

Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori M. EFTODI, Șt. GAȚCAN, V. GHERMAN
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, Chișinău, RM
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
B. MELNIC, 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> PROIECT DE MANAGEMENT SISTEMIC AL IMSP INSTITUTUL ONCOLOGIC ȘI SERVICIULUI ONCOLOGIC DIN REPUBLICA MOLDOVA (2010-2015 ȘI ÎN PERSPECTIVĂ MEDIE)	3	<i>Ion Mereuta</i> PROJECT OF SYSTEMIC MANAGEMENT OF THE PUBLIC MEDICAL SANITARY INSTITUTION INSTITUTE OF ONCOLOGY AND ONCOLOGICAL SERVICE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA (2010-2015 AND MEDIUM-TERM PERSPECTIVE)
<i>I. Mereuță, Gh. Mușet, D. Harștea, V. Șveț</i> ASPECTE EPIDEMIOLOGICO- ANALITICE A EPITELIOAMELOR BAZOCELULARE	20	<i>I. Mereuta, Gh. Muset, D. Harstea, V. Svet</i> EPIDEMIOLOGICAL AND ANALYTICAL ASPECTS OF BASAL CELL CARCINOMA
<i>V. Șveț</i> RECIDIVELE EPITELIOAMELOR BAZOCELULARE ÎN DEPENDENȚĂ DE METODE TERAPEUTICE DE TRATAMENT	28	<i>V. Svet</i> RECURRENT BASAL CELL CARCINOMA DEPENDING ON THE TREATMENT METHODS
<i>Harștea Diana</i> FORMELE CLINICE ALE SARCOMULUI CUTANAT KAPOSI	30	<i>Harstea Diana</i> CLINICAL FORMS OF CUTANEOUS KAPOSI'S SARCOMA
<i>Mereuță Ion, Iacovleva Iraida, Harștea Diana</i> TUMORILE MEZENCHIMALE ALE PIELII: EVOLUȚIA CRITERIILOR DE CLASIFICARE	32	<i>Mereuta Ion, Iacovleva Iraida, Harstea Diana</i> MESENCHYMAL TUMORS OF THE SKIN: EVOLUTION OF CLASSIFICATION CRITERIA
<i>Maria Timošco, Natalia Florea, Aliona Velciu, Victoria Bogdan</i> MICROORGANISMELE DIN GENURILE OBLIGATORII TRACTULUI GASTROINTESTINAL UMAN CU UNELE PROPRIETĂȚI POTENȚIALE SANOBIOTICE	36	<i>Maria Timosco, Natalia Florea, Aliona Velciu, Victoria Bogdan</i> MICROORGANISMS IN THE HUMAN GASTROINTESTINAL TRACT BINDING GENRES WITH SOME POTENTIAL PROPERTIES SANOBIOTICE
JUBILEU <i>Mircea SNEGUR la 70 de ani</i>	40	<i>Mircea SNEGUR'S 70TH ANNIVERSARY</i>
<i>Constantin ANDRIUȚĂ</i> GRIPA PROVOCATĂ DE VIRUSUL A (N ₁ H ₁)	42	<i>Constantin ANDRIUTA</i> THE INFECTION CAUSED BY INFLUENZE A(N ₁ H ₁) VIRUS
CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR	44	PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Articolele au fost recenzate
de specialiști de notorietate din domeniu

Ion Mereuță, d.h.m., prof. univ.

PROIECT DE MANAGEMENT SISTEMIC AL IMSP INSTITUTUL ONCOLOGIC ȘI SERVICIULUI ONCOLOGIC DIN REPUBLICA MOLDOVA (2010-2015 ȘI ÎN PERSPECTIVĂ MEDIE)

The aims of the presented project are: to decrease the morbidity, mortality, oncologic disability and life quality of medical assistance and life quality of oncologic patients by adopting the law "Regarding anticancer fight and medical assistance of oncologic patients", by optimizing the management in the PMSI Institute of Oncology, creating the infrastructure of oncological service and of medico-social support of oncologic patients, creating a service of rehabilitation, palliative care and hospices.

The project of ordinary law "Regarding anticancer fight and medical assistance of oncologic patients" is presented. The future law and normative acts will have to regulate all the processes of oncological service activity: prophylaxis, early diagnosis, complex treatment, rehabilitation and palliative care. It is primordial to involve the state and the local administration organs in the anti-cancer fight. An essential argument is that cancer is a social disease, so the responsibility for its prevention and early detection is of the health service, oncological service, as well as of the citizen, the society, the state by means of special organs and programs. Only being together: the citizen, the family doctor, the doctors specialists, the oncologists, the whole society and the state, we can stand firm against this social disease. Each year about 12 million people die of cancer all over the world, including 6000 in the Republic of Moldova.

A well-determined structure, an integral system, a systemic management in the Public Medical Sanitary Institution Institute of Oncology and national oncological service is needed to attain the aim the objects of this project.

Key words: *Project of Systemic Management, Public Medical Sanitary Institution, Oncological Service, medium-term perspective.*

Proiectul de față are ca scop: micșorarea morbidității, mortalității, invalidității oncologice și ridicarea calității asistenței medicale și vieții pacienților oncologici, prin adoptarea legii "Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici", prin optimizarea managementului IMSP IOM, crearea infrastructurii serviciului oncologic și de susținere medico-socială a bolnavilor oncologici, prin crearea serviciului de reabilitare, tratament paliativ și a Hospisurilor.

El prezintă proiectul legii ordinare "Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici", care va reglementa serviciul oncologic. Viitoarea lege și actele normative, vor fi îndreptate pentru reglementarea tuturor proceselor activității serviciului oncologic – profilaxie, diagnostic precoce, tratament complex, reabilitare și tratamentul paliativ. Se evidențiază rolul medicilor din rețeaua generală, a

specialiștilor cât și a oncologilor. Primordial este încercarea de a încadra în lupta anticancer statul și organele autoadministrării locale. Este un argument esențial, fiindcă cancerul este o maladie socială și responsabilitatea în prevenirea și depistarea precoce o are nu numai sistemul sănătății, serviciul oncologic, dar însăși cetățeanul și sociumul, statul prin organele sale abilitate și prin programe speciale.

Numai împreună – cetățeanul, medicul de familie, medicii specialiști, oncologii, toată societatea, statul, vom putea opune rezistență acestei maladii sociale care răpește circa 12 mln oameni anual pe Mapamond. În Republica Moldova această cifră atinge 6.000. O structură bine determinată, un sistem integru, un management sistemic al IMSP IOM și serviciului oncologic la nivel național, va putea rezolva scopul și obiectivele proiectului.

Scopul proiectului

-Micșorarea morbidității, mortalității, invalidității oncologice și ridicarea calității asistenței medicale și vieții pacienților oncologici, prin adoptarea legii “Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici”, prin optimizarea managementului ISMP IOM, crearea infrastructurii serviciului oncologic și de susținere medico-socială a bolnavilor oncologici, prin crearea serviciului de reabilitare, tratament paliativ și a Hospisurilor.

Principiile asistenței oncologice:

- profilaxia – primară, secundară și terțiară a bolnavilor cu tumori;
- depistarea precoce a tumorilor;
- diagnosticul și diagnosticul diferențial precoce (timpuriu) al tumorilor;
- tratamentul specializat, la timp, consecutiv, consecvent, complex, integru, dinamic și evidențiat individual;
- tratamentul propriu-zis a tumorii, procesului tumoral al organismului integru și tratamentul maladiilor asociate;
- diminuarea invalidității oncologice și reabilitarea – integrarea socială și profesională a bolnavilor grupei clinice III;
- tratamentul paliativ pentru bolnavii grupei clinice IV;
- decentralizarea parțială a tratamentului bolnavilor oncologici.

Actualitatea și problemele manageriale ale IMSP IOM și serviciului oncologic din RM

De-a lungul anilor indicii asistenței oncologice în Republica Moldova au o tendință de stabilizare și chiar de înrăutățire (vezi tab. nr. 1).

Probleme existente în managementul IMSP IOM:

- Lipsa bazelor legislative organice și normative sistemice a asistenței medicale specializate oncologice
- Lipsa Conceptului de Management complex și sistemic al serviciului oncologic din RM și IMSP IOM ca centru organizator-metodic, clinic și științific
- Deteriorarea bazei tehnico-materiale a IMSP IOM, lichidarea Pansionatului Oncologic, lichidarea căminelor pentru surorile medicale
- Uzura tehnicii medicale, a instrumentelor și lipsa tehnologiilor medico-tehnice contemporane
- Lipsa infrastructurii serviciului oncologic (dispanserelor oncologice, a centrelor oncologice curativ-profilactice, a cabinetelor de tratare a durerii și de reabilitare a bolnavilor oncologici)
- Lipsa sistemului informațional integral al serviciului oncologic din RM și a IMSP IOM, a pasaportului individual de sănătate a bolnavilor oncologici.

Tabelul 1

Indicii asistenței oncologice în Republica Moldova (anii 1999-2008)

Indicii	Măsura	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Prevalența	‰	876,0	898,7	920,5	924,5	942,2	987,3	1040,7	1072,0	1119,4	1174,6
Incidența	‰	143,9	152,6	163,9	167,8	187,7	190,1	193,4	205,3	209,3	213,1
Mortalitatea	%	124,9	124,9	128,9	132,5	136,7	139,8	143,9	151,7	150,6	155,1
Depistarea precoce (st.I-II) T ₁ /T ₂ N ₀ M ₀	%	26,6	27,4	26,5	28,6	29,1	29,7	30,1	29,8	28,9	30,1
Grupa clinică N IV	%	29,0	28,7	29,8	29,0	28,3	26,8	27,0	28,0	28,0	28,0
Supraviețuirea de 5 ani	%	47,8	50,3	50,4	48,9	47,0	46,0	45,4	45,3	44,4	46
Invaliditatea oncologică	‰		143							183	
Asigurarea cu medici oncologi raionali (la 10 mii loc)		0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5

- Lipsa Consiliilor Clinice Specializate, pentru rezolvarea curentă imediată, specializată a problemelor de diagnostic, tratament, reabilitare a bolnavilor format din 3-4 specialiști în oncologie (specialități)

- Lipsa unui management eficace de personal în IMSP IOM

- Lipsa managementului medico-tehnic și de reparații a tehnicii medicale

- Lipsa managementului de parteneriat a IMSP IOM cu alte instituții științifico-practice și cu instituțiile medicale private

- Lipsa managementului de reabilitare și tratament paliativ pentru bolnavii grupelor clinice III și IV

- Înfrățirea continuă a indicilor asistenței oncologice – incidența, mortalitatea, invaliditatea

Conceptul realizării Proiectului de Management sistemic al IMSP IOM

1. Managementul legislativ-normativ sistemic:

1.1. Elaborarea și adoptarea legii "Legea cu privire la lupta anticancer și asistența medico-socială a bolnavilor oncologici" (elaborate în 2001 și publicată de prof. univ. Ion Mereuță în anul 2002: mon. I. Mereuță "Reglementarea serviciului oncologic în Republica Moldova": Proiectul Legii "Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici, 68 p. Chișinău 2002, cu amendamentele propuse actualmente.

Monografia și Proiectul de lege se anexează (a se vedea Proiectul de Lege).

Elaborarea și adoptarea Hotărîrii Parlamentului RM cu privire la Bugetul de Stat la sfârșitul fiecărui an, pentru anul viitor, la compartimentul bugetul de stat și "Programul Național de profilaxie și combatere a cancerului" cu asigurare financiară direcționată.

Hotărîrea Guvernului RM "Cu privire la Programul Național de combatere a cancerului", la sfârșitul fiecărui an, pentru anul viitor.

Hotărîrea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină "Cu privire la polița de oncoprevenție".

* * *

În condițiile Sistemului Mixt al Sănătății Publice – Medicina prin asigurare, medicina privată și

medicina garantată de stat pentru unele grupuri specifice de populație, serviciul oncologic necesită o restructurare. Principiul – profilaxie și depistare precoce, centralizarea tratamentului chirurgical de performanță a tratamentului radioterapeutic și decentralizarea tratamentului chimioterapeutic și a chirurgiei mici (biopsii).

Zeci de ani indicii asistenței oncologice rămân nesatisfăcători. ba chiar s-au înrăutățit, ce duce la cheltuieli enorme din partea bugetului de stat. Asistența oncologică nu are un sistem managerial sistemic, care ar include profilaxia, diagnosticul precoce, tratament complex și combinat, reabilitarea, tratamentul paliativ și ridicarea calității asistenței oncologice inclusiv și a calității vieții bolnavilor.

Depistarea precoce nu depășește 30%, pe cînd indicile depistării tardive ajunge la 28%.

În sistemul de sănătate apar erori, greșeli și chiar culpe. Bolnavii cu multiple tumori maligne inclusiv ale pielii, melanomului malign, a țesuturilor moi, a oaselor, a altor organe sunt operați în diferite clinici publice sau private neradical, încălcîndu-se canoanele, principiile protocoalelor clinice, recomandările metodice oncologice. Din aceste cauze bolnavii cu recidive locale și metastaze sunt spitalizați ulterior în IOM pentru tratament radical. Uneori acest tratament nu poate fi efectuat. Se depun eforturi enorme în finanțele bugetului de stat dar și a spitalului, și cel mai important, se pune în pericol viața bolnavului. Deseori apar litigii și chiar procese judiciare. În aceste condiții pentru a reglementa serviciul oncologic și pentru micșorarea morbidității, mortalității, invalidității oncologice și ridicarea calității asistenței medicale și vieții pacienților oncologici propunem proiectul legii "Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici în Republica Moldova". Argumente în necesitatea elaborării acestei legi sunt: medico-sociale (morbiditatea înaltă și tendința ei de creștere 205‰ (2006), 2009‰ (2007), 213,1‰ (2008), mortalitatea înaltă 155,1‰ (2008), invaliditatea înaltă 143‰ (2007), prevalența înaltă și creșterea ei continuă 1072‰ (2006), 1119,4‰ (2007), 1174,6‰ (2008), argumente manageriale, argumente clinico-diagnostice, argumente financiare, argumente științifice internaționale, legislative, juridice și altele.

Argumente manageriale

Serviciul oncologic trebuie să fie centralizat, bazat pe principiul sistemic. În timpul când sistemul sănătății devine decentralizat, formînd infrastructura medicinei prin asigurare, serviciul oncologic trebuie să rămînă centralizat. Verigile organizatorice trebuie să coreleze și algoritmul diagnostic trebuie să fie „de jos în sus” iar cel de tratament „de sus în jos”. Managementul serviciului oncologic trebuie bazat pe principiul legislativ și normativ. Fiecare verigă organizatorică trebuie să aibă bine determinate funcțiile, drepturile și obligațiunile sale, care va determina responsabilitatea. Trebuie bine determinată responsabilitatea cetățeanului, medicului de familie, medicului specialist internist sau chirurg, medicului oncolog, cabinetului oncologic, centrului oncologic județean a centrului anticancer județean, a secției (dispensarului) orășenesc, spitalului de profil larg, a Policlinicii Oncologice a IOM, a statului, autoadministrației locale, Ministerului Sănătății, sociumului la general.

Este necesară crearea infrastructurii de reabilitare medico-socială și de susținere a bolnavului oncologic – crearea secției tratamentului paliativ în cadrul IOM, Centrului metodologic de reabilitare și de tratare a durerii cronice în cancer, fondarea hospisurilor.

Argumente clinico-diagnostice

Principiile asistenței oncologice trebuie să fie:

- profilaxia primară și secundară a cancerului
- profilaxia terțiară
- depistarea precoce a tumorilor
- diagnosticul și diagnosticul diferențial timpuriu
- decentralizarea parțială a tratamentului bolnavilor oncologici

- tratamentul specializat la timp, consecutiv, consecvent, complex, integrat, dinamic și evidențiat individual

- reabilitarea medicală (terapeutică și chirurgicală)

- diminuarea invalidității oncologice și integrare asocială și profesională a bolnavilor tratați radical.

- tratamentul paliativ a bolnavilor cu cancer avansat.

Laitmotivul acestor principii – depistarea precoce a tumorilor. Anume el va aprecia în mare măsură eficacitatea tratamentului. Indicele depistării precoce lasă de dorit. În același timp indicele depistării tardive în acești ani a rămas la nivelul 25-27%. Aceasta ne impune să căutăm noi modalități atât clinice cât și manageriale de a micșora acest indice care apreciază și mortalitatea înaltă.

Argumente științifice internaționale, legislative și juridice

Principiul sistemic de conducere se bazează, în primul rînd, pe concepție, apoi pe legi, acte normative, hotărîri, dispoziții, ordine care apreciază mecanismul realizării conceptului, dirijării și controlul realizărilor. Într-un stat bazat pe drept, atât la nivelul statului, ramurilor economiei naționale, ministerelor de resort, trebuie adoptate Legi organice, ulterior hotărîri ale Guvernului, ordine ale ministerelor și ordonanțe de îndeplinire a mecanismelor de realizare.

În majoritatea țărilor, cu edificarea statului de drept ramura sănătății dispune de Codul Medical sau Codul Sănătății Publice în care sunt stipulate, în primul rînd, legile maladiilor sociale, infecțioase, etc. Exemple pot servi țările Uniunii Europene, SUA, Canada, Japonia. În ultimul timp și în multe țări ale CSI.



Proiectul Legii „Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici în Republica Moldova”

Proiect

Legea Republicii Moldova „Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici”

Capitolul I **Dispoziții generale**

Art.1. Definiții

Cancer — totalitatea de tumori maligne epiteliale de diferite tipuri histologice și forme evolutive.

Bolnav canceros — bolnavul cu tumoare malignă epitelială confirmată histopatologic.

Bolnav oncologic — bolnavul cu oricare tumoare (benignă, stare precanceroasă sau cancer).

Precancer — bolnavul cu stări premorbide cancerului și tumori benigne.

Tumor benign — tumoare din orice țesut dar cu caracter neinfiltrativ.

Tumor malign — orice tumoare malignă cu creștere invazivă și cu tendința spre metastazare.

Asistența medicală specializată (oncologică) — asistență medicală specializată care include examinarea oncologului, tratamentul de ambulator și staționar efectuat de specialiștii oncologi.

Asistența medicală socială — asistența medicală specială oncologică cât și asistența socială a bolnavului oncologic.

Depistarea precoce — depistarea tumorilor și cancerului în stadii inițiale, în debutul bolii.

Depistare tardivă — depistarea tumorilor și cancerului în stadii avansate, când are loc metastazarea în diferite alte organe.

Tratament radical — bolnavul cu tumori sau cancer căruia i s-a aplicat tratamentul complex, combinat după programe radicale. Bolnavul necesită reabilitare și dispensarizare.

Tratament paliativ (simptomatic) — tratamentul de susținere a bolnavului oncologic în stadiile avansate, controlul simptoamelor.

Profilaxie oncologică — măsuri de prevenire a maladiilor oncologice.

Profilaxie primară — totalitatea măsurilor pentru prevenirea factorilor care provoacă cancerul, mai des a mediului ambiant, factorii sociali, etc.

Profilaxie secundară — totalitatea măsurilor depistării active și pasive a stărilor precanceroase și tratamentul lor.

Profilaxie terțiară — totalitatea măsurilor pentru dispensarizarea bolnavului oncologic, examenele medicale repetate.

Factor de risc — element din mediul ambiant legat semnificativ cu îmbolnăvirea. Factorii de risc pot fi exogeni, endogeni sau hormonal care pot provoca apariția cancerului.

Centru oncologic curativ-profilactic — tip complex de unitate medicală oncologică specializată la nivel teritorial. Activitatea de bază — depistarea precoce și dispensarizarea bolnavilor oncologici din teritoriu.

Dispensar oncologic — principala unitate ambulator-spitalicească a eșalonului medical oncologic, funcțional legat de policlinicile și spitalele teritoriale. Aici se îndeplinesc prioritar activități preventive — acțiuni asupra factorilor de risc, depistarea precoce a bolii oncologice, supravegherea activă a grupelor clinice oncologice, educația sanitară oncologică, consultații specializate, unele tratamente specifice oncologice, organizarea reabilitării și tratamentului paliativ al bolnavilor din teritoriu.

Institutul Oncologic din Moldova — unitatea principală a asistenței oncologice specializate — centru științific organizator-metodologic, clinico-diagnostic, de tratament și de perfecționare a cadrelor.

Program Național de Combatere a Cancerului — ansamblul de activități eșalonate și axate pe obiective clar definite care stabilește strategia în domeniul oncologiei la nivel național într-o perioadă de timp de 4—5 ani.

Art.2. Scopul legii

Prezenta lege are drept scop identificarea și evidențierea

- principiilor asistenței oncologice;
- obiectivelor asistenței oncologice;
- infrastructurii serviciului oncologic;
- programelor profilactice, de tratament, de reabilitare acționînd direct la: micșorarea invalidității oncologice și mortalității cauzate de cancer prin diagnosticul precoce și tratament adecvat și complex, majorarea indicilor calității vieții bolnavilor oncologici prin măsuri de reabilitare și tratament paliativ.

Art.3. Noțiunea de asistență medicală oncologică

Asistența medicală specializată oncologică reprezintă o componentă a asistenței medicale a Sistemului de Sănătate din RM în cadrul căreia statul prin intermediul Ministerului Sănătății, instituțiilor specializate, ambulatorii și staționare acordă asistența oncologică specializată.

Art.4. Principiile asistenței oncologice

Principiile de bază ale asistenței oncologice sunt:

- profilaxia — primară, secundară și terțiară a bolnavilor cu tumori;
- depistarea precoce a tumorilor;
- diagnosticul și diagnosticul diferențial precoce (timpuriu) al tumorilor;
- tratamentul specializat, la timp, consecutiv, consecvent, complex, integru, dinamic și evidențiat individual;
- tratamentul propriu-zis a tumorii, procesului tumoral al organismului integru și tratamentul maladiilor asociate.
- diminuarea invalidității oncologice și reabilitarea — integrarea socială și profesională a bolnavilor grupei clinice III.
- tratamentul paliativ pentru bolnavii grupei clinice IV.
- decentralizarea parțială a tratamentului bolnavilor oncologici.

Capitolul II**Beneficiarii de asistență medicală specializată oncologică**

Art.5. De asistență oncologică consultativă beneficiază toți cetățenii Republicii Moldova, copiii și adulții.

Art.6. De asistență specializată oncologică beneficiază bolnavii din grupele de risc.

Art.7. De asistență oncologică specializată (ambulatorie și de spital) beneficiază toți bolnavii oncologici — cu tumori benigne și maligne, maladii oncologice ale sistemului hemopoetic, confirmat morfopatologic.

Art.8. Cetățenii străini și apatrizii sunt asigurați cu asistență oncologică în conformitate cu directivele MS al RM.

Capitolul III**Serviciile medicale oncologice****Art.9. Formele de asistență oncologică**

Asistența oncologică este consultativ-preferențială, consultativă, în condiții de ambulatoriu, de staționar, hospis sau de domiciliu.

Art.10. Asistența Medicală a bolnavilor oncologici este complexă și se compune din:

- metode principale:
 - chirurgie oncologică (tratament sau plastii postumorale);
 - radioterapie;
 - chimioterapie;
- metode asociate:
 - hormono-terapie;
 - tratament cu factori fizici;
 - reabilitarea complexă (terapeutică, chirurgicală, socială și profesională);
 - imunoterapie;
 - vaccinare;
- metode de tratament a maladiilor asociate
- alte metode

Capitolul IV**Managementul și infrastructura medico-socială a Sistemului Oncologic. Lupta împotriva cancerului**

Art.11. Centrele și instituțiile de asistență medicală oncologică specializată și luptă contra cancerului

Medicina primară, medicina specializată, oncologii serviciului oncologic teritorial au ca obiective:

- depistarea precoce a patologiilor oncologice;
- dispensarizarea bolnavilor oncologici;

3. efectuarea măsurilor profilaxiei primare secundare și terțiare;

4. reabilitarea și tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici;

5. evidențierea bolnavilor oncologici prin registrele de cancer teritoriale;

6. realizarea programelor teritoriale anticancer.

Pe teritoriul țării vor fi fondate, la decizia MS al RM, centre oncologice curativ-profilactice, dispansere oncologice. Un rol special îi revine IOM.

Art.12. Centrele oncologice curativ-profilactice de luptă contra cancerului sunt aprobate de MS al RM.

Art.13. Domeniul de activitate al fiecărui centru oncologic curativ-profilactic este fixat de decizia MS al RM.

Fiecare centru trebuie să conțină cel puțin un serviciu de chirurgie oncologică sau chimioterapie dirijate de specialiști. În plus un medic specialist în morfologia tumorilor. Toți medicii trebuie să dispună de pregătire în oncologie.

Art.14. Dirijarea centrului oncologic curativ-profilactic este determinată de un comitet, dirijat de directorul centrului, care cuprinde șefi de servicii și specialiști atașați centrului. Comitetul elaborează un raport despre activitatea în fiecare an care este prezentat oncologului principal și MS al RM.

Art.15. Toate contactele de colaborare fie tehnice, fie științifice cu alte instituții de stat sau private, universități, cu oricare alte instituții publice și private trebuie să fie aprobate de minister sau oncologul principal al MS al RM. Toate regulamentele interioare sunt supuse spre aprobare Ministerului Sănătății (oncologul principal al MS al RM).

Art.16. Centrele oncologice curativ-profilactice de luptă contra cancerului centralizând informația din teritoriu său o expediază pe adresa Cancer-Registrului Național.

Art.17. Institutul Oncologic are ca obiective:

- depistarea bolnavilor oncologici în țară;

- efectuarea diagnosticului diferențial a bolnavilor oncologici cu alte maladii;

- realizarea Programului Național de Combatere a Cancerului în RM;

- tratament, reabilitare și tratament paliativ la etapa de staționar, policlinică a bolnavilor oncologici;

- efectuarea cercetărilor științifice în domeniul oncologiei;

- dispensarele oncologice, Institutul Oncologic dispun de statut juridic.

Secțiunea II Consiliul de administrare

Art.18. Fiecare centru este administrat de un consiliu de administrare. Din acest consiliu fac parte obligatoriu: Președintele raionului, Directorul Centrului Medicilor de familie, Directorul spitalului raional, Directorii Sănătății Publice din teritoriu unde își are sediu centrul oncologic, un profesor universitar oncolog (conferențiar) responsabil de acest teritoriu din punct de vedere consultativ-metodic, directorul centrului, 2 membri ai Comitetului de Administrație. Aceste desemnări sunt supuse pentru aprobare Ministerului Sănătății al RM (Oncologului principal).

Președinția Consiliului de Administrare aparține Președintelui raionului, vice-președinția aparține unui director al Sănătății Publice teritoriale, iar secretariatul — directorului Centrului Oncologic curativ-profilactic.

Art.19. Consiliul de Administrare deliberează următoarele obiective:

- bugetul centrului

- împrumuturile

- închirierile

- contractele

- donațiile

- convențiile și regulamentele

- propunerile făcute Consiliului raional, MS în domeniul finanțării, etc.

Art.20. Directorii Centrelor oncologice curativ-profilactice sunt numiți de Ministrul Sănătății după organizarea concursului organizat conform legislației în vigoare.

Directorul Centrului Oncologic nu poate comasa alte funcții, decât cea de medic oncolog (chirurg, ginecolog, radioterapeut, chimioterapeut, reabilitolog).

Capitolul V Personalul din sistemul asistenței oncologice

Art.21. Rolul medicului de familie și medicilor specialiști

Medicul de familie este figura principală în depistarea precoce a tumorilor.

Art.22. Medicul specialist — chirurg generalist (ORL, oftalmolog, stomatolog, urolog, traumatolog, etc., internist, pulmonolog, neurolog sau alt specialist) trebuie să dispună de pregătire în oncologia clinică.

Medicii privați sunt obligați să posede cunoștințe oncologice și susțin examenele de licență în domeniul oncologiei clinice.

Art.23. Profesiunea de oncolog este specifică și necesită o pregătire specială prin rezidențiat, doctorantură și postdoctorantură, secundariat clinic.

În oncologie sunt desemnate următoarele specialități:

- oncolog generalist
- oncolog chirurg
- oncolog-radioterapeut
- oncolog-chimioterapeut
- oncolog-reabilitolog.

Art.24. Oncologul Principal al MS al RM

Oncologul Principal al MS al RM este numit de către Ministrul Sănătății al RM din rândul profesorilor universitari, profesorilor cercetători, specialiștilor apreciați în oncologie.

Art.25. Oncologul Principal al MS al RM dirijează serviciul oncologic din RM inclusiv coordonează comisia republicană de experți în analiza cazurilor depistării tardive a cancerului.

Capitolul VI

Stabilirea diagnosticului

Art.26. Infirmitatea sau confirmarea diagnosticului de cancer se stabilește numai la examinarea morfopatologică efectuată în laboratorul morfologic și ulterior confirmată, revăzută în laboratorul morfologic al IOM.

Art.27. Biopsia poate fi efectuată în orice unitate curativ-profilactică din RM dar confirmarea sau infirmitatea este obligatorie în laboratorul morfologic al IOM.

Art.28. În cazul suspectării clinice, rezultatul a 2 citologii negative, examenul morfologic e obligatoriu de efectuat intraoperatoriu. Dacă acest examen nu se poate efectua operația sau biopsia nu poate fi efectuată în aceste instituții, în afară de cazurile de urgență.

Art.29. Tratamentul conservativ, terapeutic sau chirurgical în clinicele private nu poate fi început fără examenul profilactic oncologic, efectuat de specialistul oncolog.

(Bolnavii cu cancer nu pot fi operați în clinicele private).

Capitolul VII

Tratamentul bolnavilor oncologici

Art.30. Tratamentul bolnavilor oncologici este combinat și complex — cuprinde tratamentul chirurgical, radioterapeutic, chimioterapeutic și hormonal, de reabilitare și tratament paliativ.

Art.31. Tratamentul radioterapeutic se efectuează în exclusivitate în IOM sau în centrele oncologice din străinătate.

Art.32. Tratamentul chimioterapeutic, de reabilitare, paliativ se poate efectua în IOM și în Dispanserele Oncologice sau Centrele Oncologice curativ-profilactice din RM la decizia MS.

Capitolul VIII

Reabilitarea și expertiza vitalității (capacității de muncă) a bolnavilor oncologici

Art.33. Bolnavii oncologici după tratamentul radical (grupa clinică III) beneficiază de tratament recuperator la toate nivelurile — policlinică, staționar, Centrul de reabilitare, sanatoriu.

Art.34. Statul asigură reabilitarea medicală atât terapeutică cât și chirurgicală inclusiv necesitățile și remediile paramedicale — proteze, medicamente, etc.

Art.35. Statul asigură reabilitarea profesională a bolnavilor oncologici după reprofilarea lor în centrele respective.

Art.36. Expertiza vitalității se efectuează de specialiști experți și oncologi-reabilitologi după pierderea procentuală profesiografică a capacității de muncă.

Capitolul IX

Tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici

Art.37. Statul creează atât infrastructura guvernamentală medico-socială de susținere a bolnavilor oncologici, dar sprijină și crearea celei a organizațiilor neguvernamentale.

Art.38. Statul asigură la toate nivelurile tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici — la domiciliu, în policlinică, în staționar (indiferent de profil), în hospisuri.

Art.39. Tratamentul paliativ include tratamentul sindromului algic și asigurarea cu medicamente antalgice și opioide, metodele de tratament nemedicamentoase, intoxicației, dispneei, constipației, diareei, dizureiei, etc.

Art.40. Sistemul paliativ în oncologie este alcătuit din secția terapie paliativă a IOM, cabinetele de tratare a durerii a centrelor oncologice curativ-profilactice, dispanserelor oncologice, spitalelor de profil larg.

Art.41. Hospisul este o unitate guvernamentală filantropică, medico-socială, unde sunt internați bolnavii oncologici în stadiile terminale ale bolii pentru alinarea suferințelor înainte de deces.

Art.42. Finanțarea hospisurilor poate fi polivalentă — statul prin autoritățile autoadministrației locale, donații ale persoanelor fizice sau juridice, donații internaționale, etc.

Art.43. Coordonarea metodologică a tratamentului paliativ este înfăptuită de Consiliul Metodologic pentru tratamentul paliativ în oncologie adoptat de MS în care intră:

- 1 reprezentant al MS
- 2 reprezentanți ai IOM (șeful secției de tratament paliativ, obligatoriu)
- 1 reprezentant al Catedrei Oncologie a USMF „N. Testemițanu”
- 1 oncolog raional.
- 1 oncolog din Dispanserul Oncologic (la fondarea Dispanserelor Oncologice din Moldova).

Președintele și vice-președintele sunt numiți de Ministerul Sănătății. Regulamentul Consiliului Metodologic pentru tratamentul paliativ în oncologie este adoptat de Ministerul Sănătății.

Capitolul X

Asigurarea cu medicamente a bolnavilor oncologici

Art.44. Statul asigură medicamente pentru tratamentul maladiei de bază — tumori maligne.

Art.45. Statul asigură tratamentul medicamentos al maladiilor concomitente a bolnavilor canceroși inclusiv remediile medicamentoase, preparate medicamentoase și produse farmaceutice și parafarmaceutice.

Art.46. Statul asigură tratamentul paliativ al bolnavilor oncologici în condițiile de staționar (inclusiv hospisuri), ambulatoriu sau tratamentul la domiciliu a durerii cronice cu substanțe antalgice și opioide, alte remedii.

Capitolul XI

Finanțarea asistenței oncologice

Art.47. Finanțarea Centrelor oncologice curativ-profilactice de luptă contra cancerului este din bugetul de stat (centralizat și local) din fondul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, din surse ce nu contravin legislației în vigoare.

Capitolul XII

Dispoziții finale

Art.48. Punerea în aplicare

— La solicitarea Ministerului Sănătății organele administrației publice locale, organizațiile nonguvernamentale și alte persoane juridice care realizează acțiuni sau programe de asistență medico-socială inclusiv „Nursing”, „Hospis” etc. au obligația să raporteze informații referitoare la activitatea lor în domeniul respectiv.

— Prezenta lege intră în vigoare la data publicării.

— La data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă orice dispoziții ce contravin acestei legi.

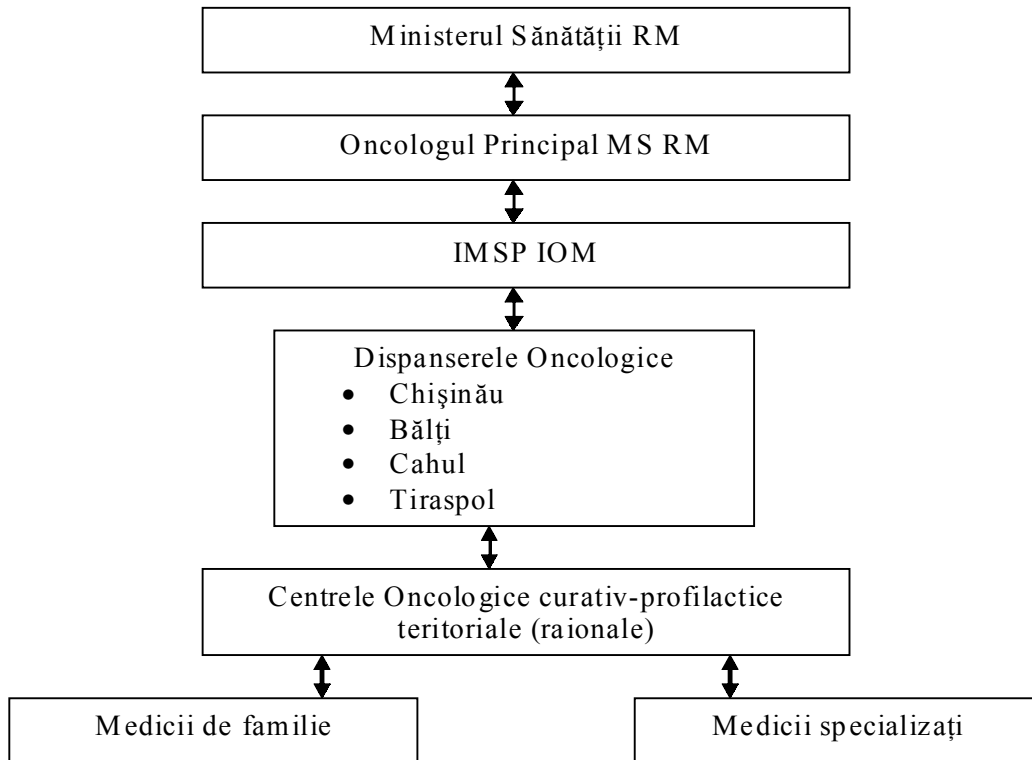
— Guvernul în termen de 3 luni va aduce actele sale normative în conformitate cu prezenta lege, va asigura revizuirea și anularea de către ministere și departamente a actelor normative ce contravin prezentei legi.

Președintele Parlamentului

Data _____
or. Chișinău

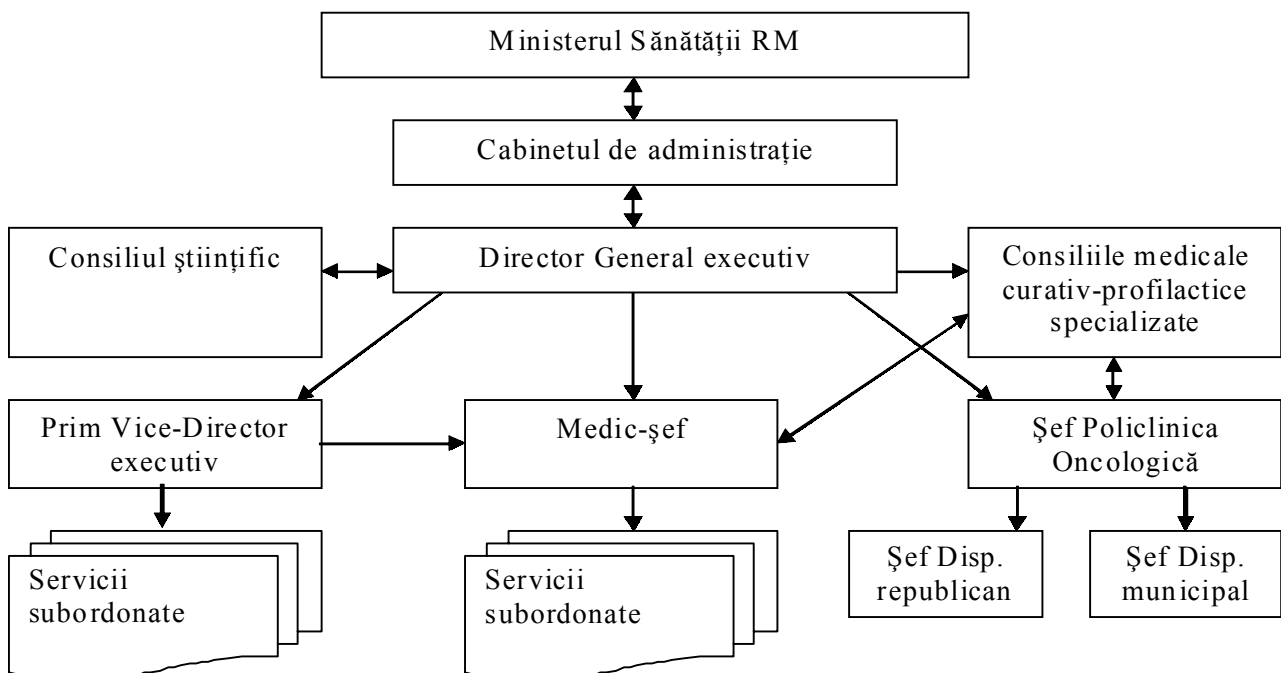
Organigrama Serviciului Oncologic în RM

/concepție/



Organigrama IMSP IOM

/concepție/



Centrele oncologice teritoriale /pe raioane/



1. Centru Oncologic curativ-profilactic teritorial (raional):

1. Centrul Oncologic (ambulator):
 - 1.1. Serviciul chirurgie;
 - 1.2. Laboratorul citomorfologic;
 - 1.3. Serviciul chimioterapeutic;
2. Cabinet pentru tratarea durerii cronice;
3. Cabinet de reabilitare

2. Dispanserul Oncologic:

- Policlinică și staționar;
- serviciul chirurgie;
- laboratorul citomorfologic;
- serviciul chimioterapeutic;
- serviciul radioterapeutic

3. IMSP Institutul Oncologic:

a) Dispanserul Oncologic Republican; Dispanserul Oncologic al mun. Chișinău; Laboratorul citologic, Laboratorul morfologic, Serviciile specializate, Serviciile de diagnostic, Serviciile tratamentului paliativ, Serviciile reabilitării.

Cancerul-Registru Național

b) Staționarul: chirurgie, decentralizarea serviciului chirurgical, micșorarea paturilor chirurgicale (secțiile chirurgicale oncologice); radioterapie, decentralizarea parțială a tratamentului radioterapeutic, serv. Terapeutic numai în dispansere oncologice (de înzestrat cu tehnică performantă) tratament în condiții atât de staționar cât și ambulator; serv. Chimioterapeutic, decentralizarea serviciului, crearea condițiilor pentru efectuarea chimioterapiei în condițiile centrului oncologic curativ-profilactic teritorial, în spitalele de profil larg, în dispanserele oncologice.

