocite, hemoglobină (tabelul 3).

La pacientele care au administrat regimul citostatic Cisplatin + Etopozid - leucopenie a fost stabilită la 31% pacienți, din ele leucopenie de gradul I s-a constatat în 23%, iar de gradul II – în

8%. În grupul de control această complicație a fost prezentă în 54% cazuri, din care leucopenie de gradul I s-a constatat în 39 %, iar de gradul II – în 15 %.

Analizând rezultatele obținute în grupul ce a administrat schema Cisplatin + Etopozid, am constatat că în cazul aplicării tratamentului citostatic cu BioR, leucocitele au diminuat de la $5,55 \times 10^9 / l$ până la $5,12 \times 10^9 / l$, diferența dintre medii constituie $0,43 \times 10^9 / l$. În grupul de control leucocitele au diminuat de la $6,3 \times 10^9 / l$ până la $5,3 \times 10^9 / l$, diferența dintre medii constituie $1,0 \times 10^9 / l$, (în intervalul de confidență de 95% 0,8 – 1,3). Comparând rezultatele obținute în ambele grupuri între ele, am constatat că diferența dintre ele este statistic veridică și constituie $p < 0,02$.

La pacientele care au administrat Cisplatin + Xeloda cu BioR leucopenia a fost stabilită în 33% cazuri (de gradul I în 25% cazuri, gradul II – 8% cazuri), iar în grupul de control în 59% cazuri (de gradul I în 34% cazuri, gradul II - 25% cazuri).

Tabelul 3
**Toxicitatea hematologică a tratamentului citostatic
 în dependență de aplicarea preparatului BioR**

Regim citostatic Toxicitate	Lotul de studiu		Lotul de control	
	Cisplatin + Etopozid +BioR	Cisplatin + Xeloda+ BioR	Cisplatin + Etopozid	Cisplatin + Xeloda
1. Leucopenie:				
- Gradul 0	9 (69%)	8 (67%)	6 (46 %)	5 (41%)
- Gradul I	3 (23%)	3 (25%)	5 (39 %)	4 (34%)
- Gradul II	1 (8%)	1 (8 %)	2 (15 %)	3 (25%)
2. Trombocitopenie:				
- Gradul 0	12 (92%)	11 (92%)	11 (84%)	10 (84%)
- Gradul I	1 (8%)	1 (8%)	1 (8%)	1 (8%)
- Gradul II			1 (8%)	1 (8%)
3. Anemie:				
- Gradul 0	13 (100%)	11 (92%)	13 (100%)	10 (84%)
- Gradul I		1 (8%)		1 (8%)
- Gradul II				1 (8%)

Dinamica leucocitelor a fost în grupul de studiu de la $5,9 \times 10^9/l$ până la $5,8 \times 10^9/l$, diferența între medii fiind de $0,1 \times 10^9/l$. În grupul de control acest indice a diminuat de la $6,4 \times 10^9/l$ până la $5,1 \times 10^9/l$, diferența dintre medii constituie $1,3 \times 10^9/l$ (intervalul de confidență de 95% 0,2 – 1,3). Comparând rezultatele obținute în ambele grupuri între ele, am constatat că diferența dintre ele este statistic veridică și constituie $p < 0,008$.

Trombocitopenia a fost stabilită la 8% pacienți în grupul ce a administrat Cisplatin + Etopozid cu BioR, fiind de gradul I și, respectiv, în grupul de control 16%, în 8% cazuri de gradul I, 8% cazuri – gradul II. Trombocitele au diminuat de la $220 \times 10^9/l$ până la $212 \times 10^9/l$ (diferența mediilor constituie 8×10^9). În grupul de control s-a stabilit o scădere de la $213 \times 10^9/l$ până la $183 \times 10^9/l$ (diferența mediilor fiind $20 \times 10^9/l$). Comparând grupul de studiu cu cel de control, am constatat că scăderea trombocitelor este statistic veridică ($p < 0,005$). În grupul care a administrat Cisplatin + Xeloda trombocitopenia a fost constatată în 8% în lotul de studiu (de gradul I), și în 16% lotul de control (în 8% cazuri - gradul I și 8% cazuri – gradul II). Dinamica trombocitelor a fost de la $217 \times 10^9/l$ până la $210 \times 10^9/l$ în grupul de studiu (diferența mediilor

fiind 7×10^9), iar în grupul de control trombocitele au diminuat de la 215×10^9 până la 192×10^9 (diferența mediilor constituie 23×10^9). Scăderea trombocitelor în acest grup la fel statistic veridică $p < 0,004$.

Anemia (ca toxicitate hematologică) a fost atestată doar la pacienții, care au administrat Cisplatin + Xeloda și a constituit 8% la pacienții din lotul de bază și la 16% din pacienții din lotul de control. Valorile inițiale ale hemoglobinei $122,5 \times 10^{12}/l$ în grupul de studiu și $118,4 \times 10^{12}/l$ în cel de control, după aplicarea tratamentului citostatic au constituit $120,1 \times 10^{12}/l$ în I grup și, respectiv, $107,6 \times 10^{12}/l$ în al II grup. Comparând rezultatele obținute, s-a stabilit că modificarea indicelui hemoglobinei nu a fost semnificativă, deci statistic neconcludentă ($p = 0,112$).

Tratamentul citostatic aplicat a fost tolerat bine, majoritatea reacțiilor adverse având gradul I – II de toxicitate (după recomandările OMS

Datele prezentate ne demonstrează oportunitatea utilizării remediei medicamentoase BioR, prin dinamica pozitivă a sindroamelor clinice și indicilor de laborator, prin ameliorarea funcției hepatice, prin tolerabilitatea mai înaltă a tratamentului citostatic, prin ameliorarea calității vieții pacienților.

Valeriu Rudic, Acad. AȘM, Vlada-Tatiana Dumbrava, prof. univ, Iuliana Lupașcu, d.i.m.,
Adela Țurcanu, d.i.m.

BioR - UN HEPATOPROTECTOR AUTOHTON

In the patients with chronic hepatitis and liver cirrhosis of viral origin (B, C, D) who received the remedy Bior, a positive dynamics of clinical syndromes was appreciated based on: - reduced astheno-vegetative and dyspeptic syndromes; - improved liver function, expressed by diminished cytolytic, cholestatic and hepatodepressive syndromes; - good tolerability of the remedy, lack of side effects.

Key words: solution BioR, effects, syndrome, chronic hepatitis, cirrhosis of viral origin.

Prevalența crescută a afecțiunilor hepatice de origine virală, precum și rata înaltă a complicațiilor survenite devin o problemă majoră în întreaga lume, care necesită o soluționare urgentă. Experiența clinică demonstrează, că tratamentul etiotrop antiviral în hepatitele virale B, C și D nu poate fi aplicat în toate cazurile, avînd în vedere costul înalt al preparatelor, cîteodată efectul terapeutic fiind incomplet. Astfel, este foarte dificil de a opera numai cu măsurile specifice anti-virale în patologia hepatică virală. Din aceste considerente, remediile care urmează a fi utilizate în tratamentul acestor afecțiuni trebuie direcționale spre reglarea abilității virale atît pentru replicarea în organism, cît și pentru creșterea imunității gazdei.

Sunt cunoscute diverse efecte terapeutice, în special ale celor antivirale, anti-cancerigene, imunostimulente manifestate de biomasa, precum și de extractele aqua și aqua-etanolicale ale spirulinei. Astfel, a fost stabilit efectul antiviral al aqua extractului din spirulină, realizat prin mecanismul de blocare a pătrunderii virusului în celulă și acțiunea inhibitoare asupra replicării HIV-1 în linia de T-celule umane și în mononuclearele sîngelui periferic (Ayehunie S., et al., 1996; Hayashi T., et al, 1996). Ulterior au fost stabilite efecte similare și asupra replicării HSV-1, Herpes Simplex virusului, Cytomegalovirusului uman, Influența A virusului, HCM-infec-ției, precum și de stopare a proliferării Herpes virusului și Influenza virusului (Hayashi K., Hayashi T., Kojima I., 1996; Mei T., Baojiang G., 1998). A fost stabilită acțiunea anticancerigenă a aqua extractului din spirulină - prin mecanismul de reparare a sintezei ADN-deactivate sub acțiunea nocivă a radiației sau toxinelor (Mei T., Baojiang G., 1998). A fost relevat

impactul modulativ al extractelor din spirulină asupra sistemului imun: atît imunitatea umorală (prin secreția anticorpilor și citochinelor), cît și celulară (prin sporirea cantitativă a macrofagelor, T-limfocitelor, NK-celulelor) (Baojiang Guo, 1994; Qureshi M.A., Kid M.T., Ali R.A., 1996; Qureshi M.A., Garlich J.D., Kidd M.T, 1996; Mei T., Baojiang G., 1998).

Scopul investigațiilor.

Aprecierea parametrilor clinico-paraclinici la pacienții cu hepatita cronică virală B, C, mixtă (B cu C sau B cu D) și ciroza hepatică de geneza virală (B, C, D) care au administrat preparatul „Soluție injectabilă BioR 0,5%”.

Sarcinile:

1. Studiarea evoluției simptomelor și sindroamelor clinice de bază (asteno-vegetativ, dispeptic, icteric, dolor) la pacienții cu hepatită cronică de etiologic virală B și C, D, care au administrat tratament cu BioR;

2. Evaluarea dinamicii indicilor esențiali de citoliză, coleastă și hepatodepresie la bolnavii cu hepatită cronică virală tip B, D, C tratați cu BioR;

3. Determinarea toleranței și a efectelor adverse ale preparatului BioR.

Materialul și metodele de cercetare.

Cercetările clinice au fost efectuate la 32 de pacienți cu hepatita cronică și ciroza hepatică (de etiologic virală B și C, D, mixtă) cu vîrsta cuprinsă între 22-65 ani.

Lotul martor a fost constituit din 10 bolnavi cu hepatita cronică virală B și C, mixtă cărora li s-a administrat tratament de bază, fără BioR.

Tabelul 1
Caracteristica indicilor citolitici la pacienții cu afecțiuni hepatice de genă virală sub terapia cu soluție injectabilă BioR 0,5% (grupul A, N-32) și fără (grupul B, martor, n-10)

n	ALT, un/l		AST, un/l		g-GTP, un/l		Bilirubina totală, mcmol/l		Fosfataza alcalină, un/l	
	pînă	după	pînă	după	pînă	după	pînă	după	pînă	după
1	60	49	55	42	55	42	45,6	40,3	324	312
2	58	47	44	38	48	44	29,7	21,2	240	228
3	67	50	53	41	62	30	18,4	18	187	172
4	121	68	82	47	78	58	33,3	12,8	312	300
5	49	44	31	27	66	50	6,9	6,9	160	160
6	58	40	41	29	41	37	11,4	10,6	175	161
7	77	62	54	43	81	49	9,7	9	330	324
8	24	26	17	17	64	57	21,2	20,3	298	285
9	81	66	72	40	88	50	20,4	20,2	422	400
10	103	79	69	44	91	65	18,3	17,9	244	240
11	74	63	56	49	79	60	6,7	6,5	212	201
12	39	33	28	26	80	72	8,3	7,9	307	297
13	57	41	47	40	61	60	14,6	14	157	138
14	110	87	71	55	59	55	10,8	10,2	132	140
15	45	40	38	34	72	64	23,4	18,4	270	253
16	52	37	40	33	83	74	22,5	20,7	311	300
17	66	51	54	44	90	83	9,7	9	364	314
18	78	65	51	38	68	60	18,7	16,6	157	150
19	49	44	31	27	56	54	11,6	10,8	109	101
20	58	40	41	29	84	67	26,3	24,8	309	300
21	77	62	54	43	101	88	36,6	29,7	299	291
22	24	26	17	17	145	86	27,7	22,2	253	244
23	80	64	71	46	71	70	344	30,6	132	140
24	122	98	67	48	64	58	12,8	12	176	171
25	74	63	56	49	78	62	5,4	6,2	212	203
26	39	33	28	26	106	77	8,2	8	390	374
27	57	41	47	40	127	79	17,9	16,9	415	408
28	108	89	77	58	95	81	22,8	20,6	317	310
29	45	40	38	34	70	66	15,9	14,4	210	201
30	56	32	40	29	83	80	10,4	10	188	177
31	74	58	42	31	78	72	20,4	17,8	191	187
32	49	35	24	22	67	55	18,2	18	152	150
M	66,6	52	48	33	77,8	62,7	18,7	16,3	249	239
m	4,44	3,3	3,03	1,8	3,76	2,54	1,72	1,37	15,4	14,6
p	p<0,01		p<0,01		p<0,0		p<0,05		p<0,05	

