ISSN 1810-3936

INFO·MED

Revistă ştiinţifico-practică

APARE SEMESTRIAL 2 (22) 2013

Redactor-şef Ion MEREUŢĂ

Vice-redactor Gh. ROTARU
Asistenţi ai redactorului V. CARAUŞ, D. EFTODII
Redactor tehnic L. AXINTE
Asistent V. ŞVEŢ

Colegiul de redacţie:

I. ABABII, Chişinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chişinău, RM
Gh. ŢÎBÎRNĂ, Chişinău, RM
C. EŢCO, Chişinău, RM
D. TINTIUC, Chişinău, RM
M. CECAN, Chişinău, RM
V. RUDIC, Chişinău, RM
V. FRIPTU, Chişinău, RM
M. BULANOV, Moscova, Rusia
M. NECHIFOR, Iaşi, România
A. PETROPOULUS, Grecia
I. COCUBO, Japonia
Vadim COJOCARU, Chişinău, RM
Victor COJOCARU, Chişinău, RM
A. TESTEMIŢANU, Chişinău, RM
I. CORCIMARU, Chişinău, RM
D. SOFRONI, Chişinău, RM
S. SOFRONIE, Romania
E. DIUG, Chişinău, RM
S. GROPPA, Chişinău, RM
V. BOTNARU, Chişinău, RM
C. ANDRIUŢA, Chişinău, RM
A. CERNII, SUA
Gh. MUŞET, Chişinău, RM
V. BAIRAC, Chişinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia
M. MAGDEI, Chişinău, RM
V. PUŞKARIOV, Kiev, Ucraina
E. GUDUMAC, Chişinău, RM
V. CAZACOV, Chişinău, RM
Gr. CHETRARI, Bălţi, RM
N. TARAN, Chişinău, RM
V. GHICAVÎI, Chişinău, RM
V. HOTINEANU, Chişinău, RM
P. IABLONSCHI, St. Peterburg (Rusia)
V. SAVIN, Chişinău, RM
T. ŢÎRDEA, Chişinău, RM
A. SAULEA, Chişinău, RM
V. MITIS, Moscova (Rusia)
Iu. TITOV, Moscova, Rusia
I. CUVŞINOV, Chişinău, RM
N. CAPROŞ, Chişinău, RM
A. PĂDURE, Chişinău, RM
N. GHIDIRIM, Chişinău, RM
A. TĂNASE, Chişinău, RM
Gr. ZAPUHLÎH, Chişinău, RM
S. ŞTEPA, Chişinău, RM
A. BOUR, Chişinău, RM
N. GLADUN, Chişinău, RM
D. CROITORU, Chişinău, RM
V. CERNAT, Chişinău, RM
L. PUTIRSCHII, Minsk, Belarusi
I. ARTENI, Chişinău, RM
N. BODRUG, Chişinău, RM

Adresa redacţiei:
MD 2025, Chişinău, str. Testemiţanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie, et.5
prof. univ. Ion Mereuţă, tel. 85.24.14
www.ionmereuta.md, e-mail: veronicashvet@gmail.com

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

CUPRINS

Bîlba Valeriu, Mereuţă Ion, Cernat Victor 3
MANAGEMENTUL SERVICIULUI ONCOLOGIC SPECIALIZAT ŞI PRINCIPIILE SCREENING-ULUI CANCERULUI PULMONAR

Lupu Svetlana 15
PLĂŢI DIRECTE ŞI SUPLIMENTARE PENTRU SERVICIILE MEDICALE

Albot Veceslav 20
TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PANARICIULUI ÎN CONDIŢIILE CENTRULUI CHIRURGIE DE AMBULATOR URBAN

Monastîrscaia Nadejda, Şveţ Veronica 25
SINDROAMELE PARANEOPLAZICE NEUROLOGICE ŞI IMPORTANŢA LOR ÎN VIGILENŢA ONCOLOGICĂ A MEDICILOR NEUROLOGI

Irina Tripac, Ion Mereuţă, Veronica Şveţ 29
SCREENINGUL RUDELOR ASIMPTOMATICE DIN FAMILIILE CU RISC SPORIT DE CANCER EREDITAR AL ORGANELOR REPRODUCTIVE LA FEMEI

Bodrug Nicolae, Barba Doina, Zlatovcen Ala, Negara Anatol, Botezatu Adriana, David Ludmila 32
EFICACITATEA TERAPIEI CU OZON LA PACIENŢII VARSTNICI CU HIPERTENSIUNE SISTOLICĂ IZOLATĂ

Felicia Lupaşcu-Volentir, Anatolie Negară, Elena Coşciug, Andrei Timotin, Valeria Lungu 36
EVALUAREA FACTORILOR DE RISC AI INSUFICIENŢEI CARDIACE CRONICE DECOMPENSATE LA VARSTNICI

Prepeliţa Diana 40
PRIORITĂŢILE METODELOR DE DIAGNOSTIC ALE CANCERULUI GLANDEI MAMARE ÎN CONDIŢII DE AMBULATORIU

Prepeliţa Diana 36
VALOAREA SEMNIFICATIVĂ A DIFERITELOR METODE DE DIAGNOSTIC ÎN RATA DEPISTĂRII CANCERULUI GLANDEI MAMARE IN REPUBLICA MOLDOVA

Irina Tripac 44
SCREENINGUL FAMILIILOR CU RISC SPORIT DE CANCER EREDITAR AL ORGANELOR REPRODUCTIVE LA FEMEI

JUBILEU 50
Profesorul Vasile BAIRAC 60 de ani

CERINŢELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR 52

CONTENTS

Bilba Valeriu, Mereuta Ion, Cernat Victor
SPECIALIZED ONCOLOGY SERVICE MANAGEMENT PRINCIPLES AND LUNG CANCER SCREENING

Lupu Svetlana
DIRECT AND ADDITIONAL PAYMENTS FOR MEDICAL SERVICES

Albot Veceslav
SURGICAL TREATMENT OF PANARITIUM WITHIN THE URBAN CENTER OF AMBULATORY SURGERY

Monastirscaia Nadejda, Svet Veronica
PARANEOPLASTIC NEUROLOGICAL SYNDROMES AND THEIR IMPORTANCE IN ONCOLOGY VIGILANCE ONCOLOGISTS

Irina Tripac, Ion Mereuta, Veronica Svet
SCREENING ASYMPTOMATIC RELATIVES OF FAMILIES WITH HEREDITARY CANCER RISK IN WOMEN OF REPRODUCTIVE ORGANS

Bodrug Nicolae, Barba Doina, Zlatovcen Ala, Negara Anatol, Botezatu Adriana, David Ludmila
EFFICACY OF ZONE THERAPY IN ELDERLY PATIENTS WITH ISOLATED SYSTOLIC HYPERTENSION

Felicia Lupascu-Volentir, Anatolie Negara, Elena Cosciug, Andrei Timotin, Valeria Lungu
EVALUATION OF RISK FACTORS DECOMPENSATED CHRONIC HEART FAILURE IN ELDERLY

Diana Prepelita
PRIORITIES IN DIAGNOSTIC METHODS OF BREAST CANCER IN OUTPACIENT

Diana Prepelita
SIGNIFICANT VALUE OF DIFFERENT DIAGNOSTIC METHODS OF BREAST CANCER DETECTION IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Irina Tripac
SCREENING OF FAMILIES WITH HEREDITARY SUSCEPTIBILITY TO CANCER OF FEMALE REPRODUCTIVE ORGANS

Vasile BAIRAC'S 60TH ANNIVERSARY

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Articolele au fost recenzate de specialişti de notorietate din domeniu

Bilba Valeriu, d.m., conferenţiar cercetător,
Mereuţă Ion, d.h.m., profesor universitar, şeful catedrei Oncologie, Hematologie şi Radioterapie
Universitatea de Stat de Medicina şi Farmacie „N. Testemiţanu”,
Cernat Victor, d.h.m, profesor cercetător, director general IMSP IO

MANAGEMENTUL SERVICIULUI ONCOLOGIC SPECIALIZAT ŞI PRINCIPIILE SCREENING-ULUI CANCERULUI PULMONAR

In this article the author describes the principals of oncological service and of Screening of lung cancer. It is performed organizational modern oncological service, performing of specialized assistance for patients with malignant tumors including in dependence of type of medical institution, interaction of oncological hospitals with general practitioners. Author describes the priorities of the oncological service in Moldova. One chapter is dedicated to principals of rational organization of Screening of lung cancer, the steps of examination of patient and formation of risk groups of lung cancer, in the article is demonstrated and shown the role of medical regional specialized oncopulmonar councils.

Key word: Oncological Management, principals of early detection, Screening of lung cancer, regional oncopulmonar council.

Drept bază a organizării serviciului oncologic a servit Hotărârea Guvernului Uniunii Sovietice din 30.04.1945, care prevedea crearea in fiecare regiune a unui dispensar oncologic, cu sarcina tratamentului bolnavilor de cancer. Incepand cu anul 1953 s-a implementat evidenţa bolnavilor oncologici nu doar în dispensare, dar şi în toate instituţiile curative din oraşe şi sate. Actualmente serviciul oncologic in Republica Moldova este organizat şi include mai multe verigi. Organizaţia primară a sistemului oncologic este cabinetul oncologic, medicul specialist. Este necesar ca din punct de vedere metodic, medicul cabinetului oncologic să se supună IMSP IO, iar din punct de vedere administrativ, medicului-şef al instituţiei medicale.

Cabinetul oncologic trebuie să îndeplinească următoarele servicii:

1. Organizarea evidenţei şi înregistrarea bolnavilor oncologici, perfectarea documentaţiei oncologice pentru sectorul de deservire a instituţiei medicale.

2. Supravegherea clinică a bolnavilor oncologici, care sunt la evidenţă cu stări precanceroase. In conformitate cu directivele ministeriale precedente majoritatea bolnavilor cu maladii precanceroase se depistează, se iau la evidenţă şi se tratează de către medicul dermatolog, ginecolog, oftalmolog, otolaringolog, terapeut, pneumolog şi alţi specialişti.

3. Toţi pacienţii, care sunt sub supraveghere clinică, sunt repartizaţi pe grupe clinice oncologice:

- grupa I-a – bolnavii cu suspecţie la cancer;
- grupa I-b - bolnavii cu precancere şi tumori benigne;
- grupa II - bolnavii cu tumori maligne, ce necesită tratament specializat (radical);
- grupa II-a - bolnavii cu tumori maligne, supuşi unui tratament radical.
- grupa III – oameni sănătoşi (în urma tratamentului radical a tumorii maligne).
- grupa IV – bolnavi cu forme avansate de cancer supuşi unui tratament paliativ şi simptomatic.

După stabilirea diagnosticului concludent bolnavii din grupa I-a se scot de la evidenţă sau se trec in alte grupe clinice. Examinarea aprofundată a bolnavilor din grupa I-a se va efectua nu mai târziu decât 10 zile după luarea lor la evidenţă.

4. Organizarea examinărilor de profilaxie şi asistenţă metodologică pentru desfăşurarea lor are specificul său. Examinarea profilactică în masă este efectuată de către o echipă de medici de diferite specialităţi pentru cetăţenii angajaţi,

asiguraţi, la fel şi pentru cei neangajaţi şi neasiguraţi e necesar să se efectueze examinarea fluorografică.

5. Acordarea de consultanţă calificată oncologică.

6. Efectuarea măsurilor de educare a populaţiei în domeniul oncologiei.

7. Tratament medical specializat, oportun şi necesar.

Cercetări ştiinţifico-metodice, organizatorice şi metodologice la fel ca şi activitatea de prevenire trebuie să fie desfăşurată de către IMSP Institutul Oncologic şi USMF "N. Testemiţanu", instituţiile de bază în domeniul oncologiei. Acordarea asistenţei specializate pacienţilor cu tumori maligne in ţara noastră are o procedură clară, iar orice pacient ar trebui să ştie unde şi cum să se adreseze pentru consultaţie şi tratament. Această procedură reglementează principalele prevederi de acordare a serviciilor pentru pacienţii cu neoplasme maligne.

1. Asistenţa specializată tuturor pacienţilor cu neoplasme maligne trebuie să se acorde de către instituţiile oncologice specializate.

2. Acordarea asistenţei medicale pacienţilor cu cancer în asemenea instituţii medicale din Republica Moldova, se permite doar după pregătirea specialiştilor în domeniile oncologiei, şi cu licenţă pentru această activitate, precum şi a unui contract cu IMSP Institutul Oncologic sau USMF "N. Testemiţanu". Elaborarea unei tactici terapeutice şi de profilaxie, în acest caz, ar trebui să fie efectuată în comun cu participarea obligatorie a experţilor din IMSP IO, USMF "N. Testemiţanu", medici oncologi, ce va permite tratamentul pacienţilor cu respectarea tuturor principiilor şi componentelor de tratament: chirurgical, medicamentos, radiologic.

3. Asistenţa de specialitate a copiilor, care suferă de tumori maligne poate fi prestată în Centrul Oncopediatric al IMSP IO, unde sunt secţii specializate de oncologie şi hematologie pediatrică cu furnizarea obligatorie de informaţii despre tratamentul efectuat copiilor cu tumori.

4. Reabilitarea pacienţilor bolnavi de cancer la toate etapele de tratament oncologic specializat şi după aceasta, la etapa de ambulator, la domiciliu, la sanatoriu (numai după decizia comisiei de la IMSP IO, CCD).

5. Acordarea asistenţei medicale urgente bolnavilor cu cancer se efectuează de către instituţiile medicale generale, acordând strategia ulterioară pentru continuarea tratamentului cu instituţia oncologică .

6. Acordarea îngrijirii paliative pacienţilor din grupul clinic IV se efectuează în secţiile de acordare a serviciilor paliative a IMSP Institutul Oncologic sau instituţiile de tip general, cu acordul obligatoriu în privinţa strategiei de tratament cu specialiştii-oncologi.

O problemă de management este şi organizarea acordării asistenţei medicale specializate în funcţie de tipul instituţuiei medicale.

1. La Centrul de sănătate – diagnosticul şi depistarea leziunilor precanceroase şi tumorilor maligne de localizare vizuală.

- Examinarea. Medicul examinează pielea, mucoasa buzelor şi a cavităţii orale: palpează abdomenul, pieptul, glanda tiroidă, ganglionii limfatici, efectuează auscultaţie, un examen ginecologic bimanual, tuşeul rectal, examenul citologic de pe colul uterin şi canalul cervical.
- Termenul – 1 zi.
- Serviciile – toţi bolnavii suspecţi cu boli maligne şi boli precanceroase vor fi trimişi la Institutul Oncologic.
- **Tratamentul tumorilor maligne** – tratamentul simptomatic al pacienţilor din grupa clinică IV (conform indicaţiilor medicului).
- **Calitatea tratamentului** – crearea stării de confort pe toată perioada de tratament.

2. **În CMF şi AMT** – detectarea tumorilor maligne şi maladiilor precanceroase, formarea grupurilor de risc, tratament paliativ al pacienţilor din grupa clinică IV, tratament de recuperare şi reabilitare.

♦ Medicii efectuează – diagnosticul bolilor precanceroase, diagnosticul de cancer de localizare vizuală, diagnosticul stării funcţionale ale organelor şi sistemelor bolnavului de cancer, propune metode medicale de reabilitare.

♦ Domeniul de activitate – organizarea registrului (cartotecii) de date a grupurilor de risc, îndreptarea pacienţilor cu cancer identificat şi a pacienţilor suspectaţi cu boli de cancer la instituţia centrală specializată. Efectuarea tratamentului de recuperare şi reabilitare a bolnavilor de cancer (conform recomandărilor medicului oncolog), în condiţii de ambulatoriu sau spital, îndreptarea pentru tratament a pacienţilor din grupa clinică IV,

tratarea sindromului durerii acute în secţia teritorială a instituţiilor de ajutor paliativ sau hospis.

♦ Examinarea vizuală şi controlul – se examinează pielea, mucoasa buzelor şi a cavităţii orale, se palpează abdomenul, pieptul, glanda tiroidă, ganglionii limfatici, se efectuează auscultaţia, un examen ginecologic bimanual, se efectuează tuşeul rectal, examenul citologic de pe colul uterin şi canalul cervical, se stabileşte starea funcţională a organelor şi sistemelor bolnavului oncologic (ECG, ecografie, raze X).

♦ Tratamentul – 1-2 zile.

♦ Măsuri terapeutice – reabilitarea în condiţii de ambulatoriu sau staţionar a pacienţilor; reabilitarea în condiţii de staţionar a pacienţilor cu tumori maligne după un tratament medical radical, tratamentul simptomatic a bolnavilor cu stadiul IV a bolii, tratamentul sindromului algic.

♦ Termenul – pe întreaga perioadă de tratament.

♦ Calitatea tratamentului – mărirea numărului de bolnavi examinaţi şi micşorarea numărului de bolnavi oncologici de stadiul III–IV din numărul de pacienţi înregistraţi în grupul de risc.

3. **IMSP Spitale raionale, municipale şi republicane -** organizarea de diagnostic precoce a tumorilor maligne, examinarea clinică a grupurilor de mare risc, tratamentul de reabilitare a pacienţilor de cancer, acordarea de îngrijiri medicale a pacienţilor cu participarea obligatorie a specialiştilor oncologi calificaţi, îngrijire paliativă pentru pacienţii din grupul clinic IV a bolii.

☐ Activitatea – organizarea măsurilor pentru diagnosticul precoce a tumorilor precanceroase, acordarea asistenţei medicale urgente sau planificate (convenită cu instituţia oncologică), îndreptarea tuturor bolnavilor identificaţi sau a pacienţilor cu tumori suspecte la IMSP IO; acordarea tratamentului de reabilitare (conform recoman-dărilor medicului oncolog).

☐ Examinarea vizuală şi controlul – clinic, biochimic, citologic, examinări morfologice, examene cu raze X, endoscopie, biopsie, examinare funcţională, chiuretaj de diagnostic, dacă este necesar, statutul hormonal.

☐ Termenul – 9-10 zile.

☐ Măsuri terapeutice – sanarea şi tratarea grupurilor de pacienţi cu risc sporit oncologic; tratarea bolnavilor de cancer în funcţie de profilul secţiei, cu acordul specialiştilor oncologi; acordarea tratamentului de reabilitare (conform recomandărilor medicului oncolog); acordarea ajutorului urgent în caz de complicaţii în perioada tratamentului; tratamentul simptomatic a pacienţilor cu gradul clinic IV a bolii, tratamentul sindromului algic.

☐ Calitatea tratamentului – mărirea numărului de bolnavi examinaţi cu micşorarea concomitentă a numărului de bolnavi oncologici de stadiul III –IV din numărul de pacienţi înregistraţi in grupul de risc.

☐ Instituţii specializate oncologice: IMSP IO, clinici universitare – asigurarea serviciilor medicale de specialitate complete în staţionar şi ambulatoriu pacienţilor cu tumori maligne şi cu boli precanceroase, tratamentul de recuperare şi reabilitare a pacienţilor cu cancer, supravegherea clinică a pacienţilor de cancer, managementul organizaţional şi metodic a instituţiilor medicale din teritoriu pentru diagnosticarea precoce a tumorilor maligne şi precancer, o analiză sistematică a maladiei şi a deceselor din cauza cancerului la nivel teritorial.

☐ Activitatea – posedarea metodelor moderne de diagnostic, de tratament a tumorilor maligne, metodelor medicinii de recuperare, a metodelor de analiză a stării asistenţei medicale oncologice. Acordarea serviciilor medicale specializate, calificate pacienţilor în condiţii de staţionar şi ambulatoriu, îndreptarea la timp a bolnavilor de cancer gr. clin. III la etapele de recuperare şi reabilitare (conform recomandărilor metodice a IMSP IO şi USMF “N. Testemiţanu”).

☐ Examinarea vizuală şi controlul – prestarea de măsuri de diagnostic pentru a confirma diagnosticul şi a determina procesul de răspândire, starea funcţională a organelor şi sistemelor, şi stabilirea unui plan de tratament.

☐ Termenul – până la 10 zile.

☐ Măsuri terapeutice – implementarea tuturor măsurilor, tratamentul optimal al tumorii şi păstrarea maximală a funcţiei organismului, tratamentul de reabilitare pe toată perioada procesului de tratament.

☐ Termenul - toată perioada procesului de tratament.

☐ Calitatea tratamentului – diminuarea complicaţiilor medicale, letalităţii şi mortalităţii spitaliceşti. Creşterea ratei de supravieţuirii peste 5 ani.

☐ Instituţia specializată în oncologie de jurisdicţie republicană (IMSP IO) – prestarea

serviciilor medicale speciale de calitate înaltă. Acordarea serviciilor medicale speciale in caz de patologie asociată severă.

- Activitatea – perfecţionarea organizării serviciilor medicale; implementarea serviciilor speciale de calitate tehnologică înaltă şi a metodelor de diagnosticare şi tratament a tumorilor maligne; utilizarea metodelor contemporane a medicinii de reabilitare.
- Examinarea vizuală şi controlul – prestarea serviciilor medicale speciale de calitate bolnavilor în condiţii de staţionar şi ambulatoriu; efectuarea tratamentului de recuperare şi reabilitare a bolnavilor de cancer. Prestarea tuturor măsurilor de diagnosticare modernă pentru a confirma diagnosticul şi a determina procesul de răspândire, starea funcţională a organelor şi sistemelor, şi de elaborarea unui plan de tratament.
- Calitatea examinării – ameliorarea calităţii diagnosticului (reducerea procentului de diagnostic tardiv, comparativ cu diagnosticul final din spital în ansamblu cât pentru maladie, atât şi privind răspândirea procesului). Scăderea procentului de refuz a unui tratament special. Reducerea mortalităţii.
- Măsuri terapeutice – implementarea tuturor măsurilor curative, acţiunea optimală asupra tumorii şi păstrarea maximală a funcţiei organismului sau a organului; procesul de tratament şi reabilitare.
- Calitatea tratamentului – diminuarea complicaţiilor medicale, mortalităţii de operaţie sau spitalicească. Creşterea ratei de supravieţuire la 5 ani.

Organizarea serviciilor de tratament oncologic – este un sistem coerent, in care pacientul se mişcă în funcţie de complicitatea bolii. Modelul de examinare şi tratament expus trebuie să fie urmat de bolnavul de cancer şi să nu încalce ordinea şi termenul stabilit de adresare la spital. Încălcarea acestor reguli simple duce la aglomerare, avand ca rezultat pierderea de timp preţios pentru tratament. Disciplina medicală în oncologie este unul dintre cei mai importanţi factori de care depinde succesul tratamentului şi gradul de recuperare. De aceea, organizarea serviciului oncologic naţional prevede unele elemente ale supravegherii tratamentului la oricare dintre etape.

E necesar să nu se întrerupă prevederile pe tot parcursul tratamentului, deoarece aceasta afectează calitatea vieţii după tratamentul efectuat.

Un principiu obligatoriu este şi interacţiunea clinicilor oncologice cu medicii generalişti având în vedere situaţia oncoepidemiologică din ţară, problema prioritară a unui medic generalist în toate fazele de contact cu pacientul este acordarea maximă de suspiciune oncologică. În prezent Programele Naţionale de sănătate stipulează că medicii specialişti posedă tot de ce au nevoie pentru diagnosticarea la timp a cancerului. In primul rând, majoritatea localităţilor dispun de echipament endoscopic şi ultrasunet, şi echipamente digitale radiografice. Valoarea medicului de familie este greu de supraapreciat. Colaborarea permanentă a clinicilor oncologice cu medicii de familie şi cu populaţia, care vizează depistarea precoce a cancerului de diferite localizări. Acest lucru prevede mai întâi de toate, o examinare medicală preventivă, adresarea în timp util a pacientului la medic dacă suspectă o oarecare patologie. Astfel, in cazul unor dureri abdominale, dificultăţi de trecere a alimentelor, hemoptizie, prezenţa de mucus şi sânge în scaun, dificultăţi de urinare, prezenţa hematurie, apariţia de noi pete pigmentare pe piele sau creşterea rapidă a celor existente, detectarea unor noduli la sân, necesită o examinare complexă ceea ce îmbunătăţeşte diagnosticarea în timp util la fel şi rezultatele tratamentului tumorilor maligne. Cele menţionate mai sus se referă , în primul rând, la localizarea tumorilor, ce au o creştere semnificativă în ultimii ani: prostata, glanda tiroidă, cancerul colreactal, cancerul de col uterin la femeile tinere, melanomul pielii, sânul. Reieşind din cele expuse, medicul generalist este obligat să efectueze examinarea generală a pielii, ganglionilor limfatici, auscultarea, palparea sânului, prostatei, colonului şi a glandei tiroide. Examinarea anuală a contigentului de femei în cabinetele specializate cu colectarea materialului pentru examinare citologică. În caz de depistare a displaziei de gradul III, pacientele trebuie să fie luate la evidenţă şi să se trateze conform standardelor „tratamentului precancer". Palparea sanului in sala de examinare este obligatorie. Pentru bărbaţi după 40 de ani este prevăzut examenul rectal şi palparea prostatei. O dată pe

an se recomandă determinarea nivelului seric a antigenului specific prostatic. (PSA).

Pacienţilor cu boli ale tractului gastro-intestinal, li se recomandă să treacă o dată în 2 ani ezofagodastroduadenoscopia şi fibrocolonoscopia. Ecografia mamară şi a glandei tiroide să se utilizeze mai bine evaluarea zonelor ganglionilor limfatici regionali. Dacă apare suspiciune oncopatologică a organelor dependente de hormoni se face examinarea obligatorie a glandelor mamare, a glandei tiroide, a ovarelor.

De cele mai multe ori marcherii oncologici se folosesc in monitorizarea proceselor patologice. Această abordare crează condiţii pentru diagnosticarea precoce, de formare a grupelor de risc înalt, reduce morbiditatea şi mortalitatea din cauza tumorilor maligne. Considerăm, că este util să se organizeze conferinţe anuale (seminare) pentru medicii generalişti dedicate formării grupurilor de „risc oncologic sporit". După identificarea la pacient a unor semne clinice de precancer să se organizeze şi să se stabilească un diagnostic diferenţial, să se determine tactica de tratament şi supraveghere pentru depistarea precoce şi de prevenire a tumorilor maligne.

Este necesar de a efectua analiza practică a cazurilor diagnosticului cu carcinom in situ (CIS) şi a cazurilor identificate în etapa primară a bolii.

Se va efectua o analiză a celor mai tipice erori în fiecare caz de recunoaştere a tumorilor maligne la pacienţii cu diagnosticul stabilit prima dată de cancer malign în stadiul IV, o localizare vizuală şi accesibilă la stadiul III de avansare a cancerului.

Analiza „Protocolul cu privire la identificarea la pacient a unei forme avansate de cancer" este obligatorie (forma № 027-2/Y).

Prioritătile Serviciului Oncologic din Republica Moldova trebuie să fie:

√ Dezvoltarea şi implementarea politicilor publice eficiente pentru ameliorarea stării de sănătate a habitatului şi, în consecinţă, obţinerea unui stil de viaţă sănătos (reducerea impactului atropic asupra mediului cu deşeuri industriale şi de consum, acumularea în sol, în apă, în atmosferă, a deşeurilor chimice şi biologice, potenţial periculoase pentru om; crearea unui control eficient al siguranţei alimentelor consumate);

√ Perfecţionarea sistemului examinării profilactice, cu scopul identificării active a patologiilor precanceroase din punct de vedere cancerigen;

√ Extinderea numărului de cabinete de consultanţă oncologică la nivelul serviciului medical primar.

√ Perfecţionarea sistemului de informare a populaţiei pentru măsurile de profilaxie personală şi publică a cancerului.

În acelaşi timp, trebuie de menţionat, că până acum au existat probleme serioase în organizarea reabilitării şi de îngrijire a bolnavilor de cancer. Activităţile medicale şi sociale, de reabilitare psihologică, fizică, socială şi profesională a pacienţilor nu sunt practic finanţate. Există un deficit considerabil de centre, de Hospise şi de centre de gestionare a durerii pentru pacienţii în stadiul terminal al bolii. Aceşti pacienţi au acces limitat la gestionarea adecvată a durerii. Finanţarea întârziată şi incompletă, baza tehnico-materială a instituţiilor medicale, lipsa centrelor oncologice regionale nu permit oferirea asistenţei medicale la nivelul actual necesar. Toate acestea determină necesitatea creării unui sistem mai modern de susţinere a bolnavilor de cancer. Declaraţia drepturilor bolnavilor de cancer, adoptată la Conferinţa Europeană „Sprijin pentru pacienţii de cancer" (Olanda, 28-30 noiembrie 1991) şi Carta de la Paris luptă împotriva cancerului din anul 2000, recunosc dreptul pacienţilor de a trăi o viaţă normală cu acces la reabilitare psihologică, socială şi profesională, precum şi la îngrijire paliativă şi ameliorarea adecvată a durerii. Activitatea consecventă a Serviciului Oncologic din Republica Moldova, bazată pe finanţarea adecvată va contribui la:

- Reorientarea ramurii spre prioritătile profilaxiei şi a depistării active a tumorilor maligne;
- Reorientarea investiţiilor pentru dezvoltarea ramurii date;
- Crearea politicii de stat îndreptată spre ameliorarea calităţii vieţii bolnavilor de cancer;
- Crearea înţelegerii globale şi pozitive a populaţiei, semnificaţiei sănătăţii personale şi a societăţii.

Una din patologiile oncologice cu o morbiditate şi mortalitate înaltă este cancerul pulmonar.

Formele organizaţionale de depistare a cancerului pulmonar şi altor maladii a organelor respiratorii prin dispanserizarea diferitor contingente de populaţie sunt diferite. Este bine cunoscut, că succesul tratării cancerului pulmonar depinde de depistarea precoce a acestuia. Dar, actualmente sistemul de ocrotire a sănătăţii nu posedă metode concrete şi sigure de depistare a cancerului pulmonar, iar sistemul profilactic de depistare a pacienţilor cu maladii cronice a plămânilor, bronhiilor, traheii se efectuează insuficient. Situaţia dată complicată în depistarea şi tratamentul cancerului pulmonar dovedeşte cât de actuală este problema dată. Actualmente, unica metodă reală, care poate contribui la rezolvarea ei este profilaxia, deci stabilirea unui grafic de examinare medicală a diferitor categorii de populaţie, cu scopul depistării maladiilor şi consolidarea sănătăţii oamenilor. Metoda cea mai răspândită din sistemul de examinare profilactică cu scopul depistării nu doar a cancerului, dar şi a tuberculozei, şi a maladiilor nespecifice profesionale ale plămânilor rămâne examinarea radiologică - fluorografia, eficienţa căreia nu constă doar în capacitatea sa informaţională, dar şi specificul examinării populaţiei.

Ghidul metodic cuprinde un şir întreg de măsuri de creare a fluxului de diferite categorii de populaţie pentru examinarea activă fluorografică. La etapa iniţială se prevede munca organizatorică cu populaţia – studierea, evidenţa ei, determinarea perioadei de examinare, anchetarea, pentru acumularea informaţiei cu scopul formării grupelor de risc oncologic avansat. La fel şi citirea calitativă a fluorogramelor, criteriile formări grupului de risc , practica moştenită de la toate serviciile medicale întru depistarea la timp şi stabilirii diagnosticului de cancer pulmonar. Aceasta este o sistemă perfecţionată a formelor periodice şi rezonabile de organizare a Screening-ului cancerului pulmonar, elaborat în urma multiplelor aplicaţii metodice, printre care şi metodele epidemiologice, crearea cartotecilor (fişierelor) de evidenţă a populaţiei, formarea grupelor de risc oncologic şi examinarea clinică a bolnavilor, metode de stabilire a diagnosticului şi alte forme utilizate în instituţiile curative contemporane.

Principiile de bază de organizare raţională a Screening-ului cancerului pulmonar

De fapt, sistema măsurilor de organizare a Screening-ului cancerului pulmonar a populaţiei include 5 etape consecutive:

I. Evidenţa şi formarea grupelor de populaţie pentru examinare profilactică;

II. Selectarea persoanelor cu maladii a organelor respiratorii;

III. Selectarea persoanelor cu patologii a organelor respiratorii cu suspiciune la proces malign;

IV. Examinarea aprofundată pentru stabilirea diagnosticului final;

V. Tratamentul şi dispensarizarea pacienţilor din grupele cu risc oncologic avansat şi bolnavilor de cancer pulmonar.

Menirea de bază a etapelor de examinare profilactică a populaţiei constă în micşorarea consecventă a cercului de persoane examinate, ce permit probabilitatea depistării tumorilor maligne cu cheltuieli mai puţine pentru aceasta. Examinând fluorograma, anchetarea, formarea grupelor cu risc sporit de îmbolnăvire a cancerului pulmonar şi a altor forme de organizare în contextul măsurilor organizatorice, implementarea cărora, în condiţiile sistemului ocrotirii sănătăţii, nu numai că sunt indicate, dar realmente fezabile.

Sunt necesare şi următoarele acţiuni organizatorice:

1. crearea fişelor personale de evidenţă a contingentului populaţiei (Soft special).
2. organizarea fluxurilor populaţiei pentru examinare profilactică.
3. selectarea persoanelor cu risc oncologic.
4. examinarea radiologică pentru selectarea persoanelor cu patologia organelor respiratorii.
5. crearea grupelor cu risc oncologic.
6. examinarea repetată a persoanelor cu suspiciune de cancer pulmonar cu scopul confirmării diagnosticului.
7. organizarea examinării profilactice a „grupului de risc” şi a altor grupuri în conformitate cu termenul pentru examinare de profilaxie.

Printre principiile de bază obligatorii menţionăm:

- In cazul suspiciunii de cancer pulmonar, bolnavul se trimite imediat la IMSP Institutul Oncologic, indiferent de cand a fost depistat, ocolind celelalte instanţe.

- Continuitatea schimbului de informaţie a instituţiilor referitor la rezultatele examinărilor, etapelor lor, etc.

În aşa fel, asistenta medicală, registratorul, medicul de familie, medicii specialişti, oncologul, radioimagiştii, specialiştii din Consiliul medical specializat oncopulmonologic fac schimb permanent de informaţie.

Este foarte important să se creeze sistemul informaţional despre termenele de examinare a fiecărei persoane. În rezultat se organizează examinarea profilactică, sistematică, centralizată, care permite tratamentul sistematic a bolnavilor cu maladii precanceroase, a pneumoniei cronice interstiţiale destructive, a bronşitei cronice obstructive, fibroze postpneumonice sau post-TBC, cu metaplazia epiteliului etc.

Etapa I. Evidenţa fluxului diferitor contingente a populaţiei pentru examinare profilactică

1.1. Crearea Fişierului de evidenţă a persoanelor ce necesită examinare profilactică, care contribuie la:

- evidenţa persoanelor ce necesită examinare profilactică şi verificarea îndeplinirii ei;
- determinarea şi invitarea persoanelor ce necesită examinare profilactică;
- determinarea şi invitaţia persoanelor, ce necesită examenul radiologic.
- evitarea cazurilor examinării repetate a aceloraşi persoane;
- evidenţierea persoanelor, cu risc de îmbolnăvire a cancerului pulmonar şi formarea listei persoanelor cu risc de cancer.

Crearea Fişierului este primul şi cel mai important pas, strict necesar, care se efectuează în termeni restrânşi (1-3 luni) cu selectarea pacienţilor din cadrul fişierului general. Fişierul de evidenţă personală profilactică se creează de fiecare medic de familie. Fişierul se află în cabinetul medicului de familie sau la registratură. Fişierul este condus de o asistentă medicală sau de registrator. Conducătorii instituţiilor medicale sunt responsabili personal pentru crearea acestuia, iar medicii de familie duc responsabilitate pentru crearea fişierului dat. Prima fază de creare a fişierului personal este crearea listei persoanelor, ce necesită examinare profilactică. Asistentele medicale iau datele din registrul medicului de familie şi registrele de evidenţă a primăriilor. Anual se face verificarea şi completarea fişierului în timpul vizitelor cu date din buletinele personale a populaţiei deservite. La întreprinderi acest lucru este dus de către funcţionarul din secţia de resurse umane. Avand în vedere interesul serviciului antituberculoză şi medicogeneral pentru depistarea precoce a cazurilor de tuberculoză şi maladiilor cronice a organelor respiratorii cu ajutorul radiografiei, cartoteca personală (ca formă activă de lucru) în instituţiile medicale, care deservesc populaţia matură, se stabileşte de la vârsta de 18 ani şi mai mult. La baza creării stă fişa examinărilor profilactice a populaţiei (anexa I). datele epidemiologice (profesia, fumatul şi a.) se introduc în fişă pentru ai putea clasa la grupul de risc oncologic şi evidenţa examenului radiologic anumitor grupe de populaţie. Datele din buletinele de identitate sunt introduse de asistenta medicală din listele medicului de familie sau din listele de recensământ a populaţiei. Asistenta medicală transmite datele din fişele de control personalului medical responsabil de fişier. Sistematizarea fişierului se face conform principiului medicului de familie şi/sau a principiului teritorial-locativ: în localităţile rurale- pentru fiecare localitate aparte, iar în interiorul lor – după străzi sau case; in localităţile urbane – după sectoare, străzi, case, apartamente. In ambele cazuri aranjarea se face în ordinea alfabetică strictă.

1.2. Determinarea contingentului de persoane ce necesită examinare profilactică şi stabilirea termenului de examinare: pentru a cuprinde 100% din populaţia matură, de la 18 ani şi mai mult, se stabilesc 2 grupe, dintre care se formează fluxuri:

- Contingent neorganizat inclus pentru examinare profilactică (femei casnice, pensionari, invalizi de război, angajaţii instituţiilor şi intreprinderilor mici).
- Contingentul persoanelor ce se adresează anual la instituţia medicală cu diferite probleme de sănătate (populaţia organizată şi neorganizată), care constituie până la 70% din contingentul supus examinării profilactice.

În fişa de evidenţă personală se înscrie termenul de examinare profilactică:

1. Persoanele incluse in grupul de risc avansat oncologic sunt obligate să treacă examenul

profilactic anual de 2-3 ori (cu celule displastice în spută sau alte materiale indiferent de vârsta bolnavului, pneumonie interstiţială, bronşita cronică a fumătorului, ciroză pulmonară, cicatricii pe plămâni în urma TBC sau pneumonie).

2. Persoanele din grupul de risc oncologic trebuie să treacă examenul profilactic anual de 2 ori (persoanele de 45-65 ani, care fumează câte 20 ţigări timp de 20 de ani şi mai mult, pneumonii recidivante, bronşită cronică, astm bronşic, pneumoscleroză, şi persoanele cu risc profesional).

3. Persoanele organizate trebuie să treacă examenul profilactic anual de 2 ori in conformitate cu Ordinul 142 din 30.04.2006 „Cu privire la ameliorarea asistenţei medicale specializate acordate populaţiei".

4. Toate persoanele după 40 de ani trebuie să treacă examenul profilactic o dată pe an.

5. Categoria de persoane, care nu este inclusă în cele sus-menţionate, trebuie să treacă examenul de profilaxie o dată la 2 ani.

1.3. Perfectarea planului pentru examinarea profilactică.

Anual, in noiembrie – decembrie, in conformitate cu Ordinul Direcţiei sănătăţii sau a Medicului Şef începe examinarea profilactică conform graficului stabilit. Graficul este aprobat de către primărie sau Consiliul local.Termenul de examinare se stabileşte de 10 zile.

1.4. Organizarea fluxului de populaţie pentru examinarea profilactică.

1.5. Această formă organizatorică mai include rezolvarea şi altor probleme.

- pregătirea personalului medical (instruirea, seminare, pregătirea documentaţiei, a instrumentelor etc.);
- pregătirea voluntarilor (activişti ONG-urilor medico sociale);
- educaţia medicală şi iluminarea igienică a populaţiei (lecţii de către medici, discuţii cu asistentele medicale);
- numirea persoanelor responsabile pentru petrecerea examinării profilactice: pentru persoanele neorganizate – activiştii ONG- urilor, Crucii Roşii, sectoriştii; pentru populaţia organizată – vice directorul, şeful secţiei de personal, activişti sindicali; pentru cei ce se adresează la policlinică – registratorul sau asistenta medicului de familie;
- emiterea ordinului despre petrecerea examinării profilactice este un imperativ legal.

Etapa II. Selectarea persoanelor cu maladii a organelor respiratorii, ce necesită consultaţia medicului.

Selectarea persoanelor, ce necesită consultaţia medicului şi examinării ulterioare se face în urma anchetării.

2.1. Anchetarea

Anchetarea se petrece timp de 3 zile, cu 10 zile înainte de începutul examinării profilactice cu ajutorul unei anchete special elaborată şi certificată de autori. Anchetarea permite cuprinderea 100% din populaţie pentru examinarea profilactică; selectarea persoanelor cu probleme de sănătate, ceea ce restrânge cercul de persoane, destinate examinării profilactice până la 30%; măreşte calitatea muncii radioimagistului (după anchetare, persoanele cu plângeri se îndreaptă să treacă fluorografia direct din registratură sau de la medicul de familie). Ancheta este documentul primar pentru examinarea profilactică medicală.

2.2. Repartizarea, completarea şi colectarea anchetelor:

Repartizarea anchetelor in colectivele de muncă se face de către asistenta medicului sau a responsabilului de examinarea profilactică; pentru populaţia neorganizată – de către asistenta medicului de familie sau de patronare, sau de către activişti; la policlinică ancheta se completează de pacient, când se adresează la registratură sau cabinetul radiologic. Pacientului i se explică scopul anchetării şi regulile de completarea ei. Deseori, e necesară o discuţie cu pacientul sau acordarea unui ajutor pentru completarea ei.

2.3. Procesarea şi sortarea anchetelor.

Procesarea anchetelor completate este unul din cele mai importante etape a lucrului, de aceia, acest lucru nu se încredinţează asistentei medicale, dar medicului cu un nivel suficient de calificare şi vigilenţă oncologică – terapeutului din echipa specializată, medicului de familie, medicului la care s-a adresat bolnavul, medicului radioimagist, specialiştilor pneumologi. Medicul analizează datele din anchete şi, în funcţie de plângerile din ele stabileşte diagnosticul preventiv „de anchetă" şi le sortează. În funcţie

de caracterul plangerilor din anchete, persoanele se repartizează în trei grupe: Practic sănătoşi (ce nu au manifestat plângeri), convenţional sănătoşi (ce au manifestat unele plângeri neînsemnate, care manifestă o imprudenţă a organelor respiratorii), bolnavii, care manifestă plangeri, caracteristice maladiilor organelor respiratorii.

Grupa 1 – nu are nevoie de examenul medicului, a 2-a grupă trebuie să fie examinată de către medic, care va indica examene de laborator, a 3-a grupă va fi examinată în mod obligatoriu radiologic repetat şi examinat de către medic. Pe pagina 1 a anchetei medicul indică diagnosticul preventiv „de anchetă", datele după examenul medical – analiza sangelui, citologia sputei, fluorografia cu indicaţia specialistului, la care se îndreaptă bolnavul. După examinarea profilactică şi determinarea diagnosticului, ancheta se ataşează la fişa personală a bolnavului, ceea ce permite stabilirea în dinamică starea de sănătate a celor examinaţi şi să se urmărească modul petrecerii examinării profilactice.

Etapa III. Selectarea persoanelor cu patologie a organelor respiratorii

3.1. Dispoziţii generale.

Actualmente este evident că una dintre metodele de depistare a cancerului pulmonar rămîne radiografia. Acest lucru este confirmat de cate 2 aprecieri, care nu au nevoie de argumente: in primul rand radiograma sau MRF, executată pentru depistarea unui proces tumoral; în rândul doi, nici o altă metodă, în afară de cea citologică, nu poate fi folosită în termen scurt pentru examinarea unui grup mare de populaţie. Cu toate că semnificaţia fluorografiei este importantă pentru petrecerea examinării profilactice, cazurile de depistare a bolnavilor de cancer pulmonar încă este mic. Cauzele eficienţei joase a fluorografiei în procesul de diagnosticare a cancerului pulmonar în masă sunt multe şi interdependente, savanţii au păreri diferite.

Principalele dintre ele:

- Acoperire joasă a persoanelor, supuse riscului de îmbolnăvire de cancer pulmonar.
- Greşeli frecvente la citirea fluorogramelor, din cauza calificării insuficiente;
- Limita de timp pentru citirea fluorogramelor;
- Lipsa sistemei automate de selectare a fluorogramelor în două grupe – „norma" şi „devieri de la normă".
- Lipsa softului "Screening-ul CP".

Aceste probleme trebuie evidenţiate înainte de pregătirea către examinarea profilactică. Documentul de bază a cabinetului radiologic este Registrul de evidenţă a pacienţilor (Fişierul electronic) cu menţionarea patologiei depistate; tichetele, care se eliberează pacienţilor despre efectuarea fluorogramei; anchetele de examinare prin corespondenţă cu scopul evidenţierii maladiilor cronice pulmonare; cutii sau plicuri pentru rezultatele fluorografiei, cu denumirea policlinicii, sau denumirea instituţiei, de unde este îndreptat bolnavul; fişierul fluorogramelor. Toate persoanele supuse fluorografiei mai intai de toate completează „Ancheta examinării prin corespondenţă pentru depistarea maladiilor pulmonare cronice", dacă nu a fost completată în timpul anchetării active; laborantul radiolog explică scopul şi ordinea completării anchetei. În încăperea cabinetului fluorografic trebuie să fie pentru bolnavi masă, scaun, creion şi formularele anchetei. Medicul radioimagist examinează fluorogramele şi datele anchetei, înregistrează concluzia în registrul de evidenţă şi protocolul examinărilor. Laborantul radiolog scrie din registru rezultatele examinării pe verso îndreptării şi, după semnarea lor de către medic le repartizează în lădiţe (plicuri) pentru rezultatele examinărilor fluorografice.

Rezultatele fluorografice împreună cu ancheta se dau dor medicului, responsabil pentru fişierul personal (o dată pe săptămână). Rezultatele examinării fluorografice se înscriu în fişa de control despre depistarea patologiei organelor respiratorii laborantul radiolog informează imediat medicul de familie sau specialistul. Pentru cuprinderea maximă a populaţiei în examinarea profilactică, este nevoie de a separa populaţia organizată de cea neorganizată. Deci este nevoie de a stabili organizarea atragerii contingentului pentru fiecare grup aparte. Se are în vedere şi locul examinărilor repetate. În timpul examinărilor profilactice cu implicarea brigăzilor de la oraş se folosesc cabine fluorografice mobile digitale. Acest lucru permite examinarea fluorografică a populaţiei

neorganizate, despre timpul, locul petrecerii populaţia este anunţată preventiv prin poştă, cu invitaţii sau oral.

3.2. În timpul examinării în 2 etape, invitaţia persoanelor, ce trebuie să fie examinate este organizată de personalul medical mediu, în timpul vizitelor, a campaniilor de primăvară de depistare a îmbolnăvirilor gastro-intestinale, la fel şi a îmbolnăvirilor conform f.30, conform unui grafic special alcătuit. Pentru o exactitate şi informaticitate mai mare a răspunsurilor populaţiei la întrebările asistentelor medicale, colectării anamnezei corecte şi complete, este recomandabil ca această etapă să fie executată pentru depistarea prin corespondenţă a maladiilor cronice a organelor respiratorii. In timpul vizitelor la domiciliu, conform listei, asistenta medicală completează şi anchetele, sau discută cu unele persoane, evidenţiind dintre ei persoanele cu patologie pulmonară. După ce a depistat persoanele cu patologie pulmonară ea le trimite la fluorografie sau radiografie. In cazul cand vizitele pe la case este executată concomitent cu anchetarea, asistenta transmite anchetele completate medicului de familie, care le analizează ulterior. În urma analizei date toate persoanele anchetate se impart in 2 grupe: a) cu suspiciune spre patologie a organelor respiratorii; b) convenţional sănătoşi, care nu au manifestat plângeri. Pentru fiecare persoană chestionată asistenta îndeplineşte îndreptare la fluorografie şi fişa de control pentru examinarea profilactică a populaţiei. Îndreptare la fluorografie se oferă în primul rand persoanelor din grupul de risc oncologic. Fişa de control se transmite ulterior statistului medical de la instituţia medicală. Ulterior, asistenta verifică efectuarea radiografiei de către persoanele trimise.

3.3. Pentru examinarea radiografică a populaţiei organizate, care trebuie periodic să fie supuse examinării, centrul radiologic împreună cu medicul şef al instituţiei alcătuiesc un grafic de lucru pentru examinarea profilactică a populaţiei organizate în funcţie de sector sau instituţie, cu indicaţia termenilor de examinare. Acest grafic face parte componentă a planului general de examinare a populaţiei raionului, care este întărit de către instanţa respectivă a sănătăţii. Aşa dar, la fiecare instituţie se emite un ordin a conducerii cu indicaţia datelor de examinare a sectoarelor (se indică luna, data timpul) şi se numesc persoanele responsabile pentru efectuarea acestei măsuri (şeful secţiei, şeful de echipă etc.). În perioada de pregătire pentru examinarea profilactică se alcătuieşte lista colaboratorilor de către Departamentul de personal în 3 exemplare, după secţii. În fiecare secţie responsabilul de examinare profilactică trimite cetăţenii la fluorografie, înseamnă în lista sa îndeplinirea şi o verifică cu lista de la instituţia medicală. Tot aici se fixează numele lucrătorilor care nu au trecut examinarea profilactică cu indicaţia cauzei (concediu, deplasare, îmbolnăvire etc.).

Ulterior, asistenta medicală a instituţiei, persoana responsabilă de organizarea examinării profilactice, verifică dacă aceste persoane au trecut examinarea respectivă.

3.4. În timpul adresării anuale de către bolnavi la instituţia medicală (policlinică, ambulatoriu, etc.) după ajutor medical, persoanele ce nu au trecut pe parcursul anului fluorografia sunt trimise de către registrator să o treacă, unde i se înmânează un tichet despre rezultatele examinării. Tichetul se lipeşte în colţul stâng al fişei personale. Verificarea despre trecerea controlului fluorografic se mai efectuiază şi de către asistenta medicului chiar înainte de intrare la medic. În îndreptarea de către medicul de la o instituţie la policlinica orăşenească sau raională se indică datele despre trecerea fluorografiei în anul curent. Având în vedere că sub masca procesului inflamator – pneumonie, gripă, bronşită cu recidivare, în special la persoanele după 40 de ani, deseori se ascunde tumora pulmonară sau tuberculoza, aceşti bolnavi sunt trimişi de către medicul terapeut pentru un examen radiografic în 2 incidenţe. Fişele personale cu taloanele despre examinarea fluorografică lipite se verifică şi se compară cu fişa de control, în care se notează data ultimului examen de către medicul statist. Persoanele depistate cu patologia plămânilor sau cu rezultat pozitiv se trimit la medicul terapeut pentru un examen mai detaliat. Toate persoanele trebuie să fie consultate de către medicul oncolog. Persoanele cu rezultat pozitiv, depistate in timpul examinării fluorografice, la fel şi persoanele cu risc oncologic sunt supuşi repetat examenului radiologic. Examinarea lor repetată permite eficientizarea fluorografiei in depistarea diferitor

maladii pulmonare. După terminarea examinării în masă a populaţiei asistentele medicale adună informaţia despre rezultatele ei şi a analizei. Persoanele ce s-au adresat la policlinică cu dureri în torace, în cazul depistării patologiei cu suspiciune de tumoare pulmonară, se îndreaptă de la cabinetul fluorografic direct la oncolog, evitând orice altă instanţă.

Medicul terapeut, analizand rezultatele anchetării şi a examinărilor fluorografice, la fel şi a datelor evidenţei de dispensar a bolnavilor cu maladii pulmonare, repartizează întregul contingent examinat în următoarele grupe:

- grupa cu patologie evidentă a organelor respiratorii;
- grupa cu risc oncologic ridicat;
- grupa persoanelor sănătoase.

3.5. Formarea grupului cu risc oncologic ridicat.

Grupa cu risc oncologic ridicat este considerată acea parte a populaţiei, la care probabilitatea apariţiei unui tip de maladie oncologică este mai mare decât la ceilalţi.

Pentru determinarea criteriilor de formare a grupelor cu risc înalt de patologie oncologică pulmonară, este important de cunoscut factorii etiopatogeni, responsabili de apariţia acestei patologii sau cei care contribuie la apariţia ei în regiunea dată sau la contingentul de persoane.

Astfel de criterii se determină în urma analizei factorilor ce contribuie la probabilitatea apariţiei maladiilor intr-un grup anumit de oameni. Factorii ce determină riscul oncologic pulmonar pot fi uşor dar şi greu de dirijat (în sensul posibilităţii reducerii dozei acţiunii lor sau a lichidării lor etc.), permanenţi sau temporari în zona dată, colectivul dat, varstei anumite, genului etc. Ei pot avea legătură cu acţiunea nocivă a factorilor externi, obiceiuri dăunătoare (fumatul), organizarea defectuoasă a depistării maladiilor, condiţiilor sociale etc.

Acumularea mai multor factori sau a unora dintre ei măresc riscul îmbolnăvirilor:

1. Persoanele de 45-65 de ani, care fumează zilnic 20 de ţigări peste 20 de ani şi mai mult.

2. Bolnavii cu celule displazice în spută şi alte materiale indiferent de vârstă.

3. Bolnavii ce suferă de maladii pulmonare nespecifice (pneumonie cronică interstiţială, ciroză pulmonară, cicatricii pulmonare după TBC, bronşită cronică a fumătorului, alte forme de pneumonie şi bronşită cronică, pneumoscleroză, emfizem pulmonar,astmul bronşic etc.).

4. Persoanele ce prezintă acuze din partea organelor respiratorii (tuse, dureri in piept, hemoptizie).

5. Persoanele, ce suferă de acţiunea persistentă asupra organelor respiratorii a întreprinderilor nocive (minerii, şoferii, sudorii, cei ce lucrează cu azbest, chimicate nocive etc.).

Persoanele din grupa de risc oncologic depistaţi la fiecare etapă (începând cu etapa a 2-a) a Screening-ului trebuie să fie îndreptaţi la consultaţia medicului oncolog în termen de 3 zile pentru stabilirea diagnosticului final. Asistenta, împreună cu medicul statist, ce duce evidenţa în fişier, evidenţiază grupa de risc din fişier pentru supravegherea de 2 ori pe an a examinării profilactice, această grupă se evidenţiază şi în cartoteca cabinetului fluorografic. Terapeutul instituţiei şi medicul oncolog raional sunt responsabili de examinarea la timp a acestor bolnavi.

Etapa IV. Examinare repetată aprofundată a bolnavilor cu suspiciune la cancer pulmonar, confirmarea diagnosticului.

Depistarea precoce a cancerului pulmonar scot la iveală 3 probleme:

I. Depistarea bolnavilor

II. Examinarea repetată pentru stabilirea formei iniţiale a cancerului.

Prima problemă este hotărârea unor întrebări: limitarea contingentului persoanelor examinate, prin evidenţierea din numărul lor persoanelor cu risc oncologic sporit, perfecţionarea cunoştinţelor oncologice şi calificarea medicului, ce descifrează radiograma, elaborarea R-semioticii a formelor preclinice de cancer. Examinarea fluorografică repetată cu depistarea schimbărilor în plămâni este etapa a 2-a importantă în procesul examinărilor profilactice fluorografice a populaţiei. Chemarea acestora se efectuează prin intermediul asistentelor medicale de la policlinică, cabinetul TBC, cu implicarea specialiştilor de la IO. Forma cea mai perfectă şi eficientă este vizita lor la domiciliu şi prezentarea lor benevolă. Examinarea

fluorogramei repetat exclude mai multe etape de cercetare pentru a stabili diagnosticul final timp de 10- 12 zile. Buna organizare, metodele corecte de examinare repetată clinică şi radiologică, înalta calificare a specialiştilor, sunt hotărâtoare în depistarea patologiilor organelor cutiei toracice.

Examinarea repetată a persoanelor cu patologia depistată este organizată de către medicul de familie. În funcţie de caracterul şi conţinutul informaţional, medicul terapeut poate singur să examineze repetat bolnavul, propunandu-i examinare radiologică, endoscopică, clinico-morfologică (cu condiţia că aceste posibilităţi există în instituţia medicală) sau trimite bolnavul la consiliul pulmonologic, specialişti de calificare înaltă .

În rezultatul examinării multilaterale şi aprofundate, persoanele depistate cu cancer pulmonar, se trimit imediat în secţia de profil a IMSP Institutul Oncologic.

Dacă este depistată tuberculoza sau este suspectată, pacientul este trimis la IMSP Institutul de Ftiziopneumologie. In toate cazurile cand tratamentul nu dă rezultate timp de 2-3 săptămâni, este necesară consultaţia specialistului oncolog.

Bolnavii cu maladii cronice a toracelui, la fel şi cei cu risc oncologic înalt, se îndreaptă la medicul terapeut. Acesta le atribuie grupa „risc avansat" de îmbolnăvire de cancer pulmonar, îi ia la evidenţă şi îi supraveghează, indicându-le tratament oportun.

Etapa V. Triajul bolnavilor şi tratamentul specializat.

În instituţiile specializate, după verificarea diagnosticului, bolnavii primesc asistenţă medicală timp de 10 zile şi sunt trimişi:

1. bolnavii de cancer la IMSP Institutul Oncologic pentru tratament complex şi combinat.
2. bolnavii de tuberculoză – la IMSP IFP pentru confirmarea diagnosticului, tratament şi a examinării clinice suplimentare.
3. celelalte persoane – la instituţia spitalicească pentru a fi supravegheate de către medicul terapeut.

Implementarea screeningului cancerului pulmonar este o necesitate stringentă cu o eficienţă medicală şi randament social vădit.

Anexa 1

Data înregistrării „_____" _____201_

FIŞA

Examinării profilactice a populaţiei

IMSP, OMF, CMF_____

Numele, prenumele_____

Anul naşterii_____sex_____domiciliat_____

_____

Locul de lucru_____

Funcţia_____ vechimea_____nocivitatea_____

Câţi ani fumează_____câte ţigări în 24 de ore_____

Boli cronice a sistemului pulmonar_____

_____din ce an_____

Este, a fost la evidenţa dispensarului TBC, sau scos de la evidenţă (data)_____

_____

Contact cu bolnavii TBC_____

Data şi rezultatul examinărilor, fluorografice, radiologice, bronhoscopie

Diagnostic preventiv "de anchetă" _____

Rezultatele investigaţiilor paraclinice_____

Diagnostic final_____

Bibliografie:

1. Шюткин В., Имянита Е., Стратан В., Цыбырнэ Г., Дука Г. Молекулярногенетические факторы риска возникновение рака лехкогою Булетинул Академик, 2012, нр. 2, 17-30 ИСНН 1857-0011(В).
2. Arroliga AC, Matthay RA. The role of bronchoscopy in lung cancer. *Clin Chest Med*. 1993;14:87–98.
3. Asahina H, Yamazaki K, Onodera Y, Kikuchi E, Shinagawa N, Asano F, Nishimura M. Transbronchial biopsy using endobronchial ultrasonography with a guide sheath and virtual bronchoscopic navigation. *Chest* 2005;128:1761–1765.
4. Baaklini WA, Reinoso MA, Gorin AB, Sharafkaneh A, Manian P. Diagnostic yield of fiberoptic bronchoscopy in evaluating solitary pulmonary nodules. *Chest* 2000;117:1049–1054.
5. Becker HD, Herth F, Ernst A, Schwarz Y. Bronchoscopic biopsy of peripheral lung lesions under electromagnetic guidance: a pilot study. *J Bronchol* 2005;12:9–13.
6. Chhajed P, Bernasconi M, Gambazzi F, Bubendorf L, Rasch H, Kneifel S, Tamm M. Combining bronchoscopy and positron emission tmomography for the diagnosis of the small pulmonary nodule * 3 cm. *Chest* 2005;128:3558–3564.
7. Gavrilascu I., Bals E., Bilba V. Impactul medico-social al diagnosticului imagistic in cancewrul pulmonary periferic. Sanatate Publica, Economie si Management 2012, nr4, 49-50, Issn1729-8687.
8. Geraghty PR, Kee ST, McFarlane G, Razavi MK, Sze DY, Dake MD. CT-guided transthoracic needle aspiration biopsy of pulmonary nodules: needle size and pneumothorax rate. *Radiology* 2003;229:475–481.
9. Gohagan JK, Prorok PC, Hayes RB, Kramer BS, for the Prostate, Lung Colorectal and
10. Hermens FH, Van Engelenburg TC, Visser FJ, Thunnissen FB, Termeer R, Janssen JP. Diagnostic yield of transbronchial histology needle aspiration in patients with mediastinal lymph node enlargement. *Respiration (Herrlisheim)* 2003;70:631–635.
11. Herth F, Becker HD, Ernst A. Conventional vs endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: a randomized trial. *Chest* 2004;125:322–325.
12. Herth F, Eberhardt R, Becker H, Ernst A. Endobronchial ultrasound-guided transbronchial lung biopsy in fluoroscopically invisible solitary pulmonary nodules. *Chest* 2006;129:147–150.
13. Manser RL, Irving LB, Stone C, Byrnes G, Abramson M, Campbell D. Screening for lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD001991.
14. Mazzone P, Jain P, Arroliga AC, Matthay RA. Bronchoscopy and needle biopsy techniques for diagnosis and staging of lung cancer. *Clin Chest Med* 2002;23:137–158.
15. Mereuta Ion. Proiect de Management Sistemic al IMSP Institutul Oncologic si Serviciului Oncologic din Republica Moldova (2010-2015), pag.49.
16. Patel AM, Davila DG, Peters SG. Paraneoplastic syndromes associated with lung cancer. *Mayo Clinic Proc*. 1993;68:278–87.
17. Rajamani S, Mehta AC. Transbronchial needle aspiration of central and peripheral nodules. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001;56:436–445.
18. Rivera MP, Detterbeck F, Mehta AC, for the American College of Chest Physicians. Diagnosis of lung cancer: the guidelines. *Chest*. 2003;123(1 suppl):129S36S.
19. Rooney CP, Wolf K, McLennan G. Ultrathin bronchoscopy as an adjunct to standard bronchoscopy in the diagnosis of peripheral lung lesions: a preliminary report. *Respiration (Herrlisheim)* 2002;69:63–68.
20. Schwarz Y, Mehta AC, Ernst A, Herth F, Engel A, Besser D, Becker HD. Electromagnetic navigation during flexible bronchoscopy. *Respiration (Herrlisheim)* 2003;70:516–522.
21. Shinagawa N, Yamazaki K, Onodera Y, Miyasaka K, Kikuchi E, Dosaka-Akita H, Nishimura M. CT-guided transbronchial biopsy using an ultrathin bronchoscope with virtual bronchoscopic navigation. *Chest* 2004;125:1138–1143.
22. Tibirna Gh., Cernat V., Bilba V. Noi procedeie de management al serviciului oncologic in Republica Moldova. In zilele Oncologiei Iesiene, ed.8-a, Iasi, 22-24.XI.12, rez.com., Iasi 2012, pag.254.
23. Wang KP, Britt EJ. Needle brush in the diagnosis of lung mass or nodule through flexible bronchoscopy. *Chest* 1991; 100:1148–1150.

Lupu Svetlana , doctorand

PLĂŢI DIRECTE ŞI SUPLIMENTARE PENTRU SERVICIILE MEDICALE

Summary: In the article the author reveals the mechanisms of direct and additional payments of the consumer in condition of the mixt health system. The stages of determination of sale and purchose price and value of medical services are elucidated from the author's point of view.

Key words: medical services, direct and additional payments, pricing.

Într-un sistem liberal al sănătăţii publice, consumatorii (bolnavii) ar trebui să plătească pentru servicii în mod direct (fără a apela la un intermediar financiar de felul guvernului sau al unui fond privat/public de asigurări) ori de cîte ori utilizează serviciile. Din motive de echitate, în nici o ţară, serviciile de sănătate nu sunt organizate doar prin acest sistem, pentru că el depinde foarte mult de capacitatea de plată a indivizilor. Cu toate acestea, în multe ţări, inclusiv în Moldova există cabinete private, policlinici sau spitale private unde pacienţii au acces direct în schimbul achitării integrale a preţului serviciilor. Preţurile, în acest caz, sunt determinate de piaţă. Problema care

se pune este aceea dacă toate serviciile de sănătate ar putea fi alocate prin mecanismul pieţei, la fel ca orice alte bunuri sau servicii. Există un număr de constrîngeri fundamentale care fac imposibilă alocarea tuturor resurselor de sănătate prin intermediul mecanismului de piaţă şi care fac din piaţa serviciilor de sănătate un exemplu tipic de eşec. Constrîngerile care cauzează eşecul unei pieţe libere a serviciilor medicale sunt diverse. E de menţionat că nu toţi oamenii pot beneficia de serviciile medicale in cazul in care ele sunt cu plată. E o problemă legată de distribuţia venitului. Deoarece venitul este distribuit inegal, unii indivizi pot să-şi permită un tratament mai costisitor decît alţii, iar cei mai săraci să nu aibă acces la serviciile medicale. Credem că aceasta apreciază indicele de 96% mortalitate la domiciliu. Conceptul de echitate, care este, adesea, invocat sistemului de sănătate, recomandă accesul la îngrijirile medicale nu în funcţie de capacitatea de plată, ci în funcţie de necesităţi. Apare o incertitudine în legătură cu anticiparea nevoilor medicale. Devine dificilă planificarea bugetului pentru consumul medical. Cu excepţia cazurilor cronice, este foarte dificil pentru un individ să estimeze riscul de îmbolnăvire. Unele servicii de sănătate generează o serie de beneficii nu numai pentru pacienţi, dar şi pentru cei din jurul lor. Dacă cineva se vindecă de o boală infecţioasă, beneficiază nu numai persoane respectivă, ci şi cei din jur, care ar fi putut fi contaminaţi. Externalităţile pozitive în sectorul sanitar pot fi foarte mari. Dacă bolnavii trebuie să plătească costul tratamentului, ei ar putea decide, mai ales cei cu venituri limitate, să nu se mai trateze. Ei ar putea neglija efectele negative pe care boala lor le-ar putea produce şi asupra altor indivizi. Piaţa liberă, care urmăreşte îndeosebi beneficiile şi costurile private, va produce prea puţine servicii medicale în prezenţa externalităţilor. O piaţă concurenţială poate funcţiona, numai dacă clienţii au informaţii suficiente pentru a alege. În cazul îngrijirilor de sănătate, este foarte dificil pentru consumatori să fie corect informaţi, din cauza costului foarte mare al informaţiei. Există o asimetrie informaţională foarte mare: cei mai informaţi sunt medicii care pot, astfel, induce comportamentul consumatorilor (cererea indusă de ofertă) este un concept des întîlnit pe piaţa serviciilor de sănătate, în industria medicamentelor şi industria tehnologiei medicale de vîrf şi este cauzat, în special, de lipsa de informaţii complete a cumpărătorilor. Consumatorii de servicii medicale se bazează, cel mai des, pe informaţiile date de medic. În cazul existenţei unei pieţe libere a serviciilor medicale, problemele care pot apărea ca urmare a acestei lipse de informaţii sunt: 1. Medicii ar putea recomanda un tratament mai scump, decit ar fi necesar, sau companiile farmaceutice ar putea convinge pacienţii de superioritatea produselor de marcă în detrimentul unor produse similare mai ieftine. 2. Pacienţii ar putea să consulte medicul decit intr-un stadiu foarte avansat al bolii, cind ar fi prea tîrziu, ca să mai fie vindecaţi sau prea scump pentru a-şi mai putea permite. Dacă medicii şi spitalele acţionează pe o piaţă liberă, urmărind să maximizeze profitul, este puţin probabil ca preţul serviciilor să scadă ca urmare a concurenţei. Din contră, ne putem aştepta la o cooperare tacită între medici şi spitale pentru fixarea unor preţuri standard şi pentru protejarea veniturilor lor (situaţie de concurenţă imperfectă). Chiar dacă medicii ar concura liber, este puţin probabil ca pacienţii să fie informaţi astfel, încît să aleagă serviciul cu cel mai bun preţ şi cea mai bună calitate. Constrîngerile, care fac ca un mecanism de piaţă liberă în alocarea resurselor sanitare să eşueze, nu reprezintă un argument convingător ca intervenţia statului şi oferirea gratuită a serviciilor ar fi cea mai bună alternativă. De cele mai multe ori, soluţiile la eşecul pieţei libere se concretizează prin intervenţia guvernului, care subvenţionează consumul de servicii medicale, reglementează comportamentul producătorilor de servicii medicale (medici, spitale) sau impune taxe pe consum de tipul plăţilor suplimentare.

Plăţile suplimentare sunt plăţi făcute de pacienţi, de obicei, în momentul consumului, pentru serviciile pe care le primesc in cadrul asigurării sau sistemelor de sănătate finanţate prin prime. In ultimii ani, au fost introduse sau extinse astfel de plăţi, într-un şir de ţări, fiecare în vederea creşterii veniturilor sau ca un mechanism de alocare a resurselor. O varietate de argumente au fost luate in considerare in literatura internaţională pentru a justifica şi susţine folosirea plăţilor suplimenatre în serviciile de sănătate. Aceste argumente accentuează, în general,

creşterea potenţială a veniturilor din plăţi suplimentare sau a beneficiilor lor, ca un mecanism de alocare eficientă a resurselor şi se referă la:

- introducerea sau creşterea taxelor la serviciile de sănătate finanţate public generează mai multe venituri pentru serviciile de sănătate. Mai concis, veniturile din plăţile suplimentare pot fi folosite pentru acoperirea unei părţi din costurile de funcţionare ale programelor curente, în special, acelea care acordă îngrijiri curative simple.

- plăţile suplimentare sunt, adesea, susţinute, pentru că ele încurajează o alocare mai raţională a resurselor limitate. Ele pot ajuta la prevenirea folosirii serviciilor de sănătate inutile sau fără importanţă. De exemplu, un preţ mic stabilit pentru un serviciu medical intr-un spital, dar care ar putea fi furnizat şi în ambulator, ar putea ajuta la descurajarea pacienţilor, care ar putea fi trataţi în asistenţă medical primară la costuri mai mici.

- taxe diferite pentru diferite tipuri de servicii pot, de asemenea, să arate consumatorilor importanţa unor anumite feluri de îngrijiri (de exemplu, acelaşi dispensar poate taxa puţin sau deloc asistenţa prenatală şi poate avea o taxă mai mare pentru consultaţiile obişnuite). Toate aceste argumente presupun că suveranitatea consumatorului este predominantă pe piaţa îngrijirilor de sănătate. Plăţile suplimentare pot, de asemenea, să încurajeze eficienţa în domeniul furnizării. Medicii pot fi mai precauţi la prescrierea, în plus sau folosirea neraţională, a serviciilor, dacă ştiu că pacienţii trebuie să plătească direct. Ei vor deveni, în mod esenţial, mai responsabili faţă de interesele şi necesităţile pacienţilor lor, mai ales atunci cand pacienţii pot schimba medicul curant şi cînd venitul acestuia depinde de pacienţi. Unii autori susţin, de asemenea, că utilizarea plăţilor suplimentare poate ajuta la îmbunătaţirea echităţii. Aceasta, din cauză că asistenţa gratuită acordă avantaje mai mari celor cu venituri ridicate, din moment ce ei au o mai mare posibilitate să- şi permită costuri de călătorie şi de timp şi deci să facă mai mult uz de servicii. Impunerea plăţilor suplimentare face posibilă, pentru autorităţile finanţatoare, generarea de venituri pentru extinderea serviciilor adecvate la cei cu venituri scăzute. Aplicarea plăţilor suplimentare adecvate elimină, de asemenea, o parte din subvenţiile acordate de stat. Plăţile suplimentare pot, de asemenea, să ajute la descentralizarea şi susţinerea serviciilor de sănătate publice în două moduri:

- prin raţionalizarea sistemelor de trimitere, prin semnalele preţurilor, astfel încît pacienţii să fie orientaţi către serviciile mai ieftine din judeţele lor;

- prin introducerea taxelor care se reţin la unitatea sanitară, schimbînd astfel parţial controlul problemelor bugetare de la nivelul central la comunităţile judeţene şi locale.

Mobilizarea resurselor locale poate contribui, de asemenea, la susţinerea celor mai adecvate servicii medicale, o problemă-cheie în ţările în care resursele sunt reduse. Plăţile suplimentare pentru serviciile publice ar putea ajuta să stimuleze dezvoltarea sectorului medical privat. Cind taxele sunt uzuale in sectorul public, familiile sunt interesate mai mult de modaliţăţi alternative de plată pentru serviciile de sănătate (de exemplu, asigurări de sănătate private). Astfel, se poate susţine că o creştere a plăţilor suplimentare într-un sistem finanţat prin taxe sau de asigurări sociale conduce la dezvoltarea unei pieţe de asigurări facultative şi a unui sector privat puternic, independent de sectorul public. În sfîrsit, se afirmă că în unele ţări (de exemplu, fostele ţări ex-sovietice), pacienţii plătesc deja „pe sub masă” personalului medical şi administrativ. Aceste plăţi au puţine legături cu necesitatea, felul şi calitatea îngrijirilor. Introducerea plăţilor suplimentare într-un sistem de asigurări sociale ar ajuta, deci, la oficializarea plăţilor „pe sub masă”, care creează distorsiuni profunde în acordarea serviciilor medicale. Aceste argumente pledează pentru taxarea pacienţilor la locul unde primesc îngrijiri. Totuşi, există unele contraargumente importante, care trebuie luate în consideraţie, dacă urmeaza să fie dezvoltată o strategie de plată suplimentară coerentă.

Astfel:

- Plăţile suplimentare acoperă doar o mică parte a costurilor. Adesea, este subliniat că, în urma creşterii plăţilor suplimentare din ultimii ani, în multe ţări cu sisteme de sănătate publice, acestea acoperă numai o mică parte a costurilor de funcţionare, reprezentînd mai mult de 5% din totalul cheltuielilor. De aceea, o ţară care urmăreşte să crească rolul plăţilor suplimentare nu ar trebui să le vadă ca pe un panaceu pentru problema subfinanţării serviciilor de sănătate.

- Plăţile suplimentare nu duc automat la creşterea veniturilor, mai ales datorită faptului că acestea sunt văzute, adesea, de către guvernele care le promovează sau susţin, ca pe un instrument care va facilita un nivel mai scăzut al cheltuielilor publice pentru serviciile de asistenţă medicală. Aceasta înseamnă că totalul veniturilor pentru sistemul de sănătate ar putea să scadă, chiar şi în condiţiile majorării plăţilor suplimentare. Ar trebui, de asemenea, de amintit căsistemul plăţilor suplimentare au propriile costuri administrative. Un sistem de plăţi suplimentare ce beneficiază de scutiri şi/ sau subvenţii implică costuri administrative mari, care trebuie deduse din veniturile antecalculate.

Un argument puternic împotriva plăţilor suplimentare este că acestea „lovesc" în cei care sunt cel mai putin protejaţi — bolnavii cu venituri scăzute — de unde apariţia unor probleme serioase legate de echitate. Faptul că, în toate societăţile, cei cu venituri scăzute tind să fie şi cei mai puţin sănătoşi face ca această problemă să fie cea mai gravă. De aceea, teoria economicăşi practica sugerează că aceste plăţi suplimentare vor avea un efect in detrimentul nivelurilor de consum de îngrijiri de sănătate al persoanelor mai puţin instărite şi care, de regulă, au şi cele mai mari nevoi de servicii de sănătate.

Totuşi, este important să se observe că asistenţa medicală este un bun eterogen, semnificînd că aceste argumente se pot aplica la unele forme de ingrijiri medicale, dar nu la toate. De exemplu, cel mai amplu studiu despre efectele împărţirii costurilor asupra consumului de servicii medicale — experimentul RAND privind asigurările de sănătate în SUA — a arătat că reducerea cererii pentru serviciile ambulatorii a fost mai mare pentru cei cu venituri scăzute decît pentru cei bogaţi, în timp ce contrariul a fost adevărat pentru serviciile spitaliceşti. Răspunsul politicilor de sănătate la situaţia de mai sus a fost — de a crea scutiri de plăţi suplimentare pentru cei cu venituri scăzute.

Totuşi, cei care sunt împotriva plăţilor suplimentare susţin că scutirile necesită un sistem complex de înregistrare şi verificare. În plus, invariabil, se susţine că cei care beneficiază de scutiri sau subvenţionări ale plăţilor suplimentare tind să fie sub numărul persoanelor care au dreptul la aceste scutiri.

De exemplu, se estimează că prescripţiile gratuite în sistemul naţional de sănătate din Anglia, sunt solicitate de 50-60% din cei care au dreptul la scutire. De asemenea, este o problemă faptul că cei bogaţi şi informaţi pot să găsească modalităţi de a obţine scutiri de plăţi, în timp ce cei cărora le sunt destinate, nu le obţin. Mai mult, in cazurile in care scutirile trebuie extinse pentru a proteja toate grupurile dezavantajate, veniturile din plăţile suplimentare vor tinde să fie mult mai scăzute decît se preconiza. Asemănătoare cu aceasta este plata pentru serviciile ce depăsesc o anumită limită, unde pacientul plăteşte surplusul costului peste un maximum prevăzut de agenţia finanţatoare. Acest model este folosit în sistemele preţului de referinţă pentru medicamente, cum este în Germania şi Olanda, unde este stabilit un preţ standard pentru un grup de medicamente şi pacienţii plătesc diferenţa dintre preţul de referinţă şi preţul cu amănuntul al medicamentului respectiv. Trebuie să menţionăm şi exceptarea unor tratamente particulare de la acoperirea acordată de fondul de asigurare. Tipurile de îngrijiri de sănătate exceptate în sistemele de sănătate moderne includ, de regulă, servicii, precum rezervele cu un pat, ochelari şi proteze dentare. În mod asemănător, sunt excluse, adeseori, medicamentele cu valoare terapeutică limitată. În toate aceste cazuri, pacientul plăteşte costul intreg al serviciului in momentul consumului. Ar trebui observat că sunt posibile combinaţii ale acestor forme de plăţi suplimentare. Astfel, de exemplu, un pacient ar putea achita 50% din preţ pentru primele cinci consultaţii de asistenţă primară într-un anumit an, iar după aceea nu mai plăteşte nimic. O astfel de măsură ar fi destinată să protejeze bolnavii cronici care utilizează mai mult îngrijirile de sănătate. O întrebare care apare imediat după conceperea unei strategii de plăţi suplimentare este ce tipuri de îngrijiri de sănătate se taxează? Chiar şi cei care sunt împotriva utilizării plăţilor suplimentare ar putea fi de acord că sunt unele servicii care sunt bune candidate pentru plăţile suplimentare.

De exemplu, nu există nici un motiv pentru care saloanele particulare din spitalele publice nu ar trebui să fie taxate suplimentar. Acelaşi lucru poate fi spus cu privire la costul unor meniuri la alegere şi al altor servicii hoteliere pentru cei internaţi sau pentru serviciile acordate în afara programului de lucru pentru cei care sunt dispuşi să plătească şi doresc să evite cozile. Totuşi, acestea sunt subiecte minore atunci cind este vorba de un sistem de sănătate global. Cele mai

multe ţări folosesc plăţilor suplimentare, mai ales, pentru medicamentele prescrise. Se consideră că medicaţia prescrisă în ambulator permite pacienţilor, cu excepţia anumitor categorii defavorizate şi subvenţionate, să facă faţă costurilor fără să ameninţe efectuarea tratamentului prescris şi, deci, starea de sănătate. În plus, cheltuielile cu medicamentele sunt î problemă mare a bugetelor de sănătate şi, de aici, nevoia de acoperire a costurilor. Totuşi, se susţine că sistemul de plăţi suplimentare ar trebui astfel dezvoltat, încît să permită un tratament preferenţial bolnavilor cronici, în special, celor care au nevoie de medicamente esenţiale.

De asemenea, există o explicaţie raţională pentru introducerea unei plăţi suplimentare în cazul unor astfel de evenimente, cum naşterile, acestea fiind un eveniment previzibil. Aceasta înseamnă că potenţialii consumatori pot face economii în vederea plăţii la momentul naşterii (dacă acest fapt nu intra în contradicţie cu politicile naţionale în domeniu, i. e. pronataliste). În mod similar, serviciile care pot fi amînate pînă cînd banii sunt disponibili sunt candidate bune pentru plăţile suplimentare. Acesta este cazul celor mai multe servicii stomatologice. In final, in interesul eficienţei, pacienţii care evită sistemul de trimitere, mergind direct la spitale, sau cei care nu sunt urgenţe autentice se consideră că ar trebui să suporte o coplată. Aceasta necesită ca îngrijirile primare, care oferă asistenţă gratuită sau aproape gratuită, sa fie uşor accesibile. Oportunitatea plăţilor suplimentare pentru alte tipuri de îngrijiri de sănătate este mai puţin indicată; totuşi, se poate observa că serviciile, cum ar fi furnizarea de ochelari, proteze şi fizioterapie, sunt invariabil subiectul plăţilor suplimentare în ţările europene. Serviciile preventive, procedurile de diagnostic şi spitalizarea, pe de altă parte, sunt taxate mult mai rar. Dificultatea fundamentală a oricărui sistem de taxe este cum să-i protejeze pe cei cu venituri scăzute şi alte grupuri dezavantajate.

A susţine că cei care pot să-şi permită ar trebui să plătească costul întreg al serviciilor curative, pe care le folosesc şi că persoanele cu venituri scăzute ar trebui protejate printr-un sistem diferit de plăţi suplimentare, este facil în teorie, dar foarte dificil în practică.

Există dificultăţi în stabilirea persoanelor care au dreptul la tratament mai favorabil, mai ales in cazul ţărilor în care economia subterană, evaziunea fiscală sunt de mari proporţii, aşa cum este şi cazul Moldovei. Mai mult, consimţirea plăţii nu este neapărat î dovadă a posibilităţii de a plăti. Persoanele pot să cîştige bani în timp de criză, dar la un cost considerabil pentru ei şi familiile lor. Ei pot renunţa, în acest scop, la alte bunuri, precum hrana, care este la fel de importantă pentru menţinerea unei bune sănătăţi. Scutirile de plăţi suplimentare, pentru grupurile cu venituri scăzute, pot duce, de asemenea, la stigmatizarea sau pierderea respectului de sine, care poate împiedica oamenii să solicite tratamente diferenţiate.

Cu toate acestea, dacă un guvern consideră oportune plăţile suplimentare în îngrijirile de sănătate, atunci aceste probleme trebuie depăşite. Cu privire la cei cu venituri scăzute, sunt descrise patru strategii esenţiale pe care un guvern le poate urmări:

- să diferenţieze plăţile suplimentare în funcţie de venitul beneficiarului şi, sub o anumită limită, să se renunţe la taxă;
- să li se dea posibilitatea celor cu venituri scăzute să acopere plata suplimentară de la î instituţie specializată, ca Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale;
- să acorde tuturor asiguraţilor un voucher care poate fi folosit în loc de bani pentru obţinerea unui număr minim de servicii de sănătate;
- să se asigure, prin impozitele generale redistributive sau prin politicile de ajutoare băneşti, ca toate familiile să posede resurse suficiente pentru a obţine un nivel de bază al serviciilor pe care le doresc.

Totuşi, nu numai cei cu venituri scăzute trebuie protejaţi. Există o argumentaţie solidă pentru renunţarea la plăţile suplimentare pentru bolile cronice şi cererile pentru îngrijiri de sănătate foarte scumpe (de exemplu, anumite transplanturi de organe).

În mod asemanător, guvernul poate acorda stimulente pentru anumite grupuri de cetăţeni în vederea consumării de ingrijiri de sănătate specifice (de exemplu, copiii şi gravidele). Ca un comentariu final la aceastăproblemă, am putea spune că, dacă folosirea plăţilor suplimentare pentru îngrijirile de sănătate este soluţia, care este exact problema?

Susţinătorii folosirii plăţilor suplimentare le recomandă mai ales în două situaţii. Prima survine atunci cînd cheltuielile pentru sănătate în totalitate sunt scăzute — plăţile suplimentare sunt recomandate ca o cale de a mobiliza mai mulţi

bani pentru îngrijirile de sănătate, faţă de cît pot furniza sursele existente.

A doua situaţie se întîlneşte, în mod paradoxal, atunci cînd cheltuielile pentru sănătate sunt ridicate sau cresc rapid, iar plăţile suplimentare sunt recomandate ca o cale de îmbunătaţire a eficienţei, prin moderarea cererii şi a costurilor. Indiferent de problema la care încearcă să răspundă, este important ca aceasta să fie clar identificată şi plăţile suplimentare să fie conforme cu problema la care se doreşte rezolvarea.

Analizînd situaţia din unele ţări, ca România, pînă în momentul intrării în vigoare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, se poate aprecia că, deşi subiectul plăţilor suplimentare a născut numeroase dispute, o politica coerentă, în acest sens, a fost inexistentă, deşi între 20% si 30% din costurile asistenţei medicale erau suportate prin plăţi private directe de către pacienţi, fie prin plăţi oficiale, fie mai puţin oficiale — un procent mare, chiar comparat cu tendinţele europene în domeniu. După intrarea în vigoare a sistemului de asigurări se poate aprecia că rolul plăţilor suplimentare a fost mai clar definit şi reglementat prin două acte normative majore: LASS (Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate) şi Contractul-cadru. Din punct de vedere managerial ar fi necesar determinarea etapelor in determinarea si aprobarea tarifelor serviciilor medicale:

I etapa – determinarea costurilor serviciilor medicale in institutia medicala.

II etapa – aprobarea tarifelor la serviciile medicale la nivel national prin Hotarirea Guvernului.

III etapa – etapa de determinare a costurilor serviciilor medicale in Contractul de “vinzare – cumparare „ a serviciului medicala a Institutiei Medicale CNAM.

Bibliografie

1. Managementul financiar al sistemului sănătăţii. Chişinău, 2004. Mereuţă I., Cojocaru V., Eţco C., Gherman V.
2. Sănătate publică şi managementul în medicină, Chişinău, 1999. Mereuţă I., Popuşoi E., Eţco C., Eftodii M.
3. Sănătate publică şi managemen, Chişinău, CEP Medicina, 2002. Tintiuc D., Eţco C.
4. Managementul în sistemul de sănătate. Chişinău, 2006, p.862. Eţco C.
5. Социально-экономическое реформирование здравоохранение в Р. Молдова, Кишинэу, 2000. Мереуцэ И.Е.

Albot Veceslav, doctorand

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PANARICIULUI ÎN CONDIŢIILE CENTRULUI CHIRURGIE DE AMBULATOR URBAN

1126 patients, including 812 men (66,2±1,4%) and 414 women (33,8±1,4%) with panaritium have been treated in the center of ambulatory surgery within Center Territorial Medical Association, during the period of 2009 – 2012 years, taking into account new technologies of replacement of hospital services and a complex model of quality management. The types of panaritium were cutaneous – 71 (5,8±0,7%), subcutaneous – 930 (75,9±1,2%), tendovaginitis-74 (6,0±0,7%), articular – 62 (5,1±0,6%), osteal – 61 (5,0±0,6%), pandactilitis 28 (2,2±0,44%). The follaving methods of anaesthesia have been used: local infiltration – 1027 (83,8±1,1%), truncal – 157 (12,8±1,0%), intraossal – 42 (3,4±0,5%). Implimentation of a complex management lead to the reduction of treatment period of the case from 13,5 to 11,2 days and the average duration of the period of incapacity to work from 11,8 to 9,8 days.

Key words: panaritium, ambulatory surgical treatment, technologies of replacement of hospital services, efficiency.

Panariciul este o patologie destul de frecventă în activitatea chirurgilor de ambulator (1, 3, 6,7). Am efectuat un studiu in care au fost incluşi 1226 bolnavi cu panariciu trataţi în condiţiile secţiei chirurgicale ATM Centru în perioada anilor 2009-2012. In studiu au fost incluşi bărbaţi au fost 812 (66,2±1,4%), femei - 414 (33,8±1,4%).

Panariciul - cel mai frecvent s-a intalnit la pacienţii în vârstă aptă de muncă (20-59 ani), ceea ce în raport cu numărul total de pacienţi alcătuieşte 82,5±1,1% (1012). Numărul de bărbaţi din această grupă de vârstă - 670 (66,2±1,5%), femei - 342 (33,8±1,5%). Incidenţa minimă a acestei boli s-a observat la pacienţii cu vârsta de 60 ani şi peste - 214 pacienţi (17,5±1,1%), cea mai mare - la vârsta de 30-39 de ani, 401 pacienţi (32,7±1,3%, p<0,001).

Luînd în considerare factorul de vîrstă, problema diagnosticului şi tratamentului chirurgical al panariţiului capătă o importanţă medico-socială importantă (1, 4).

Incidenţa apariţiei panariciului, într-o anumită măsură, depinde de sezon. În lunile de toamnă - 28,8±1,3% de boli, in timpul iernii - 23,1±1,2% (p<0,003). Frecvenţă crescută a bolii în lunile de toamnă rezultă din intensitatea lucrărilor de construcţie. Când timpul se încălzeşte muncitorii nu mai folosesc manusi, din care cauză creşte numărul de traume a degetelor şi articulaţiilor mâinii. Prin urmare, putem face concluzia pur practică cu privire la necesitatea de a consolida supravegherea respectării normelor de tehnologie de securitatein aceste luni.

Printre pacienţii noştri afectarea degetelor de la mâna dreaptă a fost la 60,2±1,4%, stângă - 39,8%±1,4. Mai frecvent este predispus la boli inflamatorii primul deget (28,3±1,3%), apoi - al doilea (27,5±1,3%) al treilea - 24,9±1,2%.

Cea mai frecventă cauză a apariţiei panariţiei este microtraumatizmul de producţie (79,5±1,2%). Trauma la domiciliu este stabilită numai la 4,4±0,6% din pacienţi, iar în 16,1±1,0% - traume nu sunt inregistrate, dar probabilitatea ei nu este exclusă. Majoritatea pacienţilor care au apelat la noi prezentau un tablou clinic de inflamaţie purulentă acută, care nu era dificil de diagnosticat.

În condiţii de ambulator s-au vindecat 88,7±0,9% dintre pacienţi, 11,3±0,9% necesitau spitalizare. Durata medie de adresare la chirurg din momentul îmbolnăvirii aalcătuit 3,9±0,3 zile.

O influenţă semnificativă asupra panariţiului o are fundalul premorbid, care determină în cele din urmă gradul de severitate al bolii (tab. 2).

Cum se poate observa din aceste date, boli concomitente de severitate diferită au fost

Tabelul 1

Distribuţia pacienţilor în dependenţă de vîrstă şi sex

Grupe de vârstă	Bărbaţi		Femei		Total	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
20-29	197	24,3±1,5	102	24,6±2, 1	299	24,4±1,2
30-39	284	35,0±1,7	117	28,3±2,2	401	32,7±1,3
40-49	108	13,3±1,2	81	19,6±2,0	189	15,4±1,0
50-59	81	10,0±1,1	42	10,1±1,5	123	10,0±0,9
≥60	142	17,5±1,3	72	17,4±1,9	214	17,5±1,1
Total	812	100,0	414	100,0	1226	100,0

Tabelul 2

Boli concomitente la pacienţii cu panariciu

Boli concomitente	Număr pacienţi	%
Boala ischemică a cordului	113	12,2±1,1
Obezitate	46	5,0±0,7
Bronşită cronică. Astm bronşic	104	11,3±1,0
Boală Hipertonică	122	13,2±1,1
Gastroduodenită cronică, ulcer peptic al adenomului	151	16,4±1,2
Diabetul zaharat	95	10,3±1,0
Distonie neurocirculatorie, encefalopatie	114	12,4±1,1
Alterarea funcţiei a sistemului musculo-scheletic	78	8,5±0,9
Varicoză, tromboflebita membrelor inferioare	99	10,7±1,0
TOTAL	922	100,0

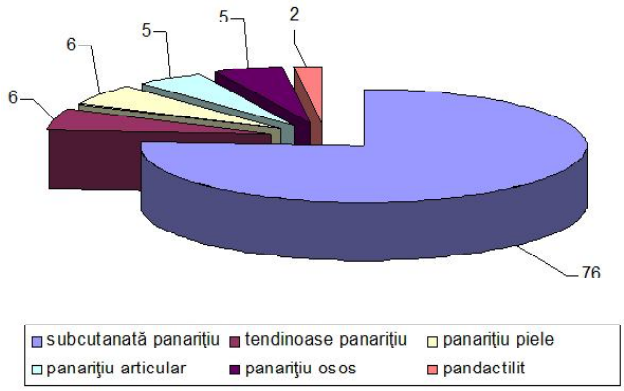

Fig. 1. Distribuţia pacienţilor cu panariţiu şi forme nosologice

detectate la 922 (75,2±1,2%) pacienţi. Mai frecvente au fost bolile sistemului cardiovascular (boala ischemică a cordului şi hipertensiunea) - 235 pacienţi (25,5±1,4%). Bronşita cronică şi astmul bronşic s-au depistat la 104 pacienţi (11,3±1,0%), diabet zaharat - 95 (10,3±1,0%), obezitate - 46 (5±0,7%). Disfunctii ale sistemului digestiv în formă de gastroduodenită cronică, ulcer peptic a duodenului intestin s-au relevat in 151 cazuri (16,4±1,2%). Encefalopatia a fost observată la 114 pacienţi (12,4±1,1%), disfuncţii ale aparatului locomotor - in 78 (8,5±0,9%), varice si tromboflebită cronică a membrelor inferioare - în 99 cazuri (10,7±1,0%). O boală asociată s-a observat în 557 cazuri (45,4±1,4%), două - în 111 (9±0,8%), trei - in 29 (2,4±0,4%), patru - in 12 (1±0,3%). Boli concomitente nu au fost stabilite la 304 pacienţi (24,8 ± 1,3%).

Din datele din tabel rezultă că cel mai frecvent se întîlneşte panariţiu subcutanat - la 930 pacienţi (76±1,2%), de piele - in 71 (5,9±0,7%), tendon - în 74 (6±0,7%), în articulaţie - în 62 (5±0,6%), osos - în 61 (5±0,6%) şi mai puţin - pandactilit - în 28 (2,3±0,4%).

Panariciul este una dintre bolile pentru tratarea cărora sunt propuse multe metode de tratament prin terapie conservatorie şi procedee operative. Experienţa acumulată în ultimul deceniu, sugerează că tratamentul panaţiri trebuie să fie complex. Desigur, în acest complex de efecte terapeutice de primă importanţă este tratamentul operaţional, dar un anumit loc îl ocupă terapia conservatoare, şi de mare importanţă este tratamentul funcţional (2, 5, 7).

Intervenţiile chirurgicale au fost efectuate în condiţii sigure de anestezie, fapt ce permite a se identifica mai bine şi înlăturarea radicală mult mai sigură de ţesut necrotic (tab. 4).

Cel mai frecvent a fost utilizată infiltrarea anesteziei locale - in 1027 (83,8±1,1%),

Tabelul 3

Formele nosologice de panariciu in anii 2009-2012

Forma nosologică	2009		2010		2011		2012		2009-2012	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Cutanat	13	5,1±1,4	19	7±1,5	20	6,1±1,3	19	5,1±1,1	71	5,8±0,7
Subutanat	195	76,8±2,6	207	75,8±2.6	246	75±2,4	282	76±2,2	930	75,9±1,2
De tendon	15	5,9±1,5	14	5,1±1,3	23	7±1,4	22	5,9±1,2	74	6,0±0,7
Articular	13	5,1±1,4	11	4±1,2	16	4,9±1,2	22	5,9±1,2	62	5,1±0,6
Os	10	3,9±1,1	16	5,9±1,4	16	4,9±1,2	19	5,1±1,1	61	5,0±0,6
Pandactilita	8	3,2±1,1	6	2,2±0,9	7	2,1±0,8	7	2±0,7	28	2,2±0,44
TOTAL	254	100,0	272	100,0	328	100,0	371	100,0	1226	100

Tabelul 4

Distribuţia pacienţilor în funcţie de tipul de anestezie

Anestezie	2009		2010		2011		2012		2009-2012	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Local-infiltrativă	208	81,9±2,4	229	83,9±2,2	275	83,8±2,0	315	84,9±1,9	1027	83,8±1,1
Trunculară	36	14,2±2,2	33	12,1±2,0	43	13,2±1,9	45	12,1±1,7	157	12,8±1,0
Osoasă	10	3,9±0,6	11	4,0±1,2	10	3,0±0,9	11	3,0±0,9	42	3,4±0,5
TOTAL	254	100,0	273	100,0	328	100,0	371	100,0	1226	100,0

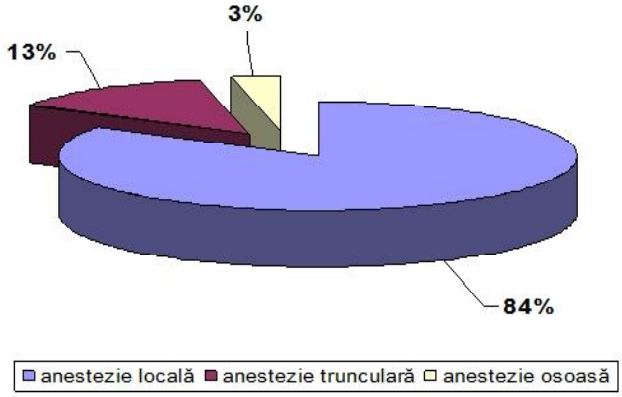

Figura 2. Distribuţia pacienţilor în funcţie de tipul de anesteziei

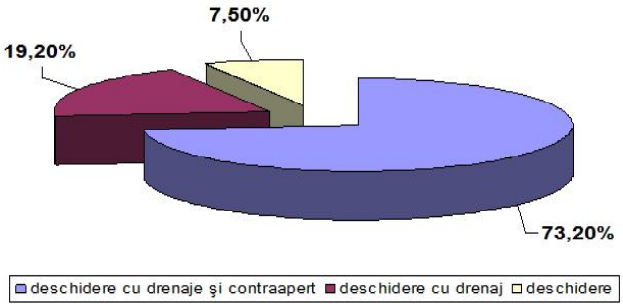

Figura 3. Distribuţia pacienţilor cu panariţiu în funcţie de metoda de tratament chirurgical

trunculară - 157 (12,8±1,0%) şi osoasă - 42 (3,4±0,5%) (p<0,001) (fig. 2).

După cum se vede din fig. 3, cel mai frecvent tip de tratament chirurgical pentru panariţiu a fost deschiderea cu drenaj şi contraapertură - cazuri (73,2±1,3%), deschidere cu drenaj - in 236 (19,2±1,1%) şi deschidere - în 92 (7,5±0,8%).

Pacienţii cu panariţiu au fost împărţite în două grupe:

- primul grup de pacienţi (de control), care a fost sub observaţie în 2009-2012, înainte de implementarea modelului complex de control a calităţii, a constat din 527 de persoane (43±1,4%);
- al doilea grup de pacienţi cu panariţiu, aflat la control în 2011-2012, adică din momentul implementării în practică a standardelor pentru acordarea asistenţei chirurgicale de ambulator şi indicatorilor de calitate - 699 persoane (57±1,4%).

Introducerea unor elemente de calitate a asistenţei medicale în procesul de diagnostic şi tratament se observă o scădere evidentă a duratei proceselor de vindecare a bolilor purulente şi respectiv scade durata medie a unui proces de lecuire şi durata medie a perioadei de incapacitate temporară de muncă (fig. 4).

Această diferenţă în perioada de incapacitate de muncă se explică prin caracteristicile demografice din regiune (1, 3). Cea mai mare parte a populaţiei - persoane în vîrstă, cu sistemul imunitar scăzut şi cu un număr mare de comorbidităţi, cu condiţii material-economice scăzute, ceea ce duce la lipsa accesului la medicamente eficiente. Pacienţii care sunt în concediu medical sunt persoane apte de muncă, cu o stare materială asigurată şi posibilitatea de

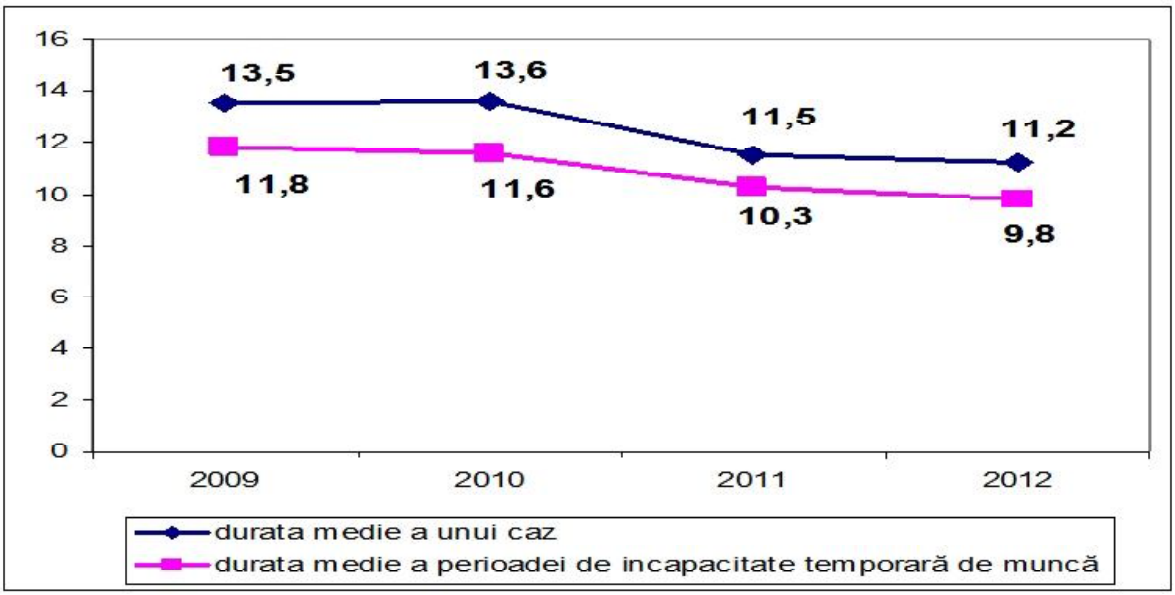

Figura 4. Dinamica duratei medii a incapacităţii de muncă a pacienţilor cu panariţiu

Tabelul 5

Timpul mediu de incapacitate de muncă şi a regenerării plăgilor în tratamentul diferitelor forme de panariciu (in zile)

Forme de panariţiu	2009	2010	2011	2012
Cutanat	9,8±1,0	9,7±1,0	8,5±1,0	7,8±1,2
Subcutanat	12,5±1,4	12,3±1,4	11,2±1,4	10,3±1,5
Tendon	14,8±1,8	14,7±1,8	12,7±1,9	11,2±1,8
Articular	15,6±2,0	15,6±2,0	13,8±1,9	12,3±2,0

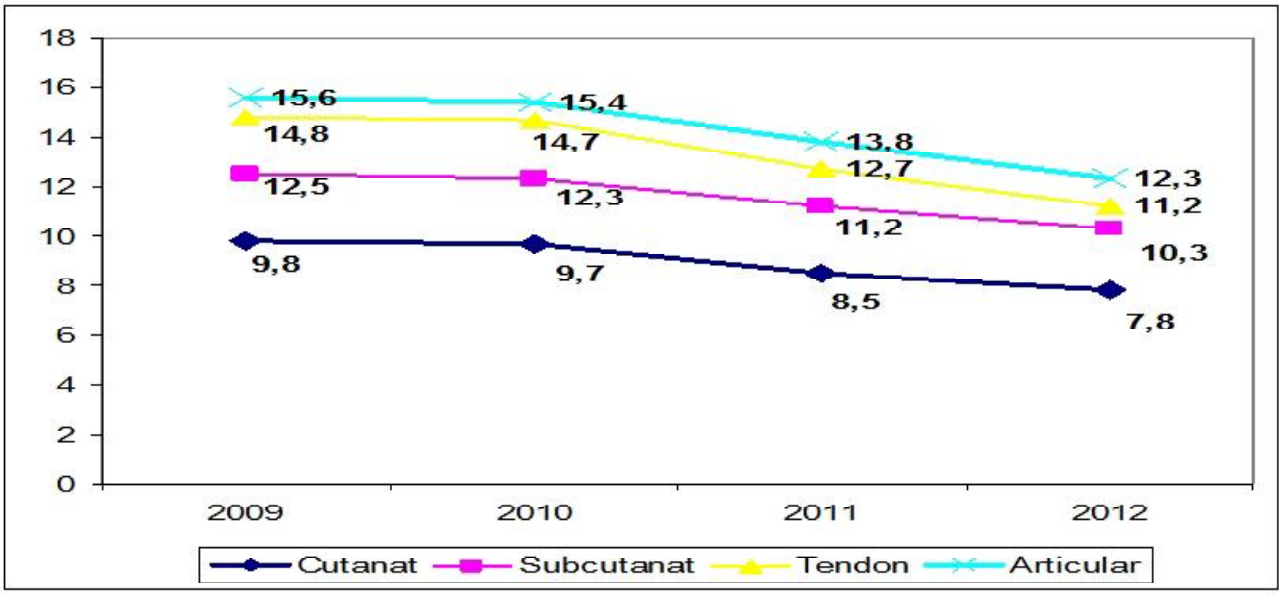

Fig. 5. Timpul mediu de incapacitate de muncă la pacienţii cu diverse forme de panariciu

a procura medicamente scumpe, în comparaţie cu şomerii, pensionarii şi persoanele cu handicap (1, 3).

Timpul mediu de aflare pe foaie de boală şi vindecarea rănilor de panariciu a scăzut semnificativ (tab. 5). Astfel, formele cutanate au scăzut cu 2 zile, comparativ cu anul 2000 (20%), cu forma subcutanată - 2,2 zile (17,6%), forme de tendon – 3,6 zile (24,3%), articular - 3,3 zile (21,2%).

S-a efectuat un studiu sociologic la care au participat 1200 de respondenţi, printre care femei au fost 41,2±1,4%, bărbaţi - 58,8±1,4%. Pe categorii profesionale intervievaţii au fost repartizaţi după cum urmează: 18±1,1% - muncitori, 23,2±1,2% - lucrători tehnici şi ingineri, 20,9±1,2% - angajati, 31 3±1,3% - pensionari. Pacienţii cu vârsta cuprinsă între 31 şi 60 ani au 70constituiau - 60±1,4%.

Bibliografie

1. D. Tentiuc, V. Savin, C. Moraru, L. Stedler // managementul asistentei medicale primare in RM // Chisinau, 2005.
2. Humzah M. D., Mc Gregor J. C. Performance indicators in surgery // J.R.Coll. Surg. Edind. - 1997. - Vol. 42. - P. 165 - 167.
3. Mitchell M. Summary of studies into adult patients' perceptions of day surgery. Ambulatory Surgery 1999; 7 (2): 75-100.
4. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство для вра-чей. М.: Медицина, 1996. - 416 с.
5. Корячкин В.А. Регионарные методы анестезии в амбулаторной хирургии / В.А.Корячкин, В.И.Страшнов // Амбул. хирургия. Стационарзамещающие технологии.- 2005.- № 1.- С. 25.
6. Кузин М. И., Костюченок Б. М. Раны и раневая инфекция: Руково-дство для врачей. - М, 1990. -592 с.
7. Хромов Б. М., Шейко В. 3. Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях. Л.: Медицина, 1980. - 520 с.

Şveţ Veronica, medic rezident anul III, Catedra Oncologie şi Hematologie, USMF "N.Testemiţanu",
Monastîrscaia Nadejda, studentă anul VI, Medicină,

SINDROAMELE PARANEOPLAZICE NEUROLOGICE ŞI IMPORTANŢA LOR ÎN VIGILENŢA ONCOLOGICĂ A MEDICILOR NEUROLOGI

In the article the author mentions that paraneoplasic syndromes appears in 7-10%. But if the physiciar knows paraneoplasic syndromes, they could achieve 50% of cases. These syndromes could be the first symptoms of cancer, uhen we couldu't find the tumor.
Key words:cancer, paraneoplasic syndrome, oncological vigilance.

În activitatea sa medicul se întîlneşte cu diferite patologii. Desigur ele trebuie sistematizate, folosind cunoştinţele de bază internistice şi chirurgicale. Oncologia ca disciplină sinestătătoare s-a impus în secolul trecut, iar în cursul universităţii de pregătire a medicilor a intrat abia in anul 1976. Serviciul oncologic specializat a fost fondat in 1960, cind a fost fondat Institutul Oncologic pe baza Dispanserului Oncologic Republican. Desigur ca cunoştinţele medicilor s-au îmbunătăţit pe parcursul anilor. Informaţia, cunoştinţele medicilor în domeniul oncologiei clinice sunt foarte importante in depistare precoce a cancerului. Impunerea oncologiei este apreciată şi de menţinerea morbidităţii şi morbidităţii prin cancer la indici destul de înalţi. Pe de altă parte depistarea precoce a cancerului alcătuieşte 27%. Cauzele depistării tardive sunt diferite – evoluţia asimptomatică a bolii, solicitarea medicului cu întîrziere, examinarea incompletă, erori in diagnostic, etc.

Menţionam la început, că sindroamele paraneoplazice în clinică se întîlnesc în 7-10%, dar dacă clinicianul cunoaşte sindroamele paraneoplazice, ele pot fi evidenţiate în circa 50% cazuri. Este semnificativ, că aceste sindroame pot fi primele simptome ale cancerului, atunci cind tumoarea primară nu se depistează. În acest caz clinicianul, medicul poate deduce că la bolnav trebuie exclus un cancer, în aşa fel va creşte vigilenţa oncologică, vor creşte şi indicii depistării precoce a cancerului. O importanţă destul de mare o are şi problema diagnosticului diferenţiat. Medicul practician în aceste cazuri trebuie să excludă leziunile directe (ivazia, compresiunea, produşi de tumora primară), diferite anomalii, infecţii virotice sau microbiene, dereglările hidroelectrolitice (exemplu hipo-Na, K-emia etc.), reacţiile adverse şi toxice în tratamentul diferitor maladii etc. Sperăm că aceste informaţii vor ridica precauţia medicilor în activitatea lor la combaterea maladiei secolului - cancerul. Dacă aceasta se va intimpla colectivul de autori va fi răsplătit pe deplin.

Sindroamele paraneoplazice sunt caracterizate ca afecţiuni ce apar în organe şi ţesuturi la o distanţă de sediul primar al tumorii şi metastazele acestora. La început aceste afecţiuni au fost descrise drept sindroame neobişnuite cauzate de tumor primare specifice. Apăreau excese sau deficienţe de funcţie normală a organelor, în legătură cu tumori specifice. Rezultatul este cel puţin un sindrom pentru fiecare tip de tumoare şi fiecare organ ţintă afectat de un tip de tumoare. Majoritatea sindroamelor apar in interrelaţie cu tumori specifice şi mediatori specifici. Actualmente se consideră că aceste fenomene sunt urmarea corelării acţiunii triadei - tumoare - mediator - ţesut ţintă.

Din cauza anormalităţilor clinice la pacientul canceros pot să nu fie legate cauzal de neoplasm, iată de ce ar trebui identificate criteriile ce ar justifica această legătură paraneoplasică. Acestea sunt prezentate mai jos in ordinea importanţei:

- Asocierea sindromului cu prezenţa unei tumori cu creştere activă.
- Identificarea unui exces de factor in circulaţie, care dispare odată cu înlăturarea tumorii.
- Identificarea unui exces de factor in cadrul celulelor tumorale.
- Un gradient arterio-venos al factorului in cadrul patului vascular al tumorii.
- Producerea factorului de celulele tumorale în vitro ş.a.

Sindroamele paraneoplazice reflectă o comunicare dintre celulele tumorale şi celulele gazdei - bolnavului canceros. Acestea constituie un analog patologic al comunicării dintre celule cu intensificarea acestei comunicări rezultate din eşecul diferenţierii finale a unui grup de celule. Ontogenia celulelor normale progresează ireversibil prin stadii pînă la treapta apariţiei unei diferenţieri finale a majorităţii din celulele într-un ţesut, menţinîndu-se doar un număr mic de celule stem. Aceste celule, cu toate că prediferenţiate, sunt totalmente tributare ţesutului de origine. În ţesuturile tumorale, care sunt parţial dediferenţiate diferite nivele, eritroblaştii niciodată nu apar în mijlocul carcinoamelor din colon, precum nu apar neuroblaştii în melanome, cu toate că în ultimă instanţă ambele provin din acelaşi neuroectoderm. Cu alte cuvinte, celulele stem într-un ţesut particular, precum şi celulele tumorale, sunt ireversibil 5condamnate la o diferenţiere de-a lungul aceloraşi linii cu celulele mature a unui fenotip tisular particular. Ca urmare, cind suprasecreţia mediatorilor induce neoplazia, mediatorii sunt cei ai ţesutului de origine al tumorii.

A fost estimat că sindroamele paraneoplastice sunt prezente în /10-20% cazuri la pacienţi cu neoplasme, dar studii minuţioase în acest aspect 0pînă în prezent lipsesc. Însă, dacă e să luăm în consideraţiune astfel de manifestări paraneoplastice metabolice sau generalizate, precum anorexia, caşexia, febra sau anemia, atunci din punct de vedere virtual toţi pacienţii suferind de cancer vor suferi şi de pe urma sindroamelor paraneoplastice. In formele clinice ale sindroamelor paraneoplastice, însă, au fost incluse doar următoarele (la general foarte numeroase):

1.Sindroamele paraneoplastice cu manifestări clinice: endocrine şi metabolice, neurologice şi musculare, osteoarticulare, cutanate, cardiovasculare, hematologice, renale, hepatice, digestive, reacţii sarcoide.

2. Manifestări biologice fără expresie clinică: apariţia de izoenzime, de substanţe cu caracter embrionar, modificări biochimice şi imune.

3. Sindroamele şi simptomele care apare în cursul fazei finale de evoluţie a tumorilor maligne (pierderea ponderală, atrofii musculare, deshidratare, febră continuă, prurit,etc.)

Simptomatologia sindroamelor paraneoplazice este variată şi polimorfă, fiecare sindrom exteriorizîndu-se printr-un tablou clinic şi biologic aparte. Aceste tablouri clinice ocupă un spaţiu important în patologia medicală, aproape fiecare organ sau sistem putînd reacţiona într-un anumit fel la prezenţa tumorii maligne. Odată cu acest polimorfism, simptomele sindroamelor paraneoplazice au cîteva caracterizări comune:

- lipsa de specificitate. Aceste sindroame pot fi observate nu numai la bolnavi cu neoplazii maligne, ci şi în afecţiuni netumorale. Lipsa de specificitate se manifestă şi în faptul că acelaşi sindrom apare la bolnavii care au tumori in localizări şi aspecte histologice foarte variate;
- predominanţa simptomelor paraneoplazice faţă de simptomatologia foarte discretă sau nu se manifestă de loc;
- paralelismul evolutiv dinte tumoare şi sindromul paraneoplazic.

Înlăturarea tumorii duce de obicei la dispariţia semnelor paraneoplazice, iar apariţia unor recidive sau metastaze duce la reinstalarea sindromului.

Importanţa practică a Sindroamelor este apreciată de:

- SP pot reprezenta primul semn al bolii, deci permit un diagnostic precoce, cu instituirea promptă a tratamentului;
- la bolnavii neoplazici cunoscuţi, pot fi confundate cu evoluţia metastatică a bolii şi astfel să se renunţe la tratamente curative sau, invers, manifestările metastatică să fie considerate SP şi tratate caatare;
- pot fi utilizate ca markeri tumorali pentru monitorizarea evoluţiei tumorale;
- SP prezintă o problemă clinică cu afectarea stării generale şi confortului bolnavului, uneori chiar un risc vital, al căror tratament poate oferi ameliorări importante ale calităţii vieţii, sau o pot diminua.
- Definirea unui sindrom paraneoplazic se bazează pe următoarele consideraţii:

1. sindromul este asociat unei tumori, asociere cunoscută şi din referirile din literatură;
2. sindromul regresează după îndepărtarea sau regresia tumorii;
3. dacă factorul circulator responsabil de sindromul paraneoplazic este cunoscut, atunci trebuie să existe:

a) in apropierea tumorii un gradient crescut de factor circulant;

b) ţesutul tumoral trebuie să conţină o concentraţie a factorului respectiv mai mare decît ţesuturile normale din jur;

c) secreţie în vitro.

Multitudinea de efecte produse de diverse tipuri de tumori impun găsirea unei clasificări a sindroamelor paraneoplazice, care va fi prezentată ulterior.

În final concluzionăm că sindromul paraneoplazic este o manifestare la distanţă a bolii canceroase care nu este legată direct de dezvoltarea tumorii primare sau a metastazelor. Boala canceroasă metastatică se manifestă printr-o simptomatologie polimorfă în funcţie de sediul metastazelor. Aceste simptome nu sunt considerate sindroame paraneoplazice, ele constituie simptomologia bolii neoplazice ca atare.

Simptomele paraneoplazice neurologice şi musculare sint adesea confundate, diferenţiindu-se greu care revin sistemului nervos şi sistemului muscular.

Uneori sindromul paraneoplazic neurologic se impune drept o boală primară. În etiologia lor primul loc este ocupat de cancerul bronhopulmonar, mai ales cancerele cu celule mici. Mai rar se notează în cancerele digestive, de rinichi, uter, sîn, boala Hodgkin şi mielomul multiplu.

Neuropatia senzitivă Denny-Brown se manifestă prin senzaţia de amorţeală şi îngreunare a membrelor, uneori şi a feţei, însoţite de parestezii şi dureri fulgurante. Obiectiv se găsesc tulburări de sensibilitate de diverse grade, abolirea reflexelor tendoniene la membre şi în coordonarea marcată.

Polinevritele mixte de tip sensitiv şi motor sînt cele mai frecvente manifestări neurologice paraneoplazice. Ele pot să apară la sfîrşitul evoluţiei unui cancer, în cursul evoluţiei sau uneori să preceadă simptomele neoplaziei. Nu trebuie confundate cu polinevritele provocate de citostatice. Se manifestă prin simptome senzitiv-motorii, de obicei bilaterale şi simetrice, predominînd la extremităţi, cu evoluţie ascendentă. Uneori manifestările sînt de tip radicular (dureri radiculare, tulburări de sensibilitate cu topografie radiculară).

Neuropatiile motorii oferă tabloul unei poliomielite anterioare cronice.

Nevrita branhială paralitică poate fi uneori paraneoplazică.

Mielitele transverse se intilnesc mai ales in boala Hodgkin. Se manifestă printr-o paraplegie lască cu anestezie, tulburări sfincteriene şi trofice.

Atrofia cerebeloasă se asociază destul de frecvent cu un cancer visceral (bronhopulmonar, laringian, pancreatic, genital, mamar). Incepe cu tulburări de mers şi apoi se instalează tabloul clinic al sindromului cerebelos.

La canceroşi au fost descrise leziuni encefalice sub forma unor focare malacice. Se intilnesc frecvent in boala Hodgkin.

Leucoencefalopatia multifocală progresivă se obsevă în limfoame maligne, leucemii limfatice cronice şi în unele carcinoame. De obicei apare la un bolnav al cărui cancer este cunoscut. Se manifestă prin tulburări psihice şi neurologice ce pot să ajungă la o stare confuzdemenţială.

Encefalopatia mioclonică se întîlneşte mai ales în neuroblastoame. Clinic se manifestă prin mişcări necoordonate ale membrelor, titubaţie, contracţii musculare şi mişcări neregulate rapide ale ochilor. Encefalomielita paraneoplazică apare mai ales in cancerul bronhopulmonar. Se manifestă prin simptome variate: tulburări mintale, paralizii sau pareze.

Manifestările musculare paraneoplazice sînt destul de frecvente şi pot îmbrăca mai multe aspecte.

Polimiozita sau dermatomiozita se asociază foarte des cancerelor. Semnele cutanate şi musculare sînt precoce şi precedă pe cele date de cancer. Manifestările cutanate sînt eritemul şi edemul localizate mai ales la faţă, putînd da aspectul de fluture. Edemul se localizează mai ales periorbitar. Manifestările musculare constau în dureri, modificări de consistenţa şi tulburări motorii. In unele cazuri tabloul clinic se completează şi cu tulburări neurologice: parestezii, tulburări de sensibilitate, abolirea reflexelor osteotendinoase.

În cursul evoluţiei unor cancere se pot observa şi sindroame miopatice, caracterizate prin atrofii musculare cu debut rizomelic, bilaterale, simetrice, hipotonie, diminuarea sau abolirea reflexelor osteotendinoase. Uneori la debut se poate nota o pseudohipertofie musculară.

In cancerele bronhopulmonare au fost descrise şi sindroame pseudomiastenice. Mai ales în cancerele bronşice s-a descris miastenia paraneoplazică, manifestată prin semnele bine cunoscute ale acestei afecţiuni.

Manifestările osteoarticulare sint cel mai frecvente paraneoplazii. Nu sint specifice pentru cancer, deoarece se observă şi în afecţiuni netumorale. Se intilnesc aproape exclusiv in tumorile intratoracice, metastaze pulmonare plecate mai ales de la rinofaringe. Se manifestă sub trei categorii de simptome: hipocratismul digital, manifestări articulare şi reacţii periostice, care pot evolua izolat sau se asociază.

Hipocratismul digital se manifestă prin incubarea longitudinală, transversală sau mixtă a unghiilor şi hipertrofia pulpei ultimei falange.

Manifestările articulare apar sub aspectul unui reumatism poliarticular cronic subacut sau cronic, în linii mari simetric, interesînd cu predilecţie articulaţiile mari distale ale membrelor.

Sunt nişte schimbări nespecifice osteo-articulare care se intilnesc la bolnavii cu diferite cancere şi nu sunt legate local de tumoare. Poliatritele sunt cronice şi subacute de geneza tohică sau alergică, proliferativă cu perioadele de acutizare şi remisie, dar specific pentru ele se formează deformaţii şi anchiloze.

În decursul a mai mulţi ani, artropaţiile paraneoplazice pot fi unicul element clinic al cancerului.In decursul tratamentului radioterapeutic, cînd are loc sporirea concentraţiei de acid uric în sînge se poate dezvolta gută cronică secundară.

Schimbările periostale şi osteortrosei cu deformaţii.

Medicii generalişti trebuie să reţină că în cazurile unor poliartate, inainte de a incepe tratamentul specific antiinflamator trebuie exclus cancerul.

Leziunile periostale se caracterizează printr-o proliferare perioastală bilaterală diafizară la oasele lungi, ce îmbracă aspectul unui manşon subţire separat de corpul osului printr-un lizereu ingust clar, mai rar sub forma unor dire neregulate anarhice.

Aceste trei forme pot să se manifeste izolat sau se asociază cîte două sau trei, dînd aspectul de osteoartropatie hipertrofiantă pneumică Pierre Marie-Bamberger.

Simptomele osteoartropatice pot să preceadă simptomele pulmonare, pot să apară concomitent cu acestea sau pot să le urmeze. Evoluţia lor este variabilă, continuă, sau în pusee intermitente.

A fost descrisă o osteoză paracanceroasă decalcifiantă, caracterizată prin mialgii accentuate de mişcări precum şi de o decalcifiere şi osteoliză scheletică, fără a avea vreo legătură cu invadarea metastatică a oaselorţ

Au fost publicate cazuri de rahitism şi osteomalacie curabile prin înlăturarea unei tumori osoase sau de părţi moi.

Bibliografie

1. L Nathanson, T.C.Hall “Introduction: Paraneoplastic sindromes”, Seminars in Oncology, Vol.24, av.3 (turce), 1997 p. 265 - 268.
2. T.C:Holl “Paraneoplatie sindromes: mechanismes”, Seminars in Oncology, Vol. 24, N 3(teme), 1997, P. 269-276.
3. G.Gherman “Paraneoplasiile: dificultăţi de diagnostic în cancer”, Ed. Dacis, Cjul-Napoca, 1986.
4. I.Chiricuţă Cancerologie. Vol.II Cancerologie clinică, Editura medicală
5. Gh. Gherman. Clinica paraneoplaziilor p.631-641.
6. V.Păcurar Elemente practice de oncologie. Sindroamele paraneoplazice, p.7
7. I.Mereuţă Sindroame paraneoplazice şi importanţa lor în vigilenţa oncologică.
8. GEHRMAN G - Clinica paraneoplazilor, in Cancerologie, Chiricuţă I (red.), vol.XXI, p.631-642. Edit. Medicală, 1980.
9. NASCHIZITS JE, ABRAHAMSON J, YESHURUN D - Clinical significance of paraneoplastic syndrom, Oncology, 1989, 46, 40-44.
10. IHDE DC - Paraneoplastic syndromes, Hosp. Pract., 1987, 15, 105-124.
11. TAGNON HJ, HILDEBRAND J - Paraneoplastic syndromes, in Cancer: Principles and practice of oncology, De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (red.)ed. a III-a, JB Lippincott Comp., Philadelphia, 1989.
12. THIRKILL CE, FITZGERALD P. SERGOTT RC şi colab. - Cancer - associated retinopathy (CAR syndrome) with antibodies reacting with retinal optic nerve and cancer cells, New Engl.J.Med., 1989, 325, 1589 - 1594.
13. CHAD DA, RECHT LD - Neurological paraneoplastic syndromes, Cancer Invest., 1988, 6, 67-82.
14. MANDEL S - Paraneoplastic syndromes: how to recognise the remote neurologie effects of cancer, Postgard. Med., 1989, 85, 141 -152.
15. SCHUBERT C, KROGER A, CRISTOPHERS E - Kutane paraneoplastische Syndrome, Med. Welt, 1988, 39, 391-396.
16. APPEL ML, WARD WO, TYRING SK - Erythema gyratum repens: a cutaneous marker of malignancy, Cancer, 1988, 62, 584-550.
17. DREIZEN S, MCREDIE KB, BODEY GP, KEATINS MJ - External expressions of internal malignancy, Postgrad. Med., 1987, 82, 91-98.
18. BUNN PA, MINNA JD - Paraneoplastic syndromes, in Cancer: Principles and practice of oncology, De Vita VT, Hellman 40S.Rosenberg SA (red.), ed. a II-a, JB Lippincott Comp., Philadelphia, 1985.

19. Микроскопический анализ. 1997.
20. APUD система - новые стратегии морфофункционального анализа.
21. Райхлин Н.Т. APUD - система - общепатологические онкологические аспекты, 1993.
22. Хирургическая онкология, 1990.
23. Опухолевые поражения и APUD – система.
24. Краевский Н.А., Шальников А.В., Сакрисов Р.С. Руководство . патологоанатомическая диагностика опухолей человека, 1991.
25. L.Tathanson, T.C: Hall "Introduction: Paraneoplastic sindromes",Seminars in Oncology, vol. 24, N 3 (June), 1997, p. 265 - 268.
26. T.C: Hall "Paraneoplastic sindromes: mechanisms", Seminars in Oncology, vol. 24, N 3 (June), 1997, p. 269-276.
27. G.Gherman "Paraneoplaziile": dificultăţi de didagnostic în cancer, ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1986.
28.I.Mereuta, I. Corcimaru, D. Sofroni, N. Ghidirim "Sindroamele paraneoplazice si importanta lor in vigilenta oncologica", Chisinau, 2000, pag47.

Irina Tripac d.i.m., Ion Mereuţă d.h.m., prof. univ., Şef catedra Oncologie, Hematologie şi Radioterapie, Veronica Şveţ, medic rezident anul III, oncologie

SCREENINGUL RUDELOR ASIMPTOMATICE DIN FAMILIILE CU RISC SPORIT DE CANCER EREDITAR AL ORGANELOR REPRODUCTIVE LA FEMEI

Germinal mutations stay on basis of appearance of hereditary cancers, but till now it doesn't exist general model of its prevention.

The purpose of this paper is secondary prevention and early detection of malignant tumors in families with high risk of cancer, which will reduce cancer morbidity and mortality in individuals with hereditary susceptibility.

Keywords: screening, family cancer, gene mutations, prevention, hereditary susceptibility.

Conform datelor din literatura de specialitate, formele ereditare sunt depistate la 5-10% din pacientele cu cancer al organelor sistemului reproductiv feminin (COSRF). Pentru rudele de gradul I (surori, fiice), purtătoare de mutaţii germinale, riscul dezvoltării acestor neoformaţiuni este extrem de inalt [5].

Unul din cele mai răspândite sindroame ale cancerului ereditar al organelor genitale feminine este sindromul Lynch-II - cancer colorectal nepolipozic ereditar (CCNE). În prezent, există un şir de mutaţii genetice legate de acest sindrom, care în stare normală remediază devierile de ADN - hMLH1, hMSH2, PMS1, PMS2 şi MSH6.

În contextul clor menţionate, pare evidentă necesitatea dezvoltării şi introducerii în practica clinică a unei metode complexe de diagnostic precoce si de prevenire a cancerului mamar ereditar, ovarian ereditar şi de alte localizări asociate cu mutaţiile în genele BRCA1/2, hMLH1, hMSH2, PMS1, PMS2 şi MSH6, folosind metode de genetica moleculară, care vizează depistarea cancerului in stadiile precoce, diagnosticul şi tratamentul precoce al stărilor precanceroase.

În prezent, însă, în pofida eforturilor epidemiologilor, clinicienilor şi organizatorilor sănătăţii publice, încă nu există nici măcar un model teoretic al unui sistem general de diagnostic şi profilaxie a cancerului ereditar. Totodată, sunt deja clar elaborate principiile organizatorice şi metodice ale sistemului de diagnostic şi profilaxie a formelor ereditare de cancer, anume in baza exemplului de cancer ereditar al organelor reproductive la femei (CEORF).

Acest sistem urmează să fie format în baza informaţiei disponibile în cadrul realizării screeningului pe etape, incluzand:

1. înregistrarea familiilor cu predispoziţie ereditară pentru cancerul organelor reproductive la femei în conformitate cu datele investigaţiei genealogice;

2. formarea grupurilor de risc sporit de cancer ereditar;

3. selectarea metodelor de screening eficiente în funcţie de tipul oncopatologiei prezente în familie (sindroame ereditare familiale, NMPM);

4. identificarea persoanelor cu patologii precanceroase şi cancer;

5. identificarea persoanelor cu risc oncologic genetic determinat (depistarea mutaţiilor germinale);

6. monitorizarea clinică specializată a stării de sănătate a persoanelor cu risc sporit de cancer ereditar.

Prima etapă a screeningului include activităţi organizatorice, ce ţin de consultarea medico-genetică a familiilor, care suferă de neoformaţiuni maligne (cancer de corp uterin, cancer ovarian, cancer mamar şi cancer de colon).

Indicaţii pentru acordarea unei consultaţii genetice urmează a fi considerate criteriile clinico-genealogice de predispoziţie ereditară pentru neoformaţiuni maligne:

- anamneza familială agravată (existenţa a două şi a mai multe rude, afectate cu cancer de corp uterin, cancer ovarian, cancer mamar şi cancer de colon);

- rude de gradul I ale probanzilor, care sunt purtători de mutaţii germinale cu predispoziţie pentru dezvoltarea neoformaţiunilor maligne;

- forma verticală de transmitere a bolii în familie (mamă-fiică);

- prezenţa în familie a bolnavilor cu tumori primare multiple, inclusiv cu afectarea bilaterală a organelor pare;

- existenţa în familie a persoanelor afectate la o vârstă fragedă – până la 45 ani;

In cadrul screeningului familiilor cu risc sporit de cancer ereditar au fost cercetate 361 rude de gradul I din 145 familii ale probanzilor cu cancer endometrial, ovarian, mamar, de colon şi cancer primar multiplu, cu o patologie sau alta a organelor genitale identificată.

Cum s-a menţionat deja în capitolul II, după analiză genealogică, rudele de gradul I au fost distribuite în trei grupuri, în funcţie de gradul de risc oncologic ereditar.

În prealabil, în prima etapă a screeningului pentru identificarea grupurilor cu risc oncologic sporit s-a efectuat o analiză a bazei de date a arborilor genealogici ai familiilor cu risc crescut de cancer ereditar. (Tab. 3.1)

Grupul cu risc sporit l-au constituit rudele din familiile pacientelor cu sindroame ereditare cunoscute şi confirmate în cadrul studiului propriu, cum ar fi: sindroame ereditare familiale cu o singură localizare (cancer familial ovarian, endometrial, mamar), sindroame ereditare cu mai multe localizări (sindromul ereditar cancer mamar/ovarian, sindromul ereditar cancer ovarian, endometrial, mamar), cancer colorectal

Tabelul 1.

Repartizarea familiilor cu risc sporit de cancer ereditar în funcţie de afectarea rudelor cu cancer al organelor genitale feminine şi de alte localizări, abs şi %

Familii cu risc sporit de cancer ereditar CE, CO, CGM, CCR şi NMPM	**Abs.**	**P±Es**	**p**
Familii cu sindroame ereditare Lynch I şi II	25	17,2±3,1	*p<0,001*
Familii cu NMPM (prima tumoră - cancer ovarian sau endometrial)	20	13,8±2,9	
In familie 3 rude sunt afectate de cancer al organelor reproductive:	20	13,8±2,9	p<0,001
Inclusiv familii cu sindroame ereditare:	*16*	*11,0±2,6*	p<0,01
- familii cu cancer endometrial familial	*4*	*2,8±1,4*	p<0,05
- familii cu cancer ovarian familial	*4*	*2,8±1,4*	p<0,05
- familii cu cancer mamar familial	*2*	*1,4±1,2*	
- familii cu cancer mamar/ovarian ereditar	*3*	*2,0±1,3*	
- familii cu cancer (mamar/ovarian/endometrial ereditar	*3*	*2,0±1,3*	
In familie 2 rude sunt afectate de cancer al organelor reproductive	30	20,7±3,2	p<0,001
În familie numai o singură rudă este afectată de cancer al organelor reproductive	50	34,4±3,9	p<0,001

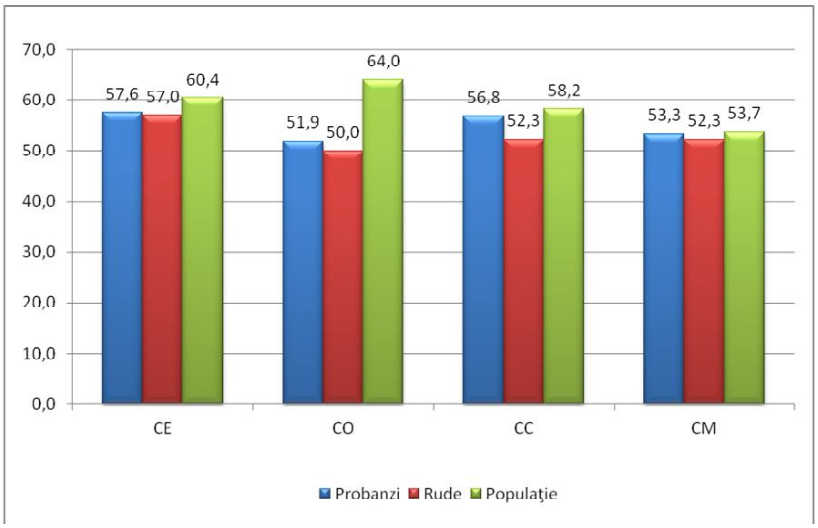

Fig. 1. Repartizarea în funcţie de vârsta a femeilor probanzi şi a rudelor de gradul I, ani

nonpolipozic ereditar, sindromul Lynch, neoplazii maligne primar multiple (una din tumori cancer ovarian sau endometrial) şi familiile pacientelor cu 3 şi mai multe cazuri de formaţiuni maligne.

Al doilea grup cu risc mediu l-au constituit rudele de gradul I din familiile cu cancer al organelor reproductive la femei şi cancer colorectal, la care s-au relevat 1-2 cazuri de formaţiuni maligne la rudele consanguine.

Al treilea grup l-au constituit rudele de gradul I din familiile cu cancer sporadic al organelor reproductive şi colorectal diagnosticat, pacienţi cu cancer sporadic, in lipsa neoplaziilor maligne la rude.

Mai mult de jumătate (54,9%) din cazurile de cancer ereditar se înregistrează la femeile probanzi în intervalul de vârstă de la 40 la 70 de ani (Fig.3.1).

Varsta medie a femeilor probanzi cu CE din familiile cu anamneză oncologică agravată în debutul bolii era sub 60 de ani şi constituia 57,6±1,9 ani, în populaţie - 60,4±1,7 ani. Varsta medie a rudelor de gradul I in debutul cancerului endometrial constituia 57,0±2,0 ani, cea ce confirmă instalarea cancerului la rudele din familiile cu risc oncologic sporit la o vârstă mai tânără, decât în populaţie în general.

Vârstă medie în debutul bolii la probanzii cu CO a constituit 51,9±2,0 ani, în populaţie - 64,0±1,7 ani. Vârstă medie a rudelor de gradul I cu CO in debutul bolii a constituit 50,0±2,0 ani, comparativ cu datele din populaţie - 64,0±1,7 ani.

Varsta medie a rudelor de gradul I in debutul cancerului colorectal constituia 52,3±1,9 ani, cea ce confirmă instalarea cancerului la rudele din familiile cu risc oncologic sporit la o vârstă mai tânără, decât în populaţie în general.

Varsta medie a femeilor probanzi cu CM din familiile cu anamneză oncologică agravată în debutul bolii era sub 55 de ani şi constituia 53,3±1,9 ani, în populaţie – 53,7±1,7 ani. Vârsta medie a rudelor de gradul I in debutul cancerului endometrial constituia 52,3±2,0 ani, cea ce confirmă instalarea cancerului la rudele din familiile cu risc oncologic sporit la o vârstă mai tânără, decât în populaţie în general.

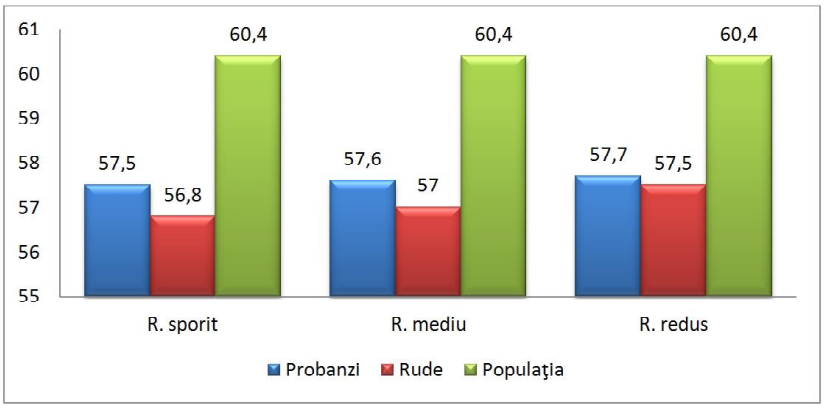

Fig. 2. Repartizarea femeilor probanzi şi a rudelor de gradul I cu CE în funcţie de vârstă, ani

Varsta rudelor de gradul I din grupul cu risc sporit de cancer ereditar in debutul CE a constituit 56,8±0,08 ani (p<0,001). In grupul cu risc mediu debutul bolii la rudele de gradul I a fost identificat la o vârstă de 57,0±0,09 ani (p<0,001). La rudele din grupul cu risc redus debutul bolii a survenit la 57,5±0,12 ani, (p<0,001). Se atestă o diferenţă statistic semnificativă între lotul cu risc sporit şi loturile cu risc mediu şi redus, p<0,05 şi p<0,001,

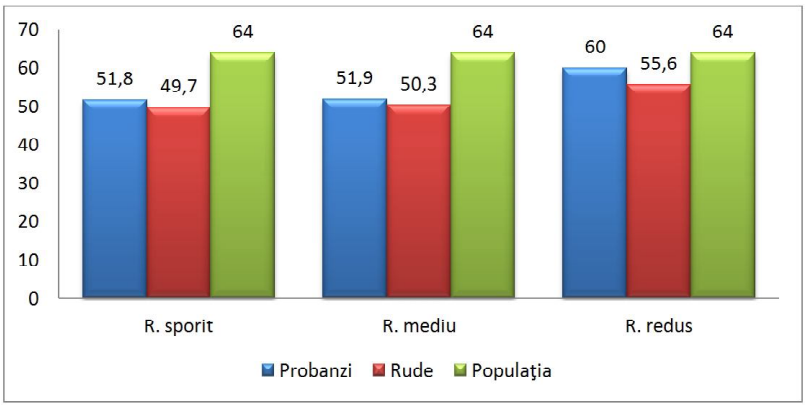

Fig. 3. Repartizarea femeilor probanzi şi a rudelor de gradul I cu CO în funcţie de vârstă,%

respectiv. Între loturile cu risc mediu şi cel cu risc redus lipseşte o diferenţă statistic semnificativă p>0,05 (Fig.3.2).

Vârstă medie în debutul bolii la probanzii cu CO a constituit 51,9±2,0 ani, în populaţie - 64,0±1,7 ani. Vârstă medie a rudelor de gradul I cu CO în debutul bolii a constituit 50,0±2,0 ani, comparativ cu datele din populaţie - 64,0±1,7 ani. (fig.3.3)

La rudele din grupul cu risc sporit de cancer ereditar diagnosticul de cancer ovarian a fost confirmat până la vârstă de 50 de ani. Vârstă medie a pacientelor din acest grup in debutul maladiei a constituit 49,7±0,20 ani (p<0,001).

In grupul cu risc mediu debutul cancerului ovarian s-a constatat la o varsta de 50,3±0,19 ani (p<0,001). La femeile din grupul cu un risc redus diagnosticul de cancer ovarian a fost confirmat la o vârstă de 55,6±0,8 ani (p<0,001).

Se atestă o diferenţă statistic semnificativă între lotul cu risc sporit şi loturile cu risc mediu sau redus, p<0,05 şi p<0,001, respectiv; în timp ce între lotul cu un risc mediu şi cu risc redus diferenţa nu este statistic semnificativă, p>0,05.

Bibliografie:

1. Bermejo J.L., Hemminki K. Risk of cancer at sites other than the breast in Swedish families eligible for BRCA1 or BRCA2 mutation testing. In: Annals of Oncology 2004, vol. 15, nr. 12, p. 1834-1841.
2. Geary J. et al. Gene-related cancer spectrum in fa-milies with hereditary non-polyposis colo-rectal cancer (HNPCC). In: Fam Cancer, 2008, vol. 7, nr. 2, p. 163-167.
3. Kazerouni N. et al. Family history of breast cancer as a risk factor for ovarian cancer in a prospective study. In: Cancer, 2006, vol. 107, nr. 5, p. 1075-1083.
4. Lee J.S., John E.M., McGuire V. Breast and ovarian cancer in relatives of cancer patients, with and without BRCA mutations. In: Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006, vol. 15, nr. 2, p. 359-363.
5. Комарова Л.Е. Снижение смертности от рака молочной железы как результат программ скрининга. В: IV съезд онкологов и радиологов СНГ. Избранные лекции и доклады. Баку, 2006. с. 73-77.
6. Костевич Г.В., Литвинова Т.М., Косенко И.А. К вопросу о популяционном скрининге РТМ. В: Сибирский онкологический журнал, 2007, Приложение 1, с. 137-138.
7. Хасанов Р.Ш. и др. Совершенствование организационных технологии раннего выявления злокачественных новообразований. В: IV съезд онкологов и радиологов СНГ. Избранные лекции и доклады. Баку., 2006, с. 77-80.

Bodrug Nicolae profesor universitar, doctor habilitat în medicină, USMF „Nicolae Testemiţanu”,
Barba Doina conferenţiar universitar, doctor în medicină, USMF „Nicolae Testemiţanu”,
Zlatovcen Ala şef de secţie geriatrie şi gerontologie IMSP Spitalul Clinic al MS RM,
Negara Anatol Director clinica universitară de geriatrie conferenţiar universitar, doctor în medicină,
Botezatu Adriana medic, David Ludmila doctor în medicină, USMF „Nicolae Testemiţanu

EFICACITATEA TERAPIEI CU OZON LA PACIENŢII VÂRSTNICI CU HIPERTENSIUNE SISTOLICĂ IZOLATĂ

The study includes results of the efficacy of including ozone therapy to the complex of medical actions performed elderly patients with isolated systolic hypertension. The inclusion of ozonotherapy has antihypertensive effect, leads to normalization of circadian blood pressure profile with the achievement of the target level of systolic blood pressure, has no negative effect on lipid and carbohydrate metabolism, liver function and kidney function, is well-tolerated, safe and not accompanied by side effects.

Keywords: ozone therapy, isolated systolic hypertension, elderly patients.

Hipertensiune sistolică izolată (HSI) - o formă specială de hipertensiune arterială, care este definită de o creştere a tensiunii arteriale sistolice (TAs) mai mare de 140 mmHg şi coborârea tensiunii arteriale diastolice (TAd) sub 90 mm Hg [1, 3, 4, 11].

Rezultatele studiului Framingham au arătat că HSI se întâlneşte în mai mult de două treimi din cazurile de hipertensiune arterială la vârstnici. Motivul necesităţii terapiei antihipertensive la pacienii vârstnici cu HSI este faptul creşterii de 2-4 ori a riscului de dezvoltare a infarctului miocardic, hipertrofiei ventriculare stangi, insuficienţei renale, AVC şi totodată moartea în urma patologiilor cardiovasculare [1, 3, 4, 5, 8].

În mai multe studii epidemiologice, pe scară largă, a fost dovedită importanţa monitorizării TAs: reducerea acesteia cu 10-11 mmHg scade riscul de apariţie a AVC cu 42%, infarctului miocardic cu 25-30%, a bolilor cardiovasculare - cu 31-32%. Aceasta a iniţiat elaborarea recomandărilor de către diferite comisii internaţionale, în conformitate cu care TAs trebuie să fie punctul central al terapiei antihipertensive la pacienţii cu HSI. Recomandările Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii şi Societatea Internaţională de Hipertensiune arterială (2003) a propus să nu fie stabilită o limită superioară de vârstă pentru tratamentul pacienţilor cu HSI.

Cu toate acestea, studii recente au descoperit un fapt interesant şi important: deşi HSI este mai frecventă la persoanele în vârstă, ea totodată, de multe ori, apare la persoanele mai tinere. La cea de-a III-a Adunare Naţională de Sănătate şi Nutriţie (NHANES III) în rândul pacienţilor cu vârsta peste 50 de ani HSI a fost diagnosticată la 79,7% din pacienţi care nu au primit niciun tratament şi în 80,1% cazuri de tratament inadecvat al hipertensiunii arteriale. HSI a fost o patologie comună şi în grupele de vârstă tânără: a fost diagnosticată HSI la 45,1% pacienţi cu vârsta de 40-50 de ani, care nu au urmat tratament. Un studiu din Marea Britanie (n = 11529, varsta medie a bărbaţilor 46,3 ani, a femeilor – 47,1 ani) a relevat prezenţa HSI stadiul I la 26,6% din pacienţi cu vârsta peste 30 de ani şi aproximativ 50% la cei cu varsta peste 70 de ani, indiferent de sex.

Astfel, a fost revizuită afirmaţia că HSI se întâlneşte la persoanele în vârstă şi senile.

Diferenţe fundamentale în diagnosticul, principiile şi tacticile terapiei antihipertensive la pacienţii vârstnici şi la cei de vârstă mijlocie nu sunt. La stratificarea riscului ar trebui să se ţină cont de faptul că, în sine vârsta, prezenţa unei boli cardiovasculare concomitente, tulburările metabolice şi hormonale la pacienţii vârstnici stipulează prezenţa printre ei a unui număr mai mare de pacienţi cu risc crescut de complicaţii [1, 3, 4, 5, 8].

Alegerea medicamentelor pentru tratamentul pacienţilor cu HSI se face ţinând cont de situaţia economică şi experienţa anterioară în utilizarea preparatelor antihipertensive conform principiilor standard al terapiei antihipertensive. La selectarea terapiei pentru pacienţii cu HSI ar trebui să se ia în considerare toate aspectele legate de acţiunea farmacologică a medicamentelor utilizate. Potrivit Societăţii Europene de Hipertensiune şi Cardiologie (2003), Comitetului Naţional American pentru prevenirea, detectarea şi tratamentul hipertensiunii arteriale (2003), blocantele canalelor de calciu (BCC) - medicamente de prima linie pentru tratamentul HSI la pacienţii în vârstă şi cei de vârstă mijlocie, eficienţa şi siguranţa acestora este demonstrată de numeroase studii, şi sunt importante nu numai în reducerea TA, dar şi prin efectul său organo-protector, conducând astfel la o reducere semnificativă a morbidităţii şi mortalităţii cardiovasculare (cercetare Syst-Eur, HOT, INSIGHT, STOP-Hipertensiune-2, ELSA) [2, 5, 6, 7, 8, 9].

Scopul studiului - evaluarea eficacităţii şi siguranţei includerii terapiei cu ozon în tratamentul complex al pacienţilor vârstnici cu hipertensiune izolată.

Materiale şi metode

Studiul a inclus 40 de pacienţi cu HSI - 24 (60%) bărbaţi şi 16 (40%) femei cu vârsta cuprinsă între 60-75 de ani.

Diagnosticul de HSI a fost stabilit in conformitate cu criteriile OMS [10] şi al Societăţii Europene de Hipertensiune arterială şi Cardiologie [5]. Examinarea clinică complexă a inclus măsurarea tensiunii arteriale, monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale (Asmady), electrocardiografie, ecocardiografie, determinarea profilului lipidic şi determinarea glicemiei, a nivelului de fibrinogen, ureei şi creatininei, transaminazelor hepatice. La toţi pacienţii a fost examinat starea fundului ochiului şi efectuat examenul clinic general.

Criteriile de excludere din studiu au fost TAs mai mare de 220 mmHg, prezenţa infarctului de oricare etiologie, care a avut loc în mai puţin de 6 luni înainte de studiu, insuficienţă cardiacă, cf III-IV(NYHA), angină pectorală stabilă, cf III-IV, angină pectorală instabilă, infarct miocardic care a avut loc în mai puţin de 6 luni înainte de studiu, insuficienţă hepatică sau renală de orice etiologie, boli cardiace necoronariene, cancer, patologii hematologice, boli difuze ale ţesutului conjunctiv, tuberculoza, boli neurologice, endocrine şi psihice.

În funcţie de tipul de tratament, toţi pacienţii au fost împărţiţi în două grupe clinice. Ambele grupe au fost pe deplin potrivite in corespundere cu vârsta, sexul, durata şi severitatea bolii, precum şi a schemelor de bază ale terapiei antihipertensive. Primul grup a constituit 20 de pacienţi, care au urmat un tratament combinat: împreună cu medicamentele antihipertensive a fost inclusă terapia cu ozon, constând din perfuzie intravenoasă cu ser ozonat într-un volum de 200 ml şi concentraţia de ozon 3,2 g/l, frecvenţa administrării – o dată pe săptămână. Durata tratamentului şi durata totală a studiului a fost de 24 de săptămâni.

Rezultate şi discuţii.

După 24 de săptămâni de tratament, pacienţii din grupa 1 au expus o îmbunătăţire semnificativă a stării generale: s-au redus durerile de cap şi ameţelile, au dispărut crizele hipertensive, a crescut toleranţa la efort fizic. În timp ce la pacienţii din grupul 2 modificări similare nu au fost observate.

În Tabelul 1 este prezentată Dinamica parametrilor profilului TA în 24 săpt.

O analiză detaliată a dinamicii TAs la pacienţii din ambele grupuri clinice a arătat că la pacienţii

Tabelul 1

Dinamica parametrilor profilului TA în 24 săpt.

Indici	Valoarea indicilor (M±m) in grupuri			
	Grupul 1		Grupul 2	
	Inainte de tratament	După tratament	Inainte de tratament	După tratament
TAs zi, mmHg	158,22±5,24	126,26±3,41*	157,82±4,74	156,12±5,44
TAs d, mmHg	163,52±6,18	132,12±2,98*	164,08±6,20	162,21±4,74
TAs n, mmHg	152,12±4,18	121,15±3,13*	155,32±4,34	154,02±3,51
TAd zi, mmHg	81,16±3,24	73,24±4,44*	80,97±5,83	79,87±6,02
TAd d, mmHg	85,06±4,33	74,75±4,68*	84,97±6,02	82,88±4,92
TAd n, mmHg	78,12±3,24	71,64±4,44*	78,48±5,71	78,74±5,97
V TAs d, mmHg	19,64±1,95	14,12±1,26*	19,54±2,05	18,74±1,98
V TAs n, mmHg	16,36±1,45	11,14±1,05*	16,64±1,96	15,97±1,45
V TAd d, mmHg	13,42±1,16	12,12±1,13	13,76±1,08	13,42±1,09
V TAd n, mmHg	9,36±0,94	8,04±0,12	9,42±0,89	8,89±0,98
IT Tas d %	69,84±6,34	40,15±5,12*	69,71±6,95	68,95±6,95
IT TAs n %	72,46±5,84	42,64±5,06*	72,71±5,71	70,98±5,88
IT TAd d %	16,12±2,38	14,15±1,02	16,34±2,36	15,94±2,87
IT TAd n %	15,48±2,36	13,78±2,12	15,51±2,40	15,04±2,34
IZ TAs %	10,06±0,84	16,36±2,82*	10,01±0,95	11,95±1,95
IZ TAd %	14,36±0,52	15,04±0,64	14,42±0,84	14,56±0,82
FCCzi in 1min	68,36±3,55	66,06±2,84	67,96±3,44	68,06±2,09
FCCd in 1min	74,12±4,05	73,64±4,12	74,08±3,98	73,76±4,01
FCCn in 1min	64,86±3,28	63,90±3,44	66,14±3,12	65,82±3,04

Notă: * - Diferenţa indicilor fiabili în comparaţie cu cele anterior tratamentului (P <0,05);

zi - indice medii pe zi,
d - valoarea indicelui in timpul zilei,
n - valoarea indicelui pe timp de noapte,
V - variabilitatea TA;
IT - indecele de timp al TA;
IZ - indicele de zi al TA;
FCC - frecvenţa contracţiilor cardiace.

din grupul 1 efectul antihipertensiv a fost mai pronunţat decât la pacienţii din grupul 2.

Îmbunătăţirea parametrilor profilului TA în 24h a fost reflectată în reducerea la pacienţii din lotul 1 a nivelului TAs zi de la 158,22 ± 5,24 la 126,26 ± 3,41 (p <0,05), la pacienţii din grupul 2, cu 157,82 ± 4,74 la 156,12 ± 5,44, precum şi în reducerea TAd zi - de la 81,16 ± 3,24 la 73,24 ± 4,44 in lotul 1 şi 80,97 ± 5,83 până la 79,87 ± 6,02 în lotul 2.

Un factor important este faptul că a avut loc un efect antihipertensiv uşor asupra TAd, nici la unul dintre pacienţi TAd nu a fost mai mică de 65 mmHg (nivelul de jos al TAd, recomandat pacienţilor vârstnici) [5].

Împreună cu efectul antihipertensiv la pacienţii din grupul 1 s-a observat efectul pozitiv al terapiei cu ozon asupra variabilităţii TAs d, TAs n, TAd d şi TAd n, totodată modificările acestor parametri au fost statistic semnificative. In timp ce la pacienţii din grupul 2 schimbări la aceşti parametri nu au fost observate. Un efect pozitiv asupra variabilităţii TA este deosebit de important şi valoros, deoarece mai multe studii epidemiologice din ultimii ani, au demonstrat că variabilitatea mare a tensiunii arteriale, mai ales pe timp de noapte şi în orele dimineţii este un indicator de prognostic negativ - un predictor al evenimentelor cardiovasculare acute (infarct miocardic, accident vascular cerebral, atacuri ischemice tranzitorii, encefalopatie hipertensivă acută, eclampsie, aritmii cardiace etc.) [5, 6, 9, 11]. A fost studiată influenţa ozonoterapiei asupra IT - un indicator al "suprasolicitării miocardului prin rezistenţă". La pacienţii din grupul 1 a fost estimată o scădere statistică semnificativă a TAs d şi TAs n. În timp ce la pacienţii din grupul 2 schimbări la aceşti parametri nu s-au observat.

Rezultatul pozitiv al includerii ozonoterapiei este descoperirea capacităţii ozonului de a normaliza profilul circadian al tensiunii arteriale: IZ TAs la pacienţii din grupul 1 a crescut de la 10,06 ± 0,84 la 16,36 ± 2,82 (p <0,05). Rezultatele sunt importante din punct de vedere al prognosticului, aşa cum multe studii au descoperit că lipsa scăderii tensiunii arteriale pe timp de noapte (profilul "*non-dipper*") şi/sau hipertensiunea arterială nocturnă (profilul diurn "*night-peaker*"), este însoţită de o implicare mai frecventă a organelor ţintă şi de un risc de 2,56 ori mai mare de deces cardiovascular [6, 8, 9, 10, 11].

La pacienţii din studiu cărora l-i s-a indicat terapia cu ozon timp de 24 de săptămâni, nu au fost observate efecte adverse.

După tratamentul pacienţilor indicii nivelului de lipide şi glucoză din sânge, şi alţi parametri biochimici nu s-au modificat semnificativ (Tab. 2).

In contextul terapiei cu ozon s-au observat schimbări pozitive în sistemul nervos central: a dispărut iritabilitatea şi anxietatea de dimineaţă, s-a reglat somnul (s-a îmbunătăţit procesul de

Tabelul 2

Dinamica indicilor biochimici la pacienţii vârstnici cu HSI.

Indici	Valoarea indicilor (M±m) in grupuri			
	Grupul 1		Grupul 2	
	Inainte de tratament	După tratament	Inainte de tratament	După tratament
Colesterol total mmol/l	6,32±0,64	6,05±0,48	6,46±0,73	6,12±0,54
HDL mmol/l	1,13±0,24	1,16±0,29	1,11±0,31	1,14±0,34
LDL mmol/l	4,34±0,48	4,13±0,54	4,55±0,61	4,34±0,58
TG mmol/l	1,72±0,36	1,64±0,30	1,78±0,41	1,69±0,39
Glucoza mmol/l	4,26±0,74	4,12±0,61	4,46±0,69	4,36±0,84
Ureea mmol/l	5,73±1,44	5,78±1,54	5,88±1,56	5,93±1,64
Creatinina mmol/l	0,08±0,01	0,09±0,01	0,08±0,01	0,08±0,01
Fibrinogen g/l	3,24±0,31	3,11±0,24	3,29±0,44	3,18±0,36
ALAT mmol/l	0,32±0,06	0,33±0,08	0,33±0,09	0,32±0,08
ASAT mmol/l	0,34±0,6	0,35±0,09	0,33±0,09	0,34±0,07

Notă. CT - colesterol total, HDL - lipoproteine cu densitate mare, LDL - lipoproteine cu densitate mică, TG - trigliceride, ASAT - aspartat-aminotransferaza, ALAT – alanin-aminotransferazei.

adormire, durata somnului de noapte a crescut). De asemenea, este necesar de menţionat că efectul antihipertensiv al terapiei cu ozon a fost combinat cu eliminarea cefaleii şi anginei pectorale false, cu scăderea manifestărilor clinice a tulburărilor vegetative.

Concluzii:

1. La pacienţii vârstnici cu hipertensiune sistolică izolată, tratamentul antihipertensiv complex, cu includerea terapiei cu ozon, are un efect antihipertensiv manifest, conducand la normalizarea profilului circadian al tensiunii arteriale cu atingerea nivelului-ţintă a tensiunii arteriale sistolice.
2. Ozonoterapia nu are niciun efect negativ asupra metabolismului lipidic şi glucidic, asupra funcţiei hepatice şi renale.
3. Ozonoterapia este bine tolerată, sigură şi nu este însoţită de efecte secundare. Terapia cu ozon poate fi folosită ca parte a terapiei antihipertensive la pacienţii vârstnici cu hipertensiune sistolică izolată.

Bibliografia

1. Колабава Ж.Д., Силизкова Л.А., Котовская Ю.В. и др. Представления об артериальной гипертонии у пожилых и реальная клиническая практика в России (Результаты 1 этапа Российской научно-практической программы АРГУС) // Кардиология. – 2001. – № 11. – С. 14-19.
2. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, третє видання. – К., 2004. – 83 с.
3. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии // Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Либідь, 2002. – 504 с.
4. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія: Посібник для лікарів. – К.: Морion, 2002. – 204 с.
5. Guidelines Committee – 2003. European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2003. – Vol. 21. – P. 1011-1053.
6. Hansson L., Lindholm L.H., Ekbom T. et al. Randomized trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morfidity in Swedish Trial of Old Patients with Hypertension-2 study // Lancet. – 1999. – Vol. 354. – P. 1751-1756.
7. Hansson L., Zanchetti A., Garruthers S.G. et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomired trial // Lancet. – 1998. – Vol. 351. – P. 1755-1763.
8. Staessen J.A., Thijst L., Fagard R.H. et al. For the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Calcium channel blockade and cardiorascular prognosis in the European trial on isolated systolic hypertension // Hypertension. – 1998. – Vol. 32. – P. 410-416.
9. Thesixth report of tht Joint. National Committee on prevention, detection, evolution and Creatment of high blood pressure // Arch. Intern. Ĕed. – 1997. – Vol. 157 (21). – P. 2413-2446.
10. White W. Blood pressure monitoring in cardiovascular medicine and therapeutics. – New Jersey: Humana Press, 2001. – 308 p.
11. 1999 World Heals Organization International Society of Hypertension Guidelines for the management of Hypertension Guidelines Subc. // J. Hypertension. – 1999. – Vol. 17 (2). – P. 151-153.

Felicia Lupaşcu-Volentir – dr.med., cercetător ştiinific, USMF “N. Testemiţanu”, Laboratorul Ştiinţific de Geriatrie şi Gerontologie; Anatolie Negară – dr.med., confereniar universitar, director Centrul Naţional de Geriatrie şi Gerontologie; Elena Coşciug – cercetător ştiinific stagiar, USMF “N. Testemiţanu”, Laboratorul Ştiinţific de Geriatrie şi Gerontologie; Andrei Timotin – secundar clinic (geriatrie), cercetător ştiinific stagiar, USMF “N. Testemiţanu”, Laboratorul Ştiinţific de Geriatrie şi Gerontologie; Valeria Lungu - cercetător ştiinific stagiar, USMF “N. Testemiţanu”, Laboratorul Ştiinţific de Geriatrie şi Gerontologie; Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”

EVALUAREA FACTORILOR DE RISC AI INSUFICIENŢEI CARDIACE CRONICE DECOMPENSATE LA VARSTNICI

Aging is one of the most important medical and social challenges faced by European societies in twenty-first century. The interplay between the two major demographic phenomena – increasing the percentage share of the elderly segment of the population and increased with age of the prevalence of heart failure, chronic heart failure makes (CHF) to become one of the great challenges of the XXI century for the health system. The aim of this article was to identify risk factors of decompensation of chronic heart failure (CHF) and related hospitalization in elderly outpatients.

Key words: chronic heart failure, hospitalization, elderly patients

Actualitate

Îmbătrânirea populaţiei este una dintre cele mai importante provocări medico-sociale cu care se confruntă societăţile europene în sec. al XXI-lea. Intercalarea a două fenomene demografice majore – creşterea procentuală a segmentului vârstnic al populaţiei şi creşterea cu vârsta a prevalenţei insuficienţei cardiace, face ca insuficienţa cardiacă cronică (ICC) să devină una dintre marile provocări ale sec. XXI pentru sistemul de sănătate [4].

Prevalenţa ICC la populaţia Republicii Moldova de vârsta 70 - 80 ani este între 10 şi 20%, iar varsta medie a bolnavilor este de circa 72 ani. In Europa incidenţa bolii la vârstnicii de peste 65 ani este între 6 - 10%. Repartiţia pe sexe denotă că 85% din femei şi 78% dintre bărbai suferă de ICC odată cu înaintarea în vârstă [8].

Dincolo de aceste aspecte cantitative, odată diagnosticată, ICC afectează nu numai durata vieţii, ci şi calitatea ei, fiind considerată una dintre cele mai disabilitante boli cronice, ceea ce conduce la spitalizări frecvente ale vârstnicilor [4].

Deşi ICC reprezintă o problemă majoră în practica geriatrică cardiovasculară, factorii de risc care potenează decompensarea cardiacă, la moment încă nu sunt elucidai.

Scopul

Evaluarea factorilor de risc in decompensarea insuficienei cardiace cronice la varstnici.

Material şi metode

Cercetările s-au efectuat în cadrul Centrului Naional de Geriatrie şi Gerontologie, secia de Geriatrie, pe un lot de 506 pacieni varstnici cu patologie cardiovasculară. Criteriile de includere au constituit: ICC I-IV după clasificarea NYHA, rezultată în urma cardiopatiei ischemice cronice (CPI) şi/sau hipertensiunii arteriale (HTA), evoluie stabilă a ICC (lipsa spitalizărilor pe motive acute de boală pe parcursul a 3 luni). Drept criterii de excludere au servit: ICC asimptomatică, viciu cardiac reumatismal, endocardită infecioasă, infarctul miocardic acut (IMA) şi angina pectorală instabilă pe o durată de 3 luni până la evaluare.

Examinările bolnavilor s-au efectuat conform unui program care a inclus: cercetări clinice, indicele calităţii vieţii cu insuficienă cardiacă cronică şi studii paraclinice: determinarea glicemiei, creatininei serice, ureii şi acidului uric. Totodată, bolnavii au fost cercetai în egală măsură după vârstă, sex, stare socială, indexului masei corporale, indicii hemodinamici, existena diabetului zaharat şi dereglărilor de ritm.

Semnele clinice ale bolilor au fost apreciate calitativ: 0-absenţă, 1-prezenţă.

Nivelul indicilor şi gradul de variabilitate au fost prezentate prin media aritmetică şi deviaţia standard (pachetul de soft STATISTICA, SUA).

Rezultate

În studiu au fost incluşi 506 de vârstnici cu patologie cardiovasculară, cu vârsta cuprinsă între 65-96 ani, media de vârstă a constituit 75,71± 0,3 ani.

Pentru a elucida evoluţia şi riscul cardiovascular ai ICC în dependenţă de vârstă, pacienţii au fost repartizaţi în trei loturi de studiu (conform clasificării Canadiene, 1998): lotul I-pacienţi cu vârsta cuprinsă între 65-74 ani (bătrân tânăr), lotul II – 75-84 ani (bătrân matur) şi lotul III – 85 şi mai mari (bătrân bătrân).

Persoanele de gen feminin au prevalat în I şi a II categorie de vârstă: 60,51 % şi 57,21%, respectiv din lotul de studiu, iar sexul masculin – 78,95% pentru categoria III de vârstă (Tabelul 1). Un număr mai mare a alcătuit locuitorii regiunii de centru a Republicii – 75%, urmat fiind de regiunea de nord – 24% şi de regiunea de sud – 12%.

Analizând starea socială a pacienţilor incluşi in studiu, s-a stabilit un tablou similar pentru toate categoriile de vârstă: prevalena muncitorilor (61,84…68,32%), urmai fiind de intelectuali (19,74...23,53%) şi ărani (11,17...18,42%).

Pacienii din I lot de studii au prezentat următoarele particularităţi: indice de masă corporală (IMC) – obezitate (16,8%), dislipidemie – 37,04%, HTA gradul II – 69,13%, diabet zaharat (DZ) – 19,75% cazuri (Tabelul 2).

Comparativ cu bolnavii din I lot de studii, pacienii lotului II s-au manifestat prin: istoric de IMA in 18,71%, ICC CF III NYHA in 34,76%, hipercolesterolemie – 28,50%, HTA gradul II – 58,82%, HTASI – 14,44%, DZ – 12,83%, disritmiilor – 46,52% cazuri. Pentru primele loturi de studii, terapia medicamentoasă a constat din diuretice economisitoare de kaliu, inhibitori ai enzimelor de conversie (IEC), blocani ai canalelor de calciu tip dehidropiridinic, betablocante, în egală măsură.

Pentru lotul III de studii, au fost caracteristice subnutriia, rată mai înaltă pentru nozologiile

Tabelul 1

Caracteristica generală a pacienţilor incluşi în studiu

Criteriu		I lot (65-74 ani)		II lot (75-84 ani)		III lot (85-96 ani)	
		$x \pm m_x$	σ	$x \pm m_x$	σ	$x \pm m_x$	σ
Genul	**feminin**	60,51±3,1	0,49	57,21±3,6	0,49	21,05±4,70	0,41
	masculin	39,51±2,2	0,31	42,79±2,3	0,34	78,95±4,2	0,47
Locul de trai	**nord**	15,22±2,3	0,36	15,51±2,65	0,36	23,68±4,90	0,43
	centru	72,84±2,9	0,45	74,86±3,18	0,43	65,78±5,5	47,7
	sud	11,94±2,0	0,32	9,63±2,0	0,27	10,54±3,5	0,31
Starea socială	**intelectual**	20,51±2,6	0,40	23,53±3,1	0,42	19,74±4,6	0,40
	muncitor	68,32±3,0	0,46	64,17±3,5	0,48	61,84±5,6	0,49
	ţăran	11,17±2,0	0,31	12,3±2,8	0,38	18,42±4,6	0,40
Starea generală	**satisfăcătoare**	9,62±1,8	0,28	8,02±2,0	0,27	10,52±3,54	0,31
	gravitate medie	90,11±2,0	0,32	86,09±2,53	0,35	89,47±3,54	0,31
	gravă	0,27±0,7	0,11	5,89±1,06	0,13	0,01±1,2	0,07
Locuieşte singur		27,16±2,8	0,44	42,24±3,62	0,49	32,89±3,54	0,47
Locuieşte cu familia		72,84±2,8	0,44	57,76±3,63	0,49	67,11±1,3	0,47

concomitente ca: cardiopatie ischemică (CPI) clasa funcională (CF) II, hipertensiune arterială sistolică izolată (HTASI).

In baza rezultatelor analizelor de laborator, s-a constat că hiperuricemia şi scăderea funciei renale au fost caracteristice lotului II-III de studii, comparativ cu lotul I in care aceste valori au fost in limitele normei (Tabelul 3).

Discuii

Una din problemele actuale ale cardiologiei geriatrice o reprezintă profilaxia complicaiilor cardiovasculare, inclusiv a ICC, deoarece nivelul de spitalizări frecvente, a invalidizărilor şi a deceselor în rândul vârstnicilor este în creştere [5]. Ca rezultat, este necesar sa atragem atenia asupra factorilor de risc cardiovasculari care agravează evoluia ICC, cât şi a tacticii de tratament.

Varsta bolnavului este un factor de risc in patologia cardiovasculară, deoarece prezintă nivel inalt de acid uric serologic, datorat declinului funciei renale, administrarea îndelungată de diuretice şi altor medicamente [1,7].

În cerectările noastre, factorii de bază ai decompensării cardiace, care au servit drept motiv de spitalizare repetată au fost: IMA în anamneză, hiperuricemia şi funcia renală scăzută. S-a remarcat faptul, că spitalizările repetate au fost cauzate de creşterea gradului de ICC: pentru clasa funcională (CF) II NYHA au fost spitalizai – 59,26% dintre vârstnicii bătrâni tineri, iar pentru CF III NYHA 34,76% cazuri lotul bătrân-matur. Clasa funcională IV NYHA s-a depistat cu frecvenă nesemnificativă.

Printre cazurile studiate s-a depistat că varstnicii din loturile I,II, III au suportat accident vascular cerebral (AVC) în anamneză după cum urmează: 5,8; 2,7; şi 5,3% respectiv (p=0,37). Prezena AVC în anamneză, predispune la decompensări frecvente a patologiilor cardiovasculare, inclusiv şi a ICC studiate.

Drept pronostic nefavorabil a ICC reprezintă disfuncia renală, întâlnită frecvent în practica geriatrică. Literatura de specialitate, a demonstrat o corelaie strânsă, direct proporională dintre ICC şi insuficiena renală cronică. S-a stabilit, că ICC contribuie la hipoperfuzia renală, ceea ce conduce la vazoconstricie renală şi, în final, la retenie hidrică a organismului bătrân [6, 9]. Acest fenomen are o importană deosebită în alegerea tacticii de tratament nefroprotector in ICC avansată, în special după vârsta de 75 ani.

Un alt factor de risc responsabil de decompensare frecventă a ICC, îl constituie hiperuricemia, care în cercetările noastre s-a depistat in 48% cazuri. Dezvoltarea hiperuricemiei este asociată cu obezitatea, rezistena la insulină, sindromul metabolic, adminstrarea îndelungată de diuretice, vârsta înaintată şi dereglarea funciei renale [2]. In HTASI, hiperuricemia este un marker de alterare a metabolismului oxidativ, caracterizat prin determinarea nivelului de radicali liberi, care afectează cardiomiocitele şi endoteliul vascular şi induc dereglări în contractilitatea miocardiacă

Tabelul 2

Caracteristica vârstnicilor cu ICC şi a terapiei medicamentoase, %

Criteriu		I lot (65-74 ani)	II lot (75-84 ani)	III lot (85-96 ani)	p
IMC	Subponderal	7	9,18	10,53	p>0,05
	Greutate normală	64,2	76,47	71,05	
	Supraponderal	12	7,4	7,9	
	Obezitate	16,8	6,95	10,52	
NYHA	Clasa II	59,26	50,27	56,58	
	Clasa III	18,52	34,76	28,95	
	Clasa IV	0,82	0,53	0,0	
CPI	CF II	41,15	52,41	68,42	
	CF III	10,70	16,57	13,16	
HTA	gradul II	69,13	58,82	64,47	
	gradul III	19,34	20,32	11,84	
HTASI	gradul II	12,34	14,44	27,63	
	gradul III	2,5	4,3	0,0	
Diabet zaharat (DZ)		19,75	12,83	3,94	
Dislipidemie		37,04	28,50	19,74	
Dereglări de ritm		36,62	46,52	60,52	
Istoric de IMA		9,4	18,71	14,47	
Diuretice	tiazidice	24,7	19,78	25,0	
	de ansă	15,64	16,57	9,21	
	economisitoare de K	55,55	47,59	46,05	
IEC		85,18	83,96	78,94	
Betablocante		25,10	24,6	14,47	
Blocanti ai canalelor de calciu, tip dehidropiridinic		28,81	26,20	11,84	
ARA II		0,41	0,0	1,31	

Tabelul 3

Indicii de laborator la pacienii varstnici cu ICC

Indicii	I lot (65-74 ani)	II lot (75-84 ani)	III lot (85-96 ani)
Creatinina, mmol/l	86,70	101,74	108,33
Ureea, mmol/l	5,90	6,22	6,34
Glucoza, mmol/l	5,4	4,8	4,12
Acidul uric, mmol/l	248	382,45	394,0

şi vasoconstricie. Hiperuricemia asociată cu resistena la insulină, hipoxia tisulară şi de radicali liberi, pot afecta negativ sistemul cardiovascular şi agrava prognosticul la pacienii cu ICC [3].

Concluzii

Declinul funciei renale şi hiperuricemia la varstnici cu patologii cardiovasculare sunt *triggerii* in decompensarea ICC, ceea ce contribuie la spitalizări frecvente. Datele obinute în cercetările noastre, au relevat faptul că pentru reducerea re-internărilor în seciile specializate de geriatrie şi cardiologie, este necesar de a depista cat mai precoce a acestor indici şi optimiza tactica de tratament la etapa de ambulator.

Bibliografie:

1. Abbott R.D., Curb J.D., Rodriguez BL., et al. Age-related changes in risk factor effects on the incidence of coronary heart disease. In: Ann. Epidemiol., 2002, vol. 12, nr. 3, p. 173-181.
2. Lai S.W., Tan C.K., Ng K.C. Epidemiology of hyperuricemia in the elderly. In: Yale J. Biol. Med., 2001, vol. 74, p.151-157.
3. Niizeki T., Takeishi Y., Arimoto T., et al. Hyperuricemia associated with high cardiac event rates in the elderly with chronic heart failure. In: J. Cardiol., 2006, vol. 47, nr. 5, p. 219-228.

4. Rich M.V. Heart failure in the 21st century: a cardio geriatric syndrome. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci., 2001, vol. 56, nr. 2, p. 88-96.

5. Ross J., Chen J., Lin Z. et al. Recent national trends in readmission rates after heart failure hospitalization. In: Circ Heart Fail 2010, vol. 3, p. 97–103.

6. Silva R., Nikitin N., Witte K. et al. Incidence of renal dysfunction over 6 months in patients with chronic heart failure due to left ventricular systolic dysfunction: contributing factors and relationship to prognosis. In: Eur. Heart J., 2006, vol. 27, p. 569–581.

7. Stern S., Behar S., Gottlieb S. Aging and Diseases of the Heart. In: Circulation 2003, vol. 108, p. 99-101.

8. Vataman E., Lisii D., Bularga A., Sasu S. Evaluarea factorilor ce determină mortalitatea pacienţilor cu insuficienţă cardiacă cronică. In: Congresul II de Medicină Internă cu participare Internaţională, 24 – 26 octombrie 2008; p. 96 – 98.

9. Серов В.А., Шутов А.М., Сучков В.Н. и др. Влияние хронической болезни почек на прогноз больных хронической сердечной недостаточностью. В: Сердечная недостаточность, 2009, том 4, №. 54, стр. 202–204.

Diana Prepelia, IMSP Institutul Oncologic din Moldova, cercetător ştiinţific stagiar

PRIORITĂILE METODELOR DE DIAGNOSTIC ALE CANCERULUI GLANDEI MAMARE IN CONDIII DE AMBULATORIU

Breast cancer diagnosis at different levels of care in Moldova is necessary to perform according to the priorities that would give an optimal result which will improve the current situation. According to a survey and accurate calculation order of biostatistics, after evaluating the *"t" Student* prioritization was developed diagnostic methods of breast cancer.

Key words: breast cancer, methods of diagnosis, priorities, biostatistics

Situaţia oncologică din Republica Moldova poate fi caracterizată într-o manieră ambiguă, deoarece Serviciul Oncologic este unul bun, în schimb rata morbidităţii şi mortalităţii prin afecţiunile date rămâne a fi una înaltă, dar pe parcursul ultimilor ani cu o dinamică pozitivă [1].

Cancerul glandei mamare, fiind una din cele mai frecvent intalnite forme de cancer din Republica Moldova este o problemă actuală pentru societatea noastră, având puternice implicaii sociale [2].

La momentul actual, serviciul mamologic din ţară este reprezentat de către cabinetele medicilor de familie din teritoriu, CCD al IMSP IO (Institutul Oncologic) şi două secţii chirurgicale. Medicii de familie sunt acei specialişti care stabilesc primul contact cu pacienta ce ar putea prezenta o potenţială patologie mamară, rolul lor de bază fiind definit de sensibilizarea populaţiei feminine de pe sectorul pe care il deservesc.

Pe parcursul anilor 2008 – 2011 s-a efectuat un studiu descriptiv şi selectiv întru optimizarea diagnosticului precoce al cancerului glandei mamare şi s-a stabilit prioritatea metodelor de diagnostic, la toate nivelele de asistenţă medicală oncologică în Republica Moldova. În baza lotului de studiu, ce a constituit 245 de cazuri, s-a efectuat un şir de calcule complexe, rezultatul cărora a fost prezentat grafic, după cum urmează din ansamblul de examinări, ce sunt aplicate în cadrul fiecărui caz în parte pentru stabilirea diagnosticului de CGM.

Au fost calculate şi stabilite nivelele priorităţilor în diagnosticul patologiei studiate la general şi pe etape (medic de familie, oncolog raional, mamolog) in mod special (tabel 1).

Determinarea comparativă a priorităţilor metodelor diagnostice de la nivelul II vis-a-vis de nivelul I este următoarea:

- Valoarea *„t"Student* pentru mamografie este de 9.68, astfel investigaţia respectivă la acest nivel are prioritatea I.
- Valoarea *„t"Student* obţinută pentru ecografia GM este 8.84, ceea ce ne permite să o plasăm ca şi investigaţie de prioritatea II.
- Valoarea *„t"Student* pentru puncţia aspirativă este cea mai mică - 5.52, ceea ce denotă prioritatea III al acesteia la nivelul oncologului raional.

Din tabelul 1 se pot contura următoarele:

- la nivelul medicului de familie şi oncologului raional EC al GM este prioritar şi important în stabilirea diagnosticului de CGM.

Tabelul 1

Prioritătile metodelor diagnostice la nivelele de adresare I şi II

	Examenul clinic al GM	Ecografia GM	Mamografia	Puncţia Aspirativă
„t"Student		8.84	9.68	5.52
Medicul de familie				
Medicul oncolog				

Prioritatea I
Prioritatea II
Prioritatea III
Nu se aplică

Tabelul 2

Prioritătile metodelor diagnostice la nivelele de adresare II şi III

	Examenul clinic al GM	USG glandelor mamare	Mamografia	Puncţia aspirativă	Termografia	Raclaj mamelonar
„t"Student		4.4	6.5	20.6	3.0	2.8
Medicul oncolog						
Medicul mamolog						

Prioritatea I
Prioritatea II
Prioritatea III
Metode adiţionale
Nu se aplică

- la nivelul medicului de familie mamografia are prioritatea III cu diferenţă semnificativă faţă de mamografia efectuată la oncologul raional.

- la nivelul oncologului raional mamografia are prioritatea I în diagnostic, superioară raportată la medicul de familie.

- la nivelul oncologului raional puncţia aspirativă are prioritatea III în stabilirea diagnosticului de CGM.

Diferenţa mamografiei la mamolog în CCD al IMSP IO e nesemnificativă şi valoarea ei diagnostică este practic identică priorităţii acestei metode la nivelul oncologului raional.

Determinarea comparativă a priorităţilor metodelor diagnostice de la nivelul III vis-a-vis de nivelul II este următoarea:

- La determinarea priorităţilor metodelor diagnostice prin examinarea comparativă la nivelele II şi III am stabilit, că valoarea *„t"Student* pentru puncţia aspirativă este calculată şi egală cu 20.6, deci ne permite să-i atribuim prioritatea I la medicul mamolog CCD al IMSP IO (tabel 2).

- La nivelul mamologului in cadrul CCD IMSP IO valoarea *„t"Student* pentru mamografie este de 6.5 ceea ce e propriu priorităţii a II-a.

- Prioritatea III atribuită ecografiei GM are valoarea *„t"Student* egală cu 4.4, iar raclajul mamelonar şi termografia glandelor mamare ca metode de investigaţii au valorile *„t"Student* de 2.8 şi respectiv 3.0, ceea ce denotă faptul, că acestea servesc ca metode complementare, selective şi nu ca investigaţii prioritare.

Pentru a determina priorităţile în diagnosticul CGM ale diverselor metode la nivelul oncologului raional şi mamolog în cadrul CCD al IMSP IO, după procesarea statistică, cu ilustrarea rezultatelor în tabelul 2, trasăm următoarele idei:

- la nivelul mamologului in CCD al IMSP IO, alături de EC al GM, prioritatea I este atribuită puncţiei aspirative cu examinare citologică întru stabilirea diagnosticului definitiv al CGM.

- mamografia ocupă prioritate II diferită de cea a oncologului raional.

- dacă la nivelul oncologului raional ecografia GM are prioritatea II in diagnostic, atunci la nivelul medicului mamolog CCD IMSP IO aceasta are doar prioritatea III.

- raclajul mamelonar cu examen citologic şi termografia glandelor mamare servesc ca metode adiţionale, de diagnostic selectiv.

La nivelele I (medicul de familie), II (oncologul raional) şi III (mamolog CCD al IMSP IO) s-a calculat valoarea individuală a indicatorului *t-Student* pentru a stabili o ordine exactă a tuturor metodelor de diagnostic care sunt posibile de utilizat în detecţia CGM la toate etapele de asistenţă medicală din Republica Moldova.

O ilustrare grafică a celor expuse în tabelele 1 şi 2, unde axa [ox] defineşte metodele de examinare, iar axa [oy] nivelul prioritar al acestora, este redată în figura 1.

Atenţionăm asupra faptului, că deşi la toate nivelele EC al GM este punctul de plecare, pe parcurs prioritatea metodelor de diagnostic diferă.

Se atestă şi o diferenţă ce ţine de numărul de metode care este acoperit de un nivel sau altul (valoarea [ox] al fiecărui nivel).

Analizând cele expuse în tabele şi figuri, acestea bazandu-se pe calcule matematice prezentăm consecutivitatea paşilor, tipul şi volumul investigaţiilor, necesare la fiecare nivel de asistenţă medicală pentru stabilirea diagnosticului precoce al CGM - medicul de familie, oncologul raional, mamologul in cadrul CCD al IMSP IO.

Structural, I etapă de asistenţă medicală oncologică este atribuită serviciului medicului de familie la nivel raional şi/sau municipal. Acesta

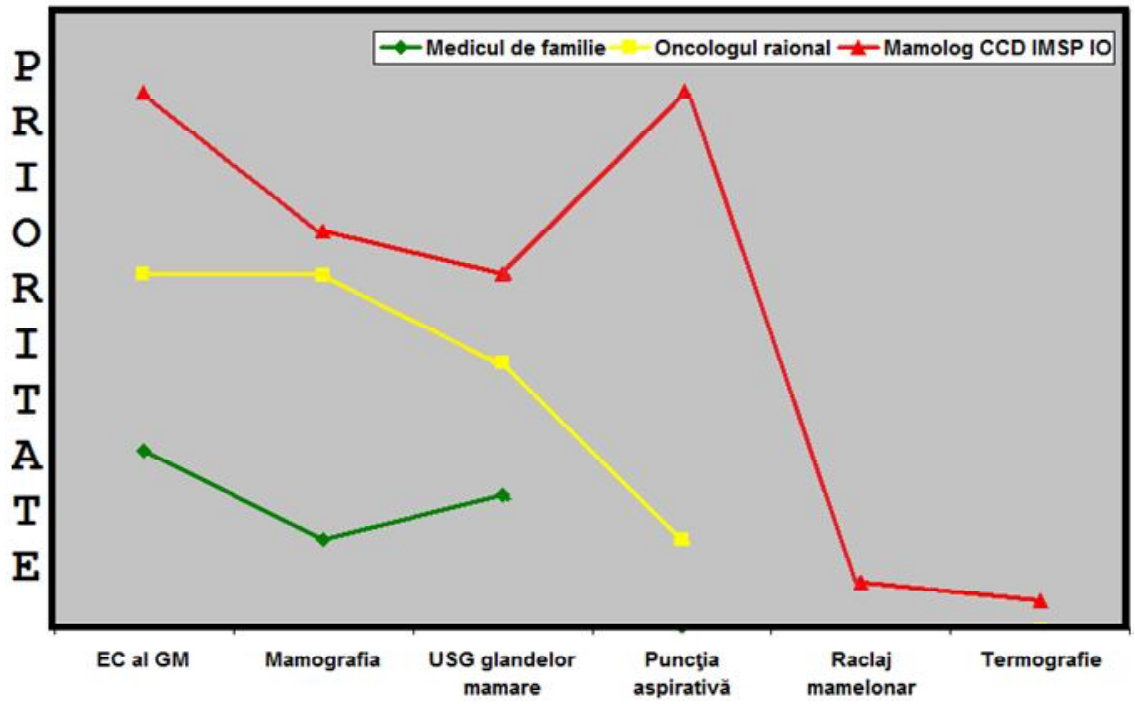

Fig. 1. Reprezentarea priorităţii diferitelor metode diagnostice la diferite nivele de adresare

are la dispoziţie un şir de procedee diagnostice, care însă sunt limitate din diverse aspecte tehnice sau tactice (lipsa personalului calificat). Astfel, observăm importanţa EC al GM ca pasul *n+1* obligatoriu, ce este formula iniţială în algoritmul de diagnostic la nivelul I. La medicul de familie pasul *n+2*, conform calculelor este efectuarea USG GM pacientelor, care s-au adresat pentru asistenţă medicală. Aceste metode fiind de un randament optim la etapa respectivă. Mamografia este pasul *n+3,* astfel se finisează algoritmul la nivelul I, servind ca metodă de diagnostic doar după EC al GM şi a ecografiei glandelor mamare. Reieşind din datele statistice ale rezultatelor obinute în ceea ce priveşte setul de măsuri diagnostice la acest nivel, EC al GM este o metodă obligatorie, după care urmează conform preferinţei USG GM, urmată de mamografie. Se acceptă efectuarea unui şir de investigaţii de laborator suplimentare cum ar fi analiza generală de sânge, urograma, radiografia pulmonară, ecografia abdominală etc. Cei trei paşi incluşi în algoritmul de diagnostic la I etapă de asistenţă medicală – medicul de familie, se extrag din procedee complexe şi formule speciale de calcul.

Etapa a II-a de asistenţă medicală oncologică este atribuită serviciului oncologului raional. Aici sunt examinate pacientele, care vin de la etapa I pentru consultaţie la oncolog. Algoritmul de diagnostic incepe cu EC al GM. Pasul *n+1* este efectuarea mamografiei sau in unele cazuri reevaluarea investigaţiei respective, efectuate la nivelul medicului de familie. Pasul *n+2* in diagnosticul cancerului glandei mamare la nivelul II este efectuarea USG GM sau repetarea, la necesitate, a investigaţiei date efectuate la nivelul I. Acestea in complex cu EC al GM sunt optime pentru oncologul raional. După cum am menţionat deja, că la nivelul II de adresare, ca eficienţă de depistare a CGM s-au dovedit a fi obligatorii metodele de diagnostic cum ar fi: EC al GM şi mamografia, urmată de USG GM. Efectuarea preferenţială a mamografiei la această etapă ar permite de a evita o iradiere suplimentară a pacientelor în cadrul nivelului I şi de a diminua fluxul pacientelor ce necesită examen radiografic la nivelul III. Pasul *n+3* la nivelul oncologului raional este puncţia aspirativă a tumorii cu examinare citologică. Investigaţia dată, la această etapă, poate servi drept bază diferenţială esenţială în diagnostic sau să confirme şi să completeze diagnosticul parvenit de la etapa I. La nivelul oncologului raional se acceptă efectuarea unor investigaţii instrumentale şi de laborator suplimentare. Acestea, pe de o parte, ar putea stabili diagnosticul de cancer mamar, iar pe de altă parte, au rolul de a completa tabloul general al stării sănătăţii în fiecare caz. Paşii descrişi în algoritm la nivelul respectiv, etapa II-a - oncologul raional, sunt stabiliţi în baza calculelor complexe conform formulelor speciale.

Etapa III de asistenţă medicală, atribuită mamologului in cadrul CCD al IMSP IO, este nivelul ierarhic superior care include un şir de paşi simpli şi exacţi. EC al GM serveşte un început pentru diagnosticarea CGM in fiecare caz aparte. Pasul *n+1* la etapa respectivă este puncţia aspirativă, fiind metoda obligatorie şi cea mai informativă. Ea are o semnificaţie relevantă şi se ajustează perfect la cerinţele nivelului dat prin importanţa ei, atât din considerente tehnico-tactice, cât şi din capacităţile individuale specializate şi specifice. Astfel, se obţine un rezultat optim corect şi un randament maxim. Pasul *n+2* pentru mamolog din cadrul CCD al IMSP IO serveşte mamografia, în cazul cînd această metodă nu a fost efectuată la nivelele precedente. Pasul *n+3* este USG GM, care are respectiv prioritatea III pentru mamolog in determinarea diagnosticului. Anume la acest nivel apar două metode complementare ca raclajul mamelonar şi termografia glandelor mamare. Ele, totuşi, nu oferă date directe în stabilirea diagnosticului, ci, mai degrabă, sunt suplimentare şi selective în cazurile ce lasă semne de întrebare şi interpretare diferită a diagnosticului de cancer mamar. Aici este acceptabilă, dar discutabilă reexaminarea investigaţiilor identice la etapele inferioare. Acest fapt este lăsat la discreţia fiecărui specialist în parte. Analizele de laborator şi/sau instrumentale suplimentare reies din dotările tehnice şi posibilităţile reale la nivelul III.

În cazul adresării primare a unei paciente la medic cu diverse acuze din partea glandelor mamare, aceasta este supusă examenului clinic şi unui şir de investigaii imagistice şi de laborator. La necesitate, in cazurile patologiei asociate, cazurilor neclare şi dificile sau pregătirea pentru îndreptare la un nivel superior, este solicitată consultaţia suplimentară a specialiştilor de profil. Totodată, pacientele pot fi trimise direct de la etapa I spre etapa a III in cadrul CCD al IMSP IO. O astfel

de situaţie în cadrul studiului de faţă s-a înregistrat in 140 cazuri din lotul general de studiu. La nivelul III de adresare sunt revizuite investigaţiile efectuate la nivelele inferioare (I şi II) pentru evaluarea vigilenţei oncologice la etapele respective.

Concluzii:

1. Creşterea nivelului de adresare, iar implicit cu el şi a specializării medicului consultant sporeşte rata investigaţiilor instrumentale.

2. Examenul clinic al glandelor mamare este metoda de diagnostic indispensabilă oricărui nivel de adresare.

3. Mamografia este o metodă utilă, dar graţie ofensivităţii acesteia şi informativităţii argumentate la oncologul raional, trebuie efectuată cu precădere la nivelul II de adresare.

4. Analiza comparativă a sensibilităţii diferitelor metode de diagnostic, utilizate la diverse etape de asistenă medicală, a permis de a evidenia gradul de informativitate al acestor investigaii 'i de a elabora algoritmele eficiente de depistare a CGM.

Bibliografie:

1. Mereuţă Ion. Reglementarea serviciului oncologic în Republica Moldova (actualităţi şi perspective). Proiectul legii „Cu privire la lupta anticancer şi asistenţa medicală a bolnavilor oncologici". Chişinău 2002
2. N. Ghidirim. Dinamica strucuturii oncologice in ultimii 5 ani. Curierul Medical 2007, 3(297); 63-64.
3. Fletcher SW, Black W, Harris R, Rimer BK, Shapiro S. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85:1644-1656.
4. Fletcher SW, Elmore JG. Clinical practice: mammographic screening for breast cancer. *N Engl J Med*. 2003;348:1672-1680.

Prepeliţa Diana, cercetător ştiinţific stagiar

VALOAREA SEMNIFICATIVĂ A DIFERITELOR METODE DE DIAGNOSTIC ÎN RATA DEPISTĂRII CANCERULUI GLANDEI MAMARE IN REPUBLICA MOLDOVA

Breast cancer currently consumes the largest scientific efforts and funds both in early detection and treatment. Oncology services aimed breast cancer in Moldova is organized on three levels of addressing hierarchy - family doctor, district oncologist, mamologist CDC of Public Health Care Facility Cancer Institute involves the efforts of triple scale. Thus, it is necessary to strictly defined diagnostic possibilities at each level depending not only of limited results, but tailored to the actual possibilities, strictly related to the addressing and the diagnostic intervals nationwide breast cancer.

Key words: Breast cancer, oncology services, levels of addressing, mammography, methods of diagnosis.

Este indiscutabil faptul că CGM la moment consumă cele mai mari eforturi ştiinţifice şi fonduri financiare atat in plan de depistare precoce, cât şi tratament. Drept rezultat, principalii indici ai morbidităţii prin CGM – incidenţa şi prevalenţa – sunt în perpetuă creştere. O asemenea situaţie se atestă şi în Republica Moldova [1]. Aceste stări sunt determinate de poluarea fonului ecologic, intensificarea solicitării psihice la care este supusă femeia – o circumstanţă indispensabilă societăţii moderne, dar şi datorită îmbunătăţirii considerabile a metodelor de diagnostic. Este bine cunoscut că cea mai bună detecţie a oricărei patologii în populaţie poate fi atinsă, utilizând metoda controlului medical centralizat [2]. Pentru aceasta sunt elaborate diverse modalităţi de depistare activă a patologiilor mamare, care sunt înregistrate în protocoalele clinice naţionale. Din păcate, în pofida tuturor acestor acţiuni, doi indicatori foarte importanţi rămân a fi nesatisfăcători şi anume, indicele de mortalitate prin CGM şi supravieţuirea pacientelor. Această tendinţă a fost menţionată şi de către Victor Cernat în cadrul celui de al III-lea Congres Naţional de Oncologie [1].

In Republica Moldova, diagnosticul patologiilor oncologice este asigurat de către serviciul naţional

oncologic. Acest serviciu este unul ierarhizat şi constă din 3 nivele de adresare: medicul de familie – linia întâi de diagnostic al pacienţilor oncologici, oncologul raional şi medicul oncolog din cadrul IMSP IO, care este şi centrul de performanţă al ţării. Această divizare ierarhizată are menirea de a asigura accesibilitatea pacienţilor la serviciul diagnostic oncologic, indiferent de reşedinţă şi de a selecta cazurile care au într-adevăr nevoie de consultaţie în centrul de performanţă, micşorând astfel aglomerarea uneori neargumentată a fluxului de pacienţi direcţionaţi spre el. Datele statistice din ultimii ani, prezentate de Cancer Registru arată, că majoritatea pacienţilor oncologici depistaţi primar cu maladie neoplazică sunt în stadii avansate ale evoluţiei bolii, deseori chiar incurabile.

Rezultatele unui studiu recent aplicat pe un eşantion de 245 cazuri vine să aducă un şir de date menite să diminueze valorile negative expuse mai sus. Fiind studiate şi prezentate rezultatele reale şi actuale este posibil de observat lacunele, care aduc la obinerea rezultatelor pe care le avem, iar acestea lasă de dorit.

Pentru a reflecta exact capacitatea de diagnostic a fiecărei metode, la fiecare nivel de asistenţă medicală s-a apreciant numărul absolut şi cert al cazurilor de diagnostic al cancerului glandei mamare (figura 1).

La intervievarea a 245 de paciente incluse in lotul de studiu, toate au confirmat faptul că au fost consultate şi examinate clinic de medicul de familie din instituţia municipală sau raională, conform principiului teritorial. Ulterior, in baza biletului de trimitere (formular 027/e) emis de medicul de familie, pacientele au beneficiat de prestaţiile medicale la nivelele următoare. Din lotul de studiu integral, 140 de paciente ce s-au adresat primar la medicul de familie au fost direcţionate şi consultate nemijlocit de mamolog în CCD al IMSP IO. Însă EC al GM în bonul de trimitere a fost redat numai la 133, deoarece din cele 140 de paciente rămase la medicul de familie la 7 din ele EC al GM in bonul de trimitere nu a fost redat.

Deci, conform datelor ilustrate in figura de mai sus, raportate la totalitatea studiului, se observă că din 133 paciente, care au beneficiat de examenul clinic al glandelor mamare la medicul

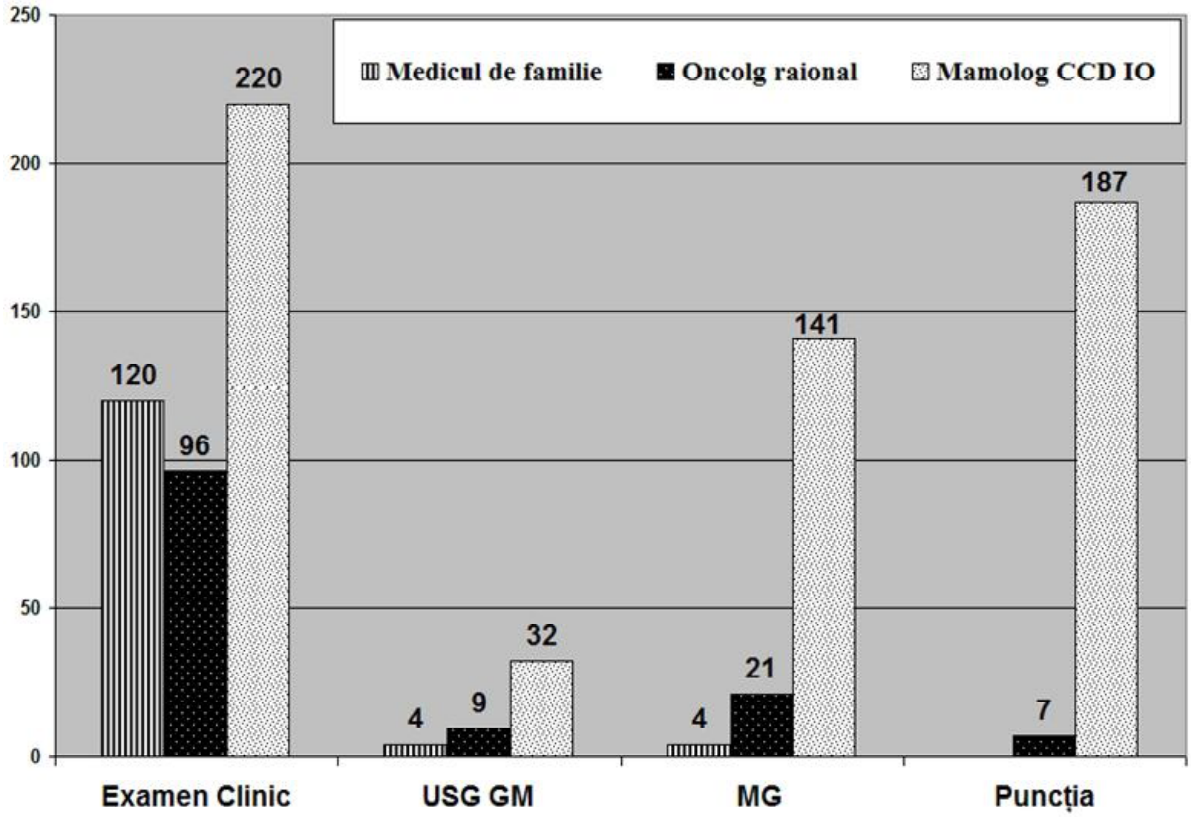

Figura 1. Numărul de cazuri CGM determinate la fiecare nivel de asistenţă medicală în dependenţă de metoda de diagnostic utilizată

de familie şi a fost relatat în bonul de trimitere, la circa 90% (±6.6%; p<0.01) a fost stabilit diagnosticul de CGM. La nivelul oncologului raional din 105 paciene examinate, la circa 92% (±6.6%; p<0.01) examenul clinic a permis aprecierea cancerului glandei mamare. Deoarece intr-un final, toate pacientele de la primele două nivele de adresare au ajuns la mamolog in cadrul CCD al Institului Oncologic pentru consultaie şi investigaţii, se observă o situaţie practic egală referitor la examenul clinic al GM. Se atestă un deficit de 4 paciente sumar de la medicul de familie şi oncologul raional – 216 cazuri versus 220 cazuri depistate la mamolog, diferenţă minimă şi acceptabilă de circa 1-2%.

De ecografia glandelor mamare efectuată la medicul de familie 27 de paciente au beneficiat de această metodă de investigaţie şi s-a inregistrat un procent de diagnostic cert al CGM în 14.8% (±4.6%; p<0.05). Acelaşi procedeu de diagnostic, utilizat la oncologul raional a stabilit diagnosticul de CGM in 18% (±2.9%; p<0.01). E de menţionat faptul, că în 3.7% (±1.3%; p<0.05) şi respectiv 10% (±1.8%; p<0.01) USG GM, efectuată la nivelele I şi II de adresare nu a premis aprecierea a careva patologii. Totuşi, la etapa III de adresare - mamolog CCD al IMSP IO in circa 45% (±3.5%; p<0.01) cazuri diagnosticul de CGM a fost apreciat corect.

Mamografia, fiind o metodă specifică şi cu un grad sporit de informativitate referitor la determinarea CGM, aplicată în cadrul studiului, la nivelul medicului de familie a dat un rezultat pozitiv in circa 33% cazuri (±1.3%; p<0.05). Acelaşi examen, efectuat la nivelul oncologului raional atestă un rezultat de CGM dublu, circa 62% (±6.9%; p<0.05). Totuşi, la nivelul mamologului in cadrul CCD al IMSP IO prin mamografie cancerul mamar a fost stabilit in circa 93% (±2.5%; p<0.001). Anume la acest nivel apare posibilitatea de a revizui clişeele mamografice de la nivelele precedente.

Tabelul 1.

Limita de detecţie a CGM la scară naţională

Metoda/Nivelul	Limita de detecţie	
	min.	max.
Medicul de familie		
Examenul clinic	47.9%	60.5%
USG GM	7.2%	15.02%
Mamografia	2%	7%
Oncolog raional		
Examenul clinic	36.8%	49%
USG GM	27.4%	39.2%
Mamografia	41.3%	53.8%
Examenul citologic	6.7%	14.2%

Studiul efectuat a descris situaţia, cînd la existenţa laboratorului citologic la nivelul oncologului raional, unele paciente au fost supuse puncţiei aspirative cu prelevarea materialului biologic în vederea efectuării examenului citologic. Totuşi, din totalul de 105 cazuri cercetate la medicul oncolog, doar 11 din ele au beneficiat de această investigaţie. In baza examenului citologic, CGM a fost diagnosticat la circa 64% (±14.4%; p>0.05) cazuri. Deoarece acest studiu este unul în premieră, datele examenului la acest nivel permit analiza generală şi observarea unei tendinţe, nu şi argumentarea/dovedirea incontestabilă a rolului examenului citologic la nivelul oncologului raional. Un tablou invers proporţional este ilustrat la nivelul mamologului CCD al IMSP IO vis-a-vis de examenul citologic. Astfel, din totalul de cazuri supuse examenului citologic, in circa 80% (±2.6%; p<0.001) s-a deteminat diagnosticul de CGM.

Rezultatele obţinute şi descrise mai sus permit evaluarea situaţiei la scară naţională prin determinarea totalităţii generale şi limitei de detecţie a cancerului glandei mamare petru fiecare metodă separat (tabelul 1).

Dacă privim prin prisma valorilor reflectate în tabelul 1 observăm o valoare superioară a examenului clinic al GM referitor la detecia CGM, efectuat la medicul de familie. Limitele date, ce caracterizează posibilităţile reale şi actuale în deteminarea diagnosticului de cancer al glandei mamare la acest nivel pe republică, este inclus in intervalul brut 47-60%. Acest indicator este unul relativ satisfăcător şi acceptabil, dacă îl raportăm situaţiei reale din R. Moldova.

La nivelul II de adresare – medicul oncolog mamografia demonstrează un interval optim. Aici e de menţionat faptul, că s-au precăutat doar raioanele unde activează conform statutului oncologul raional. În raioanele unde nu există acest specialist intervalul incepe de la valoarea zero. Dacă excludem o atare situaţie, limitele de detecţie a cancerului glandei mamare prin examenul mamografic pe plan naţional aparţine

intervalului brut 41-54%. Deci, un diagnostic corect, stabilit la mai mult de 1/2 cazuri, deşi este încă unul relativ modest, pornind de la situaţia actuală ce ţine de dotări tehnice, specialişti, motivare etc. confirmă ideea de a aplica mai eficient şi pe o scară largă mamografia la nivel raional pentru inregistrarea unor rezultate mult mai favorabile in depistarea atat a CGM in stadii timpurii, cât şi a stărilor precanceroase.

Concluzii.

1. Vigilenţa oncologică ce ţine de veridicitatea examenului mamografic la nivelele I şi II (medicul de familie, oncologul raional) denotă o acurateţe înaltă a mamografiei indiferent de nivelul la care a fost efectuată. Informativitatea, respectiv eficacitatea acesteia la nivelele menţionate este acceptabilă.

2. Sensibilitatea şi eficienţa diagnosticului CGM prin examen citologic la nivelele II şi III de adresare sunt relativ comparabile.

3. Pe măsura creşterii nivelului de adresare, iar implicit cu el şi a specializării medicului consultant, creşte rata investigaţiilor instrumentale precum şi resursele tehnice ale acestora.

4. La cele trei etape ale asistenţei consultative etapizate examenul clinic al glandelor mamare se păstrează ca metodă de bază în determinarea CGM, cu diferene nesemnificative.

Bibliografie

1. Cernat V., Ţîbîrnă Gh., Gabunia M. Evaluarea managementului serviciului oncologic din Republica Moldova. Congresul III Naţional de Oncologie// Culegere de Articole şi Teze 2010.

2. Spinei L., Lozovan O., Badan V. Biostatica. Şcoala de management în sănătate publică, Chişinău 2009.

3. Mereuţă Ion. Reglementarea serviciului oncologic în Republica Moldova (actualităţi şi perspective). Proiectul legii „Cu privire la lupta anticancer şi asistenţa medicală a bolnavilor oncologici". Chişinău 2002.

4. Sofroni L. Diagnosticul cancerului primar-multiplu al organelor hormonodependente la bolnavele de cancer mamar unilateral. Congresul III Naţional de Oncologie// Culegere de Articole şi Teze 2010

5. Pisani P, Parkin DM, Ngelangel C, et al. Outcome of screening by clinical examination of the breast in a trial in the Philippines. *Int J Cancer* 2006.

6. Smith R, Saslow D, Sawyer KA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. *CA Cancer J Clin*. 2003.

7. Мереуцэ И.Е., Мунтяну Л. Воздействие стресса на психо-эмоциональное состояние женщин, страдающих раком молочной железы. Info-Med, 2007.

8. Семиглазов В.В., Топузов Э.Э. Рак молочной железы/ Под ред. Семиглазова В.Ф. – М.; Медпресс-информ. 2009.

9. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В. Скрининг рака молочной железы. Практическая онкология, 2010.

Irina Tripac d.i.m

SCREENING OF FAMILIES WITH HEREDITARY SUSCEPTIBILITY TO CANCER OF FEMALE REPRODUCTIVE ORGANS

Literature review shows that hereditary forms of cancer consist 5-10 % from the whole number of cancers. Germinal mutations stay on basis of appearance of hereditary cancers, but till now it doesn't exist general model of its prevention.

The purpose of this paper is secondary prevention and early detection of malignant tumors in families with high risk of cancer, which will reduce cancer morbidity and mortality in individuals with hereditary susceptibility.

Objectives of the study:

1) identify families with accumulation of malignant neoplasms of female reproductive organs (endometrial cancer, ovarian cancer, breast cancer and multiple primary malignant neoplasms (MPMN));

2) formation of oncology hereditary risk groups based on pedigree analysis, clinical, laboratory, genetic, molecular tests ;

3) DNA testing for mutations of genes MLH1, MSH2, MSH6, BRCA1 in individuals with oncological risk genetically determined;

4) detection of early stages of malignant and benign tumors in families with high risk of cancer;

5) creation of Cancer Registry of families with hereditary susceptibility to cancer of female reproductive organs.

Materials and methods.

In this study we included dates from 361 first-degree relatives of 145 female patients with endometrial, ovarian, breast and colorectal cancers.

In this study we used methods, as:

1. Clinico-genealogical research
2. Molecular testing
3. Creation of data base Family Cancer Registry

During the study we performed formation of 3 risk groups (high, medium, low), basing on a clinico-genealogical criterias. Clinical investigations of the 361 first- degree relatives from the 3 risk groups. We perfomed molecular testing of 25 relatives from the high risk group and as a goal of the study we create the Family Cancer Registry.

Our study shows that first-degree relatives have a two- to four-fold increased risk of acquiring cancer of female reproductive organs (endometrial cancer, ovarian cancer, breast cancer and multiple primary malignant neoplasms (MPMN) compared to the general population. (Fig. 1)

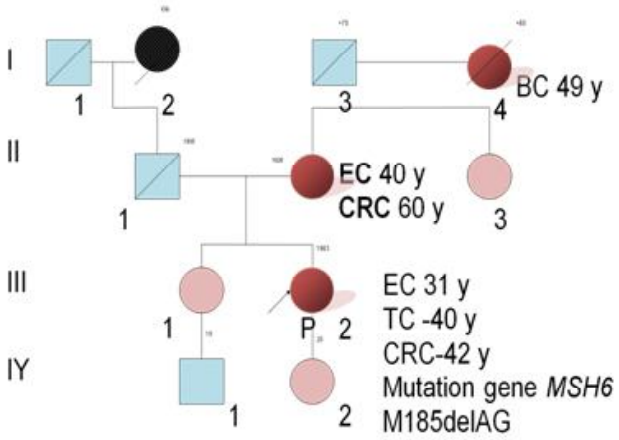

Figure 1. Pedigree of patient A., 42 y.o. with Lynch Syndrome (mutation in gene MSH6)

EC- endometrial cancer
BC- breast cancer
CRC- colorectal cancer
TC- tiroid gland cancer

Frequency among first-degree relatives affected with malignant neoplasms constituted 28.2 ± 2.53%. Endometrial cancer was detected in 18 (4.9 ± 1.14%) individuals, colorectal cancer in 18 (4.9 ± 1.14%) relatives, ovarian cancer - 12 (3.4 ± 0.96%), breast cancer in 14 relatives (4.4% ± 1.78), MPMN (the location of the first tumor in the body of the uterus) - 12 relatives and MPMN by 3.2% (the location of the first tumors in the ovaries) - 14 relatives by 4%. (Fig. 2)

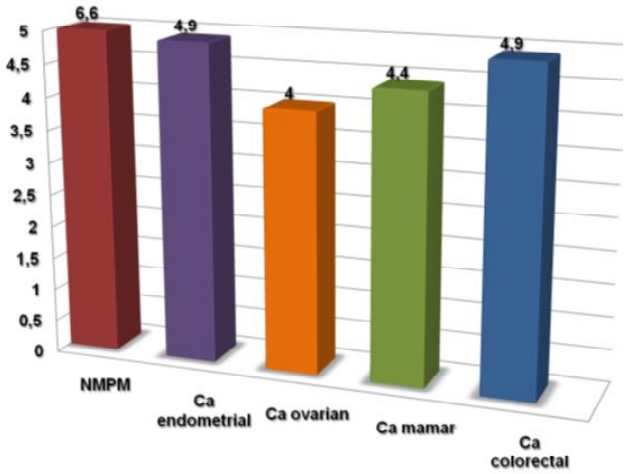

Figure 2. Frequency of malignant neoplasms among first-degree relatives

DNA testing in 25 families with high oncological risk detected germinal mutations in genes MLH1, MSH2, MSH6, BRCA1 in 10 (40%) cases and should be used for determining genetic risk of cancer.

At MPMN patients were identified 3 types of mutations in the BRCA1 gene, namely 5382insC (exon 20), 185delAG (exon 5) and 4153delA (exon 11). In patients with NMPM 5382insC mutation was the most frequent, its consists 72%.

The family cancer registry was created for families with high risk of cancer and provides the ability to detect early stages of malignant and benign tumors in families with hereditary susceptibility to cancer of female reproductive organs, by using data of mutations in genes MLH1, MSH2, MSH6, BRCA1 for identification of genetic risk.

Conclusions. Genealogical, clinical and genetic criteria are established by the survey in order to identify risk groups forming multilevel distinct hereditary oncology risk's variety and was proposed an algorithm of oncology screening process for individuals with hereditary cancer risk. A cancer registry was created for families with hereditary cancer risk, which is not only a database, but is also an operational registry, which makes possible a specialized monitoring of those families. The solved scientific problem consists in offering of diferential monitoring depending on level of oncological risc and in posibility to decrease morbidity of cancer in families with hereditary succeptibility to cancer.

A complex screening program for families with high hereditary cancer risk (cancer of female reproductive organs and colorectal cancer) is developed. It's offer the possibility to have a better understanding of malign process and allow to itemize the pathogenic mechanism of new formed maligns and primary multiple ones of female reproductive organs.

A range of risk criteria, conditioned by hereditary and clinical conditions, for relatives of patients with endometrial cancer, ovarian cancer, breast cancer, colorectal cancer, primary multiple tumors was elaborated. An algorithm of early detection of cancer in families with high hereditary cancer risk (cancer of female reproductive organs and colorectal cancer) was elaborated. Both of them allow screening of patients and their relatives form families with high hereditary cancer risk, affected by malignant or benign tumors, will allow to organize the screening an the incipient stage and will justify the usage of secondary prophylaxis measures of malign tumors.

LA MULŢI ANI CU SĂNĂTATE UNUI OM CU SUFLET ŞI NUME MARE

sau **dl doctor *Vasile BAIRAC*** la 60 de ani

Norocul unui om. Într-o margine de Europă se află un colţ de rai, cu numele Moldova. Acest rai este văluros şi deluros, cu păduri şi râuri, cu izvoare şi fântani, cu sate şi case. Casele sunt cu gospodari, care au icoane la răsărit, laiţe la asfinţit, mese în mijloc, feciorii "launloc" şi ulciorul plin cu noroc.

Da, **noroc** la moldoveni se urează la mese mari sau mici, la bineţele din zori sau din amurg, cu ocazie sau fără, dar în realitate fiecare şi-l face de unul singur, îl creşte cum poate şi …dacă are posibilitatea nu numai îl urează după tradiţie, dar un pic din el chiar mai şi dă la aţlii.

Cu aceste gânduri, parcă, încâlcite, începem mulţumirile pentru un Om, pe care îl considerăm norocos în viaţa lui. Norocos, fiindcă după atâtea întâmplări în viaţă astăzi cei care îl cunosc, pleacă capul şi ridică pălăriă în semn de respect, primeşte bineţe din faţă, din dreapta şi din stânga, îi caută ochii să-l salute cu drag, să-i ceară un sfat, să-i mulţumească pentru toate, sau simplu să se bucure că a avut norocul să-l cunoască.

Domnul nostru norocos se numeşte Vasile Bairac, zămislit într-o casă de gospodari de pe colinele satului Gârbova, Ocniţa, care după multe încercări şi forţări omeneşti, astăzi mai are un noroc: să audă acest **laudatio** in adresa Domniei sale.

Din pragul casei ţărăneşti până la catedra universitară. Să ne imaginăm bucuria acelei măicuţe, cu ochii şi sufletul blanzi, care in a 24 zi a lunii august din anul 1953, a avut marele noroc să se împlinească ca femeie, să nască primul copil, să-i dăruiască soţului ei Gheorghe pe "baiatul tatei", care s-a arătat a fi nu numai sănătos, dar şi tare mintios.

Să ne imaginăm bucuria părinţilor Bairac, care urmăreau grija băiatului pentru toate animale din curte pe care le vindeca mai des doar numai din iubire faţă de ele, dar acesta era un semn bun din partea pruncului lor.

Să ne imaginăm bucuria şi totodată tristeţea pentru cele două surori gemene, fiindcă una din ele s-a prăpădit prea devreme dintr-o boală nemiloasă, care cu părere de rău şi astăzi "mai stinge soarele pentru mulţi", dacă îşi neglijează îngrijirea de orice fel. Ori pentru tânărul Vasile, tristeţea din familie a provocat un demn către medicina umană.

Să ne imaginăm bucuria absolventului şcolii medii Climăuţi (Donduşeni) din vara anului 1970 şi norocul lui obţinând admiterea la USM "N. Testemiţanu" din acelaşi an, pe care a absolvit-o cu mult succes in 1976.

În rândul celor bucuroşi putem include rudele, vecinii, chiar şi toţi sătenii, care considerăm că a fost o mare bucurie să ştie că al lor consătean continua să înveţe în cele mai prestigioase şcoli pentru medicina umană din fosta URSS: Institutul Central de Cercetări Ştiinţifice (Leningrad, 1979-1983); Academia Medico-Militară "S.M. Kirov" (Leningrad, 1979-1983); doctoratul la Academia de Ştiinţe Medicale din domeniul Rentghenologiei şi Radiologiei (Sankt-Petersburg, 1989-1993); Universitatea de Perfecţionare a Medicilor (Sankt-Petersburg, 1989-1993).

Actualmente, cei care cunosc efortul şi valoarea celor două doctorate: mic sau doctoratul în medicină (tema : Рентгенологическая картина патологических изменений в легких при различных положениях тела исследуемого. Leningrad, 1983) şi mare sau doctoratul pentru habilitat (tema : Лучевая дифференциальная диагностика респираторного-дистресс синдрома легких у взрослых: клинико-экспериментальное исследование. Sankt-Petersburg, 1993) – la fel se consideră bucuroşi că în ţară există potenţial intelectual şi ştiinţific, din care se îmbogăţeşte patrimoniul naţional, iar dl doctor V. Bairac fiind unul din cei care contribuie fără ezitare a servi acest domeniu academic.

Cariera medicală şi universitară. Activitatea profesională este bogată şi onorabilă, iar debutul a fost în spitalul din Bălţi ca şef de secţie de Radiologie (1977-1979) şi a continuat la spitalele din Chişinău (1985-1989; 1993-1995). Dăscălirea a început la ULIM ca şef de catedră pe Imagistică (1993-1994) şi pe postul de profesor universatar, printre toate – primul profesor imagist în ţară la varsta doar de 39 de ani. Apoi a continuat la USMF "N. Testemiţanu" ca şef interimar de catedră pe Imagistică (2002-2004) şi din 2002-prezent la Institutul Oncologic IMSP ca şef al Serviciului imagistică medicală.

Clopotul din suflet. Din multiplele şi diversele discuţii cu dl profesor V. Bairac se pot auzi nu numai teze ştiinţifice, concepţii filosofice, diagnoze profesioniste, sfaturi medicale etc., dar şi „dangătul clopotului din suflet", care mereu i-a amintit că este moldovean şi meleagul are nevoie de el acasă. Este nespus de bucuros că a avut noroc să se facă doctor în medicina umană, cu toate că „doctorea" pisicile şi căţeii casei, că s-a aprofundat intr-un domeniu mai dificil numit imagistică, că face medicină, ştiinţifică şi didactică. Domnia sa a preluat meseria exact când medicina naţională abia începea să dezvolte radio imagistica şi tomografia computerizată spiralată cu rezonanţa magnetică. Astfel, dotarea personală obţinută din curtea casei şi prin marile şcoli de medicină din ţară şi peste hotare, l-a fericit pe dl prof. V. Bairac, având nişe şi unde favorabile pentru implementarea cunoştinţelor acumulate.

Împlinirea profesională. Dl profesor V. Bairac este un Om norocos, fiindcă prin tot efortul intelectual şi fizic a reuşit să breveteze patru invenţii în domeniul său şi să publice peste 120 de lucrări ştiinţifice în ţară şi mai multe ţări europene. Din ceea ce profesează extrage doar două satisfacţii profesionale : 1) diagnoza corectă a patologiei şi 2) recomandarea tratamentul adecvat pacientului.

Stelele de sus îl admiră şi noroc pe tărâm îi înşiră. Domeniul pe care îl exercită este unul din cel mai înfricoşitor şi amar pentru viaţa oricărui pacient. Dar dl doctor V. Bairac a învăţat nu numai de la dascăli şi din cărţile bibliotecilor despre boli şi felul de-a trata oamenii după atacul lor. Dar a învăţat şi din propriile necazuri, astfel prin suferinţe şi inconvenienţe continuă să încurajeze pacienţii şi să le spună cât mai optimist ce-i macină, ce îi aşteaptă şi cum se poate evita sau prelungi viaţa. Adevărată măiestrie profesională, dacă se poate numi aşa, dar până la urmă această gură de rai dintr-un colţ de Europă, a trecut prin mari zbuciumări ale timpurilor, iar fiicele şi feciorii lui au făcut parte din ele. Astăzi, raiul nostru în care trăim se mai numeşte şi mediu, dar numai unul Dumnzeu ştie cât este de curat şi luminat de sub pământ şi până la cer. De aceea, fiecare cu norocul său: reuşeşte să se strecoare mai sănătos printre toate izvoarele de negură amară, sau il prinde nenorocul de la un an la altul. De aceea, să ne bucurăm că stelele de sus ne-au admirat şi mai mult sau mai puţin noroc pe tărâm ne-au înşirat.

Prin aceste meditaţii cosmice şi filosofice, dorim dl doctor habilitat, profesor universitar V. Bairac, la această vârstă onorabilă şi maturizare profesională să se uite în ulciorul, cândva, plin cu noroc şi să se grăbească să mai ia din el ceea ce a rămas, iar tradiţionalul «La mulţi ani şi multă sănătate» să devină o REALITATE!

În numele colegilor şi prietenilor,
Ion Mereuţă

CERINŢELE 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 ştiinţific al autorului, instituţia ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon şi adresa electronică.

2. ARTICOLELE ŞTIINŢIFICE (în volum de pînă la 15 pagini) vor fi structurate în funcţie de schema standart: introducere, materiale şi metode, rezultatele studiului, discuţii, concluzii şi recomandări. Publicaţiile de reviu şi cele farmaceutice nu vor depăşi ca volum 20 de pagini şi 50 de referinţe.

3. REFERATELE (în volum de pînă la 200 cuvinte) se prezintă în limba originalului şi, de asemenea, în engleză, şi 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 şi numele autorului. Legendele desenelor se prezintă pe foi separate în conformitate cu numărul pozelor.

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

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.
- Pe dischetă anexată se indică datele despre autor, denumirea articolului şi a fişierelor.
- Materialele prezentate spre publicare urmează să fie însoţite de o scrisoare de motivare a autorului responsabil, care vine să confirme acordul tuturor semnătarilor asupra conţinutului şi a caracterului inovator al publicaţiei.
- Publicaţiile vor fi prezentate pe numele redactorului şef, prof. Ion Mereuţă.

ADRESA: MD 2025, Chişinău, str. Testemiţanu, 30, Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie generală, et.5
prof. Ion Mereuţă, tel.: +37322852414, e-mail: veronicashvet@gmail.com.

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 подают с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о соглашении всех авторов с содержанием и о первичном публикованием материала.
- Рукописи подают на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

АДРЕС: MD 2025, Кишинев, ул. Тестемицану, 30, Онкологический Институт Республики Молдова,
Клиника общей онкологии, эт. 5
профессор Ион Мереуцэ, тел.: +37322852414, e-mail: veronicashvet@gmail.com.

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 contend and the innovative character of the publication.
- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

ADDRESS: Moldovan Oncology Institute, General Oncology Clinic
30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025
Phone: +37322852414, email: veronicashvet@gmail.com.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiştilor de notorietate