Serviciul de reabilitare și tratament paliativ.

2. Managementul financiar

Este necesar de diferențiat bugetul serviciului oncologic de bugetul IMSP IOM.

Programele naționale de combatere a cancerului urmează a fi finanțate din bugetul de stat.

Programul onco-prevenția, profilaxia secundară și terțiară va fi finanțată prin intermediul CNAM și selective de MS RM.

Bugetul IMSP IOM la compartimentul venituri se va forma din

Venituri:

- Finanțarea de la fondator (Ministerul Sănătății)

- Finanțarea de la CNAM (necesită o nouă argumentare cu noi tarife și cu finanțarea individuală după consumul medical a fiecărui pacient + venitul spitalului)

- Finanțe de la Consiliul Municipal Chișinău (pentru dispanserul mun. Chișinău, asistența medicală specializată oncologică grupei clinice IV)

- Finanțe de la contracte cu alte instituții medicale și științifice

- Finanțe de la activitatea serviciilor contra plată

- Finanțe de la activitatea economică nemedicală

- Alte surse: Granturi internaționale, OMS, Agenția Atomului, etc

- Finanțe acumulate din donații a persoanelor fizice și juridice

- Finanțe din fondurile republicane extrabugetare (la decizia Guvernului)

- Finanțe din alte fonduri:

- Din fondul republican de susținere a populației

- Din fondul extrabugetar pentru construcții

- Fondul ecologic național, fondul ecologic al Municipiului Chișinău

- Fondul extrabugetar pentru susținerea unor măsuri în domeniul ocrotirii sănătății

- etc

Optimizarea cheltuielilor (energia electrică, conservarea energiei termice, apa potabilă, de la alte cheltuieli).

3. Managementul resurselor umane

3.1. Studierea aspectelor medico-sociale a sănătății, morbidității, mortalității medicilor oncologi (factori de risc, morbiditatea nozologică, incapacitatea temporară de muncă, invaliditatea, mortalitatea, etc) (a se vedea tab. 2 și 3).

3.2 Implementarea Managementului "Sănătatea și securitatea la locul de muncă a medicilor oncologi".

3.3. Implementarea Conceptului de perfecționare a cadrelor la nivel național și internațional în conformitate cu temele științifice și transferurile tehnologice și tehnico-medicale, a investigațiilor, manipulațiilor și operațiilor sofisticate.

- cadrele și perfecționarea lor (Elaborarea conceptului și programului curricular "Instruirea oncologilor în Republica Moldova")

Tabelul 2

RAPORT STATISTIC în IMSP Institutul Oncologic

Funcția	2006	2007	2009
Medici	214	221	257
Colaboratori științifici	69	70	82
Asistente medicale	450	438	441
Infirmiere	352	343	623
Alte profesii	275	272	
Total	1360	1344	1347

Tabelul 3

Analiza foilor medicale a colaboratorilor în IMSP Institutul Oncologic

	2006	2007	2009
Cod. 26 cancer	1053 zile	1180 zile	
Cod. 02 tuberculoză	327 zile	227 zile	
Cod.19 hepatite	748 zile	536 zile	
Cod.08 cardiace	546 zile	573 zile	
Total	2674 zile	2516 zile	6476 zile

- sănătatea și securitatea la locul de muncă
- profilaxia bolilor profesionale
- pregătirea rezervelor cadrelor de conducere
- acțiuni de eliminare și reducere a factorilor

profesionali de risc a oncologilor:

- măsuri organizatorice (autonomie subdiviziunilor, atribuirea de responsabilități, organizarea rațională a timpului de muncă, organizarea științifică și practică a procesului curativ, diagnostic și de tratament)

- măsuri ergonomice și optimizarea mediului de muncă (controlul riscurilor profesionale, optimizarea factorilor ambientali – microclimatul iluminare, dușuri, relaxare, apă potabilă, lapte, amenajarea postului de muncă (comodități habituale telefonizare etc.)

- optimizarea procesului de muncă (tehnologii informaționale noi, sistemul informațional între medicii curativi, chirurgical cu sectorul morfologic, sistemul de brancardieri etc.)

- educația profesională (etică și moralitatea înaltă, colegialitatea)

- măsuri de ameliorare a mediului psihosocial (siguranța postului, salarizării, apărării demnității profesionale, asigurarea malpraxis, etc.)

Țelul – păstrarea sănătății fizice, mintale și profesionale a medicilor oncologi și implementarea strategiilor de “coping”, măsuri de

ajutor în caz de stres, proceduri de autocontrol de relaxare, exerciții fizice, regim alimentar, ergoterapie, etc.)

4. Managementul pentru îmbunătățirea bazei tehnico-materiale și de logistică

4.1. Reparații capitale

Blocul pentru necropsii (morga)

Serviciul de Funerării (țesuturi și organe) și/ sau Crematoriul

4.2. Reparații curente (interioare și a acoperișului)

Policlinica Oncologică

Blocul Chirurgical

Blocul Chmioterapeutic

Blocul Radiologic

4.3. Construcții capitale

Banca tisulară a IOM

Blocul radiologic contemporan

Centrul de reabilitare și tratament paleativ

5. Managementul medico-tehnic și de reparații a tehnicii medicale

Pașaportul medico-tehnic al IMSP IOM

Registrul tehnicii medicale în dependență de țara de producere și clasificarea tehnicii

Managementul de reparație, asigurarea cu piese de schimb

Programul de metrologie și standarde
Decontaminarea aparatelor de respirații, de sistem închis, etc.

Personalul medico-tehnic, etc.

Crearea Centrului de creație medico-tehnică în IOM, inovare și transfer tehnologic

Crearea Centrului metodologic de endoprotezare în IOM (consultarea necesităților, consultații tehnico-inginerești, elaborarea proiectelor de proteză individualizate).

6. Managementul clinico-diagnostic, tratament complex, reabilitare și tratament paliativ

6.1. Managementul clinico-diagnostic

Consiliile clinico-diagnostice specializate

Rezonanța magnetică nucleară

Medicina nucleară (scintigrafia oaselor, altor organe)

6.2. Managementul tratamentului complex și combinat

- Tratament complex și combinat (chirurgical, chimioterapeutic, radioterapeutic

hormonal, imunoterapie, vaccinoaterapie, anticorpi monoclonali, etc).

- Implementarea tehnologiilor moderne (transplantul măduvei osoase, tehnologii de transplantare celulară, STEM, transplant de organe, etc).

6.2.1. Managementul serviciului de transfuzii (banca de sânge, componenți de sânge). Elaborarea și adoptarea ordinului IOM cu privire la serviciul de transfuzii în clinica institutului.

6.3. Managementul calității asistenței oncologice

6.3.1. În condiții de ambulator (cabinet oncologic, cabinet consultativ al centrului oncologic curativ-profilactic, policlinica despanserului oncologic, policlinica Institutului Oncologic).

Criteriul de baza – indicii depistării precoce și tardivi, criteriile de calitate îndreptate asupra pacientului (nr. de reclamații, percepția accesului, a continuității, informării, confidentialității, respectului, curățenia și satisfacția pacienților, Benchmarkingul intern și extern, modelele PDCA, Focus, FAD, sau 10 pași spre calitate).

6.3.2. În condițiile de staționar.

Criteriile calității asistenței medicale vor fi elaborate pe specialități (chirurgie, radioterapie, chimioterapie).

Criteriile selective vor fi direct proporționale cu eficacitatea tratamentului și indicii complicațiilor post-tratament, a recidivelor.

Indicator de calitate (letalitatea spitalicească, proporția pacienților decedați cu cauza de deces – cancerul, rata pacienților decedați cu cauza de deces – maladii concomitente, rata pacienților decedați cu cauza de deces – complicațiile tratamentului de bază (chirurgical, chimioterapeutic, radioterapeutic, complex)).

Un loc deosebit în aprecierea calității îl va avea și factorul subiectiv – anchetarea bolnavilor și rudelor lor.

Auditul intern – comisiile de experți, directori de clinici instituționale și universitare, manageri ai IOM, colaboratori ai catedrei.

6.4. Managementul reabilitării și tratamentului sanatorial.

- Concepția complexă de reabilitare a bolnavilor oncologici și diminuarea invalidității.

- Reabilitarea psihologică medicală, psihosocială, reprofilarea și migrația profesiografică a pacienților grupei clinice III.

- Reabilitarea medicală terapeutică (în clinica Institutului Oncologic, în Policlinica IOM, în cabinetele de reabilitare a centrelor oncologice curative-profilactice, cabinetul oncologului raional (trebuie fondat).

- Reabilitarea bolnavilor grupei clinice III la sanatoriu (implementarea prin ordonanță ministerială a recomandărilor metodice "Tratamentul sanatorial al bolnavilor oncologici în RM", elaborate de profesorul I. Mereuță în anul 1995).

Sanatoriile:

"Codru", sat Hîrjauca, Călărași RM (stomac)

"Zolotaia niva", Sergheevca, Ucraina (glanda mamară)

"Serghei Lazo", Sergheevca, Ucraina (uterul, anexe)

"Patria", Sergheevca, Ucraina (plămîni)

- Reabilitarea la domiciliu (program special)

- Reabilitarea chirurgicală (operații reconstructive, plastii cu diferite lambouri, plastii post-mastectomice, endoprotezări, exoprotezări, etc).

6.5. Managementul tratamentului paliativ și ameliorarea calității vieții bolnavilor oncologici.

- Fondarea secției de tratament paliativ în IOM (secția a fost fondată prin ordinul MS în anul 1993 și desființată de conducerea Institutului în 1994).

- Fondarea consiliului național pentru tratamentul paliativ

- Fondarea centrului de studiere și tratare a durerii cronice în cancer (a fost fondat în 1993 și disființat în 1994).

- Tratamentul sindromului algic în cabinetele de tratare a durerii pe lingă oncologul raional, a viitoarelor centre oncologice curative profilactice, dispanserelor oncologice și în policlinica IOM.

- Formarea infrastructurii medico-sociale de susținere a bolnavilor oncologici (medicul de familie, oncologul, programul special "domiciliu" (este elaborat) asistenții sociali, infirmierele în vizită, creștinii bisericii ortodoxe sau a altor confesiuni).

- Fondarea în Republica Moldova a 4 hospisuri (Chișinău, Bălți, Cahul, Tiraspol).

7. Managementul sistemului informațional

- Sistemul de înregistrare, de evidențiere și migrație a bolnavilor – registratura – secția de internare – secția curativă (secțiile de profil).

- Sistemul de informare – clinicile – secțiile de profil, sălile de operație – secția morfologie.

- Sistemul informațional teritorial (cabinetele oncologice rationally, centrele oncologice curativ-profilactice, dispanserele oncologice) – Cancer Registrul Național.

- Dezvoltarea telemedicinii la nivel național și internațional, consultații specializate.

8. Managementul științific, invenții și inovații

- Cercetări științifice și de dezvoltare tehnologică (cercetări științifice fundamentale, cercetări științifice aplicative, creație tehnologică și transfer tehnologic, cercetări multidisciplinare, cercetări la tangența științelor medicobiologice).

- Cercetări fundamentale:

■ Factori de risc, cancerogeneza și morfologia tumorilor

■ Genetica, ingineria genetică în oncologie

■ Medicamente și remedii antitumorale

■ Anestezia și procesul tumoral

- Cercetări aplicative:

În domeniul profilaxiei, diagnosticului, tratamentului și reabilitării bolnavilor oncologici

În domeniul prelevării, conservării țesuturilor și fondării Băncii Tisulare a IOM și acreditarea ei la Banca Tisulară Europeană

În domeniul creșterii celulare

În domeniul biologiei moleculare, cercetărilor antitumorale

În domeniul chirurgiei înalte – transplant de organe, chirurgiei reconstructive

- Cercetări fundamentale și aplicative, mixte, etc.

9. Managementul farmaceutic, asigurarea cu medicamente anticancerogene de profil simptomatic

Asigurarea cu medicamente specifice antitumorale (licitații în comun cu agenția medicamentului)

Acordarea prin Hotărârea Guvernului RM gestionarea a 500.000 lei pentru urgență în procurarea medicamentelor cu licitații locale în IMSP)

Asigurarea cu medicamente de profil general AT, urgență, maladii concomitente

Formarea comisiei medicamentului în oncologie

Elaborarea de noi medicamente antitumorale

10. Managementul relațiilor externe

10.2.1. Parteneriate cu instituții științifice de profil medical, medico-technic, ONG-uri de profil medical și în special oncologic, etc.

10.2.2. Parteneriate cu instituții de cercetări științifice în domeniul cercetărilor fundamentale și aplicative

10.2.3. Parteneriate cu centrele medicale private în domeniul depistării precoce a tumorilor, etc.

11. Managementul serviciilor auxiliare

Biblioteca, Muzeul IMSP IOM

Serviciul de brancardieri în staționarul IMSP IOM (blocurile de operații și ATI, secțiile de tratament specific)

Alimentația bolnavilor

Transportul sanitar

Spălătoria

Serviciul amenajării teritoriului

Serviciul de pază și securitate

Serviciul antiincendiar

Serviciul de electricitate

Serviciul apă-canalizare

□ Serviciul de salubritate

Serviciul de "funerarii" (contract cu serviciul de funerarii a Consiliului Municipal Chisinau; Introducerea tehnologiilor de crematorie în IOM după consultarea și evidențierea aspectelor bioetice, manageriale, tehnologice, aspectelor legale și normative).

12. Managementul marketingului la nivelul pieții serviciilor oncologice din Europa de Sud-Est

Tratamentul bolnavilor în diferite țări ale Europei, din țările CSI (contraplată cu tarife competitive și prin contracte dintre IOM și alte instituții medicale din țările europene, sau contracte cu diferite asociații, instituții sau chiar companii de asigurări. Acreditarea IOM pe piața serviciilor oncologice specializate din Europa de Sud-Est. Este important rolul personalităților din serviciul oncologic pe piața serviciilor oncologice europene.

Managementul resurselor pentru realizarea proiectului

Resurse umane:

- Echipa proiectului

Managerul – Ion Mereuță – medic oncolog și jurist, d.h.m., profesor universitar.

Exeperiența managerială:

Șef de secție, medic șef adjunct, medic șef, conducător de clinică, conducător de laborator științific, viceministru al Sănătății al RM, președinte al organizațiilor non-guvernamentale și președinte de partid.

Experiența în organe electiv:

Deputat în consiliul raional, consilier în Consiliul Municipal Chișinău, deputat în Parlament.

Managementul echipei de proiect se va baza pe interes public, toleranță, experiență, competență.

Managerul, organizator, strateg și motivator, lider de echipă va avea responsabilitate morală, juridică față de beneficiarii proiectului – cetățeni ai RM și față de echipă.

Stilul de conducere va fi democratic.

Echipa va participa în procesul managerial direct, fiind motivat fiecare membru al echipei.

Echipa va fi formată la prima etapa din medici oncologi și manageri în sănătate publică, juriști

cu experiență, medici morfologi și citologi cu abilități manageriale. La această etapă va fi elaborată Legislația oncologică.

La etapa a 2-a echipa va fi formată din manageri care vor prelua, după concursul organizat de MS, conducerea centrelor oncologice curativ profilaxice și a dispanserelor oncologice.

La a 3-a etapă se va consolida echipa IMSP IOM, care va trece prin etapele de formare a colectivului pînă la cele 3 nivele psihologice, psihoorganizatorice și psihomotivaționale ale colectivului.

Echipa are interes în realizarea proiectului, toletanță, experiență cuvenită și competență deplină.

Succesul va fi determinat de corelația armonioasă dintre structura organizatorică și echipa de proiect.

Resursele financiare:

În condițiile instabilității politicii monetare, a posibilei inflații și a devalorizării valutei naționale se va preconiza un buget echilibrat. Cheltuielile trebuie să fie balansate cu veniturile.

Veniturile vor fi din fonduri bugetare și extrabugetare, la nivel central și local, din fondurile sociale, granturi, sponsorizări, donații individuale, din activități de colectare a banilor de la societate – evenimente, aniversări, companii de căutare a fondurilor (radio, TV, ziare).

E posibilă implicarea Băncii Mondiale, Fondului Monetar Internațional, Băncii Europene pentru Reconstrucție și Dezvoltare, etc.

Priorități:

Adoptarea legislației, formarea infrastructurii, formarea managerilor și colectivelor.

Timpul:

Timpul planificat pentru realizarea proiectului – 4-5 ani și în perspectivă.

Evaluarea proiectului

Proiectul de management al IMSP IOM și Serviciului Oncologic este o concepție cu o abordare și realizare sistemică, care include toate verigile organizatorice ale serviciului oncologic corelat în interdependență cu sistemul sănătății și bazat pe doctrina oncologică în depistarea tumorilor, tratarea

lor, reabilitarea bolnavilor și reintegrarea lor în viața profesională și socială. Proiectul include principii de bază în tratament – tratamentul bolnavului oncologic și nu numai a tumorii.

Rezultatele așteptate se vor manifesta prin:

1. Informatizarea, opiniile publice în domeniul oncologic sub aspect juridic, legislativ și normativ
2. Introducerea principiului profilactic și de onco-prevenție
3. Va fi confirmată responsabilitatea statului și a autoadministrării locale în lupta anti-cancer
4. Va fi formată infrastructura serviciului oncologic în Republica Moldova – Centre Oncologice Curativ Profilactice, Dispansere oncologice și reafirmat rolul IOM în infrastructura asistenței medicale oncologice specializate
5. Va fi introdusă responsabilitatea în domeniul tratamentului bolnavilor, micșorarea erorilor, greșelilor, culpelor medicale
6. Se va ridica calitatea vieții bolnavilor oncologici prin formarea infrastructurii medico-sociale de susținere, de tratament paleativ, prin crearea hospisurilor, a cabinetelor de tratare a durerii.

Rezultatele așteptate: în primii 4-5 ani după implementarea proiectului (pronostic cu intervalul de încredere 95%).

1. Creșterea morbidității și prevalenței ulterior stabilizarea lor și după 4-5 ani se va declanșa micșorarea indicilor
2. Majorarea indicilor depistării precoce cu circa 10-15%
3. Micșorarea despistării tardive cu 5-6%
4. Micșorarea invalidității oncologice cu 2-3%
5. majorarea indicelui supraviețuirii de 5 ani pînă la 52-53%.

În așa fel va fi rezolvat scopul proiectului. Beneficiari vor fi bolnavii oncologici cetateni ai RM și ai patrizei, medicii și sistemul la general.

Rezumat

Proiectul de management „Managementul sistemic al ISMP IOM și Serviciului Oncologic în Republica Moldova” pentru perioada 2010-2015 și în perspectivă are ca scop „micșorarea morbidității, mortalității, invalidității oncologice și ridicarea calității asistenței medicale și vieții pacienților oncologici, prin adoptarea legii “Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici”, prin optimizarea managementului ISMP IOM, crearea infrastructurii serviciului oncologic și de susținere medico-socială a bolnavilor oncologici, prin crearea serviciului de reabilitare, tratament paleativ și a Hospisurilor”.

Proiectul are următoarele compartimente – Introducere; Proiectul de management sistemic al IMSP IOM și Serviciului Oncologic în RM”; Nota informativă și Proiectul legii “Cu privire la lupta anticancer și asistența medicală a bolnavilor oncologici”; Structura și planul realizării proiectului; Resursele financiare și Evaluarea.

De asemenea, în proiect sunt evidențiate managerul de proiect și echipa; Resursele materiale pentru realizarea proiectului și Anexa.

Proiectul este expus pe 49 pagini.

Conține 3 tabele. Proiectul este însoțit de copiile lucrărilor științifice publicate de autor în domeniul managementului și monografiile publicare în ultimii 7 ani de către autor în diferite direcții ale managementului medical și sănătății publice.



I. Mereuță, d.h.m., prof. univ., Gh. Mușet, d.h.m., prof. univ., D. Harștea, doctorand, V. Șveț, medic rezident
Institutul Oncologic din Republica Moldova, USMF "N. Testimițanu"

ASPECTE EPIDEMIOLOGICO-ANALITICE A EPITELIOAMELOR BAZOCELULARE

The study included 1105 patients, comprising 570 (51,58 %) women and 535 (48,42%) men. The epidemiological analytical aspects, as well as topographic localization aspects are described.

Key words: basal cell carcinoma, epidemiology, skin, high risk groups of patients.

Epiteliomul bazocelular este o tumoră epitelială, care se dezvoltă de la nivelul celulelor bazale ale epidermului, creșterea are loc prin infiltrare locală și distrucție tisulară. Acest tip de tumoră cutanată afectează milioane de oameni în întreaga lume. Sinonime - bazaliom, carcinom bazocelular, carcinoid al pielii. Epiteliomul bazocelular a fost descris pentru prima dată în 1827 de către Jacob, dar abia în 1902 a fost clar delimitat de alte tumori epiteliale de către Krompecher [1; 2]. În ultimii ani, cercetătorii științifici s-au axat pe studiul factorilor de risc ultrastructurali, bio-chimici, moleculari, genetici și imunologici, care determină aspectele clinice ale tumorii [3; 4; 5].

Scopul lucrării: Studiarea unor aspecte epidemiologo-analitice a epitelioamelor bazocelulare.

Materiale și metode: Studiul a inclus 1105 bolnavi cu epitelioame bazocelulare consultați și tratați în Clinica IOM și Clinica Dermatovenerologie în perioada anilor 1999-2009. Au fost studiate aspectele statistice, fișe de evidență și foile de observație a pacienților. Pentru toate cazurile studiate am urmărit o serie de indicatori sintetici și analitici urmărite în studiul practic (tab.1).

Tehnicile de recoltare, prelucrare și interpretare a datelor pe care le-am folosit au fost:

1. tehnica de observație directă participativă și tehnica observației indirecte
2. tehnica datelor statistice, demografice, studiile efectuate anterior (date de literatură) și foile de observație ale bolnavilor observați personal
3. documentele din arhiva clinicilor

O serie de probleme privind epitelioamele bazocelulare le-am studiat pe eșantioane formate din bolnavi selecționați prin metoda

aleatorie din lotul de 1105 bolnavi din perioada analizată.

Au fost utilizate în cercetare metodele: clinică (examinare proprie a pielii, examinarea pielii de către medic), epidemiologică analitică și subiectivă, dispanserizarea bolnavilor (după anchetare), termografia, termografia computerizată de contact, tomografia computerizată a pielii, dermatoscopia computerizată, analiza citologică, biopsia cutanată, biopsia prin excizie, examenul histologic și morfologic, stereomicroscopia pielii, videodermatocopia.

Rezultate: *Repartiția cazurilor pe sexe*

Din cele 1105 cazuri, 570 (51,58%) au fost femei și 535 (48,42%) au fost bărbați. Ușoara predominanță feminină ar putea fi explicată prin mai marea longevitate a femeilor, cunoscându-se din literatură, incidența crescută a bazaliomelor la vârstele avansate (61-81 ani).

Diferența nesemnificativă, este în concordanță cu datele de literatură care afirmă, prezența inconstantă sau absența receptorilor pentru estrogeni și progesteron la nivelul tumorii.

Statistici mai vechi constată frecvența mai mare de apariție a tumorii la bărbați decât la femei, posibil datorită activității lor mai mult în aer liber ale bărbaților. Odată cu schimbarea stilului tipic de viață al femeilor, aceste diferențe pe grupe de sex au devenit mai puțin semnificative (fig. 1).

Repartiția cazurilor pe decade de vârstă

Repartiția cazurilor pe grupe de vârstă este prezentată în figura de mai jos.

Așa cum se poate remarca, frecvența bazaliomelor crește odată cu vârsta, fiind maximă la grupele de vârstă între 61-80 ani.

Studiile clinice arată că la aceste vârste înaintate, leziunile apar dispuse multicentric, îmbrăcând aspectul descris clinic ca

Tabelul 1

Metode și tehnici de recoltare, prelucrare și interpretare a datelor

INDICATORI	PARAMETRI
I. Sintetici	1. Dependența apariției epiteliomului bazocelular pe leziuni preexistente sau pe piele aparent sănătoasă
	2. Tratamentul aplicat
	3. Recidivele, numărul lor precum și circumstanțele apariției lor
	4. Evoluția în timp
II. Analitici	1. Vârsta
	2. Sexul
	3. Mediul de proveniență (rural/urban)
	4. Data apariției formațiunii tumorale, timpul scurs pînă la internare sau pînă la depistare
	5. Forma clinică
	6. Subtipul histologic

În cercetarea temei propuse am folosit ca metode de lucru:

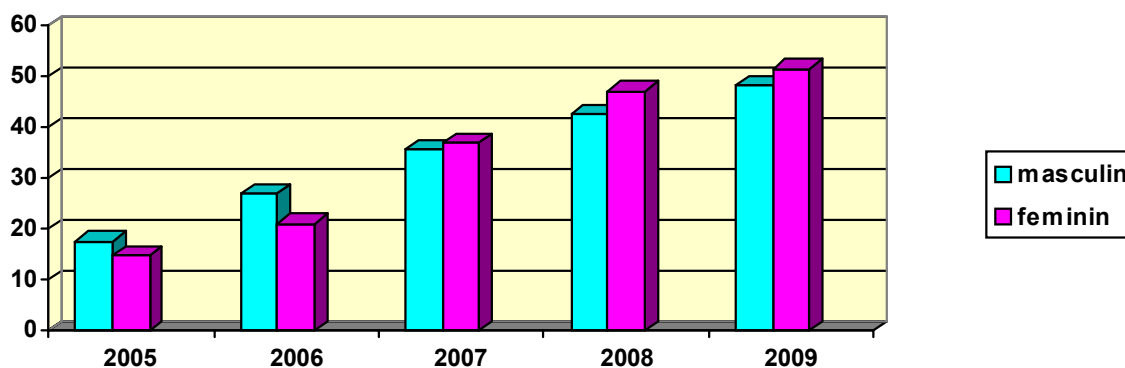


Fig.1. Repartiția cazurilor pe sexe

epiteliomatoză. Aceste rezultate pot fi explicate, pe de o parte, prin fenomenul de sumare a expunerii la radiații solare și raze X, care reprezintă factori de risc pentru epiteliomul bazocelular; pe de altă parte, prin alterarea la vârste înaintate a mecanismelor de răspuns imun, cu afectarea atât a imunității sistemice cât și a imunității locale (fig.2).

Repartiția cazurilor după mediul de proveniență

Din cele 1105 cazuri, 657 (59,45%) au provenit din mediul rural, iar 448 (40,55%) din mediul urban. Deci, incidența epiteliomului bazocelular apare a fi crescută în mediul rural față de cel urban, ceea ce concordă cu datele de literatură existente. Acest fapt, poate fi explicat prin

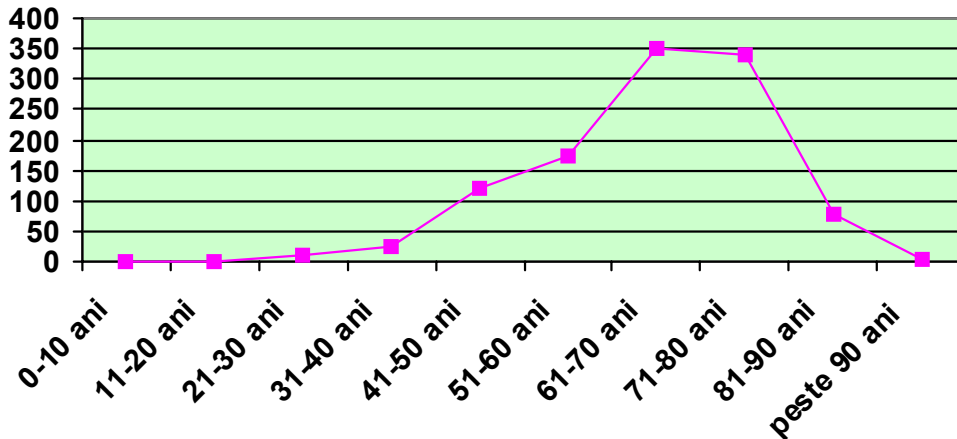


Fig.2. Repartiția cazurilor pe perioade de vîrstă

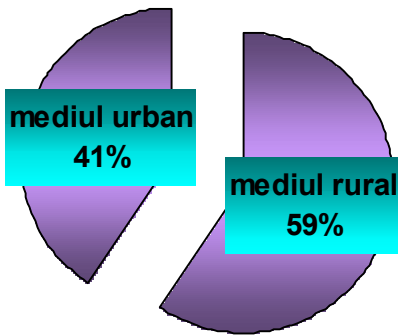


Fig.3. Repartiția cazurilor după mediul de proveniență

(frecvent asociat cu cel spinocelular în cadrul epitelioatozei multiple) capătă semnificație de adevărată „boală profesională”. Incidența reală în mediul rural este mai mare deoarece mai mult de 50% din cei stabiliți în mediul urban provin și și-au petrecut prima parte a vieții în mediul rural, ținînd cont de proporția ridicată a pacienților aparținînd grupelor de vîrstă peste 60 de ani (fig.3).

Repartiția cazurilor după durata declarată a evoluției tumorilor pînă în momentul prezentării la medic

Studiul acestui indicator l-am realizat pe un lot de 500 de bolnavi, aleși prin metoda aleatorie(fig.4).

Din lotul de 90 bolnavi care s-au prezentat în primele 6 luni:

cumularea unor factori de risc în mediul rural: însoțire crescută, expunerea la microtraumatisme repetate. La profesii ca acelea de agricultori, pescari, grădinari, epiteliomul bazocelular

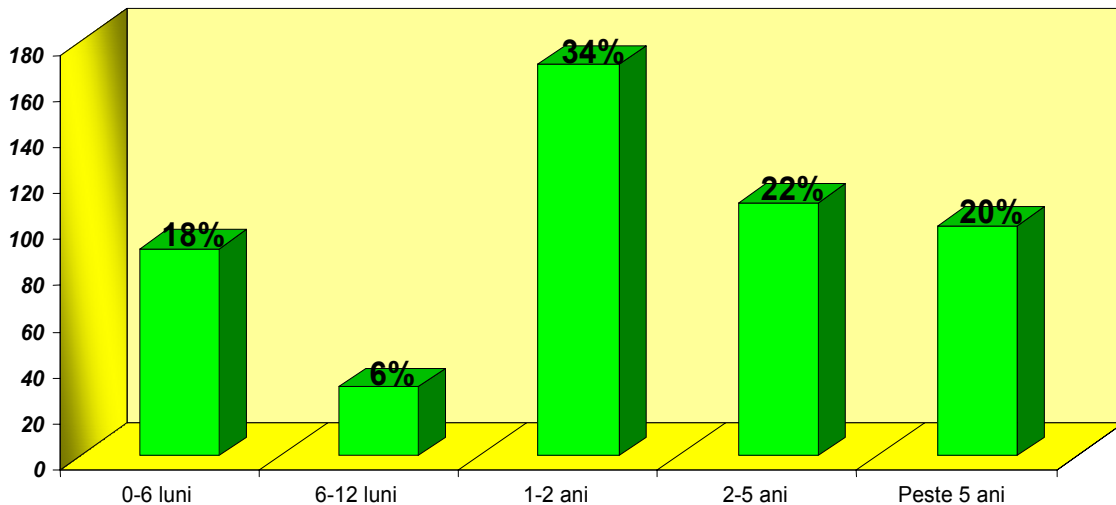


Fig.4. Repartiția cazurilor după durata declarată a evoluției pînă în momentul prezentării la medic

- 48 bolnavi (53,33%) au prezentat recidive;
 - 42 bolnavi (46,66%) au prezentat epitelioame bazocelulare primare.

Din lotul de 30 bolnavi care s-au prezentat în 6-12 luni:

- 13 bolnavi (43,33%) au prezentat recidive
 - 17 bolnavi (56,66%) au prezentat epitelioame bazocelulare primare.

Se remarcă faptul că majoritatea bolnavilor cu bazilioame cutanate solicită consult și tratament cu mare întârziere, după ani de evoluție, ceea ce constituie un aspect negativ. Neglijarea leziunilor și evoluția lor în timp spre forme terebrante, desfigurante, scade considerabil posibilitatea vindecării cu "restitutio ad integrum" și necesită mijloace terapeutice mai deosebite și costisitoare - plastie chirurgicală. Numeroase alte complicații pot surveni: ulceratii, sîngerări, suprainfecții.

Această întârziere, în prezentarea la medic se datorează, pe de o parte, neglijenței nejustificate a bolnavilor care încearcă între timp diferite tratamente inadecvate care pot chiar grăbi evoluția leziunii. Pe de altă parte, un rol important are și slaba popularizare făcută în rîndurile populației cu risc crescut, despre posibilitatea de vindecare rapidă în cazul unei depistări precoce și a unui tratament bine condus.

Trebuie remarcat că, în cazul recidivelor, bolnavii sînt mai atenți, ei fiind avizați asupra gravității leziunilor. Ei se prezintă rapid la medic (timpul mediu este sub 2 ani) de obicei la cîteva luni de la reparația leziunilor. Avizarea populației prin măsuri de educație sanitară trebuie să ducă la scurtarea acestei perioade, care trece în defavoarea bolnavului.

Repartiția cazurilor în funcție de existența unor leziuni cutanate preexistente

Pentru a studia condițiile de apariție a epiteliomului bazocelular la o parte din cazurile luate în considerație, în vederea aprecierii contribuției unor leziuni cutanate preexistente considerate ca favorizante ale inițierii procesului neoplazic, am investigat un număr de 500 bolnavi cu epiteliom bazocelular.

Acest lot a fost selecționat prin metoda aleatorie. Rezultatele sînt prezentate mai jos (fig.5).

Din totalul de 500 bolnavi studiați, numai la 63, reprezentînd 12,6%, leziunile s-au dezvoltat pe leziuni cutanate preexistente. Deși cazurile în care epitelioamele au apărut pe leziuni preexistente sînt relativ puțin numeroase, trebuie să remarcăm posibilitatea apariției bazilioamelor mai frecvent la persoane cu keratoze actinice, expuse deci mai intens la radiații solare.

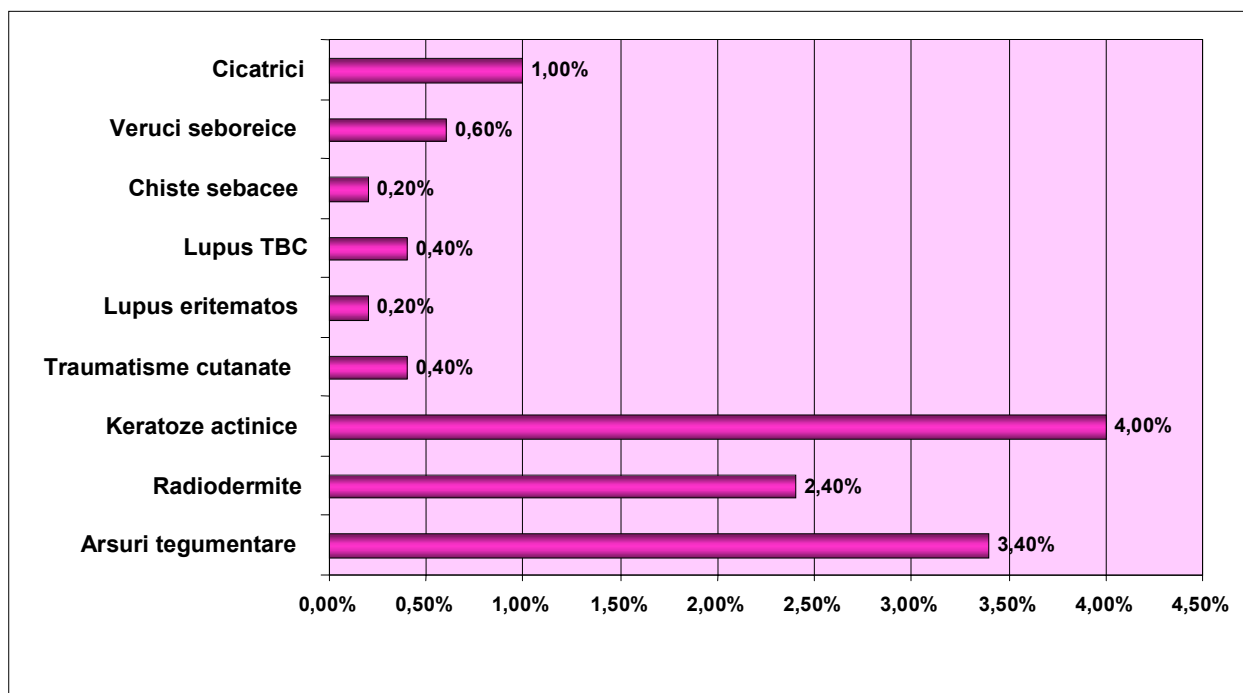


Fig.5. Repartiția cazurilor în funcție de existența unor leziuni cutanate preexistente

Asocierea epiteliomului bazocelular cu leziuni ca: veruci seboreice, nevi verucoși, lupus eritematos și lupus tuberculos, chiste sebacee, cicatrici (posttraumatice sau după arsuri vechi) nu este semnificativă din punct de vedere statistic pentru a putea demonstra o relație epidemiologică. Ca număr total de cazuri, ridică însă problema existenței unei relații între apariția epiteliomului bazocelular și unele perturbări în dinamica normală a epidermului, existente într-o serie de afecțiuni cutanate; această posibilitate poate fi studiată în continuare.

Repartiția cazurilor după dimensiunile tumorilor

Studiul dimensiunilor tumorilor în momentul prezentării la medic s-a făcut pe un lot de 500 bolnavi, selecționați prin metoda aleatorie. Rezultatele sunt prezentate mai jos (fig.6).

Se constată că majoritatea bolnavilor, 48,20%, se prezintă la medic cu formațiuni tumorale mari, de circa 2 cm și peste 2 cm. Doar 27% dintre bolnavii studiați au solicitat consult și tratament pentru formațiuni tumorale sub 1 cm.

Cumulând aceste date, rezultă că marea majoritate a bolnavilor se prezintă la medic după timpul îndelungat de evoluție, iar leziunile sînt depistate tardiv; aceste aspecte negative sînt, în primul rînd, consecința slabei educații sanitare.

Depistarea precoce, cînd leziunile sînt de mică întindere permite un tratament eficace și estetic.

Repartiția cazurilor de bazilioame în funcție de localizarea topografică a leziunilor

Pentru studiul acestui indicator am folosit un lot de 400 bolnavi aleși prin metoda aleatorie. Rezultatele sînt ilustrate în figura de mai jos (fig.7).

Se constată o netă predominanță a bazilioamelor la nivelul capului (93,50% din totalul lor) acest rezultat fiind în concordanță cu datele de literatură. În această distribuție topografică, un rol important îl joacă radiațiile solare (factorul actinic) și prezența în cantitate mare a foliculilor pilosebacei.

Distribuția însă nu poate fi explicată doar prin intensitatea factorului actinic; astfel, membrele, mai ales cele superioare, recepționează o cantitate mare de radiații ultraviolete decît trunchiul.

Localizările la nivelul trunchiului au fost întîlnite mai ales în regiuni care nu vin în contact cu radiațiile solare (regiunea sacroiliacă, fosa iliacă dreaptă, zona fesieră). Explicația ar fi existența unor microtraumatisme repetate în antecedente, a unor cicatrici sau a unor leziuni cutanate cronice asociate, reprezentînd un teren favorabil pentru bazilioame.