Tabelul 2
Caracteristica indicilor citolitici la pacienții cu afecțiuni hepatice de genă virală sub terapia cu soluție injectabilă BioR 0,5% (grupul A, N-32) și fără (grupul B, martor, n-10)

n	Proteina, g/l		Protrombina, %		Colesterol, un/l		b-lipoproteine, un/l	
	<i>pînă</i>	<i>după</i>	<i>pînă</i>	<i>după</i>	<i>pînă</i>	<i>după</i>	<i>pînă</i>	<i>după</i>
1	76	77	78	78	6,9	6	54	54
2	81	81	80	81	4,2	3,8	58	55
3	80	80	82	82	2,7	2,6	44	44
4	74	76	76	76	3,3	3	61	57
5	82	82	78	77	4,9	4,1	53	52
6	78	80	80	80	3,8	3,2	55	51
7	84	84	79	79	6,7	5,3	42	40
8	80	80	72	74	3,2	3	47	44
9	81	82	82	82	3,6	3,1	52	51
10	77	79	80	80	5,8	5,2	58	55
11	78	80	74	74	4,2	3,2	60,3	58
12	76	78	77	77	3,1	2,8	32	33
13	82	84	82	84	3,4	2,9	42	40
14	80	82	80	80	4,11	3,7	41	40
15	81	82	81	80	6,6	5,7	46	45
16	78	80	78	79	3,2	2,7	47,7	44
17	77	79	77	78	4,3	3,6	51,4	50
18	78	80	80	80	3,8	3	55	53
19	80	82	76	76	2,9	2,6	50	50
20	71	70	78	77	3,5	3,1	48	46
21	68	72	80	80	4,8	4,1	56,7	55
22	80	82	79	79	3,8	3,2	53	50
23	80	84	72	74	6,6	5,4	48	45
24	80	82	82	82	3,2	2,9	40	40
25	74	77	80	80	3,6	3,2	61	57
26	72	74	74	74	5,8	5,1	44	40
27	68	70	80	80	4,2	3,6	65	58
28	80	82	81	80	3,1	2,8	62	57
29	77	80	78	79	3,4	2,9	34,9	33
30	79	82	77	78	4,11	3,5	41,8	40
31	80	82	80	80	6,6	5,7	44	41
32	82	84	76	76	2,9	3	60	57
M	77,9	86	78,4	79	4,26	3,69	50,2	48
M	6,9	6,3	0,48	0,5	0,22	0,18	1,47	1,32
P	p<0,01		p>0,05		p<0,05		p<0,05	

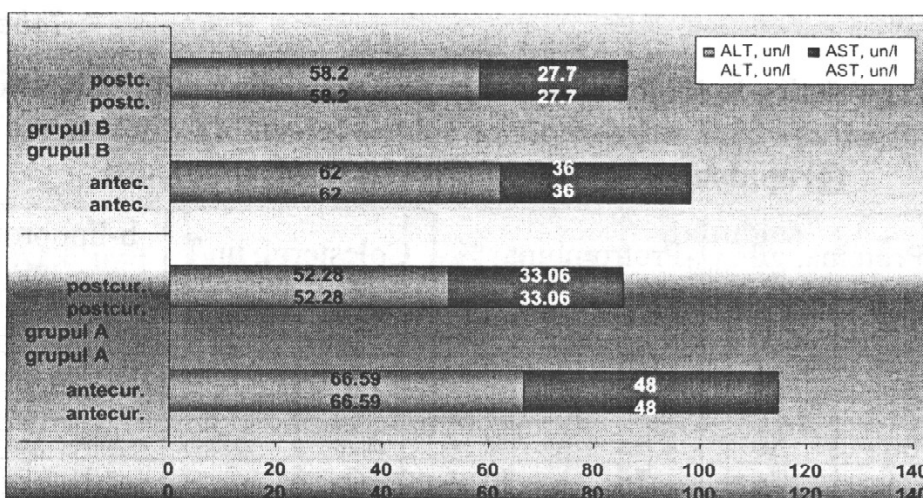


Fig. 1. Dinamica indicilor citolitici sub terapia cu soluție injectabilă BioR 0,5% (grupul A) și fără (grupul B)

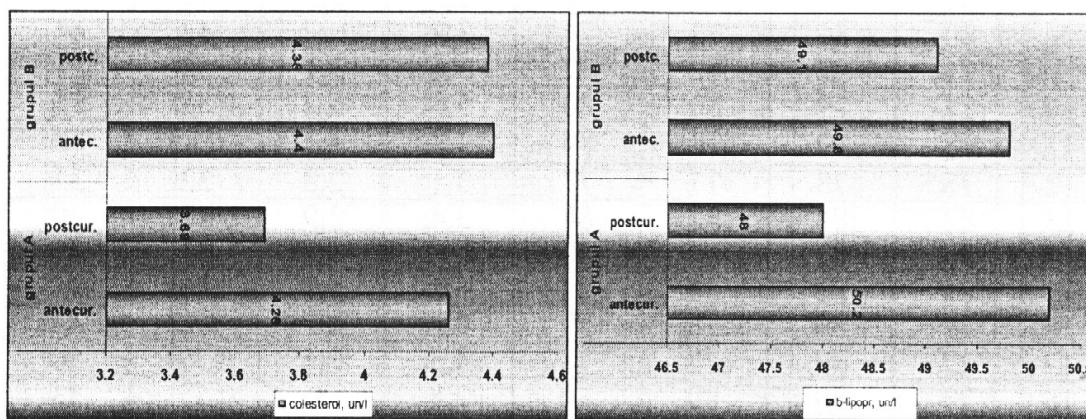


Fig. 2. Dinamica nivelului de colesterol și b-lipoproteine sub terapia cu soluție injectabilă BioR 0,5% (grupul A) și fără (grupul B)

Schema prescrierii preparatului:

În conformitate cu instrucțiunea toți bolnavii cu patologia hepatică, din grupul de studiu (grupul A) au primit preparatul BioR, câte 2,0 ml odată în zi (seara), timp de 10 zile.

Bolnavii din lotul martor (grupul B) nu au administrat acest preparat, dar au folosit terapia de bază (vitamine grupul B, C, riboxina, pentoxifilina).

Rezultatele obținute.

Conform rezultatelor studiului, la utilizarea soluției injectabile BioR 0,5% în schema de tratament a afecțiunilor hepatice de origine virală, s-a constatat regresia evidentă a manifestărilor clinice: sindromul asteno-vegetativ diminuând cu 50%, sindromul dolo – cu 13,4%, iar sindromul dispeptic – cu 20,3%, pe cînd la pacienții care au

urmat tratament fără BioR, diminuarea acestor sindroame este mai puțin evidentă, sindromul asteno-vegetativ micșorîndu-se cu 20%, sindromul dolo – cu 10%, iar sindromul dispeptic – cu 10%.

După terapia aplicată, indicii sindroamelor de laborator în cele două grupe au demonstrat următoarea dinamică (Fig. 1, Tab. 1). La pacienții din grupul A s-a diminuat activitatea ALT de la 66,2±4,4 un/l la 52±3,3 un/l (p<0,01). În grupul B (10 pacienți), ALT s-a redus de la 61±2,73 un/l la 58,2±3,9un/l (p<0,05). Valorile inițiale ale AST, 48±3,03 un/l în grupul A și 36±3,9 un/l în grupul B; s-au redus pînă la 33,06±1,8 mmol/l (grupul A), (p<0,01) și pînă la 27,7±2,4 un/l (grupul B) (p<0,05).

Indicii sindromului colestatic s-au prezentat variat în dependență de cura de tratament

administrată. Nivelul bilirubinei totale determinat inițial la valoarea $18,7 \pm 1,72$ mcmol/l la pacienții din grupul A, după tratament a constituit $16,3 \pm 1,37$ mcmol/l ($p > 0,05$). În grupul B (10 pacienți) acest indice inițial a fost $14,2 \pm 2,04$ mcmol/l, după terapie – $13,3 \pm 1,54$ mcmol/l $p > 0,05$. Nivelul gama-GTP a constituit inițial $77,8 \pm 3,76$ un/l în grupul A și $88 \pm 4,27$ mmol/l în grupul B, după tratament fiind înregistrate $62,7 \pm 2,54$ un/l ($p < 0,01$) în grupul A și $86,8 \pm 6,6$ un/l ($p > 0,05$) în grupul B. Nivelul fosfatazei alcaline antecurativ la bolnavii din grupul A – $249 \pm 15,4$ un/l, postcurativ – $239 \pm 14,6$ un/l ($p < 0,05$). În grupul B valoarea FA s-a modificat de la $231 \pm 10,2$ un/l la $221 \pm 9,2$ un/l, ($p > 0,05$).

Rezultatele aprecierii indicilor ce reflectă sindromul hepatodepresiv denotă o majorare a acestora de la $77,9 \pm 6,9$ g/l inițial la $86,0 \pm 6,3$ g/l ($p < 0,01$) la pacienții grupului A, după 10 zile de tratament cu soluție injectabilă BioR 0,5%. În grupul B pînă la și după terapia cu vitamine nu s-au înregistrat deosebiri, proteina constituind pîna la tratament $78,13 \pm 3,2$ g/l și $78,8 \pm 3,33$ g/l ($p > 0,05$) după acesta. Indicele de protrombină la fel fără schimbări esențiale, inițial în limitele de $78,4 \pm 0,48$ g/l în grupul A și $79,3 \pm 2,2$ g/l în grupul B. După tratamentul administrat, în grupul A a fost $79 \pm 0,5$ g/l ($p > 0,05$), iar în grupul B – $79,11 \pm 1,72$ g/l ($p > 0,05$) (Tab. 2).

Nivelul colesterolului s-a micșorat în grupul A, inițial constituind $4,26 \pm 0,22$ un/l, după tratament determinîndu-se $3,69 \pm 0,18$ un/l ($p < 0,05$). În grupul B acest indice nu s-a modificat: inițial – $4,4 \pm 1,12$ un/l, după terapie – $4,38 \pm 0,91$ un/l ($p > 0,05$). La rîndul său valoarea b-lipoproteinelor a dovedit o descreștere în grupul A, unde antecurativ s-au determinat $50,2 \pm 1,47$ un/l, iar după tratamentul cu soluție injectabilă BioR 0,5% s-au apreciat $48,0 \pm 1,32$ un/l ($p < 0,05$). În grupul B acest indice nu s-a modificat: pînă la terapia vitaminică – $49,8 \pm 2,08$ un/l, după – $49,1 \pm 1,76$ un/l ($p > 0,05$) (Tab. 2, Fig. 2).

Deci, oportunitatea administrării remediului medicamentos „Soluție injectabilă BioR 0,5%”, pacienților cu afecțiuni hepatice de geneză virală este confirmată prin dinamica pozitivă a sindroamelor clinice de bază: asteno-vegetativ, dur și dispeptic; ameliorarea funcției hepatice, exprimată prin îmbunătățirea sindromului de citoliză, hepatodepresiv și colestatic, tolerabilitatea bună a preparatului, lipsa reacțiilor adverse.

Toleranța preparatului.

În studiul realizat nu s-a depistat nici un caz de complicații în utilizarea clinică a preparatului BioR 0.5%. Preparatul este bine tolerat, fără careva efecte adverse.

Concluzii

În grupul pacienților cu hepatite cronice și ciroze hepatice de origine virală (B, C, D) la care a fost administrat soluție BioR s-a apreciat:

- dinamica pozitivă a sindroamelor clinice de bază: asteno-vegetativ, dur și dispeptic;
- ameliorarea funcției hepatice, exprimată prin îmbunătățirea sindromului de citoliză, hepatodepresiv și colestatic;
- tolerabilitatea bună a preparatului, lipsa reacțiilor adverse.

Recomandări.

- Se indică în tratamentul hepatitei cronice de geneză virală (B, C și D);
- Se indică în tratamentul mixt-hepatitei: hepatita cronică virală C și B, hepatita cronică virală B și D, hepatita cronică virală B cu C cu D;
- Se indică în tratamentul cirozei hepatice de geneză virală (B, C, D) compensate și subcompensate.

Bibliografie:

1. Ayehunie S., Belay A., Hu Y., Baba T., Ruprecht R., 7th IAAA Conference, Knysna, South Africa April 17, 1996. Inhibition of HIV-1 replication by an aqueous extract of *Spirulina platensis* (*Arthrospira platensis*).
2. Baojiang Guo Study on effect and mechanism polysaccharides of *Spirulina Platensis* on body immune functions improvement. // Second Asia-Pacific Conference on Algal Biotechnology, 25 April, Book of Abstracts and Programme. - L 6. - 1994.
3. Hayashi K., Hayashi T., Kojima I. A natural sulfated polysaccharide, calcium spirulan, isolated from *Spirulina platensis*: in vitro and ex vivo evaluation of anti-herpes simplex virus and anti-human immunodeficiency virus activities. // AIDS Res. Hum Retroviruses. - 1996. - Nr.12. - P.1463-1471.
4. Qureshi M.A., Kid M.T., Aii R.A. *Spirulina platensis* exposure enhances macrophage phagocytic function in cats. // Immunopharmacol. Immunotoxicol. - 1996. - Nr.18. - P.457-463.
5. Qureshi M.A., Garlich J.D., Kidd M.T. Dietary *Spirulina platensis* enhances humoral and cell-mediated immune functions in chickens. // Immunopharmacol. Immunotoxicol. - 1996. - Nr. 18. - P.465-476.
6. Mei T., Baojiang G. Advanced development of scientific research of *Spirulina*: , 1 Effects of *Spirulina* on the Virus, Cancer and Immune System. // Journal of South China Normal University (Normal Science). - 1998. - Nr.2. - Abstracts.

V. Palade, V. Cernat, M. Gabunea, G. Țîbîrnă, I. Țurcanu, B.

DINAMICA INCIDENȚEI MELANOMULUI MALIGN ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Malignant melanoma remains one of the most dangerous human malignancies. Modern epidemiologic research shows an increase of melanoma incidence on all continents. On a global scale melanoma has the 15-th and 16-th place in females and males respectively. Each year about 100 new cases of melanoma are registered in Moldova. The study of recent years shows a doubling of cases of melanoma. The rate of growth of incidence of melanoma is 30% greater than for other malignancies. Most of the patients are 50 years or older, with a growth after 70 years. The rate of growth of incidence and mortality due to melanoma imposes a need of further study of this malignancy.

Key words: Malignant melanoma, incidence, mortality.

Introducere: Melanomul malign (CIM10- C43) fiind unul dintre cele trei tipuri de cancer de piele, este și cel mai periculos dintre ele. În ceea ce privește sediul tumorii, pielea reprezintă localizarea cea mai frecventă, aproximativ 85-90% din totalitatea melanoamelor maligne, restul fiind localizări în regiunile ochiului (5-7%), cavității nazale și bucale(1.0-2.0%), esofagului(0.5-1.5%), vaginului(0.9-1.0%), anusului și rectului (0.5-1.0%), în unele cazuri focarul tumoral primar nu este posibil de identificat, pacienții fiind diagnosticați numai cu metastaze. Melanomul malign cutanat rămâne una dintre cele mai periculoase tumori maligne umane, de multe ori recurente pe cale metastatică limfogenă și hematogena, în aproape toate organele[1, 9, 10].

Cercetările epidemiologice actuale arată o ascendență bruscă a incidenței prin melanomului malign pe toate continentele. Aproximativ 79000 de bărbați și 81 000 de femei au fost diagnosticate cu MM în 2002 la nivel mondial, dintre care 80% au avut loc la populațiile predominant albe din America de Nord, Australia, Noua Zelandă și Europa.

La nivel global melanomul ocupă locul al 16-lea și 15-lea cel mai frecvent cancer depistat la bărbați și femei, respectiv și a avut loc mai frecvent în Noua Zelandă și Australia - locul 4 la bărbați și 5 la femei. În America de Nord această scară afectează fiecare al 6-lea bărbat și a 5-a femeie. În Europa melanomul este pe locul 16 la bărbați și 8 la femei [1, 2, 3,4]. Din multiplele forme anatomopatologice de cancer de piele, MM nu reprezintă decât 2-5%. Cu toate acestea , este

răspunzător de 79% din decese cauzate de neoplaziile cutanate.

Pentru unele țări ca Australia și Noua Zelandă unde incidența a atins cele mai înalte rate MM a devenit problema nu numai a medicinei publice dar problemă și socială de nivel național. Riscul de dezvoltare de Melanom malign în Australia este de 1 la 26 pentru bărbați și 1 la 36 pentru femei [1,7,8].

În Europa sunt raportate incidențe ridicate în Suedia, Norvegia și Germania. În Rusia melanomul malign se întâlnește cu o rată de incidență de 4.1 cazuri la 100.000 locuitori. [3,5,6, 7]. În rapoartele despre creșterea incidenței s-a observat dublarea ratelor la fiecare două decenii pentru ambele sexe. Incidența raportată a MMC este în creștere rapidă și ocupă locul doi după creșterea incidenței cedând doar cancerului pulmonar [8].

Material și metodă: Unitate de studiu este pacientul depistat și confirmat histologic cu melanom malign cutanat. S-au utilizat datele cancer - registrului IMSP institutul Oncologic, datele demografice ale Republicii Moldova. Au fost studiată analiza anuală a sectorului de statistică medicală și management al Institutului Oncologic, rapoartele oncologilor raionali și medicilor de familie privind prevalența, mortalitatea pacienților cu melanom malign. Cu aplicarea metodelor statistice s-au calculat indicii studiați.

Rezultate: Anual în Republica Moldova se înregistrează peste 100 pacienți cu melanom malign. O creștere accentuată a incidenței MM în Moldova s-a observat ultimii ani. Morbiditatea pentru ultimii 12 ani a MM este reprezentată în figura 1:

Figura 1. Incidența MM în R. Moldova la 100.000 locuitori

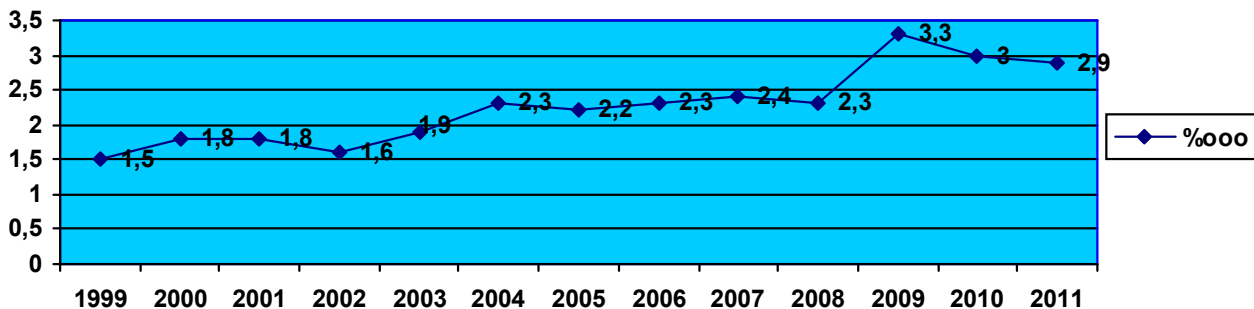
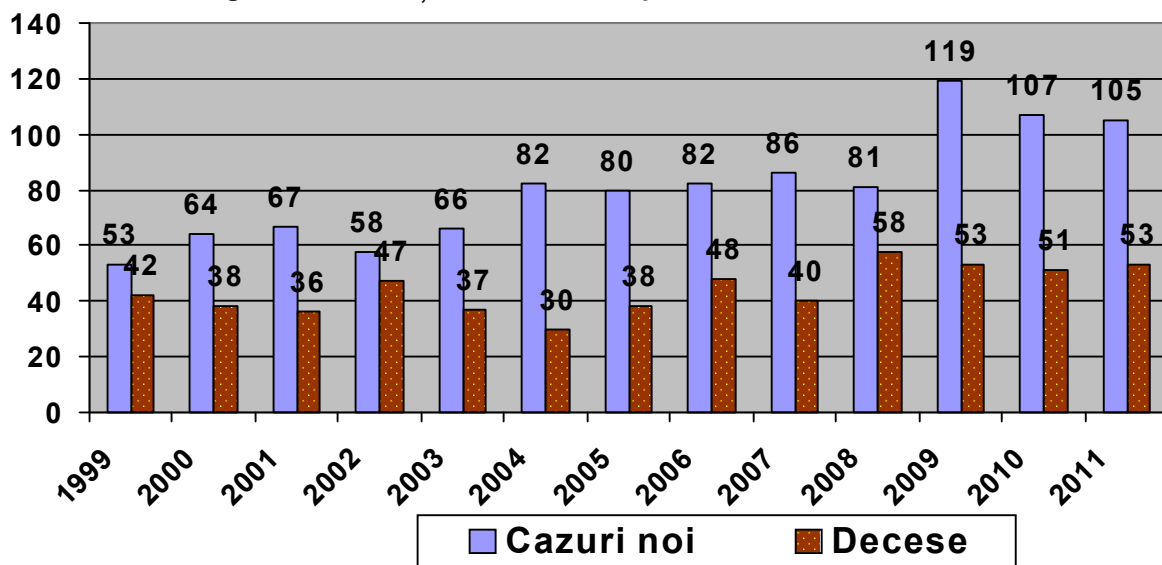


Figura 2. Incidența și mortalitatea prin melanom în R. Moldova



Urmărind cazurile noi de melanom pe parcursul ultimilor 12 ani este evidentă dublarea incidenței melanomului. Dacă în 1999 au fost depistate 53 cazuri noi de melanom, apoi în 2011 avem deja 105 cazuri de această maladie figura 2.

Mortalitatea de MM de asemenea a crescut, dar rata de creștere este mai mică ajungând la limita de 20%.

Repartizarea pe sexe ca și în majoritatea țărilor este mai nefavorabilă genului feminin (figura 3).

De asemenea a crescut ponderea MM în structura morbidității oncologice având o creștere de la 1.0% în 1999 până la 1.3% în 2011 figura 4. Aceasta demonstrează că creșterea ratei de incidență a MM este mai mare ca creșterea ratei incidenței altor maladii oncologice cu 30%. Aceasta tendință este expusă și în alte publicații de specialitate.

La fel ca și celelalte forme de tumori maligne, vârsta tânără, sub 30 de ani, este întâlnită mai rar. Date recente sugerează că pacienții cu

Figura 3 .Repartiția MM pe sexe

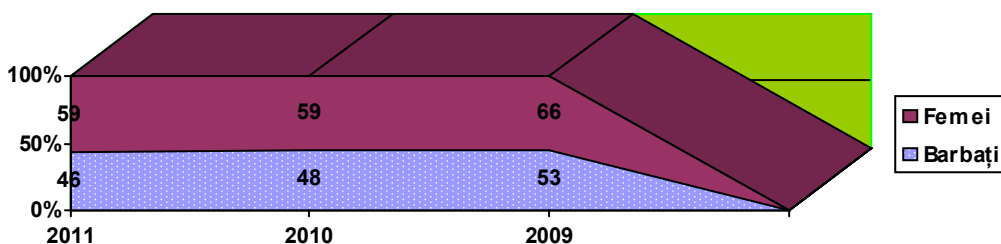


Figura 4. Pondera melanomului în structura morbidității oncologice(%).

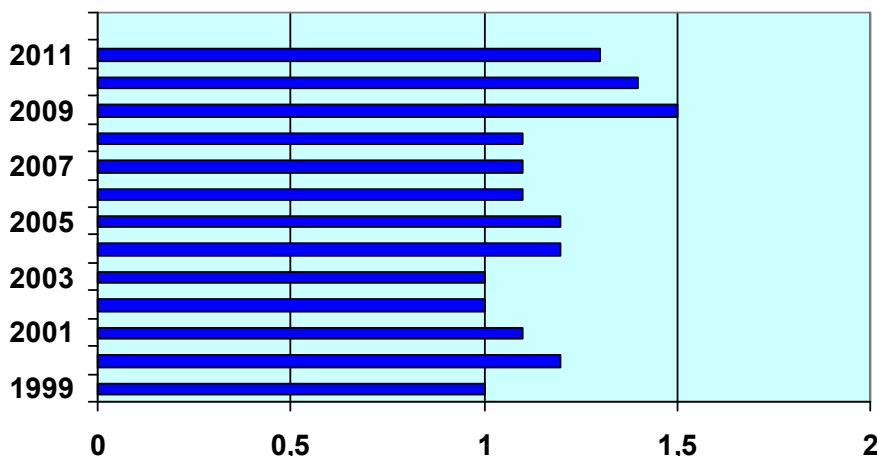
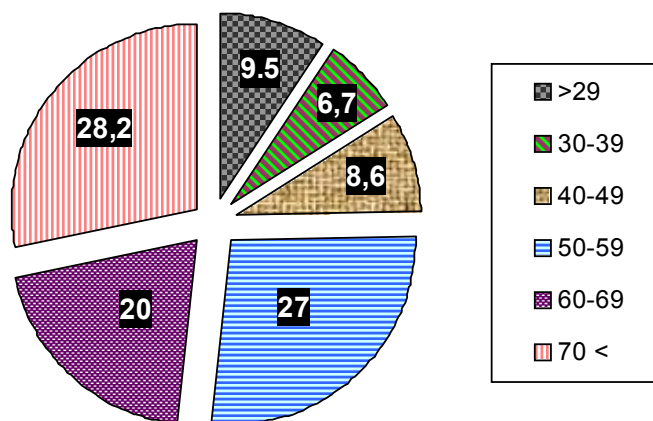


Figura 5. Distribuția pacienților cu melanom malign pe grupe de vârstă(%).



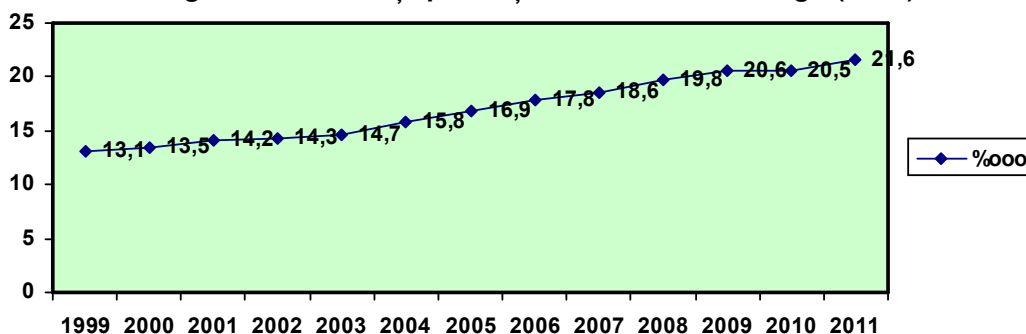
melanom malign, pe măsura ce înaintează în vârstă, au un prognostic mai nefavorabil. În unele statistici, vârsta cu cel mai bun prognostic se situează între 40 și 60 de ani. Aici și ponderea pacienților este mai semnificativă cu intensificare după 70 ani. Repartizarea pacienților pe vârste este prezentată pe exemplul anului 2011 în figura 5.

A crescut de asemenea prevalența pacienților cu melanom malign. Dacă în 1999 la evidență la

Institutul Oncologic se supravegheau 477 pacienți, apoi în 2011 cifra pacienților a ajuns la 768. Dinamica prevalenței calculată la 100.000 populație este expusă în figura 6.

Concluzii: Creșterea morbidității melanomului malign în ultimele decenii raportată aproape în toate țările cu dublare fiecare 2 decenii produce discordanță în raport cu creșterea incidenței altor tumori maligne [1,9,10]. Evoluția alarmantă a

Figura 6. Prevalența pacienților cu melanom malign (%ooo)



incidenței MM cu dublarea în ultimii 12 ani, face această problemă destul de acută și în Republica Moldova. Melanomul malign predominant afectează persoanele în vârstă, însă nici o grupă de vârstă nu este „grațiată” de maladia dată. Creșterea incidenței și mortalității melanomului malign impune studierea intensă a acestei maladii multilateral, pentru a o putea preveni sau, odată apărută să fie depistată timpuriu. Aplicarea noilor tehnologii și perfecționarea metodelor de diagnostic și tratament au scop ameliorarea ratei incidenței și mortalității de această maladie vicioasă.

Bibliografie:

1. Palade V., Clim C., Țurcanu I.. Melanomul malign- aspecte clinico-evolutive, tratament și pronostic. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei Nr.4(13), Chișinău, 2007, p.81-95
2. Анисимов В.В., Вагнер Р.И., Барчук А.С., Меланома кожи (эпидемиология, этиология, патогенез, профилактика). СПб., Наука, 1995, с. 152 -163
3. Ferlay J, Bray FI, Pisani P, et al, 2001 Globocan, Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. 1 ed. IARC Press: Lyon, 1-50

4. LeBoit P. E., Burg G. , Weedon D. et al. Pathology & Genetics of Skin Tumours. Chapter 2. Melanocytic Tumours, WHO, IARC, IARC Press, Lyon, 2006, p.49-119
5. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2010. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/cancerfactsfigures/cancer-facts-and-figures-2010> , Accesat 22.03. 2012.
6. Вагнер Р.И. и др., Диагностика и профилактика меланом кожи. Методические рекомендации. Санкт – Петербург, 2000, стр. 1- 40
7. Давыдов М. И., Аксель Е. М., Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2007 г. Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, т. 20(№3), 2009, p.91-122
8. Schihade V.L., Roukis T.S, et all., The malignant wart: A review of primary nodular melanoma of the foot and report two cases, The J of Foot & Ankle Surg 2010, v 49, p. 263-273
9. Iordache I.V. Corelații clinico-evolutive în Melanomul Malign cutanat. Rezumatul tezei de doctorat. Constanța, 2011
10. Palade V.. ș.a. Aspecte clinice și de tratament al melanomului malign cutanat. Congresul IV național de dermatovenerologie și cosmetologie cu participare internațională. (Rezumatel comunicărilor). Chișinău. 2010. p.76-84
11. Țibîrnă Gh., Gabunea M., Doruc A, Melanomul malign cutanat: probleme epidemiologice, de diagnostic și tratament în Republica Moldova , Congresul III național de Dermatovenerologie (culegere de articole), Chișinău, 2004.

Nicolae Bodrug, prof. univ., Doina Barba, Anatol Negară, Mariana Negrean, Svetlana Nichita, Ludmila David Olga Maniuc, Adriana Botezatu

**EFICACITATEA TRATAMENTULUI COMPLEX CU OZONOTERAPIE
 LA PACIENȚII VÂRSTNICI ÎN ASOCIERE CU INSUFICIENȚA CARDIACĂ**

It was assessed the clinical efficacy and tolerance of ozone therapy in elder patients with cardiac failure of elder age groups. The study included 36 patients with ischemic disease, including 20 men and 16 women, aged 61 - 70 years (mean 64,6 ± 4,8 years). It was proved that the use of ozone therapy in the treatment of patients with cardiac failure could improve the standard antianginal therapy, which manifests an increase in exercise tolerance, decreasing the frequency of anginal attacks and, as a consequence - a decrease in the number of nitroglycerin tablets taken.

Key words: clinical efficacy, tolerance, ozone therapy, ischemic disease, treatment, elder age groups.

Actualitatea

Insuficiența cardiacă este una din cele mai principale cauze ale morbidității și mortalității în societate, prezentând o problemă economică și socială, devenind la începutul secolului XXI una dintre cele mai actuale probleme medicale grație frecvenței și mortalității majore, spitalizărilor frecvente și cheltuielilor sporite.

Rezultatele studiilor efectuate demonstrează faptul, că 3-5% din populația mai în vârstă de

65 de ani suferă de insuficiență cardiacă, iar în cea mai în vârstă de 75 de ani estimează 10%. Riscul de apariție a insuficienței cardiace cronice pe parcursul vieții atinge 20% atât la femei, cât și la bărbați. Creșterea morbidității cu insuficiența cardiacă, caracterul progresiv cu dezvoltarea insuficienței cardio-pulmonare ce duce la pierderea persistentă a capacității de muncă a populației active, schimbarea statutului social a bolnavilor și înrăutățirea

calității vieții acestora determină importanța socială a problemei [1, 2, 3].

Globalizarea problemelor definite de insuficiență cardiacă dictează necesitatea de a preciza aspectele particularităților structurale, de a optimiza diagnosticul și tratamentul complex al acestor maladii la persoanele vârstnice.

Astfel, elaborarea și implementarea unor abordări terapeutice individualizate și complexe prin administrarea concomitentă a ozonoterapiei la bolnavii vârstnici cu insuficiență cardiacă e o problemă importantă de rezolvare în managementul mai eficient al pacienților, prin diminuarea și controlul mai eficient al simptomelor patologiei, cât și îmbunătățirea pronosticului și a calității vieții bolnavilor.

Utilizarea acestei metode pentru studiul eficacității tratamentului combinat medicamentos este o bună reproductibilitate a testării repetate a nivelului pragului cu exerciții fizice, efectuate pe un teren curat. Eficacitate terapeutică va fi considerată în cazul, în care durata pragului de sarcină va avea loc la maximum posibil și o depășește pe cea în proba electrocardiografică la efort fizic originală timp de 2 minute sau mai mult [6, 7]

Cu elaborarea noilor metode nemedicamente de tratament al insuficienței cardiace, care vor permite micșorarea dozelor preparatelor medicamentoase și, ulterior, micșorarea influenței iatrogene asupra sistemului cardio-vascular.

Scopul: aprecierea eficacității clinico-paraclinice și toleranței tratamentului complex cu ozonoterapie la bolnavii vârstnici în asocieră cu insuficiență cardiacă.

Materiale și metode:

Studiul a fost axat pe studierea a 36 pacienți vârstnici cu insuficiență cardiacă cronică, dintre care 24 bărbați și 12 femei, cu vârstă cuprinsă între 61-70 ani (în mediu $65,6 \pm 4,4$ ani), observați pe parcursul a 5 ani de la debutul maladiei. Bolnavii vârstnici au urmat terapia standard antianginoasă, inclusiv 23 de pacienți au administrat β -blocante, 4-blocante ale canalelor de calciu, 11-inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotensinei. Pacienții vârstnici ce au urmat tratamentul complex cu ozonoterapie au continuat tratamentul cu β -blocante, antagoniști de calciu, medicamente antihipertensive, antiplachetare. Modul de administrare al medicamentelor

antianginoase a rămas neschimbat pe toată perioada de tratament.

S-au studiat particularitățile clinico-evolutive și al toleranței ozonoterapiei la bolnavii cu insuficiență cardiacă cronică, din grupul pacienților vârstnici. Toți bolnavii vârstnici, prezentau semne de insuficiență cardiacă cronică gradul I-III (NYHA). Insuficiență cardiacă cronică gradul I (NYHA) s-a diagnosticat la 31,25% dintre bolnavi, insuficiență cardiacă cronică gradul II (NYHA) – la (56,25%), insuficiență cardiacă cronică gradul III (NYHA) – 12,5%.

S-a efectuat un studiu simplu, deschis observațional vizavi de eficacitatea tratamentului complex cu ozonoterapie prin perfuzii intravenoase de ser fiziologic ozonat de 200 ml, cu concentrația de ozon 2,5 mg/litru, cu interval de o zi, numărul total fiind de 10 proceduri. Terapia cu ozon se administra din ziua a 2-3-a de la internarea pacientului în staționar, după stabilirea diagnosticului, a gradului de gravitate și după stabilirea contraindicațiilor pentru tratament. Toți pacienții au fost supuși unui examen clinic, cu evaluare stării lor, frecvenței crizelor anginoase, numărului de comprimate de nitrați administrate pe parcurs de o săptămână, toleranței și efectelor adverse ale ozonoterapiei.

Criteriile de includere a pacienților în loturile de studiu au fost: pacienți aflați în staționar sau tratați ambulatoriu, ambele sexe, cu stabilirea diagnosticului de - insuficiență cardiacă cronică (NYHA) gradul I, II, III. Criteriile de excludere au fost: viciile cardiace congenitale și dobândite, angina pectorală instabilă, dereglările de ritm cardiac, astmul bronșic asociat, patologiiile sistemice ale țesutului conjunctiv, patologiiile sistemului hepato-biliar cu hipertensiune portală.

Diagnosticul de insuficiență cardiacă cronică s-a stabilit în conformitate cu recomandările OSRC și CIM-10 și în baza rezultatelor examenelor clinic, electrocardiografic, radiografic, funcțional și de laborator. Examenul electrocardiografic a inclus cele 12 derivate standarde, ce s-au efectuat conform protocolului standard, cu evaluarea ulterioară a parametrilor de bază. Monitorizarea ECG după Holter (Holter-ECG) a fost efectuată cu scopul vizualizării activității ventriculare cu prelucrarea ulterioară a rezultatelor.

Toți bolnavii cu insuficiență cardiacă cronică au fost randomizați în 2 loturi: lotul I (de bază;

n=24), care, concomitent cu tratamentul de bază, administra cure cu ozonoterapie conform metodologiei instrucționale; lotul II (martor; n=12), care administra doar tratamentul de bază.

Metodele de studii au inclus: evaluarea minuțioasă a statutului clinic, inclusiv și aprecierea frecvenței contracțiilor cardiace, a tensiunii arteriale sistolice și diastolice, gradului insuficienței cardiace cronice; electrocardiografia în 12 derivate; cicloergometria; eco-cardiografia cordului; hemoleucograma și urograma; evidența reacțiilor adverse prin interogarea pacienților la fiecare vizită de control; aprecierea calității vieții.

Prelucrarea statistică a rezultatelor obținute a fost efectuată prin intermediul pachetului de programe statistice Microsoft Excel 2007.

Rezultate

Conform studiului efectuat s-a estimat la 36 de pacienți vârstnici evaluați, în 43,5% acuze la cardialgie, palpitații, dereglări de ritm cardiac și dispnee (p<0,05). La 30,4% dintre bolnavii vârstnici cu insuficiență cardiacă cronică s-au apreciat manifestări al sindromului cardialgic: în 10,8% din cazuri durerile aveau caracter înțepător, iar la 19,6% din pacienți – caracter ischemic.

Conform rezultatelor evaluării la 76,1% dintre pacienții vârstnici au fost înregistrate diferite tipuri de dispnee: expiratorie – 26,1%, inspiratorie – 13%, mixtă – 54,4% din cazuri.

La bolnavii vârstnici cu insuficiență cardiacă, ce efectuau tratament combinat cu ozon adițional la tratamentul de bază s-a marcat scăderea numărului de episoade anginoase pe săptămână

cu 87,3%, de la 9,1±0,5 până la 0,25±0,03 min (p<0,001), diminuarea consumului de nitroglicerină la 0-1 comprimate/zi, scăderea amplitudinii medii de deviație a segmentului ST de la 1,5±0,3 până la 0,2±0,1 mm (p<0,01), diminuarea subiectivă a senzației de dispnee, a palpitațiilor și a dereglărilor de ritm cardiac.

Această dinamică a simptomelor a fost înregistrată deja după 8-10 zile de tratament și a persistat stabil până la finele perioadei de tratament.

În lotul martor, consumul de nitroglicerină a diminuat cu 45%, iar durata episoadelor anginoase – de la 9,3±0,5 până la 2,4±0,09 min (p<0,01).

Deviația segmentului ST în acest lot s-a micșorat de la 1,6±0,3 până la 0,7±0,2 mm (p<0,01). La finele curei de tratament, simptomele principale ale insuficienței cardiace cronice la persoanele vârstnice au regresat semnificativ la bolnavii din ambele loturi, însă la cei ce au efectuat concomitent și ozonoterapie acest indicator a avut o dinamică mai semnificativă în comparație cu lotul martor (tab. 1).

Includerea în tratamentul complex a ozonoterapiei a contribuit la atenuarea cardialgiei de la 2,8±0,20 până la 0,93±0,16; (p<0,001), frecvența palpitațiilor a diminuat de la 2,6±0,19 până la 1,9±0,16; (p<0,01), frecvența asocierii dereglărilor de ritm a scăzut de la 2,8±0,19 până la 1,14±0,09 puncte; (p<0,001). La finele curei de tratament, s-a constatat diminuarea dispneei la toți bolnavii vârstnici, dar cu o veridicitate mai

Tabelul 1

Dinamica principalelor simptome clinice pe parcursul tratamentului administrat

Simptoamele	Gradul de exprimare a simptoamelor (în puncte)			
	Lotul de bază (n=24)		Lotul martor (n=12)	
	Inițial	La finele curei de tratament	Inițial	La finele curei de tratament
Cardialgia	2,8±0,20	0,93±0,16***	2,7±0,17	2,0±0,18**
Palpitații	2,6±0,19	1,9±0,16**	2,6±0,16	2,0±0,13**
Dispneea la efort fizic	2,4±0,21	1,2±0,16***	2,5±0,18	2,1±0,14
Dereglări de ritm	2,8±0,19	1,14±0,09***	2,7±0,15	1,9±0,15***
Indicele cumulativ	10,6±0,18	5,17±0,11***	10,7±0,16	8,0±0,14***

Notă: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001 diferența indicilor este statistic veridică vizavi de datele inițiale.

accentuată pe fondalul tratamentului cu ozonoterapie: de la $2,4 \pm 0,21$ la $1,2 \pm 0,16$ puncte ($p < 0,001$) la persoanele vârstnice din lotul de bază, comparativ cu lotul martor al pacienților vârstnici: de la $2,5 \pm 0,18$ până la $2,1 \pm 0,14$ puncte ($p > 0,1$). La administrarea tratamentului complex cu ozon indicele cumulativ a diminuat către ziua a 10-12-a, de la $10,6 \pm 0,18$ până la $5,17 \pm 0,11$ (cu 51,2%) sau de 1,5 ori comparativ cu datele lotului martor. Analiza corelațiilor a estimat eficiența tratamentului complex cu ozon vizavi de tratamentul standard, ce se caracteriza prin: diminuarea marcată a intensității cardialgiei ($r=0,41$), diminuare semnificativă a dependenței apariției dispneei la efort mediu ($r=0,49$), micșorarea numărului de pacienți vârstnici cu dereglări de ritm ($r=0,33$).

La contingentul de bolnavi vârstnici cu insuficiență cardiacă, ce le se administra cure de tratament cu ozon adițional la tratamentul de bază s-a estimat diminuarea numărului de episoade anginoase pe săptămână cu 87,3%, diminuarea consumului de nitroglicerină la 0-1 compr./zi, diminuarea subiectivă a senzației de dispnee, a palpitațiilor și a dereglărilor de ritm cardiac. Această dinamică a simptomelor a fost înregistrată deja după 8-10 zile de tratament și a persistat stabil până la finele perioadei de tratament. Administrarea curelor de tratament în complex cu ozon a determinat reducerea amplitudinii medii de deviație a segmentului ST de la $1,5 \pm 0,3$ până la $0,2 \pm 0,1$ mm ($p < 0,01$). În lotul martor, consumul de nitroglicerină a diminuat cu 45%, deviația segmentului ST în acest lot s-a micșorat de la $1,6 \pm 0,3$ până la $0,7 \pm 0,2$ mm ($p < 0,01$).

Conform datelor prezentate, putem estima eficiența tratamentului administrat combinat cu ozon la pacienții vârstnici prin majorarea DP de la $188,0 \pm 38,8$ până la $197,0 \pm 44,3$ unități convenționale, pragului de efort de la $70,0 \pm 25,7$ până la $93,9 \pm 28,8$ Wt, totodată cu majorarea timpului de activitate fără repaos de la $7,0 \pm 3,0$ până la $10,5 \pm 3,4$ min, în mediu, în cadrul grupului. Paralel cu aceasta, a fost constatată normalizarea tensiunii arteriale sistolice, tensiunii arteriale diastolice și FCC.

În conformitate cu criteriile de evaluare a eficienței tratamentului cu ozon, distribuția de pacienți a fost în dependență: eficiență evaluată ca fiind foarte bună la 13 (43%) pacienți, precum

și la fel de bună la 13 pacienți, fiind satisfăcătoare - în 10 (13%) cazuri. La 5 (16,6%) pacienți, în primele 1-2 zile de tratament a fost estimată cefalea. La 1 pacient, după primele două proceduri pe parcurs la două ore a apărut hipotensiune arterială -108/65 mm Hg, însoțită de vertij. Alte reacții adverse (bufeuri, palpitații, uscăciunea gurii) nu au fost înregistrate. Reacțiile adverse, în orice caz, nu au fost motive de întrerupere a tratamentului.

Rezultatele obținute ne confirmă efectul benefic și toleranța tratamentului complex cu ozonoterapie, la bolnavii vârstnici în asociere cu insuficiența cardiacă.

Concluzii

1. Tratamentul complex cu includerea ozonoterapiei în tratamentul pacienților vârstnici a influențat benefic în dinamica semnelor clinice ale ICC atât după 4, cât și după 8 săptămâni, ce a favorizat diminuarea cu 87% a numărului de accese anginoase pe săptămână în lotul de bază, în timp ce în lotul martor acest indice a constituit doar 45%, prin ameliorarea dispneei, palpitațiilor, slăbiciunilor generale, dereglărilor de ritm. Tratamentul complex administrat a influențat benefic dinamica medie a insuficienței cardiace cronice.

2. Rezultatele obținute au demonstrat, că includerea tratamentului complex cu ozon în componența terapiei insuficienței cardiace are o influență favorabilă asupra indicilor remodelării miocardului. Pe fondalul administrării tratamentului complex cu ozon la pacienții vârstnici s-a majorat veridic din punct de vedere statistic toleranța pacienților la efort fizic, fapt care s-a manifestat prin majorarea volumului și duratei efortului efectuat.

3. La finele studiului s-a estimat, că la bolnavii vârstnici cu insuficiență cardiacă cronică tratați în combinație cu ozonoterapie s-a înregistrat majorarea toleranței la efortul fizic și ameliorarea indicilor hemodinamicii în punctul efortului maxim, prin micșorarea frecvenței acceselor anginoase și ca o consecință micșorarea numărului de comprimate de nitroglicerină administrate.

Bibliografie:

1. Bayliss J. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 2007, 97; 1837-47.
2. Braunwald E., Zipes D. Braunwald s Heart disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine. Hardcover, 2400 pages, 11\2009. 7ed.

3. Gottlieb S.O. Diagnostic procedures for myocardial ischaemia. Eur. Heart. J. 2009; 17: Suppl. G:53-58.

4. O'Rourke R.A. Optimal medical management of patients with chronic ischemic heart disease. Curr. Probl. Cardiol. 2009; 26: 193— 238.

5. Lithell H. Hansson L. Skoog L. Et al. The study on cognition and prognosis in the elderly (SCORE): Principal results of a randomised double blind intervention trial. 2009; 21:875-886.

6. Robin A.P. Heart failure in older patients. Br. J Cardiol. 2010; 13 (4): 257- 266.

7. Man S.F. Ischemic diseases as a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. Proc. Am. Thorax Soc. 2009, 2(1): 8-11.

8. Stengard GH, Zerba KE, Pekkanen J, Ehnholm C, Nissinen

A, Sing CF. The polymorphism predicts death from coronary disease in a longitudinal study of elderly men circulation. 2010; 91:265-9.

9. Tribouloy C., Rosinaru D. et al. Prognosis of heart failure with preserved ejection fraction: a 5 year prospective population-based study. Eur. heart. J. 2009, 29(3): 339-347.

10. Авдеева Е. В., Ковальская Е. А., Вострикова О. Г. Факторы риска ИБС и показатели липидного обмена при кардиореспираторных заболеваниях. Клиническая медицина. 2009, 3: 25-28.

11. Боровков Н. М., Григорьева Н.Ю. Клинико-функциональные особенности состояния сердца у больных стабильной стенокардией. Терапевтический архив. 2008, 12: 24-27.

Moraru Lilia, Centrul Național de Management în Sănătate

ASPECTE SOCIALE ÎN PROTECȚIA MAMEI ȘI COPILULUI

Maternal mortality is continuously growing and represents currently, a process of shrinking the working age in people and childbearing age in woman. High rate of maternal mortality in medical institutions shows a lack of professionalism, or poor monitoring of pregnant women.

Key words: Maternal mortality, monitoring, women, medical institutions.

Introducere

Femeile care alcătuiesc peste 50% din populația mondială și 51.9% în țara noastră, au o contribuție esențială în producție, reproducere, comerț, cultura educației, organizarea socială, crearea și planificarea familială, educația copiilor și îngrijirea copiilor etc.

Definiția muncii care acum se extinde și asupra femeilor ca persoane apte de muncă, forță motrice a economiei țării, perpetuatoare și păstrătoare ale culturii sociale, participatoare la procesul de globalizare și democratizare prin eforturile lor, mobilizate în acest sens.

Complexitatea rolurilor pe care le au femeile și pe care le combină cu destoinicie fac necesară o atitudine deosebită față de acestea, care trebuie să combine profesionalismul, cariera, activitatea, cu maternitatea – pregătirea capitalului uman necesar economiei țării, ca reproducătoare biologice și sociale.

Munca salariată contribuția la ridicarea statutului dă multă putere femeilor în familie, creșterea autoaprecierii și încrederii în sine, dar conștiința politică a problemelor femeilor este pe departe de a fi matură.

Toate acestea ne-au sugerat un studiu al stării de sănătate a acestora și formelor care le-ar da putere și rezistență în ceea ce și-au planificat ele de a fi lansată ipoteza.

Astfel, scopul lucrării noastre a fost evidențierea factorilor ce determină starea de sănătate a femeilor și identificarea verigilor de creștere a rezistenței acestora și îmbunătățirea a calității asistenței medicale pentru ele.

Drept obiective ne-am luat următoarele:

1. Studiul potențialului reproductiv și măsurile de planificare Guvernamentale și a Sistemului de sănătate pentru creșterea numărului de descendenți, a perioadei lor de apariție.

2. Analiza factorilor ce influențează maternitatea: cauze medicale, fiziologice, ai mediului socio-cultural, numărului de divorțuri, a obiectivelor și rezultatelor educaționale.

Materiale și metode: studii demografice: eveniment purtător de informații demografice (număr copii fetițe născute vii, număr mame de vârstă fertilă, număr femei apte de muncă, educația, protecția muncii lor); statica populației, densitatea populației, număr locuitori la 1 km²,

dintre care dispersia geografică a femeilor, structura populației; reproducerea populației ca fenomen de reînnoire permanentă datorită intrării unei generații noi în fiecare an, în populație și ieșirii unei alte generații, precum și capacitatea mamelor de a reproduce o populație; studiul natalității – a fenomenelor demografice ale frecvenței născuților vii într-o populație, adică a capacității mamelor de a da societății născuți vii; studiul sănătății mamelor și a fertilității lor – capacitatea femeilor de a naște copii vii la 1000 femei de 15-49 ani; studiul excedentului natural: dinamica nașterilor; studiul mortalității materne – a fenomenului negativ al mișcării naturale, a fenomenului deceselor materne într-o populație, într-o anumită perioadă de timp.

Rezultate:

Populația Republicii Moldova la 1 ianuarie 2009 alcătuia 3563695 persoane, în anul 2010 3560430 persoane. Dintre acestea, femeii au fost 1870.6 (52.1%) în anul 2009 și 1848.3 sau 51.9% în anul 2011, față de bărbați respectiv 47.9% în anul 2009 și 48.1% în anul 2011 Tab. nr.1.

Numărul născuților vii a fost de 40803 în anul 2009 și 40474 în anul 2010, unde decedații sunt 42139 în anul 2009 și 43631 în anul 2010, cu sporul natural 1336 în anul 2009 și 3157 în anul 2010. Fenomene destul de complexe, unde mor mai mulți copii decât se nasc (40803 în anul 2009 și 42139 decedați, iar în 2010 40474 născuți și 43631 decedați) precum și un spor natural negativ, adică populație în descreștere și îmbătrânire.

La toate acestea se mai adaugă și o mortalitate maternă 9.8 în anul 2009 și 19.8 în anul 2010. Ponderea mortalității materne prin complicațiile sarcinii nașterii și lăuziei a fost de 9.8 în anul 2009 și 17.3 în anul 2010 proces în continuă creștere, ce ar trebui să ne alarmeze: copii ce au rămas să crească fără mame, pierderea persoanelor

apte de muncă, pierderea femeilor de vârstă fertilă, micșorarea populației țării.

Dacă prin întreruperea sarcinii mame n-au decedat în anul 2009, atunci în anul 2010 s-a înregistrat o creștere de 2.5%, proces în majoritatea cazurilor dependent de profesionalismul personalului medical, examenul medicale profilactice, planificarea familială și promovarea sănătății.

Numărul mare de căsătorii 26781 în anul 2009 și 26483 în anul 2010, proces de care trebuie să ne bucurăm pentru păstrarea tendinței de a forma familii – cărămida societății, este umbrit de divorțurile ce ocupă jumătate din cazurile căsătoriilor, adică 11884 în anul 2009 și 11504 în anul 2010, procese adesea urmate de creșterea copiilor în mod monoparental, la casele de copii sau în deficiențe de alimentare, educație, îngrijire, studii.

Și toate acestea cu un grad de asigurare a populației cu paturi obstetrice 4.8 (1700) la 10 mii în anul 2009 și 4.7 (1679) în anul 2010, dintre ele pentru gravide și lăuze 2.7 la 10 000 în anul 2009 și 2.6 la 10 000 în anul 2010. Pentru patologia sarcinii 2.1 la 10 000 în anul 2009 și 2.1 la 10 000 în anul 2010.

Paturile cu profil ginecologic, ce ar putea asigura asanarea femeilor, au alcătuit 2.0 la 10 000 în anul 2009 și 2.1 la 10 000 în anul 2010. Fapte care deja ar putea da dovadă de insuficiență de management, organizare și cel mai mult de deficiențe în activitatea profilactică.

Toate aceste fenomene se petrec la o asigurare a populației cu 632 obstetricieni ginecologi în anul 2009 și 640 în anul 2010 respectiv o asigurare la 10 00 cu medici obstetricieni și ginecologi de 1.8 în anul 2009 și 1.8 în anul 2010. Coeficientul cumulativ a fost în anul 2009 1.1 și 1.0 în anul 2010, ce ne permite să presupunem că asistența medicală obstetric-ginecologic se efectuează mai mult în birouri și maternități decât pe teren cu gravidele.

Tabelul Nr. 1.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bărbați abs. în mii	1719.4	1721.0	1717.5	1714.9	1713.5	1712.1
În %	47.9	48.1	48.1	48.1	48.1	48.1
Femei abs. În mii	1870.6	1860.1	1855.2	1852.6	1850.2	1848.3
În %	52.1	51.9	51.9	51.9	51.9	51.9

Mai înregistrăm și o discordanță de număr al obstetricienilor și ginecologilor în municipii 203 în anul 2009 și 206 în anul 2010 față de numărul de astfel de specialiști pe raioane 225 în anul 2009 și 219 în anul 2010, o repartitie deficitară a specialiștilor care nu permite activități de teren și examenele medicale profilactice a gravidelor, lucrul cu tinerele, viitoare mame, efectuarea marketingului social, planificarea familială.

Fapte demonstrate de un număr infim de vizite a obstetricienilor-ginecologi la un locuitor 0.3 în anul 2009 și 0.3 în anul 2010, confirmate prin numărul mare de întreruperi de sarcină (tab.2)

Astfel, din tabelul nr.2 observăm o creștere de sarcină la primigeste 14.4 în anul 2005; 19.7 în anul 2008 și 20.6 în anul 2010 ce denotă o insuficientă promovare a contraceptivelor printre tineri și adolescenți și o primejdie de a suporta boli ginecologice și venerice ce ar perturba starea de sănătate a viitoarelor mame, din punct de vedere obstetric și ginecologic și creșterea mortalității infantile pentru viitor.

Sunt demonstrative și cifrele duratei medii de utilizare a paturilor (tab. nr.3) care demonstrează utilizarea lor insuficientă, cu scop profilactic.

Multiple sunt și numărul de întreruperi spontane de sarcină 3464 în anul 2009 și 3608 în anul 2010, pentru care optează, credem noi, insuficienta activitate a medicinei ocupaționale, reformele în sectorul agrar cu sistemul de stat în noile condiții, promovarea sănătății insuficientă în rândul gravidelor, a tinerelor.

Medicina de familie în a cărei jurisdicție au fost încredințate responsabilități majore: medicina generală, medicina ocupațională, pediatria, medicina geriatrică, populația aptă de muncă, monitorizarea gravidelor, etc. întreprind o pondere a vizitelor cu scop profilactic numai de 27.5 în 2009 și 29.1 în anul 2010 față de populația în întregime și o pondere a vizitelor la domiciliu, cu scop profilactic de 18.7 în anul 2009 și 24.4 în anul 2010, număr insuficient de vizite pentru întreaga populație, dintre care presupunem și demonstrăm cu datele de mai sus că pentru obstetrică și ginecologie au nu se înregistrează un timp suficient de monitorizare a populației din subordine.

Factorii care influențează mortalitatea maternă sunt:

1. Cauze medicale: în primul rând insuficienta și inadecvata asistență medicală profilactică a femeilor; apoi afecțiunile endocrine, ginecologice, factorii negativi și pozitivi care influențează capacitatea maternă, nivelul diagnosticului precoce, a profilacticii, a promovării sănătății.

2. Cauze fiziologice: malformații și boli ginecologice.

3. Divorțialitatea: posibilitatea de a concepe și îngriji copii, imposibilitatea de a se recăsători.

4. Influența mediului socio-cultural, nivelul educației, planificarea familială conform nivelului de trai, nivelul de îngrijire, marketingul social, facilitățile pentru femei adesea influențează paradoxal dezvoltarea socio-economică.

Tabelul Nr.2

Număr întreruperi de sarcină

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Întreruperi de sarcină	15018	14385	14197	13976	13471	13086
Ponderea la primigeste	14.4	17.1	16.7	19.7	18.2	20.6
La 15-19 ani	9.7	9.2	9.5	8.3	10.8	9.5

Tabelul Nr.3.

Durata medie de utilizare a paturilor obstetrico-ginecologice pe an

	Total		Instituțiile republicane		Instituțiile municipale		Spitalele raionale	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Ginecologice	233	238	219	217	283	283	220	229

5. Cauzele mortalității, fiind considerate fenomen puternic dependent de dezvoltarea socio-economică a omis din vedere starea de spirit a populației, capacitatea de influență a opiniei publice, influențarea și motivarea resurselor umane medicale, a dedării acestora specialității alese, creșterea longevității, a capacității materne, a calității vieții, a capacității de protecție a populației, a strategiilor de dezvoltare inadecvate, structurile și programele inadecvate, atitudinea neadecvată a specialiștilor obstetricieni și ginecologi, bolile nontransmisibile, insuficiența monitorizării și a managementului activității medicilor de familie.

Concluzii:

Mortalitatea maternă în creștere continuă, este în prezent un proces de micșorare a persoanelor apte de muncă, a femeilor de vârstă fertilă.

Acest proces este determinat de noi ca declanșator de micșorare a numărului de nou-născuți, de copii rămași fără mamă, determinant al scăderii sporului natural prin acțiunea indirectă asupra îmbătrânirii populației.

Femeile combină cu destoinicie profesionalismul, cariera, activitatea, cu maternitatea – pregătirea capitalului uman necesar economiei țării, ca reproducătoare biologice și sociale. Munca salariată contribuția la ridicarea statutului dă multă putere femeilor în familie, creșterea autoaprecierii și încrederii în sine.

Conștiința politică a problemelor femeilor este pe departe de a fi matură. Medicii obstetricieni și ginecologi sunt repartizați inadecvat în mediul rural și urban, nu efectuează suficiente examene medicale profilactice, limitându-se la activități de birou și spital, nu efectuează a promovare adecvată a sănătății, promovarea contracep-tivelor, drept rezultat al căror fapte se efectuează multe întreruperi de sarcină și acelea cu rezultate fatale.

Ponderea mare a mortalității materne în instituțiile medicale denotă lipsa de profesionalism, insuficienta monitorizare a gravidelor pe teren mai ales a primiparelor, fapt ce este confirmat de numărul insuficient de vizite la domiciliu.

Propuneri:

1. Elaborarea unui sistem de management al stării de sănătate al femeilor de vârstă fertilă, a gravidelor și lăuzelor.

2. Organizarea de cursuri de perfecționare a obstetricienilor și ginecologice la locurile de muncă prin acumulare de dexterități și priceperi.

3. Cerințe ridicate față de monitorizarea gravidelor.

4. Implementarea supervizării tinerilor obstetricieni în timpul asistenței gravidelor.

5. Organizarea procesului de atestare a medicilor, evaluând cu strictețe experiența lor practică nu numai teoretică.

6. Educația fetițelor în școli.

7. Educația sexuală a tinerilor în școli, universități etc.

8. Creșterea rolului medicinei ocupaționale.

9. Implementarea panourilor electronice de promovare a sănătății în mediul rural.

10. Implementarea difuzoarelor în fiecare casă.

11. Organizarea de emisiuni de protecție a mamelor și copiilor.

12. Lansarea de rapoarte către administrația publică locală despre starea de sănătate a populației.

13. Lansarea concursului „Sat cu mame sănătoase” unde se înregistrează mortalitate maternă joasă, o natalitate mare etc.

14. Editarea buletinelor pentru femei.

15. Organizarea Simpozioanelor extraordinare pentru medicii de familie împreună cu obstetricienii și ginecologii, a conferințelor de analiză și implementare a metodelor de intervenție, cu scopul schimbării situației existente.

Bibliografie:

1. Ajzen, I. & Fishbein, M. Understanding the attitudes and predicting social behavior, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc. 1980

2. Alcalay, R., Bell, R.A. Promoting nutrition and physical activity through social marketing : Current practices and recommendations. Department of Communication and the Center for Advanced Studies în Nutrition and Social Marketing. University of California, Davis, 2000.

3. Allebeck, P. Alcohol policy în Europe: what can the European Union do?; European Journal of Public Health, 2003

4. A.Marcu&Gr. Marcu: Ghid pentru managementul programelor de sănătate (I.S.P. Bucuresti – 2000)

5. Analiza comunității, Fundația pentru Dezvoltare prin Educație Economică și Parteneriat, 2001

6. Anderson, P, The risk of alcohol în Europe, Oxford University, 2004

7. Andreasen, A.R. Marketing Social Change : Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment. San Francisco, CA: Jossey – Bass Publishers, 1995.

8. Anuarul Statistic medical anul 2010.

Profesor universitar Ion Mereuță

ACTIVITATEA ȘTIINȚIFICĂ, INOVAȚIONALĂ ȘI MANAGERIALĂ A LABORATORULUI ȘTIINȚIFIC "ONCOLOGIE GENERALĂ ȘI ATI" A IMSP IOM ÎN PERIOADA 2007-2012"

During the period 2007-2012, the employees from the Scientific Laboratory of General Oncology and of the Institute of Oncology, have passed the first 3 stages of the Institutional Project "Development of new technologies and ICU treatment in patients with tumors of the musculoskeletal system and soft tissue" approved by the Scientific Academy of Moldova (state registration number 2011-2014, Nr.11.817.09.44). In 2012 the research have received 8 patients, 2 positive decisions of the qualified agency to receive other 2 of these, 124 innovations, 4 PhD theses have been defended and 1 else is written and prepared to be advanced for defence, 11 monographs have been edited. The employees develop scientific and managerial activities in various field, participating in national and international congresses and symposia. They are involved in staff training on various cancer topics and have won gold, silver, bronze medals and diplomas, as well as the prize for science from the Scientific Academy of Moldova in 2009. The staff of the Laboratory has a real business plan for the future. The scientific researchers from the General oncology and AIT laboratory have treated 62% of the hospitalized patients, thus substantially contributing to increase the budget in the Institute of Oncology.

Key words: General Oncology Laboratory, scientific research, period 2007-2012, 8 Patents, 124 innovations, 11 monographs,

Laboratorul Științific Oncologie Generală și ATI a fost fondat în anul 2007.

1. Resursele umane (cadrele):

- 1) Mereuță Ion, d.h.m., prof. univ.
- 2) Mura Serghei, d.î.m., conf. univ.
- 3) Capitan Valentin, d.î.m., conf. cercet.
- 4) Țurcan Stela, d.î.m., cercet. științ.
- 5) Butucel Dumitru, medic, cercet. științ.
- 6) Harștea Diana, medic, cercet. științ.

Medici ordinatori:

- 1) Dascalu Ion, d.î.m., conf. univ., șef secție
- 2) Pihut Oxana, d.î.m.
- 3) Ciupercă Victor, medic ordin.
- 4) Andronache Daniela, medic ordin.
- 5) Cîrlig Sergiu, colabor. șt. ATI
- 6) Popovici Anatol, medic ATI

2. Direcții de activitate a Laboratorului:

Direcția principală:

• Diagnosticul, tratamentul și reabilitarea bolnavilor cu tumori a aparatului locomotor.

Alte direcții:

1. Patologia oncologică a glandelor mamare
2. Elaborarea noilor metodologii chirurgicale și conservative de tratament a bolnavilor cu tumori și stări precanceroase.
3. Elaborarea noilor remedii medicamentoase
4. Managementul Sistemului Sănătății și a Serviciului Oncologic în R. Moldova.

3. Proiecte instituționale

- Proiect instituțional – "Elaborarea noilor tehnologii de tratament și ATI la bolnavii cu tumori ale aparatului locomotor și țesuturilor moi", aprobat de AȘM, numărul înregistrării de Stat 2011-2014, Nr.11.817.09.44.A.
- Proiect internațional – "Recuperarea bolnavilor oncologici", IMSP IO, UMF "Gr. Popa", România.

4. Proiecte de inițiativă

1. Managementul Sistemului Sănătății și Serviciului Oncologic (argumentarea legislativ-normativă și managerială).

**Alocarea resurselor financiare pentru realizarea Proiectului Instituțional
(anexată de la Secția Economie IOM)**

F.N.,FUNCTIA	2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	plan	fact	plan	fact	plan	fact	plan	fact	plan	fact	plan	fact,9luni
I.MEREUTA sef labor.	5,8	6,1	7,9	8,0	12,2	12,7	9,4	10,2	9,1	9,1	20,2	14,5
V.CAPITAN c.st.sup.	20,5	20,8	28,8	35,1	35,8	45,2	42,3	43,1	45,1	45,1	45,7	35,1
D.BUTUCEL c.st.	21,2	25,7	27,8	35	35,5	44,8	42,4	43,7	45,4	45,4	45,2	34,3
S.CIRLIG c.st.	20,8	14,6	13,5	14,1	17,0	17,8	39,6	40,6	35,3	35,3	42,2	0
S.TURCAN c.st.	18,4	18,3	35,7	27,7	32,5	39,9	43,1	39,8	46,8	46,8	47,7	34,7
D.EFTODII c.st.staj.	-	-	23,1	22,4	29,2	30,1	35	32,2	31,5	31,5	37,6	18,9
S.MURA c.st. sup.	22,3	25,4	29,2	36,7	36,3	22,2	9,0	9,0	7,9	7,9	9,2	6,9
SALARIU - TOTAL	109,0	110,9	166,0	179,0	198,5	212,7	220,8	218,6	221,1	221,1	247,8	144,4
Contrib.de asigur.												
primel. de asigur.	29,4	29,9	44,8	48,3	52,6	56,4	58,5	57,9	56,4	56,4	61,5	23,8
Plata marfur. si servic.									26,8	9,7	7,4	
TOTAL	138,4	140,8	210,8	227,3	251,1	269,1	279,3	276,5	304,3	287,2	316,7	168,2

2. Cancerul mamar și sarcina.

3. Elaborarea produselor medicamentoase inovative în tratamentul stărilor precanceroase.

5. Rezultate

1. Invenții-8 brevete obținute, și 2 hotărâri pozitive AGEPI

2. Inovații- 124

6. Teze susținute:

1). **Stela Țurcan „Tehnologii moderne în tratamentul chirurgical al melanomului malign cutanat”**. 14.00.14 – Oncologie și radioterapie. Anul susinerii-2009.

Rezumat: În premieră pentru Republica Moldova au fost elaborate tehnologii moderne în tratamentul melanomului cutanat care permit stabilirea individuală preoperatorie a hotarelor de excizie a tumorii primare și o altă metodă de tratament chirurgical – vacuum-electroexcizia, ce diminuează riscul apariției recidivelor și a implantatelor. Elaborările științifice ne-au permis

stabilirea managementului tratamentului chirurgical al melanomului malign cutanat și crearea Centrului de Monitorizare al MMC în componența POM. A fost implementată în practica oncologică metodologia de stabilire a limitelor exciziei în tratamentul chirurgical al melanomului cutanat. A fost implementată în practica chirurgicală oncologică metoda de vacuum-electroexcizie. A fost elaborat managementul tratamentului chirurgical al melanomului malign cutanat și al Centrului de Monitorizare al MMC în Republica Moldova. Micșorarea recidivelor și metastazelor cu 24%.

2). **Oxana Pihut „Aspecte clinico-diagnostice ale tumorilor maligne secundare cu focare primare necunoscute”**. 14.00.14 – Oncologie și Radioterapie. Anul susținerii - 2010

Rezumat: A fost elaborat algoritmul de diagnostic de depistare a tumorii primare la pacienții cu metastaze de tumore malignă fără focarul primar depistat. Din conținutul utilizării raționale a metodelor diagnostice, s-a redus

Invenții și inovații (2007-2012)

Anul	Invenții	Inovații
2007	2	11
2008	5	5
2009	0	16
2010	1	17
2011	0	31
2012	2 Hotărâri pozitive AGEPI	44
TOTAL	8 brevete, 2 hotărâri pozitive AGEPI	124

termenii și s-a micșorat costul examinării bolnavilor, ce a permis economisirea de resurse, fără a supune pacienții la cercetări repetate și inutile. În cazul depistării focarului primar, apare posibilitatea de a efectua o terapie combinată, care mărește considerabil longevitatea și calitatea vieții.

„Managementul clinico-diagnostic a metastazelor maligne cu focare primare necunoscute”, Nr.4530 de 11.05.2007

„Algoritmul folosirii marcherilor tumorali în depistarea focarului primar la pacienții cu metastaze fără focarul primar depistat” Nr.4586 de 24.11.2007. Majorarea posibilităților de identificare a focarelor primare cu 18%.

3). **Tcacenco Ecaterina** „Managementul diagnosticului precoce al tumorilor pielii în condițiile centrului medical privat” 14.00.33-Medicina Socială și Management.

Anul susinerii-2012.

Rezumat: Studiul și-a adus un aport important în completarea cunoștințelor despre tendințele parametrilor epidemiologici și afișările clinice de elecție ale cancerului cutanat în spațiul Republicii Moldova. Rezultatele lucrării oferă clinicianului dematooncolog sugestii concrete de eficientizare a terapiei antitumorale, deschid perspective de perfecționare continuă a diagnosticului și argumentează necesitatea de implementare a noi metode de diagnostic. Principiile de management eficient și în special colaborativ, emise în urma cercetărilor de acest studiu de sondaj analitic asupra unui aspect de extremă valoare, se vor putea utiliza pentru organizarea unui management diagnostic cât mai eficient al cancerelor cutanate atât în cadrul serviciilor private, cât și cel al sistemului de servicii de sănătate publică.

4). **Rotaru Ghenadie** „Aspectele medico-sociale și psihologice ale morbidității judecătorilor în Republica Moldova” 14.00.33-Medicina Socială și Management.

Susținută în 2010.

5) **Harștea Diana** „Aspecte epidemiologice, clinice și morfologice ale tumorilor cutanate de origine mezenchimală”. 14.00.14-Oncologie și Radioterapie (teză pregătită pentru susținerea publică).

Rezumat: Rezultatele studiului completează cunoștințele referitor la particularitățile epidemiologice, clinice, morfologice și imunohistochimice ale diferitor tipuri histologice ale TCOM și pot servi drept reper în stabilirea corectă a diagnosticului la bolnavi cu patologii oncologice cutanate. Evidențierea particularităților epidemiologice, clinice și morfologice ale TCOM facilitează efectuarea diagnosticului diferențial între diverse neoformațiuni cutanate. Depistarea discrepanței de 35,7% între diagnosticul clinic prezumptiv și cel histopatologic definitiv, cât și evidențierea a 18.6% pacienți cu TCOM maligne tratați chirurgical inițial în altă instituție medicală decât Institutul Oncologic, fără analizarea morfologică a piesei postoperatorii, demonstrează utilitatea și informativitatea metodelor histologice și imunohistochimice în diagnosticarea TCOM.

Teze preconizate pentru susținere:

1. Ciupercă Victor” Aspecte manageriale și clinice în tratamentul chirurgical a tumorilor oaselor membrului inferior cu endoprotezare”

2. Albot Veceslav „Optimizarea Serviciului Chirurgie de ambulator în condiții urbane”

3. Voizian Ion „Managementul serviciilor oncologice la copiii cu tumori în R. Moldova”

Publicații (2007-2012)

Anul	Nr. publicațiilor (total)	Nivel Internațional	Categoría publicațiilor		
			A	B	C
2007	11			9	2
2008	46	1		1	44
2009	12	1			11
2010	27	7		2	18
2011	10	2		1	7
2012	10	4		1	5
Total	116	15		14	87

Publicații (2007-2012)
7. Publicații științifice la nivel internațional:

Total 15

8. Publicații științifice la nivel național:

Total 101

9. Articole în reviste naționale:

Categoria A – 0

Categoria B – 14

Categoria C –87

10. Monografii (2007-2012): Total 11
11. Ghiduri practice: Total 2

1. "Reabilitarea bolnavilor oncologici în condiții de sanatoriu în R. Moldova", Ediția II-a, 2012.

2. "Program postuniversitar de instruire profesională a specialiștilor cu studii superioare

în domeniul asistenței paliative a bolnavilor oncologici", Ediția II-a, 2012.

12. Protocoale clinice: Total 2

1. "Tumorile maligne ale țesuturilor moi", aprobat în 2012

2. "Tumorile maligne ale oaselor", aprobat în 2012

13. Participări la conferințe, simpozioane, expoziții:

• Conferința Științifică de Oncologie cu participare internațională "Probleme de etiopatogenie, organizare, diagnostic, tratament și reabilitare bolnavilor cu tumori în regiunea capului și gâtului", 25-27 octombrie, Chișinău, 2007.

Monografii (2007-2012): Total 11

Anul publicării	Denumirea	Autorii
2008	1. "Prin Ortodoxie și Umanism spre reintegrarea Moldovei", Chișinău, 112 pag.	Ion Mereuță
	2. "Virtuțile spiritului și umanismul", 248 pag., Chișinău	Ion Mereuță
2009	1. Managementul oncodermatologic în depistarea tumorilor cutanate", 112 pag., Chișinău,	Ion Mereuță Gh. Mușet E. Tcacenco, D. Harștea
	2. "Managementul Serviciului medico-tehnic în R. Moldova", 110 pag., Chișinău,	Ion Mereuță V. Gherman, V. Ciupercă
	3. "Tratamentul chirurgical contemporan al melanomului malign"	Ion Mereuță I. Iacovlev, S. Țurcan
2010	1. "Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova", Chișinău, 120 pag.	Ion Mereuță N. Bucun, Gh. Rotaru
	2. "Proiect de Management Sistemic al IMSP Institutul Oncologic și Serviciului Oncologic din Republica Moldova", 49 pag, Chișinău .	Ion Mereuță
2012	1. "Mastopatiile difuze" 151 pag., Chișinău	Ion Mereuță Șt. Gațcan
	2. "Tumorile maligne secundare cu focare primare necunoscute", 110 pag., Chișinău	Ion Mereuță I. Iacovlev, O. Pihut
	3. "Tumorile la copii: Managementul clinic al cancerului " 77 pag., Chișinău.	Ion Mereuță V. Cernat, I. Voizian
	4. "Aspecte clinice și metodologice ale dificultăților în activitatea medicilor traumatologi –ortopezi din perspective vigilenței oncologice" 58 pag., Chișinău	Ion Mereuță și coaut.

- Simpozion Național dedicat memoriei prof. I.V.Bohman "Actualități în diagnosticul și tratamentul contemporan al tumorilor organelor reproductivă", Chișinău, 2008.

- Lectura de iarnă, ediția a VI-a, "Actualități în diagnosticul și tratamentul chirurgical al tumorilor maligne". Metodologie didactică. ianuarie, Chișinău, 2010.

- Conferința științifico-practică „TEHNOLOGII MODERNE ÎN ONCOLOGIE” în cadrul Expoziției Internaționale Specializate „MoldMEDIZIN & MoldDENT – 2011”, ediția XVI-a. 14 septembrie 2011, "Managementul modern în diagnosticul, tratamentul și reabilitarea în oncologie", în cadrul Expoziției Internaționale Specializate „MoldMEDIZIN & MoldDENT”, 2012, Chișinău.

- Al XI-lea Congres al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova și la cea de-a XXXIII-a Reuniune a Chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzeșu”, Chișinău, 27-30 septembrie 2011.

- XII Съезд Онкологов Украины. Судак, АР Крым, Украина. 20-22 сентября 2011.

- XV Съезд Онкологов России с международным участием. 15-17 ноября 2011. Москва. Россия.

- VII Съезд Онкологов и радиологов стран СНГ, Астана, Р.Казахстан, 2012

- Lectura de iarnă, ediția a VIII-a, "Aspecte de diagnostic și tratament al patologiei zonei hepatopancreato-biliare". Metodologie didactică. 23-27 ianuarie, Chișinău, 2012.

- Conferința a XIII-a națională a Ortopezilor – Traumatologi din R. Moldova cu participarea internațională consacrată aniversării de 85 ani a fondatorului serviciului ortopedie și traumatologie profesorului "N. Testemițanu" și jubileul de 50 ani a catedrei ortopedie și traumatologie "Aspecte contemporane în diagnosticul și tratamentul patologiilor osteoarticulare a aparatului locomotor", 14 septembrie, 2012.

Raport la conferințe: Total 15

Comunicări orale: Total 25

Expoziții: Total 7

14. Activități de management științific și medical a colaboratorilor

Ion Mereuță prof.univ. – Membru al Consiliului Științific specializat la specialitățile:

14.00.14 Oncologie și Radioterapie

14.00.33 Medicină Socială și Management

14.00.37 ATI

14.00.24 Medicina legală

12.00.24 Drept penal

09.00.08 Filosofie și Metodologia științei

- Membru al Comisiei pentru atestarea cadrelor

- Membru al Seminarelor de profil "Oncologie, hematologie și Radioterapie", "Medicină Socială și Management"

- Membru al Comisiei Naționale de Etică

- Membru al redacțiilor revistelor științifice "Arta medica" (Categorica B), "Economie și Management" (Categorica B)

- Redactor șef al revistei "Info-Med" (Categorica C) Capitan V., conf.

- Membru al Agenției Naționale pentru transplant Mura S., conf.

- Șef blocului de operații a IOM, Președintele Comisiei Securității actului chirurgical Țurcan S., d.î.m.

- Membru al Asociației Dermatologilor, Membru al Asociației "Melanomul malign" Pihut O., d.î.m.

- Membru al grupului de cercetare a sarcoamelor în țările Europei Centrale și de Est Butucel D., colab.șt.

- Membru al Comisiei pentru combaterea Infecțiilor nozocomiale Ciupercă V., med. ord.

- Membru Comisiei pentru Calitatea actului medical și Audit Intern

15. Colaborări internaționale:

- Institutul Oncologic "N. N. Petrov", or. St. Peterburg

- Universitatea de medicină "Iu. Hațigan", or. Cluj-Napoca

- Institutul Oncologic "Ion Chiricuță", or. Cluj-Napoca

- Centrul Oncologic "Blohin", A.Ș. , or Moscova

- Universitatea "Gr. Popa", or. Iași, România, facultatea de medicină

- Institutul de Radiologie și Oncologie , or. Kiev, Ucraina

- Institutul Oncologic, or. Minsk, Belarusia

- Corporația farmaceutică "ProNatur", or. București, România.

16. Cursuri universitare și postuniversitare la teme (prelegeri și seminare):

- Cancerul cutanat

- Melanomul malign

- Cancerul tiroidian
- Cancerul mamar
- Cancerul mucoasei cavității bucale
- Tumorile țesuturilor moi
- Tumorile osoase
- Tratament paliativ în oncologie
- Sistemele Sănătății și Managementul Serviciilor de Sănătate în lume
- Managementul Serviciului Oncologic
- Erori, greșeli și culpe medicale
- Asigurarea medicilor pentru "malpraxis"

17. Diplome și medalii:

1. Diploma MS pentru activitatea rodnică și îndelungată în domeniul ocrotirii sănătății, contribuție personală la îmbunătățirea asistenței medicale a populației.
2. Diploma AGEPI "Pentru merite deosebite în activitatea de inovații"
3. Diploma IO cu prilejul zilei lucrătorului medical și a farmacistului pentru activitate rodnică, responsabilitate și contribuție profesională la ameliorarea nivelului sănătății publice.
4. Diploma USMF "N. Testemițanu" pentru merite deosebite în activitate.
5. Medalia de aur Info Invent (Compoziții de ingrediente pentru obținerea balsamurilor curativo-profilactice).
6. Medalia de argint Info Invet (Compoziții de produse curativo-profilactice).
7. Diploma de excelență cu medalia Salonul Ecoinvent Romania (Balsam curativo-profilactic).
8. Medalia de bronz Salonul Eureka din Bruxelles 2007 (Metoda de influență profilactică).
9. Medalia de aur "Prodexpo" februarie 2007
10. Decorat cu ordinul "Paisie Velicovschi" de gradul II, 2007, Mitropolia Moldovei
11. Decorat cu ordinul "Serghei de la Radonej", Patriarhia Rusă
12. Premiului Academiei de Științe a Moldovei, 2009
13. Premiul Ștefan cel Mare a AICO, 2011
14. Diplomă USMF "N. Testemițanu" Cu ocazia Zilei Inventatorului și Raționalizatorului pentru rezultate remarcabile în domeniul inovației și inventicii 25 iunie, 2011
15. Diplomă USMF "N. Testemițanu" Cu ocazia Zilei Inventatorului și Raționalizatorului pentru rezultate remarcabile în domeniul inovației și inventicii 28 iunie, 2012

18. Propuneri:

1. Schimbarea denumirii de "laborator" în "clinică". Clinici pot fi universitare, instituționale și academice.

Este necesară Hotărîrea AȘM și Ordinul IMSP IOM.

2. Implementarea Managementului de performanță în activitatea științifică. Adoptarea Regulamentului "Cu privire la remunerare, stimulare și motivare a muncii colaboratorilor științifici în IMSP IOM".

E necesar Ordinul IOM.

3. Crearea Fondului extrabugetar "Stimularea cercetărilor inovaționale" în IMSP IOM pentru susținerea, premiarea și motivarea financiară a colaboratorilor științifici (invenții, inovații, publicații, participări la Congrese, simpozioane).

E necesar acordul Ministerului Finanțelor și Ordinul IOM.

4. Dotarea clinicilor (laboratoarelor) cu tehnică și tehnologii performante. Asigurarea cu medicamente în cercetări și participarea în trialuri clinice naționale și internaționale.

Este necesar alocarea finanțelor de către AȘM, MS, IOM, alte fonduri. Laboratorul Oncologie Generală și secția necesită urgent dotare cu Dermatom, Rentghen-monitor, aparat de rentghen portativ, aparat pentru prelucrarea oaselor, instrumente ortopedice, etc.

Este necesar finanțarea de către AȘM, MS, IOM.

5. Pregătirea cadrelor Laboratorului (clinicii) în domeniul implementării noilor tehnologii (aloplastii – grefe, ciment, biopreparate), endoprotezării, decompresiilor și stabilizărilor în tumorile vertebrale, remediilor și protezării osoase, etc.

Este necesar alocarea finanțelor de către IOM.

6. Participarea IMSP IOM a Laboratoarelor științifice, inclusiv a "Laboratorul Oncologie Generală" în cercetări inovative în domeniul noilor remedii medicamentoase și participarea în trialuri clinice naționale și internaționale.

Este necesar prevederea unor alocații în acest domeniu din bugetele IOM, AȘM sau din resurse extrabugetare.

7. Crearea în IMSP IOM a unui Centru Științifico-Metodologic de Creație inovațională și alocarea unor surse financiare pentru publicarea monografiilor, articolelor în reviste cu impact (mai

mare de 10), cu impact între 3 și 9, cu impact de la 1 pînă la 3- de sinteză, și în revistele naționale de Categoria A.

Este necesar un Ordin în acest domeniu a IOM.

8. Laboratorul Oncologie Generală și secția necesită urgent reparație capitală și dotare tehnică.

Este necesar finanțarea de către fondator – MS.

9. Dotarea laboratoarelor cu computere, imprimante, birotice.

Este necesar Ordinul IMSP IOM.

10. Crearea condițiilor pentru implementarea în practică a invențiilor și inovațiilor în cadrul IMSP IOM (Direcția Știință a IMSP IOM, Consiiliul Științific, Direcția).

Rezumat

În perioada de referință 2007-2012, colaboratorii Laboratorului Oncologie Generală și ATI a IMSP IOM au îndeplinit primele 3 etape de realizare a Proiectului Instituțional "Elaborarea noilor tehnologii de tratament și ATI la bolnavii cu tumori ale aparatului locomotor și țesuturilor moi", *aprobat de AȘM*,

numărul înregistrării de Stat 2011-2014, Nr.11.817.09.44. A și au efectuat și alte cercetări științifice în direcțiile prevăzute de planul de activitate. Au fost primite 8 Brevete de invenție și 2 Hotărâri pozitive AGEPI în 2012 și 124 de inovații, au fost susținute 4 teze de doctor și una realizată spre susținere, au fost publicate 116 lucrări științifice, editate 11 monografii. Colaboratorii au avut activități de management științific în diverse direcții de activitate, au participat la Congrese și Simpozioane Naționale și Internaționale, sunt încadrați în procesul de pregătirea continuă a cadrelor, avînd curricule universitare și postuniversitare pe diverse teme oncologice, au fost apreciați cu medalii de aur, argint și bronz, Diplome de merit și Premiul AȘM în domeniul științei în anul 2009. Laboratorul dispune de un plan real de activitate pe viitor.

Colaboratorii științifici a Laboratorului Oncologie Generală și ATI au tratat 62% din numărul bolnavilor spitalizați, aducînd o contribuție substanțială la bugetul IMSP IOM.

Victor CEBOTARU

02.03.1953 – 20.10.2012



*Cînd se stinge o flacără
o aprinzi din nou,
dar cînd se stinge o viață o plîngi mereu.
O inimă bună a încetat să mai bată,
un suflet bun s-a ridicat la cer,
lăsînd în urmă multă durere și întristare.*

S-a născut 02 martie 1953, în satul Pererîta, raionul Briceni, într-o familie de țărani, după absolvirea școlii medii nr. 2 din orașul Lipcani, devine student al Institutului de Medicină din Chișinău, facultatea medicină generală, care îl absolvă în anul 1977. A optat pentru profesia de medic la poava părinților săi de a face bine oamenilor – scopul definit pentru o viață întregă.

În decursul anilor 1977 – 1978 a trecut internatura la Spitalul Clinic Republican. Din anul 1979 pînă în 1986 a activat în funcție de medic de sector în cadrul Policlinicii nr. 2 or. Chișinău. Din anul 1986 pînă în anul 1989 a activat în funcție de șef al policlinicii nr. 2 din Chișinău.

În luna decembrie 1989 a fost numit în funcție de medic șef al Asociației Medicale Teritoriale sectorul Ciocana, pe care inițial a organizat-o din temelie și a condus-o cu pricepere și cutezanță pe parcursul a 23 ani, unde a încheiat un colectiv minunat.

În paralel, în perioada anilor 1991 – 1995 este ales deputat al poporului, sectorul Ciocana, or. Chișinău, începînd cu 1991 a fost



membru permanent al Preturii sectorului Ciocana.

Era mereu atent față de oameni, îi susținea la nevoie, își spunea opiniile cu mult tact, avea un simț acut al responsabilității, măsurîndu-și mereu fapta și vorba, calități care vroia să le educe și subalternilor săi. Pentru rezultate deosebite și activitate fructuoasă în domeniul sănătății în anul 1996 i s-a conferit titlul de „Om emerit”.

S-a manifestat ca un medic calificat, un organizator profesionist. Era cointerestat de viața și sănătatea oamenilor, față de care a manifestat grijă și atenție sporită în permanență. Drept confirmare a vocației sale de conducător și medic, prin decretul Președintelui Republicii Moldova din 04 octombrie 2000, i s-a conferit ordinul „Gloria Muncii”.

Orice izbîndă, orice faptă concretă au fost posibile numai prin dăruire de sine, pune la temelie realizărilor vorba deschisă, munca cinstită și sentimentul curat. Gospodar exemplar de la nordul Moldovei. A urmat cu sfințenie tradiția strămoșească de a construi

o casă, de a săpa o fântână și a sădi un pom. Chiar a făcut mai multe, căci așa îi stă în fire: să realizeze cât mai multe în viață.

Om creator, om făuritor, om cu o cumsecădenie, bunătate, amabilitate și cu un optimism deosebit, și-a realizat destinul.

Chiar și boala necruțătoare și suferința grea nu i-au știrbit optimismul și caracterul deschis și benevoitor, încrederea în oameni și în ziua de mâine.

Am fost neputincioși în fața bolii crunte care l-a măcinat - la 20 octombrie 2012 inima Dlui Victor Cebotaru a încetat să mai bată, lăsând în inimile colegilor și a prietenilor o imagine de Om de omenie, profesionist devotat ocrotirii sănătății, un bun exemplu pentru generațiile tinere de medici.

Plecarea la cele veșnice este o pierdere iremediabilă pentru noi toți.

Un OM deosebit, un MEDIC ce a trăit pentru oameni și pentru a face mult bine celor care i-au cerut ajutorul. Amuncit enorm pe toate planurile - fără a cere recunoștință. Nedreptățile din jur îl macinau - suferința oamenilor îl durea foarte mult. A sperat în bine și l-a măcinat răul.

Cu multă tristețe în suflet, regretăm plecarea sa în eternitate - dar sperăm că și dintre stele să poată să mai vegheze ca răul să fie mai mic. Îl vom păstra în memorie ca pe o lumină a speranței de bine și mereu îi vom fi recunoscători pentru bunătatea și răbdarea în tratarea suferinței - un Om deosebit ce a trăit pentru oameni.

Am fi dorit să rămână în continuare cu noi, dar Dumnezeu l-a iubit prea mult și l-a luat acolo Sus, lângă cei dragi.

Dumnezeu să-l ierte și să-l odihnească în pace!

CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

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

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

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

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

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

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

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

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.

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

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

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

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

Clinica oncologie generală, et.5

prof. Ion Mereuță, tel.: +37322852414, e-mail: mail@ionmereuta.md.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

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

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

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

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

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

5. **РИСУНКИ**. На оборотной стороне фотографии указывается порядковый номер, название статьи, фамилию автора. Пояснения к фотографиям приводятся на отдельных листах, в соответствии с номером.

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

- Рукописи приводятся в трех экземплярах.

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

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

- Рукописи подают на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

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

Клиника общей онкологии, эт. 5

профессор Ион Мереуцэ, тел.: +37322852414, e-mail: mail@ionmereuta.md.

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

5. **FIGURES**. The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article and the author's name.

Figure legends should be presented on separate sheets in accordance with the number of figures.

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

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

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

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

- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

ADDRESS: Moldovan Oncology Institute, General Oncology Clinic

30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

Phone: +37322852414, email: mail@ionmereuta.md.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate

