

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ

INFO-MED



Tipul de publicație - științifică /Categorია C/
Hotărîrea CSPSDT a AȘM din 31.X.2013 nr. 270

**APARE
SEMESTRIAL**

1

(23)

**Oncologie
clinică**

2014

**Obstetrică
și Gineco-
logie**



Jubileu

Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori T. ROTARU, Gh. ROTARU
Asistenți ai redactorului V. CARAUȘ, D. EFTODII
Redactor tehnic L. AXINTE
Asistent V. ȘVEȚ

Colegiul de redacție:

I. ABABII, Chișinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chișinău, RM
Gh. ȚÎBÎRNĂ, Chișinău, RM
C. EȚCO, Chișinău, RM
D. TINTIUC, Chișinău, RM
M. CECAN, Chișinău, RM
V. RUDIC, Chișinău, RM
V. FRIPTU, Chișinău, RM
M. BULANOV, Moscova, Rusia
M. NECHIFOR, Iași, România
A. PETROPOULUS, Grecia
I. COCUBO, Japonia
Vadim COJOCARU, Chișinău, RM
Victor COJOCARU, Chișinău, RM
A. TESTEMIȚANU, Chișinău, RM
I. CORCIMARU, Chișinău, RM
D. SOFRONI, Chișinău, RM
S. SOFRONIE, Romania
E. DIUG, Chișinău, RM
S. GROPPA, Chișinău, RM
V. BOTNARU, Chișinău, RM
C. ANDRIUȚA, Chișinău, RM
A. CERNIL, SUA
Gh. MUȘET, Chișinău, RM
V. BAIRAC, Chișinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia
M. MAGDEI, Chișinău, RM
V. PUȘKARIOV, Kiev, Ucraina
E. GUDUMAC, Chișinău, RM
V. CAZACOV, Chișinău, RM
Gr. CHETRARI, Bălți, RM
N. TARAN, Chișinău, RM
V. GHICAVÎI, Chișinău, RM
V. HOTINEANU, Chișinău, RM
P. IABLONSCHI, St. Peterburg (Rusia)
V. SAVIN, Chișinău, RM
T. ȚÎRDEA, Chișinău, RM
A. SAULEA, Chișinău, RM
V. MITIS, Moscova (Rusia)
Iu. TITOV, Moscova, Rusia
I. CUVȘINOV, Chișinău, RM
N. CAPROȘ, Chișinău, RM
A. PĂDURE, Chișinău, RM
N. GHIDIRIM, Chișinău, RM
A. TĂNASE, Chișinău, RM
Gr. ZAPUHLÎH, Chișinău, RM
S. ȘTEPA, Chișinău, RM
A. BOUR, Chișinău, RM
N. GLADUN, Chișinău, RM
D. CROITORU, Chișinău, RM
V. CERNAT, Chișinău, RM
L. PUTIRSCII, Minsk, Belarusi
I. ARTENI, Chișinău, RM
N. BODRUG, Chișinău, RM

Adresa redacției:

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

Rechizite bancare:

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

CUPRINS
CONTENTS

<i>Mereuță I., Gațcan Ș., Chiaburu Simona</i> TUMORILE MALIGNÉ ȘI SARCINA	3	<i>Mereuta I., Gatcan S., Chiaburu Simona</i> MALIGNANT TUMORS AND PREGNANCY
<i>Chiaburu Simona, Mereuță Ion, Bucun Nicolae</i> EVALUAREA PSIHODIAGNOSTICĂ A BOLNAVELOR CU CANCER MAMAR LA ETAPA REABILITĂRII INTEGRALE	17	<i>Chiaburu Simona, Mereuta Ion, Bucun Nicolae</i> PSYCHO-DIAGNOSTIC EVALUATION OF PATIENTS WITH BREAST CANCER AT THE STAGE OF INTEGRATED REHABILITATION
<i>Chiaburu Simona</i> MORBIDITATEA SOMATICĂ A BOLNAVELOR CU CANCER MAMAR ÎN PROCESUL REABILITĂRII INTEGRALE	32	<i>Chiaburu Simona</i> SOMATIC MORBIDITY OF PATIENTS WITH BREAST CANCER IN PROCESS OF INTEGRATED REHABILITATION
<i>Gorincioi Ghenadie, Popescu Constantin, Guidea Irina, Ghervas Vadim</i> CARACTERISTICA GENERALĂ A TRATAMENTULUI ALTERNATIV PENTRU PACIENȚII DIAGNOSTICAȚI CU CANCER AL PROSTATEI ÎN STĂDII LOCALIZATE ELIGIBILI PENTRU PROSTATECTOMIE RADICALĂ RETROPUBIANĂ	42	<i>Gorincioi Ghenadie, Popescu Constantin, Guidea Irina, Ghervas Vadim</i> GENERAL CHARACTERISTICS OF ALTERNATIVE TREATMENTS FOR PATIENTS DIAGNOSED WITH PROSTATE CANCER STAGE ELIGIBLE FOR LOCALIZED RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY
<i>Gorincioi Ghenadie</i> STUDIAREA, ANALIZA ȘI SINTEZA RETROSPECTIVĂ A DATELOR PREOPERATORII LA PACIENȚII CU CANCER LOCALIZAT AL PROSTATEI PRECONIZAȚI PENTRU PROSTATECTOMIA RADICALĂ RETROPUBIANĂ	46	<i>Gorincioi Ghenadie</i> STUDY, ANALYSIS AND SYNTHESIS REVIEW OF PREOPERATIVE DATA IN PATIENTS WITH LOCALIZED PROSTATE CANCER EXPECTED FOR RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY
<i>Ghenadie Gorincioi</i> ANALIZA RETROSPECTIVĂ A PARAMETRIILOR DURATEI ÎN TIMP ȘI VOLUMULUI HEMORAGIEI INTRAOPERATOR ÎN PROSTATECTOMIA RADICALĂ RETROPUBIANĂ (AA. 2007-2013)	50	<i>Ghenadie Gorincioi</i> RETROSPECTIVE ANALYSIS PARAMETERS AS DURATION AND INTRAOPERATIVE BLEEDING VOLUME IN RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY (2007-2013)
<i>Aftene Daniela</i> CANCERUL CUTANAT ȘI TRANSPLANTUL DE ORGANE (REVIU BIBLIOGRAFIC)	53	<i>Aftene Daniela</i> SKIN CANCER AND TRANSPLANTATION ORGAN (REVIU BIBLIOGRAPHY)
<i>Vozian Ion</i> ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR MALIGNÉ LA COPII ÎN REPUBLICA MOLDOVA	59	<i>Vozian Ion</i> ACTUALITIES IN TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS IN CHILDREN IN MOLDOVA
<i>Mereuță Roman</i> OPORTUNITATEA DREPTULUI MEDICAL ȘI INTERNAȚIONAL CA RAMURI A DREPTULUI PUBLIC ȘI DE SPECIALITATE ȘTIINȚIFICĂ	64	<i>Mereuta Roman</i> OPPORTUNITY MEDICAL LAW AND INTERNATIONALLY AS A BRANCH OF PUBLIC LAW AND SPECIALIZED SCIENTIFIC
<i>Ecaterina Stepan</i> ROLUL FACTORILOR DE RISC SOCIO-MEDICALI ȘI EXTRAGENITALI ÎN PATOLOGIA CARDIACĂ DOBÂNDITĂ LA GRAVIDELECU VALVULOPATIE MITRALĂ REUMATISMALĂ	74	<i>Ecaterina Stepan</i> THE ROLE OF SOCIO-MEDICAL AND EXTRA- GENITAL RISK FACTORS IN ACQUIRED CARDIAC PATHOLOGY IN WOMEN WITH RHEUMATIC MITRAL VALVULOPATHIES
JUBILEU <i>Profesorul Gheorghe ȚÎBÎRNĂ la 70 de ani</i>	79	<i>Gheorghe TIBIRNA'S 70TH ANNIVERSARY</i>
CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR	81	PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Articolele au fost recenzate de specialiști de notorietate din domeniu

Mereuță I., d.h.m., profesor universitar, Șeful catedrei Oncologie, Hematologie și Radioterapie USMF „N. Testemițanu”, Gațcan Ș, d.î.m., conf. univ., Director IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chiaburu Simona, d.i.m., postdoctorand

TUMORILE MALIGNNE ȘI SARCINA

In the article the authors evidence the problem of corelation between malignant tumors and pregnancy. The different malignant pathologies, as skin cancer, malignant melanoma, tumors of soft tissues, tumors of bones, lung cancer, breast cancer, cancer of reproductive organs, gastric cancer, colorectal cancer, pancreatic and beleary duct cancer, Remoblastosis associated with pregnancy are discribed in the article.

The authors argue scientific tactic of managing the pregnancy and anticancerous treatment. They urdance corelation between of trimester of pregnancy and therapeutic tactic as salving a pregnancy, as the radical oncological treatment. The management is described in numerous tables.

Key words: cancer and pregnancy, therapeutic tactic, salving a pregnancy and radical oncological tratment, perinatal managment.

Problema corelației dintre tumorile maligne și sarcină este reflectată în literatura de specialitate cazuistic. Esența problemei este - cum influențează sarcina asupra dezvoltării naturale a tumorilor maligne. Sarcina nu acționează direct asupra tumorilor, dar, spre exemplu, hiperestrogenemia poate duce la progresarea cancerului mamar și altor tumori hormonodependente (7, 33). Autorii nu au demonstrat că administrarea chimioterapiei și păstrarea gravidității pe baza consimțământului informat negativ, acționează negativ asupra fătului (10, 17, 21).

E de menționat faptul, că în lume permanent crește numărul bolnavelor cu tumori maligne. Sunt înregistrate în fiecare an cca 210 mln gravide, iar 56% din ele au vîrsta mai mare de 40 ani. Unii autori argumentează, că tumorile maligne sunt cauza principală de deces a femeilor din grupa reproductivă (34).

Cancerul se întîlnește la gravide în 0,1% cazuri. În SUA sunt înregistrate cca 3500 cazuri de tumori maligne asociate cu sarcina (5). În țările europene, dezvoltate economic, vîrsta gravidelor este mai înaintată și problema gravidității asociate cu tumorile maligne, devine mai actuală. Trebuie să menționăm că toate tumorile se pot asocia cu sarcina. În literatura de specialitate nu sînt date științifice concludente în problema sarcinii asociate cu tumorile maligne. Unii autori

informează cazurile sarcinii asociate cu cancerul pulmonar, gastric, a sarcoamelor.

Trebuie să menționăm, că pînă în prezent nu au fost stipulate principiile generale a diagnosticului, a tacticii de tratament, a rezolvării sarcinii în cazurile gravidității asociate cu tumorile maligne. Dificultăți apar și la compartimentul folosirii diverselor metode de diagnostic mai ales cel radioimagnostic.

Majoritatea savanților, argumentează cu tactica terapeutică de rezolvare a problemei sarcinii asociate cu tumorile maligne, prioritățile trebuie să fie mai întîi mama ulterior fătul. Majoritatea specialiștilor consideră, că direcțiile strategice și anume întreruperea sarcinii și tratamentul tumorii; amînarea tratamentului pînă la rezolvarea sarcinii, preponderent cit mai repede, tratamentul tumorii. Este necesar și argumentat de oprit lactația. În cazul tratamentului chimioterapeutic, avortul spontan se întîlnește în 1-3% cazuri (9,15,21).

Radioterapia la nivelul abdomenului și bazinului mic nu se recomandă. Chimioterapia este interzisă în I semestru de sarcină fiind cauza apariția și dezvoltării anomaliilor congenitale pînă la 25% cazuri. În perioada a II, III semestru de sarcină chimioterapia nu este periculoasă, deoarece organogeneza fătului a fost finisată. Dar în această perioadă se definitivează formarea creierului și a sistemului urogenital și în acest caz anomaliile se pot întîlni pînă la 3%.

Majoritatea autorilor atestă, că tumorile maligne asociate cu sarcina se intilnesc in următoarea consecutivitate - cancerul glandei mamare, hemoblastozele, melanomul malign, tumorile oaselor și tumorile sistemului urogenital.

Cancerul glandei mamare se întâlnește un caz la 3.500-10.000 de nașteri. În 1,5-4,0% din bolnavele cu cancer mamar a gravidității. În cazul evidențierii tumorii în glanda mamară, se efectuează puncția aspirație, examenul citologic. În cazul depistării tumorii în simestru II și III putem indica și mamografia. Vîrsta gravidității asociate cu cancerul mamar este între 20 și 44 ani, în medie 29 ani.

Autorii subliniază că radioterapia, chimioterapia în perioada gravidității nu se recomandă. Datele din literatură nu evidențiază tactica și complexitatea tratamentului cît și a rezolvării sarcinii.

Melanomul malign cutanat asociat cu sarcina este o problemă strigentă. În literatura de specialitate datele sunt contradictorii. Pronosticul depinde de nivelul invaziei, indicele TNM, și altele. Autorii nu argumentează tactica de tratament în timpul sarcinii și rezolvarea ei.

Tumorile maligne a oaselor sunt reprezentate în primul rînd de Sarcomul Ewing și sarcomul osteogenic. Majoritatea autorilor argumentează intreruperea sarcinii. Nu se intilnesc date corelate cu consimțămîntul informat negativ al gravidei.

Cancerul colorectal se întâlnește frecvent și ocupă locul III în lume. Numărul femeilor cu cancer colorectal depășește numărul bărbaților de 1,5 ori, iar vîrsta medie este de 60 ani și 3,6% sunt în perioada fertilă. Cancerul colorectal se întâlnește 1 caz la 50.000 gravide, iar cancerul colorectal se întâlnește cu o frecvență de 10,8%.

În literatură sunt desemnate 300 cazuri a gravidității asociate cu cancerul colorectal, vîrsta medie a gravidelor a fost de 32 ani, cu frecvența maximă la 28 ani.

Majoritatea autorilor argumentează intreruperea sarcinii. In cazurile cancerului colorectal complicat cu peritonită, autorii recomandă tratamentul chirurgical și intreruperea sarcinii fără consimțămîntul informat negativ al gravidei. Alți autori argumentează, că în cazul cînd gravidele nu acceptă intreruperea sarcinii medicii trebuie să continue sarcina pînă la 32-34 săptămîni și rezolvarea sarcinii prin cezariană.

Chimioterapia nu este recomandată în primul

trimestru de sarcină. Radioterapia se recomandă numai după rezolvarea sarcinii. Supraviețuirea copilului nou-născut de la mama cu cancer colorectal și rezolvarea sarcinii după 28 săptămîni atinge 87%.

Cancerul gastric se înregistrează în lume 1 mln cazuri, iar la femei 10 cazuri la 100.000 populație feminină, ce este de 2 ori mai mică ca la bărbați. Asocierea cancerului gastric cu graviditatea este nesemnificativă. În literatura specialitate au fost descrise in 1962 – 33 cazuri, in 2006 – 131 cazuri. Autorii recomandă intreruperea sarcinii, iar dacă cancerul gastric a fost diagnosticat in simestrele II și III tactica se determină individual, asociindu-se operația cezariană cu tratamentul chirurgical al cancerul gastric.

Asocierea cancerul pulmonar cu graviditatea este cazuistică și se întâlnește la femeile ce fumează. Vîrsta medie a bolnavelor cu cancer pulmonar asociate cu graviditatea la diferite trimestre este de 35,5-37,6 ani. La 78% gravidele la momentul confirmării diagnosticului au fost depistate diferite metsatze. Tratamentul cancerului pulmonar în mare măsură depinde de trimestrul de sarcină. Cancerul pulmonar pe fondal de graviditate sunt agresive, de aceea diferiți savanți propun că pînă la 20 săptămîni a gravidelor, trebuie intreruptă sarcină și începutul tratamentului anticanceros.

În cazul formelor locale fără metastaze se purvede la tratamentul chirurgical. Tratamentul radioterapeutic este dificil. Sunt descrise diferite cazuri de radioterapie la bolnavele cu cancer pulmonar asociate cu sarcina la 20 săptămîni.

Despre PCHT adjuvantă în al II și III simestru de sarcină sunt diferite propuneri. Sunt descrise și complicațiile la făt după polichimioterapie.

Sarcoamele țesuturilor moi se întâlnește 1 caz la 100.000 oameni. Asocierea sarcoamelor țesuturilor moi, exclusivitate fiind neurofibrosarcomul. Cancerul colului uterin, cancerul corpului uterin, cancerul ovarian asociate cu graviditatea impun probleme atît clinice cît și juridice. E de menționat faptul că în literatura de specialitate se regăsesc lucrări fundamentale la compartimentul corelațiilor patofiziologice, endocrine, între graviditate și procesul tumoral. Aceste studii teoretice și experimentale aduc la rampa cercetării bibliografice a celulelor embrionale și a celor maligne.

Creșterea morbidității oncologice pe de o parte și participarea activă a pacientelor, a gravidelor prin consimțământul informat la deciziile de a întrerupe sau a de a continua sarcina, chiar și pe fondalul unor patologii și cu riscuri înalte, crează condiții neordinare în care se situiază atât gravidele cu cancer cît și medicii. În orice ipoteză trebuie aplicate metode și metodologii de rezolvare atât a sarcinii cit și a tratamentului anticanceros specializat.

Avînd la bază datele teoretice, dar și experiența practică a oncologilor, obstetricieni-ginecologilor,

ftziopulmunologilor, dermatovenerologilor, hematologilor, a colaboratorilor catedrelor obstetrică și ginecologie, oncologie, hematologie și radioterapie, specialiștilor IMSP IO și IMC am argumentat deciziile terapeutice în dependență și corelația diagnosticului oncologic, trimestrul sarcinii și decizia terapeutică (Anexele 1-10). Sperăm, ca recomandările vor ameliora curriculum universitare și postuniversitare, deciziile practice la compartimentele obstetrică-ginecologie, oncologie și a tematicii - Tumori maligne și sarcina.

Anexa 1

Metodologia Managementului Clinic decizional în cazurile gravidității asociate cu cancerul cutanat, a țesuturilor moi și oaselor

	Diagnos- ticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele de sarcină	Decizia terapeutică
1.	Carcinom bazo celular	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ - conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		II trimestru (22 s)	II. Se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariană + tratament oncologic specializat.
2.	Carcinom spinoce- lular	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ - conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		II trimestru (22 s)	II. Se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ - conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		III tr. (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariană + tratament oncologic specializat.
3.	Carcinom al anexelor pielii	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ - conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		II trimestru (22 s)	II. Se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ - conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
4.	Cancer avansat asociat cu -distrucție -progresare in organele adiacente -hemoragie	I trimestru (12 s)	I. În caz de hemoragie se face hemostază; se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		II trimestru (22 s)	II. În caz de hemoragie se va efectua hemostază. Se propune intreruperea sarcinii, în cazul acordului informat negativ conducerea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult rezolvarea sarcinii prin cezariana și tratament oncologic specializat: electroexcizia tumorii, criodistrucția și altele.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.

5.	Nevi pigmențați cu suspiciune la melanom, grupa clinică IA	I trimestru (12 s)	I. Conduită adecvată a sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană + tratament oncologic specializat: electroexcizia + examen histopatologic.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană + tratament oncologic specializat: electroexcizia + examen histopatologic.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat + examen histologic.
6.	Nevi pigmențați cu suspiciune la MM, confirmat la Dermatoscopie computerizată, indicele >4, cu limfadenopatie regională	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în caz de consimțămînt informat negativ prelungirea conduitei sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană + tratament oncologic specializat cu examen histologic.
		II trimestru (22 s)	II. Se propune intreruperea sarcinii, în caz de consimțămînt informat negativ prelungirea conduitei sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariană + tratament oncologic specializat cu examen histologic.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
7.	Melanom malign cutanat, metastaze în g/l sau în țes. moi, alte organe	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în caz de consimțămînt informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimio terapeutic).
		II trimestru (22 s)	II. Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
8.	Liposarcomul	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în caz de consimțămînt informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimio terapeutic).
		II trimestru (22 s)	II. Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
9.	Fibrosarcomul	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în caz de consimțămînt informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimio terapeutic).
		II trimestru (22 s)	II. Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
10.	Tumori fibrohistiocitare	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, în caz de consimțămînt informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimio terapeutic).
		II trimestru (22 s)	II. Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.

11.	Rabdomio-sarcom	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
12.	Angiosar-comul	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ - conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
13.	Osteosar-comul	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ - conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
14.	Osteoblas-toclastom	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
15.	Hondrosar-com	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ-conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
16.	Sarcomul Ewing	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ conuita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariană la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
17.	Reticosar-com	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, in caz de consentamint informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.

18.	Limfosar-com	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
19.	Plasmocitom	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ conduita sarcinii pînă la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat. (chirurgical, chimioterapeutic).
		II trimestru (22 s)	II.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult + tratament oncologic specializat.

Anexa 2

Metodologia Managementului Clinic decizional în cazurile gravidității asociate cu Cancerul mamar

	Diagnosticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Cancerul mamar Stadiul I (T1N0M0)	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii pînă la 12 sapt, în caz de consimțământ informat negativ prelungirea cursului sarcinii pînă la 22-27 săptămîni, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (Mastectomia radicală Madden), în unele cazuri la decizia consiliului operația cezariană se va efectua concomitent cu Mastectomia în 2 brigăzi chirurgicale.
		II trimestru (22 s)	II.Mastectomia radicală Madden, prelungirea cursului sarcinii pînă la 34 săptămîni, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratamentul oncologic specializat(radio- chimioterapie, hormonoterapie, etc.)
		III trimestru (34 s)	III.Rezolvarea sarcinii prin cezariana + mastectomia radical Madden.
2.	Cancerul mamar stadiul II A, B (T2N0M0;T1N1M0; T0N1M0;T2N1M0; T3N0M0)	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii pînă la 16-24 săptămîni, Mastectomia radicală Madden + prelungirea sarcinii pînă la 30-34 săptămîni, rezolvarea sarcinii prin cezariană + tratament oncologic specializat (radio-, chimio-, hormonoterapie, după caz ovariectomie, etc).
		II trimestru (22 s)	II. Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii pînă la 32 sapt, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvanta, radioterapie preoperatorie, mastectomia radicală Madden).
		III trimestru (34 s)	III. Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii pînă la 32 sapt, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvanta, radioterapie preoperatorie, mastectomia radicală Madden).
3.	Cancerul mamar stadiul III A, B (T0N2M0; T0N2M0; T2N2M0; T3N1M0; Forma infiltrativa; T4N1-3M0; orice TN3M0)	I trimestru (12 s)	I.Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii pînă la 16-24 sapt, Mastectomia radicală Madden + prelungirea sarcinii pînă la 30-34 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + trat. oncologic specializat (radio-, chimio-, hormonoterapie, după caz ovariectomie, etc).
		II trimestru (22 s)	II. Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii pînă la 32 sapt, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvanta, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pînă la 32 sapt, rezolvarea sarcinii prin operația cezariana + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvanta, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).

4.	Cancerul mamar stadiul IV (orice T orice N M1)	I trimestru (12 s)	I. Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii până la 22-27 săptămâni rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvantă, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).
		II trimestru (22 s)	II Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii până la 22-27 săptămâni rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvantă, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).
		III trimestru (34 s)	III Prolungirea sarcinii până la 34 săptămâni rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvantă, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).
5.	Sarcoamele glandelor mamare - Fibrosarcomul - Liposarcomul - Angiosarcomul	I trimestru (12 s)	I. Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii până la 22-27 săptămâni rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvantă, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).
		II trimestru (22 s)	II Se propune întreruperea sarcinii. În cazul consimțământului informat negativ prelungirea sarcinii până la 22-27 săptămâni rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvantă, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea sarcinii până la 28-30 săptămâni rezolvarea sarcinii prin operația cezariană + tratament oncologic specializat (polichimioterapie neoadjuvantă, radioterapie preoperatorie, mastectomia Madden).

Anexa 3

Metodologia Managementului Clinic decizional în cazurile gravidității asociate cu Cancerul organelor reproductivă la femei

	Diagnosticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Cancerul cervical	I trimestru (12 s)	În cazul Ca in situ se va efectua nașterea pe cale naturală, sau cezariană după indicații obstetricale. Dacă pacienta nu dorește mai mult sarcină se va efectua operația cezariană cu histerectomie largă. În cazul Cancerului invaziv în trimestrul II-III operație cezariană mică cu extirpare largă I. Se propune întreruperea sarcinii în caz de consimțământ informat negativ se prelungeste sarcina până la 30-34 sapt, rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea sarcinii până la 32-34 sapt. rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea sarcinii până la 34 sapt. rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
2.	Cancerul uterin	I trimestru (12 s)	I. Se propune întreruperea sarcinii în caz de consimțământ informat negativ se prelungeste sarcina până la 30 săptămâni, rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea sarcinii până la 30 săptămâni rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea sarcinii până la 30 săptămâni rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
3.	Cancerul ovarian	I trimestru (12 s)	I. Se propune întreruperea sarcinii, în caz de consimțământ informat negativ se prelungeste sarcina până la 30-34 săptămâni, rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea sarcinii până la 32-34 sapt. rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia cu anexe;
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea sarcinii până la 34 sapt. rezolvarea problemei sarcinii prin cezariană + histerectomia totală cu anexe, rezecția omentului și polichimioterapie;

Anexa 4

Metodologia Managementului Clinic decizional în cazurile gravidității asociate cu Cancerul pulmonar

	Diagnosticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Cancerul pulmonar periferic: -f. Sferică -f. Pneumonică -f. apicală	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii in caz de consimtamint informat negativ prelungirea conduitei sarcinii pina la 34 sapt. rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 34 sapt rezolvarea sarcinii prin operatia cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 34 sapt rezolvarea sarcinii prin operatia cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
2.	Cancerul pulmonar central: -f. endobronhială -f. peribronhială	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii in caz de consimtamint informat negativ prelungirea conduitei sarcinii pina la 34 spat rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 34 sapt rezolvarea sarcinii prin operatia cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 34 sapt rezolvarea sarcinii prin operatia cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
3.	Cancerul pulmonar atipic: -mediastinală -hepatică -encefalică -osoasă și altele	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii in caz de consimtamint informat negativ prelungirea conduitei sarcinii pina la 34 spat rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 34 sapt rezolvarea sarcinii prin operatia cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 34 sapt rezolvarea sarcinii prin operatia cezariana + tratament oncologic specializat (chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical);

Anexa 5

Metodologia Managementului Clinic decizional în cazurile gravidității asociate cu Cancerul tiroidian

	Diagnosticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Tumori tiroidiene chistice sau solide, suspiciune la malignizare, grupa clinică IA	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negatic prelungirea sarcinii pina la 16-20 sapt, efectuarea tiroidectomie+rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 saptămîni.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea conduitei sarcinii pina la 34 saptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea conduitei sarcinii pina la 34 saptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.

2.	Cancerul tiroidian papilar	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negatic prelungirea sarcinii pina la 16-20 sept, efectuarea tiroidectomie+rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult.
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea conduitei sarcinii pina la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea conduitei sarcinii pina la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.
3.	Cancerul tiroidian folicular	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negatic prelungirea sarcinii pina la 16-20 sept, efectuarea tiroidectomie+rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult.
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea conduitei sarcinii pina la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea conduitei sarcinii pina la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.
4.	Carcinom medular familial (Sdr. Sipple) -MEN IIA -MEN IIB	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negatic prelungirea sarcinii pina la 16-20 sept, efectuarea tiroidectomie+rezolvarea sarcinii prin cezariana la 34 săptămîni și mai mult.
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea conduitei sarcinii pina la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea conduitei sarcinii pina la 34 săptămîni și mai mult, rezolvarea sarcinii prin cezariana concomitent cu tiroidectomie.

Anexa 6

Metodologia Managementului Clinic decizional în cazurile gravidității asociate cu Tumori maligne a Sistemului Urinar

	Diagnosticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Cancerul renal	I trimestru (12 s)	La orice termen se va efectua nefrectomie. I. Propunem intreruperea sarcinii. In caz de consimtamint informat negativ se va prelungi sarcina 34 săptămîni, operatia cezariana + nefrectomia cu tratament oncologic specializat; dar in caz de risc de viata se va intrerupe sarcina si se va efectua nefrectomia si tratament medical oncologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea sarcinii pina la 30-32 sept, cezariana + nefrectomie.
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea sarcinii pina la 30-32 sept, cezariana + nefrectomie.
2.	Cancerul ureterelor, uretrei și a vezicii urinare	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcinii. In caz de consimtamint informat negativ se va prelungi sarcina 32-34 sept, operatia cezariana + nefrectomia cu tratament oncologic specializat; dar in caz de risc de viata se va intrerupe sarcina si se va efectua nefrectomia si tratament medical oncologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prolungirea sarcinii pina la 30-32 sept, cezariana + nefrectomie.
		III trimestru (34 s)	III. Prolungirea sarcinii pina la 30-32 sept, cezariana + nefrectomie.

Anexa 7

Metodologia Managementului Clinic decizional in cazurile gravidității asociate cu tumorile maligne ale Tractului Gastrointestinal

	Diagnosticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Cancerul cavității bucale și a esofagului	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcini in caz de consimtamint informat negativ se va prelungi sarcina pina la 32-34 sapt, se va rezolva sarcina prin cezariana urmat de tratament oncologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
2.	Cancerul gastric	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcini in caz de consimtamint informat negativ se va prelungi sarcina pina la 32-34 sapt, se va rezolva sarcina prin cezariana urmat de tratament oncologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
3.	Cancerul intestinului subțire și colonul	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcini in caz de consimtamint informat negativ se va prelungi sarcina pina la 32-34 sapt, se va rezolva sarcina prin cezariana urmat de tratament oncologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
4.	Cancerul rectal	I trimestru (12 s)	I. Propunem intreruperea sarcini in caz de consimtamint informat negativ se va prelungi sarcina pina la 32-34 sapt, se va rezolva sarcina prin cezariana urmat de tratament oncologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana + tratament oncologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 sapt, rezolvarea conduitei sarcinii de cezariana + tratament oncologic specializat.

Anexa 8

Metodologia Managementului Clinic decizional în cazurile gravidității asociate cu Hemoblastozele

	Diagnosticul Oncologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Leucemiile acute	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.

2.	Leucemia granulocitară cronică	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
3.	Mielofibroză idiopatică	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
4.	Trombocitopenia esențială	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negative – se va prelungi sarcina pînă la termen, naștere per vias naturalis cu glucocorticoizi, sau cezariană la indicații obstetricale și in caz de pericol de hemoragie cerebrală. La indicații vitale splenectomie.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat. La indicații vitale splenectomie.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat. La indicații vitale splenectomie.
5.	Eritromieloza cronică	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
6.	Leucemia monocitară cronică	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
7.	Eritremia	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
8.	Leucemia limfocitară cronică	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
9.	Leucemia cu tricholeucocite	I trimestru (12 s)	I.Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.

10.	Hemoblastozele paraproteine-mice	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
11.	Mielomul multiplu	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
12.	Macroglobuline mie	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
13.	Limfoamele maligne	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
14.	Limfomul Hodgkin	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 34 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
15.	Limfoamele Non-Hodgkiniene	I trimestru (12 s)	I. Se propune intreruperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ, prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 30-32 sapt, rezolvarea sarcinii prin cezariana + tratament hematologic specializat.

Anexa 9

Metodologia conduitei in cazul graviditatii asociate cu Tuberculoza

	Diagnosticul Fiziatic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	Tuberculoza pulmonara activă	I trimestru (12 s)	Se va prelungi sarcina pînă la termen cu nașterea per vias naturalis, sau cezariană la o patologie obstetricală severă și în IR. I. Intreruperea sarcinii, tratament al tuberculozei active in conformitate cu protocolul national in tratamentul tuberculozei. In caz de consimtamint informat negativ prelungirea sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcini prin cezariana, continuarea recomandarilor fiziaturului.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcini prin cezariana, continuarea recomandarilor fiziaturului.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcini prin cezariana, continuarea recomandarilor fiziaturului.

2.	Tuberculoza reconvalescenta	I trimestru (12 s)	Se va prelungi sarcina pînă la termen cu nașterea per vias naturalis, sau cezariană la o patologie obstetrical severă și în IR. I.Prelungirea sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcinii prin cezariana la indicatii sau prelungirea sarcinii cu nasterea fiziologica.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcinii prin cezariana la indicatii sau prelungirea sarcinii cu nasterea fiziologica.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcinii prin cezariana la indicatii sau prelungirea sarcinii cu nasterea fiziologica.
3.	Tuberculoza extrapulmonara - osoasa -oculara -cutanata - renala - și altor organe	I trimestru (12 s)	Se va prelungi sarcina pînă la termen cu nașterea per vias naturalis, sau cezariană la o patologie obstetrical severă și în IR. I.Intreuperea sarcinii in cazurile cind patologia aduce risc de viata pentru mama si fat, si continuarea tratamentului specific; iar in cazul cind nu prezinta nici un risc de viata continuarea sarcinii pina la nasterea fiziologica. In cazul cind patologia este in faza activa si prezinta risc pentru mama si fat iar consimtamintului informat este negativ, continuarea sarcinii pina la 32-34 sapt si rezolvarea conduitei sarcinii prin cezariana, continuarea tratamentului specific.
		II trimestru (22 s)	II.Prelungirea conduitei sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcinii prin cezariana in formele active iar in cazul formelor neactive rezolvarea conduitei sarcinii pina la nasterea fiziologica.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea conduitei sarcinii pina la 32-34 saptamini, rezolvarea sarcinii prin cezariana in formele active iar in cazul formelor neactive rezolvarea conduitei sarcinii pina la nasterea fiziologica.

Anexa 10

Metodologia de conduita in cazurile graviditatii asociate cu boli venerice si HIV/SIDA

	Diagnosticul venerologic	Graviditatea, Trimestrele sarcinii	Decizia terapeutică
1.	HIV/SIDA	I trimestru (12 s)	In cazul încărcăturii virale mai mult de 1000 copii/ml se va efectua operația cezariană planică la 39 saptamini. I.Intreuperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ prelungirea sarcinii pina la 37-38 saptamini rezolvarea sarcinii prin cezariana, tratament specific.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini, rezolvarea sarcinii prin cezariana, tratament specific.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini, rezolvarea sarcinii prin cezariana, tratament specific.
2.	Sifilis	I trimestru (12 s)	I.Intreuperea sarcinii.
		II trimestru (22 s)	II.Intreuperea sarcinii.
		III trimestru (34 s)	III. Intreuperea sarcinii.
3.	Gonoreia	I trimestru (12 s)	I.Intreuperea sarcinii, in cazul consimtamintului informat negativ prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
4.	Hlamidioza urogenitala	I trimestru (12 s)	I. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.

5.	Trihomonaza	I trimestru (12 s)	I. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
6.	Herpes genital	I trimestru (12 s)	I. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
7.	Condiloatoza acuminata	I trimestru (12 s)	I. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
8.	Infectiile virale, HPV 16;18	I trimestru (12 s)	I. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		II trimestru (22 s)	II. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.
		III trimestru (34 s)	III. Prelungirea sarcinii pina la 37-42 saptamini rezolvarea sarcinii fiziologic sau prin cezariana, tratament specific.

Bibliografie:

1. Бохман Я.В. Лекции по онкогинекологии. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2007. – С.78-92.
2. Вишневецкая Е.Е. Рак и беременность. – Минск: Высшая школа, 2000. – 319 с.
3. Глязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш., Моисеев В.Н., Сафир И.Р. Саркомы мягких тканей. Москва: Медлитература, 2008. 134 с.
4. Добродеев А.Ю. Беременность и рак желудочно-кишечного тракта. // Сибирский онкологический журнал. – 2003. №3. С.37-39.
5. Таразов П.Г. Роль методов интервенционной радиологии в лечении больных с метастазами колоректального рака в печень // Практическая онкология. – 2009, Т. 6. – №2. – С.119-126.
6. Урманчеева А.Ф. Рак шейки матки и беременность // Практическая онкология. – 2002. – Т. 3, №3. – С. 183-193.
7. Чердынцева Н.В. Иммунологические аспекты злокачественного роста и беременности // Сибирский онкологический журнал. – 2003. – №3(7). – С.18-21.
8. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2009. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2009.
9. Aviles A., Neri N. Hematological malignancies and pregnancy: a final report of 84 children who received chemotherapy in utero // Clin. Lymphoma. – 2001. – Vol.2(3). – P.173-177.
10. Blackwell D., Elam S., Blackwell J. Cancer and pregnancy: a health care dilemma // Journal of Obstetric, Gynecologic, & Nursing. – 2000. – Vol.29. – P.405-412.
11. Bernstein Molho R., Kollender Y., Issakov J., Bickels J., Flusser G., Azem F., Alon A., Inbar M.J., Meller I., Merimsky O. The Complexity of Management of Pregnancy-Associated Malignant Soft Tissue and Bone Tumors // Gynecologic and Obstetric Investigation. – 2008. – Vol.65. – P.89-95.
12. Bernstein M.A., Madoff R.D., Caushaj P.F. Colon and rectal cancer in pregnancy // Diseases of the Colon & Rectum. – 1993. – Vol.36. – P.172-178.
13. Berrino F. et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the Eurocare 4 study // The Lancet oncology. – Vol.8, issue 9, September 2007. – P.773-783.
14. Bruggman D., Bohmann M.K., Bohle R.M., Tinneberg H.R. Gastric cancer in pregnancy // Zentralbl. Gynaecological. – 2006. – №128(4). – P.224-228.
15. Cappel M.S. Colon cancer during pregnancy // Gastroenterology Clinics of North America. – 2003. – Vol.32. – P.341-385.
16. Cappel M.S., Sidhom O., Colon V. A study at ten medical centres of the safety and efficacy of 48 flexible sigmoidoscopies and eight colonoscopies during pregnancy with follow-up of foetal outcome and with comparison to control groups // Digestive Diseases and Sciences. – 1996. – Vol.41. – P.2353-2360.
17. Cardonick E., Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy // The Lancet Oncology. – 2004. – Vol.5. – P.283-291.
18. Chan Y.M., Ngai S.W., Lao T.T. Colon cancer in pregnancy: a case report // The Journal of Reproductive Medicine. – 1999. – Vol.44. – P.733-736.
19. Cousins, Claire Medical Radiation and Pregnancy. International Commission on Radiological Protection // Health Health Physics. – 2008. – Vol.95. Is.5. – P. 551-553.
20. Curado M.P., Edwards B., Shin H.R., Ferlay J., Heanue M., Boyle P., Storm H. Cancer incidence in Five Continents // IARC Scientific Publication. – Lyon. – 2007. – Vol.IX. – №160. – 897 p.
21. Dzinic Orhan, Azur Tulumovic Gastric cancer in pregnancy // Gynaecological Perinatology. – 2007. – Vol.16(4). – P.207.
22. Fenig E., Mishaeli M., Kalish Y. et al. Pregnancy and radiation // Cancer Treat Review. – 2001. – Vol.27. – P.1-7.
23. Germann N., Goffinet F., Goldwasser F. Anthracyclines during pregnancy: embryo-fatal outcome in 160 patients // Annals of Oncology. – 2004. – Vol.15. – P.146-150.
24. Hertel H., Possover M., Kuhne-Heid R. et al. Laparoscopic lymph node staging of cervical cancer in the 19th week of pregnancy. A case report // Surgical Endoscopy. – 2001. – Vol.15. – P.324-326.

24. Jackisch C., Louwen F., Schwenkagen A. et al. Lung cancer during pregnancy involving the products of conception and a review of the literature // Archives of gynecology and obstetrics. – 2003. – Vol.268. – P.69-77.
25. Janne P.A., RodriguezThompson D., Metcalf D.R. et al. Chemotherapy for a patient with advanced non small cell lung cancer during pregnancy: a case report and review of chemotherapy treatment during pregnancy // Oncology. – 2001. Vol.61(3). – P.175-183.
26. Jaspers V.K.I., Gillesen A., Quakernack K. Gastric cancer in pregnancy: Do pregnancy, age or female sex alter the prognosis? // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 1999. – Vol.87. – P.13-22.
27. Jubran A.A., Salam M.Abdel, ElWeshi A., Memon M., Ezzat A., Maghfoor I. Bone and Soft Tissue Sarcomas during pregnancy // Journal of Clinical oncology. – 2005. – Vol.23. – №165. – P.9077.
28. Kal H.B., Struikmans H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction // The Lancet Oncology. – 2005. – Vol.6. – Iss.5. – P.328-333.
29. Koushik A. et al. Nharacteristics of menstruation and pregnancy and the risk of lung cancer in women // International Journal of Cancer. – 2009. – Vol.125. – Issue10. – P.2428-2433.
30. Lee HyukJoon, Lee In Kyu, Kim Jong Won et al. Clinical Characteristics of Gastric cancer Associated with pregnancy // Digestive Surgery. – 2009. – Vol.26. – №1. – P.3-36.
31. Locbbead P., ElOmar E.M. Gastric cancer // British Medical Bulletin. – 2008. – Vol.85. – P.87-100.
32. Maeta M., Yamashiro H., Oka A. et al. Gastric cancer in the young, with special reference to 14 pregnancy-associated cases: analysis based on 2325 consecutive cases of gastric cancer // Journal of Surgical Oncology. – 1995. – Vol.58. – P.191-195.
33. Mathevet P., Nessah K., Dargent D. et al. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2003. – Vol.108. – P.217-222.
34. Merimsky O. Axel Le Cesne Soft Tissue and Bone Sarcomas in Association with Pregnancy // Summary Acta Oncologica. – 1998. – Vol.37. – №7-8. – P.721-727.
35. Mujaibel K., Benjamin A., Delisle M.F. et al. Lung cancer in pregnancy: case reports and review of the literature // Journal of Maternal-Fetal Medicine. – 2001. – Vol.10. – P.426-432.
36. Nicklas A., Baker M. Imaging strategies in the pregnant cancer patient // Seminars in Oncology. – 2000. – Vol 27. – №6. – P.623-632.
37. Parkin D., Whelan S. Cancer incidence in Five Continents // IARC. Scientific Publication. Lyon, 2002. – Vol. VIII. – №155. – 781p.
38. Pavlidis Nichlas A. Coexistence of pregnancy and malignancy // The Oncologist. – 2002. – Vol.7. №4. – P.279-287.
39. Pentheroudakis G. Pavlidis Cancer and pregnancy: Poema magna, not anymore // European journal of cancer. – 2006. – Vol.42. – issue 2. – P.126-140.
40. Pentheroudakis G. Cancer and pregnancy // Annals of Oncology. – 2008. – Vol.19(Suppl.5). – P.38-39.
41. Ramalingam S., Pawlish K., Gadgeel S. et al. Lung cancer in young patients: analysis of a Surveillance, Epidemiology and End Results database // Journal of Clinical Oncology. – 1998. – Vol.16. – P.651-657.
42. Reiter A.A., Carpenter R.J., Dudrick S.J. and Hinkley C.M. Pregnancy associated with advanced adenocarcinoma of the lung // The International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 1985. – Vol.23. – P. 75-78.
43. Schart A., Huber P., Lorenzen J., Gohring U.J. Gastric cancer during early pregnancy // International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 1996. – №258. – P.151-154.
44. Smith L.H., Daniels B., Allen M.E. et al. Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry // American Journal of Obstetrics & Gynecology. – 2003. – Vol.189. – P.1128-1135.
45. Vermorken J.B. ESMO Clinical Recommendations // Annals of Oncology. – 2009. – Vol.20. – Suppl.4. – 185 p.
46. Weisz B., Meirow D., Schiff E. et al. Impact and treatment of cancer during pregnancy // Expert Review of Anticancer Therapy. – 2004. – Vol.4. – P.889-902.
47. Walsh C., Fazio V.W. Cancer of the colon, rectum and anus during pregnancy: the surgeons perspective // Gastroenterology Clinics of North America. – 1998. – Vol.27. – P.257-267.
48. Чехун В.Р. //Злокачественные опухоли и беременность//, ИЭПОР им. Каблецкого НАН Украина.
49. Нисвандер К.А., Эванс А., //Акушерство//, Москва // Практика//, 1999.

Chiaburu Simona, d.i.m., Mereuță Ion d.h.m., profesor universitar,
Bucun Nicolae, profesor universitar, d.h. in psihologie

EVALUAREA PSIHODIAGNOSTICĂ A BOLNAVELOR CU CANCER MAMAR LA ETAPA REABILITĂRII INTEGRALE

In the article authors emphasizes the timeliness of problem of breast cancer, morbidity, mortality, disability, necessary of integrated rehabilitation.

Authors attest psycho-physiological, psiho-social disorders, dyssomnias at patients with breast cancer. It were described predisposing factors of “psyho-oncological” syndrome, clinical description, necessary of psychocorrection, resistance to oncological state.

The authors argue a new direction in medical psychology-psyhooncology. The article cerdents own researches of authors in domain of evaluation of psychodiagnosis at patients with breast cancer in a period of integrated rehabilitation.

Key words: patient with breast cancer, the state following radical treatment, integrated rehabilitation, dyssomnias psycho-diagnostic evaluation, necessary of psychorehabilitation.

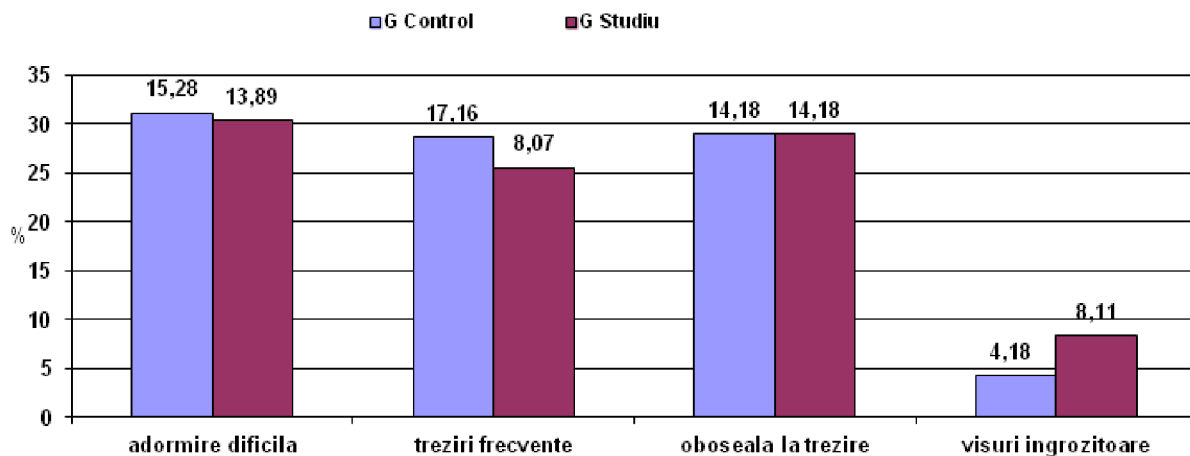


Fig. 1. Dereglări de somn la bolnavele cu cancer mamar (%)

Cancerul mamar este o problemă medico-socială stridentă. Datele OMS atestă că în fiecare an în lume se înregistrează 1 mln de cazuri noi de cancer mamar. O pondere însemnată are cancerul mamar și structura morbidității oncologice, ocupind locul I sau II in lume. Se păstrează o cotă semnificativă a depistării tardive de 26-28%. In procesul diagnosticului cancerului mamar, la bolnavă se dezvoltă starea de stres și apar diverse procese psihofiziologice și psihosociale, ce în mare măsură determină calitatea vieții bolnavelor și elementele de motivație și rezistență în procesul de tratament complex și combinat. În sistemul nervos central, în starea psihică a bolnavelor apar schimbări specifice individuale, de cogniție și de formare a patologiilor psihosomatice (2,11,19,20,23,26).

Aceste reacții apar la pacientele cu cancer mamar dat fiind că ele sunt supuse stresului posttraumatic, dezvoltării naturale a patologiei oncologice, ce are un caracter multifactorial. Stresul provocat de procesul tumoral determinat de factori biologici, pe de o parte, iar pe de alta stresul determinat de ziua de miine, de pronostic, de calitate a vieții după tratamentul radical (13,22,23).

Cancerul duce la bolnavă o schimbare psihotraumatică, retrări, ce implică viața sa, a familiei, rostul vieții, feminitatea, sexualitatea și alte probleme. Aproximativ 28% din bolnavele cu cancer mamar considera, că odată cu pierderea glandei mamare, ele au pierdut sensul vieții și feminitatea.

În aceste circumstanțe apar diverse dereglări psihifiziologice și psihosociale, schimbări în starea

emotivă, de motivație, de intelect, de cogniție, ș.a. (8,9,11,34).

Unii autori argumentează dezvoltarea ramurii psihooncologice, ce studiază nu numai schimbările psihofiziologice dar și a dereglărilor psihosomatice (17,18,19,38). Una din principalele direcții a psihooncologiei este studierea stresului oncologic, a factorilor ce declanșează reacțiile psihofiziologice, psihosociale, simptoamelor neurovegetative ce apar la bolnavele cu cancer mamar în perioada posttrauma și procesul readaptării organismului la realitatea, că bolnava va trăi cu diagnosticul de cancer mamar. Au aparut diferite cercetări în acest domeniu, dar datele literaturii sunt confuze, chiar diametral opuse, ce argumentează necesitatea cercetărilor în acest domeniu (22,23,25).

Unii autori, atestă că bolnavele în rezultatul stresului au o simptomatcă polivalentă – starea de amintiri nedorite, stare de a ezita situații similare, o hiperactivitate a organismului, emoții și chiar a unor simptome psihopatologice. Unii autori argumentează că aceasta stare se întâlnește la 42-46% bolnave. Alții atestă că factorii ce declanșează acest simptom este pericolul pentru viață, frica pentru ziua de mîine, stare de neajutorare, stare de comorbiditate in 52% cazuri. Unii cercetători descriu o triadă caracteristică pentru aceste bolnave- niveluri înalte de ură, frică și anxietate și simptome paranoiale. Ele apar in rezultatul traumei specifice oncologice , fizice și psihice, operației infirme, riscurile recidivelor și metastazelor, suspiciune și frica de la cei apropiați, aprecierea lor negativă (5,11,16,23).

Alți cercetători, subliniază nivelul înalt de somatizație, sindromul obsesiv, depresiei și psihotizmului. Unii autori subliniază că în 12% cazuri aceste simptome la bolnave cu CM în perioada reabilitării nu se dezvoltă (25,29,36).

Apariția sau absența acestor simptome sunt determinate de mulți factori, inclusiv și factori sociali, familiei, economici dar și intelectuali (35,40).

Având în vedere rezultatele polivalente a diverselor cercetări, heterogenitatea lor, lipsa unui studiu a disomniilor la bolnavele cu cancer mamar, am efectuat un studiu complex la bolnavele cu cancer mamar din grupa clinică III.

Dereglările de somn se întâlnesc la cca 60% de oameni, mai ales în stările de depresie sau euforie. La bolnavii cu tumori acest indice atinge 75-80%. Tratamentul disomniilor este diversificat – de la medicamente la metode sofisticate (21).

Dereglările de somn reprezintă un fenomen caracteristic ca urmare a influenței stresante a factorilor posttraumă a bolnavelor, având caracter epizodic sau periodic.

Majoritatea bolnavelor (321/386; 83,16±1,06%) au prezentat dereglări de somn, predominând adormirea dificilă (29,17±2,3%), trezirile frecvente (25,23±2,3%) și starea de oboseală la trezire dimineața (28,36±2,4%), p<0,05. Numai 65 bolnave (16,83±3,2%) au afirmat absența dereglărilor de somn, ceea ce diferă semnificativ comparativ cu populația adultă, care conform estimărilor în proporție de aproximativ 50% au diferite dereglări de somn.

Nivelul înalt al dereglărilor de somn la pacientele cu cancer mamar cercetat este influențat, atât de unele aspecte ale vieții cotidiene, cât și de particularitățile tratamentului și a fostei activității profesionale, p<0,05.

Medicamentele barbiturice și sedative, ca mijloc de luptă cu stările psihoneurotice cauzate de stările menționate, au fost evidenționate de aproape 2/3 din bolnave (241/368; 66,03±3,3%), dintre care 72 bolnave (19,56±3,2%), inclusiv GC – 48 (13,04±3,2%) și GS – 24 (6,52±3,4%) – permanent, 169 bolnave (45,91±3,2%), inclusiv

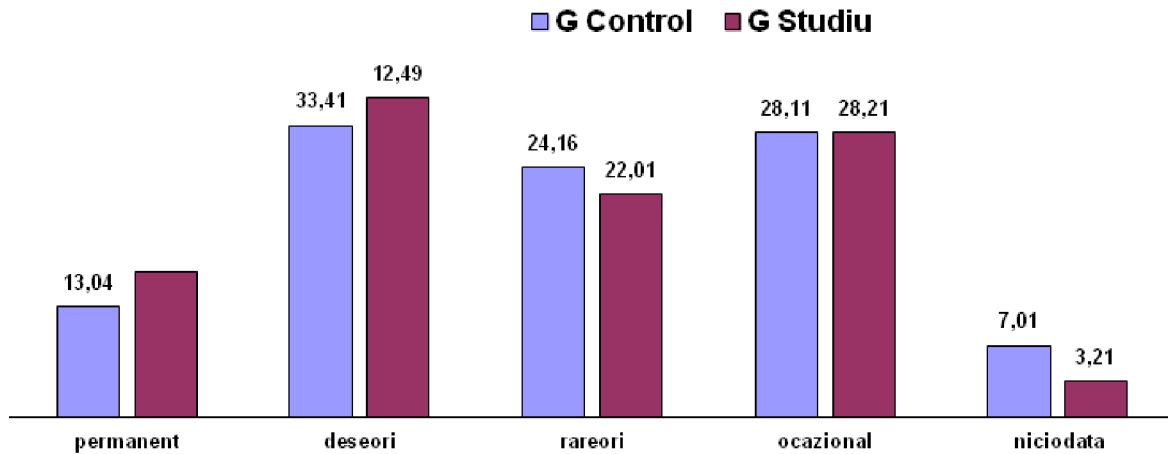


Fig. 2. Administrarea barbituraților la bolnavele cu cancer mamar (%)

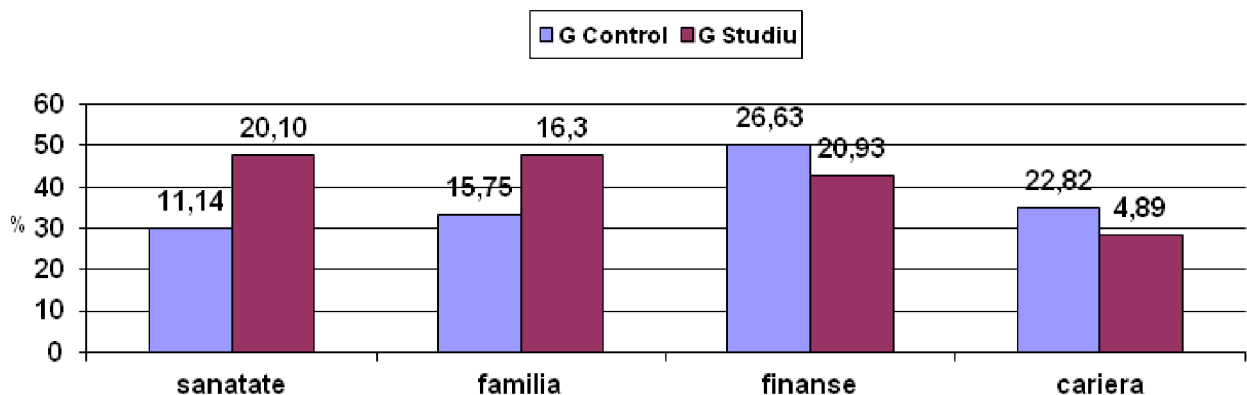


Fig. 3. Probleme stringente la bolnavele cu cancer mamar (%)

GC – 123 (33,49±2,5%) și GS– 39 (31,95±3,2%) – deseori. Circa 1/3 din bolnave cu cancer mamar au menționat faptul, că nu folosesc niciodată sau ocazional (o data în jumătate de an) preparate barbiturice sausedative (p<0,05). Astfel, se observă că bolnavele din GS mai frecvent recurg la medicamente pentru a reveni la starea de normalitate, ceea ce se confirmă și prin prezența superioară a abuzului de medicamente (p<0,05), ca deprindere daunătoare, la bolnavele GS față de bolnavele din GC.

Pentru viața personală și activitatea profesională a bolnavelor cu cancer mamar sunt caracteristice anumite dificultăți, probleme de ordin personal și ocupațional. Cele mai actuale probleme expuse de bolnave sunt starea de sănătate (inclusiv psihoemoțională)– 115 bolnave (31,25±2,2%), inclusiv 41 (11,14±0,24%) GC și 74 (20,10±2,4%)GS, p<0,05; problemele familiale – 118 bolnave (32,06±2,8%), inclusiv 58

(15,75±1,56%) GC și 60 (16,3±1,7%) GS, p<0,01; problemele financiare – 175 bolnave (47,55±1,12%), inclusiv 77 (20,93±1,7%)GC și 98 (26,63±3,4%) GS; cariera profesională – 102 bolnave (27,71±3,4%), inclusiv 84 (22,82±1,2%) GC și 18 (4,89±1,4%) GS, p>0,05.

Astfel, starea sănătății psihice a bolnavelor cu cancer mamar în mare măsură este influențată de caracterul și intensitatea solicitării psiho-profesionale, de asigurarea condițiilor normale, care determină la fel satisfacția și motivarea de viață a bolnavelor.

Evaluarea psihodiagnostică a bolnavelor cu cancer mamar în procesul reabilitării integrate a fost determinată prin aplicarea diverselor teste.

Aprecierea gradului depresiei prin *testul Hamilton* a permis de a aprecia prezența și gradul depresiei la bolnavele cu cancer mamar, precum și factorii, care sunt responsabili de inițierea și menținerea acestei stări.

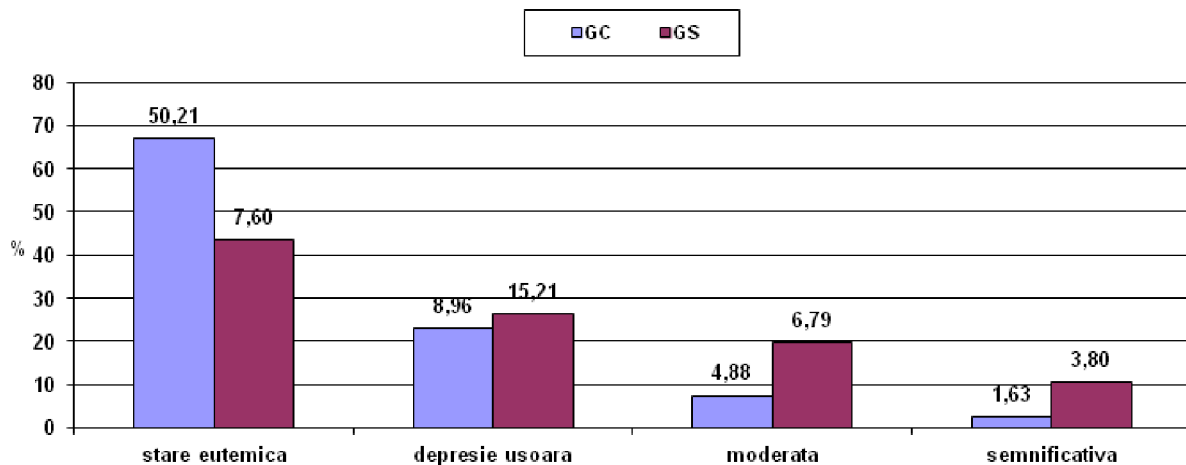


Fig. 4. Repartizarea bolnavelor cu cancer mamar conform gradului de depresie (%)

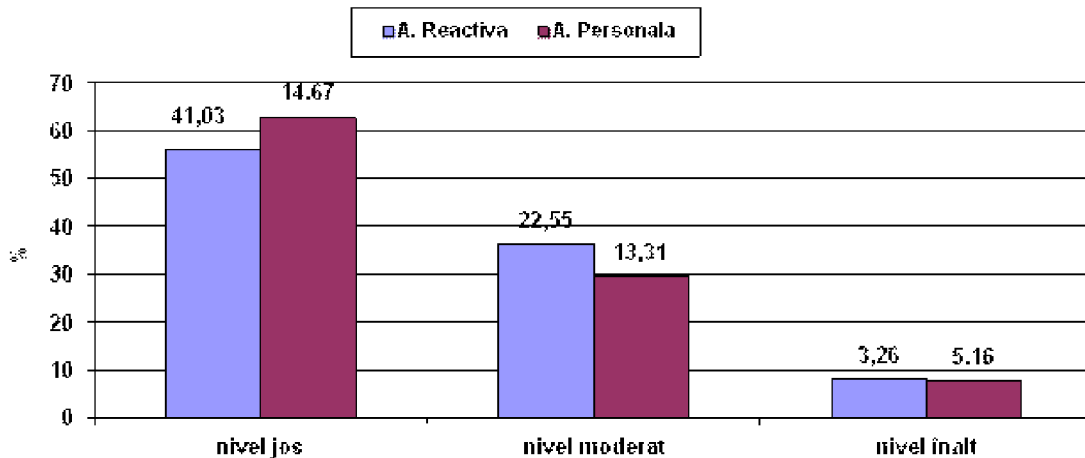


Fig. 5. Nivelul anxietății reactive și personale la bolnavele cu cancer mamar(%)

Conform scorului, la 216 bolnave (58,69±1,3%) s-a constatat lipsa depresiei (scor mediu 5,2±0,7), inclusiv 188 (50,21±2,7%) GS și 28 (7,60±3,1%) GC, p<0,01; la 89 paciente (24,18±4,5%) - depresie ușoară (scor mediu 8,8±2,2), inclusiv 33 (8,96±4,1%) GS și 56 (15,21±1,2%) GC ; la 43 paciente (11,68±4,8%) - moderată (scor mediu 16,2 ±2,6), inclusiv 18 (4,88±3,1%) GS și 25 (6,79±1,2%) GC, p<0,05 ; la 20 paciente (5,43±1,8%) – semnificativă (scor mediu 24,4 ±4,3), inclusiv 6 (1,63±3,8%) GS și 14 (3,80±1,5%) GC, p<0,05.

Este îngrijorător faptul, că circa 5 % din pacientele lotului de studiu manifestă un grad de depresie, care nu le permite în mod adecvat să exercite obligațiunile profesionale. În astfel de situații pe I plan sunt înaintate problemele actuale, fie personale, fie profesionale, care pot influența negativ calitatea activității de munca.

Factorii care determină prezența depresiei sunt legați, atât de procesul reabilitării și activitatea profesională, cât și de viața cotidiană. Astfel, au fost menționați mai des regimul istovitor a tratamentului, insuficiența permanentă a timpului, posibilitatea redusă de revenire la activitatea profesională, care la rândul său determină nivelul de satisfacție și motivare, ponderea mai mare revenind problemelor de ordin familiar și sanogen.

Aprecierea gradului anxietății la bolnavele cu cancer mamar prin testul Spilberger.

Chestionarul Spilberger, propus bolnavelor cu cancer mamar investigați a permis de a obiectiviza, prin procedeul de autoapreciere,

nivelul anxietății în momentul dat (anxietatea reactivă) și anxietatea personalității (ca trăsătură caracteristică a persoanei).

În grupurile investigate, divizate conform caracterului tratamentului, anxietatea reactivă avea un grad asemănător de manifestare, 151 (41,03±3,2%) GC și 54 (14,67±6,7%) GS având un nivel mic (p<0,05), 83 (22,55±1,2%) GC și 49 (13,31±4,2%) GS – nivel mediu (p>0,05), 12 (3,26±2,8%) GC și 19 (5,16±4,4%) GS – nivel înalt al anxietății reactive (p<0,05). Nivelul anxietății reactive este determinat de starea bolnavelor în perioada examinării, fiind influențat de complicitatea procesului în acel moment, prezența unor probleme cotidiene, care cer rezolvare recentă.

Anxietatea personală foarte înaltă corelează direct proporțional cu prezența unui conflict nevrotic, cu stări emoționale și nevrotice și maladii psihosomatice. În grupul de studiu 164 (44,56±2,3%) GC și 66 (18,02±3,1%) GS prezintă un nivel jos al anxietății personale (p<0,05), 73 (19,83±4,2%) GC și 34 (9,23±4,5%) GS – un nivel moderat (p>0,05) și 10 (2,71±2,9%) GC și 20 (5,43±1,4%) GS – un nivel înalt al anxietății personale (p<0,05).

Analizând comparativ gradul anxietății am stabilit o variație semnificativă, atât pentru anxietatea reactivă, cât și pentru anxietatea personală. Nivelul semnificativ mai înalt al anxietății a fost stabilit în cazul persoanelor din grupul de studiu (p<0,05), diferența între tipurile de anxietate fiind foarte mică. Conform datelor obținute prin autoevaluarea anxietății personale

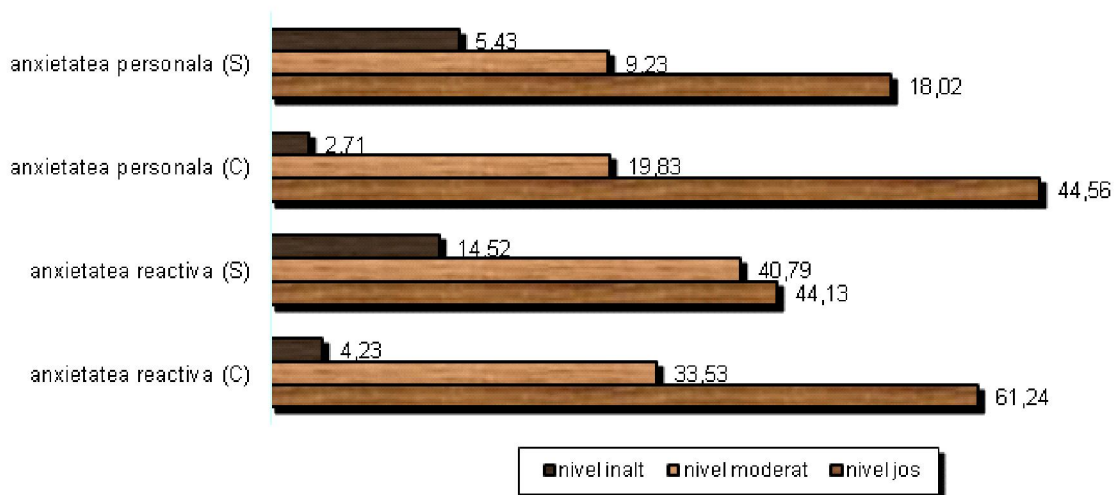


Fig.6. Caracteristica comparativă ai anxietății după tip la bolnavele cu cancer mamar(%)

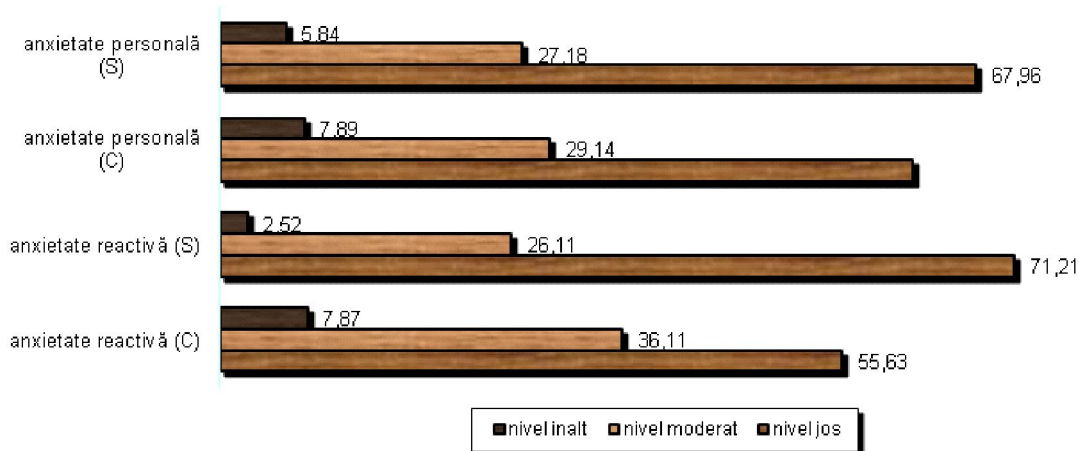


Fig. 7. Caracteristica comparativa a tipului de anxietate a lotului de studiu și lotului martor la bolnavele cu cancer mamar(%)

și reactive, prezentate în figura de mai sus, am obținut următoarele diferențe între GS și GC din lotul de studiu – un nivel mai înalt al anxietății caracteristic bolnavelor cu cancer mamar din grupul de studiu, atât pentru anxietatea reactivă ($14,52 \pm 4,4\%$ pentru GS față de $4,59 \pm 2,8\%$ pentru GC, $p < 0,05$), cât și pentru anxietatea personală ($17,02 \pm 4,4\%$ pentru GS față de $4,13 \pm 2,1\%$ pentru GC, $p < 0,05$).

Anxietatea reactivă duce la tulburarea capacității de concentrare a atenției, uneori a dereglării coordonării precise. Anxietatea personală caracterizează tendința constantă a persoanei de a percepe un cerc larg de situații ca fiind amenințătoare, de a reacționa la ele sub formă de stare anxioasă.

Pentru activitatea profesională a bolnavelor cu cancer mamar anxietatea este o trăsătură de personalitate foarte importantă, care poate influența calitatea procesului ocupațional.

Chestionarul de apreciere al anxietății (Spilberger), propus bolnavelor cu cancer mamar din lotul de studiu și celui din lotul martor a arătat diferența nivelului anxietății reactive și anxietății personalității în grupurile investigate. Astfel, grupul control manifestă un grad de anxietate mai mic decât grupul de studiu, mai ales aceasta este caracteristic pentru anxietatea reactivă, $p < 0,05$.

Chestionarul „H. Schmieschek” (Explorarea „Personalității accentuate”)

În ansamblu, se poate aprecia că la chestionarul „H. Schmieschek”, ce vizează explorarea personalității accentuate, pacientele cu cancer mamar din grupul nostru de studiu se

încadrează în „limitele normalului”, media accentuărilor pentru fiecare subiect în parte, aflându-se sub nivelul procentajului critic de 75%, $p < 0,05$. Se observă că există trăsături de personalitate care pot să depășească nivelul accentuării medii, dar în cazul fiecărei bolnave, acestea sunt „compensate” sub diverse forme și armonios integrate în structura de ansamblu a personalității. Estimat din punct de vedere al gradului de intensitate al accentuării, demonstrativitatea este cea mai „accentuată” trăsătură a grupului – $55,33 \pm 1,01\%$, urmând în ordine descrescătoare, hiperexactitatea – $54,11 \pm 1,03\%$, anxietatea – $50,35 \pm 0,68\%$ și distimia – $50,14 \pm 0,81\%$. Hiperexactitatea este trăsătura accentuată ce apare la majoritatea bolnavelor cu cancer mamar, iar nestăpânirea, trăsătura cea mai „atenuată” a grupului ($43,25 \pm 0,71\%$), este prezentă la mai puțin de o treime din subiecți. Hipertimia ($48,31 \pm 0,47\%$), emotivitatea ($49,02 \pm 0,34\%$), hiperperseverența ($49,32 \pm 0,81\%$) și ciclotimia ($49,33 \pm 0,47\%$) au un grad mediu de reprezentare în aspectul accentuării, iar exaltarea ($47,43 \pm 0,54\%$) este mai puțin frecventă în grup, cedând în acest aspect numai nestăpânirii. Analiza mediilor trăsăturilor accentuate, la nivelul celor două grupuri, demonstrează, că gradul mediu de accentuare a unora dintre trăsături, variază la nivelul celor două loturi. Variația mediilor are semnificație statistică doar în ceea ce privește următoarele trăsături de personalitate: demonstrativitate, nestăpânire, hiperexactitate, ciclotimie/labilitate afectivă și emotivitate. Cea mai „accentuată” trăsătură a

Tabelul 1.

Media scalelor PA (%)

	Scala	Media eșantion % (n=368)	Media gr.I % (n=133)	Media gr.II % (n=234)
1	Demonstrati vitate	55,33±1,01	55,43±0,8	57,13±0,93
2	Hiperexactitate	54,11±1,03	56,1±1,3	54,7±1,4
3	Hiperperseverență	49,32±0,91	48,73±1,2	48,36±1,3
4	Nestăpânire	43,25±0,71	42,7±0,82	44,3±1,4
5	Hipertimie	48,31±0,47	48,62±1,67	48,71±1,87
6	Distimie	50,14±0,81	48,7±3,6	50,2±2,98
7	Ciclotimie	49,33±0,74	48,03±1,3	49,17±2,03
8	Exaltare	47,43±0,54	47,1±1,5	46,34±1,7
9	Anxietate	50,35±0,68	50,7±1,8	50,6±1,4
10	Emotivitate	49,02±0,34	48,35±2,9	48,5±2,4

grupului I, este hiperexactitatea (55,28±1,04%); în grupul II (56,30±1,06%).

Scala 1 – scala demonstrativității – se caracterizează prin egocentrism, demonstrativitate comportamentală, dorința de a fi permanent în centrul atenției, apreciere neadecvată a unor situații. În medie, scala 1 a prezentat valori statistice semnificativ majorate, comparativ cu lotul martor (55,43±0,8%, $p<0,05$). Așa, în grupul II această valoare era de 57,13±1,06%, $p<0,05$. Nu a fost diferența statistic semnificativă între grupul de studiu și control.

Scala 2 – scala hiperexactității – se caracterizează prin punctualitate, acuratețe și pedantism exagerat, rigiditate, aceste persoane greu trec de la o stare emoțională la alta, totul trebuie să fie sub control, pot fi agresivi, dacă nu sunt respectate cerințele sale. Ideea acurateții devine sensul vieții. Hiperexactitatea este uniform repartizată, 2/3 din respondenți acumulând 50–58% din puncte, predominând puțin la pacienții din I-ul grup (56,1±1,3%) și având valori semnificativ majorate, comparativ cu lotul martor (54,7±1,4%, $p<0,05$).

Scala 3 – scala hiperperseverenței – se caracterizează prin sensibilitate la obide și supărări, spirit răz bunător, implicare emotivă de lungă durată în tot ce i se întâmplă, pedantism; acestea sunt obsedate deseori de o singură idee, pe care vor în orice chip să realizeze, în plan emoțional – rigid, uneori pot manifesta agresivitate. Diferența de lotul martor este nesemnificativă – 48,73±1,2% față de 48,36±1,3% ($p>0,05$), repartizarea între ambele grupe de cercetare fiind uniformă.

Scala 4 – scala nestăpânirii – se caracterizează prin impulsivitate sporită, control scăzut asupra imboldurilor și tentațiilor. Are media cea mai mică – 43,25±0,71%, caracteristică ambelor loturi, fiind inferioară față de lotul martor – 42,7±2,84% ($p<0,05$). Numai 10 pacienți cu cancer mamar au obținut în timpul evaluării valori ce depășesc 50 %.

Scala 5 – scala hipertimiei – se caracterizează prin dispoziție preponderent bună, spirit întreprinzător, activism înalt, optimism, tendință de dominare, lideri. Aceste persoane nu suportă constrângere, disciplina severă, singurătatea, monotonia. Valorile obținute sunt omogene, media între cele două grupe având cea mai mică diferență dintre toate scalele – 48,56±1,02%, fiind nesemnificativ superioară celei din lotul martor – 48,62±1,2% ($p>0,05$).

Scala 6 – scala distimiei – se caracterizează prin deprimare accentuată, centrarea atenției asupra aspectelor sumbre ale vieții, inhibiție ideomotoră, pesimism, 2/3 din pacienți cu cancer mamar au obținut exact 50% la acest nivel, determinând media generală de 50,14±0,81%, nesemnificativ inferioară celei din grupul martor – 48,7±3,6% ($p>0,05$).

Scala 7 – scala ciclotimiei – se caracterizează prin alternare a fazelor hipertimice și distimice, primele au durată scurtă, deprimarea fiind prelungită. În depresie se comportă anxios, pot avea idei de suicid, în perioade favorabile se comportă ca hipertimicii. Media generală pe eșantion – 49,33±0,74%, puțin mai mare pentru pacienții grupului II. În lotul martor – 48,003±0,82% ($p>0,05$).

Scala 8 – scala exaltării – se caracterizează prin trăiri intensive, uneori nemotivate, a stărilor de bucurie, fericire, satisfacție și alternarea frecventă a acestora cu stările de tristețe și disperare. Media generală – $47,43 \pm 0,54\%$. Aici au fost obținute valori cu cele mai mari variații, fapt determinat în primul rând de numărul mai mic de întrebări, ceea ce crește valoarea procentuală a fiecărei întrebări. În lotul martor – $47,2 \pm 1,4\%$ ($p > 0,05$).

Scala 9 – scala anxietății – se caracterizează prin predispunere spre fobie, timiditate și anxietate exagerată, neîncredere în sine, subapreciere personală, frică de responsabilitate, nu pot stăpâni frica, influențându-i și pe cei apropiați. Media generală – $50,35 \pm 0,68\%$, semnificativ mai mare pentru GS și mai mare decât în lotul martor ($50,7 \pm 1,9\%$, $p < 0,05$). Diferența semnificativă față bolnavele cu cancer mamar din grupul de control

este determinată de particularitățile activității profesionale a bolnavelor: responsabilitate înaltă; existența în majoritatea cazurilor examinate a unei soluții parțiale, amenințările și agresiunile tratamentelor ce vor urma, intimitatea, invaliditatea, etc.

Scala 10 – scala emotivității – se caracterizează prin sensibilitate, profunzime și finețe a trăirilor spirituale, schimbări frecvente a dispoziției cu motiv neînsemnat, de dispoziție depinde tot – capacitatea de muncă, relațiile cu lumea înconjurătoare, greu suportă bruschețea, agresivitatea, au depresie în cazul înrăutățirii relațiilor cu cei apropiați. Este mai exprimată la bolnavele din grupul de studiu, media generală fiind de $49,02 \pm 0,34\%$ și practic identică în cele două grupe. În lotul martor – $48,35 \pm 2,5\%$ ($p > 0,05$).

Pe baza diferențelor în răspândirea caracterilor accentuate au fost evidențiate 5 grupuri tipologice PA. Drept criteriu de includere în anumit grup a

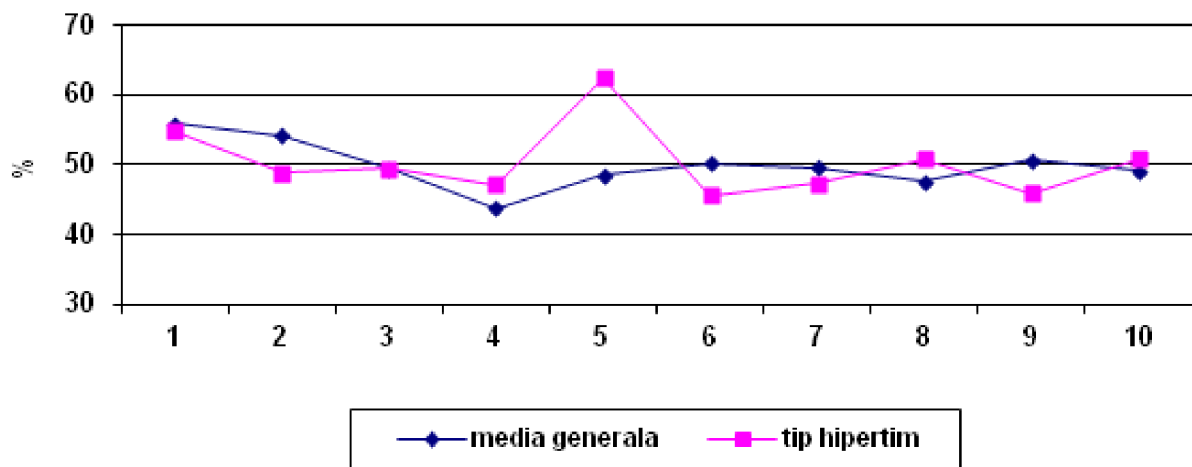


Fig. 8. Media scalelor PA in grupul tip hipertim (%)

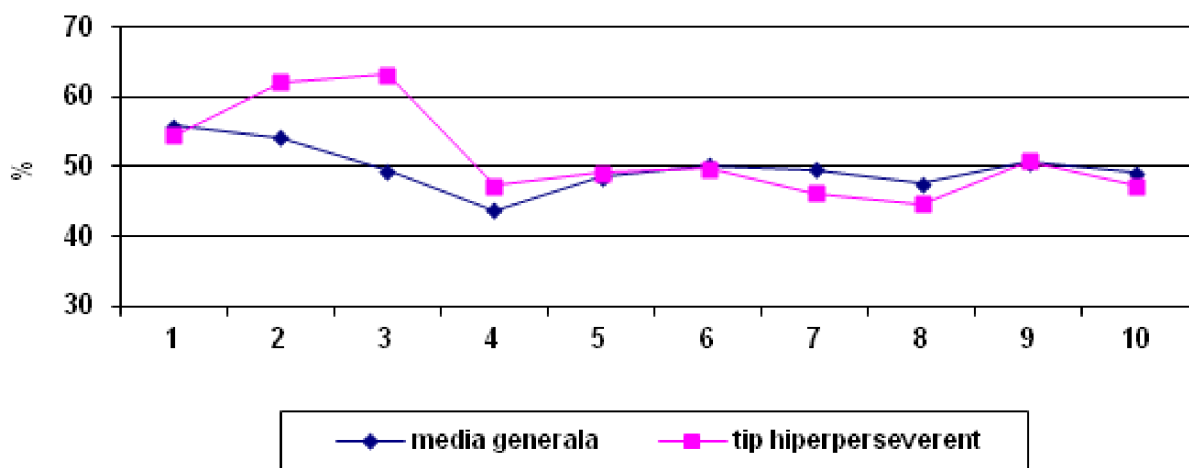


Fig. 9. Media scalelor PA in grupul tip hiperperseverent (%)

fost nivelul trăsăturilor de personalitate peste 60%. Astfel am format următoarele grupuri tipologice: hipertim, hiperperseverent, histrionic, anxios, depresiv. În primul grup au fost incluse 57 bolnave cu cancer mamar ($16,34 \pm 3,2\%$) – 39 GC și 19 GS, având cea mai mare medie la scala 5 – $63,5 \pm 1,01\%$, apoi scala 1 – $53,03 \pm 1,14\%$ ($p < 0,05$); valorile cele mai mici fiind obținute pe scala 6 – $46,54 \pm 1,02\%$ și 4 – $48,10 \pm 1,73\%$ ($p < 0,05$).

Pentru aceste persoane este caracteristică dorința de a fi vizibile în societate, activitate înaltă, autoapreciere exagerată, capacitate scăzută de a aprecia critic propriile acțiuni. Aceste bolnave cu cancer mamar sunt mai emotive, suprasolicitarea psihică la ele este cauzată de mai mulți factori; pentru ele are importanță atitudinea societății față de activitatea și viața sa. Cele mai actuale probleme la acest contingent sunt cariera profesională și relațiile familiare ($p < 0,05$). Nivelul

scăzut la scalele anxietății și depresiei arată un nivel înalt de adaptare la condițiile activității și vieții, un grad înalt de responsabilitate.

Al II-lea grup îl constituie 44 ($12,73 \pm 2,2\%$) bolnavele cu cancer mamar, dintre care 30 ($12,90 \pm 2,5\%$) GC și 15 ($12,40 \pm 2,9\%$) GS cu accentuarea în l-ul rând al hiperperseverenței, hiperexactității, respectiv $62,17 \pm 2,14\%$ și $62,14 \pm 1,24\%$ ($p < 0,05$). Valorile cele mai mici corespund scalelor 8 (exaltare) – $45,13 \pm 1,7\%$ și 8 (labilitate afectivă) – $47,24 \pm 0,78\%$ ($p < 0,05$). Pentru ele este caracteristic punctualitatea, acuratețea și pedantismul exagerat, în plan emoțional – rigiditatea, uneori pot manifesta agresiune, greu trec de la o stare emoțională la alta. Aceste bolnave au concepții bine determinate, sunt convinse că atingerea scopurilor vieții este importantă pentru toți, nu numai pentru ele.

Din figura prezentată se vede clar accentuarea personalității pe scalele hiperexactității și

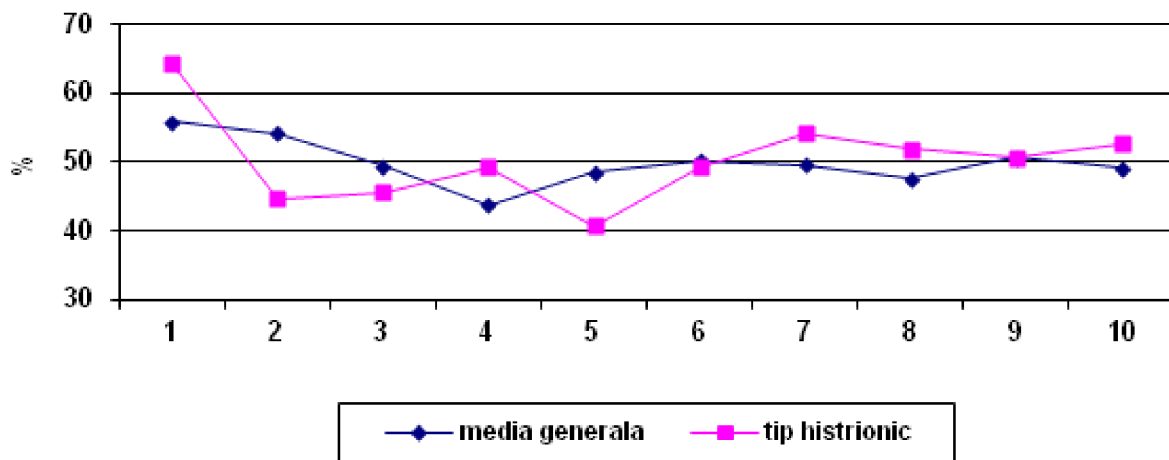


Fig. 10. Media scalelor PA in grupul tip histrionic (%)

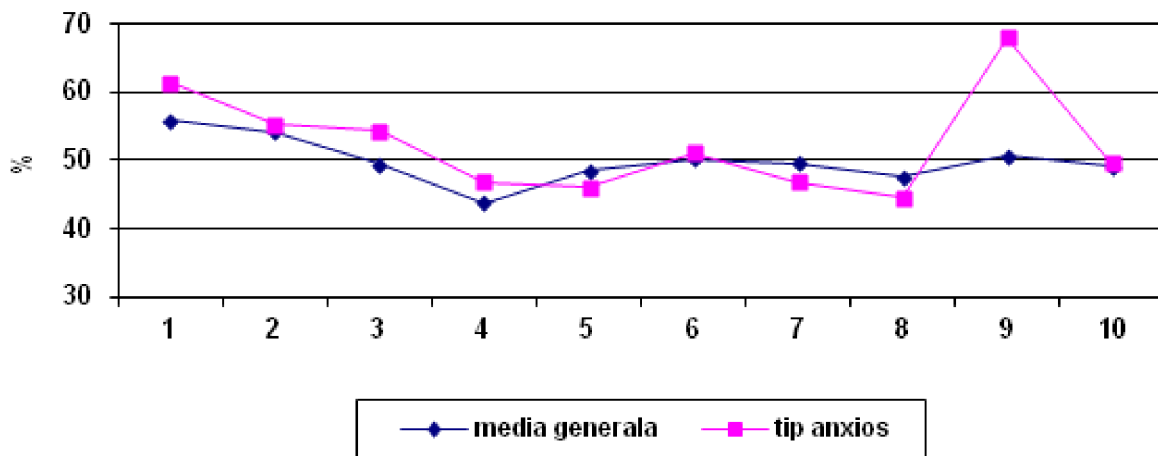


Fig. 11. Media scalelor PA in grupul tip anxios (%)

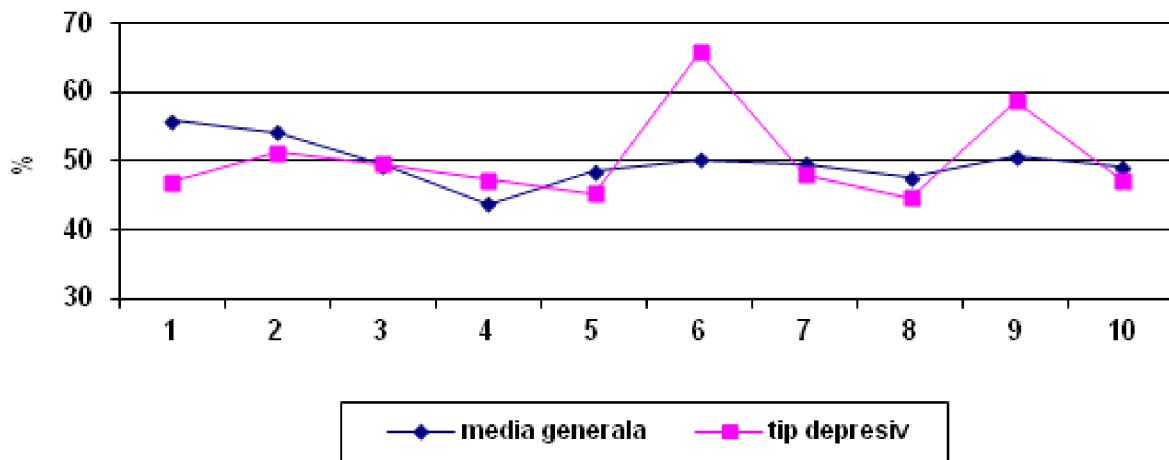


Fig. 12. Media scalelor PA in grupul tip depresiv (%)

hiperperseverenței, comparativ cu restul scalelor evaluate pentru acest grup, cât și pentru media generală a bolnavelor. Pacientele cu cancer mamar din grupul de tip hiperperseverent au media generală a scalelor PA mai mare decât media pentru intregul grup de studiu, situându-se, totuși în limitele normale (<75%).

Grupul histrionic îl constituie 37 bolnave cu cancer mamar - $10,41 \pm 2,1\%$, dintre care 13 GS ($10,4 \pm 3,7\%$) și 24 GC ($9,85 \pm 2,3\%$), preponderent cu examinarea dosarelor civile. Cea mai actuală problemă este considerată starea sănătății, indicând suprasolicitarea profesională drept cauză principală în apariția și dezvoltarea bolii. Suferă mai des de bolile sistemului cardio-vascular, dereglări de somn. Accentuarea predominantă este pe scala 1 – $63,25 \pm 2,12\%$ și scala 7 –

$56,24 \pm 2,06\%$ ($p < 0,05$), scala hipertimiei având cea mai mică valoare – $41,03 \pm 0,72\%$ ($p < 0,05$).

Mediile mai mari au fost obținute la scalele labilității afective, demonstrativității și emotivității. Problema acestor bolnave constă în controlul agresivității, inhibarea reacției spontane, luarea deciziilor bine gândite. Pacientele cu cancer mamar din acest grup respectă formal normele convenționale, evită responsabilitățile mari de frică că nu vor reuși.

Mai puțin numeros este grupul de tip anxios – 34 bolnave cu cancer mamar ($10,57 \pm 2,7\%$), dintre care 16 GS ($12,47 \pm 3,1\%$) și 18 GC ($7,42 \pm 2,4\%$). Pentru aceste bolnave sunt caracteristice egocentrismul, demonstrativitatea, punctualitatea, acuratețea; deseori manifestă diverse reacții anxioase, neîncredere în sine, în deciziile luate.

Tabelul 2.

Media scalelor PA bolnavelor din grupul S și C (%)

Scala	G-studiu (n=368)	G-control (n=372)
1 Demonstrativitate	$56,23 \pm 2,72$	$53,74 \pm 1,72^*$
2 Hiperexactitate	$55,10 \pm 0,17$	$48,13 \pm 1,98^*$
3 Hiperperseverență	$49,3 \pm 1,93$	$47,35 \pm 2,01$
4 Nestăpânire	$44,78 \pm 0,45$	$46,23 \pm 1,98^*$
5 Hipertimie	$48,7 \pm 1,75$	$45,43 \pm 1,84$
6 Distimie	$51,73 \pm 1,6$	$49,83 \pm 1,32$
7 Ciclotimie	$49,06 \pm 0,76$	$48,03 \pm 1,3$
8 Exaltare	$48,54 \pm 1,2$	$49,04 \pm 0,51$
9 Anxietate	$49,78 \pm 1,75$	$45,13 \pm 1,2^*$
10 Emotivitate	$49,23 \pm 0,4$	$51,12 \pm 1,36$

* - $p < 0,05$

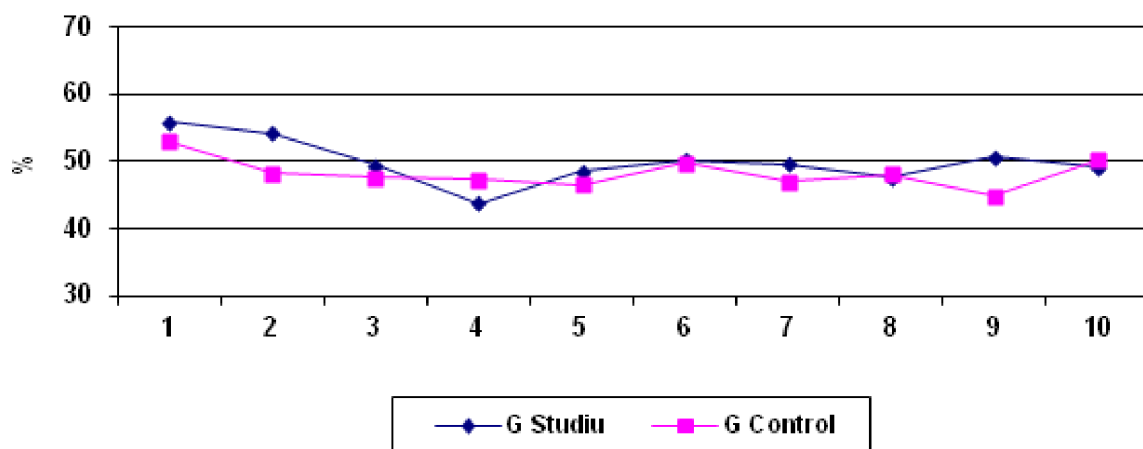


Fig. 13. Media PA in loturile de studiu (%)

Au media mai mare la scala 9 – $65,98 \pm 2,14\%$ și 1 – $60,45 \pm 1,23\%$ ($p < 0,05$), mai scăzută la scala 8 – $45,2 \pm 0,95\%$ și 5 – $47,1 \pm 0,94\%$ ($p < 0,05$). Pacientele din acest grup au satisfacție scăzută de la lucru, sunt neliniștite. Dereglările de somn sunt mai frecvente decât media generală pentru acest studiu, predominând adormirea dificilă și trezirile frecvente.

Cel mai puțin numeros este grupul tipologic de tip depresiv – 20 bolnave ($6,23 \pm 1,1\%$). Mediile maxime în acest grup au fost obținute pe scala 6 – $68,52 \pm 2,23\%$ și 9 – $57,43 \pm 2,07\%$ ($p < 0,05$); minimele – pe scala 8 – $45,75 \pm 1,03\%$ și 5 – $45,3 \pm 7,34\%$ ($p < 0,05$).

Pentru aceste bolnave este caracteristic un nivel scăzut de satisfacție pentru viață și aspectele cotidiene, activitate redusă, pesimismul; deseori au probleme în relații interpersonale, atât la serviciu, cât și în afara lui ($p < 0,05$).

Explorarea personalității accentuate, cu ajutorul chestionarului „H. Schmieschek”, a arătat că subiectele grupului de control se încadrează în „limitele normalului”, media accentuărilor pentru fiecare bolnavă în parte, aflându-se sub nivelul procentajului critic de 75%. Profilul de personalitate a grupului control are un caracter liniar, media caracterilor accentuate încadrându-se între 45–53%.

După cum arată datele din tabelul de mai sus, grupul control au obținut cele mai mari medii la scalele demonstrativității, emotivității și distimiei. Pe când, valorile cele mai mici au fost obținute la anxietate, hipertimie și ciclotimie ($p < 0,05$). Comparând datele obținute în grupul martor cu

cele din grupul de studiu, observăm cele mai mari diferențe la scalele anxietății ($45,13 \pm 1,2\%$ pentru grupul control, față de $49,78 \pm 1,75\%$ pentru bolnave cu cancer mamar, $p < 0,05$), hiperexactității ($48,13 \pm 1,98\%$ pentru grupul control, față de $55,10 \pm 0,17\%$ pentru bolnave cu cancer mamar, $p < 0,05$), nestăpânirii ($46,23 \pm 1,95\%$ pentru grupul control, față de $44,75 \pm 0,45\%$ pentru grupul de studiu, $p < 0,05$).

Astfel, grupul control corespunde unei personalități stabile, armonioase, fără accentuări însemnate a caracterelor studiate.

Grupele de bolnave cu cancer mamar cu grad diferit de rezistență la stres

Capacitatea de autoreglare emoțională și rezistență înaltă la stres constituie cheia unui comportament corect, adecvat, atât în timpul tratamentului radical, cât și în viața cotidiană a bolnavelor cu cancer mamar. Referindu-ne la activitățile diverse ale bolnavelor cu cancer mamar, putem observa următoarele consecințe a stresului:

- niveluri ridicate de îmbolnăvire și absenteism;
- scăderea productivității și incapacitatea de atingere a obiectivelor impuse;
- creșterea ratei de eroare;
- număr crescut de conflicte interne ;

Rezistența la acțiunea factorilor perturbători, la efectele fenomenului de oboseală, capacitatea de echilibrare psihică sunt unele din abilități și pentru aprecierea nivelului de rezistență la stres am folosit scala Holmes-Rahe.

În urma prelucrării datelor din chestionare am obținut următoarele rezultate: $20,38 \pm 2,7\%$ (75/368)

Tabelul 3.

Nivelul rezistenței la stres în loturile de studiu și control (%)

Clase de semnificație	G Studiu		G Control		p
	Abs.	P±ES%	Abs.	P±ES%	
Clasa 0 – eutemie	75	20,38±2,7	96	26,81±4,8	p>0,05
Clasa 1 – nivel înalt	89	24,18±4,5	94	26,27±4,6	p>0,05
Clasa 2 – nivel mediu	109	29,61±5,6	102	27,43±2,2	p>0,05
Clasa 3 – nivel scăzut	95	25,8±3,8	80	22,50±2,4	p>0,05

din bolnave manifestă eutemie, circa 1/3 prezintă nivel mediu de rezistență la stres - 109/368; 29,61±5,6%, iar câte 1/4 din bolnave cu cancer mamar manifestă grad înalt și scăzut de rezistență în situații stresante, respectiv 24,18±4,5% (89/368) și 25,88±3,8% (95/368). Pentru sistematizarea și analiza datelor obținute am format 3 grupe cu nivel scăzut, mediu și înalt al rezistenței la stres, bolnavele din grupul eutemic considerându-i cu risc scăzut pentru dezvoltarea reacțiilor stresante. Bolnavele din lotul martor au manifestat astfel, un nivel înalt al rezistenței la stres în 51,12±2,2% față de 46,03±2,4% pentru grupul de studiu ; 22,50±2,4% (80/372) din bolnave cu cancer mamar manifestă criză majoră de viață, adică un nivel scăzut de rezistență în situații stresante și 27,43±2,4% prezintă nivel mediu de rezistență la stres (p>0,05).

După cum se vede din diagrama de mai jos, pacientele cu cancer mamar cu rezistență scăzută la stres constituie un sfert din lotul experimental. Aceste paciente se caracterizează printr-o sensibilitate ridicată la diferite acțiuni. Ele reacționează destul de tensionat la majoritatea situațiilor de viață. Pentru aceste bolnave este caracteristic o stare de încordare și disconfort determinat de factorii de stres. Sub acțiunea factorilor de stres pot manifesta reacții fiziologice evidente la stres – înroșirea feței, transpirații, tremur ce se manifestă în situații stresante. De asemenea, aceste bolnave ar putea suferi și de tulburări psihosomatice de ordin digestiv, cardiovascular, alergii și altele. Utilizând terminologia lui Lazarus putem spune, că în urma stresului pacientele cu cancer mamar nu formează imunitate față de factorii respectivi, ci dimpotrivă formează vulnerabilitate față de stres, ele ușor „întră în stres” în contact cu factorii stresanți.

Mai puțin de jumătate din paciente investigate – 44,88±2,4% manifestă o rezistență înaltă la

stres. Datele confirmă, că aceste bolnave sunt destul de rezistențe la factorii stresanți cotidiani, drept rezultat al încrederii în sine, spiritului activ, optimismului. Ele au o capacitate înaltă de autoreglare, o stăpânire de sine bună, nu-și pierd echilibrul în situații stresante, au reacții comportamentale adecvate la solicitările. La 24,27±3,4% din paciente s-a înregistrat un nivel mediu de rezistență la stres. Aceste paciente păstrează o înaltă capacitate emoțională pe o perioadă lungă de timp. În situațiile dificile au capacitatea bună de autoreglare emoțională, reacții comportamentale adecvate, rezistență fizică.

În continuare vom face o analiză comparativă a bolnavelor cu cancer mamar cu grad diferit de rezistență la stres în corelație cu caracteristicile de personalitate a pacientelor expuse mai sus. Cunoașterea profilului psihologic al personalității cu rezistență diferită la stres ne va permite să formulăm unele recomandări pentru psihologi și schițarea unui program de training. O situație poate fi stresantă pentru majoritatea oamenilor, dar ea nu poate fi evaluată și trăită în același mod de o persoană sau alta. După cum a menționat Eysenck, rezistența la stres depinde de anumite atribute înscrise în sfera personalității. Trăsăturile de personalitate ce conferă vulnerabilitatea (rezistență scăzută) la stres urmează să fie studiate în continuare, ele joacă un rol important în explicarea diferențelor interindividuale, în ceea ce privește stilurile de adaptare la solicitările stresante.

Conform testării psihometrice prin chestionarul caracterologic K. Leonhard au fost evidențiate 5 grupuri tipologice PA: hipertim, hiperperseverent, histrionic, anxios, depresiv. Dacă e să ne referim la întregul lot de paciente supuse experimentului, atunci jumătate dintre aceștea manifestă accentuări de caracter. Pacientele cu cancer mamar din grupul hipertim

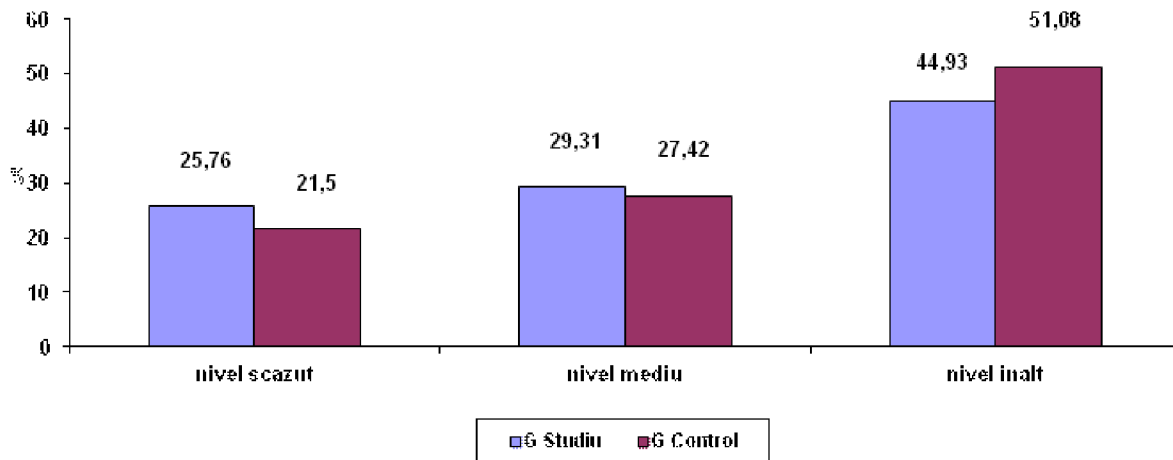


Fig. 14. Nivelul rezistenței la stres a bolnavelor cu cancer mamar (%)

manifestă rezistență înaltă la stres. Pozitivist prin excelență hipertimicul subestimează necazurile vieții, ia din ea numai aspectele plăcute, este mereu în acțiune și are toate șansele de succes, manifestând activitate înaltă, autoapreciere exagerată, capacitate scăzută de a aprecia critic propriile acțiuni. Accentuarea acestor trăsături accentuează vectorul pozitiv al acestor bolnave, determinând o nedorită dar emergentă superficialitate, manifestă atât pe plan de acțiune, cât și pe cel etic. Pacientele din grupul perseverent se caracterizează printr-un nivel mediu de rezistență la suprasolicitările stresante profesionale și cotidiene. Aceste bolnave au concepții bine determinate, pentru ele este caracteristică punctualitatea, acuratețea și pedantismul exagerat. Grupul histrionic al

pacientelor cu cancer mamar examinate s-a dovedit a fi cel mai variat în aspectul rezistenței la stres, demonstrativitatea și emotivitatea predominând la aceste paciente.

Pentru bolnavele din acest grup este caracteristic respectarea formală a normelor convenționale, evitarea responsabilităților mari, problema acestor bolnave constă în controlul agresivității, inhibarea reacției spontane, luarea deciziilor bine gândite. Toate acestea lămuresc gradul diferit al rezistenței la stres exprimate de aceste bolnave.

În fond, pacientele cu rezistență înaltă la stres au mai puține accentuări și sunt identice cu accentuările celor cu rezistență scăzută, doar că se manifestă cu diferită intensitate. Accentuarea care este destul de pronunțată la bolnavele cu

Tabelul 4.

Diferențele de accentuări de caracter la pacientele cu cancer mamar cu diferit nivel al rezistenței la stres (%)

	Scala	Nivel scăzut de rezistență la stres	Nivel mediu de rezistență la stres	Nivel înalt de rezistență la stres	p
1	Demonstrativitate	45,93±0,82	52,30±1,02	52,30±1,02	p<0,05
2	Hiperexactitate	51,18±1,02	55,5±1,04	50,43±1,87	p>0,05
3	Hiperperseverență	49,53±398	49,22±0,98	49,32±0,96	p>0,05
4	Nestăpânire	48,84±0,88	45,32±1,4	44,12±0,82	p>0,05
5	Hipertimie	56,98±1,2	59,62±1,06	62,78±1,08	p<0,05
6	Distimie	54,22±1,04	49,81±0,98	44,43±0,78	p<0,05
7	Ciclotimie	52,63±1,02	49,05±1,2	49,04±0,94	p<0,05
8	Exaltare	47,12±0,88	48,09±0,92	49,44±0,96	p>0,05
9	Anxietate	43,02±0,76	46,38±1,02	42,53±0,76	p>0,05
10	Emotivitate	51,11±1,02	49,28±0,96	49,23 ±0,98	p>0,05

rezistență înaltă la stres este hipertimia ($62,78 \pm 1,08\%$, $p < 0,05$). La bolnavele din grupul de studiu cu rezistență scăzută la stres de asemenea predomină această accentuare de caracter, dar într-o măsură mai mică ($56,98 \pm 1,06\%$). O altă ușoară accentuare de caracter observată la grupul de paciente cu rezistență înaltă la stres este demonstrativitatea ($52,30 \pm 1,02\%$, $p < 0,05$). Indicele indică hotărul cu limita admisibilă, deci putem spune că au tendința de a atrage atenția asupra sa, de a denatura adevărul, cu dorința de a înlătura din conștiință actele neplăcute. O a treia și ultima accentuare de caracter observată la această grupă de paciente examinate este hiperexactitatea ($50,56 \pm 1,02\%$).

Aceste bolnave într-o măsură mai mică demonstrează inversul firii sale demonstrative, ce exprimă dificultatea de a lua o hotărare, neputându-se opri la unul din aspectele problemei. Are frică de a proceda incorect, dar prin prelucrări interioare ar putea să depășească frica și să se mențină într-o adaptabilitate convenabilă. Spre deosebire de cele menționate mai sus, grupul de paciente cu rezistență scăzută la stres obțin scoruri care indică prezența a mai multor tipuri de accentuări - 5 din 10. Pacientele cu cancer mamar din acest grup se deosebesc prin accentuări ușoare: dispoziție ridicată, fire veselă, teama de a nu proceda greșit și dificultatea de a lua decizia, au dispoziție schimbătoare; deseori atestându-se asociația anxietății cu

veselia. Aceste trăsături ar putea indica prezența unui conflict interior. Deci, pacientele cu cancer mamar sunt înclinate spre o dispoziție ridicată, sunt destul de rigide, greu acceptă schimbarea, manifestă stare variabilă, sunt destul de conștiente, pot avea dispoziție bună pe fon de anxietate.

Mecanismele de coping in activitatea procesului rehabilitarii bolnavelor cu cancer mamar

Copingul reprezintă o strategie multidimensională de control, fiind mai mult decat o simplă reacție la stres, având ca finalitate schimbarea, fie a situației, fie a aprecierii subiective. Din perspectiva teoriei cognitive, stresul este considerat ca un proces dinamic, mediatizat de două procese: evaluarea cognitivă a evenimentului (controlabilitatea) și strategiile de coping (de control efectiv), acestea fiind in interacțiune, iar factorii personalității și cei situaționali influențează răspunsul de coping. Studiile referitoare la procesele de coping au adus o schimbare fundamentală în modul în care concepem stresul, de la descrierea reacțiilor la stres, la descrierea și cercetarea modalităților prin care individul controlează factorii și situația stresantă. În orice program de management al stresului oncologic, prima etapă se referă la clarificarea diferitelor tipuri de reacții care pot apărea în urma unor evenimente și la stabilirea gradului de pericolozitate pe care il au acestea, astfel încât pacientele in cazul nostru să fie

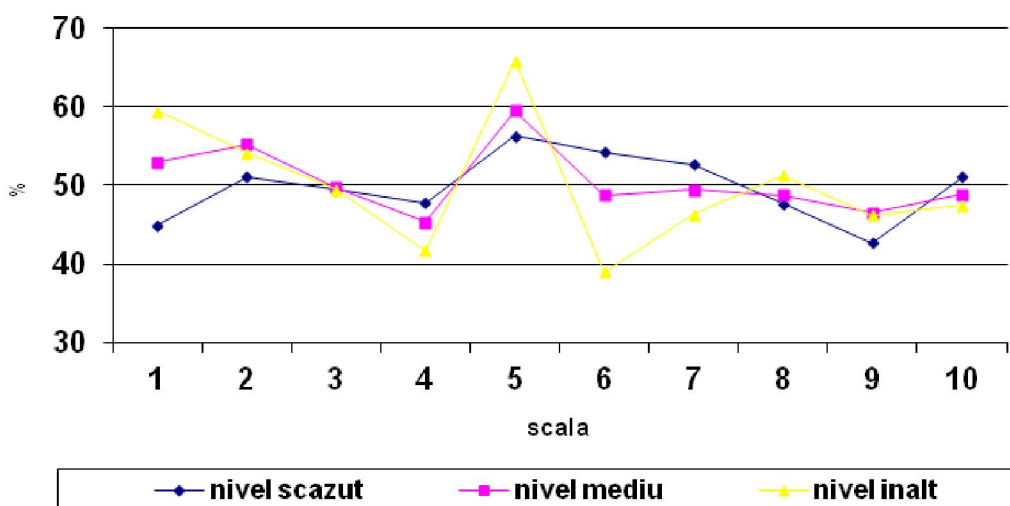


Fig. 15. Accentuările de caracter la bolnavele cu cancer mamar cu diferit nivel al rezistenței la stres (%)

capabile să recunoască la ele înșiși sau la alții aceste simptome. A doua etapă a unui program de management al stresului vizează identificarea și evaluarea variabilelor interne sau externe, care pot duce la amplificarea sau reducerea stresului. Cea mai importantă etapă într-un program de management al stresului vizează intervenția asupra problemelor constatate în scopul diminuării sau eliminării acestora.

Plecând de la aceste diferite posibilități de a face față evenimentelor stresante se evidențiază două funcții ale strategiilor de tip coping în procesul reabilitării bolnavelor cu cancer mamar: influența asupra stării emoționale și controlul asupra situației, asupra problemei care generează starea de stres. **Metodologia** pentru inventarierea diferitelor strategii se bazează pe identificarea modalităților de reacție în diferite situații stresante, având la bază marea variabilitate inter- și intraindividuală, precum și utilizarea analizei factoriale pe un număr suficient de bolnave. În scopul evaluării strategiilor în funcție de cele două dimensiuni principale amintite au fost construite diferite scări-chestionare. Dintre cele mai utilizate se pot cita cea a lui Lazarus și Folkman - "The Ways of Coping Check-List" cu 67 itemi repartizați în 8 subscări: primele două vizează strategiile centrate pe probleme, iar celelalte șase, pe cele centrate pe starea emoțională :

- ◆ rezolvarea problemei - căutarea de informații ("am stabilit un plan de acțiune pe care l-am urmat ulterior");
- ◆ spirit combativ sau acceptarea stării de boală;
- ◆ îndepărtarea sau minimalizarea amenințării;
- ◆ reevaluarea pozitivă;
- ◆ autoacuzare;
- ◆ fuga de evitare.

Cercetările au evidențiat următoarele grupuri tipologice la bolnavele cu cancer mamar în procesul reabilitării integrale - hipertimie (15,34%), hiperseverenta (11,78%), histonic (10,41%), anxietate (8,77%), depresie (5,21%), iar 48,49% nu au manifestat accentuări evidente a personalității.

Majoritatea bolnavelor cu cancer mamar din grupa clinică III prezintă un nivel înalt (44,93%) și mediu (29,31%) de rezistență la stresul oncologic. Totuși 23% au manifestat rezistență scăzută în condițiile traumei psihice și posttraumatice continue în procesul reabilitării integrale.

Managementul de diminuare a stresului psihoemoțional la bolnavele cu cancer mamar în procesul de reabilitare integrală trebuie să includă la etapa de diagnostic, tratament complex, combinat, de reabilitare medico-psiho-socială până la integrarea completă în societate.

Bibliografie:

1. Allen A., Bloom S.L. Group and family treatment of post-traumatic stress disorder The Psychiatric Clinics of North America Ed. D.A. Tomb. 1994.-V. 8.-p. 425-438.
2. Alter C.L., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg B., Harris H., Meyers A., et al. Identification of PTSD in cancer survivors Psychosomatics. 1996. -J7.-P.137-143
3. Beckman J., Blichert-Toft M., Johansen L. Psychological effects of mastectomy Dan. Med. Bull. 1983.
4. Breslau E.S., Curbow B.A., Zabora J.R., Britzenhofzoc K. Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer John Hopkins Scholl of Medicine Oncology Center, Baltimore, 2001.
5. Burgess C Morris T., Pettingale K.W. Psychological response to cancer diagnosis II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis) //J. Psychosom. Res. 1988. 32. 3. p. 263-272.
6. Chen C.C, David A.S., Nunnerley H., Michell M., Dawson J.L., Berry H., Dobbs J., Fahy T. Adverse life events and breast cancer: case-control study 5M/1995; 311:1527-1530.
7. Friedman L.C., Baer P.E., Lewy A. et al. Predictors of psychosocial adjustment to breast cancer. Journal of Psychosocial Oncology, 6, 75-94. 160
8. Green B.L., Rowland J.H., Krupnick J.L., Epstein S.A., Stockton P., Stem N.M., et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer Psychosomatics. 1998. 9(2). P. 102-103.
9. Jacobsen P.B., Widows M.R., Hann D.M., Andrykowski M.A., Kronish L.E., Fields K.K. Posttraumatic Stress Disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer Psychosomatic Medicine. 1998.-60.-P.366-371.
10. Petticrew M, Fraser J, Regan MF. Adverse life events and breast cancer: a meta-analysis. Br J Health Psychol. 1999; 4:1-17.
11. Pettingale K.W., Watson M., Greer S. The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. Journal of Psychosocial Oncology, 2, 1984, 34,21-31.
12. Royak-Schaler R. Psychological processes in breast cancer. A review of selected research//Psychosoc. Oncol.-1991.-9. 4 p 71-89/
13. Stolbach L.L., Brandt U.C., Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer Stress and breast cancer, Chichester etc. 1 9 8 8 p 3-24.
14. Stoll B.A. Emotional factors and survival in breast cancer Contracept. et. sein: from med continue seno 1.5 ip.
15. Ababii I., Ghidirim Gh., Ciocanu M. Politica Națională de Sănătate. In: Buletinul Academiei de științe a Moldovei, Științe Medicale. Chișinău, 2006, nr. 2, p. 7 -17.
16. Amir M., Kaplan Z., Neuman L., Sharabani R., Shani N., Buskila D. Posttraumatic stress disorder, Băban A. Rolul mediatorilor psihologici în evaluarea și adaptarea la stres. Cluj-Napoca: Polirom, 1997. 146 p.
17. Băban A. Stres și personalitate. Cluj-Napoca: Dacia, 1998. 124 p.
18. Bucun N., Mereuță I., Rotaru Gh. Particularități de personalitate a judecătorilor în condițiile stresului profesional permanent. In: Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială, Chișinău, 2009, nr. 4 (17), p. 1 – 9.
19. Ețco C. și al. Psihologie generală. Chișinău: CEP Medicina, 2007, 379 p.
20. Tintuc D., Bucun N., Miron L. Aspecte psihologice ale familiei contemporane. In: Materialele Conferinței științifice dedicate aniversării a 125 ani de la întemeierea Spitalului Municipal Bălți, 1997, p.128-130.

21. Vasilescu A. și al. De la concept la terapie în bolile psihosomatice. București : Trei, 2008, 136 p.
22. Алиев Д.А., Джафаров Р.Д. Медико-социальная реабилитация больных раком молочной железы. Баку, 1991, 101 с. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкобольных. СПб., 1983.
23. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., 1999. 149
24. Гене Г.П., Коробкова Л.И., Вельшер Л.З., Тарабрина Н.М. Взаимосвязь посттравматического нарушения у стрессового раком расстройства молочной и психоиммунных Психология: 150 больных железы
25. Герасименко В.И., Артюшенко Ю.В. (ред.). Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина, 1988. 270 с. 27. ч Герасименко В.И., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных Вопросы онкологии, том XXVIII, 5, 1982. с. 48-52.
26. Гнездилов А.В. (ред.) Психогенные реакции у онкологических больных (методические рекомендации). Л ЛНИПНИ им. Бехтерева, 1983. 33 с.
27. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе.-СПб.: АОЗТ «Клинт», 1995. 131с. 30.
28. Залитис Я.П. Психотерапия и медицинская психология в онкологии. Сб. научн. тр. «Современные формы методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы». Л.: Изд-во Института им. В.М. Бехтерева, 1985, с. 66.
29. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: Дисс... канд. психол. наук. М., 1998.
30. Квасенко А.В., Зубарев О.Г. Психология больного. Л., Медицина, 1980.-133 с. 41.
31. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса М. Наука, 1.
32. Колосов А.Е., Шиповников Н.Б. Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». Киров, 1994.
33. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы): Автореф. канд. дисс. М., 1984. 26 с. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М.: Наука, 1987. 278 с.
34. Мищук Ю.Е., Ширяев О.Ю, Особенности психологического состояния больных раком молочной железы Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты 47. Молодецких В.А., Папырин В.Д., Тхостов А.Ш. Личностные реакции мужчин и женщин на онкологическое заболевание Журнал невропатологии и психиатрии им. С. Корсакова, 1981, 12. с. 1828-1832.
35. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине Под общ. ред. акад. РАЕН Т.З. Биктимирова, акад. РАЕН, проф. О.П. Модникова. Ульяновск: Изд-во СВНЦ, 1998. 256 с. 64.
36. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. М., 1961.387 с. Рубинштейн Л. Бытие и сознание- О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира. М., Изд. АН СССР 1
37. Русина Н.А. Психологическая диагностика и психотерапевтическая коррекция онкологических больных с калечащими операциями Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. Отв. ред. 69. А.Л.Журавлев, Н.В. Тарабрина. М.; Изд-во «ИЕЮтитут психологии РАН», 2003, с. 236-
38. Саймонтон К, Психотерапия рака: краткое руководство К.Саймонтон, Саймонтон; [Пер. с англ. М.В. Бадхен]. СПб: Питер, 2001. 285 с. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 124 с. 154
39. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002.
40. Соколова О.А. Проблемы психологической реабилитации онкобольных. Хабаровск, 1999.

Chiaburu Simona, d.i.m., postdoctorand IMSP IO

MORBIDITATEA SOMATICĂ A BOLNAVELOR CU CANCER MAMAR ÎN PROCESUL REABILITĂRII INTEGRALE

The article highlights problem of breast cancer, of integrated rehabilitation. It's agreed that the results of integrated rehabilitation depends on many factors, including, somato-functional background of patient, TNM index, stage and somatic diseases, complications of radical surgical treatment , of radio and chemotherapy. Authors highlight that somatic morbidity of patients with breast cancer is determined of cardiovascular diseases in 53,15%, digestive diseases in 25,21%, lung diseases 17%, genito-urinary tract diseases, skindiseases 8%, diabetes 5,75%. It's argued the implementation of management of integrated rehabilitation.

Key words: patients with breast cancer, somatic diseases, integrated rehabilitation.

Pentru determinarea morbidității somatice a bolnavelor cu cancer mamar am folosit următoarele metode: chestionarea, dialogul, examinarea clinică, analiza documentației medicale, teste clinice și funcționale. Aprecierea

nivelului morbidității somatice s-a efectuat cu anumite dificultăți subiective și obiective. Studiul a cuprins bolnavele, care locuiesc în diferite raioane ale Republicii Moldova și evidența medicală a lor s-a înregistrat în Cancerul Registrul

Național. Accesul la documentația medicală de la locul de dispensarizare a fost dificil de realizat, dar din Cancer Registru Național a fost accesibil. E de menționat faptul lipsei sistemului informațional integrat de asistență medicală a bolnavelor cu cancer mamar. Pe baza documentației medicale s-a reușit confirmarea diagnozei somatice la 148 persoane. În timpul cercetării nu s-a pus scopul depistării primare a maladiilor somatice, dar acumularea detaliată a informației din documentația medicală existentă. În afară de chestionare și analiza informației din

documentația medicală, o parte din bolnave au fost examinate clinic în condiții de ambulator. La necesitate suplimentar s-a apreciat nivelul glicemiei, s-a efectuat ECG, și alte investigații funcționale și de laborator.

Principala problemă a fost de caracter subiectiv – motivarea joasă a bolnavelor cu cancer mamar către cercetare. Chiar și după lămurirea scopului și sarcinilor acestui studiu, bolnavele au manifestat o atitudine rezervată.

Cunoașterea morbidității bolnavelor cu cancer mamar are o importanță deosebită în condițiile în

Tabelul 1.

Morbiditatea bolnavelor cu cancer

NOZOLOGIILE	Total		GS		GC	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
Maladiile aparatului circulator	196	53,26±2,6	64	50,78±3,7	132	54,3±3,2**
Maladiile aparatului digestiv	95	25,81±2,3	35	27,66±3,4	60	23,87±2,7**
Maladiile aparatului respirator	64	17,39±1,9	24	18,01±2,3	42	16,24±1,4**
Maladiile aparatului geni-to-urinar	35	9,51±1,5	12	9,01±1,23	23	9,025±2,6**
Patologii ale pielii	28	7,60±1,2	7	6,43±2,02	21	9,03±1,3**
Patologii endocrine	23	6,25±1,8	14	10,57±3,6	9	3,21±1,1*

* - p<0,05, ** - p>0,05

Tabelul 2.

Morbiditatea bolnavelor cu cancer mamar în dependență de vârstă și forme nozologice

	Total		30-39 ani		40-49 Ani		50-59 ani		60-69 ani	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
Bolile aparatului circulator	196	52,84 ±1,8	5	13,50 ±5,8	55	34,33 ±2,85	91	77,62 ±2,8***	45	82,40 ±4,7
Bolile aparatului digestiv	95	25,51 ±1,9	8	22,85 ±5,7**	36	22,64 ±2,2	33	28,35 ±3,1	18	33,34 ±5,4
Bolile aparatului respirator	64	16,8 ±2,6	3	6,25 ±3,3	18	11,12 ±2,6	28	24,03 ±3,5	16	26,25 ±5,6*
Bolile aparatului urinar	35	9,01 ±1,2	2	6,24 ±4,2	12	6,75 ±2,4	15	12,97 ±3,2	6	11,12 ±4,2*
Bolile pielii	28	8,14 ±1,02	3	11,5 ±5,2	10	6,15 ±1,4	11	10,11 ±1,8	4	7,21 ±1,6
Boli endocrine	23	5,61 ±1,01	2	3,15 ±2,1	5	3,11 ±2,4	10	7,89 ±2,5	6	11,12 ±3,7*

* - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001

care aceasta reprezintă efectul expunerii la factorii stresului oncologic. S-a pornit de la premiza, că expunerea la numeroși factori de risc în procesul tratamentului și reabilitării bolnavelor cu cancer mamar, influențează negativ asupra stării de sănătate a lor prin creșterea morbidității psihosomatice. Morbiditya prin afecțiunile menționate este subevaluată, neexistând în prezent o echipă interdisciplinară de specialiști, care să permită recunoașterea, semnalizarea și declararea bolilor, inclusiv cercetarea și evidența bolilor legate de stresul, procesul reabilitării bolnavelor cu cancer mamar.

În procesul prelucrării datelor obținute în timpul cercetării am analizat morbiditatea bolnavelor cu cancer mamar în dependență de vârstă și grup de examinare – grupul control (GC) și grupul de studiu (GS). Astfel, maladiile sistemului circulator au fost prezente la 132 (54,2±2,8%) GC și 64 (50,78±3,7%) GS; bolile sistemului digestiv au fost diagnosticate la 60 (23,49±1,8%) GC și 35 (27,66±3,4%) GS, $p > 0,05$; fiind urmate de maladiile sistemului respirator (nu au fost incluse infecțiile respiratorii acute) – 42 (16,24±1,4%) GC și 24 (18,01±2,3%) GS; bolile aparatului genito-urinar – 23 GC (9,02±2,6%) și 12 GS (9,01±1,23%); afecțiunile pielii sunt prezente la 21 GC (9,03±1,3%) și 7 GS (6,43±2,02%); bolile endocrine – la 9 GC (3,21±1,1%) și 14 GS (10,52±3,61%), $p < 0,05$.

Particularitățile de vârstă a morbidității bolnavelor cu cancer mamar au fost prelucrate și analizate după 4 categorii. Astfel, în dependență de vârstă au fost obținute următoarele rezultate : la bolnavele cu cancer mamar cu vîrsta (30-39

ani) predomină afecțiunile gastro-intestinale – 22,85±3,7%, $p < 0,01$; în celelalte categorii de vârstă predomină bolile aparatului circulator, cu creșterea progresivă a frecvenței odată cu vîrsta – de la 33,34±2,85%, în perioada 40-49 ani până la 77,62±2,8%, în perioada 50-59 ani ($p < 0,001$) și 82,40±4,7%, la 60-69 ani ($p > 0,05$).

Analizând datele din tabelul de mai sus, observăm dependența maladiilor endocrine de vârsta pacientelor din lotul de studiu, care au înregistrat nivelul maxim de îmbolnăvire după 60 ani – 11,12±3,7%, $p < 0,05$; de asemenea, s-a atestat creșterea morbidității nefrouinare la bolnavele cu cancer mamar după vîrsta de 50 de ani (12,97±3,2% față de 6,75±2,4% la 40-49 ani, $p < 0,05$); respectiv afecțiunile bronhopulmonare cronice au fost înregistrate cu creștere lentă a morbidității la fiecare următoare categorie de vîrstă – de la 6,25±3,3% în perioada 30-39 ani până la 26,25±5,6% în perioada 60-69 ani, $p < 0,05$.

În grupurile de cercetare în dependență de predominarea fișelor examinate nu au fost determinate diferențe semnificative statistice în nivelul morbidității somatice, ceea ce poate fi lămurit prin faptul, că aspectele activității profesionale cu efect negativ asupra stării de sănătate somatică și psihică pentru bolnavelor din ambele grupuri au influență similară. Pentru bolnavele din I grup, cu predominarea profesiilor intelectuale în activitatea profesională, iar pentru bolnavele din al II-ea grup, cu predominarea indeletnicirilor fizice, este caracteristic servicii specifice profesionale mai mare de dosare, limitarea timpului pentru examinarea lor, intensitatea lucrarilor, efortul fizic, etc.

Tabelul 3.

Morbiditya bolnavelor cu cancer mamar după forme nozologice

	Total		I gr.(intelectuali)		II gr.(fizic)		p
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	
Bolile aparatului circulator	196	52,84 ±1,8	70	52,82±1,6	126	53,82±2,3	$p > 0,05$
Bolile aparatului digestiv	95	25,51±1,09	31	23,37±2,6	65	28,35±2,7	$p > 0,05$
Bolile aparatului respirator	64	16,99±2,8	24	18,75±2,5	40	17,15±2,5	$p > 0,05$
Bolile aparatului genito-urinar	35	9,01±1,5	12	9,23±1,4	23	11,32±2,9	$p > 0,05$
Bolile pielii	28	8,14±1,02	10	7,25±3,5	18	7,75±1,5	$p > 0,05$
Boli endocrine	23	5,61±1,01	10	7,87±2,2	14	7,12±1,5	$p > 0,05$

Femeile din lotul martor au fost examinate prin aceleași metode ca bolnavele din lotul II și la prelucrarea datelor obținute în timpul cercetării am analizat morbiditatea lor în dependență de vârstă. Astfel, bolile sistemului circulator au fost prezente la 70 (52,82±1,6%) I gr. și 126 (53,82±2,3%) II gr.; bolile sistemului digestiv au fost diagnosticate la 31 (21,37±2,6%) I gr. și 65 (27,35±2,1%) II gr.; fiind urmate de bolile bronhopulmonare cronice – 24 (18,75±2,5%) I gr. și 40 (17,15±2,5%) II gr.; bolile aparatului genitourinar – 12 I gr. (9,23±1,4%) și 23 II gr. (11,32±2,9%); afecțiunile pielii sunt prezente la 10 I gr. (7,25±3,5%) și 18 II gr. (7,75±1,5%); bolile endocrine – la 10 I gr. (7,87±3,2%) și 14 II gr. (7,12±1,5%), p>0,05.

În dependență de vârstă au fost obținute rezultate asemănătoare cu cele din lotul de studiu de bază – predominarea afecțiunilor aparatului digestiv la femeile tinere (30-39 ani) – 22,42±1,8%

față de 11,35±2,2%, p<0,05 pentru bolile sistemului circulator ; 9,82±1,8%, p<0,05 din femeile în vârstă de 30-39 ani fiind diagnosticați cu maladii bronhopulmonare și nefrouinare, iar 6,88±1,2%, p<0,05 – cu diabet zaharat și psoriazis. În celelalte categorii de vârstă predomină bolile aparatului circulator, cu creșterea progresivă a frecvenței odată cu vârsta – de la 35,75±2,2% în perioada 40-49 ani până la 63,12±2,8% în perioada 50-59 ani (p<0,05) și 76,19±6,2% la 60-69 ani (p<0,05). De asemenea, am determinat dependența de vârstă a bronhopneumopatiilor cronice obstructive (de la 9,82±1,8% în perioada 30-39 ani până la 21,47±4,2% în perioada 60-69 ani, p<0,05).

În urma analizei tuturor datelor am obținut următoarele rezultate - 2/3 (66,3±3,0%) din pacientele lotului de studiu (243/368) au indicat prezența unei sau mai multor afecțiuni cronice, predominând bolile sistemului cardiovascular (195/

Tabelul 4.

Morbiditatea femeilor (gr I și II) în dependență de vârstă și forme nozologice

	Total		30-39 Ani		40-49 ani		50-59 ani		60-69 ani	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
Bolile aparatului circulator	187	49,54 ±3,4	4	11,35 ±2,2	53	35,75 ±2,2	82	63,13 ±2,8**	48	75,17 ±3,2*
Bolile aparatului digestiv	95	23,45 ±2,8	7	22,42 ±1,8	37	24,35 ±2,8	32	25,56 ±3,8	18	27,57 ±4,4
Bolile aparatului respirator	53	14,95 ±2,6	4	9,82 ±1,8	14	9,54 ±2,2	21	17,01 ±2,8	14	21,47 ±3,7*
Bolile aparatului urinar	45	11,37 ±1,4	3	8,75 ±2,3	17	11,33 ±2,4	15	11,5 ±2,2	10	15,15 ±1,4
Bolile pielii	15	4,26 ±2,4	3	6,88 ±1,2	4	2,75 ±1,3	4	3,14 ±1,5	4	6,15 ±2,75
Boli endocrine	17	3,84 ±2,8	2	5,87 ±1,2	5	3,35 ±2,4	6	4,65 ±2,6	4	6,94 ±1,4

* - p<0,05, ** - p<0,01

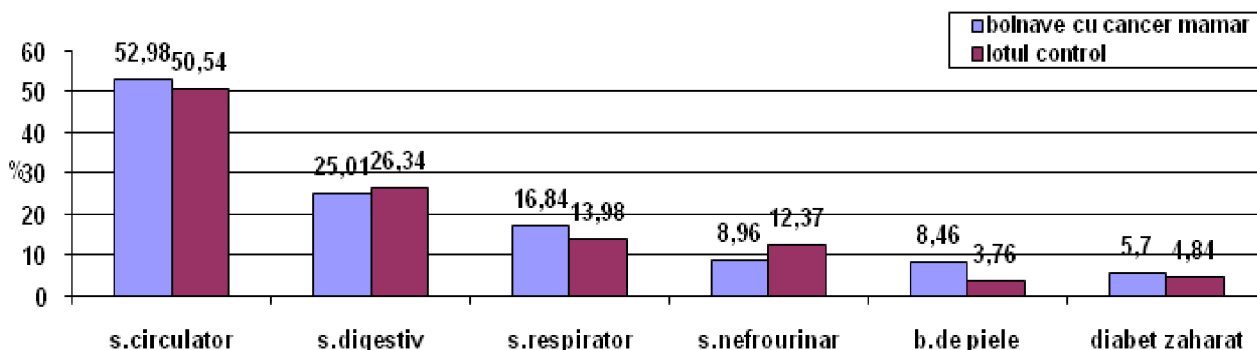


Fig. 1. Nivelul morbidității în loturile de studiu în funcție de forme nozologice

368; 52,98±2,6%) – hipertensiunea arterială și cardiopatia ischemică, cu risc înalt de complicații majore. HTA ocupă primul loc în clasificarea bolilor legate de profesie. În ordinea descreșterii frecvenței urmează afecțiunile sistemului digestiv (92/368; 25,01±2,5%), bolile bronhopulmonare (62/368; 16,84±2,3%), afecțiunile nefrouinare (33/368; 8,96±1,5%), bolile de piele (31/368; 8,46±1,5%), diabetul zaharat (21/368; 5,7±2,2%).

La pacientele cu cancer mamar la fel ca și în restul populației, predomină afecțiunile sistemului cardiovascular. Comparativ cu populația adultă din Republica Moldova se observă un nivel mai ridicat a maladiilor la care unul din factorii favorizanți este suprasolicitarea neuropsihică permanentă, fenomen caracteristic sindromului stresului oncologic. În continuare vom face o analiză comparativă a morbidității bolnavelor cu cancer mamar și a femeilor din lotul martor.

Analizând datele obținute, am constatat următoarele – 63,42±1,7% din pacientele lotului martor au indicat prezența unei sau mai multor afecțiuni cronice, predominând bolile sistemului cardiovascular (178/373; 47,72±2,8%) – HTA, CI, boala varicoasă etc, urmează afecțiunile sistemului digestiv (95/373; 25,46±1,7%) – maladiile gastroduodenale, pancreatitele, hepatitele și afecțiunile vezicii biliare, bolile bronhopulmonare (50/373; 13,4±2,3%), afecțiunile nefrouinare (48/373; 12,86±1,5%), diabetul zaharat (17/373; 4,55±1,5%), bolile de piele (12/373; 3,75±0,9%).

Cercetarea a abordat riscurile care țin de relațiile psihosociale. Stresul psihoemoțional oncologic a fost identificat ca unul din factorii principali în apariția HTA, CI și afecțiunilor gastrointestinale cronice, cu frecvență mai mare la lotul studiat comparativ cu lotul martor ($p < 0,05$).

Tabelul 5.

Nivelul morbidității prin boli a aparatului circulator a bolnavelor cu cancer mamar

Nosologii	Total		GS		GC	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
Hipertensiunea arterială	138	36,99±2,7	44	31,88±2,5	94	38,54±2,8
Angina pectorală	28	7,60±1,5	8	6,71±2,23	20	8,44±1,71
Maladii vasculare periferice	15	4,07±1,4	6	4,87±2,4	9	3,59±1,14
Dereglări de ritm cardiac	10	2,71±2,7	3	1,59±1,13	7	2,79±1,13
Miocardopatii	4	1,86±1,4	2	1,51±1,14	2	0,89±0,71

Tabelul 6.

Nivelul morbidității bolnavelor cu cancer mamar prin maladii a aparatului circulator în dependență de vârstă

	Total		30-39 ani		40-49 ani		50-59 ani		60-69 ani	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
HTA	138	36,89±2,7	3	9,48±3,2	38	23,12±3,8	67	55,07±1,8**	30	58,13±4,7
Angina Pectorală	28	7,60±1,5	1	3,5±3,3	7	4,33±1,1	13	11,13±2,9*	7	12,89±2,6
B.vasc. periferice	15	4,07±1,4	-	-	5	3,15±1,4	6	5,23±2,2	4	7,27±1,6
Deregl. de ritm	10	2,71±2,7	-	-	3	1,85±1,1	4	3,42±1,7	5	7,34±1,4*
Valvulopatii	4	1,86±1,4	-	-	1	0,52±0,8	2	1,73±1,2	1	1,98±1,7

 * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

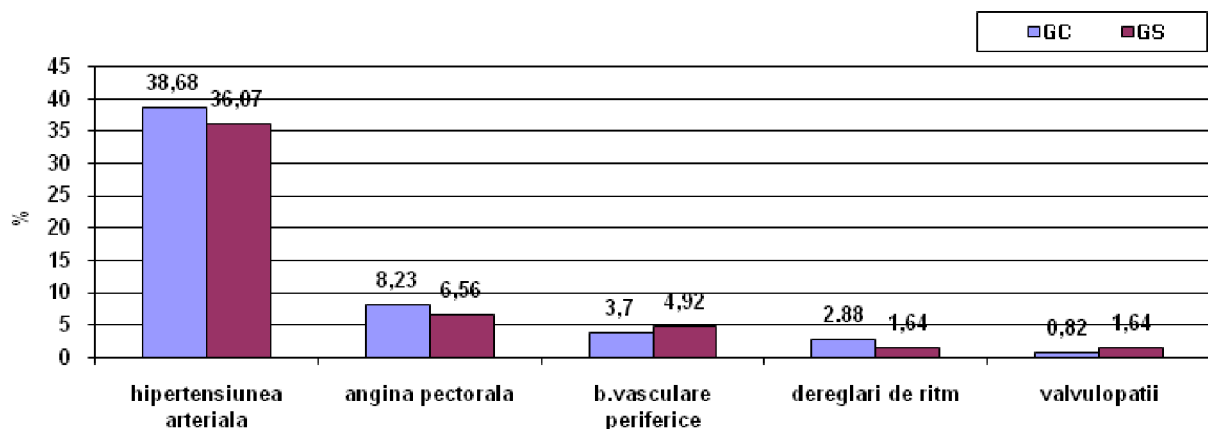


Fig. 2. Frecvența afecțiunilor sistemului circulator la bolnavele cu cancer mamar (%)

Patologia cardiovasculară constituie o problemă majoră de sănătate publică în majoritatea țărilor lumii, fiind una din cauzele principale de invaliditate, morbiditate și mortalitate. Din tabelul următor, în care este redată morbiditatea prin maladiile sistemului circulator a a bolnavelor cu cancer mamar ce denota un nivel mai mare a acestor boli la GC, fiind în total $54,32 \pm 3,2\%$ față de $50,82 \pm 4,5\%$ pentru GS.

Nivelul morbidității cardiovasculare la bolnave cu cancer mamar este influențată de vârstă, de nivelul rezistenței pacientei la stresul oncologic, de predispunere ereditară. Referitor la categoriile de vârstă, se atestă o creștere semnificativă a nivelului morbidității cardiovasculare la bolnavele cu cancer mamar în dependență de vârstă, de perioada de tratament antitumoral. Astfel, pentru HTA am determinat mărirea progresivă a morbidității de la $9,48 \pm 3,2\%$ în perioada 30-39 ani până la $58,13 \pm 4,7\%$, $p < 0,05$ în perioada 60-69 ani; pentru angina pectorală – de la $3,5 \pm 3,2\%$ în perioada 30-39 ani până la $12,89 \pm 2,6\%$, $p < 0,05$ în perioada 60-69 ani; pentru bolile vasculare periferice – de la $3,15 \pm 1,4\%$ în perioada 40-49 ani până la $7,26 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$ în perioada 60-69 ani.

Prevalența HTA la persoanele de vârstă 30-39 ani a fost $9,48\%$, la persoanele de vârsta 40-49 ani – $23,12\%$, la persoanele de vârsta 50-59 ani – $55,07\%$, la persoanele de vârsta 60-69 ani – $58,13\%$.

Analiza statistică realizată comparativ la lotul de studiu și lotul control pentru hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică a luat în calcul stresul oncologic în procesul diagnosticului reabilitării bolnavelor cu cancer mamar. Analiza

riscului de îmbolnăvire prin hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică cronică, arată un risc relativ cu valori mari - pentru HTA, CI depășește 60% indicând, că sunt indiscutabil legate de profesie. Printre maladiile sistemului cardiovascular la bolnave se evidențiază, la fel ca în restul populației, boala hipertonică ($138/368$; $36,99 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$), fiind urmată de cardiopatia ischemică ($28/368$; $7,60 \pm 1,5\%$, $p < 0,001$), afecțiunile vasculare periferice ($15/368$; $4,07 \pm 1,4\%$), dereglările de ritm ($10/368$; $2,71 \pm 2,7\%$) și valvulopatii ($4/368$; $1,86 \pm 1,4\%$), $p < 0,05$.

Este dovedit faptul acutizării bolilor cronice și inducerea unor afecțiuni somatice primare sub influența stresului cronic, ceea ce au accentuat circa $2/3$ din paciente ($240/368$; $65,8 \pm 3,1\%$). Sunt evidențiate multiple mecanisme de interferență a stării afective a pacientului cu sănătatea lui fizică. Interacțiunea funcțiilor psihice cu manifestările somatice se realizează prin mecanisme psihologice, având și substrat biologic. În această multitudine de mecanisme inevitabil intervine și factorul psihologic prin diminuarea funcției barierei de adaptare psihică. În rezultat, se declanșează o cascadă de modificări fiziologice, biochimice, imunologice, capabile de a interveni în verigile patogenetice ale maladiei. În acest mod, se întreține procesul patologic, formându-se un mod patologic de autoreglare. În rezultat, stresul psihic cronic, implicand o multitudine de mecanisme fiziologice, cu participarea catecolaminelor, glucocorticoizilor, hormonilor hipofizari, a sistemului nervos vegetativ, a mediatorilor neurotransmiteri, a neuropeptidelor, inevitabil se implică în patogeniza complicată, astfel formându-se un cerc vicios de interacțiuni psiho-

somatice și somato-psihoice. Dereglările psihoice pe de o parte – însoțesc maladiile somatice, iar pe de alta – condiționează apariția tulburărilor psihosomatice. Cercetarea a abordat riscul oncologic, care țin de relațiile psihosociale. Stresul psihoemoțional a fost identificat ca unul din factorii principali în apariția HTA, CI, DZ, dermatozelor cronice și afecțiunilor gastrointestinale cronice ($p < 0,05$). Efectele negative ale hipertensiunii arteriale sunt agravate de prezența simultană cu ea a următorilor factori de risc suplimentari la aceeași persoană:

□ vârsta: la peste 45 de ani (pentru bolnavele cu cancer mamar din lotul de studiu – vârsta medie este $46,3 \pm 1,4$ ani), riscul de deces prin accident cerebral sau infarct miocardic crește cu 300-400% la fiecare 10 ani;

□ diabetul: riscul de deces prin afecțiuni cardiovasculare crește cu 300% la bolnavele de

diabet (pentru bolnave - prevalența de 2 ori mai mare) față de cei care nu au diabet.

Afecțiunile sistemului digestiv ocupă locul II în structura morbidității la bolnavele cu cancer mamar din grupul de studiu. Din tabelul de mai sus, în care este redată morbiditatea prin maladiile sistemului digestiv a bolnavelor cu cancer mamar în dependență de vârstă și grupul de examinare se vede un nivel mai mare a acestor boli la GS, fiind în total $26,89 \pm 3,7\%$ față de $25,85 \pm 2,9\%$ pentru GC ($p > 0,05$). Referitor la categoriile de vârstă, se atestă o creștere a nivelului morbidității gastrointestinale la bolnave cu cancer mamar în dependență de vârstă, de marimea stagiului de muncă. Astfel, pentru GC am determinat creșterea morbidității de la $24,18 \pm 2,2\%$ în perioada 30-39 ani până la $36,62 \pm 3,8\%$, în perioada 40-49 ani ($p < 0,05$); pentru GS – de la $21,5 \pm 2,6\%$ în perioada 30-39 ani până

Tabelul 7.

Nivelul morbidității bolnavelor cu cancer mamar prin boli a aparatului digestiv în dependență de vârstă în raport cu grupul de examinare

	GC		GS		I gr.(intelectuali)		II gr.(fizica)	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
30-39 ani	15	24,18 ±2,2	5	21,5 ±2,6	5	25,0 ±3,1	5	20,78 ±1,3
40-49 ani	32	36,62 ±3,8	10	28,2 ±1,6	7	19,76 ±2,2	25	22,82 ±2,6?
50-59 ani	28	31,07 ±2,4	9	32,51 ±2,76	4	22,98 ±1,4	25	37,55 ±3,1?
60-69 ani	20	28,43 ±3,2	7	28,32 ±4,3	3	20,7 ±2,6	10	39,40 ±3,8?
Total	95	25,85 ±2,9	31	26,89 ±3,7	19	24,37 ±2,1	65	28,39 ±4,9

* - $p < 0,05$

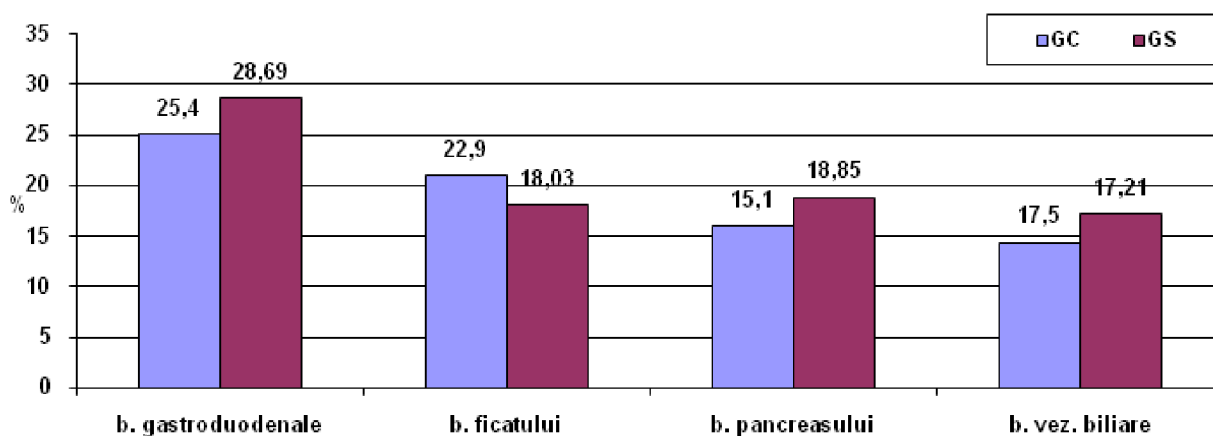


Fig. 3. Frecvența afecțiunilor sistemului digestiv la bolnavele cu cancer mamar (%)

la 32,51±2,76%, în perioada 50-59 ani ($p<0,05$). De asemenea, am obținut o diferență semnificativă a morbidității digestive în grupurile de examinare, cu un nivel mai mare la bolnavele cu cancer mamar din al II-ea grup, în care au fost incluse bolnavele cu predominarea lucrului fizic în activitatea profesională – 28,39±4,9% față de 24,37±2,1%, $p<0,05$ pentru bolnavele din I-ul grup de cercetare, cu predominarea activității intelectuale.

Analizând morbiditatea bolnavelor cu cancer mamar prin maladii ale sistemului digestiv, observăm predominarea afecțiunilor stomacului și duodenului (gastrita, duodenita, boala ulceroasă), urmând afecțiunile ficatului (hepatita, steatoza), pancreasului și vezicii biliare (colecistita, colangita, dischinezia, litiiza):

- gastroduodenite, ulcere – 25,4±3,1%;
- hepatite cronice și ciroze – 22,9±2,6%;
- afecțiunile pancreasului – 15,1±2,7%;
- colelitiiza, colecistita, colangita – 17,5±2,3%;
- alte (esofagite, colite, etc) – 21,3±3,9%.

Specificul activității profesionale a bolnavelor cu cancer mamar determină predominarea ulcerului duodenal și gastroduodenitei cronice în structura morbidității sistemului digestiv la acest contingent, ținând cont de suprasolicitările psihoemoționale permanente, deficiențele regimului alimentar, tabagismul ($p<0,05$).

Cei mai importanți factori de risc în apariția și dezvoltarea afecțiunilor gastrointestinale sunt stresul oncologic, regimul alimentar nerațional,

tabagismul ($p<0,05$). Toți acești factori au fost menționați de către bolnave cu cancer mamar în calitate de deprinderi dăunătoare căpătate în timpul tratamentului de reabilitare integrată. Frecvența mai mare a afecțiunilor gastroduodenale poate fi lămurită prin importanța factorului psihoneurologic în apariția și dezvoltarea acestor dereglări.

În tabelul de mai jos este redată morbiditatea prin maladiile sistemului respirator a bolnavelor cu cancer mamar în dependență de vârstă și grupul de cercetare, atestându-se un nivel mai mare a acestor boli la GS – 18,03±3,5% față de 16,46±2,4% pentru GC ($p>0,05$). Referitor la categoriile de vârstă, se atestă o creștere a nivelului morbidității bronhopulmonare la bolnavele de cancer mamar în dependență de vârstă, de marimea stagiului de muncă. Astfel, pentru GC am determinat creșterea morbidității de la 4,55±1,3% în perioada 30-39 ani până la 29,41±2,9%, în perioada 60-69 ani ($p<0,001$); pentru GS – de la 10,0±2,7% în perioada 30-39 ani până la 26,19±3,9%, în perioada 50-59 ani ($p<0,001$).

Analizând nivelul morbidității aparatului respirator în grupurile de examinare, nu am obținut o diferență semnificativă – 16,72±3,1% la bolnavele cu cancer mamar din al II-ea grup, în care au fost incluși bolnavele cu cancer mamar cu predominarea activității fizice, față de 15,7±2,8% pentru bolnavele cu cancer mamar din I-ul grup de cercetare, cu predominarea activității intelectuale ($p>0,05$).

Tabelul 8.

Nivelul morbidității bolnavelor cu cancer mamar prin boli a aparatului respirator în dependență de vârstă în raport cu grupul de examinare

	GC		GS		I gr.(intel)		II gr.(fizice)	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
30-39 ani	2	3,22 ±1,3	1	11,2 ±2,2*	-	-	1	8,12 ±1,5
40-49 ani	13	12,20 ±2,5	7	12,12 ±2,4	5	11,53 ±2,1	13	11,42 ±2,1
50-59 ani	16	21,31 ±2,8	12	25,13 ±3,4**	11	25,44 ±3,7	16	27,61 ±3,8
60-69 ani	11	22,43 ±2,2**	5	21,0 ±2,6*	6	24,81 ±3,2	9	27,3 ±3,4
Total	41	17,44 ±2,4	25	19,03 ±3,5	22	15,7 ±2,8	39	16,72 ±3,1

* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$

Tabelul 9.

Nivelul morbidității bolnavelor cu cancer mamar prin diabet zaharat în dependență de vârstă în raport cu grupul de examinare

	GC		GS		I gr.(intel)		II gr.(fizic)	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
30-39 ani	-	-	1	11,3 ±1,4	-	-	1	4,14 ±1,7
40-49 ani	2	1,56 ±1,2	3	7,1 ±1,2	2	3,22 ±1,5	3	2,32 ±1,5
50-59 ani	3	4,2 ±1,4	6	15,14 ±4,2	4	8,93 ±1,7	5	6,52 ±1,6
60-69 ani	3	8,79 ±2,8	3	16,27 ±3,1	3	14,45 ±2,1	3	9,21 ±1,9
Total	8	3,14 ±1,9	13	10,12 ±2,7	9	6,85 ±1,2	12	5,0 ±1,7

Dintre maladiile sistemului respirator, exceptând infecțiile respiratorii acute, nel mai des intalnite la bolnavele cu cancer mamar sunt afecțiunile bronhopulmonare cronice cu caracter obstructiv – 63 paciente (16,52±1,9%), față de 14,34±1,7% în lotul martor ($p>0,05$). În plan mondial BPOC reprezenta în 1990 a șasea cauză de deces, în prezent este a patra, iar în 2020 va deveni estimativ a treia cauză de mortalitate din lume. BPOC, fiind larg răspândită în toată lumea, inclusiv și la noi în țară, cauzând invalidizare precoce a bolnavilor și fiind frecvent cauză a deceselor, reprezintă o problemă majoră medicală și socială. Incidența majoră a morbidității BPOC, evoluția progresivă cu dezvoltarea insuficienței cardio-respiratorii, cu afectarea precoce a capacității de muncă a pacientelor tinere, modificarea statutului social și alterarea marcată a calității vieții bolnavilor explică importanța medico-socială a acestei maladii.

Tabelul 10 redă nivelul morbidității prin diabet zaharat a bolnavelor în dependență vârstă și grupul de examinare, atestându-se un nivel mai mare la GS – 10,12±2,7% față de 3,14±1,9% pentru Gc ($p<0,05$). Referitor la categoriile de vârstă, se atestă o creștere a nivelului morbidității cu DZ la pacientele cu cancer mamar în dependență de vârstă, de durata rehabilitării.

Astfel, pentru GC am determinat creșterea morbidității de la 1,56±1,2% în perioada 40-49 ani până la 8,79±1,8% în perioada 60-69 ani ($p<0,01$); pentru GS – de la 7,1±1,2% în perioada 40-49 ani până la 16,27±3,1%, $p<0,05$ în perioada 60-69 ani

($p<0,05$). Analizând nivelul morbidității în grupurile de examinare, se observă o creștere semnificativă în dependență de perioada de reabilitare la 60-69 ani, din I-ul grup de cercetare, cu predominarea dosarelor penale – 14,45±2,1% față de 9,21±1,9% pentru bolnavele cu cancer mamar din al II-ea grup, în care au fost incluși bolnavelor cu cancer mamar cu predominarea activitatea profesiilor fizice ($p<0,05$).

Diabetul zaharat este cea mai frecventă afecțiune a sistemului endocrin, fiind diagnosticată la 22 bolnave (5,89±4,2%), față de 4,13±1,4% pentru grupul de control ($p>0,05$). Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, în prezent în lume 240 mln persoane trăiesc cu diabet zaharat. Potrivit prognozelor, în următorii 20 de ani acest număr va crește până la 380 de milioane. În Republica Moldova diabetul zaharat constituie circa 50% din structura maladiilor endocrine. Actualmente la evidenta medicilor sunt cca 50.000 bolnavi cu diabet zaharat, inclusiv 395 de copii cu diabet zaharat tip 1 și 72 adolescenți cu tip 2. Din numărul total al pacienților cu diabet, 44.639 (91%) persoane sunt cu diabet tip 2. În anul 2007 au fost înregistrate 6.828 cazuri noi de diabet, dintre care 6771 adulți și 57 copii. Prevalența diabetului constituie 137,2 la 10.000 populație; la copii 20,4 la 10.000 populație. Cazuri noi de boală sunt înregistrate anual 6.828; dintre care 6771 adulți și 57 copii. Incidența diabetului este de 26,2 la 10.000 populație; la copii 3,4 la 10.000 populație. Factorii de risc pentru dezvoltarea DZ sunt

ereditatea, regimul alimentar nerațional, modul de viață. Sunt predispuși cei cu ocupații sedentare și cu solicitări nervoase exagerate, condiții specifice activității bolnavelor cu cancer mamar.

Morbiditatea somatică la bolnavele cu cancer mamar este dominată de afecțiunile sistemului cardiovascular (195/368; 52,98%), fiind urmate de afecțiunile sistemului digestiv (92/368; 25,21%), bolile bronhopulmonare (62/368; 16,84), afecțiunile nefrouinare (33/368; 8,96%), bolile de piele (31/368; 8,42%), diabetul zaharat (21/368; 5,70%). Cunoașterea stării sănătății bolnavelor cu cancer mamar a morbidității lor prin patologii anumite conduce la identificarea necesităților de servicii de sănătate la acest contingent și implicit elaborarea măsurilor profilactice și de reabilitare integrală. Rezultatele studiului propun implimentarea unor măsuri importante pentru ameliorarea sănătății la acest contingent de bolnave cu cancer mamar prin adoptarea și implimentarea managementului de reabilitare integrală.

Bibliografie:

1. Alter C.L., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg A., Harris H., Meyers A., et al. Identification of PTSD in cancer survivors Psychosomatics. 1996. -J7. -P.137-143
2. Beckman J., Blichert-Toft M., Johansen L. Psychological effects of mastectomy Dan. Med. Bull. 1983.
3. Breslau E.S., Curbow B.A., Zabora J.R., Britzenhofzoc K. Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer John Hopkins Scholl of Medicine Oncology Center, Baltimore, 2001.
4. Burgess C Morris N., Pettingale K.W. Psychological response to cancer diagnosis II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis)//J. Psychosom. Res. 1988. 32. 3. p. 263-272.
5. Chen C.C, David A.S., Nunnerley H., Michell M., Dawson J.L., Berry H., Dobbs J., Fahy T. Adverse life events and breast cancer: case-control study 5M/1995; 311:1527-1530.
6. Friedman L.C., Baer P.E., Lewy A. et al. Predictors of psychosocial adjustment to breast cancer. Journal of Psychosocial Oncology, 6, 75-94. 160
7. Green B.L., Rowland J.H., Krupnick J.L., Epstein S.A., Stockton P., Stem N.M., et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer Psychosomatics. 1998. 9(2). P. 102-103.
8. Jacobsen P.B., Widows M.R., Hann D.M., Andrykowski M.A., Kronish L.E., Fields K.K. Posttraumatic Stress Disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer Psychosomatic Medicine. 1998.-60. -P.366-371. ñ.
9. Petticrew M, Fraser J, Regan MF. Adverse life events and breast cancer: a meta-analysis. Br J Health Psychol. 1999; 4:1-17.
10. Royak-Schaler R. Psychological processes in breast cancer. A review of celected research//Psychosoc. Oncol.-1991.-9. 4 p 71-89/
11. Stolbach L.L., Brandt U.C., Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer Stress and breast cancer, Chichester etc. 1 9 8 8 p 3-24.

12. Stoll B.A. Emotional factors and survival in breast cancer Contracept. et. sein: from med continue seno 1.5 ip.
13. Băban A. Stres și personalitate. Cluj-Napoca: Dacia, 1998. 124 p.
14. Bucun N., Mereuță I., Rotaru Gh. Particularități de personalitate a judecătorilor în condițiile stresului profesional permanent. In: Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială, Chișinău, 2009, nr. 4 (17), p. 1 – 9.
15. Ețco C. și al. Psihologie generală. Chișinău: CEP Medicina, 2007, 379 p.
16. Tintuc D., Bucun N., Miron L. Aspecte psihologice ale familiei contemporane. In: Materialele Conferinței științifice dedicate aniversării a 125 ani de la întemeierea Spitalului Municipal Bălți, 1997, p.128-130.
17. Vasilescu A. și al. De la concept la terapie în bolile psihosomatice. București : Trei, 2008, 136 p.
18. Алиев Д.А., Джафаров Р.Д. Медико-социальная реабилитация больных раком молочной железы. Баку, 1991, 101 с. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкобольных. СПб., 1983.
19. Берштейн, Л.М. Современная Эндокринология гормонозависимых опухолей / Л.М. Берштейн // Вопросы онкологии. 2000.- Т.48. - №4. - С.496-504.
20. Бехтерева, С.А. Клинические аспекты первично-множественных опухолей у больных раком молочной железы / С.А. Бехтерева // Вестник хирургии. 1996. - Т. 155 - №4. - С. 18-21.
21. Бехтерева, С.А. Первично-множественные опухоли женских половых органов / С.А. Бехтерева, А.В. Важенин, Т.А. Васильева // Высокие технологии в онкологии: Материалы 5 Всероссийского съезда онкологии. Казань, 2000. - Т.2. - С. 444-446.
22. Долгов, И.Ю. Первично-множественные метастазные злокачественные новообразования (клиника, лечение, закономерности развития): Дис. . докт. мед. наук / И.Ю. Долгов.-М.- 2000. 266 с.
23. Доценко, В.А. О питании здорового и больного человека / В.А. Доценко // Гигиена и санитария. - 2005. №2. - С. 34-37.
24. Герасименко В.И., Артюшенко Ю.В. (ред.). Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина, 1988. 270 с. 27. ч Герасименко В.И., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Вопросы деонтологии в восстановительном лечении онкологических больных Вопросы онкологии, том XXVIII, 5, 1982. с. 48-52.
25. Гнездилов А.В. (ред.) Психогенные реакции у онкологических больных (методические рекомендации). Л ЛНИПНИ им. Бехтерева, 1983. 33 с.
26. Залитис Я.П. Психотерапия и медицинская психология в онкологии. Сб. научн. тр. «Современные формы методы оргагнпации психогигиенической и психопрофилактической работы». Л.: Изд-во Института им. В.М. Бехтерева, 1985, с. 66.
27. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: Дисс... канд. психол. наук. М., 1998.
28. Квасенко А.В., Зубарев О.Г. Психология больного. Л., Медицина, 1980.-133 с. 41.
29. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса М. Наука
30. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы): Автореф. канд. дисс. М., 1984. 26 с. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М.: Наука, 1987. 278 с.
31. Мищук Ю.Е., Ширяев О.Ю, Особенности психологического состояния больных раком молочной железы Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты 47. Молодецких В.А., Папырин В.Д.,

Тхостов А.Ш. Личностные реакции мужчин и женщин на онкологическое заболевание Журнал невропатологии и психиатрии им. С. Корсакова, 1981, 12. с. 18281832.

32. Русина Н.А. Психологическая диагностика и психотерапевтическая коррекция онкологических больных с калечащими операциями Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. Отв. ред. 69. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. М.: Изд-во «ИЕЮТитут психологии РАН», 2003, с. 236

33. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002.

34. Соколова О.А. Проблемы психологической реабилитации онкобольных. Хабаровск, 1999.

35. К. Нисвандер, А.Эванс "Акушерство", перевод с англ. Н.А.Тимонина, Москва, "Практика", 1999.

36. Колосов А.Е., Столяров В.И. Меланома, рак и саркома волосистой части головы. Диагностика лечение, прогноз. СПб., 2000. -144 с.

37. Жаврид Э.А., Фрадкин С.З; Безручко В.И. и др. Комбинированное и комплексное лечение больных злокачественной меланомой кожи II стадии с применением гипертермии//Вопр. онкол. 1986. Т. 32. № 3. С. 52-57.

38. Жуков В.М. Первичная свободная кожная пластика при хирургическом лечении больных меланомой кожи//Вопр. онкол. 1977.Т. 23. № 4. С. 3-8.

Gorincioi Ghenadie, Popescu Constantin, Guidea Irina, Ghervas Vadim

CARACTERISTICA GENERALĂ A TRATAMENTULUI ALTERNATIV PENTRU PACIENȚII DIAGNOSTICAȚI CU CANCER AL PROSTATEI IN STADII LOCALIZATE ELIGIBILI PENTRU PROSTATECTOMIE RADICALĂ RETROPUBIANĂ

Prostate cancer is one of the most common oncological diseases in men world wide and of course in the Republic of Moldova, affecting mostly the working class of adults. The incidence of prostate cancer has been rising since the early gos. In this article we have analized alternative methods for treatment of prostate cancer in patients eligible for radical prostatectomy.

Keywords: alternative methods, prostate cancer, treatment, prostatectomy.

La ora actuala problema de sanatate ce vizeaza cancerul prostatei la barbati este una prioritara in majoritatea statelor lumii. Importanta solutionarii acesteia este reflectata pe larg in literature de specialitate, periodic si agresiv se promoveaza informatii utile in planul iluminarii sanitare a barbatilor, sunt aplicate programe de screening si diagnostic precoce dar totusi rezultatele pozitive sunt foarte modeste.

Din cauza cancerului de prostate, annual mor circa 250.000 barbati din intreaga lume (acestea fiind doar cazurile inregistrate), iar cu o probabilitate de 99% s-a dovedit ca unu din sase barbati va fi diagnosticat cu cancer de prostate dea lungul vietii. Doar cancerul pulmonar care ocupa prima pozitie, depaseste cauza decesului prin cancer de prostate la barbati, care ocupa stabil locul doi. In Romania sunt diagnosticate anual 177 de cazuri noi de cancer de prostata și că aproximativ 7,3% din bărbați mor anual din această cauză.

In Republica Moldova incepind cu anul 2009, in rindul maladiilor oncurologice cancerul de prostate ocupa prima pozitie, devansind usor si stabil cancerul vezicii urinare (o atare situatie este una critica si prin prisma faptului ca daca numarul cazurilor cu cancer al vezicii urinare este data tit de barbati cit si de femei, atunci cazurile de cancer al prostate este dat doar de populatia masculina a Republicii Moldova).

Incapind cu anul 2007, in cadrul Institutiei Medico Sanitare Publica - Institutul Oncologic din Moldova, pacientii diagnosticati cu cancer al prostate in stadii localizate pot fi supusi tratamentului chirurgical specific in volum de prostatectomie radicala retropubiana. Din varii motive un anumit numar de pacienti, care desi sunt eligibili pentru efectuarea tratamentului chirurgical mentionat, aplica pentru un tratament alternativ. La ora actuala acesta consta in tratamentul radioterapeutic, orhidectomie bilateral sau tratament combinat.

Astfel au fost selectati in mod randomizat un lot compus din 27 pacienti diagnosticati cu cancer al prostatei, confirmati histopatologic, investigati complet, pentru stabilirea stadiului localizat al tumorii, fara comorbiditati care ar depasi ca risc patologia oncologica de baza. Grupul respectiv a fost selectat in intervalul de timp 2005-2012, atat din cadrul sectiei oncurologie al IMSP Institutul Oncologic, cit si din departamentul de radioterapie din cadrul aceleiasi institutii.

Grupul respectiv a fost compus dintr-un numar definit de cazuri, ce au intrunit urmatoarele criterii de includere:

- Confirmarea histopatologica a cancerului de prostata.
- Stadiul localizat al cancerului de prostata (confirmat prin examenul clinic si paraclinic).
- Speranta de viata mai mare de 10 ani.
- Lipsa patologiilor concomitente severe.

- Aplicarea unei tactici de tratament, alta decit prostatectomia radicala retropubiana (radioterapia, orhectomia, tratament combinat).

A fost analizata repartizarea conform grupelor de virsta in rindul a 27 cazuri care au constituit lotul. Deci mai mult de 1/2 pacienti (55%) s-au incadrat in grupul de virsta cuprins in intervalul 61-70 ani, urmati de circa 1/3 pacienti (30%), care au avut virsta de 51-60 ani. Doar 15% cazuri (4 pacienti) au avut o virsta mai mare de 71 ani. Virsta medie a fost de 64,1 ani, cu minima de 51 ani, iar maxima 74 ani (figura 1).

Pentru a aprecia corect si comparativ aspectele ce tin de mediul de provenienta a pacinetilor inclusi in lotul analizat fata de cei din lotul de control, a fost studiat capitolul ce vizeaza domiciliul subiectilor. Datele cercetarii indica o majoritate absoluta in rindul pacientilor ce provin din mediul urban – 20 cazuri (74%) fata de pacientii ce provin din mediul rural – 7 cazuri

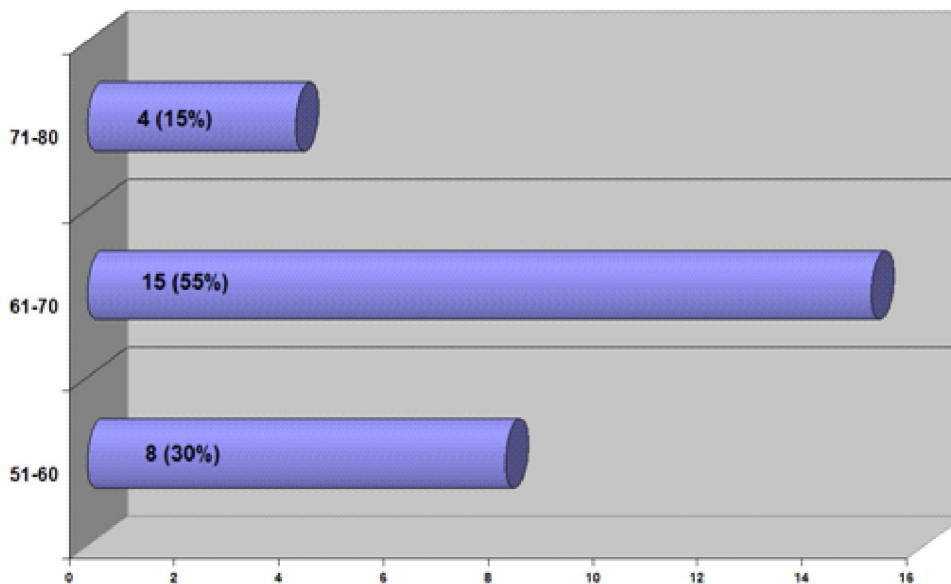


Fig. 1 Distributia lotului conform grupelor de virsta

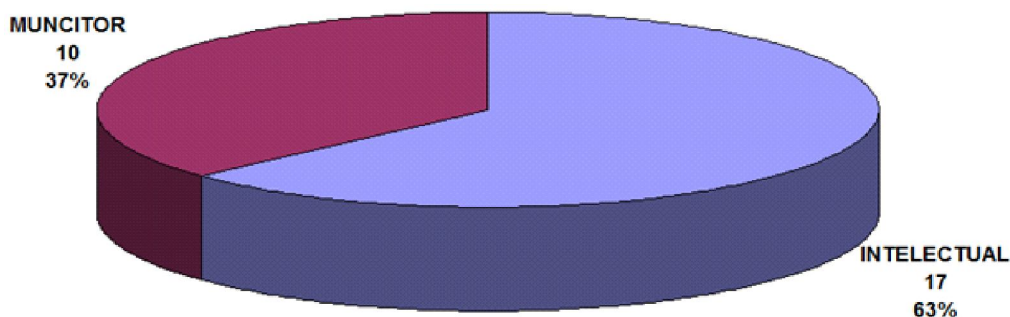


Fig. 2 Distributia lotului analizat conform activitatii profesionale

(26%). Raportul conform parametrului studiat este de 1 (rural) la 2.85 (urban)

Astfel și în cadrul acestui volum, din 27 cazuri analizate, 63% sunt pacienți la care activitatea profesională zilnică a avut ca vector predominant activitatea intelectuală. Doar 10 pacienți (37%) au fost implicați activ pe parcursul vieții în plan profesional, preponderent fizic. Raportul direct este de 1 (fizic) la 1.7 (intelectual).

Tot la capitolul timp, este analizat și parametrul ce vizează perioada de adresare a pacienților, adică intervalul de timp de când se considera bolnavi, de la apariția eventuale a primelor simptome și până la adresarea la medicul specialist în cadrul IMSP Institutul Oncologic (figura 3).

Din diagrama ilustrată mai sus se observă că 13 pacienți (48%) s-au adresat la medicul specialist într-un interval ce depășește 3 luni dar nu mai mult de jumătate de an. Până la un an, dar nu mai târziu de 6 luni s-au adresat 7 pacienți (26%). Extremele au fost atribuite la 4 pacienți (15%) care s-au adresat în mai puțin de trei luni și respectiv 3 pacienți (11%) care au solicitat consultanța medicului în cadrul IMSP Institutul Oncologic la mai mult de 12 luni.

După ce am descris perioada de timp de la apariția simptomelor, principalul factor care a determinat pacienții să se adreseze la specialist pentru asistența medicală specializată, a fost

stuata paleta de simptome descrise de pacienți, care au fost grupate în trei categorii – simptomatologie severă, medie și minimă.

Astfel, conform simptomelor prezentate de către pacienți, o majoritate de 60% (16 cazuri) este atribuită simptomatologiei medii (care a inclus doar un simptom de bază – straguria sau disuria). O treime cazuri (9 pacienți) au prezentat pe lângă strangurie sau disurie și alte acuze – sindrom algic, polachiurie etc. Doar 7% (2 pacienți) au relatat simptomatologie minoră ce a constat dintr-un singur simptom – nicturia sau polachiuria.

Din paleta de investigații clinice și paraclinice care au stat la baza stabilirii diagnosticului corect și complet, din arsenalul medicului specialist în cadrul IMSP Institut Oncologic, examenul nivelului antigenului specific prostatei a fost unul primordial.

Stabilirea unui diagnostic exact, conform clasificării TNM, a fost unul din criteriile de includere în lotul analizat (fiind precautate strict cazurile cu cancer de prostată – forme localizate). Astfel în urma investigației complete, atît clinice cît și paraclinice, din totalul de 27 pacienți circa 2/3 (66%) au fost stadializați – T2N0M0. O valoare de 19% (5 pacienți) este atribuită stadiului T3N0M0. Minima de 15% (4 pacienți) au fost diagnosticați cu cancer de prostată în stadiul T1N0M0.

Tactica de tratament alternativ prostatectomiei radicale retropubiene, a constat în radioterapie,

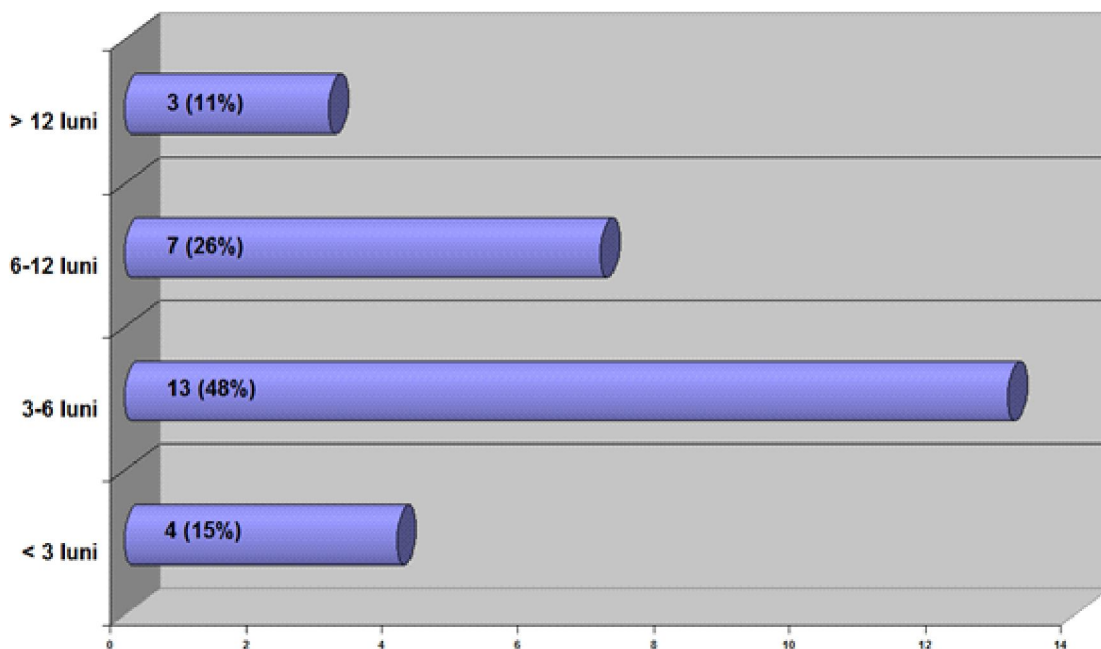


Fig. 3 Distribuția lotului analizat conform timpului de adresare

orhiectomie sau combinarea radioterapiei și orhiectomie. Distribuția conform tacticii de tratament selectate este redată în figura 3.9. Putin peste jumătate din lotul analizat – 15 pacienți (58%) au suportat tratament în volum de orhiectomie bilaterală. Pentru radioerapie și orhiectomie plus radioterapie au optat un număr aproximativ egal de pacienți – 5 cazuri (19%) și respectiv 6 cazuri (23%).

Radioterapia a fost efectuată prin intermediul acceleratorului linear Clinac, aparatului radioterapeutic Terabalt sau combinat. Astfel din

totalul pacienților din lotul analizat care au suportat tratament radioterapeutic – 11 cazuri, 7 pacienți (64%) – tratament prin intermediul „Clinac”, 3 pacienți (27%) tratament cu ajutorul „Terabalt” și un singur pacient a suportat tratament combinat.

La capitolul tratamentului radioterapeutic a fost binevenită analiza paralelă a dozei sumare, dozei unice precum și a numărului de cure în care a fost realizat tratamentul radioterapeutic (doza sumară finală). Astfel a fost descrisă doza unică, precum și media dozei sumare finală, în dependență de tipul tratamentului

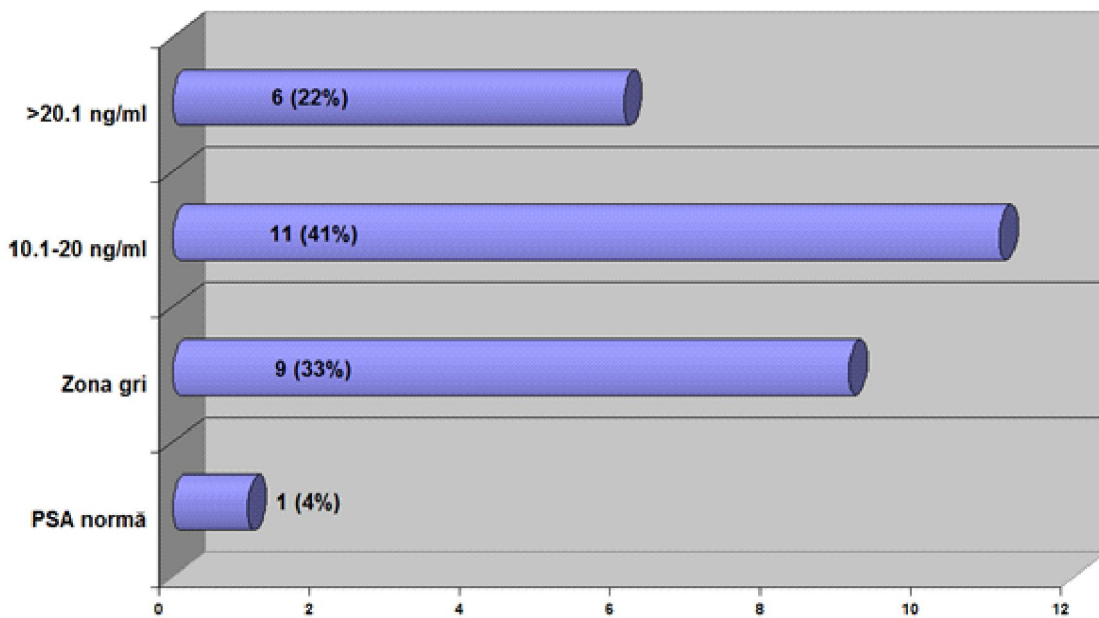


Fig. 4 Distribuția lotului analizat conform nivelului PSA

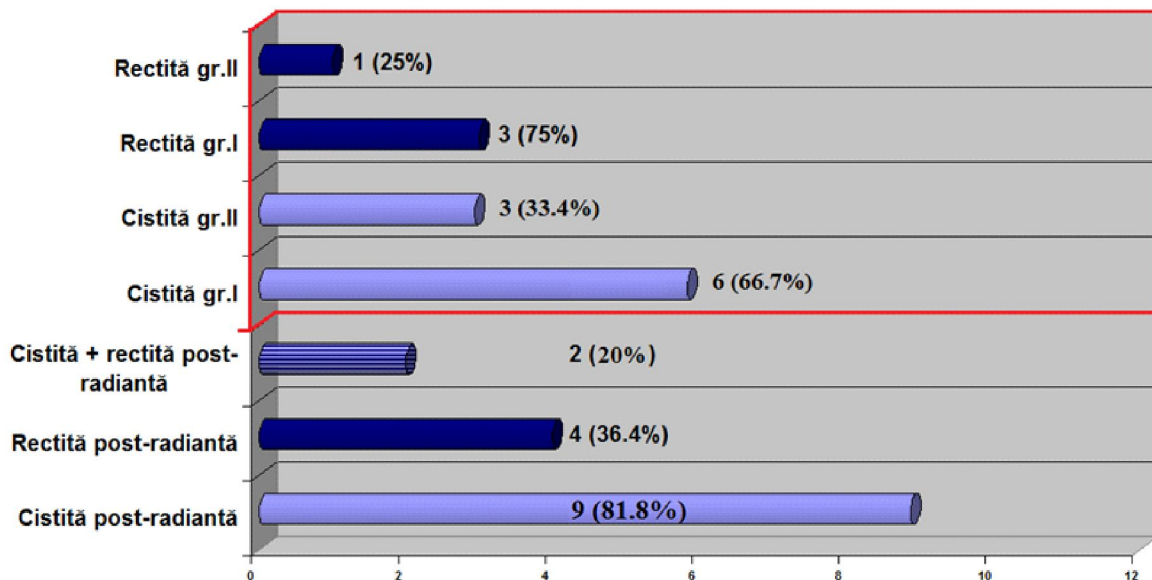


Fig. 5 Distribuția lotului conform complicațiilor tratamentului radioterapeutic

radioterapeutic. Deci în cadrul lotului de studiu, pacienții supuși tratamentului radioterapeutic cu ajutorul acceleratorului linear „Clinac” au suportat o doză sumară medie de 54.7 Gy, într-o singură cură, cu doze unice de 2.6 Gy. Pacienții supuși tratamentului radioterapeutic „Terabalt” au suportat o doză sumară medie de 53.3 Gy, în două cure de tratament, cu doze unice de 2 Gy.

Complicațiile determinate la pacienții din lotul analizat, survenite în urma tratamentului radioterapeutic sunt ilustrate în figura 5. Astfel sirul complicațiilor este format de cistite și rectite de diferit grad, sau asocierea acestora. Din totalul de 11 pacienți supuși tratamentului radioterapeutic 9 cazuri (81.8%) au reclamat drept complicație cistita postiradiantă, dintre care

2/3 (6 cazuri) a fost de gradul I, iar 3 cazuri (33.4%) gradul II.

Rectita postiradiantă a fost determinată în 4 cazuri (36.4%), în care 3/4 (3 pacienți) cu gradul I, și 1/4 (un singur pacient) gradul II. La doi pacienți s-au apreciat ca complicații cistita asociată cu rectita postiradiantă (într-un caz atît cistita cit și rectita au fost de II, iar în al doilea caz – gradul I).

Bibliografie selectivă.

1. Ambert V. The latest news in the diagnosis of prostate cancer Med. Asso 2012
2. Jemal A., Siegel R., Ward E., Cancer Statistics, 2009. CA. Cancer 2009
3. Centrul de Calcul și Statistică Sanitară a Ministerului Sănătății Publice – Date statistice privind cancerul de prostată – România 2012
4. Morgentaler et. al. – JAMA, 2006
5. Matthew Katz – Established radiotherapeutic treatments for early stage (localized) prostate cancer. MAY-2009

Gorincioi Ghenadie, doctorand IMSP IO

STUDIAREA, ANALIZA ȘI SINTEZA RETROSPECTIVĂ A DATELOR PREOPERATORII LA PACIENȚII CU CANCER LOCALIZAT AL PROSTATEI PRECONIZAȚI PENTRU PROSTATECTOMIA RADICALĂ RETROPUBIANĂ

Prostate cancer is the most common malignancy in men. The incidence of prostate cancer has been rising since the early 1990s. Not all men with prostate cancer will develop clinical disease, therefore sorting these cases is a great clinical challenge. We reviewed a 7-year experience performing open radical retropubic prostatectomy in our hospital, in order to assess outcomes and to compare them to the published literature.

Key words: prostate cancer, incidence, radical retropubic prostatectomy.

Cancerul prostatei este o patologie oncologică cu o incidență înaltă ce constituie în ultimii 5-10 ani o creștere semnificativă în majoritatea statelor din Europa. Astfel, anual sunt înregistrate circa 345.900 cazuri noi, ceea ce reprezintă 20% din incidența tuturor formelor de cancer înregistrate la bărbați.

În România, cancerul prostatei ocupa locul trei după cancerul pulmonar și colorectal, ca frecvență la sexul masculin. Datele oficiale furnizează o incidență de 100 mii cazuri noi pe an, circa 32%. În Republica Moldova, potrivit rapoartelor oficiale, în ultimii 5 ani s-a înregistrat o creștere continuă a mortalității și prevalenței cancerului de prostată. Începând cu anul 2009

până în prezent, în rândul maladiilor oncurologice, patologia malignă a prostatei ocupă prima poziție la capitolul morbiditate.

Articolul respectiv este o analiză a experienței acumulate pe parcursul anilor 2007-2013, în baza pacienților cu stadii localizate ale cancerului de prostată care corespund criteriilor de includere în grupul pacienților supuși prostatectomiei radicale retropubiană. Se propune sistematizarea unui șir de date preoperatorii, pe un lot de 62 de pacienți (dinamica în timp a efectuării prostatectomiei radicale retropubiană, simptomele și cauzele adresării, rezultatele investigațiilor clinice efectuate, stadializarea conform sistemului TNM ș.a.). Aceste date,

permit în perspectivă, stabilirea și elaborarea unei metodologii optime de lucru în stabilirea diagnosticului de cancer al prostatei în stadii localizate, iar ulterior aplicarea unui tratament curativ radical – prostatectomia.

Începând cu anul 2007, pacienții diagnosticați în stadii localizate ale cancerului de prostată, care întrunesc totalitatea condițiilor necesare pentru a fi supuși prostatectomiei radicale retropubiană, pot beneficia de această opțiune de tratament și în Republica Moldova, în cadrul IMSP Institutul Oncologic. Astfel, dacă în anii 2007-2008 numărul intervențiilor chirurgicale radicale era de 3-4 pe an, atunci în anii 2011-2013, acesta a crescut de patru cinci ori.

Astfel, doar în primele 10 luni ale anului 2013, s-au efectuat 15 prostatectomii. Acest fapt vorbește despre absența unei metodologii și tehnici ce vizează diagnosticul optim și precoce (la etapa inițială), dar pe parcursul ultimilor trei ani se observă perfecționarea continuă a acestora. Pentru a avea un tablou al perioadei de debut al bolii pentru fiecare pacient, până la adresarea acestuia la medicul specialist din cadrul IMSP Institut Oncologic, s-a studiat acest parametru pentru totalitatea cazurilor – 62 pacienți (figura 1).

Din diagrama ilustrată se desprind un șir de date care merită atenție:

- 6 pacienți (10%) s-au adresat ocazional la medic din diverse motive (un control de rutină, acuze legate de alte aspecte decât cancerul de

prostată etc.) și au fost depistate devieri de la normă a unor indici (în special valoarea crescută a PSA);

- mai mult de 1/3 dintre pacienți, (22), s-au adresat la medicul specialist, care a stabilit diagnosticul de cancer de prostată și a fost efectuat tratamentul chirurgical în volum de prostatectomie radicală retropubiană pe parcursul a trei luni;

- majoritatea pacienților (40%) s-au adresat la specialist în cadrul IMSP IO într-un interval de la 3 la 6 luni;

- cumulativ, 3 din 4 pacienți care au suportat PRR, s-au adresat la medic în mai puțin de jumătate de an;

- doar 2 (3%) dintre pacienții lotului de studiu s-au adresat pentru asistență medicală specializată într-o perioadă ce depășește 12 luni, iar 7 pacienți (11%) în intervalul de 6-12 luni.

După analiza principalelor acuze prezentate de pacienți, acestea în majoritatea cazurilor servind ca factor primordial în adresarea la medicul specialist, datele au fost grupate și prezentate în tabelul 1.

Astfel, se observă că jumătate din pacienți (31 cazuri) au prezentat simptomatologie medie, care a constat din strangurie sau disurie de diferit grad, drept unică acuză. Asocierea disuriei/stranguriei cu polachiurie, nicturie sau sindromul algic, precum și combinarea acestora, au format grupul simptomatologiei severe – 20 de pacienți (32.2 ± 5.9 , $p < .01$). Nu au prezentat nici o acuză,

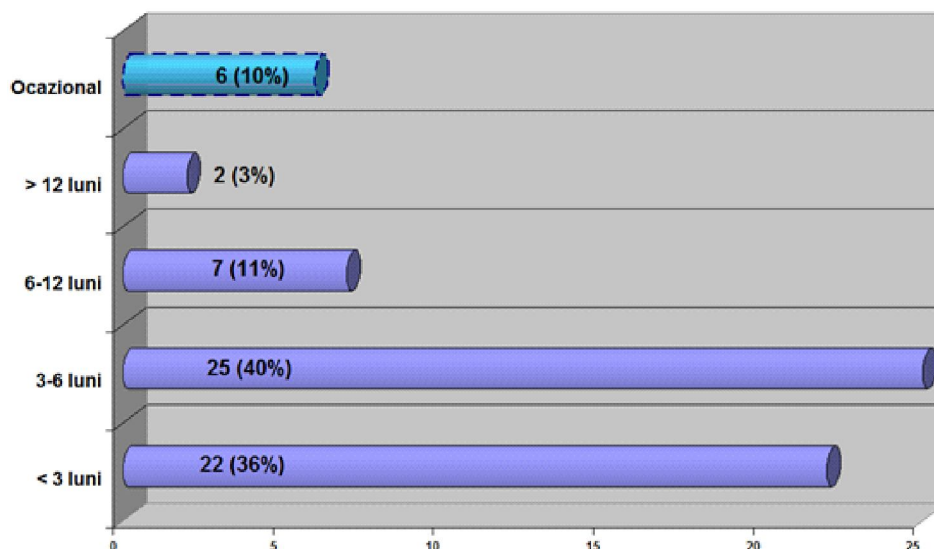


Figura 1. Repartizarea pacienților conform perioadei de debut al CaP

Tabelul 1.
Repartizarea bolnavilor conform acuzelor prezentate

Simptome	Abs.	%±E	p
Simptomatologie minimă	5	8±3.4	<.05
Simptomatologie medie	31	50.2±6.3	<.01
Simptomatologie severă	20	32.2±5.9	<.01
Lipsa simptomatologiei	6	9.6±3.7	<.05
TOTAL	62	100%	

Tabelul 2.
Repartizarea bolnavilor conform sistemului TNM

TNM	Abs.	%±E	p
T1 aNOM0	11	17±4.7	<.01
T1 bNOM0	3	5±2.7	>.05
T1 cNOM0	8	13±4.2	<.01
T2 aNOM0	16	25±5.5	<.01
T2 bNOM0	9	15±4.5	<.05
T2 cNOM0	9	15±4.5	<.05
T3NOM0	6	10±3.8	<.05

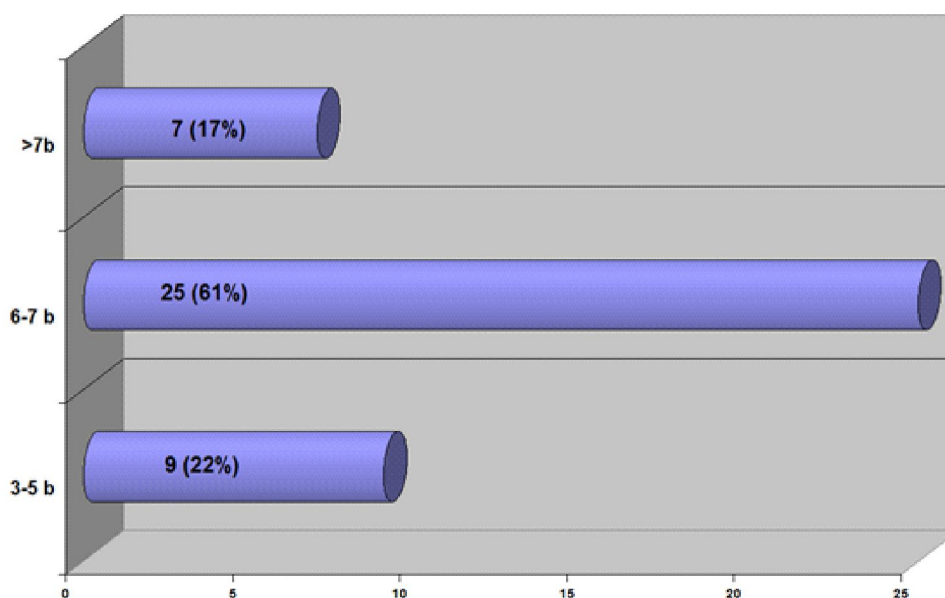
fiind diagnosticați ocazional, circa 10% din pacienți (6 cazuri). Simptomatologie minimă, cu un singur simptom (polachiuria sau nicturia) au relatat-o 5 pacienți (8±3.4, p<.05).

Investigațiile clinice și paraclinice "specifice" cu rol în stabilirea unui diagnostic cert au fost următoarele - aprecierea valorii PSA, examenul digital rectal, ultrasonografia transrectală a prostatei, biopsia formațiunii cu examenul histopatologic, computer tomografia, scintigrafia scheletului și rezonanța magnetică nucleară. În urma acestor investigații, a fost efectuată stadializarea procesului tumoral, conform sistemului TNM (tabelul 2).

Stadiul T2NOM0 a fost stabilit în 34 de cazuri (65% [T2a – 16, T2b – 9, T2c – 9]). Circa la 1/3 dintre pacienți – 22 cazuri (35%), cancerul de prostată s-a determinat în stadiul T1NOM0 (T1a – 11, T1b – 3, T1c – 8). Totodată, au fost supuși

tratamentului specific în volum de prostatectomie radicală retropubiană 6 pacienți (10% cazuri), diagnosticați conform stadializării TNM, în stadiul T3NOM0.

Studierea scorului Gleason, alături de ceilalți factori care stau la baza unei decizii care pledează în favoarea prostatectomiei (stadializarea clinică TNM preoperatorie, nivelul PSA, speranța de viață, comorbidități ș.a), are un rol esențial în cercetarea propusă. Un scor Gleason e" 8, obținut în urma puncției-biopsie prostatică, este asociat cu un risc crescut de recurență a cancerului după efectuarea prostatectomiei radicale retropubiene. Din figura 2, se observă că 7 pacienți (17% cazuri), preoperator au prezentat scorul Gleason mai mare de 7. La majoritatea pacienților – 25 cazuri (61%) scorul Gleason a fost inclus în intervalul 6-7b. La circa 1/5 scorul Gleason a fost < 5b.


Figura 2. Repartizarea pacienților conform scorului Gleason (preoperator)

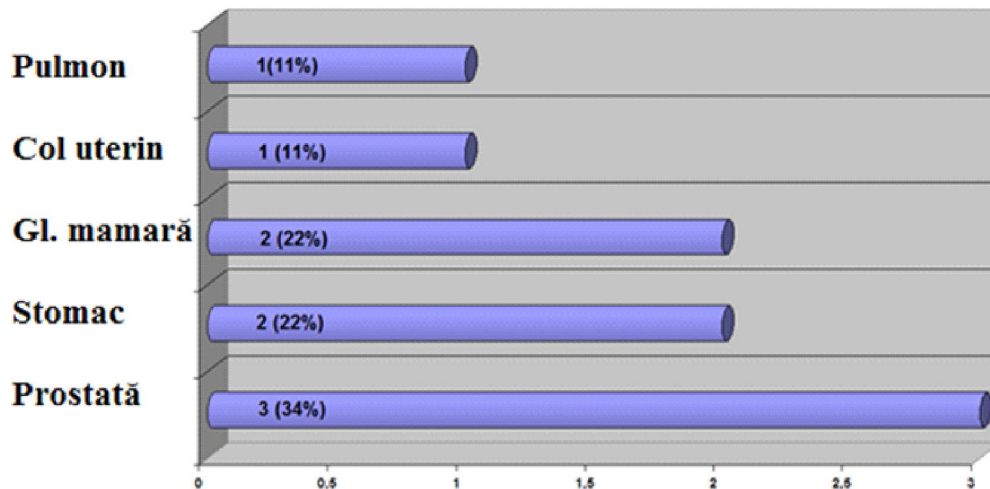


Figura 3. Repartizarea bolnavilor conform prezenței maladiilor oncologice la rudele de gradul I-II

Deoarece la ora actuală, datele despre rolul antecedentelor eredo-colaterale sunt contradictorii în patologia malignă a prostatei, acest criteriu a fost studiat minuțios. Din totalitatea cazurilor analizate (62 de pacienți cu cancer de prostată), la 9 bărbați, în urma studierii anamnezei s-au înregistrat date cu privire la antecedente eredo-colaterale cu afecțiuni oncologice maligne la rudele directe de gradul I și II.

În urma studierii detaliate a anamnezei eredo-colaterale, raportul dintre cazurile agravate versus cazurile neaggravate a fost de 1:6. Localizarea patologiilor oncologice maligne la rudele directe de gradul I și II în cazul celor 9 pacienți (15%), sunt prezentate în figura 3.

După cum se vede din figura 3, spectrul ereditar este agravat la majoritatea pacienților cu cancer de prostată – 34% din cazuri, la câte 1/5 (22%) s-a înregistrat cancerul gastric și cel al glandei mamare, iar în 11% cazuri – cancerul colului uterin și cel pulmonar. Raportul bărbați:femei al cazurilor cu antecedente eredo-colaterale agravate a fost de 2:1 (66% bărbați și 33% femei).

Concluzii:

1. Cancerul prostatei rămâne o problemă serioasă de sănătate a bărbaților, prin spectrul indicilor negativi (incidență, morbiditate, mortalitate) și ocupă prima poziție printre patologiile oncologice din Republica Moldova în ultimii 5 ani.

2. Vârsta medie a pacienților a fost de 60.4 ani (intervalul 49-72 ani), majoritatea absolută cu

proveniență din mediul urban – 57 pacienți (92±3.4%, $p < .001$) și cu activitate profesională intelectuală – 41 pacienți (66.1±6%, $p < .01$).

3. Din totalitatea investigațiilor efectuate – stadiul clinic preoperator T (tumor) stabilit prin EDR/TRUS, nivelul PSA seric și scorul Gleason obținut prin puncția biopsie a prostatei, luate separat și individual, nici una, nu furnizează o acuratețe convenabilă în aprecierea reală a stadiului preoperator. Însă combinarea eficientă a acestor metode de investigații, sporește estimarea optimă a stadiului TNM preoperator și contribuie la stabilirea tacticii ulterioare de tratament – prostatectomia retropubiană.

Bibliografie selectivă:

1. Ferlay J, Ann Oncol, 2007.
2. Djavan B, Susani M, Bursa B, Basharkhah A, Simak R, Marberger M. Predictability and significance of multifocal prostate cancer in the radical prostatectomy specimen. TechUrol 2005.
3. Ambert.V, Chira.I, Crezante.L, Noica.N: Valoarea prognostica a PSA-ului seric, ecografiei transrectale si grading-ului tumoral la pacientii cu cancer prostatic in stadiu local. Romania, Sinaia 27/09/06.
4. Steliarova-Foucher, E; Lortet-Tieulent, J; Rosso, S; Coebergh, JW; Comber, H; Forman, D; Bray, F (2013 Apr). "Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012.". European journal of cancer (Oxford, England).
5. Eichelberger LE, Koch MO, Eble JN, Ulbright TM, Juliar BE, Cheng L. Maximum tumor diameter is an independent predictor of prostate-specific antigen recurrence in prostate cancer. Mod Pathol 2005.
6. Braticevici B, Ambert V, Damian D et al.: Comparafie între scorul Gleason preoperator și postoperator la pacienții cu prostatectomie radicală. Urologia, 2012.
7. EAU 2012 Guidelines - Prostate Cancer.

Gorincioi Ghenadie, doctorand IMSP IO

ANALIZA RETROSPECTIVĂ A PARAMETRILOR DURATEI IN TIMP ȘI VOLUMULUI HEMORAGIEI INTRAOPERATOR IN PROSTATECTOMIA RADICALĂ RETROPUBIANĂ (AA. 2007-2013)

This paper brings forward the main technical aspects of prostate surgical technique used and examines a range of factors (duration of prostatectomy, volume of bleeding, transfusion rate etc.). The main objective of this study is to present our experience in an area where the number of cases of prostate cancer radically operated at national level is still very small, compared with its incidence and prevalence.

Key words: prostate cancer, surgical tehniqe, trasnfusion, bleeding volume.

În literatura de specialitate, descrieri despre tratamentul chirurgical al cancerului de prostată, au început să apară începând cu anul 1904, când pe 7 aprilie, Hugh H. Young în asistență cu șeful său, Dr. William S. Halsted, au efectuat prima prostatectomie radicală pe motiv de cancer de prostată, în spitalul "Johns Hopkins". Cele mai frecvente complicații postoperatorii a epocii respective, erau incontinența urinară, impotența, recidivele locale și generale.

La ora actuală, în pofida dezvoltării tehnico-științifice și a studiilor existente, problema studiată rămâne un capitol constant de controverse în „comunitatea medicală”.

În Republica Moldova, tratamentul chirurgical specific al cancerului de prostată în stadii localizate – prostatectomia radicală retropubiană, a fost aplicat începând cu anul 2007, în cadrul IMSP Institutul Oncologic.

Consecutivitatea pașilor intraoperatori respectă tehnica clasică a lui Patrick C. Walsh, care a fost completată cu mici modificări ce vin să amelioreze confortul operator, dar și un șir de rezultate funcționale ulterioare, reieșind din dotarea tehnico-materială și posibilitățile sistemului de sănătate din Republica Moldova.

Durata perioadei intraoperatorii în prostatectomia radicală retropubiană (PRR), este influențată de un șir de factori, cum ar fi: abilitățile echipei de chirurghi, dotarea tehnico – materială, selectarea pacienților supuși PRR, constituția pacientului, absența/prezența incidentelor intraoperatorii.

Deși experiența în efectuarea prostatectomiei radicale retropubiene este una relativ nouă pentru IMSP IOM, baza de pacienți restrânsă, iar posibilitățile limitate (comparativ cu unele centre medicale regionale), durata medie a

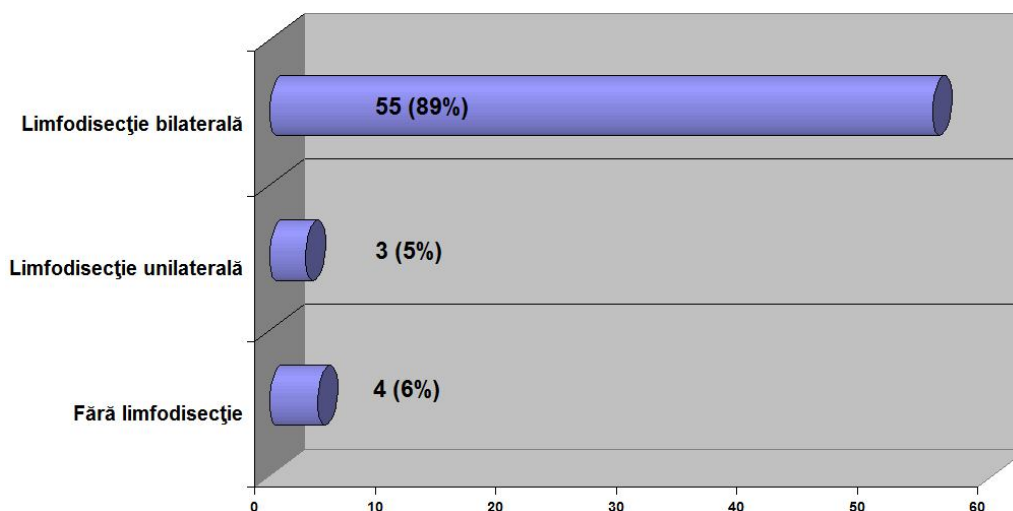


Figura 1. Repartizarea pacienților conform limfadenectomiei

prostatectomiei radicale retropubiene, poate fi comparată cu cea a altor centre medicale. Prima etapă a prostatectomiei radicale retropubiene este limfadenectomia pelvină, atât cu rol curativ cât și diagnostic.

Din datele prezentate în figura 1, reiese că din numărul total de pacienți incluși în studiu, 62 la număr, la 55 (90 %) s-a efectuat limfodisecția pelvină ca prima etapă a prostatectomiei radicale retropubiană.

Doar la 4 pacienți (6%) nu s-a efectuat limfadenectomia pelvină, iar la 3 (5%), aceasta a fost realizată unilateral (e de menționat faptul că acești pacienți fac parte din primele cazuri de efectuarea a PRR în Republica Moldova). Starea actuală a acestor pacienți va fi prezentată ulterior.

Tehnica standardizată practică intraoperator, a survenit pe parcursul ultimilor 4-5 ani (din 2009-2010), când baza clinică a pacienților a crescut, iar odată cu ea și experiența chirurgilor.

În tabelul 1, sunt reprezentate valorile duratei medii, minime și maxime a prostatectomiei radicale retropubiane.

Analiza comparativă a datelor obținute în studiul efectuat, vis-a-vis de timpul operator, cu datele altor clinici și autori din literatura de specialitate, demonstrează valori practic identice, astfel, durata medie în *Centrul de Chirurgie Urologică, Dializă și Transplant Renal, Institutul Clinic Fundeni* – 213,5 minute; *Salomon et al* – 197 minute; *Rassweiler et al* – 196 minute.

Referitor la durata minimă, *Artibani et al* publică valoarea de 105 minute, *Jurczok et al* – 120 minute.

În cadrul studiului efectuat de noi, toți cei 7 pacienți, durata intervenției cărora a depășit 4 ore, au fost supuși prostatectomiei radicale retropubiene, în primii 2 ani de inițiere a metodei date în cadrul IMSP IOM, când eram la început de implementare, fără experiență.

La ora actuală, majoritatea intervențiilor se încadrează în intervalul de 3-4 ore (figura 2).

Volumul pierderilor sangvine intraoperatorii a avut o valoare medie de 911,3 ml, iar variațiile au fost cuprinse în intervalul de <500 ml - 2000 ml (figura 3).

Hemoragia care a depășit volumul de 500 ml, a fost catalogată ca una considerabilă și în toate cazurile a fost stopată, însă a dus la o creștere a timpului operator cu 15-30 minute.

Din 62 de cazuri, în urma evaluării volumului de sange pierdut intraoperator, au fost înregistrate următoarele :

La 5 pacienți (8% cazuri) sângerarea a fost neesențială, mai mică de 500 ml. Toate aceste

Tabelul 1.

Durata efectuării PRR (doar timpul chirurgical)

Durata medie	206 min.
Durata minima	140 min.
Durata maximă	270 min.

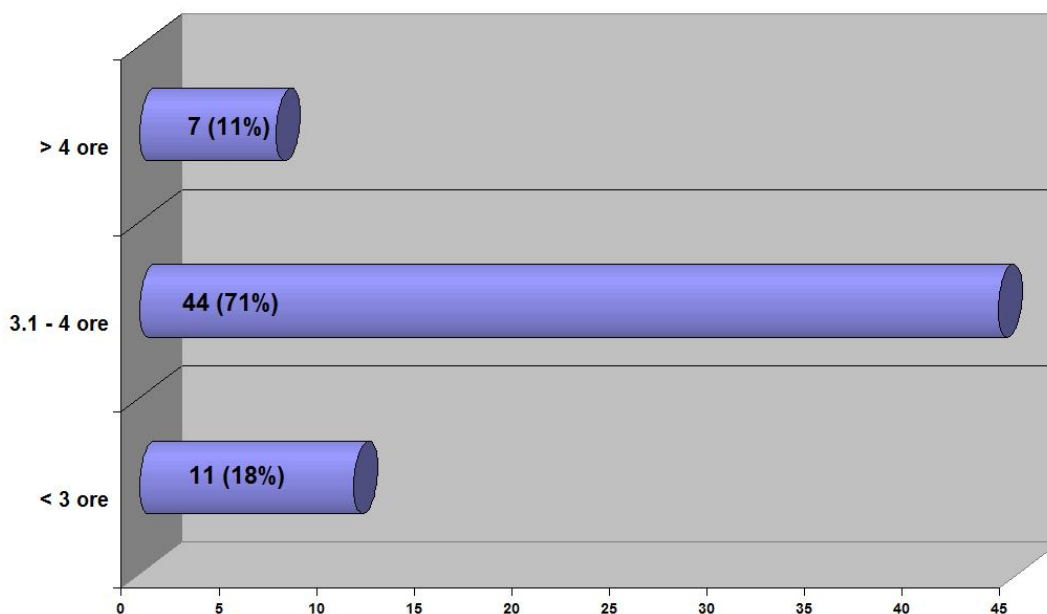


Figura 2. Distribuția conform duratei PRR (doar timpul chirurgical)

cazuri au fost incluse în grupul de pacienți durată intervenției cărora a fost mai mică de 3 ore.

La puțin peste 7 din pacienți – 32 (52%) cazuri, volumul sângerării a fost unul moderat, cuprins în intervalul de 500-1000 ml.

Circa la 1/3 de pacienți din lotul de studiu – 23 (37%) cazuri, au prezentat o hemoragie intraoperatorie majoră, inclusă în limitele 1000-2000 ml.

Doar la 2 pacienți (3% cazuri), volumul sângerării a fost unul critic, de peste 2000 ml.

Dacă comparăm valorile volumului mediu de pierderi sangvine înregistrate în cadrul IMSP IOM,

cu cele relatate în literatura de specialitate, acestea sunt relativ comparabile.

Astfel, la *Centrul de Chirurgie Urologică, Dializă și Transplant Renal, Institutul Clinic Fundeni*, volumul publicat este de 827,2 mililitri, *Guazzoni et al* – 853 mililitri, *Touijer et al* – 1267 mililitri.

Totuși, deși volumul pierderilor sangvine la pacienții care au suportat prostatectomie radicală retropubiană în IMSP IOM este practic identic cu cel descris de alți autori, rata transfuziei sangvine la acești pacienți este cu mult mai mare (figura 4).

Doar la 12 pacienți din lotul de studiu (62 pacienți) nu s-au efectuat transfuzii sangvine, toți

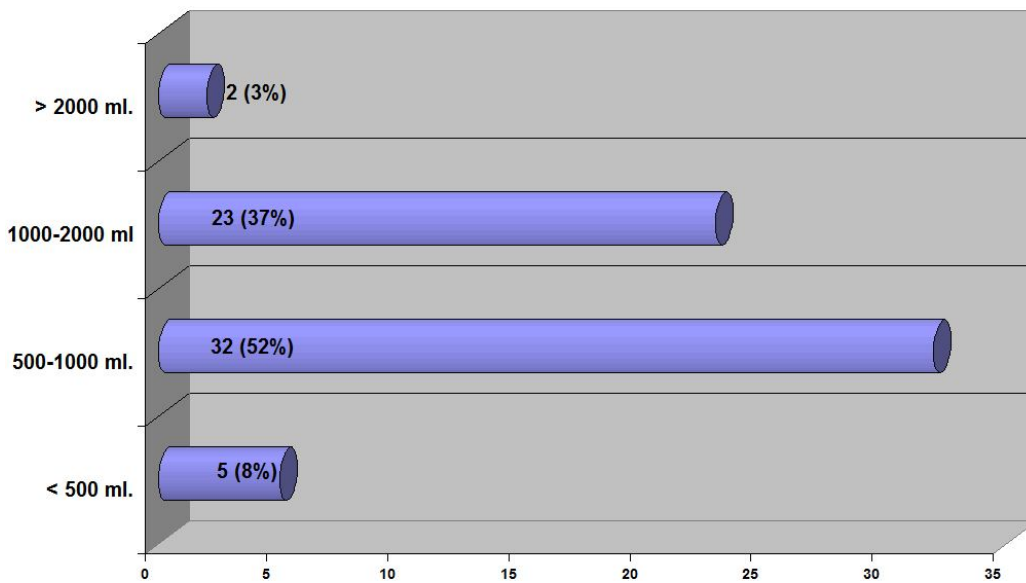


Figura 3. Repartizarea conform volumului hemoragiei

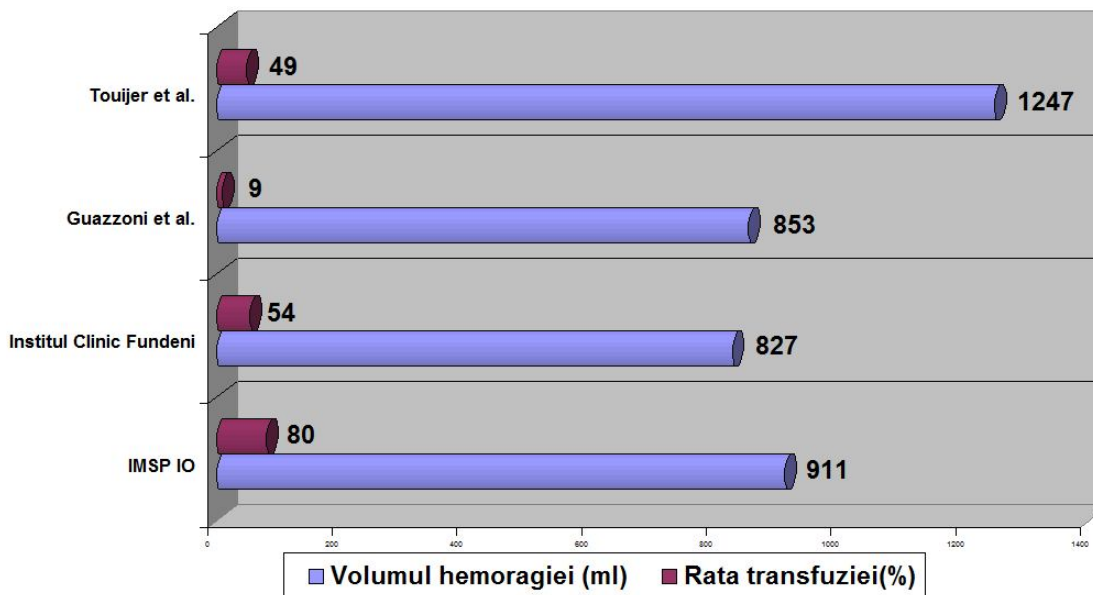


Figura 4. Date comparative ale volumului hemoragiei intraoperatorii și rata transfuziilor sangvine

aceștia făcând parte din grupul pacienților cu volumul hemoragiei sub 500 mililitri, plus pacienții la care s-a înregistrat o hemoragie în volum maxim de 600 ml.

Concluzii:

1. Prostatectomia radicală retropubiană reprezintă o metodă de tratament radical pentru pacienții diagnosticați cu cancer de prostată în stadii localizate.

2. Tehnica chirurgicală, precum și timpul operator (strict chirurgical, fără timpii anestezici) sunt comparabile cu datele descrise în literatura de specialitate (durata medie – 206 minute).

3. Volumul hemoragiei intraoperatorii a înregistrat o valoare de circa 915 ml, iar rata transfuziei sangvine a fost de 80%.

Bibliografie selectivă:

1. V. Tode, I. Poinareanu – Istoria cancerului de prostata. Ovidius, Constanta 2011.
2. Frank SM, Brendler CB – Intraoperative blood loss during radical retropubic prostatectomy. PubMed, Urology, 2005 Jun; 45(6):993-9.
3. Reza Ghavamian, Edward David Kim - Radical Retropubic Prostatectomy for Prostate Cancer. Medscape – 2012/08-28, 16.9-6.
4. Patrick C. Walsh, M.D., Arthur L. Burnett, M.D., Alan W. Partin, M.D - Anatomical retropubic prostatectomy. John Hopkins M.I Urol Clin North 2010 (73):154-6.2
5. Steiner MS. Morton RA, Walsh, PC. Impact of anatomical radical prostatectomy on urinary continence. J Urol. 2011; 145: 512-515.
6. Quinlan DM, Epstein Ji, Carter B, Walsh PC. Sexual function following radical prostatectomy: influence of preservation of neurovascular bundles. J Urol. 1991; 145: 998-1002.

Aftene Daniela, studentă anul VI, USMF „N. Testemițanu”, Catedra Oncologie, Hematologie și Radiografie
 Coordonator științific: Mereuță Ion, d.h.m., profesor universitar

**CANCERUL CUTANAT ȘI TRANSPLANTUL DE ORGANE
 (REVIU BIBLIOGRAFIC)**

Skin carcinomas account for 95% of all skin cancers in transplant recipients and are the most frequent cancers after transplantation, affecting in the long term 50% of patients. The interval between a transplantation and the occurrence of a carcinoma is on average 8 to 10 years, but is shorter in older patients. The relative risk is higher for squamous cell carcinoma (x100) than for basal cell carcinoma (x10). Carcinomas are located on sun-exposed areas and are often associated with other dysplastic lesions, premalignant keratoses or Bowen’s disease. Most transplant recipients who have a squamous cell carcinoma, develop multiple new skin tumours within 5 years, requiring multiple treatments. Risk factors include mainly sun exposure, fair skin type and light eyes, aging and immunosuppressive treatments. Prevention consists of strict sun protection and early treatment of premalign lesions.

Key words: skin cancer, kidney transplant, heart transplant, risk factors for squamous cell cancer and basal cell cancer.

Carcinoamele cutanate sunt cele mai frecvente cancere din cele postransplant și reprezintă 95% din toate acestea, se dezvoltă la mai mult de 50% din pacienții cu pielea de culoare deschisă [25,30, 42]. Ele prezintă o morbiditate semnificativă, pe termen lung, compromițând, de multe ori, calitatea vieții pacienților. Gestionarea acestora ar trebui să fie multidisciplinară și include tratamente dermatologice și o revizuire a imunosupresoarelor [69]. O mare parte dintre ele ar putea fi evitate prin măsuri preventive, inclusiv

o protecție solară strictă și imunosupresie optimizată.

Epidemiologie

Incidența cancerului de piele a crescut, în mod constant, cu vârsta transplantului, ajungând în Europa și Statele Unite, aproximativ 5% la 2 ani [39], 6-20% la 5 ani, 10-37% la 10 ani și 40-60 % la 20 de ani post-transplant [23, 69]. Cifrele variază în funcție de vârsta pacientului la momentul transplantului, riscul este de 6 ori mai mare pentru

pacienții între 35 și 55 ani la momentul transplantului, și de 12 ori mai mare la pacienții virstnici, peste 55 de ani la momentul transplantului, comparativ cu acei la care transplantul a fost înainte de 35 ani [55]. Acest lucru explică în mare măsură incidența mai mare observată în transplantul cardiac, comparativ cu transplantul de rinichi [23,8]. Timpul pînă la debutul, după transplantul de organe, este în medie de la 8 la 10 ani pentru subiecții cu transplant de 40 ani și este mai scurt la pacienții mai în vîrstă (3 ani după 60 de ani) și cu expunere îndelungată la soare. Beneficiarii de transplant de organe au de aproximativ 65 - 250 de ori mai multe șanse de a dezvolta cancer scuamocelular (CSC), și de 10 - 16 de ori mai multe șanse de a dezvolta cancer bazocelular (CBC) [30,49]. Comparativ cu populația generală, raportul CSC / CBC este inversat de la 1,5:1 la 5:1 [30, 69, 5, 58, 9, 33]

Deși, CSC și CBC sunt considerate cele mai frecvente tipuri de cancer de piele la pacienții cu transplant de organe, s-a constatat că aceste carcinoame sunt mai puțin frecvente la pacienții cu transplant de culoare [20, 50, 28].

Factorii de risc

Principalii factori predispozanți constituționale sunt fototipul deschis, sensibilitatea la arsuri solare, ochii de culoare deschisă, părul blond sau roșcat (tipurile de piele Fitzpatrick I-III) și desigur radiațiile ultraviolete [9, 57, 73, 26, 29]

Factori genetici - polimorfismul enzimelor implicate în metabolizarea radicalilor liberi (glutathion-S-transferaza), sau promotorul genei interleukina-10 [69]. Cei mai studiați factori sunt mutațiile în gena supresoare tumorală p53, care poate fi detectată în piele și reprezintă un factor de risc pentru CSC. Cercetare fenotipului mutator în carcinoame a fost negativ, spre deosebire de alte tumori care apar în contextul de imunosupresie [3]. Alt factor genetic - polimorfismul comun în calea folatului. Într-un grup de 367 pacienți cu transplant renal, cei care au efectuat MTHFR Polimorfismul C677T: au avut o creștere semnificativă a riscului de CSC, comparativ cu cei care nu au avut polimorfismul dat [43].

Alți factori incriminați:

■ Antecedente de CSC, CBC sau keratoză actinică pre-transplant - într-o serie de 361

destinatari caucazieni de transplant renal în Australia, antecedente de CSC sau CBC, înainte de transplant, crește riscul de dezvoltare a CSC sau BCC după transplant [57]. Prezența mai mult de 100 de keratoze actinice înainte de transplantul de organe, de asemenea, a fost frecvent asociat cu apariția cancerului de piele.

■ Istorie post-transplant de CSC sau BCC – mulți pacienți care dezvoltă un CSC sau CBC după transplant vor dezvolta leziuni suplimentare [8, 73, 67]. Într-un studiu retrospectiv de 239 pacienți cu transplant renal cu CSC sau CBC, în Țările de Jos, incidența cumulativă de noi cancere de piele, după dezvoltarea unei leziuni inițiale, a fost de 32%, după 1 an, 59 %, după 3 ani, iar 72%, după 5 ani [73]. Un studiu retrospectiv separat de pacienții cu transplant cardiac în Statele Unite, a constatat că ratele de incidență cumulativă ale unui al doilea CSC, la aceleași intervale de timp, este de 44%, 67%, și 76%, respectiv. [8]. Ratele de incidență cumulativă pentru un al doilea CBC au fost 32%, 49%, și 51%, respectiv.

■ Amplasare geografică – incidența cancerului de piele la pacienții cu transplant variază geografic. Estimările incidenței cancerului de piele nonmelanocitar, după transplantul de organe, în Statele Unite și Europa de Vest, au variat de la 5% la 2 ani, 10 – 27% la 10 ani, și 40-60%, după 20 de ani [69]. Cu toate acestea, ratele de cancer de piele nonmelanocitare sunt mai mari în Australia, o constatare care este probabil legată de expunerea la soare mai mare, într-o populație predominant blondă. Între 70 și 82% din pacienții cu transplant de organe din Australia sunt diagnosticate cu cancer de piele nonmelanocitar în termen de 20 ani de la transplant [69].

■ Tipul de transplant - rezultatele unor studii de observație au sugerat că riscul de cancer de piele nonmelanocitar este mai mare la pacienții cu transplant de pancreas-rinichi sau inimă, comparativ pacienții cu transplant de rinichi [34, 72], și este cel mai mic la pacienții cu transplant de ficat [56].

■ Varsta la transplant - varsta mai mare la transplant poate crește riscul de cancer de piele nonmelanocitar, și poate fi asociat cu dezvoltarea de leziuni mai devreme în perioada post-transplant [30, 9, 48, 27]. Într-un studiu populațional alcătuit din pacienți cu transplant

renal, în Irlanda, incidența apariției cancerului de piele nonmelanocitar a ajuns la aproximativ 6 ani după transplant la pacienții cu vîrsta peste 50 de ani, comparativ cu 10 - 12 ani post-transplant la pacienții mai tineri [49]. De notat, creșterea riscului a fost extraordinar de mare pentru tinerii pacienții cu transplant, comparativ cu o populație fără transplant de aceeași vîrstă, riscul de cancer de piele a fost de 200 de ori mai mare pentru acești pacienți.

■ Boala anterioară - în transplantul de rinichi, se pare că, riscul este crescut în cazul polichistozei [39, 7]. În schimb, datele cu privire la diabetul zahara sunt contradictorii. În timp ce unele studii au raportat un risc mai mic la pacienții cu diabet zaharat, ceea ce poate fi asociat cu o absorbție mai mică a terapiei imunosupresoare [39, 23, 55, 40], un studiu olandez a constatat că riscul a fost înmulțit cu 3, în cazul transplantului de pancreas și rinichi, comparativ cu un rinichi [72]. Cardiopatiile par să nu joace rol în transplantul cardiac; în schimb, în transplantul de ficat, riscul cancerului de piele este mai mare în cazul cirozei alcoolice sau colangitei sclerozante.

■ Infecții virale - rolul papilomavirusului uman (HPV) în dezvoltarea CSC rămîne incertă, dar a fost suspectat datorită coexistenței leziunilor verucoase și carcinoamelor și detectării genomului viral în tumori [21]. HPV a fost detectat la o frecvență mai mare la pielea lezată comparativ cu cea integră, la pacienții cu transplant de organe cu CSC (90% față de 11 – 32% din probe pozitive pentru HPV) [51].

■ Factori extrinseci – expunerea la soare, cu implicarea zonelor frecvent expuse. S-a demonstrat că o bună protecție solară, după apariția primului CSC, reduce numărul de noi tumori [26]. Dar există și preparate medicamentose care sunt responsabile de fotosensibilizare ca diureticele, în special asocierea amiloridului și hidroclortiazidei [35]. Alți factori extrinseci sunt dializa, fumatul și consumul de alcool, care pot crește riscul.

Rolul imunosupresoarelor specifice

Rolul imunosupresiei ca factor favorizant pentru dezvoltarea cancerului de piele la pacienții cu transplant de organe este acceptat, dar impactul medicamentelor imunosupresoare rămîne neclar [70, 2, 69]. Incidența carcinoamelor este

proporțională cu durata și intensitatea imunodepresiei.

Într-un studiu prospectiv, cu 231 de destinatari de alografa renală, care au fost repartizați aleatoriu, o parte au primit doze mici de ciclosporină, iar cealaltă parte doza normală [15]. La o medie de urmărire de 66 luni, pacienții care au primit regimul de ciclosporină doze mici au avut o incidență semnificativ mai mică în dezvoltarea cancerului de piele (17 față de 26 cancere). Totuși, riscul este mai mic la recipientii de la donatori vii, care necesită luni de imunosupresie, în comparație cu beneficiarii de la donatori decedați.

Tratamentul cu ciclosporină sau azatioprină a fost asociată cu dezvoltarea cancerului de piele în mai multe studii clinice [48, 73, 34, 18, 66, 17, 15], precum și rezultatele studiilor de laborator au sugerat că acești agenți pot influența, de asemenea, dezvoltarea de cancer cutanate prin căi non-imunologice. Efecte mutagene au fost observate ca urmare a expunerii la lumină ultravioletă și azatioprină [41, 6, 76, 59, 53], și schimbări în morfologia celulară și inhibarea reparării ADN-ului, apoptoză, și funcția p53 au fost asociate cu expunerea la ciclosporină [2, 75, 52, 74].

Sirolimus (SRL)- inhibitor al țintei rapamicinei la mamifere (mTOR proteine), suprimă creșterea și proliferarea tumorilor la diferite modele animale [31, 32, 45]. Mecanismele posibile de acțiune includ inhibarea p70 S6K (scăzînd astfel proliferarea celulelor), IL-10 (în scădere de celule tumorale Jak), și ciclonele (blocarea activității ciclului celular). La om, dovezile sugerează ca sirolimus, în comparație cu alte medicamente imunosupresoare, poate conferi un risc scăzut de boli maligne [31, 12, 46, 40, 45, 11, 22, 37, 64]. Ca exemple:

□ Într-un studiu prospectiv, 54 pacienții cu transplant de rinichi au fost repartizați aleatoriu la sirolimus sau continuarea regimului imunosupresor inițial [64]. Tratamentul imunosupresor pe bază de sirolimus întârzie, în mod semnificativ, dezvoltarea leziunilor premaligne, regresia leziunilor induse preexistente, precum și scade incidența cancerului de piele nonmelanocitar. Cu toate acestea, o mare parte din pacienții cu sirolimus au refuzat acest preparat (9 din 25 pacienți, 36%), datorită inducerii de efecte secundare (7 din 9). În plus, trecerea la sirolimus

a fost asociată cu deteriorarea funcției alogrefei la un pacient cu carcinom cu celule scuamoase și funcția renală bună, care a suportat transplantul cu 26 de ani în urmă.

□ Printre 1295 de pacienți înrolați în două studii dublu - orb, incidența de cancer de piele, a fost mai mică la pacienții tratați cu sirolimus [46].

□ Într-un studiu randomizat de 120 de pacienți francezi care au primit inhibitori de calcineurină și au avut cel puțin un cancer cu celule scuamoase, supraviețuirea, liber de reapariția cancerului, a fost mai mare în rândul pacienților care au trecut de la inhibitori de calcineurină la sirolimus, comparativ cu cei care au continuat cu inhibitori de calcineurină (16 comparativ cu 7 luni) [24]. Cu toate acestea, numărul de reacții adverse grave a fost mai mare în grupul sirolimus (60 comparativ cu 14), și 23% dintre pacienți au întrerupt sirolimus-ul din cauza efectelor secundare.

□ Într-un studiu randomizat, 86 de pacienți cu transplant renal, cu un istoric de cancer de piele melanocitar, au continuat tratamentul cu un inhibitor de calcineurină sau sirolimus [10]. La o urmărire medie de aproximativ 1.7 ani, rata anuală de dezvoltare a cancerului de piele melanocitar a fost mai mică în rândul utilizatorilor de sirolimus, comparativ cu inhibitorul de calcineurină (1,31 față de 2,48, respectiv). Cu toate acestea, a existat o rată foarte mare de întrerupere printre utilizatorii de sirolimus (42%) [10].

Efectele SRL și ale micofenolatului mofetil (MMF) au fost evaluate în egală măsură, în monoterapie sau în combinație. Apariția tumorilor de dimensiuni mari este întârziată la maxim de SRL, apoi de combinația SRL + MMF, comparativ cu MMF singur. În același studiu, rata de mutații foto-induse de p53 s-a dovedit cea mai mică cu SRL [21].

O lucrare arată că hipersensibilitate la pacienții UVA pe tratament cu azatioprină a fost redus după MMF, ceea ce sugerează o reducere a efectelor cancerigene pe termen lung [60].

Voriconazol - triazol cu spectru larg antifungice, utilizat în mod obișnuit după transplant pulmonar, a fost legat cu dezvoltarea de carcinoame cu celule scuamoase agresive la pacienții imunocompromiși, inclusiv la un primitor de transplant renal [14, 71].

Aspecte clinice

Carcinoame sunt localizate pe părțile descoperite - frecvent cap, gât și membrele superioare. Localizarea depinde de vîrsta pacientului la momentul transplantului. Partea dorsala a mîinilor și membrele superioare sunt cele mai frecvente sedii ale leziunilor la pacienții cu transplanturi înainte de vîrsta de 40 de ani, în timp ce regiunile capului și gâtului reprezintă 80% din leziuni în transplanturile după 40 de ani.

După un CSC primar, între 80 și 90% dintre pacienții cu transplant vor dezvolta tumori cutanate suplimentare în termen de 5 ani [26]. Ca și în populația generală, CSC pare, de asemenea, a fi asociat cu cancere extracutanate în cel puțin 20% din cazuri - 35% pentru CSC metastatic - în termen de 5 ani post-transplant. Prezența de leziuni condiloamo-keratotice, mai mult sau mai puțin frecvente și difuze, sunt sugestive pentru CSC [4]. Alte afecțiuni ale pielii, cum ar fi multiple keratoze seboreice [44] și hiperplazia sebaceică [63] sunt, de asemenea, asociate carcinoamelor. În schimb, prezența nevilor nu este predictivă pentru CSC [36]. Multitudinea de CSC crește riscul de reapariție a CSC agresive cu recidive locale (13%), de obicei, în primele 6 luni de la îndepărtarea tumorii, și cu evoluție metastatică (5-8%). Cu toate acestea, rata mortalității legate de CSC rămâne puțin cunoscută. Numai un studiu australian, care a implicat transplanturile de inimă, a raportat că cancerele cutanate sunt responsabile pentru 27% din decesele survenite după al patrulea an post-transplant [54].

Aspecte terapeutice

Tratamentul carcinoamelor depinde de tipul histologic al leziunilor și numărul lor [69]. Leziunile superficiale de carcinom bazocelular pot fi tratate fără controlul histologic prin metode uzuale (crioterapie, electrocoagulare) și prin aplicarea de 5-fluorouracil, imiquimod sau prin fototerapie dinamică, dacă leziunile sunt multiple [69, 16].

Leziunile tumorale nodulare ar trebui să fie tratate prin excizie chirurgicală, cu un control histologic pentru a verifica calitatea rezecției și să se adapteze monitorizarea.

Carcinoame cu celule scuamoase necesită o monitorizare mai frecventă (la fiecare 3 luni) decât carcinoamele cu celule bazale (între 6 luni și 1

an), mai ales dacă prezintă criterii clinice și histologice de agresivitate: creștere rapidă, locația periorificală la nivelul feței, ajunge la hipoderm și la planurile care stau la bază, infiltrarea fibrelor nervoase, nediferențiere.

Leziunile mari sau situate în locuri anatomice dificile pot necesita o colaborare multidisciplinară cu chirurghi de specialitate, în funcție de topografia, inclusiv chirurgie maxilo-facială sau ortopedică pentru leziunile la nivelul mâinilor și picioarelor. Nodulii ganglionari afectați necesită o disecție simplă, în caz ca nu sunt prelungiri extracapsulare.

Radioterapia va fi folosită ca tratament adjuvant al multiplelor metastaze ganglionare sau în caz de spargere extracapsulară [65.]. Un dezavantaj al radioterapie este riscul crescut pentru dezvoltarea cancerului de piele în site-uri de tratament [38].

În caz de metastaze viscerale trebuie inițiată chimioterapia. Acesta dispune de cisplatină clasic, bleomicină și 5-fluorouracil, dar eficacitatea sa este slabă. Tratamentul nou cu cetuximab [62, 1] sau cu capecitabină [19] sunt în studiu. Daune alveolare difuze fatale au fost raportate la doi pacienți cu transplant pulmonar tratați cu cetuximab pentru metastaze ale CSC, care trezește îngrijorare cu privire la utilizarea sa la acești pacienți.

Retinoizi, administrați per os (acitretin), pot fi utili pentru a reduce cheratozele și numărul de noi carcinoame, dar efectul lor este doar suspensiv și toleranță pe termen lung este slabă [61, 13.].

Protectia solara

Ea a fost obiectul a numeroase studii, care arată dificultatea de informare a pacienților despre eficiență [68.]. Metodele de protecție includ îmbrăcăminte de protecție, utilizarea cremelor solare la mare (peste 30) și comportamentul adaptat (evitarea activităților cu risc, pentru a evita expunerea la orele cele mai insorite). Utilizarea în continuare a protecției solare, după doi ani a demonstrat o reducere semnificativă a cheratozelor actinice și a CSC în comparație cu un grup de control [47].

Concluzie

Cancerul de piele reprezintă un factor important de morbiditate în supraviețuirea pe termen lung

al pacienților cu transplant. Un număr mare de cazuri ar putea fi prevenite prin supraveghere dermatologică regulată pentru a detecta și trata precoce leziunile suspecte și monitorizarea respectării protecției solare.

Apariția cancerelor cutanate trebuie să impună o revizuire a imunosupresiei, rezultatele protocoalele curente ar trebui să permită să definească cele mai bune strategii pentru imunosupresie, care reduce nu numai riscul de cancer de piele, dar și alte tipuri de cancer.

Bibliografie:

1. Arnold AW, Bruckner-Tuderman L, Zuger C, Itin PH. Cetuximab therapy of metastasizing cutaneous squamous cell carcinoma in a patient with severe recessive dystrophic epidermolysis bullosa. *Dermatology* 2009; 219:80.
2. Athar M, Walsh SB, Kopelovich L, Elmets CA. Pathogenesis of nonmelanoma skin cancers in organ transplant recipients. *Arch Biochem Biophys* 2011; 508:159.
3. Borie C, Euvrard S, Verola O et al. No evidence for microsatellite instability in immunodeficiency-related skin cancer. *Am J Transplant* 2010;10(1):192-3
4. Bouwes Bavinck JN, Euvrard S, Naldi L et al. Keratotic skin lesions and other risk factors are associated with skin cancer in organ-transplant recipients: a case-control study in the Netherlands, United Kingdom, Germany, France and Italy. *J Invest Dermatol* 2007;127:1647-56.
5. Bouwes Bavinck JN, Hardie DR, Green A, et al. The risk of skin cancer in renal transplant recipients in Queensland, Australia. A follow-up study. *Transplantation* 1996; 61:715.
6. Brem R, Li F, Karran P. Reactive oxygen species generated by thiopurine/UVA cause irreparable transcription-blocking DNA lesions. *Nucleic Acids Res* 2009; 37:1951.
7. Bretagnol A, Hamili JM, Roland A et al. Autosomal dominant polycystic kidney disease: risk factor for nonmelanoma skin cancer following kidney transplantation. *Transpl Int* 2010 Mar 5.
8. Brewer JD, Colegio OR, Phillips PK, et al. Incidence of and risk factors for skin cancer after heart transplant. *Arch Dermatol* 2009; 145:1391.
9. Caforio AL, Fortina AB, Piaserico S, et al. Skin cancer in heart transplant recipients: risk factor analysis and relevance of immunosuppressive therapy. *Circulation* 2000; 102:III222.
10. Campbell SB, Walker R, Tai SS, et al. Randomized controlled trial of sirolimus for renal transplant recipients at high risk for nonmelanoma skin cancer. *Am J Transplant* 2012; 12:1146.
11. Campistol JM, Gutierrez-Dalmau A, Torregrosa JV. Conversion to sirolimus: a successful treatment for posttransplantation Kaposi's sarcoma. *Transplantation* 2004; 77:760.
12. Campistol JM, Eris J, Oberbauer R, et al. Sirolimus therapy after early cyclosporine withdrawal reduces the risk for cancer in adult renal transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17:581.
13. Chen K, Craig JC, Shumack S. Oral retinoids for the prevention of skin cancers in solid organ transplant recipients: a systematic review of randomized controlled trials. *Br J Dermatol* 2005; 152:518
14. Cowen EW, Nguyen JC, Miller DD, et al. Chronic phototoxicity and aggressive squamous cell carcinoma of the skin in children and adults during treatment with voriconazole. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:31.

15. Dantal J, Hourmant M, Cantarovich D, et al. Effect of long-term immunosuppression in kidney-graft recipients on cancer incidence: randomised comparison of two cyclosporin regimens. *Lancet* 1998; 351:623.
16. De Graaf YG, Basdew VR, van Zwan-Kraal N, et al. The occurrence of residual or recurrent squamous cell carcinomas in organ transplant recipients after curettage and electrodesiccation. *Br J Dermatol* 2006; 154:493.
17. Doesch AO, Muller S, Konstandin M, et al. Malignancies after heart transplantation: incidence, risk factors, and effects of calcineurin inhibitor withdrawal. *Transplant Proc* 2010; 42:3694.
18. Einollahi B, Nemati E, Lessan-Pezeshki M, et al. Skin cancer after renal transplantation: Results of a multicenter study in Iran. *Ann Transplant* 2010; 15:44.
19. Endrizzi BT, Lee PK. Management of carcinoma of the skin in solid organ transplant recipients with oral capecitabine. *Dermatol Surg* 2009; 35:1567.
20. España A, Martínez-González MA, García-Granero M, et al. A prospective study of incident nonmelanoma skin cancer in heart transplant recipients. *J Invest Dermatol* 2000; 115:1158.
21. Euvrard S. Carcinomes cutanes apres transplantation. *Le Courrier de la Transplant* 2010; 2:57
22. Euvrard S, Ulrich C, Lefrancois N. Immunosuppressants and skin cancer in transplant patients: focus on rapamycin. *Dermatol Surg* 2004; 30:628.
23. Euvrard S, Claudy A. Post-transplant skin cancer: the influence of organ and pretransplant disease. *Cancer Treat Res* 2009; 146:65-74
24. Euvrard S, Morelon E, Rostaing L, et al. Sirolimus and secondary skin-cancer prevention in kidney transplantation. *N Engl J Med* 2012; 367:329.
25. Euvrad S, Kanitakis J, Claudy A. Skin cancers after organ transplantation. *N Engl J Med* 2003; 348:1681-91.
26. Euvrard S, Kanitakis J, Decullier E, et al. Subsequent skin cancers in kidney and heart transplant recipients after the first squamous cell carcinoma. *Transplantation* 2006; 81:1093.
27. Fortina AB, Piaserico S, Caforio AL, et al. Immunosuppressive level and other risk factors for basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma in heart transplant recipients. *Arch Dermatol* 2004; 140:1079.
28. Glover MT, Deeks JJ, Raftery MJ, et al. Immunosuppression and risk of non-melanoma skin cancer in renal transplant recipients. *Lancet* 1997; 349:398.
29. Gogia R, Binstock M, Hirose R, et al. Fitzpatrick skin phototype is an independent predictor of squamous cell carcinoma risk after solid organ transplantation. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68:585.
30. Greenberg JN, Zwald FO. Management of Skin Cancer in Solid-organ Transplant Recipients: A Multidisciplinary Approach. *Dermatol Clin* 2011; 29:231.
31. Guba M, Graeb C, Jauch KW, Geissler EK. Pro- and anti-cancer effects of immunosuppressive agents used in organ transplantation. *Transplantation* 2004; 77:1777.
32. Guba M, von Breitenbuch P, Steinbauer M, et al. Rapamycin inhibits primary and metastatic tumor growth by antiangiogenesis: involvement of vascular endothelial growth factor. *Nat Med* 2002; 8:128.
33. Harwood CA, Proby CM, McGregor JM, et al. Clinicopathologic features of skin cancer in organ transplant recipients: a retrospective case-control series. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:290.
34. Jensen P, Hansen S, Müller B, et al. Skin cancer in kidney and heart transplant recipients and different long-term immunosuppressive therapy regimens. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40:177.
35. Jensen AO, Thomes HF, Engegjerg MC et al. Use of photosensitising diuretics and risk of skin cancer: a population-based case-control study. *Br J Cancer* 2008;99:1522-8
36. Joly P, Bastuji-Guerin S, Frances C et al. Squamous cell carcinomas are associated with verruco-keratotic cutaneous lesions but not with common warts in organ-transplant patients. A case-control study. *Transplantation* 2010.
37. Kahan BD, Yakupoglu YK, Schoenberg L, et al. Low incidence of malignancy among sirolimus/cyclosporine-treated renal transplant recipients. *Transplantation* 2005; 80:749.
38. Karagas MR, McDonald JA, Greenberg ER, et al. Risk of basal cell and squamous cell skin cancers after ionizing radiation therapy. For The Skin Cancer Prevention Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88:1848.
39. Kasiske BL, Snyder JJ, Gilbertson DT, Wang C. Cancer after kidney transplantation in the United States. *Am J Transplant* 2004; 4:905-13
40. Kauffman HM, Cherikh WS, Cheng Y et al. Maintenance immunosuppression with targer-of-rapamycin inhibitors is associated with a reduced incidence of de novo malignancies. *Transplantation* 2005;80:883-9
41. Kelly GE, Meikle W, Sheil AG. Effects of immunosuppressive therapy on the induction of skin tumors by ultraviolet irradiation in hairless mice. *Transplantation* 1987; 44:429.
42. Kessler M, Jay N, Molle R, Guillemin F. Excess risk of cancer in renal transplant patients. *Transplant Int* 2006;19:908-14.
43. Laing ME, Dicker P, Moloney FJ, et al. Association of methylenetetrahydrofolate reductase polymorphism and the risk of squamous cell carcinoma in renal transplant patients. *Transplantation* 2007; 84:113.
44. Lally A, Casabonne D, Waterboer T et al. Association of seborrheic warts with skin cancer in renal transplant recipients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; Sept. 1
45. Luan FL, Ding R, Sharma VK, et al. Rapamycin is an effective inhibitor of human renal cancer metastasis. *Kidney Int* 2003; 63:917.
46. Mathew T, Kreis H, Friend P. Two-year incidence of malignancy in sirolimus-treated renal transplant recipients: results from five multicenter studies. *Clin Transplant* 2004; 18:446.
47. Mihalis EL, Wysong A, Boscardin WJ, et al. Factors affecting sunscreen use and sun avoidance in a U.S. national sample of organ transplant recipients. *Br J Dermatol* 2013; 168:346.
48. Mithoefer AB, Supran S, Freeman RB. Risk factors associated with the development of skin cancer after liver transplantation. *Liver Transpl* 2002; 8:939.
49. Moloney FJ, Comber H, O'Lorcain P, et al. A population-based study of skin cancer incidence and prevalence in renal transplant recipients. *Br J Dermatol* 2006; 154:498.]
50. Moosa MR, Gralla J. Skin cancer in renal allograft recipients—experience in different ethnic groups residing in the same geographical region. *Clin Transplant* 2005; 19:735.
51. Nindl I, Gottschling M, Stockfleth E. Human papillomaviruses and non-melanoma skin cancer: basic virology and clinical manifestations. *Dis Markers* 2007; 23:247.
52. Norman KG, Canter JA, Shi M, et al. Cyclosporine A suppresses keratinocyte cell death through MPTP inhibition in a model for skin cancer in organ transplant recipients. *Mitochondrion* 2010; 10:94.
53. O'Donovan P, Perrett CM, Zhang X, et al. Azathioprine and UVA light generate mutagenic oxidative DNA damage. *Science* 2005; 309:1871.
54. Ong CS, Keogh AM, Kossard S, MacDonald PS, Spratt PM. Skin cancer in Australian heat-transplant recipients. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:27-34.

55. Otley C, Cherkh WS, Salsche SJ, McBride MA, Christenson LJ, Kauffman HM. Skin cancer in organ transplant recipients: effect of pretransplant end-organ disease. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:783-90
56. Perera GK, Child FJ, Heaton N, et al. Skin lesions in adult liver transplant recipients: a study of 100 consecutive patients. *Br J Dermatol* 2006; 154:868.
57. Ramsay HM, Fryer AA, Hawley CM, et al. Factors associated with nonmelanoma skin cancer following renal transplantation in Queensland, Australia. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:397.
58. Ramsay HM, Fryer AA, Hawley CM, et al. Non-melanoma skin cancer risk in the Queensland renal transplant population. *Br J Dermatol* 2002; 147:950.
59. Ren X, Xu YZ, Karran P. Photo-oxidation of 6-thioguanine by UVA: the formation of addition products with low molecular weight thiol compounds. *Photochem Photobiol* 2010; 86:1038.
60. Robson R, Cecka JM, Opelz G, et al. Prospective registry-based observational cohort study of the long-term risk of malignancies in renal transplant patients treated with mycophenolate mofetil. *Am J Transplant* 2005; 5:2954.
61. Rook AH, Jaworsky C, Nguyen T, et al. Beneficial effect of low-dose systemic retinoid in combination with topical tretinoin for the treatment and prophylaxis of premalignant and malignant skin lesions in renal transplant recipients. *Transplantation* 1995; 59:714.
62. Rubió Casadevall J, Graña-Suárez B, Hernandez-Yagüe X, et al. Xeroderma pigmentosum: neck lymph node metastasis of a squamous cell carcinoma of the skin treated with cetuximab. *Eur J Dermatol* 2009; 19:163.
63. Salim A, Reece SM, Smith AG et al. Sebaceous hyperplasia and skin cancer in patients undergoing renal transplant. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:878-81
64. Salgo R, Gossmann J, Schofer H, et al. Switch to a sirolimus-based immunosuppression in long-term renal transplant recipients: reduced rate of (pre-)malignancies and nonmelanoma skin cancer in a prospective, randomized, assessor-blinded, controlled clinical trial. *Am J Transplant* 2010; 10:1385.
65. Stasko T, Brown MD, Carucci JA, et al. Guidelines for the management of squamous cell carcinoma in organ transplant recipients. *Dermatol Surg* 2004; 30:642.
66. Taylor AE, Shuster S. Skin cancer after renal transplantation: the causal role of azathioprine. *Acta Derm Venereol* 1992; 72:115.
67. Tessari G, Naldi L, Boschiero L, et al. Incidence and clinical predictors of a subsequent nonmelanoma skin cancer in solid organ transplant recipients with a first nonmelanoma skin cancer: a multicenter cohort study. *Arch Dermatol* 2010; 146:294.
68. Ulrich C, Jurgensen JS, Degen A, et al. Prevention of non-melanoma skin cancer in organ transplant patients by regular use of a sunscreen: a 24 months, prospective, case-control study. *Br J Dermatol* 2009; 161 Suppl 3:78.
69. Ulrich C, Kanitakis J, Stockfleth E, Euvrard S. Skin cancer in organ transplant recipients: where do we stand today? *Am J Transplant* 2008;8:2192-8.
70. Vajdic CM, van Leeuwen MT. Cancer incidence and risk factors after solid organ transplantation. *Int J Cancer* 2009; 125:1747.
71. Vanacker A, Fabre G, Van Dorpe J, et al. Aggressive cutaneous squamous cell carcinoma associated with prolonged voriconazole therapy in a renal transplant patient. *Am J Transplant* 2008; 8:877.
72. Wisgerhof HC, van der Boog PJ, de Fijter JW, et al. Increased risk of squamous-cell carcinoma in simultaneous pancreas kidney transplant recipients compared with kidney transplant recipients. *J Invest Dermatol* 2009; 129:2886.
73. Wisgerhof HC, Edelbroek JR, de Fijter JW, et al. Subsequent squamous- and basal-cell carcinomas in kidney-transplant recipients after the first skin cancer: cumulative incidence and risk factors. *Transplantation* 2010; 89:1231.
74. Wu X, Nguyen BC, Dziunycz P, et al. Opposing roles for calcineurin and ATF3 in squamous skin cancer. *Nature* 2010; 465:368.
75. Yarosh DB, Pena AV, Nay SL, et al. Calcineurin inhibitors decrease DNA repair and apoptosis in human keratinocytes following ultraviolet B irradiation. *J Invest Dermatol* 2005; 125:1020.
76. Zhang X, Jeffs G, Ren X, et al. Novel DNA lesions generated by the interaction between therapeutic thiopurines and UVA light. *DNA Repair (Amst)* 2007; 6:344.

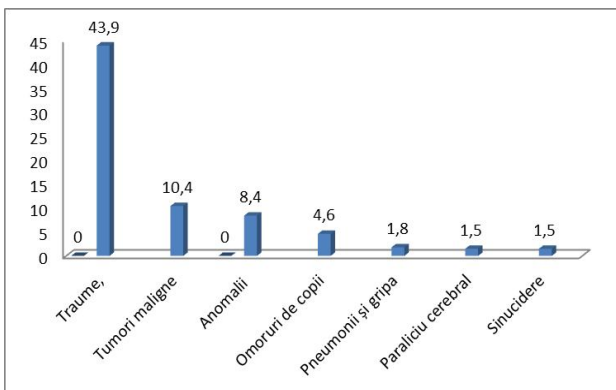
Voizian Ion, secția pediatrie oncologică, Institutul Oncologic din Republica Moldova

ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR MALIGNNE LA COPII

Pediatric Oncology Service in the Republic of Moldova is founded in 1989. Now in the Republic of Moldova activates the pediatric oncology department, oncohematological department for children and pediatric office in clinic of Institute of Oncology. Statistics evidence of children with cancer is carried out by methodology- organization department of Oncological Institute of Moldova. In the Institute of Oncology for children's with cancer are performing surgical treatment, chemotherapy and radiotherapy. For children with cancer with state of emergency surgery treatment is performed at Centre Mother and Child Health Care. Many surgeries is carried out by surgical teams formed of physicians from various medical centers. In Pediatric Oncology and oncohematological department children receive chemotherapy treatment by modern schemes. Soon will be open bone marrow transplant department and it will be possible high dose chemotherapy.

Key word: pediatric oncology department, Cancer Institute of the Republic of Moldova, chemotherapy, radiotherapy, child health care.

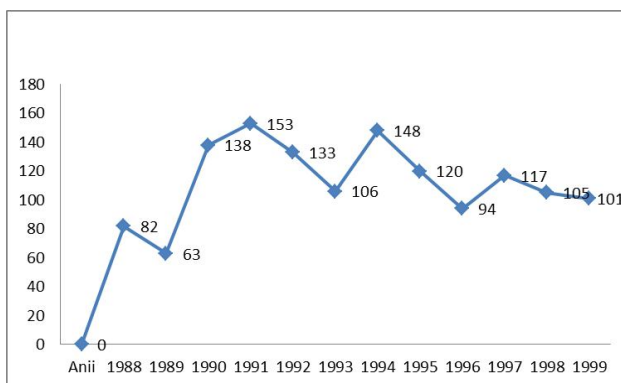
Tratamentul tumorilor la copii este una din cele mai complicate probleme a pediatriei și a oncologiei. Tumorile maligne la copii se intalnesc rar. Morbiditatea prin tumori maligne la copii este de 10 ori mai mică comparativ cu populația matură. Conform datelor seminarului Internațional pe tumori maligne și leucemii la copii, incidența tumorilor maligne la copii depistate la vârsta de până la 14 ani este de 9,2 la 100 000 populație prematură.



Mortalitatea la copii în dependență de cauza decesului

Însă conform datelor OMS mortalitatea prin tumori maligne la copii ocupă locul II în structura mortalității copiilor în țările economic dezvoltate.

Evidența copiilor bolnavi de tumori maligne în RM se efectuează, în măsura posibilităților, de către secția organizator metodică a policlinicii IMSP IOM.

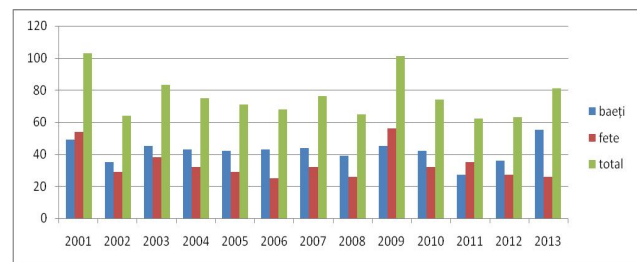


Morbiditatea prin tumori maligne la copii in Republica Moldova

Spre regret morbiditatea și mortalitatea prin tumori maligne la copii in Moldova este destul de înaltă și cu puțin diferă de alte state, ceea ce a

impus necesitatea deschiderii in decembrie anului 1989 a primei secții de pediatrie oncologică în cadrul Institutului Oncologic, iar ulterior serviciul oncopediatic in Republică se lărgeste prin deschiderea în februarie 1991 a secției oncohematologie pentru copii, tot in cadrul Institutului Oncologic

Deschiderea acestor secții a făcut posibilă evidența mai precisă a copiilor suferinzi de tumori maligne.



Morbiditatea prin tumori maligne la copii pentru anii 2001-2013

Studiind structura morbidității oncopediatrie în R.Moldova sa depistat că prevalează hemoblastozele, care sunt urmate de tumorile creierului, apoi de tumorile țesuturilor moi și a oaselor.

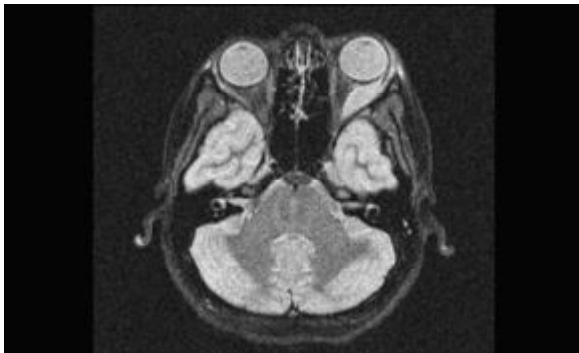
Din primele zile a creării secțiilor de pediatrie oncologică și oncohematologie pentru copii și până în prezent se depun toate eforturile pentru a trata micii pacienți conform celor mai noi metode existente.

Tratamentul tumorilor la copii este multimodal și include tratamentul chirurgical, terapia ira-diantă, chimioterapia. Imunoterapia în prezent încă nu are indicații bine stabilite în tratamentul tumorilor maligne la copii.

Tratamentul chirurgical rămâne până în prezent metoda cea mai importantă în tratamentul complex al tumorilor maligne. Este cazul de menționat că în secția pediatrie oncologică în comun cu colegii din secțiile de profil se efectuează intervenții chirurgicale deseori unice și laborioase. Spre exemplu tratamentul chirurgical a tumorilor orbitei la copii.

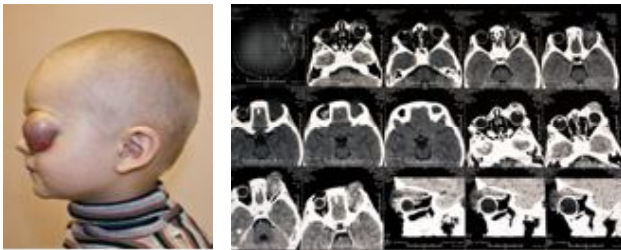
În imagine tomografia computerizată a unui caz de limfom a orbitei pe stanga cu succes operat de către dn. academician Gh. Țâbârnă.

După înlăturarea tumorului funcția ochiului păstrată pe deplin. Cu părere de rău în regiunea orbitei se întâlnesc și tumori maligne cum ar fi



rabdomiosarcomul care la unii pacienți evoluează foarte agresiv.

Spre regret intervenția s-a soldat cu exenterația orbitei. La moment pacientul este în viață și fără de semne de recidivă sau metastaze la distanță sigur că pe fonul tratamentului polichimioterapic.



Cu mare părere de rău există formațiuni benigne care local se manifestă printr-o agresivitate cu caracter malign cum ar fi hemangiomul orbitei.



Preoperator pacientul a fost consultat de medicii oftalmologi care au stabilit distrucția totală a globului ocular. Unica șansă de a salva viața pacientului a fost exenterația orbitei.

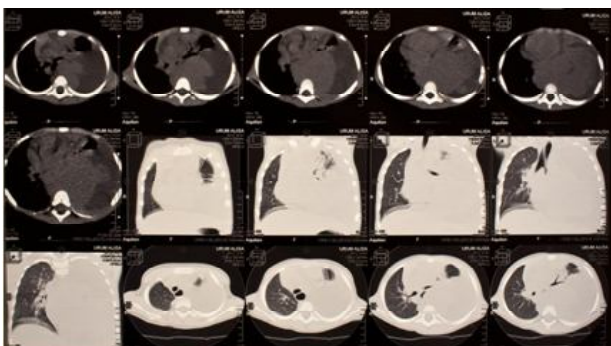
Un alt exemplu de proces tumoral benign cu evoluție locală malignă poate servi cazul unei lipomatoze agresive a coapsei pe stanga:





Cu părere de rău mai există cazuri de proces benign agresiv inoperabil și cărora la moment este imposibil de a administra careva tratament eficient.

Prezența proceselor avansate maligne, confirmate prin examenul histopatologic, tomografie computerizată, s-au alte metode de diagnostic la majoritatea pacienților impune administrarea în perioada preoperatorie a tratamentului chimioterapic și iradiant, care contribuie la micșorarea tumorii în volum și face posibilă efectuarea unei intervenții chirurgicale în volum radical. În prezent acest algoritm este la baza tacticii de tratament a nefroblastomului, rhabdomiosarcomului, osteosarcomului ș.a. Doar la pacienții cu vârsta de până la un an cu procese tumorale stadiile I și II unica metodă de tratament este metoda chirurgicală. Intervenția chirurgicală rămâne unica metodă de tratament în cazul tumorilor rezistente tratamentului conservativ (chimioterapie și iradiant), cum sunt hepatoblastomul, teratoblastomul.



Tratamentul chimioterapic este metoda de bază aplicată în tratamentul majorității tumorilor maligne la copii.

În imagine tomografia computerizată a cutiei toracice a unui pacient de un an și 8 luni. Diagnoza: Neuroblastom a mediastinului posterior, căruia în condițiile ICSOMȘC s-a efectuat toracotomia lateroposterioară cu înlăturarea parțială a tumorului.

La a 6 zi după operație pacienta transferată în secția oncologie pediatrică a IMSP IOM în stare gravă cu semne de insuficiență respiratorie.



La indicații vitale s-a întreprins o tentativă de tratament polichimioterapic, care s-a soldat cu o ameliorare semnificativă a stării pacientei.



Se poate ferm de declarat ca pe parcursul celor circa 20 de ani de activitate a serviciului oncopediatric în componența IOM rata pacienților însănătoșiți se mărește în mod constant, se mărește longivitatea și calitatea vieții pacienților.

V-a prezentam pe scurt analiza activității secției pediatrie oncologica pentru anii 2009-2011 (tab. 1).

Au predominat pacienții de gen masculin 59% cu domiciliu în localități rurale 57%.

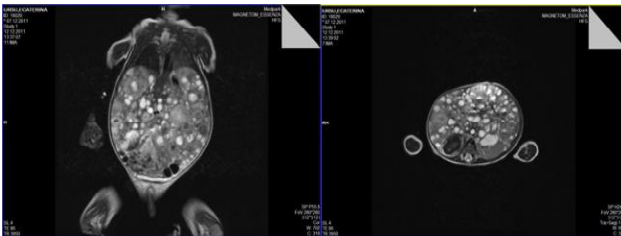
Tabelul 1.

Morbiditatea copiilor de tumori maligne pe grupe de vîrstă și sex, 2009-2011

	2008			2009			2010		
	total	băieți	fete	total	băieți	fete	total	băieți	fete
Total bolnavi înregistrați cu diagnosticul de tumori maligne, caz nou	65	39	26	73	45	28	74	42	32
inclusiv copii în vîrstă de:									
0-4	20	9	11	23	15	8	22	14	8
5-14	27	19	8	32	20	12	37	19	18
15-17	18	11	7	18	10	8	15	9	6
Cazuri la 100 mii copii în vîrstă de 0-17 ani	8,3	9,7	6,8	9,5	11,5	7,5	9,9	11,0	8,8

Analizând lotul pacienților cu tumori maligne, am constatat că 31% aveau vârsta cuprinsă între 0 și 4 ani. Acești indici confirmă caracterul congenital al majorității tumorilor maligne la copii.

În vizorul nostru au nimerit mai mulți copii cu tumori maligne congenitale.



În imagine tomografia computerizată a unui pacient cu hepatoblastom congenital la vârsta de până la 2 săptămâni. Spre regret pacientului nu a fost posibil de a administra careva tratament specific.

În secție au primit tratament chirurgical 48% de copii, 19% intervenții au fost efectuate pentru procese maligne; 81% pentru procese benigne și procese inflamatorii (biopsia ganglionilor limfatici după tratament antiinflamator fără efect), s-au înregistrat câteva cazuri de tub-adenită.

Operații radicale la pacienții din lotul tumorilor maligne s-au efectuat în 50% de cazuri. O parte din pacienți sunt internați după intervenții chirurgicale efectuate în secții specializate - secția Oftalmologie copii, secțiile Neurochirurgie și secțiile chirurgicale din rețeaua generală.

Pacienții de până la 3 ani sau cu statut somatic agravat se operează la ICSOSMȘC deoarece necesită asistență anestezicologică și reanimatologică specializată.

Spre marele regret tumorile maligne la copii în RM în circa 70% cazuri, se depistează în cazuri

tardive III și IV. Dacă în formele localizate ale nefroblastomului supraviețuiesc până la 90% de copii, până la 100% pacienți cu retinoblastom și la 50% de copii cu rhabdomiosarcom, apoi în cazurile avansate rămân în viață nu mai mult de 30% de copii.

Depistarea tardivă a tumorilor la copii este cauzată de unele particularități clinice și de diagnostic a tumorilor la copiii.

Particularitățile clinice a tumorilor la copii:

1. Perioada latentă scurtă de la apariția tumorului până la manifestările clinice.

2. Structuri morfologice neobișnuite, cu prevalarea sarcoamelor și număr redus de tumori epiteliale- 6%.

3. Majoritatea tumorilor maligne la copii, până la 75%, sunt congenitale, adesea fiind diagnosticate împreună cu anumite vicii congenitale.

4. Printre tumorile maligne intalnite la copii există fenomenul de regresie spontană.

5. La copii lipsesc forme-le vizuale ale cancerului atat de des intalnite la maturi, cum ar fi cancerul glandei mamare, pielii, bu-zei, cancerul colului uterin, cancerul rectului.

6. Majoritatea tumorilor maligne, diagnosticate la copii, se ascund sub multiple „măști”. Boala Hirchprung, rahitismul, hepatosplenomegalia, osteomieliita, limfadenopatiile.

Particularități de diagnostic:

1. Date anamnestice insuficiente, la majoritatea pacienților este imposibilă culegerea anamnezei.

2. Vizualizare minimală a tumorilor, tumorile sunt localizate în cavități dificile pentru diagnostic

cum ar fi: mediastin, craniu, abdomen și spațiul retroperitoneal.

3. Perioada asimptomatică îndelungată și debutul acut a maladii.

4. Necesitatea anesteziei generale pentru efectuarea unor proceduri de diagnostic.

În literatura de specialitate se menționează că în 80% de cazuri se comit erori de diagnostic. Medicii din rețeaua generală nu posedă cunoștințe suficiente în domeniul oncopediatriei. Și doar până la 20% de cazuri de depistare tardivă o constituie lipsa unui consult la timp la medicul de specialitate.

Dar pe lângă particularitățile anatomo-fiziologice se poate menționa unele neajunsuri în managementul serviciului oncopediatric:

- Nu există specialitatea de oncopediatru în Registrul Național al specialităților medicale a RM.
- Nu există medic oncopediatru în cadrul policlinicilor raionale și nici în cadrul policlinicilor municipale (Bălți, Cahul, Tiraspol).

- Nu există secție de reabilitare oncologică pentru copii.

- Nu există specialiști, experți în cadrul expertizei vitalității.

- Nu exista un program universitar în pediatria oncologică.

- Nu exista material didactic complex consacrat problemelor oncologiei pediatrie.

- Lipsesc programele Naționale și teritoriale de combatere a tumorilor la copii.

Bibliografie:

1. I. Mereuță, E. Tcacenco, I. Vozian, L. Rusu. Managementul în serviciul oncologic pediatric al Republicii Moldova. USMF „N. Testemițanu” Catedra de oncologie și hematologie, Institutul Oncologic din Moldova. I congres național de oncologie, culegere de articole. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Institutul Oncologic din Moldova, Societatea Combaterii Cancerului din Moldova. Culegere de articole și teze. Chișinău 2000.

2. L. Rusu, I. Vozian, S. Musteță, M. Rogojinaru, G Bogdanschii. Particularitățile tumorilor maligne la copii și fondarea serviciului oncopediatric. Institutul Oncoogic din Moldova. Buletinul Academiei de Știință a Moldovei.

3. Л. А. Дурнов. Г. В. Голдобенко. Детская онкологияю М., 2002.

Mereuță Roman, doctorand AȘM

Coordonatori - prof. univ., Membru Cor. AȘM Guciac I., conf. univ. Suceveanu N.

OPORTUNITATEA DREPTULUI MEDICAL ȘI INTERNAȚIONAL CA RAMURĂ A DREPTULUI PUBLIC ȘI DE SPECIALITATE ȘTIINȚIFICĂ

Article addresses the need of founding national medical law in Moldova, as a branch of public law, given the urgent need to regulate relations in the field at national and interstate relations in medicine and health insurance, reports these levels, medical and social agreements in scientific domains, role of global organizations - ONU, OMS, AMM, UNICEF, UNESCO and others in health policy, human rights. The authors argue the necessity of determining scientific specialty “medical law” within the specialty “public rights”, “constitutional law”.

Keywords: Medical law, international medical law, opportunity to determine their scientific specialty, legislative regulations - regulations for medical work.

Constituția Republicii Moldova, art.36 garantează Dreptul la ocrotirea sănătății, stipulează principiile bazelor legislative a sistemului de sănătate. Se cere ameliorarea continuă a sistemului juridic al sistemului de sănătate în Republica Moldova, ajustarea legislației naționale la rigorile europene.

Relațiile ce se creează în procesul acordării asistenței medicale sunt diverse și dificile. Actele

în vigoare reglementează unele aspecte ale activității medicale iar altele se cer a fi reglementate în viitoarele acte legislative.

Dezvoltarea tehnologiilor și nanotehnologiilor medicale în ultimele decenii, cât și perfecționarea legilor au trezit un interes viu pentru etica medicală, decât în zilele când moartea era indiscutabilă, iar viața, o dată stabilită în uter, putea fi suprimată doar

cu prețul unui pericol grav pentru femeia gravidă.

Actualmente viața poate fi creată în eprobeta de laborator. Natura vieții poate fi alterată prin chirurgie genetică. Acei care sînt în faza de a muri prin deteriorarea unui organ vital își pot prelungi viețile prin transplant de organe, acei incapabili de a mânca și respira pot fi hrăniți intravenos și pot respira artificial și chiar atunci cînd moartea este inevitabilă – procesul de a muri poate fi prelungit. Toate acestea se datorează procesului tehnico- științific în medicină. Necesitatea de a aduce la un numitor comun etica medicală și dreptul medical depășește cu mult riscurile implicate. Discuțiile care se poartă în medicina contemporană sunt umbrite de un precedent dureros ce datează din cel de-al doilea război mondial, cînd unii profesioniști ai medicinei au abandonat sancțiunile eticii normale și, lucrînd sub presiuni enorme, s-au detașat de preocupările tradiționale și adecvate ale medicinei.

Responsabilitatea medicală trebuie să plece de la etica teoretică și de la medicina practică. Deliberînd între aceste alternative, unele considerații practice pot avea anumite roluri în mod rezonabil. Unul este aspectul cercetării în anumite sfere, iar celălalt este situația practică în care se află medicina. Desigur este necesar un tratament rapid și mai eficient. Atunci cînd se ia în considerație relația medic-pacient într-un caz particular, putem alege o atitudine, dar cînd o întregă branșă de cercetare științifică este în chestiune, a ține atenția fixată doar pe un detaliu ne poate aduce la greșeala de a nu vedea principalul. Conflictul central în majoritatea statelor, este între principiul autonomiei și principiul beneficului – între respectul pentru suferințele sau drepturile pacientului și interesele pacientului.

În evoluția concepțiilor despre viață și societate, a manierilor filozofice de a aborda existența, jurisprudența începe să acrediteze ideea antrenării răspunderii pentru simpla nereușită a tratamentului, deci pentru lipsa rezultatului scontat. Tragerea la răspundere nu mai este deci condiționată de existența vinovăției medicului, trecîndu-se de la o obligație de mijloace – competență, diligentă, tehnicitate adecvată – la o obligație de rezultat. În asemenea circumstanțe pare mai ușor de înțeles modalitatea de asigurare preventivă pentru eșec. Este dificil de diferențiat

greșeala de eroare, de deficiență sa ude culpă.

Pe de altă parte, judecătorul este pus în dificultate de extremă complexitate tehnică a actului medical contemporan, unde un mare număr de prejudicii nu pot fi atribuite cu certitudine unei cauze precise, ci se pot emite numai ipoteze. Magistrații sunt deosebit de preocupați de soarta victimei, atunci cînd responsabilitatea medicală tinde să se topească în mecanismele colective de asigurări, și se străduiesc să acorde reparația prejudiciului.

În ultimii ani, atenția acordată responsabilității medicale a crescut odată cu perimarea treptată a sistemului de gratuitate a asistenței medicale la condițiile economiei de piață și ale liberalizării asistenței medicale.

Profesia de medic este specifică, necesită o pregătire specială. Cerințele față de profesia de medic impune o cerință față de pregătirea profesională. Odată cu primirea diplomei, juridic medicul devine medic, dar pregătirea profesională continuă toată viața. Medicul își ia niște obligațiuni speciale față de profesia sa, față de colegi, față de umanitate odată cu primirea jurămîntului medicului din țară, a jurămîntului lui Hipocrate. În procesul activității sale medicul are relații cu bolnavul, cu rudele bolnavului, cu colegii, cu colectivul, cu administrația instituției medicale, cu inginerii tehnicii medicale și cu tehnica medicală, cu farmacistul etc., etc. Medicul trebuie să fie corect în orice situație și întotdeauna să reiasă din interesul sănătății bolnavului.

Este evident că medicul, chiar de la începutul unor manipulații, unei operații, unei infuzii, prestări medicale își asumă un anumit risc și anumite obligațiuni față de bolnav, și chiar față de lege. În procesul corelației medic-pacient din diferite epoci pînă în zilele noastre au existat mai multe principii: Primul principiu care a dominat pînă nu demult a fost Paternalismul. Medicul era „Dumnezeul” bolnavului. El era drept, acțiunile lui erau definitive și nu se discutau. Al doilea principiu care a dominat prin istorie a fost principiul înțelegerii reciproce. Parțial acest principiu funcționează și astăzi în unele țări. Principiul impune discutarea stării pacientului, tactica de tratament, manoperele, operațiile, volumul lor, se discută cu pacientul și în acest caz i se cere consimțămîntul.

După adoptarea Declarației drepturilor pacientului de la Amsterdam, s-a creat o situație

specială a medicului față de pacient. Medicul răspunde nu numai în fața eticii medicale, deontologiei, Codului deontologic, dar i se impune responsabilitatea juridică. Medicii care încalcă îndatoririle profesionale stipulate în Codul deontologic trebuie judecați de către Departamentul de jurisdicție profesională cu aplicarea diferitor sancțiuni iar în cazul săvârșirii culpelor medicale și în fața judecătății. Apare o problemă primordială. Unde este diferența dintre eroarea medicală, greșeala medicală și culpa medicală? Apare necesitatea reglementării juridice a responsabilității medicilor și pacienților, efectiv și a drepturilor lor în diferite situații. Aceasta o necesită tendința noastră de a trăi într-un stat bazat pe drept. Apare necesitatea elaborării și adoptării Codului Medical din Republica Moldova. Sperăm că își va aduce aportul la adoptarea legilor medicale de care avem astăzi mare nevoie.

Profesiunea medicală a subscris demult la mari valori etice, create în primul rând pentru folosul pacientului. Ca membru al acestei profesii, medicul trebuie să se recunoască responsabil nu numai față de pacienții lui și față de societate, față de alți lucrători în domeniul sănătății, ci și față de el însuși. Principiile etico-morale și deontologice nu sunt legi, ci standarde comportamentale, care definesc esențialul comportamentului onorabil al medicului.

În prelegerile înaintașilor profesori medici se spune:

„– Medicul trebuie să trateze bolnavul cu competență, cu compasiune și respect pentru demnitatea umană.

– Medicul trebuie să-și trateze pacienții și colegii cu onestitate și să se străduie să demaște pe acei medici cu competență sau caractere deficiente sau care se dedau la fraudă sau înșelătorie.

– Medicul trebuie să respecte legea și să recunoască, de asemenea, responsabilitatea pentru atitudinile contrarii intereselor principale ale pacientului.

– Medicul trebuie să respecte drepturile pacienților, ale colegilor și ale altor cadre medicale; trebuie să păstreze încrederea acordată de pacient în limitele constrângerii legii.

– Medicul trebuie să continue studiul, să aplice și să facă uz de descoperirile și inovațiile noi, să pună la dispoziția pacienților și colegilor informații

sugestive; să obțină consultul și chiar să folosească talentele altor medici specialiști când este cazul.

– În scopul îngrijirii cât mai bune a pacientului, cu excepția urgențelor, medicul va fi liber în alegerea colaboratorilor, a asociațiilor și a ambianței în care va acorda serviciile medicale.

– Medicul va recunoaște responsabilitatea de a participa la activități menite să contribuie la îmbunătățirea vieții comunitare.“

Apare necesitatea de a mediatiza între medici și pacienți, juriști și economiști problema responsabilităților în procesul activității medicale, de a conștientiza între medici că orice acțiune sau inacțiune ține de o răspundere morală, etică, deontologică și chiar juridică – civilă, contractuală sau chiar penală. Apare problema profilaxia erorilor, greșelilor și culpelor medicale. Considerăm, necesar continuarea ideilor expuse în lucrările „Reglementarea activității medicale în Republica Moldova“, 1999 sub aspectul responsabilității, Codul Medical, 2001 și altele.

În raporturile dreptului medical apare în primul rând medicul ce prestează servicii medicale și desigur pacientul.

Titlu oficial de calificare în medicina este reprezentat de:

a) diploma de medic, eliberată de o instituție de învățământ superior medico-farmaceutic acreditată;

b) certificatul de medic specialist, eliberat de Ministerul Sănătății;

c) diploma, certificatul sau un alt titlu în medicina, eliberate conform normelor Uniunii Europene de statele membre ale Uniunii Europene, statele aparținând Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană;

d) diploma, certificatul sau un alt titlu în medicina, dobândite într-un stat tert și recunoscute de unul dintre statele membre.

Monitorizarea și controlul exercitării profesiei de medic se realizează de către Colegiile Medicilor, Ministerul Sănătății, Societate, mass-media, ONG-uri, etc.

Profesia de medic are ca principal scop asigurarea stării de sănătate prin prevenirea îmbolnavirilor, promovarea, menținerea și recuperarea sănătății individului și a colectivității. În vederea realizării acestui scop, pe tot timpul exercitării profesiei, medicul trebuie să

dovedeasca disponibilitate, corectitudine, devotament, loialitate și respect față de ființa umană.

Deciziile și hotărârile cu caracter medical vor fi luate avându-se în vedere interesul și drepturile pacientului, principiile medicale general acceptate, nediscriminarea între pacienți, respectarea demnității umane, principiile eticii și deontologiei medicale, grija față de sănătatea pacientului și sănătatea publică.

În scopul asigurării în orice împrejurare a intereselor pacientului, profesia de medic are la baza exercitării sale independentă și libertatea profesională a medicului, precum și dreptul de decizie asupra hotărârilor cu caracter medical.

O persoană nu poate fi tratată medical fără consimțământ. Prin consimțământul liber și informat se înțelege dreptul pacienților de a participa la deciziile care îi privesc.

Consimțământul informat nu reprezintă doar un formular pe care pacienții să îl semneze fără să înțeleagă care sunt posibilele urmări. Înainte de a semna, pacienții trebuie să primească informații, să le înțeleagă și să le țină minte, să analizeze situația și să ia decizii. Bolnavul va trebui să fie capabil să explice altora, în termeni simpli manevra la care se supune.

Consimțământul informat a apărut din nevoia ca oamenii vulnerabili să nu fie exploatați. Nu trebuie obținut consimțământul în cazurile în care pacientul este inconștient sau este incapabil de consimțământ din altă cauză sau când riscul dezvoltării situației de fapt determină o amenințare psihologică serioasă.

În cadrul asigurărilor medicale sunt implicate și **drepturile asiguraților**, astfel, bolnavul asigurat are dreptul: să își aleagă medicul, să se înscrie pe lista unui medic de familie pe care îl preferă, să își schimbe medicul de familie ales numai după cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale, să efectueze controale profilactice, să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale, să beneficieze de servicii medicale de urgență, să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică, să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare, să beneficieze de dispozitive medicale, să beneficieze de servicii de îngrijiri

medicale la domiciliu, să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul, să aibă dreptul la informație în cazul tratamentelor medicale, să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii.

Sunt importante și **confidențialitatea informațiilor**. Fiecare pacient are dreptul la confidențialitatea informațiilor privind starea sa de sănătate, diagnosticul formulat și metodele de tratament, dar și la respectarea intimității pe parcursul desfășurării examinărilor, consultațiilor și tratamentelor medicale și chirurgicale. De asemenea, toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

Un drept fundamental este **Dreptul la demnitate**. Pacientului trebuie să i se respecte dreptul la intimitate, dreptul la tratament împotriva durerilor, dreptul la un sfârșit demn, protecția integrității corpului, respectarea vieții private și principiul nediscriminării.

Alt drept este **Dreptul la sănătate prin informare**. Un pacient informat poate alege singur. Unul dintre cele mai importante drepturi ale pacienților din Carta Europeană a Drepturilor Pacienților este cel la informare. Când mergeți la medic, nu ezitați să îi puneți cât mai multe întrebări este boala dvs., evoluția acesteia, tratamentele care pot fi urmate și ce riscuri există. Trebuie să întrebați medicul cum va influența viața boala și tratamentul și ce se va întâmpla dacă nu veți urma tratamentul și nu veți urma recomandările medicului. Medicul poate lua cele mai bune măsuri terapeutice pentru pacient dar trebuie să vi le explice pe înțelesul dvs. Dacă medicul folosește cuvinte pe care nu le înțelegeți, nu ezitați să îl întrerupeți și să îl întrebați ce înseamnă cuvântul respectiv. Pacientul oricând poate cere consultații și de la un al doilea medic. Dacă credeți că informațiile medicale vă provoacă suferință, puteți cere medicului să nu vă mai informeze. Puteți solicita ca o altă persoană apropiată să fie informată în locul dvs. Rudele și prietenii nu pot fi informați despre evoluția bolii decât cu acordul dvs. Dacă ați fost internat, la externare puteți cere un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și

îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.

Bolnavii asigurați au și **obligatii** să se înscrie pe lista unui medic de familie; să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate; să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru; să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați; să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului; să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar; să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative ce atestă calitatea de asigurat

Dreptul la **îngrijiri medicale** este și el cert. Pacientii au dreptul la tratament și îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate, Pacientii au dreptul de a fi respectați ca persoane fără nicio discriminare, Pacientii au dreptul de a cere și obține o altă opinie medicală, Pacientii au dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa (urmările refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului)

Tot mai stringent apare necesitatea de drept internațional medical. Aceasta o impune situația, dar pentru a înțelege dreptul medical internațional ce necesită a fi introdus, trebuie să aducem în evidență bazele dreptului internațional expus de experții în materie.

Pentru o perioadă de timp dreptul internațional reglementa raporturile dintre state deoarece ele apăreau cel mai des pe arena internațională. Începând cu sec. XIX sub influența progresului tehnic, al dezvoltării cooperării internaționale dintre state pe arena internațională încep să apară organizații internaționale interstatale. Odată cu destrămarea sistemului colonial în viața internațională își face apariția națiunile care luptă pentru eliberare. O caracteristică a societății internaționale contemporane o constituie atât creșterea numărului statelor peste 200 cât și sporirea organizațiilor interstatale și internaționale în sistemul O.N.U. Între aceste categorii de participanți la alianța internațională există o serie de asemănări și deosebiri. Statele, națiunile care luptă pentru eliberare și organizațiile internaționale interstatale sunt subiecte ale dreptului internațional public, dar dintre acestea numai

statul este subiect principal, organizațiile internaționale sunt subiecte derivate. Națiunile sunt și ele subiecte ale dreptului internațional dar statutul lor juridic este limitat și temporar. Statul ca entitate suverană joacă un rol hotărâtor în dezvoltarea relațiilor internaționale. De fapt dreptul internațional public este creat pe baza acordului de voință exprimat prin tratate, acorduri. Odată cu intensificarea dezvoltării tehnologice, explorării spațiului atmosferic, a zonelor maritime au început să se contureze un interes comun a statelor față de aceste zone și resursele lor naturale.

Extrem de important sunt deosebirile dintre dreptul internațional și dreptul intern. Raporturile dintre dreptul internațional și dreptul intern

Dreptul internațional contemporan are un caracter universal iar obiectul său îl constituie relațiile dintre toate statele. Se poate vorbi despre rolul regulator al dreptului internațional care reglementează relațiile internaționale, prin impunerea ordinii juridice internaționale. Dreptul internațional public se formează pe baza acordului de voință a statelor care compun la un moment dat societatea internațională. Statele în deplină egalitate în drepturi și pe baza liberului lor consimțământ în urma realizării acordului de voință dintre ele creează norme juridice prin intermediul tratatelor, cutumelor care mai apoi duc la formarea și dezvoltarea dreptului internațional public. Caracterul coordonator al voinței statelor stă la baza obligativității dreptului internațional public, a aplicării și respectării normelor sale. Statele nu pot fi obligate să respecte norme la formarea cărora nu și-au dat consimțământul.

Acordul de voință este rezultatul expresiei și a voinței suverane a statelor exprimate în mod clar. Normele de drept internațional devin obligatorii numai atunci când decurg din voința liber exprimată a acestora, voință care este manifestată în tratate sau alte izvoare ale dreptului internațional. Voința fiecărui stat este determinată în conținutul său de condițiile social-politice existente în interiorul acestora, de aici rezultă că prin realizarea acordului de voință nu se creează o voință unică ci fiecare stat își păstrează voința sa suverană.

Sunt descrise în literatura de specialitate și sistemele regionale de protecție a drepturilor omului. În preocuparea lor pentru

crearea unor instrumente de protecție a omului cât mai performante, statele au construit, pe lângă sistemul universal al drepturilor omului al ONU, și sisteme regionale care, în funcție de particularitățile anumitor zone, să garanteze valoarea supremă pe care o reprezintă demnitatea omului. În prezent sunt consacrate trei sisteme regionale, fiecare dintre ele funcționând în baza unor instrumente juridice complexe, care stabilesc mecanisme pentru valorificarea drepturilor omului, unele chiar mai eficiente decât cele din plan universal. Acestea sunt: Sistemul european de protecție a drepturilor omului, Sistemul interamerican al drepturilor omului, Sistemul african al drepturilor omului și ale popoarelor. Inspirată din Declarația Universală a Drepturilor Omului, aceste sisteme s-au perfecționat mai cu seamă în ultimele decenii, prin efortul concertat al statelor și al organizațiilor regionale.

Drepturile omului își găsește locul și în sistemul european. Sistemul a fost inițiat de Consiliul Europei, - constituit la 5 mai 1949 prin tratatul de la Londra, inițial avea 10 state membre, dar în prezent are 47 de state membre, România fiind membră din 30 septembrie 1993. Până la intrarea în vigoare a Protocolului 11 adițional la CEDO, mecanismul jurisdicțional creat în cadrul Consiliului Europei era format din: Comitetul de miniștri, Comisia drepturilor omului, Curtea europeană pentru drepturile omului. Inovația constă în crearea unei Curți permanente a drepturilor omului, care înlocuiește Comisia și Curtea existente până atunci. Consiliul Europei este o organizație interguvernamentală în cadrul căreia s-au adoptat, începând cu 1950, mai multe instrumente juridice, și a fost dezvoltat și de dimensiunea umană promovată în cadrul comunităților europene, Uniunii Europene și al Organizației pentru Securitate și Cooperare în Europa. Instrumentele cele mai importante care dezvoltă sistemul creat de Consiliul Europei și care reprezintă veritabili piloni ai sistemului, sunt Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, adoptată la Roma, la 4 noiembrie 1950, și Carta socială europeană revizuită, adoptată la 18 octombrie 1961 dar supusă mai multor revizui, ultima în anul 1996. Convenția de la Roma a fost completată și modificată succesiv prin protocoale adiționale.

Cel de-al 11-lea Protocol, extrem de important, consacră un mecanism de control deosebit de eficient – Curtea Europeană a Drepturilor Omului, cu sediul la Strasbourg, mecanism care permite sesizarea Curții de către persoanele particulare, iar aceasta poate pronunța hotărâri obligatorii pentru statele părți la Convenție.

Un rol decisiv în apărarea drepturilor omului îl are Convenția europeană a drepturilor omului - (CEDO) . A fost adoptată sub egida Consiliului Europei. Prima parte a Convenției se referă la drepturile civile și politice, iar cea de-a doua la mecanismul internațional de punere în aplicare a standardelor prevăzute în prima parte a Convenției. La data de 28 septembrie 1993 România a devenit cel de-al 32-lea stat membru cu drepturi depline al Consiliului Europei, ratificând „Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale și Protocoalele adiționale la această Convenție Astfel: Protocolul 1 – (intrat în vigoare la 18 mai 1954) a adăugat Convenției alte drepturi, precum cel la proprietate, la instrucție, organizarea de alegeri libere. Protocolul 2 - (intrate în vigoare la 21 septembrie 1970) prevede competența CEDO de a da avize consultative la cererea Comitetului de Miniștri. Protocolul 4 – se completează convenția cu prevederi noi referitoare la libera circulație. Protocolul 6 – vizează abolirea pedepsei cu moartea în timp de pace, Protocolul 9 – recunoaște accesul persoanelor fizice, organizațiilor neguvernamentale și grupurilor de particulari la Curtea Europeană, Protocolul 11 – în vigoare din noiembrie 1998, se referă la crearea unei Curți Europene unice și permanente, Protocolul 12 - adoptat în 2000, interzicerea generală a discriminării, Protocolul 13-adoptat în 2002, abolea pedeapsa cu moartea în toate împrejurările, Protocolul 14 - semnat la 13 mai 2004, se referea la amendarea sistemului de control al CEDO. Protocolul nr. 14 la CEDO a intrat în vigoare la 1 iunie 2010. Acesta a fost ratificat de către toate statele membre ale Consiliului Europei. Federația Rusă a fost ultima țară care a depus instrumentele de ratificare, respectiv la 18 februarie 2010, înainte de deschiderea Conferinței Ministeriale de la Interlaken. Protocolul în cauză a fost elaborat pentru a garanta eficiența sistemului european de

protecție a drepturilor omului garantat prin Convenție. Ministeriala de la Interlaken cu scopul de a stimula reformarea CEDO.

Dreptul omului este stipulat Sistemul interamerican al drepturilor omului. Acest sistem, creat în cadrul Organizației Statelor Americane (OSA), se bazează pe Carta OSA, Declarația americană a drepturilor și îndatoririlor omului și Convenția americană a drepturilor omului. Declarația americană a drepturilor și îndatoririlor omului stabilește 27 de drepturi civile, politice, economice, sociale și culturale și 10 îndatoriri ale omului, sugerând că drepturile exprimă libertatea individuală iar îndatoririle exprimă demnitatea acestei libertăți. Convenția americană a drepturilor omului este ratificată de 27 de state membre ale OSA. Convenția garantează 20 de categorii de drepturi civile și politice și stabilește angajamentele statelor părți de a lua măsuri în domeniul economico-social, al educației, științei și culturii, în conformitate cu Carta. Ea a fost dezvoltată prin două protocoale adiționale (unul referitor la drepturile economice, sociale și culturale și unul referitor la abolirea pedepsei cu moartea), dar care nu au intrat încă în vigoare. Sistemul interamerican de protecție a drepturilor omului este concretizat de Comisia Interamericană pentru Drepturile Omului (cu sediul la Washington DC) și a Curții Interamericane a Drepturilor Omului (cu sediul la San Jose) și a fost inspirat de modelul european).

Sistemul african al drepturilor omului și popoarelor este bazat pe Carta africană a drepturilor omului și popoarelor, adoptată de Organizația Uniunii Africane (OUA) în anul 1981 și intrată în vigoare la 21 octombrie 1986. În anul 2002, OUA a fost înlocuită cu Uniunea Africană, o nouă organizație panafricană care a preluat și sarcinile din domeniul protecției drepturilor omului. Carta se deosebește de Convenția europeană și de cea americană prin faptul că nu proclamă numai drepturi, ci și îndatoriri. De asemenea, codifică atât drepturi ale individului cât și ale popoarelor, garantând drepturile civile și politice și protejând drepturile economice, sociale și culturale. Prin Cartă s-a creat Comisia Africană a Drepturilor Omului și Popoarelor, în scopul promovării și protecției drepturilor omului și popoarelor în Africa. La 9 iunie 1998, s-a adoptat

un Protocol la Cartă prin care s-a creat Curtea Africană a Drepturilor Omului și ale Popoarelor. Acesta este un document extrem de important prin care statele membre își propun eliminarea discriminării împotriva femeilor.

Indatoririle fundamentale ale omului se regăsesc în Declarația Universală a drepturilor Omului. Atât Declarația Universală a Drepturilor Omului, cât și instrumentele juridice adoptate ulterior și pe baza acesteia conțin și îndatoriri fundamentale ale omului față de semenii săi și față de colectivitate. Individul nu trebuie doar protejat contra abuzurilor de orice fel, mai ales din partea statului; el trebuie să aibă și unele îndatoriri, pentru că nu poate trăi liber decât respectând libertatea celorlalți. Primele interesate în consacrarea juridică a îndatoririlor omului, ale cetățeanului în special, sunt statele, prin chiar dreptul intern. În ultimii ani s-au înregistrat mai multe preocupări de a se adopta un instrument distinct care să consacre îndatoriri ale omului. Trei asemenea proiecte sunt mai interesante, atât prin mobilul lor cât și prin noutatea abordărilor:

- Declarația universală a îndatoririlor omului elaborată de grupul „Inter Action Council”;
- Declarația a îndatoririlor omului elaborată de Consiliul Internațional al Îndatoririlor Omului din Trieste;
- Declarația responsabilităților și îndatoririlor omului adoptată la Conferința „Etici globale pentru o lume umană”, organizată sub auspiciile Fundației Valencia Mileniul Trei și UNESCO.

Prevederi din aceste documente sunt formulate în termenii unui cod moral și, din această perspectivă, și poate fi acceptat ca un impuls pozitiv în conștientizarea nevoii de acceptare deplină a demnității tuturor oamenilor, reprezentând astfel un câștig. De altfel, cei cărora le aparține Drepturilor incluse în Carta Socială Europeană Protecția muncii dreptul la muncă: inclusiv dreptul la orientare și formare profesională; protecție la locul de muncă: dreptul la condiții de muncă și la remunerare corespunzătoare, precum și dreptul la remunerare egală pentru femei și bărbați pentru o muncă egală; dreptul sindical, dreptul la negociere colectivă, dreptul muncitorilor la informație și consultări precum și dreptul de a participa la determinarea și ameliorarea condițiilor la locul de muncă; protecție specială pentru anumite categorii de muncitori: copii și tineri,

femei, persoane handicapate, imigranți;

Protecție socială pentru întreaga populație, dreptul la protecția sănătății, dreptul la securitate socială și dreptul la asistență socială și medicală, dreptul de a beneficia de servicii sociale; Protecție specială în afara locului de muncă drepturi pentru copii și tineri, mame, familii, persoane handicapate, muncitori imigranți și familiile lor, persoane în vârstă.

În trecut Carta Socială Europeană nu s-a bucurat de același sprijin politic precum corespondenta sa, Convenția Europeană a Drepturilor Omului. Statele au ezitat, mai ales în perioadele dificile din punct de vedere economic, să promoveze unele obligații pe care le considerau oneroase. Firește că măsurile de angajare a întregii mase salariale, de asigurare a protecției sociale pentru întreaga populație precum și a protecției speciale în afara locului de muncă sunt foarte costisitoare. Cu toate acestea, consecințele sociale și politice ale neglijării acestor aspecte pot costa mai mult.

O importantă decizie politică a fost luată în noiembrie 1990, pentru a relansa Carta în scopul îmbunătățirii mecanismului de control, al extinderii numărului de drepturi protejate și al îmbogățirii conținutului lor.

Dat fiind numărul mare de țări europene ce se confruntă cu fenomenul de creștere a ratei șomajului, devine din ce în ce mai importantă necesitatea de a ocroti dreptul la muncă precum și aceea de a promova orientarea, formarea și reconversia forței de muncă. Față de schimbările spectaculoase petrecute pe piața muncii, lucrătorii trebuie să se poată adapta unei tehnologii în permanentă evoluție. Având în vedere timpul mediu consacrat de un muncitor activităților specifice locului său de muncă, demnitatea sa nu este respectată decât dacă muncitorul se bucură efectiv de drepturile sale. Este, deci, important ca ele să fie protejate, deoarece cursa spre competitivitate, pornită acum în Europa, duce la creșterea riscurilor de exploatare a personalului.

În chiar primul articol al Cartei Sociale Europene se stipulează că părțile contractante trebuie "să accepte drept una dintre responsabilitățile și obiectivele lor de bază realizarea și menținerea unui cât mai înalt și stabil nivel al locurilor de muncă, cu scopul realizării

timpilor integrali de muncă".

Numeroase prevederi ale Cartei Sociale Europene privesc nu numai dreptul la muncă - în care se includ, de asemenea, orientarea și formarea profesională - cât și condițiile de muncă și salarizare.

Acestea cuprind: durată rațională a zilei și săptămânii de lucru (Articolul 2 (1)); sărbători legale plătite (Articolul 2 (2)): un concediu anual, plătit, cu durata de minimum două săptămâni (Articolul 2 (5)); perioadă de repaus săptămânal (Articolul 2 (5)); norme de securitate și igienă a muncii (Articolul 3); participarea la determinarea și îmbunătățirea condițiilor de muncă și ale mediului de lucru (Articolul 3 al Protocolului Adițional); o remunerare echitabilă, incluzând plată egală (atât pentru bărbați cât și pentru femei) la muncă de valoare egală, un spor de plată pentru orele de muncă suplimentare și un termen rezonabil de preaviz în cazul încetării activității (Articolul 4); orientare și formare profesională (Articolele 1 (4), 9, 10 și 15 (1));

Copiii sunt protejați prin intermediul prevederilor Articolului 7 al Cartei. Varsta minimă de angajare este fixată la 15 ani, dar ea este mai mare în activitățile socotite periculoase sau insalubre. Munca nu trebuie să îi împiedice pe copii să beneficieze din plin de educația școlară

Muncitorii migranți sunt prea adesea victime ale discriminării în ceea ce privește locul de muncă. Prin intermediul Cartei Sociale Europene le sunt garantate anumite drepturi de bază. atât pentru a le înlesni accesul la muncă cât și pentru a-i proteja, pe ei și pe familiile lor. împotriva unor anumite forme de discriminare odată ce sunt angajați. Articolul 18 privește accesul la muncă pe teritoriul altei părți contractante. în timp ce Articolul 19 privește drepturile muncitorilor migranți și ale familiilor lor la protecție și asistență în sfere ca: remunerarea, contractul colectiv de muncă, contractul de închiriere și impozitele, domenii în care nu trebuie tratați mai puțin favorabil decât muncitorii autohtoni.

În vederea completării îmbunătățirii protecției muncitorilor migranți. a fost adoptată la 1 Mai 1983 Convenția Europeană asupra Statutului Juridic al Muncitorului Migrant. Această convenție se bazează pe principiul aplicării unui tratament nediscriminatoriu între muncitorii migranți și cei

autohtoni.

Carta Socială Europeană conține câteva dispoziții importante referitoare la diversele aspecte ale dreptului la protecție socială și, în special: dreptul la ocrotirea sănătății; dreptul la securitate socială; dreptul la asistență socială și medicală și de a beneficia de serviciile sociale. Direcția Problemelor Sociale și Economice desfășoară un volum important de activități în domeniul serviciilor de sănătate, punând accentul pe aspectele etice ale politicilor și practicilor medicale. Activitățile sunt axate pe subiecte ca: drepturile pacienților, calitatea asigurărilor de sănătate precum și imparțialitatea privind accesul la servicii și tratamente. Bioetica este, de asemenea, o problemă de actualitate, urmând a fi examinate aspectele ei legate de ingineria genetică sau de folosirea embrionilor și fetușilor umani.

Dezvoltarea normelor juridice a drepturilor omului în legislațiile naționale și în dreptul internațional a contribuit la constituirea a unei concepții moderne a drepturilor omului care se bazează pe doi piloni de bază: a) drepturile omului sunt cele enunțate la instrumentele internaționale: în Declarația Universală din 1948, în Pactele internaționale, precum și în celelalte instrumente adoptate sub auspiciile Organizației Națiunilor Unite și a instituțiilor sale specializate, precum și în cadrul Organizației pentru Securitate și Cooperare în Europa; -b) noțiunea de drepturi ale omului este intim legată de aceea de stat. "Ea nu are Dens - apreciază Ashjrn Eide - decât în cadrul unei societăți organizate..., dotată cu o putere organizată și care acționează în relația dintre individ și Kt ut, cu libertăți de care individul trebuie să se bucure, cu dreptul său la Justiție în condițiile stabilite prin lege, cu dreptul său de a participa la treburile publice și cu drepturile și îndatoririle sale asupra statului ca un drept la un nivel de viață suficient și la satisfacerea nevoilor sale fundamentale".

Cele relatate mai sus argumentează implicarea ideii și dezideratului, ca dreptul medical și dreptul medical internațional să devină ramuri ale dreptului public și să dispună de specialitatea științifică în nomenclatorul specialităților CNAA.

Bibliografie:

1. Balan O, Burian A, „Drept internațional public”, Vol. II, Chișinău, F.E.-P. „Tipografia Centrală”, 2003.
2. Duțu M., „Dreptul internațional și comunitar al mediului”,

București, Editura Economică, 1995.

3. Duțu M., „Dreptul Mediului”, Tratat, vol. 1-2, București, Editura Economică, 1998.

4. Geamanu G., „Drept Internațional contemporan”, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1965.

5. Marțian N., „Drept internațional public”, Două volume, Ediția a II-a (revizuită și completată), Editura Fundației „Chemarea”, Iași, 1995-1996.

6. Popescu D., „Protecția mediului înconjurător în dreptul internațional”, „Studii de drept românesc”, 1992, nr. 2.

7. Popescu D., Popescu M., „Dreptul mediului”, Tratat și Convenții internaționale, vol. I, II, III, București, ARTPRINT, 2002.

8. Popescu D., Năstase A., „Drept internațional public”, Ediție revizuită și adăugită, Casa de editură și presă „Șansa” S.R.L., București, 1997.

9. Burian A., Negru C., Pelipețchi C., „Obiectul Dreptului Internațional al Mediului // „Funcționarea Instituțiilor Democratice în Statul de Drept: Materiale ale Conferinței teoretico-științifice internaționale, 25-26 ianuarie 2003 (mun. Bălți) / red.șt. Gh. Costachi, Chișinău, „Tipografia Centrală”, 2003. 109

10. Constituția Republicii Moldova adoptată la 29 iulie 1994.

11. Legea cu privire la frontierele de stat ale Republicii Moldova din 17.05.1994.

12. Legea privind modul de încheiere, aplicare, ratificare și denunțare a tratatelor, convențiilor și acordurilor internaționale din 18.03.1993.

13. Convenția privind regimul de navigație pe Dunăre de la Belgrad 1948.

14. Convenția privind cooperarea pentru protecția și utilizarea durabilă a fluviului Dunărea din 1994 de la Sofia.

15. Convenția de la Chicago privind aviația civilă internațională din 1944.

16. Convenția privind statutul refugiaților din 1951.

17. Convenția privind tratatele internaționale de la Viena din 1969.

18. Convenția privind succesiunea statelor la tratate din 1978.

19. Convenția privind dreptul mării de la Viena din 1982.

20. Convenția Europeană cu privire la cetățenie de la Strasburg din 1997. Monografii, manuale:

21. Andronovici C. „Drept internațional public”, ed. „Graphix”, Iași, 1993.

22. Anghel M. Ion, Anghel I. Viorel. „Răspunderea în dreptul internațional”. Ed. Lumina Lex, București, 1998.

23. Balan O, Serbenco E, „Drept internațional public”, Vol. I, Chișinău, Tipografia „Reclama”, 2001.

24. Coman F., „Clauza națiunii cele mai favorizate”, ed. „Scorpio 78”, București, 1998.

25. Dicționar de drept internațional public, coordonator: dr. Ionel Cloșcă, ed. Științifică și enciclopedică, București, 1982.

26. Duculescu V., Ecobescu N. „Drept internațional public”, ed. „Hiperion”, București, 1993. 110

27. Duțu M., „Dreptul internațional și comunitar al mediului”, București, Editura Economică, 1995.

28. Duțu M., „Dreptul Mediului”, Tratat, vol. 1-2, București, Editura Economică, 1998.

29. Diaconu I. „Curs de drept internațional public”, ed. „Șansa”, București 1993.

30. Ecobescu N., Duculescu V. „Drept internațional public”, vol.1, ed. „Hiperion”, București, 1993.

31. Geamanu G. „Drept internațional public”, vol.1, ediția didactică și pedagogică, București, 1981.

32. Marțian N., „Drept internațional public”, Două volume, Ediția a II-a (revizuită și completată), Editura Fundației „Chemarea”, Iași, 1995-1996.

33. Miga-Beștelu R. „Drept internațional, introducere în drept

- internațional public”, ed. „ALL Educațional”, București, 1997.
 34. Moca G. „Drept internațional public”, vol.1, București, 1988.
 35. Niciu M. „Drept internațional public”, ed. „Chemarea”, Iași 1993.
 36. Popescu D., Coman F. „Drept internațional public”, ed. „Ministerului de Interne”, București, 1993.
 37. Popescu D., Năstase A. „Drept internațional public”, ed. „Șansa”, București, 1997. Literatura periodică:
 38. Burian A., Regimul de drept al spațiului cosmic // „Revista Națională de Drept”, 2002, nr. 3, p. 30-37.
 39. Burian A., Regimul de drept al spațiului cosmic și reglementarea activităților spațiale // „Revista Națională de Drept”, 2002, nr. 6, p. 41-47.
 40. Bolintineanu A., Considerații asupra regimului juridic al spațiului cosmic în lumina principiilor generale ale dreptului internațional // „Studii juridice”, București, 1959.
 41. Popescu D., Răspunderea internațională în domeniul dreptului extraatmosferic // „Studii de drept romanesc”, nr. 3, 1996.
 42. 1. Balan O, Serbenco E, Drept internațional public, Vol. I, Chișinău, Tipografia „Reclama”, 2001.
 43. 2. Geamanu G. „Drept internațional public”, vol.1, ediția didactică și pedagogică, București, 1981.
 44. 3. Moca Gh. „Drept internațional public”, vol.1, București, 1989.
 45. 4. Andronovici C „Drept internațional public”, ed. „Graphix”, Iași, 1993.19
 46. 5. Duculescu V., Ecobescu N. „Drept internațional public”, ed. „Hiperion”, București, 1993.
 47. 6. Diaconu I. „Curs de drept internațional public”, ed. „Șansa”, București 1993.
 48. 7. Niciu M. „Drept internațional public”, ed. „Chemarea”, Iași, 1993.
 49. 8. Popescu D., Coman F. „Drept internațional public”, ed. „Ministerului de Interne”, București, 1993.
 50. 9. Popescu D., Năstase A. „Drept internațional public”, ed. „Șansa”, București, 1997.
 51. Miga-Beșteliu R. „Drept internațional, introducere în drept internațional public”, ed. „ALL Educațional”, București, 1997.
 52. Constituția Republicii Moldova, art 4.8.
 53. Osmochescu N., doctor în drept, conf. univ. USM. Aplicarea dreptului internațional în ordinea juridică internațională a Republicii Moldova, aspecte teoretico-practice. Revista Națională de drept Nr. 3 martie 2006.
 54. Suceveanu N., Buiuc S. Respectul pentru drepturile omului în contextul integrării europene a Republicii Moldova. Analele științifice ale USM, vol-I, 2006.
 55. Бобров Р.Л. Основные проблемы теории международного права. М., 1968. С.35
 56. Дурденевский Б.Н. Пять принципов //Международная жизнь. 1956. №3. С.45.
 57. Карташов В.Н. Принципы права //Теория государства и права. Учебник / Под ред. В.К. Бабаева. М., 1999. С 222-234
 58. Конституции зарубежных государств / Сост. В. В. Маклаков, 2-е изд. М., 1997. С.456.
 59. Корецкий В.М. «Общие принципы права» в международном праве. Киев, 1957. С.45.
 60. Курс международного права. М.: Наука 1989.Т. 2.С.5-6
 61. Левин Д.Б. История международного права. - М., 1962. С. 56.
 62. Лихачев В.Н. Устранение пробелов в современном международном праве. Казань, 1989. С. 18
 63. Лукашук И. И. Нормы международного права в правовой системе России (Учебно- практическое пособие). М., 1997. С.9
 64. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 1997. С.595
 65. Петров Д.Е. Отрасль права. Автореферат дис ... канд. юрид. наук. Саратов 2001 С. 13.
 66. Поленина С.В. Теоретические и практические вопросы реализации в национальном законодательстве положений ст. 15 Конституции РФ. //Российская правовая система и международное право: современные проблемы взаимодействия. - Н.Новгород, 1996. С.20.
 67. См. Ст. 2 Устава ООН. В кн. Действующее международное право. В 3 т. Т1 /Сост. Ю.М. Колосов и Ю.С. Кривчиков. - М., 1996.С.9.
 68. Талалаев А.Н. Два вопроса международного права в связи с Конституцией РФ. //Государство и право. 1998. №3 С. 70.
 69. Тункин Г.И. Теория международного права Под общей ред. проф. Л.Н. Шестакова. - М.: Зерцало, 2000. С 173
 70. Хартли Т.К. Основы права Европейского сообщества. М., 1997.С.145-171.
 71. Popescu D., Năstase A., Drept internațional public, Casa de Editură și Presă Șansa SRL, București, 1997
 72. Popescu D., Drept Internațional Public, Editura Universității Titu Maiorescu, București, 2005
 73. Bolintineanu A., Năstase A., Aurescu B., Drept internațional contemporan, Editura All BECK, București, 2000
 74. Miga-Beșteliu R., Drept internațional. Introducere în dreptul internațional public, Editura All, București, 1998
 75. Diaconu I., Tratat de drept internațional public, Editura Lumina Lex, București, 2002, voi. I, II
 76. Burian A., Bălan O., Serbenco E., Drept internațional public, ediția a II-a, ed. CEP USxM, Chișinău, 2005
 77. Miga-Besteliu R., Organizații internaționale interguvernamentale, Editura All Beck, București, 2006
 78. Anghel I., Dreptul diplomatic și consular, ediția a II-a, volumul I, Editura Lumina Lex, București, 2002
 79. Anghel I., Subiectele de drept internațional, Editura Lumina Lex, București, 2002
 80. Anghel I., Dreptul tratatelor, Ediția a II-a, revăzută și adăugită, Editura Lumina, Lex, București, 2000, voi. I, II
 81. Anghel I., Răspunderea în dreptul internațional, Editura Lumina Lex, București, 1998
 82. Mazilu, D. Dreptul internațional public, ediția a II-a, Editura Lumina Lex, Voi I, București, 2005
 83. Sava I., Studii de securitate, Centrul Roman de Studii Regionale, București, 2005
 84. Beniuc V, Rusnac Gh., Conceptele și noțiunile de bază ale diplomației, Dicționar, Firma editorial-poligrafică „Tipografia Centrală”, Chișinău, 1998
 85. Marcu V, Diaconu N., Drept comunitar general, Editura Lumina Lex, București, 2002
 86. Cloșca L, Suceavă I., Dreptul internațional umanitar, Casa de Editură și Presă Șansa SRL, București, 1992
 87. Popa V, Dreptul public, Academia de Administrare Publică pe lângă Guvernul Republicii Moldova, Chișinău, 1998
 88. Manualul Consiliului Europei, București 1999
 89. Manualul NATO, Bruxelles, 2001
 90. Quoc Dinh, N. Droit internațional public. L.G.D.J., Paris, 1999
 91. Haanappel, Peter P.C.- The Law and Policy of Air Space and of Outer Space, A Comparative Approach, Kluwer Law International, The Hague / London / New York, 2003.

Ecaterina Stepan, doctorand, IMSP Institutul Mamei și Copilului

ROLUL FACTORILOR DE RISC SOCIO-MEDICALI ȘI EXTRAGENITALI ÎN PATOLOGIA CARDIACĂ DOBÂNDITĂ LA GRAVIDELE CU VALVULOPATIE MITRALĂ REUMATISMALĂ

In the development and manifestation of RMV in pregnant women there contributes a complex of social factors (age e" 35 years, smoking, consuming alcohol, marital status – not married pregnant women, living in rural areas) and medical factors (tonsillitis, pediatric diseases, genital diseases, supported extra genital pathology - iron deficiency anemia, endocrine diseases, kidney diseases, hypertension).

Key words: pregnant women, social factors, extra genital pathology.

Actualitatea. Modalitatea cea mai convingătoare de reducere a morbidității și mortalității materne și perinatale printre femeile cu patologie cardiovasculară este prognosticul și identificarea dezvoltării complicațiilor severe în timpul sarcinii, atât pentru mamă, cât și pentru făt. Experiența practică și rezultatele cercetărilor științifice ne vorbesc despre posibilitatea prognozării complicațiilor obstetricale ce pot apărea pe parcursul sarcinii și nașterii și se dezvoltă pe fundalul patologiei cardiace dobândite prin determinarea factorilor de risc a acestor stări.

Riscul complicațiilor cardiovasculare materne în sarcină depinde de afecțiunea cardiacă și starea clinică a pacientei și crește concomitent cu complexitatea maladiei. Au fost identificați mai mulți factori de risc, care sunt asociați cu rate crescute de morbiditate și mortalitate maternă și sarcina trebuie considerată. Mai multe scoruri de risc au fost dezvoltate pe baza acestor predictorii [1, 2, 3].

Complicații mateme au fost determinate la 4% femei fără factori de risc, la 27% femei cu factor de risc și la 62% cu doi sau mai mulți factori de risc. Toate cele trei femei decedate au avut doi și mai mulți factori de risc [4].

În literatura de specialitate noi practic n-am întâlnit lucrări în care ar fi descriși factorii de risc care ar influența dezvoltarea patologia cardiacă.

Scopul lucrării a fost de a studia influența factorilor de risc medico-sociali și somatici în dezvoltarea și aprofundarea patologiei cardiace la gravide cu valvulopatii mitrale reumatismale.

Material și metode: Pentru determinarea factorilor de risc în studiu au fost incluse 476

gravide care au fost divizate în două loturi. Lotul de cercetare L_1 a inclus 238 de femei gravide cu VMR care au fost la rândul lor divizate în două subloturi: gravide cu VMR și insuficiența circulatorie NYHA-I (n=118) și NYHA-II (n=120). Lotul de control L_0 a inclus 238 de femei gravide fără VMR.

Pentru determinarea factorilor de risc s-a folosit „Tabelului de contingență 2x2” cu ajutorul căruia au fost calculați RR (riscul relativ), IÎ (intervalul de încredere), χ^2 (chi-pătrat), FA(%).

Rezultate și discuții: În lumea contemporană asupra unei femei gravide pot acționa o mulțime de factori de risc care pot periclita evoluția sarcinii, nașterii, precum și contribui asupra dezvoltării sau agravării unor maladii extragenitale aparente sau existente.

În studiul nostru am analizat influența factorilor de risc medico-sociali asupra patologiei cardiace de bază – gravide cu VMR.

Efectul factorilor de risc medico-sociali asupra patologiei de bază – VMR este reprezentat în tabelul 1.

S-a apreciat importanța vârstei gravidelor în contextul influenței ei asupra patologiei cardiovasculare. În rezultatul studiului s-a ajuns la concluzia, că vârsta gravidelor cu VMR sub 20 de ani nu predispune dezvoltarea și agravarea afecțiunilor cardiovasculare.

Deopotrivă, vârsta ≥ 35 de ani la gravidele din lotul de bază poate servi drept factor de risc major prin faptul, că la această vârstă pe fundalul unui statut somatic agravat apare posibilitatea de dezvoltare și acutizare a mai multor patologii extragenitale care în final pot predispune patologia

Tabelul 1.

*Factorii de risc medico-sociali la gravide cu patologie cardiovasculară
(n=238) în comparație cu gravidele practice sănătoase (n=238)*

Caracteristica	Lotul martor (n=238)	Lotul de bază (n=238)	
	abs.	abs.	RR;II ₉₅ ;p; FA(%)
Varsta>35 ani	12	31	2,58; 1,360-4,908; 0,002; 50.8%
Căsătorită*	209	179	0,86; 0,785-0,934; 0,0004
Necăsătorită	30	59	1,97; 1,317-2,937; 0,0007;48.0%
Factori nocivi	35	88	2,52; 1,775-3,561; 0,0001;59,5%
Infecții pediatrice	164	226	1,38; 1,259-1,508; 0,0001;27,4%
Tonzilite	30	187	6,23; 4,432-8,767; 0,0001;83,5%
Menarhe tardive, mensstre neregulate	18	46	2,56; 1,528-4,275; 0,0001;57,9%
Rural	156	182	1,17; 1,039-1,310; 0,009;13,2%
Urban*	82	48	0,68; 0,512-0,911; 0,009

* - factor de protecție

cardiovasculară (RR= 2,58; II[1,360-4,908]; p<0,002;FA=50.8%) [5].

Analizând legătura reciprocă între statutul marital al gravidelor, incidența și gravitatea patologiei cardiovasculare, noi am constatat că 179 (75,2%) de paciente din lotul de bază și 209(87,8%) de paciente din lotul martor erau căsătorite. Astfel, căsătoria la gravidele cu VMR poate fi privită ca factor de protecție redus (RR=0,86; II[0,785-0,934];p< 0,0004).

De menționat că 59(24,8%) paciente din lotul de bază a gravidelor cu VMR și 30(12,6%) paciente din lotul martor nu erau căsătorite (RR=1,97;II[1,317-2,937]; p< 0,0007; FA=48.0%). Într-o familie incompletă asupra femeii necăsătorite pot acționa un șir de factori psihologici, sociali, economici care, de rand cu ceilalți, pot predispuce dezvoltarea și agravarea patologiei cardiace.

Estimarea mediului de trai a relevat că 182 (76,5%) de paciente din lotul de bază și 156 (65,5%) de paciente din lotul martor aveau sediul de trai rural (RR=1,17;II[1,039-1,310];p< 0,009;FA=13,2%).

Cu sediul de trai urban au fost 48 (20,2%) de paciente din lotul de bază și 82 (34,5%) de paciente din lotul martor, factor de protecție (RR=0,68; II[0,512-0,911];p< 0,009). Mediul de trai rural, de asemenea, poate predispuce la dezvoltarea patologiei cardiace prin faptul că pacientele cu sediul de trai urban sunt mai protejate (factor de protecție redus - 0,61), în

comparație cu pacientele care locuiau la sate, unde condițiile de trai, acordarea asistenței medicale sunt cu mult mai rele și net inferioare (RR riscul de apariție a cardiopatiilor 1,17).

Tabagismul și consumul de alcool, factori de risc cunoscuși pentru BCV, prezentau 88 (37,0%) de femei din lotul de bază și 35 (14,7%) femei din lotul martor (RR=2,52;II[1,775-3,561];p< 0,0001;FA=59,5%). Se știe, că fumatul și alcoolul aduc mai mult rău organismului feminin decât celui masculin. Riscul de a face maladii cardiovasculare la femeile ce fumează este mai mare, comparativ cu femeile nefumătoare, datorită substanțelor nocive care se conțin în fumul de țigară (oxidul de carbon, carbonil sulfat, formaldehid, oxidul de azot, metale grele, rășini, eteri etc.) și pot provoca maladii cardiovasculare. Alcoolul se descompune și formează substanțe toxice care acționează asupra miocardului, crește tensiunea arterială, poate provoca infarct de miocard, deregla ritmul cardiac, dilata cavitățile cordului, dezvolta și aprofunda insuficiența cardiacă. În studiul nostru riscul VMR la gravidele cu factori nocivi este de 2,5 ori mai mare, comparativ cu lotul martor.

De menționat că infecțiile pediatrice suportate în copilărie pot, în unele cazuri, contribui ulterior la dezvoltarea maladiilor cardiovasculare. Astfel, în lotul de bază a gravidelor cu VMR 226 (94,95%) de femei și 164 (68,9%) de femei din lotul martor au afirmat că au suportat în copilărie boli ale copilăriei: rubeola, rușea, scarlatina, oreionul

etc. (RR=1,38;II [1,259-1,508]; p<0,0001; FA=27,4%).

Drept predecesor al FRA și VCD, de regulă, servesc tonzilitate suportate în copilărie, care esențial contribuie la sporirea riscului dezvoltării patologiei cardiace la acest contingent de paciente. Astfel, 187 (78,6%) de femei din lotul de bază și 30 (12,6%) femei din lotul martor au suportat tonzilitate, preponderent în copilărie (RR = 6,23; II [4,432-8,767]; p < 0,0001; FA=83,5%). Incidența sporită a infecțiilor pediatrice în copilărie la pacientele din lotul de bază au condiționat diminuarea statutului imun general, astfel creând teren pentru dezvoltarea tonzilitelor provocate de infecția cu beta streptococi gram-negativi, care au dus la dezvoltarea carditei reumatice cu

afectarea valvei mitrale. Tozilitate suportate măresc riscul dezvoltării VMR de 6,2 ori.

Dereglarea funcției menstruale (menarhe tardivă, menstruații neregulate etc.) la pacientele cu VMR sunt legate, probabil, cu stabilirea tardivă a mecanismelor neurohormonale de reglare a ciclului menstrual, condiționate de acțiunea fonului premorbid suportat în copilărie (infecții pediatrice, tonzilitate, otite, rinite) care în comun pot predispuce patologia cardiacă la aceste fetițe. Mai frecvent sunt depistate menarhe tardivă și menstruații neregulate: la 46 (19,3%) femei din lotul de bază și 18 (7,6%) femei din lotul martor (RR=2,56; II[1,528-4,275];p<0,0001;FA=57,9%). Astfel, dismenoreea suportată în perioada juvenilă neînsemnat mărește riscul patologiei cardiace în timpul sarcinii la gravidele cu VMR.

Tabelul 2.

Influența unor factori somatici asupra patologiei cardiace în dependență de clasa funcțională NYHA în lotul de bază în comparație cu gravidele practic sănătoase

Caracteristica	Lotul martor (n=238)	Sublotul de bază 1 (n=118)		Sublotul de bază 2 (n=120)		Lotul de bază (n=238)	
	abs.	abs.	RR;II ₉₅ ;p; FA (%)	abs.	RR;II ₉₅ ; p;FA (%)	abs.	RR;II ₉₅ ; p;FA (%)
Anemia fereprivă	76	59	1,57; 1,209- 2,028; 0,0009; 36,0%	86	2,24; 1,807- 2,788; 0,0009; 55,6%	145	1,91; 1,544- 2,357; 0,0001; 47,5%
Boala hipertensivă	9	13	2,91; 1,282- 6,620; 0,008; 63,6%	19	4,19; 1,954- 8,972; 0,0006; 75,0%	32	3,56; 1,735- 7,285; 0,0002; 69,2%
Afecțiuni renale	9	15	3,36; 1,516- 7,454; 0,002; 69,2%	21	4,63; 2,187- 9,791; 0,0005; 77,8%	37	4,11; 2,029- 20,49; 0,0005; 72,2%
Boli endocrine	15	20	2,69; 1,429- 5,06; 0,002; 65,0%	36	4,76; 2,716- 8,341; 0,0001; 80,0%	56	3,73; 2,174- 6,431; 0,0001; 75,0%
Adaosul patologic în sarcină	6	12	4,03; 1,553- 10,481; 0,002; 60,0%	22	7,27; 3,03- 17,456; 0,0001; 83,3%	34	5,67; 2,424- 13,246; 0,0001; 78,6%

În tabelul 2 sunt prezentate datele despre acțiunea unor maladii somatice asupra patologiei cardiovasculare – la gravidele cu VMR în dependență de clasa funcțională NYHA.

Anemia feriprivă a fost diagnosticată la 145 (60,9%) de gravide din lotul de bază și la 76 (31,9%) de gravide din lotul martor (RR3=1,91; II[1,544-2,357]; p<0,0001; FA=47,5%). Anemia feriprivă a fost depistată la 86 (71,7%) de gravide din subplotul de bază 2 ((RR2=2,24; II[1,807-2,788]; p<0,0009; FA=55,6%) și la 59 (50,0%) de gravide din subplotul de bază 1 (RR1=1,57; II[1,209-2,028]; p<0,0009; FA=36,0%) (tabelul 3.10). La gravidele cu insuficiență cardiacă NYHA II anemia feriprivă se întâlnește de 1,5 ori mai frecvent, comparativ cu gravidele cu insuficiență cardiacă NYHA I. Starea hipoxică condiționată de insuficiența de hemoglobină, se răsfrânge negativ și asupra miocardului, poate duce la diminuarea funcției contractile a cordului și avansarea insuficienței cardiace, dereglări ale hemodinamicii centrale, care contribuie și asupra circuitului utero-placentar cu dezvoltarea suferinței fetale și a RDIU. În scopul ameliorării hipoxiei, provocate de anemia feriprivă, se includ mecanismele de compensare a funcției de transport a O₂ prin tahicardie, care în timp poate avansa insuficiența cardiacă la pacientele cu VMR.

Hipertensiunea arterială (HTA) este cea mai răspândită maladie din BCV, prezentau 32 (13,4%) de gravide din lotul de bază și 9 (3,8%) gravide din lotul martor (RR3= 3,56; II[1,735-7,285]; p<0,0002; FA=69,2%). HTA a fost diagnosticată la 19 (15,83%) gravide din subplotul de bază 2 și la 13 (11,02%) gravide din subplotul de bază 1 (RR2=4,19; I[1,954-8,972]; 0,0006; 75,0%) și (RR1= 2,91; I[282-6,620]; p<0,008; FA=63,6%), respectiv. HTA cronică în sarcină mărește (suprasolicită) funcția de pompă a miocardului, legată de rezistența periferică a vaselor sangvine și condiționată de mecanismele patogenetice impuse de dereglarea tonusului vascular și activitatea vasopresinei, eliminată de rinichi, cu acțiune vasoconstrictoare.

În maladiile renale are loc activarea sistemelor simpato-adrenal și renin-angiotenzin-aldosteron care la debutul maladii au un caracter compensator și asigură funcția de pompă a inimii, mențin tensiunea arterială. Mărirea frecvenței

contractiilor cardiace sub acțiunea sistemului simpato-adrenal dereglează sistemul de aprovizionare cu oxigen a miocardului, provocând ischemia miocardului, dezvoltarea și aprofundarea insuficienței. Boli renale (pielonefrită cronică) au fost constatate la 37 (15,5%) de gravide din lotul de bază și la 9 (3,8%) gravide din lotul martor (RR3=4,11; II[2,029-20,49]; p<0,0005; FA=72,2%). Patologia renală în studiul nostru a fost depistată la 21 (17,8%) de gravide din subplotul de bază 2 (RR2=4,63; I[2,187-9,791]; p<0,0005; FA=77,8%) și la 15 (12,7%) gravide din subplotul de bază 1 (RR1=3,36; I[1,516-7,454]; 0,002; 69,2%)

Sindromul metabolic provoacă obezitate, diabet zaharat de tip II, diabet zaharat gestațional, micșorează sensibilitatea țesuturilor la insulină, blochează receptorii de insulină și, ca rezultat, glucoza și lipidele se depun în țesutul adipos. Boli endocrine (obezitate, diabet zaharat, hipertireoză) au fost diagnosticate la 56 (23,5%) de gravide din lotul de bază și la 15 (6,3%) gravide din lotul martor (RR3=3,73; II[2,174-6,431]; p<0,0001; FA=75,0%).

La gravidele cu clasa funcțională NYHA II, maladii endocrine s-au depistat la 29 (24,2%) (RR2= 4,76; II[2,716-8,341]; p<0,0001; FA= 80,0%) și la 27 (22,9%) (RR1=2,69; I[1,429-5,06]; p<0,002; FA=65,0%).

Dereglările hormonale și dereglările metabolismului glucidic duc la majorarea masei corporale a gravidei, modificări în pereții vasculari care predispun dezvoltarea patologiei cardiovasculare.

Adaos patologic în sarcină, conform gravidogramei, a fost depistat la 34 (14,3%) de gravide din lotul de bază și la 6 (2,5%) gravide din lotul martor (RR3=5,67; II[2,424-13,246]; p<0,0001; FA=78,6%). La pacientele cu VMR și insuficiență cardiacă NYHA II adaos patologic a fost diagnosticat la 22 (18,33%) de gravide (RR2=7,27; II[3,03-17,456]; p<0,0001; FA=83,3%) și la 12 (10,2%) gravide cu VMR și insuficiență cardiacă NYHA I (RR2=4,03; I[1,553-10,481]; p<0,002; FA=60,0%).

Adaosul patologic în sarcină la pacientele cu VMR este legat de dereglările metabolismului lipidic, condiționat de modificările statutului hormonal în sarcină, de dereglarea metabolismului hidrosalin, reținerea lichidului în organism în stările de HIS și preeclampsie, stază venoasă etc., care

considerabil influențează efortul contractil cardiac, influențând severitatea insuficienței cardiace în VMR la aceste paciente.

Concluzii:

1. La dezvoltarea și manifestarea VMR la gravide contribuie un complex de factori sociali și medicali. Din factorii sociali unde riscul VMR este de 2,5 ori mai mare putem evidenția pacientele cu vârsta e" 35 ani (RR =2,58; II[1,360-4,908]; p< 0,002; FA =50,8%), fumătoarele și consumatoarele de alcool (RR =2,52; II[1,775-3,561]; p< 0,0001; FA =59,5%); statutul marțial la femeile necăsătorite (RR =1,97; ÎI[1,317-2,937]; p<0,0007); FA=48,0%) și sediul rural de trai (RR =1,17; II[1,039-1,310]; p<0,009), unde riscul VMR este de 2 ori și 1,2 ori respectiv mai mare în comparaie cu lotul martor.

2. Din factorii medicali care pot influența VMR se pot evidenția pacientele cu tonzilită (RR = 6,23; II [4,432-8,767]; p< 0,0001; FA =83,5%), ciclul menstrual anormal (menarhe tardivă, menstrre neregulate) (RR=2,56; II[1,528-4,275]; p<0,0001; FA=57,9%) și maladiile pediatrice (RR=1,38; II[1,259-1,508]; p<0,0001); FA=27,4%, unde riscul dezvoltării patologiei cardiace este de 6 ori, 2,5 ori și 1,4 ori mai mare, în comparație cu lotul martor.

3. Un anumit rol protector în privința patologiei cardiovasculare la gravide il are sediul urban de trai (RR= 0,68; ÎI [0,512-0,911]; p<0,009) și statutul marțial la gravidele căsătorite (RR =0,86; ÎI [0,785-0,934]; p< 0,0004).

4. Patologia extragenitală suportată influențează în dependență de clasa funcțională NYHA patologia cardiacă în timpul sarcinii. Riscul influenței patologiei cardiace în subplotul de bază 2 de către anemia fieriprivă crește de 2,4 ori, în adaosul patologic în sarcină – de 7,3 ori. În maladiile endocrine de 4,7 ori ,maladiile renale de 4,6 ori , hipertensiunea arterială de 4,2 ori mai mare în comparație cu lotul martor. În total riscul patologiei somatice de a influența patologia cardiacă crește de la (RR =1,57 ÎI [1,209-2,028]; p<0,0009; FA =36,0%) în subplotul de bază 1 în anemia feriprivă până la (RR =7,27; ÎI [3,03-17,456]; p<0,0001; FA =83,3%) în subplotul de bază 2 în adaosul patologic în sarcină.

Bibliografie:

1. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur. Heart. J. 2011, vol. 32, no. 24, p. 3147 -3197.
2. Kaleschke G., Baumgartner H. Pregnancy in congenital and valvular heart disease. Heart. 2011, vol. 97, no. 21, p. 1803-1809.
3. Охалкин М.Б., Гурьев Д.Л., Хитров М.В. Ведение и родоразрешение беременных с заболеваниями сердца. Пособие для врачей и интернов. Ярославль, 2007, 61 с.
4. Siu S., Sermer M., Colman J. et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation. 2001, vol. 104, no. 5, p. 515-521.
5. Серов В.Н., Тютюнник В.Л., Михайлова О.И. Современные представления о лечении плацентарной недостаточности. Русский Медицинский Журнал. Мать и дитя. Акушерство и гинекология. 2010, том 18, no. 4, с. 157-161.

Omul Sănătății

*Inchinare poetică
”Patriarhului Oncologilor”
Ștefăniei și Georgiei Sale
Dlui Profesor, Academician,
Gheorghe ȚÎBÎRNA
la 70 ani de la naștere*

*Luna Februarie: „Calm și Fermitate”
16 februarie: „Pace și Bunăvoință”*

Pe coloana infinită a timpului, chiar a ontogenezei unui Om, există clipe efimere, vorba poetului ce ne însuflețesc... „Timpul trece în urma mea” – spunea Marele Eminescu, noi vom adăuga, „iar viața odată cu noi”...

Am avut clipe fericite, de a-l cunoaște pe Marele Oncolog al medicinei și al neamului nostru pre nume Gheorghe Țîbîrnă. În clipa lui septembrie 1983 și cea a dispoziției – mai 1984. Era vreme, erau oameni, erau destine... Dumnealui, presat de probleme, și-a păstrat totdeauna echilibrul firii, cugetul și a fost timonierul multora cu lucruri bune, ce a determinat autenticitatea Singurelor..., sat istoric plin de voinici și spirit gospodăresc...

Este greu să fac reflecțiuni asupra personalității Dascălului meu, dar fiind format de Domnia Sa o să încerc.

Gheorghe Țîbîrnă ce a devenit Renumere. Om plin cu comori sufletești deosebite, frumos la chip, expresiv și autoritar prin



intelență, haz înțelept, prin impunere necondiționată. O ambianță dintre Inteligență, Bunătate și Smirenție, profesionalism și principialitate, și concomitent Om iubitor de oameni... . Atît discipolii, cît și bolnavii exprimă: „Este Omul, Medicul, Profesorul, ce trăiește pentru noi! Dumnealui a sfințit locul, clinică, Republica... Această Mare personalitate, ce nu încapă în arealul nostru, nu putea să se nască decît în acest anotimp miraculos, și pe acest pămînt, pe care coboară “Eternitatea ce se situează între destine zbuciumate a Făgăduinței...”, vorba poetului.

Mare Personalitate prin însăși ființa și esența sa, Formator de Oameni, inzeștrăat cu un tact omenesc inedit, Decan al oncologilor plin de inteligență și măiestrie de medic –chirurg, ilustru-pedagog și Homo Sapiens, Homo dignisimus, Homo umanitos, Homo medicus...

Făuriți mai departe, Măiestre-Doctore!
Mulți și Fericți Ani înainte!

*Profesor universitar
Ion Mereuță
16.02.2014*

**Cuvinte din suflet și cu mare drag
Profesorului, Academician Gheorghe Țîbîrnă
la popasul in timp - 70!**

Moto:

*Înțelepciunea și talentul răzbat prin gene.,
măestria vine prin muncă...*

I.M.

O vorbă plină de umor,
O limbă plină de izvor,
O înțelepciune țărănească,
Vine să ne copleșească.

Un chirurg cu măestrie
Viața să ți-o dea ție
Sănătate dăruiește!
Și de cancer ne păzește.

Lucruri bune a făcut
Cel mai mare-n Institut
Dar și la Universitate
Promovează Sănătate!

Dansul e-n Academie
Sârguință cât o mie
Scrie mult, e cunoscut
Parcă e la început.

Azi Țîbîrnă ne adună
Să vedem a lui cunună
Înțeleaptă Dinastie
Devenită Enciclopedie.

Vă dorim prosperitate
Dar și multă Sănătate
Să trăiți mulți ani frumoși
Toți să fie bucuroși.

Al Dumneavoastră Discipol, Ion Mereuță

16.02.2014

CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

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

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

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

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

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

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

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

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.

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

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

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

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

Clinica oncologie generală, et.5

prof. Ion Mereuță, tel.: +37322852414, e-mail: 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 приводятся ключевые слова, от 3 до 6.

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

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

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

- Рукописи приводятся в трех экземплярах.

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

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

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

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

Клиника 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 content and the innovative character of the publication.

- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

ADDRESS: Moldovan Oncology Institute, General Oncology Clinic

30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

Phone: +37322852414, email: veronicashvet@gmail.com.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate