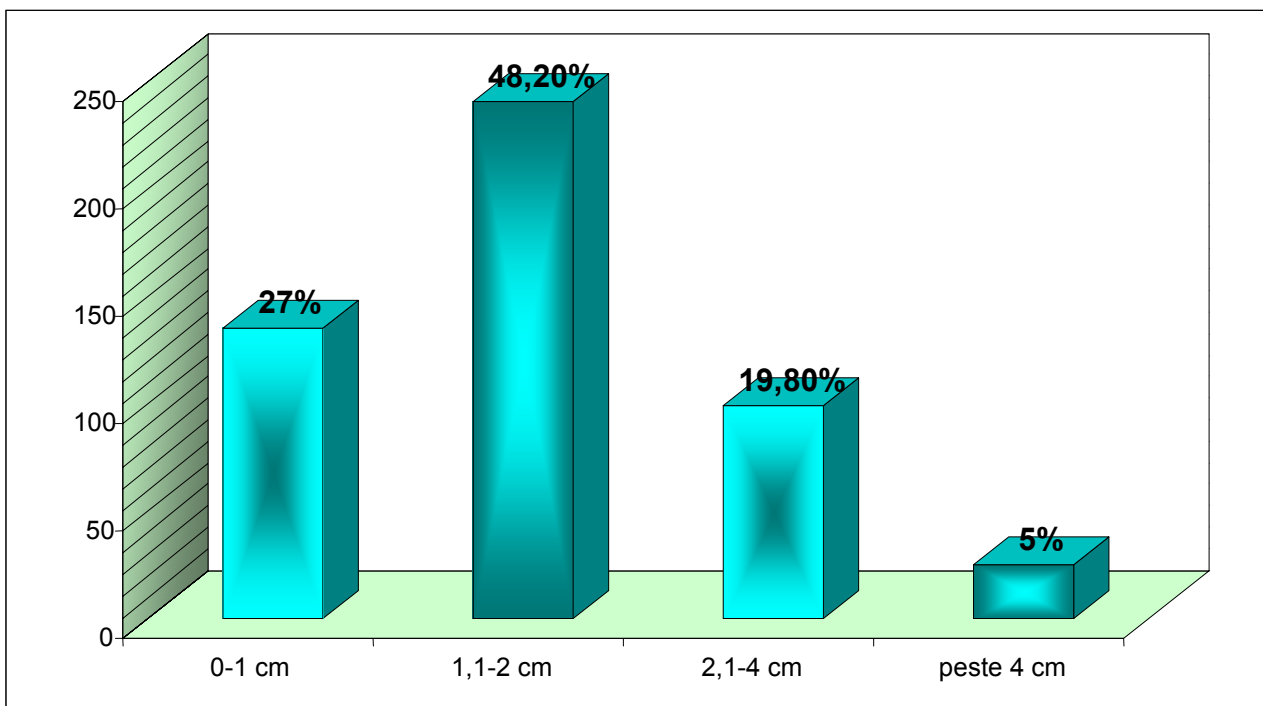


Fig.6. Repartiția cazurilor după dimensiunile tumorilor

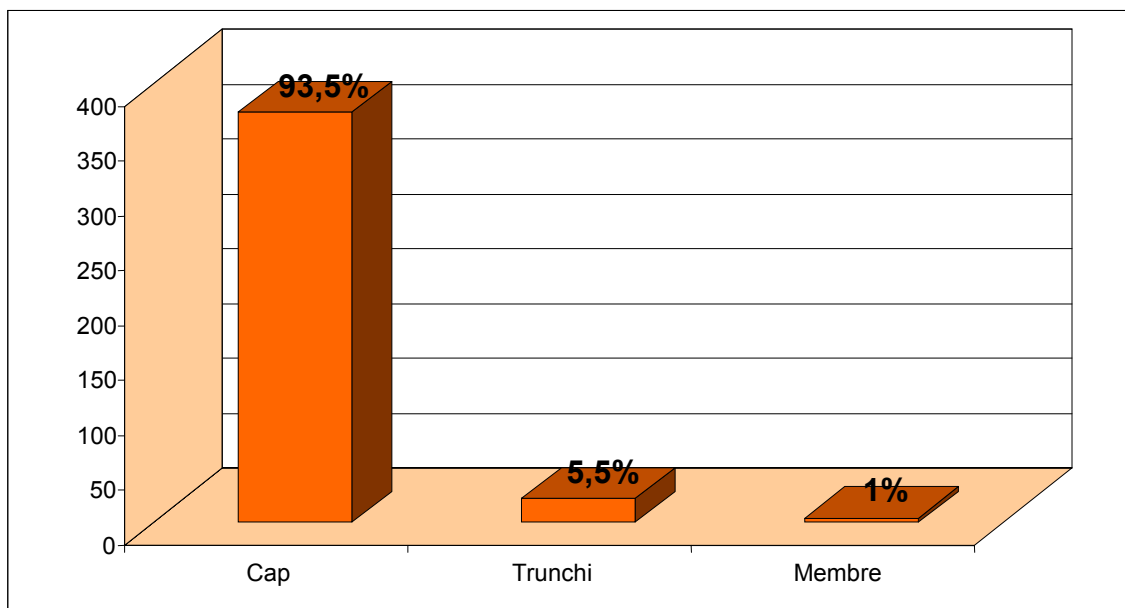


Fig.7. Repartiția cazurilor de bazalioame în funcție de localizarea topografică

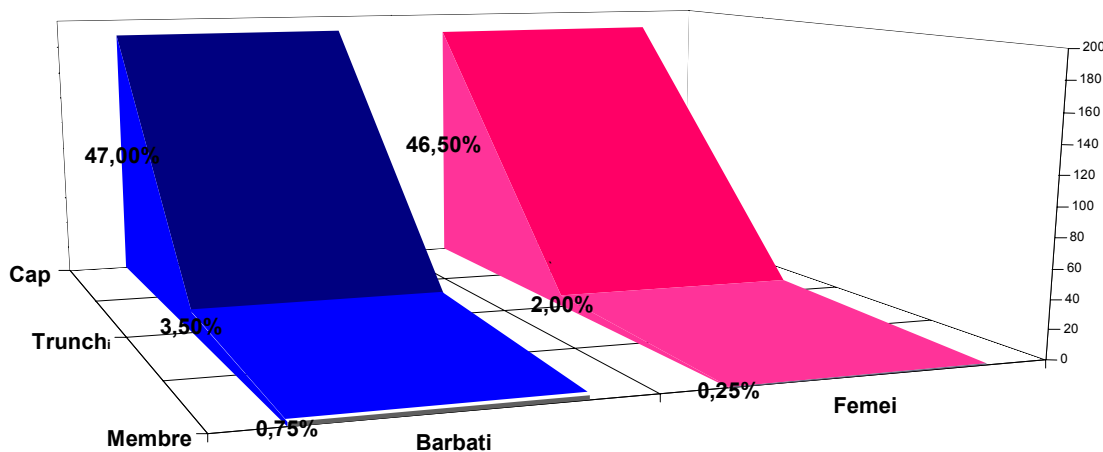


Fig. 8. Repartizarea topografică a epiteliomului bazocelular pe sexe

Din studiul acestei distribuții se poate observa în cazul bărbaților, incidența mai mare a epitelioamelor bazocelulare la nivelul toracelui și membrilor, aceasta datorându-se profesiilor care permit munca în aer liber fără îmbrăcăminte (fig.8).

Repartiția topografică a leziunilor după medii de proveniență (fig.9)

Se poate constata că localizările la nivelul capului sînt mai frecvente în mediul rural (57%) față de mediul urban (36,50%) fapt explicat prin intensitatea acțiunii factorului actinic.

Localizările la nivelul trunchiului sînt mai frecvente în mediul urban (3,75%) față de mediul rural (1,75%) fapt care demonstrează posibilitatea

intervenției unor factori favorizanți, ca de exemplu traumatisme, iritații îndelungate ale tegumentului și posibilitatea existenței în antecedente a unor factori iatrogeni cumulativi.

Datorită vârstei înaintate a subiecților, cît și a faptului că în unele foi de observație nu a fost menționată existența acestui factor în antecedente, nu putem stabili cu precizie preponderența lor.

Repartiția topografică a celor 374 de bazalioame de la nivelul capului este ilustrată de următoarele date (fig.10).

Se constată că ariile de maximă incidență sînt: obrazii (27%), nasul (21,12%), ochii (16,04%) și fruntea (9,62%).

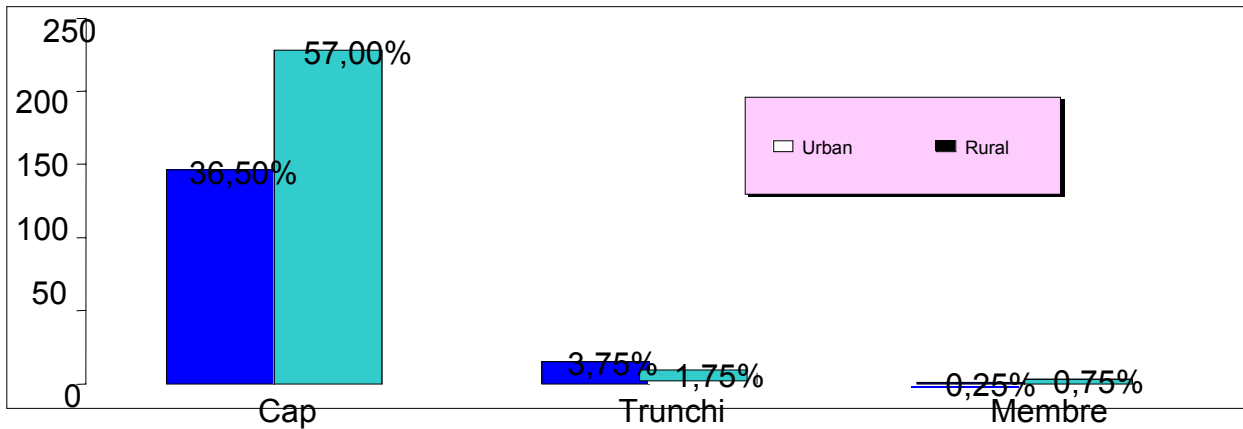


Fig.9. Repartizarea topografică a leziunilor după medii de proveniență

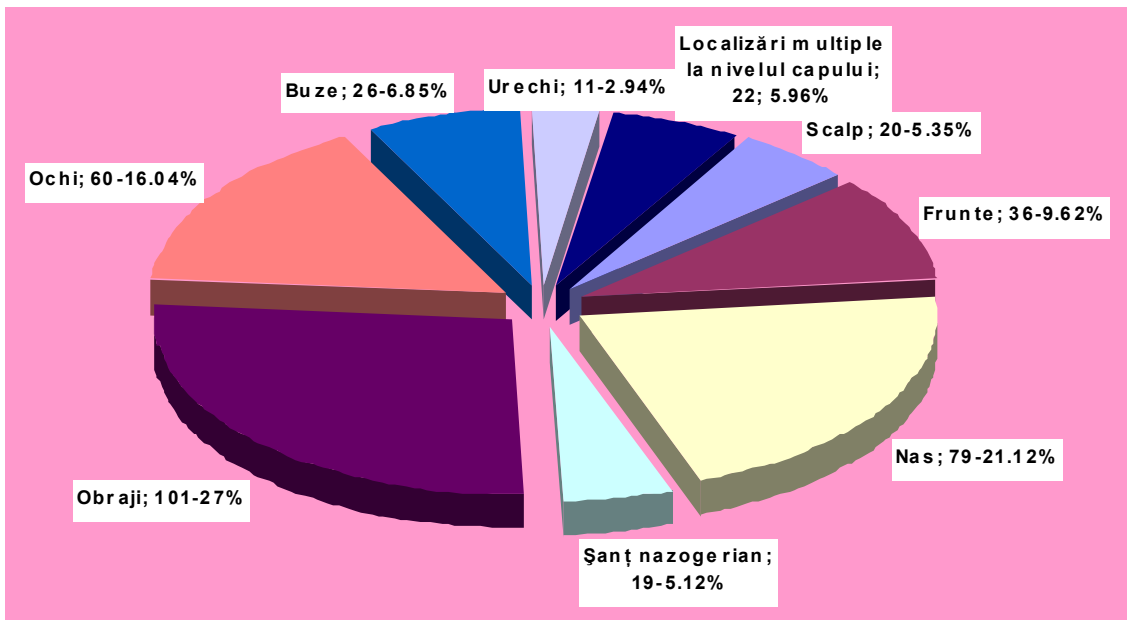


Fig.10. Repartizarea topografică a epitelioamelor bazocelulare la nivelul capului

În această distribuție topografică un rol important îl joacă radiațiile solare și prezența în cantitate mare a foliculilor piloși.

Zonele de mare electivitate sunt pentru localizarea epitelomului bazocelular la nivelul: șanțului nazogenian, unghiului intern al ochiului și marginea liberă a pleoapei inferioare; aici epitelomul spinocelular este foarte rar întâlnit.

Această distribuție este ilustrată mai jos (fig.11).

Din aceste date, se poate de asemenea desprinde concluzia neconcordanței perfecte dintre zonele cu localizările cele mai frecvente și zonele în care acțiunea factorului actinic este maximă.

Astfel, deși pentru bărbați, ariile cele mai expuse radiațiilor actinice sînt: marginea urechii, nasul și scalpul, incidența maximă a bazalioamelor o găsim la nivelul obrazilor (10,69%), ochilor (10,16%) și nasului (10,69%).

Localizările la nivelul obrazilor și buzelor sînt net mai frecvent întîlnite la femeii decît la bărbați; explicația ar putea consta în intervenția terenului seboreic și utilizarea de variate produse cosmetice de către femeii.

Repartiția cazurilor în funcție de forma clinică a bazalioamelor

Pentru studiul acestui indicator am utilizat un lot de 500 bolnavi aleși prin metoda aleatorie. În figura de mai jos este ilustrată repartiția după tipul

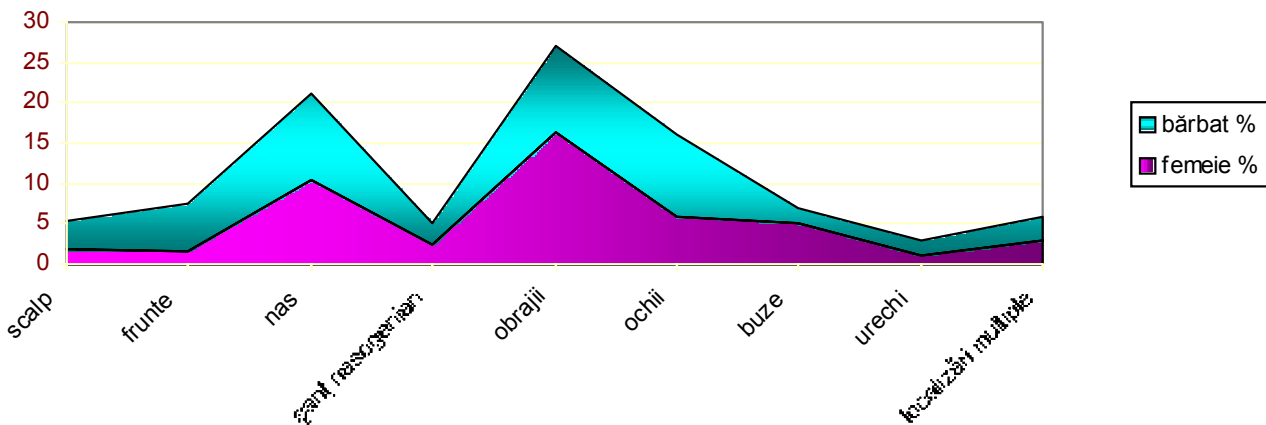


Fig.11. Repartizarea epitelioamelor bazocelulare la nivelul capului și pe sexe

morfoclinic al tumorilor. Din studiul acestei figuri se observă incidența mare a epitelioamelor bazocelulare de tip noduloulcerativ și nodular perlat (cel noduloulcerativ în proporție de 52,20% iar cel nodular perlat în proporție de 28,8%). Dacă bazaliomul nodular perlat reprezintă într-adevăr o formă clinică comună, în schimb, incidența ridicată a bazaliomelor noduloulcerative este o nouă dovadă a unui timp îndelungat scurs de la apariția leziunii incipiente pînă în momentul prezentării la medic. Se observă de asemenea o frecvență relativ ridicată a bazaliomelor celulare pigmentate, pigmentație care de multe ori este sursa unor erori de diagnostic. Incidența formelor clinice de tip superficial eritematos (0,80%) și sclerodermiform (0,40%) este scăzută, ceea ce este în conformitate cu datele de literatură.

Concluzii

1. Din totalul de 1105 bolnavi cu epitelioame bazocelulare, 657 (59,45%) au provenit din mediul rural, iar 448 (40,55%) din mediul urban. Predominanța rurală se explică prin cumularea unor factori de risc: însolație crescută, microtraumatisme repetate. La anumite categorii de persoane (agricultori, șoferii) bazaliomul capătă chiar semnificație cu aspect profesional.

2. Există o serie de leziuni cutanate considerate ca favorizante ale apariției bazaliomului.

În cadrul lotului studiat, doar 12,6% din cazuri, bazaliomurile au apărut pe leziuni preexistente:

- radiația solară intervine atît direct, prin cumularea efec-telor nocive determinînd atrofia

degenerativă senilă (ea însăși leziune precanceroasă) cît și indirect prin intermediul keratozelor actinice (apar în antecedentele bolnavilor) în 4% din cazuri;

- radiații ionizante în 2,4% din cazuri bazaliomurile au apărut pe leziuni de radiodermită cronică;

- leziuni cutanate cicatriciale. În 3,4% din cazuri tumorile s-au dezvoltat pe cicatrici după arsură și în 0,4% după traumatisme cutanate. Am întîlnit de asemenea apariția bazaliomurilor pe leziuni de lupus eritematos, lupus tbc, formațiuni chistice.

3. Dimensiunile tumorilor în cazul bazaliomurilor sînt de obicei proporționale cu vechimea bolii. Studiul a 500 de bolnavi arată că majoritatea se prezintă la medic cu formațiuni tumorale mari, de 2 și peste 2cm. Doar 27% din bolnavi s-au prezentat cu tumori sub 1cm.

4. Pentru a stabili regiunile cele mai expuse la dezvoltarea unor epitelioame bazocelulare, am făcut o repartiție topografică regională a localizării acestora pe un lot de 400 de bolnavi. În 93,5% din cazuri, localizarea a fost la nivelul capului, cu frecvența minimă la nivelul obrazilor, nasului, ochilor și frunții. Zone de electivitate sînt șanțul nazogenian, unghiul intern al ochiului și marginea liberă a pleoapei inferioare. În 5,5% din cazuri localizarea a fost la nivelul trunchiului cu un raport bărbat/femeie de 1,75/1 și cu o incidență mai crescută la persoane provenind din mediul urban. Localizarea la nivelul membrelor a fost găsită în 1% din cazuri.

5. Studiul formelor clinice a fost realizat pe un lot de 500 bolnavi. Se remarcă predominarea

formeii noduloulcerative: 52,2% din cazuri (prezentare tardivă), bazalioamele perlante reprezintă 28,8%, bazalioamele pigmentate reprezintă 6,4% din cazuri, cele plan cicatriciale 7,2%, sclerodermiform 0,4%, superficial pagetoid 3,4%, superficial eritematos 0,8%, terebrant 0,8%.

Bibliografie:

1. Colțoiu AL, Despina Mateescu, Sanda Popescu - Dermatovenerologie, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1983.

2. Joseph Demis at al. - Clinical Dermatology, Philadelphia, Harper and Row Publishers, 1987.

3. Mereuță I., Mușet Gh., Tcacenco E., Harștea D. Managementul oncodermatologic în depistarea precoce a tumorilor cutanate. Chișinău, 2009.

4. Mereuță I., Corcimaru I., Ghidirim N. ș.a. Sindroamele paraneoplazice. Chișinău, 2004.

5. Sofroni D.T., Țibîmă Gh., Cernat V. Aspectele manageriale ale serviciului oncologic în R.M. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei 3 (7), 2006. p.304 – 309.



V. Șveț, medic rezident USMF „N. Testimițanu”
 Conducători științifici: prof. I. Mereuță, prof. Gh. Mușet

RECIDIVELE EPITELIOAMELOR BAZOCELULARE ÎN DEPENDENȚĂ DE METODELE TERAPEUTICE DE TRATAMENT

The study revealed the recurrence rate of basal cell carcinoma after different methods of treatment. The highest recurrence rate (52,75%) was registered after electrocauterizing excision and the lowest rate (1,87%) – after combined treatment, including topical cytostatic drugs and electrocauterizing excision.

Key words: basal cell carcinoma, recurrence rate, treatment methods.

Pacienții cu unul dintre cancerelor de piele nonmelanomice prezintă risc crescut de a dezvolta altele în viitor. Rata de apariție a cancerelor noi de piele este de 35% la 3 ani și 50% la 5 ani după un diagnostic inițial de cancer [1]. Rata recurențelor la 5 ani după tratament în cazul unui epiteliom primar variază de la 1% pentru chirurgie și 8,7% pentru chiuretaj cu electrodisecație, excizie chirurgicală, radioterapie sau crioterapie. În cazul epitelioamelor recidivante rata recurenței la 5 ani variază de la 5,6% pentru chirurgie la 40% - chiuretaj cu electrodesicație [2]. Cauza principală a recurențelor o constituie gradul extensiv al tumorii în țesuturile înconjurătoare. Astfel, în cazul tipului morfeiform s-a găsit o extensie subclinică de circa 7,2mm, față de 2,1mm în cazul tumorilor nodulare circumscrise. Estimarea vizuală a marginilor tumorii poate fi eronată și îndepărtarea inefficientă.

Scopul lucrării: Studiarea recidivelor epitelioamelor bazocelulare în dependență de metodele terapeutice de tratament.

Materiale și metode: A fost efectuat un studiu retrospectiv pe un lot de 800 bolnavi consultați și tratați în Clinica IOM și Clinica Dermato-

venerologie în anii 1999-2009. S-au utilizat diferite metode de tratament - citostatice tipice + electrocauterizare, 5F-Uracil, electro-cauterizare + contactoterapie, radioterapie, electrocauterizare, excizia chirurgicală.

Rezultate și discuții: Repartiția cazurilor după metoda terapeutică utilizată

Acest indicator s-a studiat pe un lot de 800 de cazuri alese prin metoda aleatoare. Rezultatele sînt ilustrate în tabelul 1.

Se poate observa că în mai mult de jumătate din cazuri (52,75%) metoda folosită este electrocauterizarea. Este deosebit de eficace pentru tumorile de mici dimensiuni sau superficiale. Alte avantaje cunoscute sînt distrugerea limitată “țintită” a țesuturilor neoplazice, evitarea hemoragiilor și suprainfecției. Din analiza cazurilor reiese și o serie de dezavantaje ale metodei: vindecare lentă a defectului cutanat restant, cu prezența în unele cazuri a unor cicatrici atroifice deprimite, inestetice.

Ca frecvență, a doua metodă (17,25%) este una mixtă și anume electrocauterizarea asociată cu radioterapie. Această asociere îmbunătățește

Tabelul 1

Nr.	Metoda terapeutică	Număr de cazuri	%
1	Excizie chirurgicală	115	14,25
2	Electrocauterizare	422	52,75
3	Radioterapie	109	13,50
4	Electrocauterizare + contactoterapie	138	17,25
5	Topice citostatice (5F URACIL)	4	0,375
6	Topice citostatice + electrocauterizare	15	1,875
	TOTAL	800	100

rezultatele funcționale și estetice, neobservându-se cicatrici retractile. De regulă, se face înainte de iradiere electrocauterizarea porțiunilor exofitice ale tumorilor. Următoarea metoda este excizia chirurgicală a tumorii (14,25%) eventual urmată de sutură sau reparare plastică. Este metoda de elecție în cazul formelor invazive, a formelor cu leziuni întinse, precum și în tumorile apropiate de planuri osoase. Se utilizează de asemenea în recidivele după radioterapie. Metoda este însă mai puțin aplicată de dermatologi, implicând dotare și condiții proprii unei intervenții chirurgicale sofisticate. Radioterapia este întâlnită în statistica noastră cu o frecvență de 13,5%.

Metoda se folosește în cele mai multe din cazurile de epitelioame bazocelulare care nu se pretează la extirpare chirurgicală sau electrocauterizare. Utilizarea redusă a citostaticelor de tip 5 fluoro-Uracil (Efudix) se datorează atât prezentării târzii la medic, leziunilor mari, cât și faptului că preparatele nu sînt întotdeauna la dispoziția clinicianului.

Studiul distribuției recidivelor în funcție de metoda terapeutică utilizată

În perioada de studiu, din cele 800 cazuri, 170 bolnavi au reprezentat recidive, ce constituie 21,25% - acest procent poate fi considerat ca ridicat. Ținînd cont că aceste recidive consemnate se datorează unor tratamente aplicate în diferite instituții medico- sanitare publice, nu putem face o corelare exactă între eficacitatea diverselor forme de tratament folosite în diferite clinici. În funcție de metoda terapeutică, distribuția recidivelor este prezentată în fig.1.

Deci, se constată o rată foarte ridicată a recidivelor după electrocauterizare (72,65% din totalul recidivelor). Această rată ridicată a recidivelor (mai mare decît cea consemnată în literatură) constituie, de altfel, un dezavantaj principal al metodei. Se observă numărul redus de recidive după excizia chirurgicală (doar 1,71% din totalul recidivelor) deci eficacitatea și acuratețea metodei. Se poate constata creșterea semnificativă a eficienței terapeutice, cu reducerea importanței a recidivelor, în cazul tratamentelor mixte (de exemplu

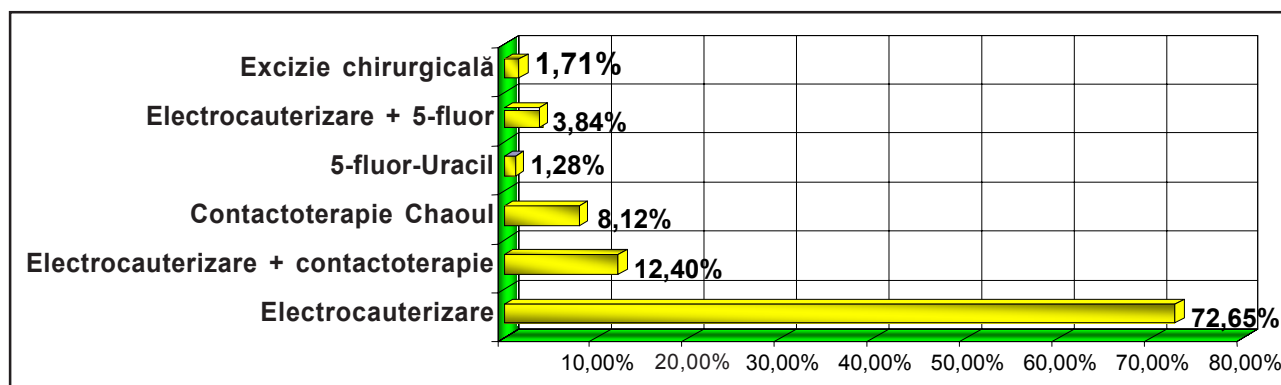


Fig.1. Studiul distribuției recidivelor în funcție de metoda terapeutică utilizată

electrocauterizare + contactoterapie ce prezintă 12,4% din totalul recidivelor).

Bibliografie:

1. Mereuță I., Mușet Gh., Tcacenco E., Harștea D. Managementul oncodermatologic în depistarea precoce a tumorilor cutanate. Chișinău, 2009.

2. Ghidirim N. Etiopatogeneza tumorilor maligne. Oncogeneza. Concepții moderne// Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 1(10), 2007, p.96-99.



Harștea Diana, doctorand; Institutul Oncologic din Moldova

FORMELE CLINICE ALE SARCOMULUI CUTANAT KAPOSI

Although Kaposi sarcoma (KS) initially was described over a century ago, its biology remains enigmatic and conflicting. A recently discovered pathogen, KS-associated herpesvirus (KSHV) (also known as human herpesvirus 8 [HHV8]), is found in tissues from all four forms of KS: classic, iatrogenic, endemic (African), and HIV-associated. This universal detection of KSHV/HHV8 suggests a central role for the virus in the development of KS and a common etiology for all KS types. Whereas the classic type occurs mainly in older men of Mediterranean or Eastern European backgrounds and is not linked to impairment of the host immune response, iatrogenic and human immunodeficiencyvirus (HIV)-associated KS are linked to such conditions.

Keywords: Kaposi sarcoma, malignant vascular tumor, human herpesvirus 8.

Actualitatea temei:

Sarcomul Kaposi (SK) este o patologie vasculară cu potențial malign scăzut reprezentată cel mai frecvent prin leziuni cutanate. Au fost propuse cel puțin 36 sinonime și termeni descriptivi pentru definirea SK, care este una dintre cele mai misterioase tumori maligne. Există 4 forme ale SK: clasică (Europeană), iatrogenă (imunosupresivă), endemică (Africană) și HIV-asociată.

Pentru prima dată SK clasic a fost descris de dermatologul ungar Moriz Kaposi în 1872. Pe parcursul secolului 19 SK era considerat o afecțiune rară, deși la sfârșitul secolului 19 – începutul secolului 20 se înregistra o incidență crescândă. SK se întâlnește preponderent la bărbați în etate (Sarid et al., 1999, Antman și Chang, 2000) în Europa de Est și regiunea Mării Mediteraniene. În America de Nord și Europa de Nord SK se întâlnește mai rar. În țările Africii Centrale în anii 50 ai secolului trecut s-a înregistrat o incidență înaltă a SK endemic (African), iar din 1979 se înregistrează o creștere a SK printre persoanele imunocompromise, precum recipienții de transplante de organe și cei HIV-infecțați. De fapt, incidența SK la pacienți HIV-infecțați este cu mult

mai mare decât la restul populației. La bărbații homosexuali și bisexuali HIV-seropozitivi se dezvoltă SK de 10 ori mai des decât în alte grupe de pacienți HIV-infecțați. Mai mult decât aceasta, SK se întâlnește de 300 ori mai des la HIV-infecțați decât la alți pacienți cu imunosupresie dobândită.

Etiologia tuturor tipurilor clinice și epidemiologice de SK este studiată de mai multe decenii. Descoperirea unui nou tip de virus Herpes în 1994, numit human herpesvirus 8 (HHV) sau herpesvirus asociat cu SK (KSHV), care este un cofactor dobândit în dezvoltarea SK (Chang et al., 1994, Ablashi et al., 2002), a deschis noi orizonturi de cercetare, tratament și prevenire a SK [1]. S-a descoperit că HHV inițiază și promovează dezvoltarea leziunilor SK prin intermediul producerii interleukinei-6 virale, un factor de creștere vasculară endotelială [7].

Co-factorii genetici și cei de mediu au rol important în declanșarea SK clasic după infectarea cu KSHV, ceea ce modifică legătura între seroprevalența KSHV și incidența SK (Ariyosi et al., 1998, Goedert et al., 2002, Grossman et al., 2002).

Obiectivele lucrării: identificarea principalelor aspecte epidemiologice și clinico-evolutive ale

sarcomului Kaposi în literatura de specialitate și conform datelor proprii.

Material și metode:

Lotul de studiu a cuprins 35 de bolnavi cu sarcom Kaposi, spitalizați și tratați în IMSP Institutul Oncologic din Moldova în perioada anilor 2005 – 2008. Toți pacienții au fost supuși tratamentului chirurgical prin excizie sau electroexcizie a tumorii pielii în limitele securității oncologice. Diagnosticul a fost confirmat histologic în 100% cazuri. Studiul epidemiologic a vizat distribuția bolnavilor după vîrstă, sex, profesie, mediul de proveniență. Studiul clinico-evolutiv s-a bazat pe istoricul bolii, tratamentele anterioare și pe precizarea localizării și a formei clinice a tumorii în momentul spitalizării.

Rezultate și discuții:

Lotul de studiu a cuprins pacienți cu vîrsta de la 31 pînă la 81 și mai mulți ani, cele mai afectate fiind persoanele de 51-60 ani (28,6%) și 61-70 ani (25,7%). Pacienții de vîrstă mai înaintată sunt afectați mai rar: la 71-80 ani – 14,3%, la 81 ani și mai mult – 17,1%, la 41-50 ani – 11,4%. Mult mai rar diagnosticul este stabilit la persoane tinere: 31-40 ani – 2,9%. Conform studiului efectuat, sarcomul Kaposi afectează preponderent sexul masculin (62,9%) și mai puțin cel feminin (37,1%), raportul bărbați:femei constituind 1,7:1. Analizînd localizările tumorilor, s-a constatat, că cel mai des apar leziuni pe membrele inferioare (48,6%) sau leziuni multiple cu afectarea pielii membrelor inferioare, membrelor superioare, trunchiului și feței (37,1%). Mai rar sunt afectate doar membrele superioare (11,4%) și cu mult mai rar - regiunea feței și gîtului (2,9%). În majoritatea cazurilor durata bolii de la apariția leziunilor cutanate pînă la adresarea primară la medic a fost de la 3 pînă la 6 luni (35,7%) și în primele 2 luni (28,6%).

Doi pacienți din lotul de studiu au fost HIV-infecțați, astfel avînd forma HIV-asociată a sarcomului Kaposi. Un pacient a avut în anamneză o neoformațiune malignă și a suportat anterior tratamente cu citostatice, manifestînd ulterior forma iatrogenă a sarcomului Kaposi. Majoritatea pacienților din grupul de studiu au prezentat forma clasică a sarcomului Kaposi.

Clinic SK clasic se manifestă primar prin macule bine delimitate, roșu-albăstriei, indolore, apărute în regiunile distale ale membrelor inferioare. Leziunile inițiale în formă de pată și

placă, deseori seamănă cu țesutul de granulație. În majoritatea cazurilor formațiunile cresc lent și pot fuziona formînd plăci mai mari. Totuși, leziunile solitare rareori progresează spre dezvoltarea tumorilor nodulare, fungiforme, de culoare roșie-brună. Histologic acestea se caracterizează prin prezența celulelor fusiforme, ce sînt compresate de spații înguste cu extravazări de hematii [24]. Cu timpul, formațiunile se pot eroda, sîngera și chiar ulcera. La debutul bolii se atestă afectare unilaterală, însă ulterior există tendința de apariție bilaterală și multifocală a leziunilor, cu răspîndire centripetă. Odată cu progresarea bolii, culoarea formațiunilor devine brună și suprafața verucoasă sau hipercheratotică. În stadii avansate se dezvoltă plăci vaste, parțial erodate și ulcerate, ce afectează picioarele, mîinile sau chiar întreaga suprafață a membrelor. Spre deosebire de leziunile „angiomatoase”, ce au consistență moale și spongioasă, tumorile în stadii mai avansate sînt dure și solide. Deseori e prezent edemul țesuturilor înconjurătoare, în special la nivelul membrelor inferioare, care uneori precede leziunile cutanate. Ca și leziunile cutanate, edemul este inițial unilateral, apoi implică simetric ambele membre. Mărirea ganglionilor limfatici superficiali și profunzi poate fi o manifestare precoce a bolii și poate preceda apariția formațiunilor cutanate.

Leziunile SK clinic sînt clasificate în 6 tipuri majore, ce se succed: pată, placă, nodular, limfadenopatic, infiltrativ și florid [3]. Alte variante, precum SK teleangiectazic, se întîlnesc rar. Recent au fost descrise încă 3 forme clinice ale SK [6]: SK reprezentat de edem limfatic generalizat, SK echimotic, SK cheloidal. SK echimotic se caracterizează prin prezența petelor echimotice, uneori periorbital, ce conțin cantități mari de eritrocite extravazate. SK cheloidal se întîlnește în forma clasică a SK și se caracterizează prin prezența petelor fibroase, cu localizare pe membrele inferioare. Simultan, la același pacient, pot fi prezente formațiuni cutanate în diferite stadii evolutive.

În afară de manifestările cutanate, pot fi afectate mucoasele, mai des a cavității bucale și tractului gastro-intestinal. Implicarea organelor interne în SK clasic este rară, aproximativ în 10% cazuri. Afectarea ficatului, ganglionilor limfatici superficiali și profunzi, splinei, plămînilor și măduvei osoase de asemenea poate fi întîlnită.

În cazul localizării osoase, a fost descrisă prezența unor zone circumscrise de osteoporoză.

Este dificilă aprecierea originii celulare a SK, deoarece sînt implicate cîteva tipuri de celule [5]. Unele culturi celulare din SK prezintă particularități histologice similare celulelor fusiforme endoteliale, ce sugerează apariția lor din endoteliul limfatic. În afară de celulele fusiforme, alt semn caracteristic leziunilor SK este prezența unor microvase sanguine subțiri sau dilatate și dezvoltarea microvascularizării anormale pronunțate (cu extravazări semnificative a eritrocitelor). Unele studii sugerează ideea, că SK este o boală mediată de citochine, cu un proces de tip inflamator și reactiv de granulație, ce seamănă mai mult cu o infiltrație hiperplastică, decît cu o tumoră malignă [2]. Grupurile de celule tumorale în SK nu sînt bine definite, totuși culturile celulare din SK asociat cu SIDA demonstrează anomalii cromosomiale pronunțate cu transformări neoplazice și particularități imunohistochimice identice celulelor din forma clasică a SK [4].

Concluzii:

Cercetările recente au delimitat patru variante clinice de sarcom Kaposi, identice din punct de vedere histopatologic, dar care se dezvoltă la populații specifice și au localizare și evoluție diferită: sarcomul Kaposi clasic, sarcomul Kaposi endermic, forma asociată transplantului de organe sau imunopresiei și sarcomul Kaposi epidemic sau asociat SIDA. Aceste variante reprezintă manifestări diferite ale aceluiași proces patologic, puse în lumină de descoperirile recente privind patogeniza virală a sarcomului Kaposi - implicarea herpes-virusului uman 8 sau KSHV (Kaposi's sarcoma-associated herpes virus).

Conform datelor literaturii de specialitate, peste 95% dintre leziunile specifice de sarcom Kaposi, indiferent de sursa sau varianta clinică s-au dovedit infectate cu KSHV. Prezența virusului este factorul primar și necesar în dezvoltarea bolii, la care se adaugă imunodepresia gazdei, cofactor important privind expresia clinică a afecțiunii. Un interes deosebit prezintă forma clasică a sarcomului Kaposi, care afectează preponderent persoanele din bazinul Mării Mediteraniene, în special bărbații în etate. În prezent sunt în derulare mai multe cercetări în plan mondial pentru a elucida dacă acest fenomen poartă un caracter etnic sau geografic. Conform studiului nostru, sarcomul Kaposi afectează cel mai des persoanele de vîrstă mai mare de 61 ani , preponderent bărbații, cu localizare mai frecvent pe pielea membrilor inferioare sau pe suprafața întregului corp, reprezentînd forma generalizată.

Bibliografie selectivă:

1. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, Lee F, Culpepper J, Knowles DM, et al. *Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma*. Science 1994.
2. Costa J, Rabson AS. *Generalised Kaposi's sarcoma is not a neoplasm*. Lancet 1983.
3. Cottoni F, Montesu MA. *Kaposi's sarcoma classification: a problem not yet defined*. Int J Dermatol 1996.
4. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *Human immunodeficiency viruses and human T-cell lymphotropic viruses*. Lyon, France, June 1-18, 1996. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum 1996.
5. Roth WK, Brandstetter H, Sturzl M. *Cellular and molecular features of HIV-associated Kaposi's sarcoma*. AIDS 1992.
6. Schwartz RA. *Kaposi's sarcoma: advances and perspectives*. J Am Acad Dermatol 1996.
7. Yamamoto T, Osaki T, Yoneda K, Ueta E. *Immunological investigation of adult patients with primary herpes simplex virus-1 infection*. J Oral Pathol Med 1993.



Mereuță Ion, dr. h. în medicină, prof. univ.,
Iacovleva Iraida, dr. h. în medicină, prof. univ., Harștea Diana, doctorand
Institutul Oncologic din Moldova

TUMORILE MEZENCHIMALE ALE PIELII: EVOLUȚIA CRITERIILOR DE CLASIFICARE

Cutaneous mesenchymal neoplasms are a heterogeneous group of relatively rare tumors, arising in the skin and characterized by clinicopathological heterogeneity. Benign mesenchymal tumors are more frequent than their malignant counterparts. Clinically important, dermal sarcomas of some lines of differentiation are associated with a favorable

clinical prognosis, independent of the histological grading, which is important to know for the correct treatment of patients. The etiology is often unknown, sometimes there is an association with insults such as radiation, scars, or lymphedematous or venous stasis.

Keywords: mesenchymal tumor, skin, histology, classification

Actualitatea temei:

Tumorile mezenchimale ale pielii sunt tumori relativ rare, derivate din țesuturile conjunctive moi, non-epiteliale, dispuse în straturile subepidermale ale pielii și caracterizate prin heterogenitate clinico-morfologică.

Existența multitudinii de forme nozologice a condiționat dificultatea clasificării tumorilor pielii și ridică pînă în prezent unele controverse în rîndurile savanților. În special aceasta se referă la tumorile maligne de origine mezenchimală ale pielii, diagnosticarea cărora este uneori dificilă clinic, astfel diagnosticul definitiv fiind stabilit în conformitate cu rezultatul histologic.

Criteriul de bază pentru cercetarea comparativă a multitudinii de tumori cutanate este existența unei clasificări coordonate și acceptate la nivel internațional, ce ar corespunde cerințelor înaintate de oncologi, dermatologi, morfopatologi, chirurghi, radioterapeuți și specialiști în statistica medicală. Evident, la baza unei astfel de clasificări trebuie pus principiul etiopatogenetic. Doar în acest caz ea ar putea fi comună și unanim acceptată. Pînă în prezent, datorită neclarității în etiologia și patogenia multor tumori cutanate, a dilemelor cu privire la termeni și nozologii, majoritatea clasificărilor date de autori în diferite țări sunt bazate pe principiile histologice și histopatogenice.

În diverse perioade de timp, cele mai acceptate și recunoscute au fost clasificările propuse de J. Jadassohn (1914), J. Darter (1930), W. Lever (1948), A. C. Allen (1954), Д. И. Головин (1958), А. К. Апатенко (1973). Fiecare dintre ele constituia corectarea și completarea precedentelor clasificări prin precizarea particularităților morfologice și histopatogenice ale tumorilor pielii. J. Jadassohn (1914), J. Darter (1930), W. Lever (1948) mai mult și-au concentrat atenția asupra tumorilor cutanate epiteliale. În clasificarea propusă de A. C. Allen (1954) pentru prima dată au fost evidențiate tumorile epidermului și dermului, incluzînd vicii de dezvoltare, tumori benigne și tumori maligne – pigmentare,

vasculare, neurogene, derivate din țesuturile conjunctiv, muscular, adipos.

Mult timp cercetările savanților ruși în domeniul tumorilor cutanate rămîneau în urma celor internaționale, deși morfopatologii ruși periodic descriau unele tumori ale pielii. De exemplu, А. И. Абрикосов pentru prima dată a descris în 1925 tumoarea cu celule granuloase, care ulterior a fost denumită tumoarea Abrikosov. Totuși, puține dintre monografiile școlii ruse, dedicate histopatologiei afecțiunilor pielii, conțineau date despre structura histologică a tumorilor cutanate, în special a celor mezenchimale. Chiar și lucrarea compusă din mai multe volume „Руководство по патологической анатомии”, în capitolul dedicat tumorilor pielii, conținea doar cele mai răspîndite forme tumorale. Excepție a constituit monografia lui Д. И. Головин (1958) „Эпителиальные опухоли кожи”, în care autorul a propus clasificarea tumorilor cutanate bazată pe elementele normale din structura pielii, cît și descrierea morfologică a tumorilor epiteliale, iar tumorile mezenchimale fiind iarăși lăsate în umbră.

Un moment decisiv în oncologia tumorilor pielii a servit anul 1973, cînd, aproape simultan, au apărut două monografii fundamentale în diagnosticarea tumorilor cutanate: „Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи” de А. К. Апатенко și „Атлас диагностических биопсий кожи” de А. М. Вихерт. Atunci tumorile și leziunile pseudotumorale ale pielii au fost divizate din punct de vedere morfologic în 3 categorii mari în dependență de histogeneza lor:

- Tumori de origine epitelială, ce se dezvoltă din elementele epidermului și anexelor cutanate.
- Tumori de origine neuroectodermală.
- Tumori de origine mezenchimală – fibroblastice, lipoblastice, angioblastice, mioblastice și hematopoitice. În acest grup de asemenea au fost incluse neformațiunile întîlnite în piele, precum leiomiomul din elementele musculare ale pereților vasculari și glomus-angiomul.

Ulterior, în 1977, A. K. Апатенко a publicat monografia „Мезенхимные и нейроэктодермальные опухоли и пороки развития кожи”, care rămîne în mare parte actuală și fundamentală în domeniul respectiv pînă în prezent.

Un aport incontestabil în aprobarea unanimă a nomenclaturii tumorilor cutanate a servit „Clasificarea histologică a tumorilor cutanate”, elaborată de Organizația Mondială a Sănătății în 1974 (ediția în limba rusă publicată în 1980) [7]. Unii autori, totuși, consideră clasificarea OMS imperfectă din cauza divergențelor savanților cu privire la histogeneza tumorilor cutanate. În 1996 B. A. Беренбейн a propus clasificarea clinico-morfologică a neoformațiilor epiteliale și malformațiilor de dezvoltare ale pielii, în baza clasificării lui A. K. Апатенко, dar parțial modificată și completată. Această clasificare a tumorilor cutanate este, însă, incompletă, deoarece nu conține tumorile neepiteliale și leziunile pseudotumorale ale pielii.

În ultimul timp, datorită datelor contemporane despre ultrastructura și particularitățile imunohistochimice ale majorității tumorilor cutanate, s-au schimbat părerile savanților cu privire la histogeneza unor forme nozologice cunoscute de mult timp, dar au fost descrise și unele forme noi. Astfel, modificările efectuate în clasificarea tumorilor cutanate, a dus la apariția ediției a doua a „Clasificării histologice a tumorilor cutanate” în 1996, utilizată pînă în prezent.

În opinia savanților Fletcher C. (2002), Rouhani P. (2008), Storm H. (2007), tumorile cutanate de origine mezenchimală pot fi considerate parte componentă a tumorilor țesuturilor moi cu localizare în straturile pielii [2-5], preponderent în derm, unde se găsesc vase sanguine, vase limfatice, mușchi piloerectori atașați la cîte un folicul pilos, formațiuni nervoase. Toate aceste elemente pot constitui originea unor leziuni pseudotumorale, tumori benigne sau maligne mezenchimale ale pielii. Pentru tumorile țesuturilor moi în prezent în plan mondial este adoptată clasificarea OMS din anul 2002 [3].

Pentru aprecierea potențialului biologic al tumorii, OMS (2002) recomandă clasificarea tumorilor țesuturilor moi în general, inclusiv a celor situate în piele, în patru categorii: benigne, local agresive, rareori metastazante și maligne [1,3].

Aceste categorii nu trebuie confundate cu gradul de malignitate al tumorilor și au fost caracterizate astfel:

- Majoritatea tumorilor benigne ale țesuturilor moi nu formează recidive locale după înlăturarea chirurgicală. Tumorile recidivante, însă, nu se caracterizează prin creștere infiltrativă și pot fi tratate radical chirurgical.

- Tumorile local agresive deseori recidivează și sunt asociate cu creștere local-destructivă. Aceste tumori nu au semne ce ar presupune metastazarea. Totuși ele necesită efectuarea exciziei lărgite în limitele țesutului sănătos pentru excluderea posibilității recidivării locale. Un exemplu elocvent este desmoidul.

- Tumorile rareori metastazante se caracterizează prin creștere local-agresivă, iar posibilitatea metastazării la distanță este bine documentată. Riscul apariției metastazelor constituie 2%, iar prezicerea posibilității metastazării în cazuri particulare, chiar și la analizare minuțioasă histologică, este imposibilă. Cel mai frecvent metastazele sunt depistate în ganglionii limfatici regionali și plămîni. Exemplu de astfel de tumori poate servi histiocitomul fibros angiomatos.

- Tumorile maligne ale țesuturilor moi (sarcoamele), în afară de capacitatea de creștere local-destructivă și recidivare locală, au risc înalt de metastazare la distanță (de la 20 pînă la 100% cazuri). Unele sarcoame slab diferențiate au riscul metastazării în limitele 2-10% și pot recidiva. În același timp, tumoarea recidivantă deseori are potențial malign și risc de metastazare mai înalt decît tumoarea primară.

Obiectivele lucrării: elucidarea particularităților apariției și evoluției în diverse perioade de timp a clasificării tumorilor benigne și maligne de origine mezenchimală ale pielii, evidențierea aspectelor epidemiologice ale acestor tumori în Republica Moldova și în plan mondial.

Material și metode:

Studiul retrospectiv include un număr de 730 pacienți cu diagnosticul definitiv clinico-morfologic, ce corespunde tumorilor benigne sau maligne mezenchimale cu localizare cutanată. Pacienții au fost diagnosticați și supuși tratamentului chirurgical (excizia sau electroexcizia tumorii) în

IMSP Institutul Oncologic în perioada anilor 2006 – 2008, inclusiv 678 (92,9%) pacienți cu tumori benigne și 52 (7,1%) - cu tumori maligne. A fost studiată distribuția bolnavilor după vîrstă, sex, istoricul bolii, localizarea formațiunii tumorale în dependență de forma histologică.

Rezultate și discuții:

Conform studiului efectuat, cele mai frecvente tumori benigne de origine mezenchimală, pot fi evidențiate hemangiomul (44,1%) și dermatofibromul (38,5%), iar celelalte tumori benigne au constituit în total 17,4%.

Cea mai frecventă tumoare malignă a fost sarcomul Kaposi (44,2%). În 42,3% tumorile maligne au fost reprezentate prin dermatofibrosarcom protuberans, care este o tumoare local agresivă, cu un indice înalt al recidivării, apare în derm și invadează straturile profunde (țesut adipos, mușchi, os), însă metastazează rar. În anul 2006, din totalul pacienților cu tumori maligne de origine mezenchimală, 26,3% au fost diagnosticați cu dermatofibrosarcom protuberans, în 2007 – 53%, în 2008 – 50%. Mai rar se întîlnește leiomiosarcomul (3,8%), angiosarcomul (3,9%), histiocitomul fibros malign (5,8%).

Conform datelor literaturii mondiale, sarcoamele țesuturilor moi sunt rare și se întîlnesc mai des la bărbați (0,9-4,3 la 100 000 persoane calculat la vîrsta medie pe glob) decît la femei (0,7-2,6 la 100 000), iar variațiile internaționale ale incidenței sunt ne semnificative [5].

În SUA tumorile non-epiteliale reprezintă 8% din tumorile maligne cutanate înregistrate în cancer-registrele din țară [6].

Un studiu efectuat în SUA cuprinzînd 12114 pacienți diagnosticați cu sarcoame cutanate în perioada 1992-2004 [4], a demonstrat că incidența prin sarcoame cutanate este cea mai înaltă la persoane de rasă negroidă (30,8 la 1 milion persoane anual), urmată de persoane de rasă albă (25 la 1 milion persoane anual). Dintre formele histologice cel mai frecvent este sarcomul Kaposi (71,1% cazuri), urmat de dermatofibrosarcomul

protuberant, mai rar - leiomiosarcomul, angiosarcomul, histiocitomul fibros malign. Raportul bărbați:femei constituie 25,5:1 pentru sarcomul Kaposi, 0,9:1 pentru dermatofibrosarcomul protuberant, 4,7:1 pentru histiocitomul fibros malign, 3,7:1 pentru leiomiosarcom și 2,0:1 pentru angiosarcom.

Concluzii:

Tumorile mezenchimale benigne ale pielii sunt mult mai frecvente decît cele maligne. Datorită spectrului larg histologic, terminologia lor e foarte vastă și a fost parcursă o cale complicată în clasificarea acestora. Tumorile maligne de origine mezenchimală, adică sarcoamele cutanate se întîlnesc destul de rar, pot afecta orice regiune anatomică, însă există unele predilecții ale localizării leziunii, în dependență de forma histologică a acesteia. Printre tumorile maligne, cel mai frecvent se întîlnește sarcomul Kaposi și dermatofibrosarcomul protuberant. Studiile de specialitate elucidează o tendință de creștere a frecvenței tumorilor mezenchimale ale pielii, de aceea este importantă studierea lor în continuare, pentru sporirea vigilenței oncologice și evitarea erorilor de diagnostic și tratament.

Bibliografie selectivă:

1. Clasificarea Internațională a Maladiilor pentru Oncologie, Ediția a treia, Organizația Mondială a Sănătății, trad. I.rom., 2005.
2. Fletcher C.D.M. *Soft tissue tumours // Dignostic Histopathologi of Tumors*. London: Churchill Livingstone, 2006.
3. Fletcher C.D.M., Unni K., Mertens F. *Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone// WHO Classification of Tumors*. Lyon: IARC PRESS, 2002.
4. Rouhani Panta, Fletcher C. D. M., Devesa Susan S., Toro Jorge R., *Cutaneous soft tissue sarcoma incidence patterns in the U.S.*, Cancer, volume 113 Issue 3, 2008.
5. Storm H. H., *Cancers of soft tissues*, Division for Cancer Epidemiology, Danish Cancer Society, Copenhagen, 2007.
6. *United States Cancer Statistics: 2004 Incidence and Mortality*. U.S. Cancer Statistics Working Group. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; Washington, D.C.: National Cancer Institute; 2007.
7. *Гистологическая классификация опухолей кожи (ВОЗ, Женева)*/Пер. с англ. - Москва, Медицина, 1980.



Maria Timoșco, dr. habilitat, Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie al AȘM
Natalia Florea, dr. în medicină, conferențiar universitar, Catedra Microbiologie, Virusologie și
Imunologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Aliona Velciu, dr. în fiziologie, Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie al AȘM
Victoria Bogdan, cercetător, Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie al AȘM

MICROORGANISMELE DIN GENURILE OBLIGATORII TRACTULUI GASTROINTESTINAL UMAN CU UNELE PROPRIETĂȚI POTENȚIALE SANOBIOTICE

Quantitative indices have highlighted some of the micro organisms of the genera sanobiotic own binding human gastrointestinal tract, which contributes to the inhibition of multiplication of pathogenic bacteria conditioning and protect the intestinal mucosa adhesive provocateurs of gut dysfunction dysmicrobism and diarrhea. Adhesive ability of micro organisms tested sanobiotic property can be considered significant because it contributes to increasing the role of intestinal protection against gastrointestinal diseases bacterial etiology.

Key words: micro organisms, sanobiotic property, gastrointestinal tract.

Introducere

Examinarea surselor de informație existentă a depistat, că flora microbiană gastrointestinală include circa peste 50 de specii de microorganisme, care sunt aparținute la circa 15 genuri, însă numai câteva din ele sunt cele mai utile pentru macroorganism, fiind în majoritate reprezentante ai genurilor obligatorii pentru tractul gastrointestinal: *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Lactococcus*, *Enterococcus* ș.a. [11, 16, 25, 9]. Concomitent este considerat, că diversitatea bacteriocenozei gastrointestinale se datorează, preponderent, florei microbiene caracteristice mediului ambiant și produselor alimentare utilizate în fiecare zi [22, 13, 15]. De aceea și este constatat, că dereglările funcționale ale tractului gastrointestinal uman, inclusiv dismicrobismul, într-o măsură considerabilă, sunt cauzate de influența excesivă stresogenă ai factorilor mediului ambiant asupra macroorganismului [22, 17, 3, 19].

La asemenea acțiune cele mai exagerat de sensibile totdeauna au fost acei reprezentanți ai bacteriocenozei intestinale ce aparțin genurilor obligative: *Bifidobacterium* și *Lactobacillus* [23, 24, 25, 7]. Deasemenea este constatat, că tocmai aceste genuri de bacterii îndeplinesc un rol esențial în activitatea vitală a macroorganismului pentru că posedă de proprietăți probiotice [20, 6,

5, 14]. De aceea din cele expuse a reeșit și scopul prezentei lucrări, care a prevăzut evidențierea speciilor de microorganisme aparținute la genurile obligative bacteriocenozei tractului gastrointestinal uman, studiarea proprietăților lor utile principale pentru macroorganism, fiindcă tocmai ele constituie, în majoritate, sunt considerate și ca probiotice, pentru că îndeplinesc un rol semnificativ în activitatea vitală a organismului [18,12, 8, 21,10, 22] .

Metode și materiale

Atingerea scopului a fost posibilă numai prin cercetarea conținutului intestinal uman, acumulat de la indivizi de diverse vârste (0 – 60 ani). În procesul investigațional s-a dat preferință metodelor de izolare, testare, identificare și selectare a tulpinilor de microorganisme autohtone cu proprietăți sanbiotice. Ultimile s-au studiat în condiții „in vitro” [27, 1]. Tulpinile de microorganisme izolate s-au supus identificării, conform determinantului Bergey, 1997 [24], apoi testării și selectării [2]. Unele proprietăți sabiotice s-au determinat, conform Egorov, 1986, iar altele - Brillis ș.a., 1986 [24].

Rezultate și discuții

Realizarea lucrărilor preconizate a fost inițiată cu izolarea monotulpinilor de microorganisme

cu proprietăți utile pentru macroorganism. În rezultat din conținutul intestinal uman practic sănătos (copii și maturi de diverse vârste 0 – 60 ani) au fost izolate 157 de monotulpini de microorganisme vii, dintre care după studiere și identificare la genul *Lactobacillus* s-au atribuit 78, *Bifidobacterium* - 47, *Enterococcus*–14, *Streptococcus*–12 și *Lactococcus*- 6 tulpini, ceea ce constituia respectiv: 49,70; 29,93; 8,91; 7,64; și 3,82 %.

În continuare, conform testelor prevăzute de determinantul Berdgey (1997), tulpinile izolate au fost identificate până la specie. În rezultat s-a constatat faptul, că cele din genurile *Bifidobacterium* și *Lactobacillus* au prezentat câte 5 specii (*Bifidobacterium bifidum*, *B.longum*,

B.breve, *B.infantis* și *B.adolescentis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobac. lactis*, *Lactobac.casei*, *Lactobac. coryneformis*; *Lactobac.helveticus*), iar din genurile *Streptococcus*, *Enterococcus* și *Lactococcus* - câte o specie la fiecare (*Streptococcus thermophilus*; *Enterococcus faecium* și *Lactococcus lactis*). Atenția principală a fost acordată determinării proprietăților sanbiotice. În calitate de acestea s-a considerat activitatea antagonistă și capacitatea adezivă a fecărei tulpini [24]. În rezultat s-a constatat, că cele mai active sunt tulpinile relatate în tabelele 1 și 2, pentru că ele s-a demonstrat un coeficient sporit de combatere a microbilor test și o capacitate adezivă înaltă.

Tabelul 1

Activitatea antagonistă a tulpinilor de microorganisme autohtone, specifice tubului digestiv uman practic sănătos de diverse vârste

Microorganismele	Nr. tulpinilor	Cantitatea de celule microbiene la 1ml de suspensie ai microbilor- test, logaritmi zecimali											
		Microbii-test și numărul tulpinii testate										Coeficientul de combatere a microbilor-test, %	
		E.coli tulp.11		Pr.vulgaris tulp.65		Cl.dificileae tulp.28		Sthp.aureus tulp.209					
		M	E	M	E	M	E	M	E	E.coli 11	Pr.vulgaris 65	Cl.dificileae 28	S.aureus 209
Lactobacillus acidophilus	72	6,78	4,04	5,11	3,43	4,70	3,32	8,30	5,95	40,41	35,42	29,36	28,31
	103	7,53	4,17	5,36	3,00	5,11	3,38	8,20	5,30	44,62	44,02	33,85	35,36
	105	7,89	4,25	5,43	3,04	5,30	3,36	8,63	5,23	46,13	44,01	36,60	39,39
	115	6,64	3,95	5,34	3,07	5,73	3,23	8,49	5,43	40,51	42,50	43,63	36,04
	119	7,60	4,30	5,38	2,90	5,87	2,77	8,72	4,95	43,42	46,09	52,81	43,23
L.lactis	101	6,88	4,77	5,30	3,17	5,36	3,46	7,95	5,20	30,66	40,18	34,44	34,59
	108	7,25	4,64	5,00	2,94	5,66	3,53	7,78	5,11	36,00	41,20	37,63	34,31
	112	7,36	4,20	4,81	2,77	5,59	4,04	8,74	5,83	42,93	42,41	27,70	33,29
L.helveticus	64	7,53	5,27	5,17	3,07	4,37	3,25	8,45	6,17	30,94	40,65	25,62	26,98
	85	7,67	4,86	5,23	3,23	4,20	3,11	8,53	6,20	36,63	38,24	25,95	27,31
	98	6,85	4,54	5,20	3,7	4,63	3,23	8,77	6,30	33,72	39,03	30,23	28,16
L.casei	59	7,85	5,23	5,34	3,23	4,59	3,43	8,65	6,30	33,37	39,51	25,27	27,16
	124	6,75	4,23	5,23	3,11	5,63	3,32	8,50	5,59	37,33	40,53	41,03	34,23
L.coryniformis	71	7,74	4,53	5,84	3,11	5,80	2,65	8,89	5,25	41,47	46,74	54,31	40,94
	82	6,53	3,88	5,14	3,04	4,53	3,14	8,70	6,04	40,58	40,85	30,68	30,57
Bifidobacterium bifidum	20	7,25	5,14	5,25	3,20	4,46	3,30	8,58	6,25	29,10	39,04	26,00	27,15
	41	7,43	5,20	5,04	3,07	4,04	3,20	8,32	5,93	30,01	36,48	20,79	28,72
B.longum	14	7,20	5,07	5,11	3,43	4,70	3,32	8,30	5,95	29,58	35,42	29,36	28,31
	33	7,83	5,68	5,00	3,20	4,65	3,25	8,88	6,50	27,45	36,00	30,10	26,80
B.adolescentis	31	7,20	5,53	5,17	3,25	5,25	3,90	8,58	6,25	23,19	37,13	25,71	27,15
	26	7,32	5,11	5,14	3,23	5,80	4,34	8,74	5,83	30,19	37,15	25,17	33,29
B.infantis	42	7,14	5,25	4,88	3,11	5,53	4,11	8,77	6,30	26,47	36,27	25,67	28,16
	47	6,30	4,88	5,46	4,04	5,60	4,23	8,58	6,25	22,53	26,00	24,46	27,15
Streptococcus thermophilum	131	6,81	5,36	5,38	3,46	5,53	4,11	8,45	6,17	21,29	35,68	25,67	26,98
Enterococcus faecium	133	7,20	5,53	5,17	3,25	5,25	3,90	8,30	5,95	23,19	37,13	25,71	28,31
Lactococcus lactis	144	7,46	5,85	5,11	3,07	5,80	4,34	8,45	6,17	21,58	39,72	25,17	26,98

Notă: Loturile: M – martor; E – experimental

Tabelul 2

Capacitatea adezivă a monotulpinilor de microorganisme selectate

Microorganismele	Numerele tulpinilor	Cantitatea de celule microbiene Aderate pe suprafața a 25 de ertrociite umane native.	Indicele mediu al adeziunii
Lactobacillus acidophilus	72	124,15	4,96
	103	121,30	4,85
	105	133,40	5,33
	115	119,80	4,79
	119	120,20	4,80
L.lactis	101	115,30	4,61
	108	116,20	4,64
	112	114,15	4,56
L. helveticus	64	113,70	4,54
	85	117,55	4,70
	98	115,60	4,62
L. casei	59	97,20	3,88
	124	101,40	4,05
L. coryniformis	71	104,25	4,17
	82	78,75	3,15
Bifidobacterium bifidum	20	124,30	4,97
	41	119,50	4,78
B. longum	14	126,00	5,04
	33	121,40	4,85
B. adolescentis	31	114,30	4,57
B. infantis	26	111,35	4,45
	42	107,90	4,31
B. breve	47	94,40	3,77
S.thermophilum	131	106,40	4,25
E. faecium	133	116,15	4,66
L. lactis	144	89,70	3,58

Comparând datele obținute cu cele reflectate în tabelul 1, se poate afirma, că mai active s-au dovedit a fi tulpinile de bacterii autohtone, specifice tubului digestiv uman din genul *Lactobacillus*, apoi – *Bifidobacterium*, *Streptococcus*, *Enterococcus* și *Lactococcus*. Conform indicelui adeziunii s-au evidențiat următoarele specii și monotulpini de microorganisme cu activitate sporită: *Lactobacillus acidophilus* și monotulpinile 72,105, *L. lactis* -108, *L. helveticus* - 85, *L. casei* – 124, *Bifidobacterium bifidum* – 20, *B. longum* – 14, *B. infantis* – 26 și la *Enterococcus faecium* tulpina 133. Cele nominalizate pot fi recomandate spre testare în condiții „in vivo”.

Așadar, în baza rezultatelor testării “in vitro” a tulpinilor de microorganisme autohtone (isolate și

identificate în premieră), în baza unor proprietăți sanbiotice (activității antagoniste și capacității adezive), au fost selectate 26 tulpini de bacterii cu potențial sanobiotic, ne permite utilizarea lor în diverse destinații, inclusiv și sanogenă. Aceasta se datorează potențialului de a proteja organismul uman de microbi test, utilizați (*Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, *Clostridium difficileae*, *Staphylococcus aureus*), fiind în același timp și reprezentanți principali ai microflorei condiționat patogene sau cauzanților provocatori ai dismicrobismului și disfuncțiilor intestinale diareice. Prin aceasta putem conchide, că ele contribuie la menținerea sănătății macroorganismului. Acest fapt argumentează raționalitatea denumirii lor ca microorganisme sanbiotice, pentru că, în literatura de specialitate ele sunt considerate ca probiotice [20, 6, 5, 14].

Concluzii

1. Din 157 de monotulpini de microorganisme izolate și identificate până la gen în premieră respectiv 49,70; 29,93; 7,64; 3,82 și 8,91% au fost caracteristice celor din genurile *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Streptococcus*, *Enterococcus* și *Lactococcus*.

2. În baza coeficientului de combatere a microbilor test (*Escherichia coli* tulpina cu nr.11, *Proteus vulgaris* tulpina cu nr.65, *Clostridium difcileae* tulpina cu nr.28, *Staphylococcus aureus* tulpina cu nr.209), s-au evidențiat numai 26 monotulpini de microorganisme autohtone, care au manifestat o activitate antagonistă sporită și pot fi popuse spre utilizare la elaborarea preparatelor microbiene cu destinație sanogenă, ceea ce constituie 16,56 %.

3. Capacitatea adezivă a microorganismelor testate poate fi considerată ca proprietate sanbionică semnificativă, pentru că contribuie la majorarea rolului de protecție intestinală față de cauzanții maladiilor gastrointestinale de etiologie bacteriană.

4. Tulpinile de microorganisme, selectate, pot fi recomandate spre utilizare la producerea remediilor medicamentoase numai în cazul prezenței la ele a proprietăților sanbiotice studiate (activității antagoniste sporite și indicilor înalți de adeziune).

Referințe bibliografice:

1. Angelov A., Gotcheva V., Kuncheva R. **Development of a new oat-based probiotic drink.** //Int. J. Food Microbiol. – 2006. - 112(1):75-80.
2. Eutamene H., Bueno L. Role of probiotics in correcting abnormalities of colonic flora induced by stress. //Gut. – 2007. - 56(11):1495-1497.
3. Furrie E., Senok A.C., Frank D.N. Pondering probiotics. //Clin. Immunol. – 2006. - 21(1):19-22.
4. Hammerman C., Bin-Nun A., Kaplan M. Safety of probiotics: comparison of two popular A strains. //BMJ. – 2006. - 333(7576):1006-1008.
5. Hummel S., Hertel C., Holzapfel W.H. Antibiotic resistances of starter and probiotic strains of lactic acid bacteria. //Appl. Environ. Microbiol. – 2007. - 73(3):730-739.
6. Kastel R., Bomba A., Herich R. et al. Effect on the immune system of germ-free piglets of probiotics potentiated with polyunsaturated fatty acids. //Berl. Munch. Tierarztl. Wochenschr. - 2007. - 120(5-6):221-225.
7. Kim P.I., Jung M.Y., Chang Y.H. et al. Probiotic properties of *Lactobacillus* and *Bifidobacterium* strains isolated from porcine

gastrointestinal tract. //Appl. Microbiol. Biotechnol. – 2007. - 74(5):1103-1111.

8. Kim E.Y., Kim Y.H., Rhee M.H. et al. Selection of *Lactobacillus* sp. PSC101 that produces active dietary enzymes such as amylase, lipase, phytase and protease in pigs. //J Gen. Appl. Microbiol. – 2007. - 53(2):111-117.

9. Klingberg T.D., Budde B.B. The survival and persistence in the human gastrointestinal tract of five potential probiotic lactobacilli consumed as freeze-dried cultures or as probiotic sausage. //Int. J. Food Microbiol. – 2006. - 109(1-2):157-159.

10. Liong M.T. Probiotics: a critical review of their potential role as antihypertensives, immune modulators, hypocholesterolemic, and perimenopausal treatments. //Nutr Rev. – 2007. - 65(7):316-328.

11. Manninen T.J., Rinkinen M.L., Beasley S.S., Saris P.E. Alteration of the canine small-intestinal lactic acid bacterium microbiota by feeding of potential probiotics. //Appl. Environ. Microbiol. – 2006. - 72(10):6539-6543.

12. Mountzouris K.C., Tsirotsikos P., Kalamara E. et al. Evaluation of the efficacy of a probiotic containing *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Enterococcus* strains in promoting broiler performance and modulating cecal microflora composition and metabolic activities. //Poult. Sci. – 2007. – 86 (2):309-317.

13. Olivares M., Diaz-Ropero M.P., Gómez N. et al. The consumption of two new probiotic strains, *Lactobacillus gasseri* CECT 5714 and *Lactobacillus coryniformis* CECT 5711, boosts the immune system of healthy humans. //Int. Microbiol. – 2006. – 9 (1):47-52.

14. Parvez S., Malik K., Kang S. Probiotics and their fermented food products are beneficial for health. //J. Appl. Microbiol. – 2006. – 100 (6):1171-1185.

15. Penders J., Thijs C., Vink C. et al. Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. // Pediatrics. – 2006. – 118 (2):511-521.

16. Sanders M.E. Summary of probiotic activities of *Bifidobacterium lactis* HN019. //J Clin. Gastroenterol. - 2006. – 40 (9):776-783.

17. Sobko T., Huang L., Midtvedt T. et al. Generation of NO by probiotic bacteria in the gastrointestinal tract. //Free Radic. Biol. Med. – 2006. -15;41(6):985-991.

18. Splechtna B., Nguyen T.H., Zehetner R. et al. Process development for the production of prebiotic galactooligosaccharides from lactose using beta-galactosidase from *Lactobacillus* sp. //Biotechnol. J. – 2007. – 2 (4):480-485.

19. Valerio F., De Bellis P., Lonigro S.L. et al. In vitro and in vivo survival and transit tolerance of potentially probiotic strains carried by artichokes in the gastrointestinal tract. //Appl. Environ. Microbiol. - 2006. - 72(4):3042-3045.

20. Vitali B., Turrone S., Dal Piaz F. et al. Genetic and proteomic characterization of rifaximin resistance in *Bifidobacterium infantis* BI07. //Res. Microbiol. – 2007. – 158 (4):355-362.

21. Timoșco Maria. Stresul și flora microbiană intestinală. Chișinău, 2005, 172 p.

22. Timoșco Maria, Velciu Aliona, Florea Natalia. Proprietățile de bază ale unor reprezentanți obligativi ai bacteriocenozei intestinale la copii. //Bul. Perinatologie. – 2010. – 1 (45). – P.32-35.

23. Петровская В.Г., Марко О.П. Микрофлора человека в норме и патологии. М.–1986.– 232с.



Domnului
Mircea SNEGUR,
Primului Președinte
al Republicii Moldova,
doctorului în agricultură,
Omului de Omenie – cu
ocazia jubileului
de 70 de ani



V-ați născut la 17 ianuarie 1940, în dric de iarnă,
 Când gerul e cel mai iute pe afară!

Anume, atunci Barza în familia Snegur a adus un băiețaș,
 Cu prenumele de Mircelaș!

Copilăria v-a trecut prin vremuri grele,
 Ani de război, foamete, deportări și alte rele!
 Dar părinții de toate greutățile v-au salvat,
 Crescând un băiat voinic, frumos și cu-n caracter cumpătat!

Școala medie în 1956 în satul Frumușica, raionul Florești cu note bune ați finisat

Și părinții, mulțumiți de rezultate, v-au sfătuit, v-au îndemnat,

Actele la Institutul Agricol din Chișinău de înaintat,

Unde concursul de admitere în același an cu brio l-ați luat,

Iar studiile superioare numai cu note bune și foarte bune în 1961 le-ați terminat!

După care în 1961-1968 în calitate de agronom, apoi Președinte de colhoz

în satul Lunga, Florești ați activat,

Studiind și analizând într-o practică mai aprofundată agricultura de la sat!

Apoi acumulând o practică bogată timp de 7 ani în agronomie,

Ați purces la studii în doctorantură la același Institut, Catedra de Fitotehnie.

Totodată în anii 1968-1973 și în postul de Director al Stației Experimentale pentru culturi de câmp ați mai activat,

Care cu susținerea spectaculoasă a tezei de doctorat s-a finisat

Și rapid gradul de doctor în agricultură vi s-a confirmat!

În anii 1973-1978 în funcția de Șef a Direcției Principale a Științei Agricole

a Ministerului Agriculturii cu succes ați activat,

Apoi în anii 1978-1981 în postul de Director General al Asociației Științifice de Producție

“Selecția” ați fost transferat,

Activând în același timp și ca Director al Institutului de Cercetări Științifice în

domeniul culturilor de câmp, în Bălți amplasat,

În scopul sporirii productivității produselor agricole pentru popor și Stat!

E necesar de menționat, că în cu toate funcțiile ce s-au nominalizat

V-ași isprăvit cu sârguință, cum i se cuvine unui Om de Stat!

În anii 1981-1989 în diferite funcții de partid ați activat,

Iar în 1989-1990 în postul de Președinte al Sovietului Suprem, ulterior al Parlamentului RM ați fost votat!

Unde ați depus mari eforturi, tact și dibăcie în nașterea Actualului Stat!

Cu numele de „Republica Moldova”, pe care l-ați creat!

În 1990-1996 ați fost ales de tot poporul în postul de Președinte al Republicii Moldova,

Unde ați fost mai mult cu fapta, decât cu vorba!

Sub conducerea Dumneavoastră Suveranitatea și Independența RM s-au proclamat

Ați contribuit personal la formarea organelor statale,

Care erau necesare pentru a Republicii Moldova funcționare!

Dumneavoastră războiul cu Transnistria l-ați stopat,

Însă, din păcate, RM de răufăcători în 3 părți s-a divizat,

După cum de Kremlin anterior era proiectat!

Dumneavoastră ați fost totdeauna pentru credință,

Religie și pocăință,

Ca generații în viitor

Să fie mândri de acest popor!

Fie mândri și de d-nul M.Snegur, fost Primul Președinte,

Căci a fost lucid la minte!

Mai fiind și un Mare Curajos,

El din imperiul sovietic ne-a scos!

Ați pledat și pentru limbă,

Ce se vede ca-n oglindă,

Că ea este cea română,

Rămânând și azi în frână!

Dumneavoastră, cu vârf și îndesat, ați demonstrat:

Competență, viabilitate și tărie de caracter, pentru ca tragedia națională din 1992 de evitat!

Eu personal în 1996 mai de aproape v-am cunoscut și admirat,

Atunci, când la jubileul de 100 ani ai Spitalului „T.Ciorbă” ați participat

Și câteva persoane cu ordine și medalii ați decorat!

În calitate de persoană de încredere a Dumneavoastră în alegerile prezidențiale

din 1996 am participat,

Dar, din păcate, alegerile nu le-am câștigat!

Ulterior la unele sindrofii ne-am mai întâlnit,

Ba și la jubileul meu de 70 de ani v-am poftit, la care un discurs frumos de felicitare ați ținut!

Dumneavoastră și astăzi sunteți unul din puținii stejari cei mai are

Moldova lui Ștefan cel Mare!

Care seamă pe lume n-are

Și de ea e mândru tare!

În 1995 Partidul Renașterii și Concilierii din Moldova l-ați înființat

Pe care până în 2002 în calitate de Președinte l-ați dirijat!

În baza acestuia Partidul Liberal s-a creat,

Căruia încă trei formațiuni politice s-au alăturat!

Pentru eforturile colosale și meritele deosebite acumulate

Ați fost menționat cu multe medalii guvernamentale, pe bună dreptate,

Dar și cu Ordinul Republicii pentru neobosita și vasta activitate!

Obținând și titlul triplu de „Doctor Honoris Causa” de la două Universități locale

și alta din străinătate!

Parcă ați izbutit să faceți multe de toate,

Vă mai trebuie și o trainică sănătate!

Sănătate vă dorim un car

În actualul centenar!

Soția, fiica, ginerele, nepotul și tot neamul la mulți ani să vă trăiască

Și toată familia Snegur să-nflorească!

Încă odată pentru toți multă, multă sănătate

Și iertarea Domnului de păcate!

17.01.2010

*Cu profund respect profesorul universitar,
la USMF „Nicolae Testemițanu”, Savant Emerit
Constantin ANDRIUȚĂ*

GRIPA PROVOCATĂ DE VIRUSUL A (N₁H₁) SAU PANDEMICĂ NOUĂ

Din aprilie 2009 pe glob ai apărut,
Afectând populația din Mexic și SUA la-nceput,
Ulterior te-ai răspândit vertiginos.
Infectând lumea din multe țări, culcând-o jos!

Inițial ai fost determinată de OMS ca o epidemie,
Care rapid te-ai transferat în pandemie!
Până la sfârșitul lunii noiembrie 2009 ai afectat populația din 207 țări,
La mulți provocându-le scârbă și mari dureri!

Ești prima pandemie de gripă în actualul secol,
Provocând, ca și celelalte trei pandemii din secolul trecut, printre populație un mare pericol,
Fiind de virusul A (N₁H₁) cauzată,
Afectezi mulți oameni laolaltă!

Se presupune, că acest virus structura antigenică anterioară și-a schimbat,
Deoarece cu virusurile porcine și aviare s-a ncrucișat.
Astfel, față de el populația imunitate n-are,
Devenind la acțiunea lui sensibilă tare!

În calitate de sursă de infecție servește
Omul bolnav de gripa A (N₁H₁), de la care cel sănătos se-nbolnăvește,
Deoarece virusul pe calea aero- picături se răspândește!
Mai ales prin tuse, grai apăsate și strănut,
Menținându-se și ele nu prea mult,

Dar și prin obiecte, mâini murdare infectate,
Ce-s cu virusuri încărcate!
Probabil, că în calitate de a infecției sursă
Mai servesc pacienții cu portaj de virus și forme de boală ascunsă,

Care deloc nu-s studiate,
Ce prezintă o problemă aparte,
Deoarece acești pacienți de medici încă nu sunt depistați,
Dar ei, nefiind izolați, răspândesc virusul gripal, nefiind de nimeni „împedicați”.

După perioada de incubație cu-n termen scurt
Debutezi brutal și-acut!
Cu febră-naltă și frison,
Tuse seacă și insomn,

Cu mialgii, cefalee fronto-temporală,
Fotofobie, lacrimație și durere orbitală,
Sclerită, conjunctivită, mialgii și moleșală,
Ce-s caracteristice pentru această boală!

În tabloul clinic principal:
E intoxicația sporită și sindromul cataral,
Ultimul ulterior devine mai pronunțat,
Chiar de bolnavu-i culcat în pat!

Mai pot fi dureri în faringe, abdominale, vome și inapetență,
Diaree și puls de o intensă frecvență!

În cazuri grave rapid diverse traheite, bronșite și pneumonii apar,
Ce-i aduc pacientului multă jale și amar!

Insuficiența cardio-respiratorie recent apărută, brusc progresează
De sănătatea bolnavului rapid se deteriorează,
Și la el saturația pulmonară cu oxigen evident se micșorează!
Din 2066 pacienți cu gripa nouă până la 4.12.09 în RM confirmați,
Numai 13 din cauza adresării tardive și pneumoniilor complicate cu insuficiențe
cardio-respiratorii au fost decedați,
Iar pe glob până la data menționată 8768 de bolnavi sunt decedați!

În cazuri grave ale acestei gripe la copii
Mai frecvent și rapid la ei apar pneumonii,
Ba chiar meningoencefalite și arahnoidite,
Ce-i lasă cu inimile fripte!

Și mai gravă-i gripa la micii copii,
Care decurge c-o intoxicație sporită și multe convulsii,
C-o respiratorie insuficiență,
Ce pe copil cu moartea îl amenință!

Deoarece gripa nouă cu multe boli ale căilor respiratorii are asemănare
Ea necesită obligatoriu prin metode de laborator a diagnosticului confirmare,
Dintre care au o importanță mare
Depistarea tulpinei virale A (N₁H₁) și reacția (PCR) în lanț de polimerizare.
Mai pot fi și metode serologice în dinamică utilizate
Pentru confirmarea maladei în cazuri de adresări întârziate.

La o parte din pacienți cu această maladie
Se mai pot determina o leucocitoză și hipertransaminazemie,
De asemenea, o hiperlactatdehidrogenazemie
Și o creatininfosfokinazemie.

Măsurile contra gripei A (N₁H₁) pentru a omului sănătos protejare
Constau în a bolnavilor precocea depistare și izolare,
Purtarea măștilor de protejare,

Invitarea imediată la domiciliu a medicului de familie pentru a bolnavului consultare,
Iar pentru acei cu forme ușoare se administrează și specifică tratare,
De asemenea, se mai prescriu metode pentru a încăperilor dezinfectare.

Bolnavii cu forme de gripă nouă semigrave, grave și foarte grave se spitalizează
Și în dependență de gravitatea maladei se tratează!
Ar mai fi absolut necesară pentru utilizare
Vaccinarea măcar a contingentelor de persoane cu risc major de infectare,
Așteptând de a primi cât mai rapid ajutor cu vaccin antiviralului (H₁N₁) gripal din țările de peste hotare!

8.12.2009

Constantin Andriuță,
*doctor habilitat în medicină,
Profesor universitar la catedra Boli infecțioase,
tropicale și parazitologie medicală a USMF
„Nicolae Testemițanu”, Om Emerit*

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 standard: introducere, materiale și metode, rezultatele studiului, discuții, concluzii și recomandări. Publicațiile de reviu și cele farmaceutice nu vor depăși ca volum 20 de pagini și 50 de referințe.

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

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

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

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

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.

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

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

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

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

Clinica oncologie-microchirurgie, et.3

prof. Ion Mereuță, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.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 подаются на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

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

Клиника онкологии и микрохирургии, эт.3

профессор Ион Мереуцэ, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.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, Oncology-Microsurgery Clinics,

30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

email: lax@mail.md.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate