REVISTĂ ŞTIINŢIFICO-PRACTICĂ

INFO-MED

ISSN 1810-3936

Tipul de publicaţie - ştiinţifică /Categoria C/
Hotărîrea CSPSDT a AŞM din 31.X.2013 nr. 270

APARE SEMESTRIAL

2 (26)

2015

Oncologie generală

- Management
- Oncologie
- Chirurgie
- Reabilitare
- Neurologie

ISSN 1810-3936

INFO·MED Revistă ştiinţifico-practică

APARE SEMESTRIAL 2 (26) 2015

Redactor-şef Ion MEREUŢĂ

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

Colegiul de redacţie:

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

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

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

CUPRINS

Şveţ Veronica, Mereuţă Ion 3
NEUROFIBROMATOZA TIP 1 (BOALA VON RECKLINGHAUSEN)

Laur Veceslav 6
EPIDEMIOLOGIA ANALITICĂ ŞI DESCRIPTIVĂ A CANCERULUI COLORECTAL ÎN RM ÎN PERIOADA 2007-2014

Gaţcan Ştefan, Vozeac Vera, Serbenco Anatol 27
FACTORII DE RISC ASOCIAŢI CU NAŞTEREA PREMATURĂ

Serghei Covanţev, Ecaterina Costiuc, Dumitru Brînza 33
RELAŢII ÎNTRE LOBULAŢIE FETALĂ ŞI PATOLOGIA RENALĂ

Alin Bour, Vahtang Gugava, Targon Roman 36
CLASIFICĂRILE MODERNE A BOLII HEMOROIDALE

Daniela Mereniuc 43
INCLUZIUNEA SOCIO-PROFESIONALĂ A PERSOANELOR ÎNCADRATE ÎN GRAD DE DIZABILITATE ÎN URMA ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC

CERINŢELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR 47

CONTENTS

Svet Veronica, Mereuta Ion
NEUROFIBROMATOSIS TYPE 1 (VON RECKLINGHAUSEN DISEASE)

Laur Veceslav
ANALYTICAL AND DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN MOLDOVA DURING 2007-2014

Gatcan Stefan, Vozeac Vera, Serbenco Anatol
RISC FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURE BIRTH

Serghei Covantev, Ecaterina Costiuc, Dumitru Brinza
THE RELATION BETWEEN FETAL LOBULATION AND RENAL PATHOLOGY

Alin Bour, Vahtang Gugava, Targon Roman
MODERN CLASSIFICATIONS OF HEMORRHOIDS

Daniela Mereniuc
SOCIO-PROFESSIONAL INCLUSION OF PERSONS EMPLOYED IN DEGREE OF DISABILITY AFTER ISCHEMIC STROKE

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Articolele au fost recenzate de specialişti de notorietate din domeniu

Şveţ Veronica asistent universitar, Mereuţă Ion, d.hab.medicina, prof.universitar, Şef catedra Oncologie, Hematologie şi Radioterapie USMF "N.Testemiţanu"

NEUROFIBROMATOZA TIP 1 (BOALA VON RECKLINGHAUSEN)

Studying this disease it was based on literature review and pesonal University Clinic of General Oncology and ATI in the Oncological Institute. Thus it was found that Neurofibromatosis is one of the most common genetic diseases caused by gene mutation on chromosome 17. Diagnosis is based on clinical diagnostic criteria for NF1 established by the NIH (National Institutes of Health), genetic diagnosis, histology. Symptomatic treatment is frequently at medical or surgical.

Key words: Neurofibromatosis, Von Recklinghausen disease, genetic diagnosis, histology, symptomatic or surgical treatment.

Neurofibromatoza este cea mai frecventă facomatoză, şi poate fi prezentată de cel puţin 2 afecţiuni distincte NF_1 şi NF_2 a căror gene au fost reperate la nivelul cromozomul 17 şi 22.

Clasificarea se face in 3 tipuri:

1. Tipul periferic (NF-1): asociere tumori periferice şi pete hiperpigmentare "café au lait";

2. Tipul central (NF-2): tumori cerebrale, spinale sau de nerv acustic;

3. Tumori de tip S: prezintă distribuţie segmentară a manifestărilor cutanate (dermatoame);

Neurofibromatoza tip 1 (NF1) (sinonim - Boala von Recklinghausen) este una din cele mai frecvente boli genetice. Boala este cunoscută încă din 1793 fiind descrisă de către Tiselius şi în 1882 de către von Recklinghausen. Sînt cunoscute tipul clasic de neurofibromatoză şi alte 6 tipuri „atipice" de boală. Prevalenţa acestei maladii este de 1 la 3000-4000 de persoane. Sunt afectate toate populaţiile indiferent de rasă şi sex. Din aspecte genetice: este o boală autozomal dominantă cu un grad mare de variabilitate în expresia clinică. Tabloul clinic poate fi diferit în interiorul aceleiaşi familii, de la o familie la alta şi chiar la acelaşi individ în perioade diferite de viaţă. Mai mult din 50% de cazuri de NF se datorează unei mutaţii noi (de novo). Gena NF1 a fost clonată la nivelul braţului lung al regiunii centromerice a cromozomului 17 (17q11.2) şi caracterizată ca şi proteina Ras-GAP sau GTPactivating protein – iar produsul genei este neurofibromina un peptid care stimulează hidroliza intrinsecă a guanozinei trifosfat şi acţionează ca şi supresor tumoral. Deleţiile acestei gene sunt frecvente şi pot fi detectate prin FISH.

Semne şi simptome pot fi următoarele:

1. Leziunile cutanate includ pete „café au lait" şi neurofibroame care reprezintă semnele cele mai caracteristice.

Petele „café au lait" apar în primul deceniu de viaţă. Prezenţa > 6 pete „café au lait" este în favoarea NF_1. Pistruii axilari şi inghinali pot fi un alt semn al acestei maladii. Mai puţin sunt afectate zonele melanodermice.

Neurofibroamele cutanate, la fel frecvent întîlnite, şi apar de obicei la puberate; prezentate sub formă de noduli sesili sau pediculaţi, violacei, moi şi mai frecvent nedureroşi. Pot fi subcutanate, intradermice sau „moluscoide", voluminoase, pigmentate numite neurofibroame plexiforme.

Neurofibroamele sunt tumori benigne alcătuite din fibroblaşti, celule Schwann, mastocite şi melanocite ceea ce le distinge de neurinoamele tipice pentru NF_2. Alte leziuni cutanate sunt pahidermatocele, mixoglioame gelatiniforme, variante de neurofibroame realizând forme elefantiazice în 1/3 distală a gambei.

2. Leziunile oculare reprezentate sub formă de nodulii Lisch. De obicei sunt bilaterali, asimptomatici, dependenţi de vârstă şi fac parte din criteriile de diagnostic pozitiv pentru NF_1. Glaucomul congenital poate fi o manifestare a NF_1 când neurofibroamele afectează pleoapele.

3. Manifestările neurologice intilnite în cazul afectării SNP şi hamartoamelor sau tumorilor gliale la nivelul SNC. Leziunile meningiene sunt relativ frecvente.

- Neurofibroamele (Nf) de trunchiuri nervoase periferice sunt mai frecvente decât cele cutanate sau subcutanate, cu localizare de preferinţă la nivelul plexului brahial, nervilor intercostali şi crurali, nedureroase, se malignizeaza rar.

- Tumorile centrale cu afectarea nervilor optici, chiasmei, radiaţiilor optice sau hipotalamusului, mai des întîlnite după vârsta de 5 ani. Glioamele optice apar la 15-20% dintre bolnavii cu NF_1, la ei se depistează scăderea acuităţii vizuale sau semne de HIC, rar pubertate precoce. La pacienţii tineri cu NF_1 sunt descoperite astrocitoamele emisferelor cerebrale şi periapeductale, displaziile focale, hemimegalencefalia şi pahigiria.

- Displaziile meningiene reprezentate de meningocel, ectazii durale şi chisturi arahnoidiene apar la bolnavii cu NF_1.

- Epilepsia se întâlneşte la 5-10% din bolnavii cu NF_1 şi se poate manifesta prin crize tip spasme infantile cu prognostic bun, iar mai târziu apar crize parţiale şi generalizate.

- *Retardul mental* obişnuit uşor sau mediu şi dificultăţile de învăţare au fost raportate la 30-50% din cazurile cu NF_1.

- Afectarea orbito-cranio-facială prezentă la 2-4% din pacienţii cu NF_1 cuprinde două forme clinice principale:

1. *neurinomul plexiform al pleoapei superioare* (sindromul Francois) caracterizat prin ptoză palpebrală şi hipertrofie hemifacială homolaterală, hidrocefalie sau buftalmie, uneori cecitate şi anomalii osoase multiple de bază de craniu şi faciale;

2. *neurofibromul primitiv al orbitei* se manifestă printr-o exoftalmie nepulsatilă la care se asociază anomalii ale plafonului orbitei şi de boltă craniană.

3. Alte manifestări frecvent întâlnite în NF_1 sunt:

Leziunile scheletice prezente la 30-50% dintre pacienţii cu NF_1 ce includ anomalii rahidiene, ale oaselor lungi şi craniului. Anomaliile rahidiene cuprind deformaţii secundare tumorilor, cifoscolioză (frecvent cervicală, angulară), anomalii tranziţionale localizate la nivelul joncţiunii cervico-occipitale cu/sau fără scolioză, adesea asociate cu hidrocefalie, siringomielie şi alte leziuni SNC (malformaţie Arnold-Chiari, stenoză de apeduct Sylvius). Anomaliile oaselor lungi sunt reprezentate de pseudoartroze congenitale de tibie, cubitus şi alte oase, hipoplazii şi hiperplazii totale/parţiale ale membrelor. Anomaliile craniene cele mai caracteristice sunt lacunele bolţii craniene, consecinţă a unui defect de dezvoltare osoasă.

- Manifestări viscerale, endocrine şi vasculare

Tumorile digestive sunt descoperite obişnuit cu ocazia unor hemoragii digestive.

Nefropatia secundară unei angiodisplazii renale poate fi cauza unei HTA.

În NF_1 există o incidenţă crescută a neoplaziilor incluzând feocromocitom, adenoame hipofizare, rabdomiosarcom, tumoră Wilms, leucemii.

Patologia vasculară, manifestare importantă în NF_1, afectează în particular arterele bazei craniului producând sindrom Moya-Moya, anevrisme gigante intracraniene sau fistule arterio-venoase ale vaselor gâtului.

Alte forme a neurofibroamelor sînt:

NF_2 – tipul central, cu o incidenţă de 1/50000 are caracter familial şi transmitere AD, gena NF_2 fiind localizată pe cromozomul 22p12 .

NF_3 – forma mixtă este mai apropiată de NF_2, include şi tumori multiple intra- şi extra-axiale; manifestările cutanate şi gliomul de nerv optic sunt rare.

NF_4 – asociază multiple pete „café au lait” cu Nf.

NF_5 – pete „café au lait” şi/sau Nf pe un segment corporal limitat.

NF_6 – prezintă multiple pete „café au lait”, dar nici un Nf.

NF_7 – sau forma cu debut tardiv se manifestă la persoane > 20 de ani.

Semnele clinice esenţiale pentru diagnostic sunt: neurofibroame multiple; pete, *café-au-lait;* noduli Lisch.

Diagnosticul de NF_1 este în principal clinic (criterii diagnostice pentru NF-*National Institutes of Health* –1987) la care se adaugă explorările neurologice generale, determinarea acuităţii vizuale, examinări MRI şi PEV.

Diagnosticul acestei maladii se bazeaza atît pe criterii clinice de diagnostic pentru NF1 stabilite de NIH (National Institute of Health), se apreciază la prezena a două din următoarele 7 semne: 1) minimum 6 pete café-au-lait de cel puţin 0,5 cm înainte de pubertate şi 1,5cm. după pubertate; 2) pistrui axilari sau inghinali; 3) cel puţin 2 neurofibroame

cutanate sau unul plexiform; 4) cel puţin 2 noduli Lisch;5) o leziune scheletică specifică;6) un gliom optic;7) un părinte sau un frate afectat. Degenerarea malignă a tumorilor apare cu o frecvenţă de 6% - 15%, după prima decadă de viaţă;

De asemenea diagnosticul se bazeaza pe examinarea semnelor clinice- CT sau RMN cranian, audiometria, EEG. Diagnosticul molecular este uşor de efectuat din punct de vedere tehnologic nu se face deoarece există o largă varietate de mutaţii. În cazul în care este necesar diagnosticul prenatal, sunt de ajutor fie analiza linkage fie analiza mutaţiei genice. Pentru familiile cu unul sau mai mulţi afectaţi, analiza linkage este utilă pentru identificarea purtătorilor genei NF1 anormale. Cazurile sporadice se pretează la analiza directă a mutaţiei. Este recomandat persoanelor care au antecedente familiale sau care sunt afectate de boala lui Recklinghausen sa apeleze la sfatul genetic pentru a se stabili dacă sunt sau nu susceptibile sa transmită boala descendentilor.

Tratamentul - nu există un remediu pentru neurofibromatoză. Tratamentele pentru neurofibromatoza sînt orientate asupra simptomelor. Tratamentul poate fi: chirurgical cu excizia tumorii sau poate fi chimioterapic sau radioterapic dacă o tumora a devenit malignă. De asemenea poate să includă terapie fizica, psihologica.

În cadrul Clinicii universitare Oncologie Generală din incinta IMSP Institutul Oncologic au fost înregistrate 2-3 cazuri de neurofibromatoză anual cu forma generalizată. Aceste persoane se adresează deseori cu recidive şi afectarea altor părţi a pieli şi a ţesutului subcutanat. Vă prezentăm un caz clinic: pacientul B., 47 ani, sex masculin, diagnosticat din copilărie, la vîrsta de 5 ani cu neurofibromatoză. Tratament specific nu a primit, la evidenţă la genetecian, la oncolog chirurg s-a adresat cu formaţiuni gigante în piele şi în ţesuturile moi ce afectează toată suprafaţa coapsei, cu edem şi limfostază membrului inferior. A fost tratat chirurgical prin Excizia tumorilor pielii şi ţes.moi a coapsei aproximativ 23x10cm, sub anestezie generală, care ulterior a fost confirmat histologic.

Concluzii:

1. Neurofibromatoza, sau boala lui Recklinghausen- este o maladie genetică sistemică, ce se transmite autosomal dominant cu expresivitate extrem de variabilă, cu mutaţia la nivelul regiunii centromerice a cromozomului 17 (17q11.2). Nu are apartenenţă de sex, mai

frecvent debutează din copilărie, după vîrsta de 5 ani. Se cunosc şi alte 6 tipuri de neurofibromatoză.

2. Examenul medical interdisciplinar şi consultarea unui număr mare de medici de diferite specialităţii este important pentru aprecierea diagnosticului complet. Diagnosticul se bazează pe criterii de diagnostic stabilite de NIH (National Institute of Health), entru diagnostic se cere prezenţa a două din următoarele 7 semne: minimum 6 pete *café-au-lait* de cel puţin 0,5 cm înainte de pubertate şi 1,5 cm. după pubertate; pistrui axilari sau inghinali; cel puţin 2 neurofibroame cutanate sau unul plexiform; cel puţin 2 noduli Lisch; o leziune scheletică specifică; un gliom optic; un părinte sau un frate afectat şi a complicaţiilor acestora, pe examenul genetic ce include istoricul bolii şi antecedente familiare precum şi prin depistarea mutaţiei genei la nivelul cromosomului 17, şi prin examenul histologic după excizia tumorilor. Există riscul apariţiei de tumori nervoase benigne intra şi extracerebrale, risc care creşte odatĺ cu vârsta cronologicĺ şi care impune monitorizarea imagistică regulată a tuturor acestor cazuri. Nu trebuie neglijate cazurile sporadice „de novo" care pot atinge cca 50% dintre cazuri.

3. Este necesar de organizat un Registru Naţional a maladiilor genetice inclusiv şi boala lui Recklinghausen, iar în cazul malignizării tumorilor evidenţierea lor în Cencer Registru Naţional.

4. Tratamentul acestor pacienţi este doar cel simptomatic medicamentos şi chirurgical, a complicaţiilor acestora, iar în cazul cînd aceste tumori se malignizează se efectuiază tratament combinat sau complex chimio/radioterapeutic. Nu trebuie de neglijat şi de sfatul genetic.

Bibliografie:

Baser M.E., Kuramato L – Genotypefenotype correlation for nervous system tumors in neurofibromatosis type 2- a population based study. Am.J. Human. Genet, 2004;75:231- 239.

2. Ciofu Carmen – Cauza genetic ĺ a unor tumori ale sistemului nervos în pediatrie. Pediatru-Ro, 2005, vol 1, nr.1,48-55.

3. Ciofu Carmen, Cintez ĺ E., Darabon ˇ R., Popa B., Cernatescu I., Lep ĺ dat E – Renovascular hypertension in neurofibromatosis type 1 Medica, A Journal of Clinical Medicine, 2006, vol 1, nr.1, 59-64

4. Evans D.G.R., Birch J.M – Paediatric presentation of type 2 neurofibroma tosis. Arch. Dis.Chldr. 1999;81:496-499. 5. Jones K.L – Smith recognizable patterns of human malformation. 5-th edition, W.B. Saunders Company, (Imprint Elsevier Science), 1997, 122- 123, 495-512.

6. Fritsch *Dermatologie und Venerologie*, Springer, ISBN 3-540-61169-X Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

7. Lin A.E., Birch P.H., Friedman J.M – Cardiovascular malformation and other cardiovascular abnormalities in neurofibromatosis, type 1. Am.J.Med. Genet.,2000, 95(2):108-117.

8. Louis D.N., Seitzinger B.R – Genetic basis of neurological tumors. Bailliers Clin. Neurol,1994,3 (2):335-352.

9. Mautner V.F., Hazim W, Pohlmann K – Ophtalmologic spectrum of neurofibromatosis type 2 in children. Klin. Monatsbl. Augenheilk, 1996, 208 (1), 58-62.

10. Melean G., Sestini R., Ammannati F – Genetic insights into familial tumors of the nervous system. Am. J. Med. Genet. Part C, 2004, 129 C,: 74- 84.

11. OMIM Online Mendelian Inheritance in Man, Neurofibromatosis, type 1, Neurofibromatosis, type 2, accesed on 13 august 2007.

Laur Veceslav, oncolog-chirurg-proctolog a IO

EPIDEMIOLOGIA ANALITICA ŞI DESCRIPTIVĂ A CANCERULUI COLORECTAL ÎN RM ÎN PERIOADA 2007-2014

The article analyzes the indices of morbidity, mortality, prevalence, survival of patients with CRC in Moldova between 2007-2014. The research includes early detection and late imdicii. Descriptive epidemiological peculiarities of CRC on economic and geographic areas of the country during 2007-2014.

Key words: colorectal cancer, analytical and descriptive epidemiology, morbidity, prevalence, colon, rectum.

În articol se analizează indicii morbidităţii, mortalităţii, prevalenţei, supravieţuirii bolnavilor cu CCR în RM în perioada 2007 - 2014. Cercetarea include şi indicii depistării precoce şi tardive. Sunt evidenţiate particularităţile epidemiologice descriptive a CCR pe zonele economico-geografice a RM în perioada 2007-2014.

Cercetarea a inclus determinarea depistării tumorilor maligne pe parcursul anilor 1997-2014. În tabel este demonstrat depistarea după stadii. Am demonstrat că pe perioada 1997-2014 indicii depistării precoce au avut o evoluie lent-crescătoare de la 9,7% pînă la 16,3 pentru stadiu I şi de la 19,4% la 21,3% pentru stadiu II. Semnificativ este faptul ce pe parcursul acestor ani grupa clinica IV a păstrat practic acelaşi indice - 26,2% şi 26,4% ce demonstrează ineficacitatea metodelor de profilaxie secundară promovată atît de medici din reeaua generală cît şi a specialiştilor. Analiza ştiinţifică a demonstrat că punctul maxim al depistării tardive a fost în anul 2010-30,7% (Fig.1)

Tabelul1.

Depistarea după stadii cu tumori maligne în Republica Moldova, anii 1997-2014

Anul	Stadii							
	I		II		III		IV	
	I - T1a-b2N0Mo		II (A)-T3N0M0 II(B)-T4aN0M0 II(C)-T4bN0M0		III(A)-T1a-bN2aM0, T1a-b2N1a-bM0 III(B)-T2-3N2aM0, T3-4aN1-2bM0 III(C)-T3-4aN2a-b,T4bN1a-b2a-bM0		IV(A) T1a-b2-4a-b N1a-b2a-bM1a IV(B) T1a-b2-4a-b N1a-b2a-bM1b	
	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
1997	699	9,7	1403	19,4	1920	26,6	1896	26,2
1998	581	8,4	1307	18,9	1844	26,6	1959	28,3
1999	477	9,1	914	17,5	1349	25,8	1517	29,0
2000	517	9,3	1005	18,1	1589	28,6	1592	28,7
2001	533	9,0	1040	17,5	1558	26,2	1772	29,8
2002	606	10,0	1133	18,6	1614	26,5	1766	29,0
2003	624	9,8	1233	19,3	1718	26,9	1805	28,3
2004	687	10,0	1352	19,7	1891	27,6	1838	26,8
2005	672	9,7	1415	20,4	1922	27,6	1839	26,5
2006	747	10,1	1447	19,7	2092	28,4	1990	27,0
2007	779	10,4	1386	18,5	2035	27,1	2098	28,0
2008	865	11,4	1572	20,7	1965	25,8	2129	28,0
2009	917	11,4	1684	20,9	2121	26,4	2267	28,2
2010	892	11,4	1598	20,4	1947	24,8	2410	30,7
2011	1123	13,9	1651	20,4	1926	23,8	2083	25,8
2012	1283	15,6	1795	21,9	1983	24,2	2077	25,3
2013	1153	13,7	1738	20,6	1977	23,4	2301	27,3
2014	1443	16,3	1883	21,3	1818	20,5	2340	26,4

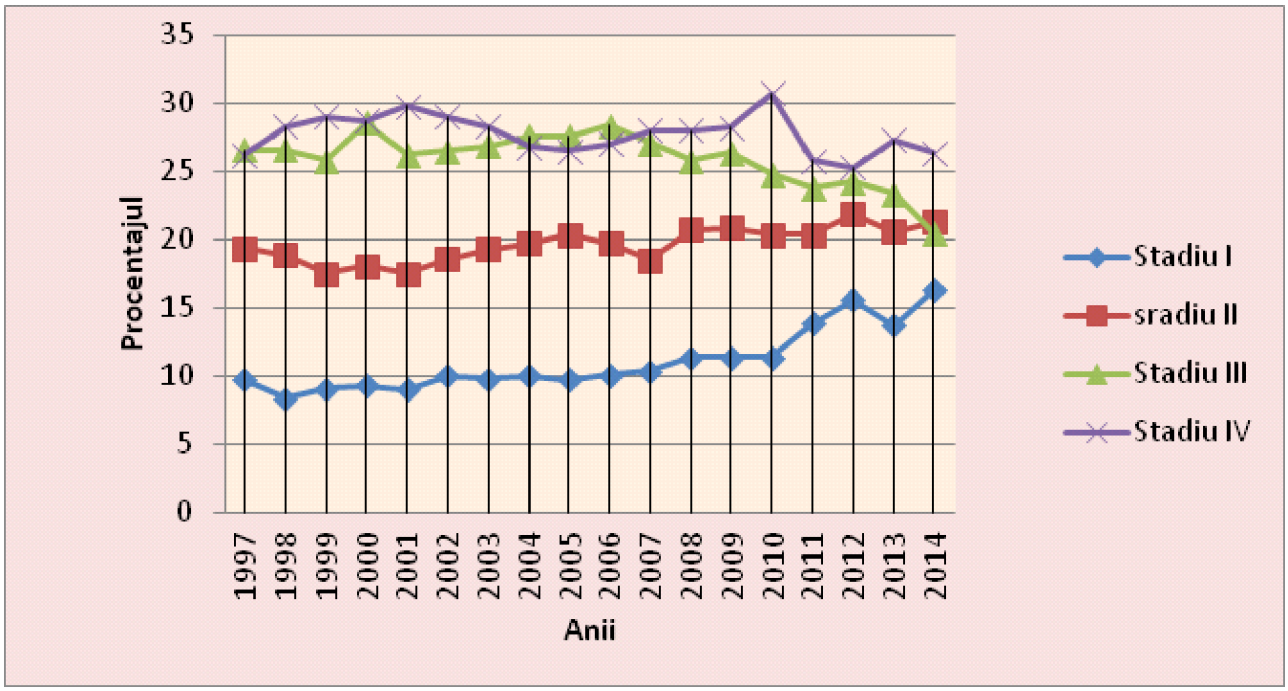


Fig.1 Depistarea după stadii cu tumori maligne în Republica Moldova, anii 1997-2014

Tabelul 2.

Depistarea după stadii a tumorilor maligne a colonului în Republica Moldova, anii 1997-2014

Anii	I		II		III		IV	
	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
1997	5	1,6	35	11,3	112	36,1	115	37,1
1998	5	1,4	50	13,9	131	36,3	127	35,2
1999	6	1,8	43	12,7	124	36,7	116	34,3
2000	6	1,6	66	17,6	144	38,5	133	35,6
2001	6	1,6	59	15,9	123	33,2	133	35,9
2002	5	1,5	57	16,8	124	36,6	108	31,9
2003	13	3,3	73	18,3	148	37,1	119	29,8
2004	3	0,8	53	14,2	171	46,0	99	26,6
2005	6	1,4	67	15,8	189	44,7	110	26,0
2006	5	1,2	75	17,3	262	60,4	131	30,2
2007	21	4,6	69	15,0	159	34,5	162	35,1
2008	9	2,1	76	17,5	175	40,3	138	31,8
2009	8	1,6	72	14,1	207	40,5	187	36,6
2010	5	1,0	104	21,4	177	36,3	169	34,7
2011	12	2,5	114	23,6	161	33,3	135	27,9
2012	21	4,2	147	29,6	171	34,5	119	24,0
2013	17	3,1	137	25,0	177	32,3	166	30,3
2014	19	3,2	189	31,7	151	25,3	191	32,0

În datele prezentate în tabelul 2, semnificativ este faprul că depistarea în stadiul I T1a-b-2N0M0, şi stadiu II (II(A)-T3N0M0, II(B) - T4aN0M0, III(C) - T4NoMo nu depăşeşte - 40%. Totodată grupul clinic IV a avut o tendinţă de diminuare în perioada de referinţă de la 37,1% pînă la 32,0%. Picul depistării a fost în anul 2009 - 36,6.(Fig.2)

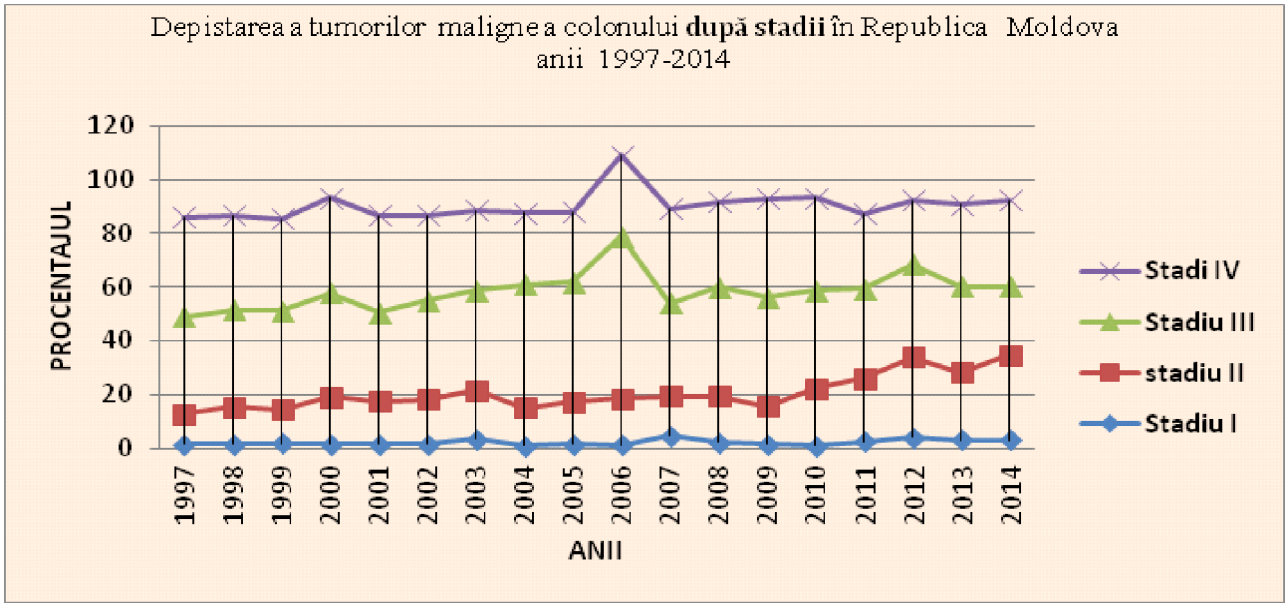


Fig. 2. Depistarea tumorilor maligne a colonului după stadiu în R.Moldova

Tabelul 3.

Depistarea după stadii a tumorilor maligne a rectului în Republica Moldova, anii 1997-2014

Anii	I		II		III		IV	
	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
1997	7	1,8	128	33,2	107	27,7	121	31,3
1998	6	1,4	123	29,6	107	25,8	141	34,0
1999	7	2,1	92	27,1	79	23,3	129	38,1
2000	11	3,0	94	25,9	97	26,7	134	36,9
2001	18	4,1	136	31,2	118	27,1	121	27,8
2002	18	4,9	96	26,0	115	31,2	143	38,8
2003	15	3,7	97	24,1	136	33,8	115	28,6
2004	13	3,3	91	23,4	134	34,4	107	27,5
2005	17	3,9	116	26,4	163	37,0	113	25,7
2006	9	2,0	142	31,8	154	34,5	117	26,2
2007	24	5,4	116	26,0	149	33,3	143	32,0
2008	9	1,9	117	24,9	126	26,9	164	35,0
2009	9	1,7	159	30,7	158	30,5	160	30,9
2010	13	2,4	160	29,6	152	28,1	180	33,3
2011	28	5,3	182	34,3	135	25,4	150	28,2
2012	32	6,3	191	37,6	139	27,4	113	22,2
2013	23	4,9	168	36,1	128	27,5	122	26,2
2014	22	4,0	272	50,5	100	18,5	111	20,6

În tabelul 3 a fost analizată depistarea tumorilor după stadii a tumorilor maligne a rectului în RM în perioada 1997-2014. Depistarea precoce în stadiul I - T1a-b2N0M0 şi II (A) T3N0M0, II (B) - T4a N0M0 , II (C) - T4-b N0M0 a alcătuit 54,5%, i-ar stadiul IV a scăzut pe parcursul perioadei de la 31,3% la 20,6%. Cei mai înalţi indici au fost înregistraţi în anul 2002 - 38,8% (Fig.3).

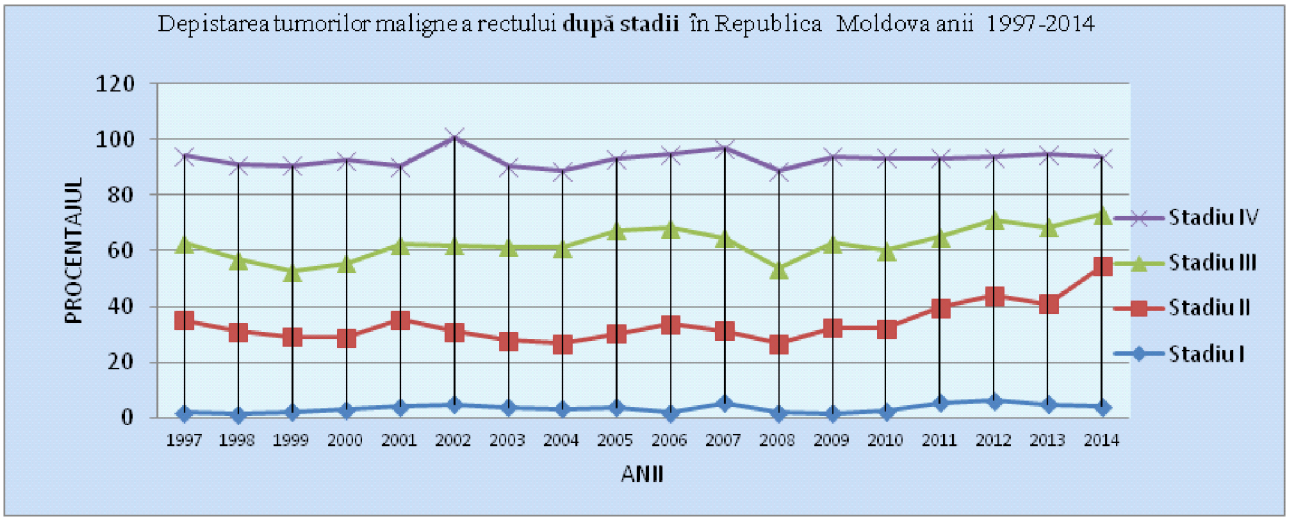


Fig.3. Depistarea tumorilor maligne a rectului după stadii în Republica Moldova

Tabelul 4.

Incidenţa, mortalitatea, prevalenţa şi supravieţuirea la 5 ani şi peste prin tumori maligne în Republica Moldova, anii 1999-2014

Anii	Incidenţa		Mortalitatea		Prevalenţa		Supraveţuirea 5 ani şi peste	
	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	%
1999	6350	148,3	4548	124,9	31900	876,0	15248	47,0
2000	6786	158,5	4546	124,9	32725	898,7	16452	50,3
2001	7097	166,1	4679	128,9	33520	920	16908	50,4
2002	6080	167,8	4801	132,5	33490	919,7	16373	48,9
2003	6379	187,7	4938	136,7	34035	942,2	16010	47,0
2004	6851	190,1	5037	139,8	35576	987,3	16364	46,0
2005	6952	193,4	5172	143,9	37408	1040,7	16970	45,4
2006	7361	205,3	5438	151,7	38435	1072,2	17422	45,3
2007	7501	209,3	5387	150,6	40041	1119,4	17795	44,4
2008	7607	313,1	5539	155,1	41936	1174,6	19295	46,0
2009	8043	225,6	5658	158,7	42946	1204,5	20473	47,7
2010	7852	220,4	5632	158,1	43799	1229,6	19807	45,2
2011	8080	227,0	5635	158,3	45587	1280,5	21210	46,5
2012	8204	230,5	5734	161,1	47829	1343,7	21478	44,9
2013	8441	237,1	5835	163,9	47604	1337,4	21729	45,6
2014	8860	248,9	5971	167,9	48764	1370,3	23248	47,7

Tab. 4 ilustrează indicii incidenţei, mortalităţii, prevalenei şi supravieţuirii de la 5 ani şi peste în RM în perioada 1997-2014. Cel mai înalt indice al incidenţei a fost înregistrat în anul 2014 - 248,9% (Fig.4).

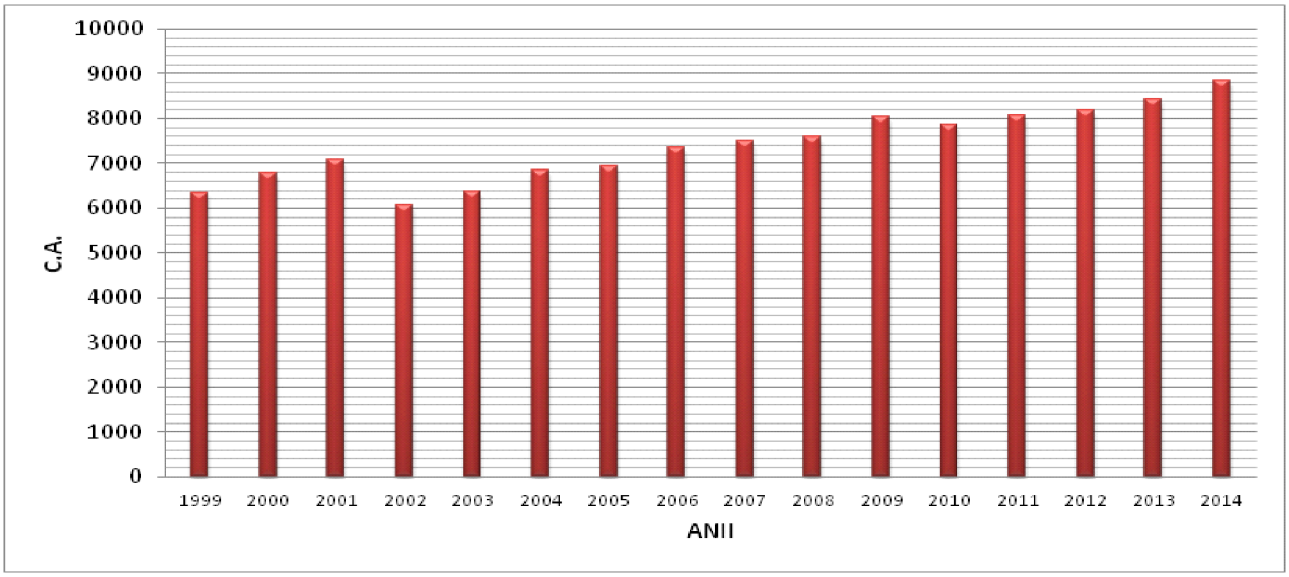


Fig.4. Incidenţa tumorilor maligne în Republica Moldova, anii 1999-2014

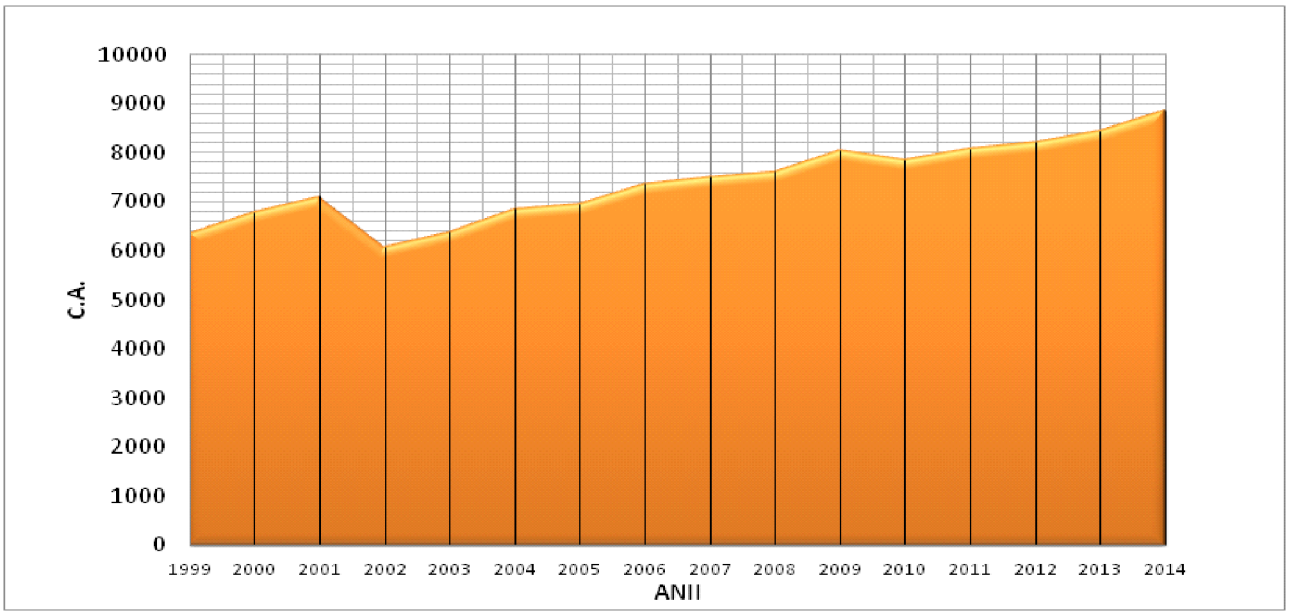
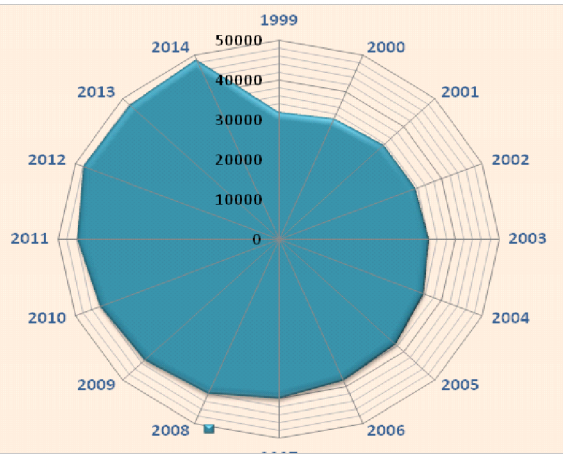


Fig.5. Mortalitatea tumorilor maligne în RM, anii 1999-2014

Fig.6. Prevalenţa tumorilor maligne în RM anii 1999-2014



Incidenţa tumorilor maligne în Republica Moldova în anii 1999-2014 şi mortalitatea prin cancer a înregistrat indici înalţi - în 2014-248,9% (Fig.5).

Prevalenţa atinge pragul maxim în 2014 - 1370,3%, ce constituie 48.764 cazuri (Fig.6).

Indicii supravieţuirii de 5 ani a bolnavilor cu tumori maligne au fost în anul 2001 - 50,4% (Fig.7).

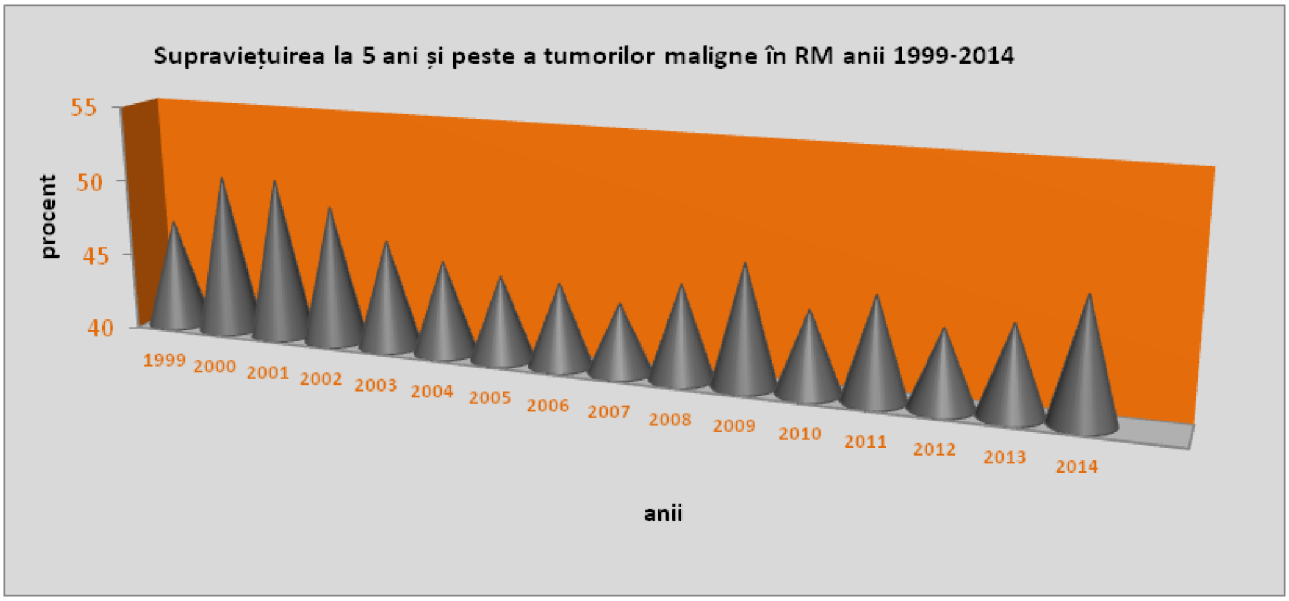


Fig.7. Supravieţuirea la 5 ani şi peste a tumorilor maligne în RM, anii 1999-2014

În tabelul 5 sunt prezentate analize privind incidenţa, mortalitatea, prevalenţa şi supravieuirea la 5 ani şi peste a bolnavului cu cancer de colon.

Incidenţa prin cancer de colon în perioada de studiu a fost într-o creştere lentă de 2 ori de la 7,9‰ pînă la 15,9‰ (Fig.8).

Tabelul 5.

Incidenţa, mortalitatea, prevalenţa şi suprabiţuirea 5 ani şi peste a cancerului colonic în Republica Moldova, anii 1999-2014

Anii	Incidenţa		Mortalitatea		Prevalenţa		Supraviețuirea 5 ani şi peste	
	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	‰
1999	338	7,9	257	7,1	1328	36,5	609	45,9
2000	374	8,7	251	6,9	1312	36,0	552	42,1
2001	370	8,6	289	8,0	1416	38,9	701	49,5
2002	339	9,4	278	7,7	1435	39,4	644	44,9
2003	399	11,7	263	7,3	1524	42,2	616	40,4
2004	372	10,3	331	9,2	1599	44,4	627	39,2
2005	423	11,8	281	7,8	1714	47,7	667	38,9
2006	434	12,1	308	8,6	1793	50,0	732	40,8
2007	461	12,9	273	7,6	1922	53,7	789	41,1
2008	434	12,2	373	10,4	2039	57,1	846	41,5
2009	511	14,3	379	10,6	2110	59,2	980	46,4
2010	487	13,7	351	9,9	2187	61,4	951	43,5
2011	484	13,6	318	8,9	2349	66,0	1023	43,6
2012	496	13,9	325	9,1	2496	70,1	1069	42,8
2013	548	15,4	324	9,1	2586	72,7	1067	41,3
2014	565	15,9	388	10,9	2711	76,2	1122	41,4

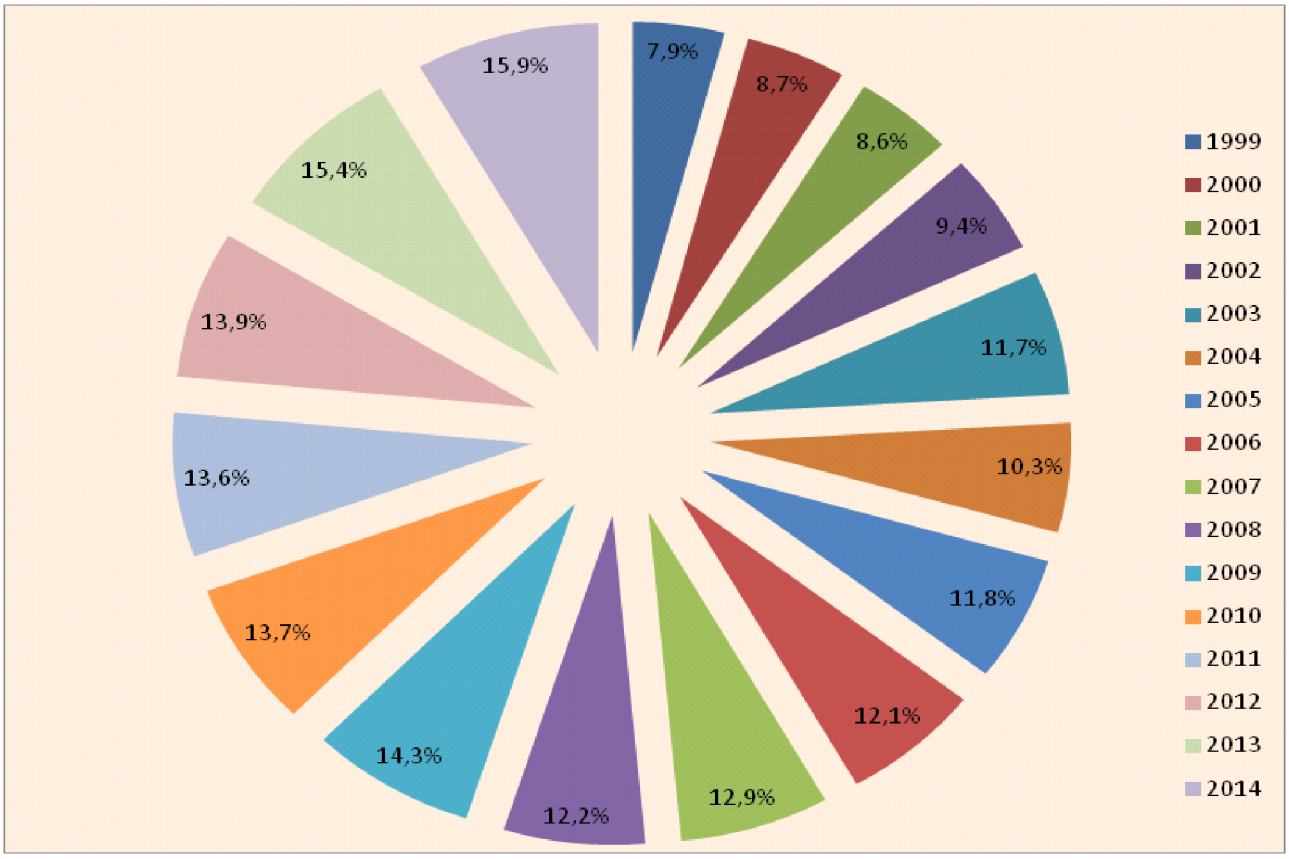


Fig .8. Incidenţa cancerului colonic în Republica Moldova, anii 1999-2014

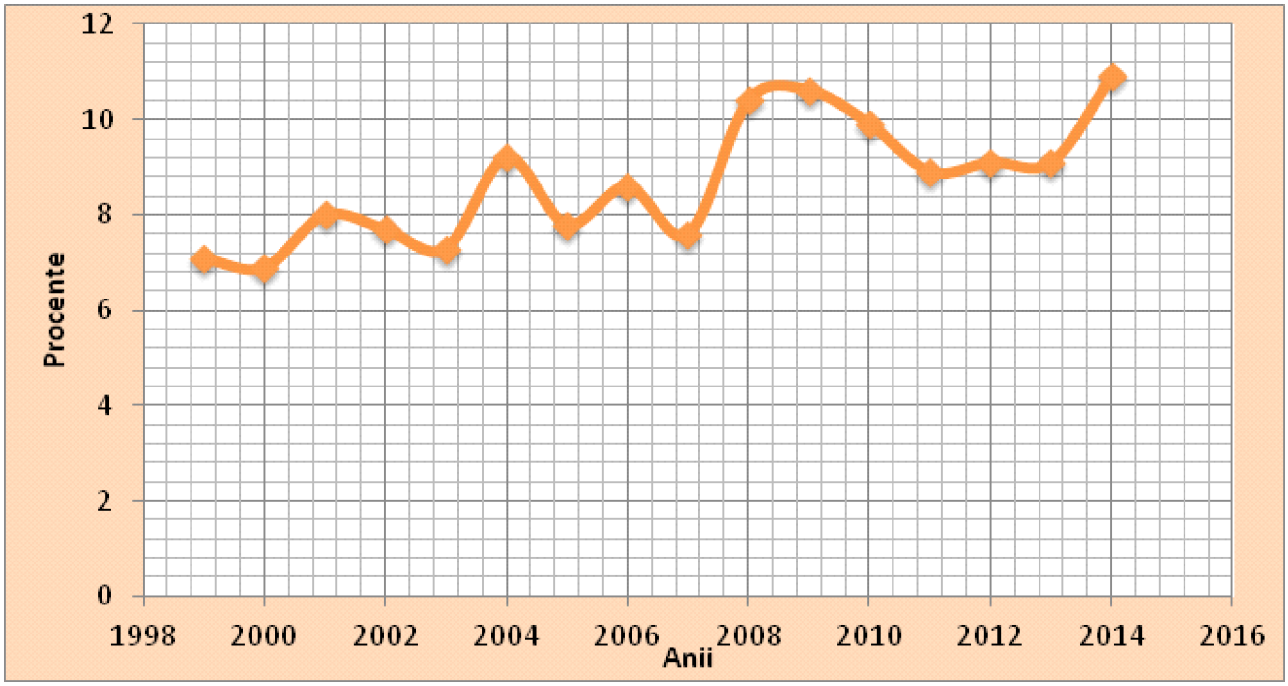


Fig.9. Mortalitatea prin cancer colonic în RM, anii 1999-2014

Indicii mortalităţii au crescut de la 7,1‰ în anul 1999 pînă la 10,9‰ în 2014 (Fig.9). Prevalenţa tumorilor maligne a colonului a crescut de la 36,5‰ (1328) pînă la 76,2 (2711c.a.) în 2014 (Fig.10).

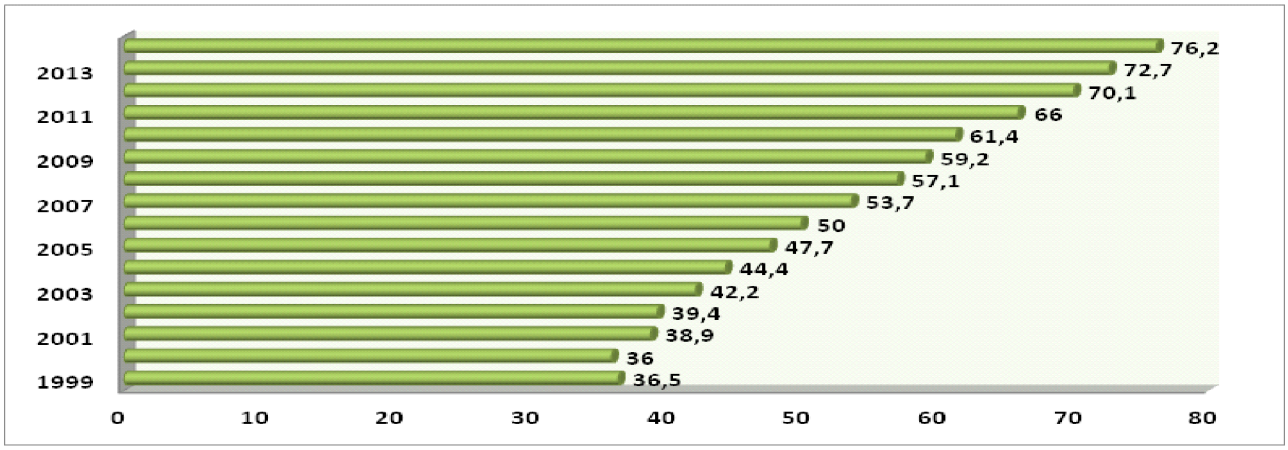


Fig.10. Prevalenţa cancerului colonic în RM, anii 1999-2014

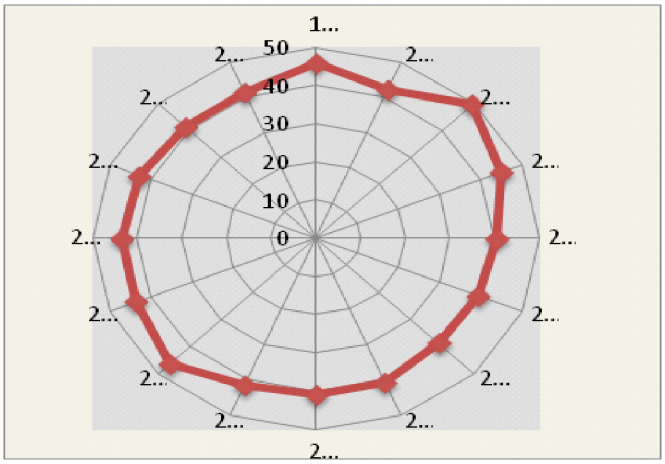


Fig.11. Supravieţuirea 5 ani şi peste a cancerului colonic în Republica Moldova anii 1999-2014

Supravieţuirea de 5 ani a avut o discendentă - de la 45,9% în 1999 pînă la 41,4% în 2014 (Fig.11).

Tabelul 6 ilustrează incidenţa, mortalitatea, prevelenţa şi supravieţuirea de 5 ani şi peste a cancerului rectal în RM.

Tabelul 6.

Incidenţa, mortalitatea, prevalenţa şi supravieţuirea 5 ani şi peste a cancerului rectal în Republica Moldova anii 1999-2014

Anii	Incidenţa		Mortalitatea		Prevalenţa		Supravieţuirea 5 ani şi peste	
	c.a.	‰oo	c.a.	‰oo	c.a.	‰oo	c.a.	‰oo
1999	339	7,9	234	6,4	1449	39,8	624	43,1
2000	363	8,5	296	8,1	1411	38,7	614	43,5
2001	436	10,2	305	8,4	1562	42,9	686	43,9
2002	369	10,2	301	8,3	1611	44,2	689	42,8
2003	402	11,8	313	8,7	1689	46,8	677	40,1
2004	389	10,8	331	9,2	1751	48,6	659	37,6
2005	440	12,2	335	9,3	1851	51,5	748	40,4
2006	447	12,5	390	10,9	1897	52,9	805	42,4
2007	493	13,8	349	9,8	2013	56,3	768	38,2
2008	469	13,1	356	10,0	2046	57,3	854	41,7
2009	518	14,5	361	10,1	2096	58,6	912	43,6
2010	540	15,2	375	10,5	2179	61,2	891	40,9
2011	531	14,9	385	10,8	2312	64,9	986	42,6
2012	508	14,3	387	10,9	2470	69,4	1040	42,1
2013	465	13,1	402	11,3	2440	68,5	1086	44,5
2014	545	15,3	433	12,2	2529	71,1	1127	44,6

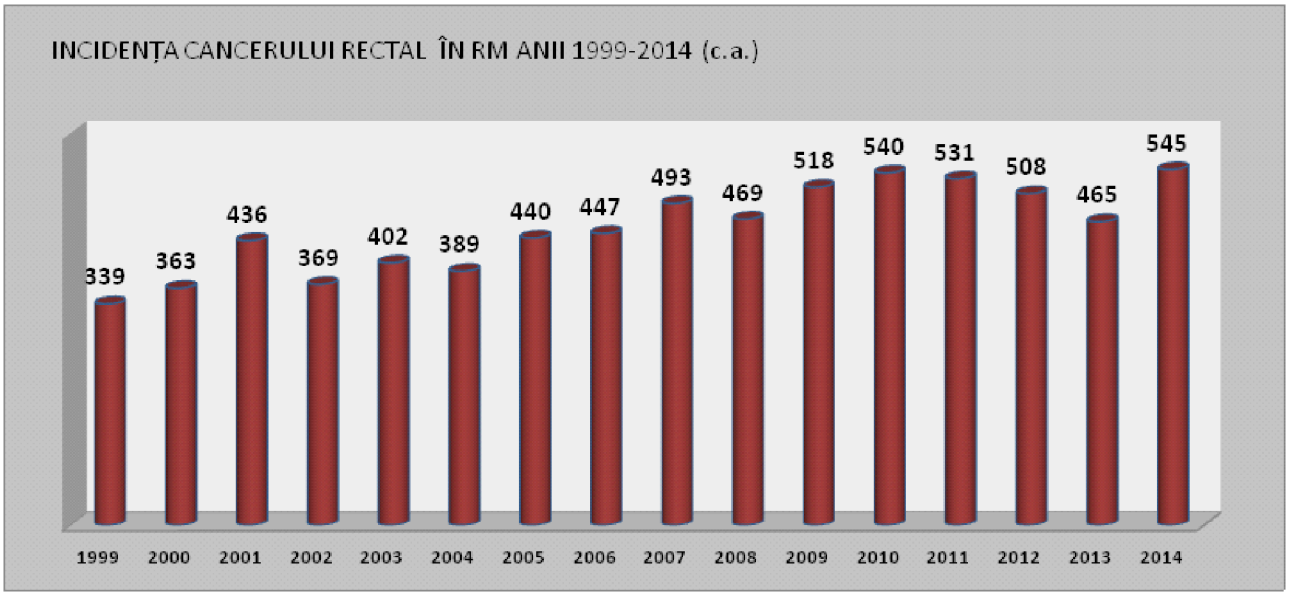


Fig. 12. Incidenţa cancerului rectal în RM, anii 1999-2014 (c.a.)

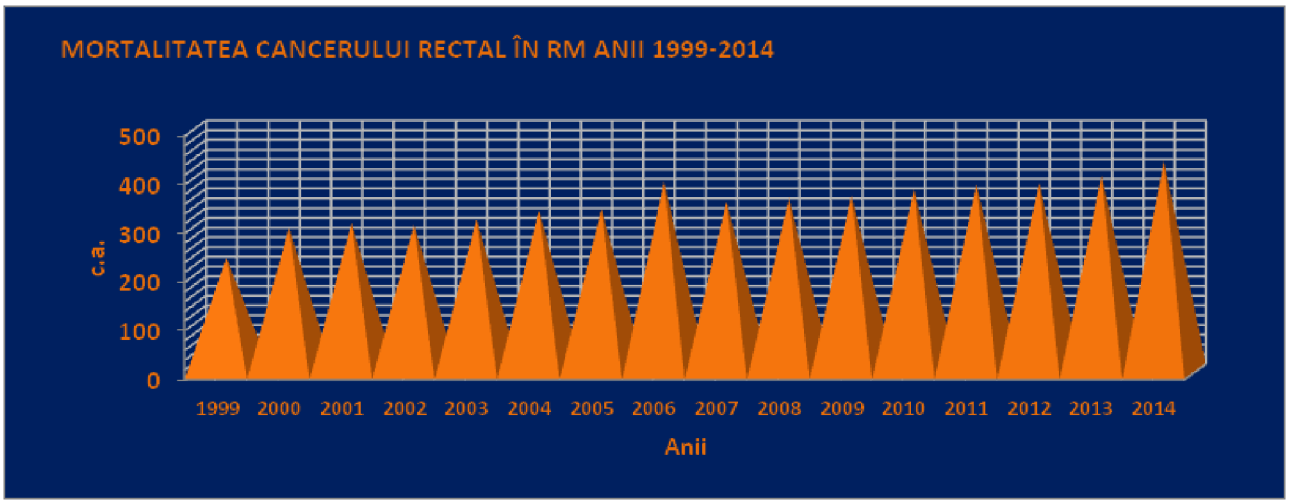


Fig. 13. Mortalitatea cancerului rectal în RM, anii 1999-2014

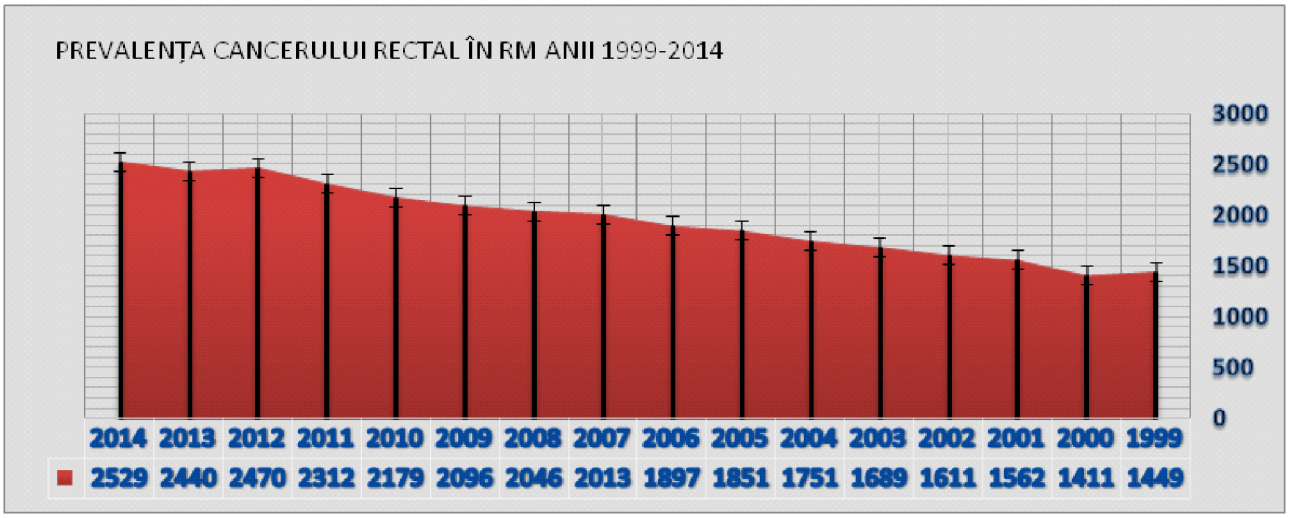


Fig.14. Prevalenţa cancerului rectal în RM, anii 1999-2014

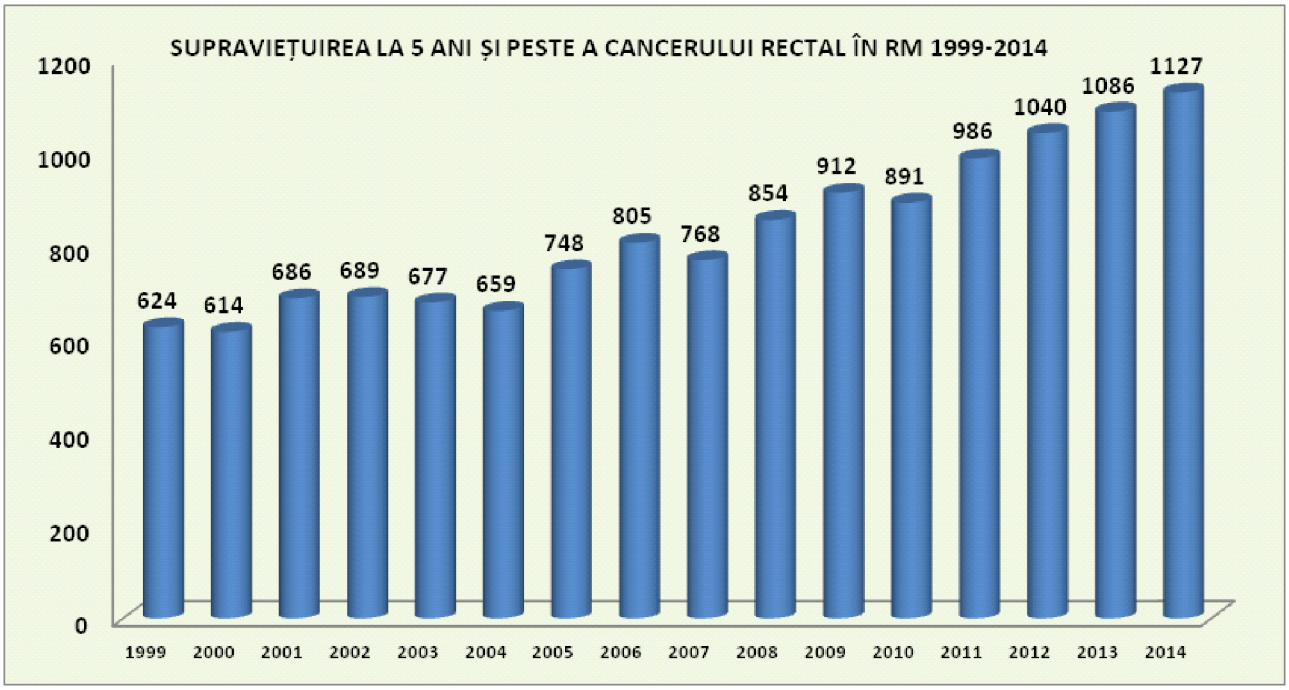


Fig.15. Supravieţuirea la 5 ani şi peste a cancerului rectal în RM, 1999-2014

Tabelul 7.

Ponderea bolnavilor prin tumori maligne din cazuri noi tumori maligne în RM, anii 2008-2012

Anii	2008		2009		2010		2011		2012	
	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
Total	7612	100	8043	100	7882	100	8080	100	8204	100
Buza	76	1,0	79	1,0	67	0,9	94	1,2	68	0,8
Cav.bucală-farinje	278	3,7	299	3,7	277	3,5	287	3,6	324	3,9
Laringe	133	1,8	156	1,9	141	1,8	169	2,1	134	1,6
Gl.teroidă	234	3,1	269	3,3	237	3,0	242	3,0	333	4,1
Stomacul	422	5,6	463	5,8	492	6,2	437	5,4	484	5,9
Colonul	434	5,7	511	6,4	487	6,2	484	6,0	496	6,1
Rectul	470	6,2	518	6,4	540	6,9	531	6,6	508	6,2
Ficat	254	3,4	292	3,6	263	3,3	238	2,9	243	3,0
Esofag	52	0,7	64	0,8	57	0,7	54	0,7	42	0,5
Plămâni	863	11,5	821	10,2	854	10,8	893	11,1	836	10,2
Oase	18	0,2	31	0,4	27	0,3	32	0,4	24	0,3
Ţesutul mezotelial	85	1,1	69	0,9	85	1,1	85	1,1	67	0,8
Melanom	83	1,1	119	1,5	107	1,4	105	1,3	106	1,3
Piele	765	10,2	784	9,7	707	9,0	784	9,7	828	10,1
Gl.mamară	900	12,0	897	11,2	834	10,6	895	11,1	871	10,6
Col.uterin	289	3,9	331	4,1	287	3,6	319	3,9	312	3,8
Corp uterin	255	3,4	228	2,8	226	2,9	311	3,8	264	3,2
Ovarii	139	1,9	125	1,6	132	1,7	142	1,8	145	1,8
Prostata	242	3,2	249	3,1	288	3,7	288	3,6	324	3,9
Vizica urinară	249	3,3	238	3,0	255	3,2	234	2,9	246	3,0
Hemoblastoze	426	5,7	460	5,7	459	5,8	488	6,0	516	6,3

În tabelul 7 am demonstrat Ponderea bolnavilor prin tumori maligne a cancerului colorectal din cazuri noi în Republica Moldova în perioada 2008-2012, care pe parcursul perioadei de studiu nu se schimbă semnificativ - 5,7% în 2008 şi 6,1% în 2012 pentru cancerul de colon şi 6,2% rămînînd constant şi în 2008 şi 2014, (Fig.16,17,18)

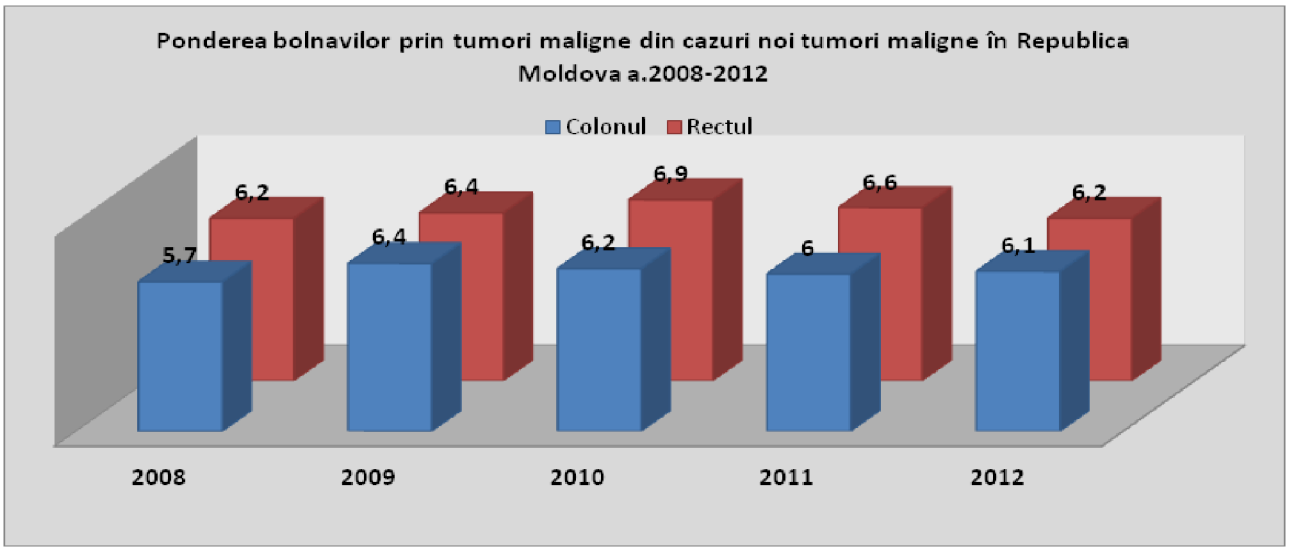


Fig.16. Ponderea bolnavilor prin tumori maligne din cazuri noi tumori maligne în RM, 2013-2014

Tabelul 8.

Ponderea bolnavilor cu tumori maligne a colonului şi rectal, din cazurile noi în RM (2013-2014)

	2013		2014	
	c.a.	%	c.a.	%
Total	8441	100.0	8860	100.0
Buza	67	0,8	79	0 .9
Cav.bucală-farinje	325	4,0	368	4.2
Laringe	112	1,4	143	1.6
Gl.teroidă	357	4,4	386	4.4
Stomacul	434	5,3	450	5.1
Colonul	548	6,5	565	6,4
Rectul	465	5,5	545	6,2
Ficat	278	3,4	285	3.2
Esofag	66	0,8	78	0.9
Plămâni	858	10,5	858	9.7
Oase	31	0,4	35	0.4
Ţesutul mezotelial	85	1,0	91	1.0
Melanom	97	1,2	128	1.4
Piele	765	9,3	866	9.8
Gl.mamară	969	11,8	933	10.5
Col.uterin	302	3,7	305	3.4
Corp uterin	279	3,4	300	3.4
Ovarii	162	2,0	131	1.5
Prostata	388	4,7	376	4.2
Vizica urinară	528	6,4	270	3.1
Hemoblastoze	516	6,3	537	6.1

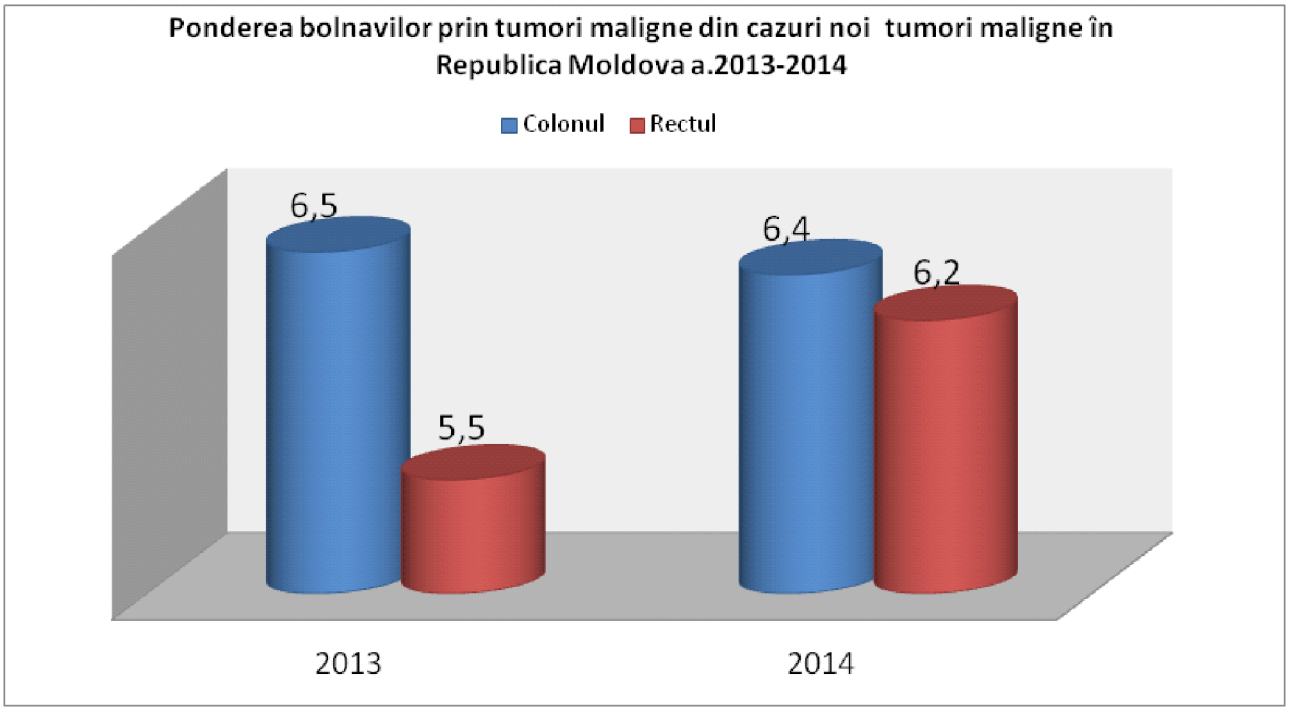


Fig.17. Ponderea bolnavilor prin tumori maligne din cazuri noi

Tabelul 9.

Poderea bolnavilor prin tumori maligne a cancerului colonic şi rectal din cazuri noi de tumori malige în Republica Moldova la bărbaţi, anii 2013 – 2014

Nr.	Localizările	2013		2014	
		c.a.	%	c.a.	%
1	Buza	60	1.1	58	1.3
2	Cavitatea bucală	104	2.6	111	2.5
3	Faingele şi alte localizări ale cavităţii bucale	171	4.2	225	5.1
4	Esofagul	55	1.2	66	1.5
5	Stomacul	262	6.5	281	6.3
6	Colonul	278	6,9	271	6,1
7	Rectul	250	6,2	313	7,1
8	Ficatul	183	4.5	185	4.2
9	Pancreasul	149	3.7	153	3.4
10	Cavitatea şi sinusurile nazale	11	0.2	11	0.2
11	Laringele	104	2.6	135	3.0
12	Plămînii	653	16.1	682	15.4
13	Oaselor	17	0.4	22	0.5
14	Melanoma pielii	42	1.0	52	1.2
15	Alte tumori ale pielii	323	7.9	368	8.3
16	Ţesutul mesotelial	43	1.0	52	1.2
17	Penisului	23	0.6	15	0.3
18	Prostata	388	9.6	376	8.5
19	Testiculul	24	0.6	20	0.4

20	Rinichii	125	3.1	141	3.2
21	Vizica urinară	212	5.2	221	4.9
22	Creerul	49	1.2	80	1.8
23	Gl. teroidă	42	1.0	51	1.2
24	Hemoblastoze	268	6.6	278	6.3
25	Sănul	13	0.3	17	0.4
26	Alte	209	5.2	235	5.3
27	Total	4058	100,0	4433	100.0

La populaţia masculină prevalează cancerul pulmonar cu – 15,4%, cancerul colorectal – 13,2%, cancerul prostatei cu – 8,5%.

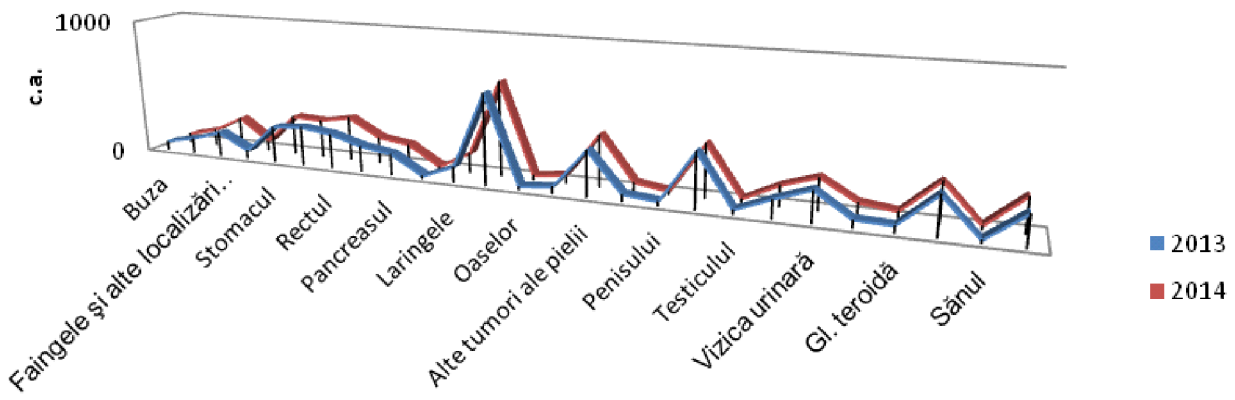


Fig.18 Ponderea bolnavilor prin tumori maligne a cancerului colonic şi rectal din cazuri noi tumori malige în Republica Moldova la bărbaţi, anii 2013 – 2014

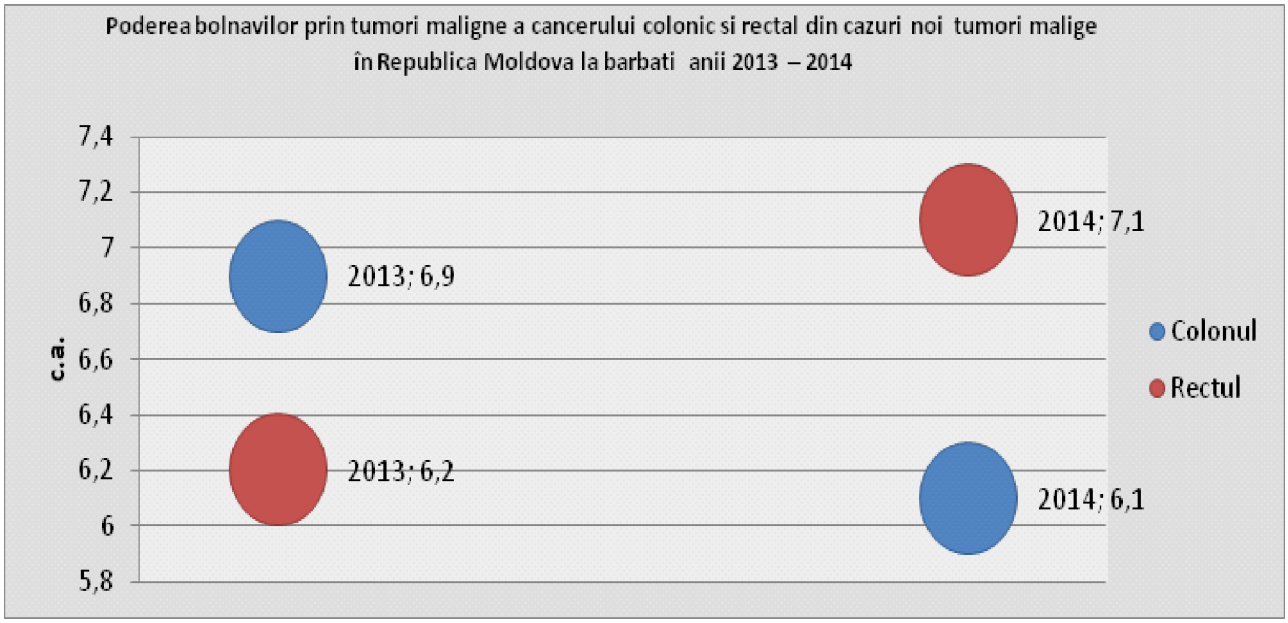


Fig.19 Ponderea bolnavilor prin tumori maligne a cancerului de colon şi rect din cazuri noi, tumori maligne în RM (2013-2014)

Tabelul 10.

Ponderea bolnavilor prin tumori maligne a cancerului de colon şi rect din cazuri noi, tumori maligne în RM (2013-2014)

Nr.	Localizările	2013		2014	
		c.a.	%	c.a.	%
1	Buza	7	0.2	21	0.5
2	Cavitatea bucală	21	0.5	19	0.4
3	Faingele şi alte localizări ale cavităţii bucale	29	0.7	13	0.3
4	Esofagul	11	0.2	12	0.3
5	Stomacul	172	3.9	169	3.8
6	Colonul	270	6,2	294	6,6
7	Rectul	215	4,9	232	5,2
7	Ficatul	95	2.2	100	2.3
8	Pancreasul	90	2.1	101	2.3
	Cavitatea şi sinusurile nazale	11	0.3	6	0.2
9	Laringele	8	0.2	8	0.2
10	Plămînii	205	4.7	176	4.0
11	Oaselor	14	0.3	13	0.3
12	Melanoma pielii	55	1.3	76	1.7
13	Alte tumori ale pielii	442	10.1	498	11.3
14	Ţesutul mezotelial	42	0.9	39	0.9
15	Sănul	956	21.8	916	20.7
16	Colul uterin	302	6.9	305	6.9
17	Corpul uterin	279	6.4	300	6.8
	Ovarelor	162	3.7	131	3.0
18	Rinichii	104	2.4	108	2.4
19	Vizica urinară	63	1.4	49	1.1
20	Creerul	48	1.1	68	1.5
21	Gl. teroidă	315	7.2	335	7.5
22	Hemoblastoze	260	5.9	259	5.8
23	Alte	200	4.6	168	3.8
24	Total	4383	100,0	4427	100.0

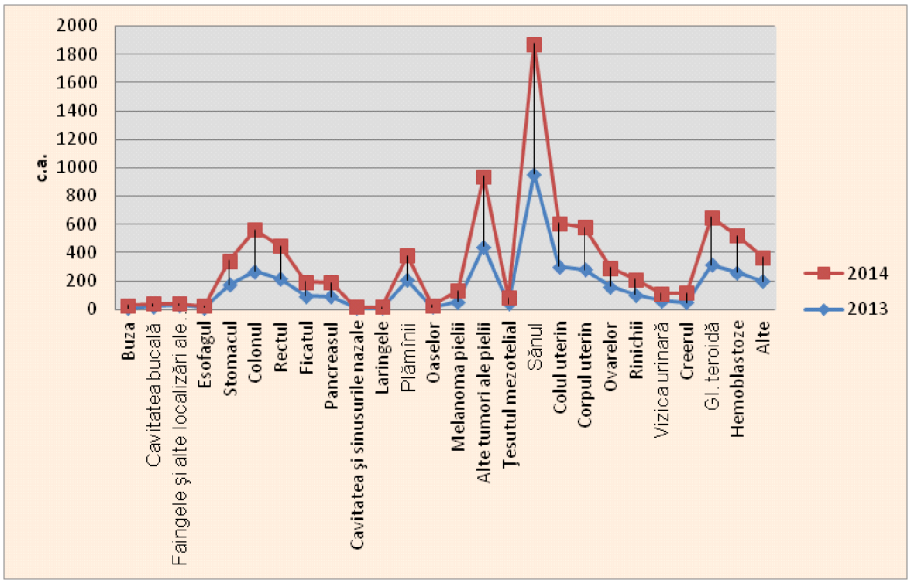


Fig. 20. Ponderea bolnavilor prin tumori maligne a cancerului de colon şi rect din cazuri noi, tumori maligne în RM (2013-2014)

Dintre localizările de bază ale tumorilor maligne la populaţia feminină a RM prevaliază cancerul sănului cu 20,7%, cancerul colo-rectal – 11.8%, tumori ale pielii – 11.3%.

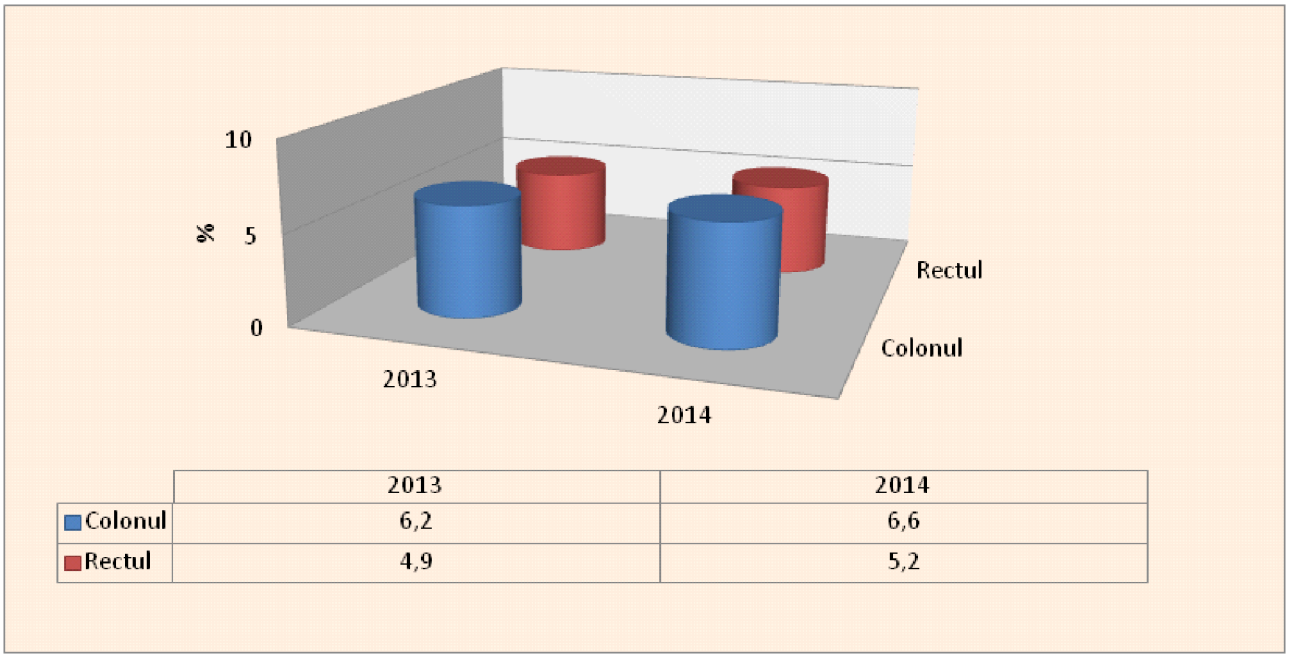


Fig 21. Ponderea bolnavilor prin tumori maligne a cancerului de colon şi rect din cazuri noi, tumori maligne în RM (2013-2014)

Tabelul 11.

Depistarea tumorilor maligne ale colonului pe grupele de vîrstă în Republica Moldova

Grupele de vîrstă	Anii									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	C.A.	%	C.A.	%	C.A.	%	C.A.	%	C.A.	%
0-17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
18-29	9	1,8	2	0,4	3	0,6	5	0,9	1	0,2
30-39	8	1,7	11	2,3	12	2,4	15	2,7	14	2,3
40-49	38	7,8	32	6,6	38	7,7	27	4,9	30	5,3
50-59	126	25,9	105	21,7	117	23,6	122	22,3	121	21,5
60-69	149	30,6	172	35,5	173	34,9	181	33,0	218	38,6
70>	157	32,2	162	33,5	153	30,8	197	35,9	181	32,1
Total	487	100.0	484	100.0	496	100.0	548	100.0	565	100.0

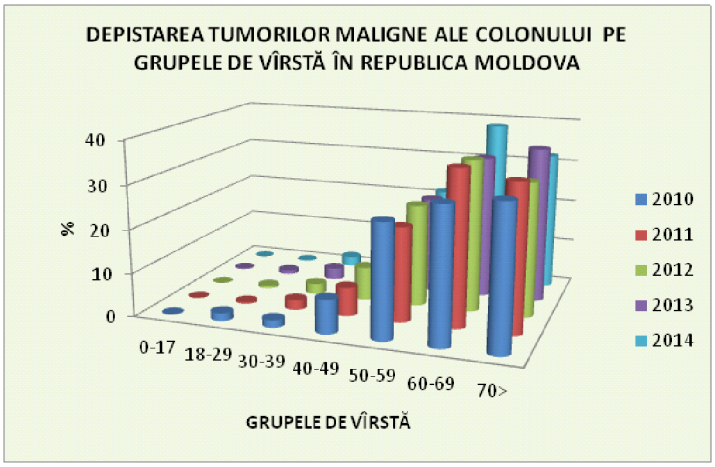


Fig.22. Depistarea tumorilor maligne a colonului pe grupele de vîrstă în RM

În grupa de vîrstă 40-49 ani indicii depistării au scăzut de la 7,8 % în 2010 pînă la 5,3% în 2014. Şi în grupa de vîrstă 50-59 ani a scazut de la 25,9% la 21,5%, iar în grupele de vîrstă 60-69 a crescut respectiv de la 30,6% în 2010 şi 32,1% în 2014 (Fig.22).

Tabelul 12.

Depistarea tumorilor maligne ale rectului pe grupele de vîrstă în R. Moldova

Grupele de vîrstă	Anii									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	C.A.	%	C.A.	%	C.A.	%	C.A.	%	C.A.	%
0-17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18-29	2	0,4	3	0,6	4	0,8	2	0,4	3	0,5
30-39	12	2,4	6	1,2	5	1,0	10	2,2	9	1,7
40-49	41	7,5	21	4,0	32	6,3	30	6,5	26	4,8
50-59	154	28,5	141	26,4	152	29,9	118	25,4	132	24,2
60-69	183	33,8	172	32,4	150	29,5	155	33,3	207	40,0
70>	148	27,4	188	35,4	165	32,5	150	32,2	168	30,8
Total	540	100.0	531	100.0	508	100.0	465	100.0	545	100.0

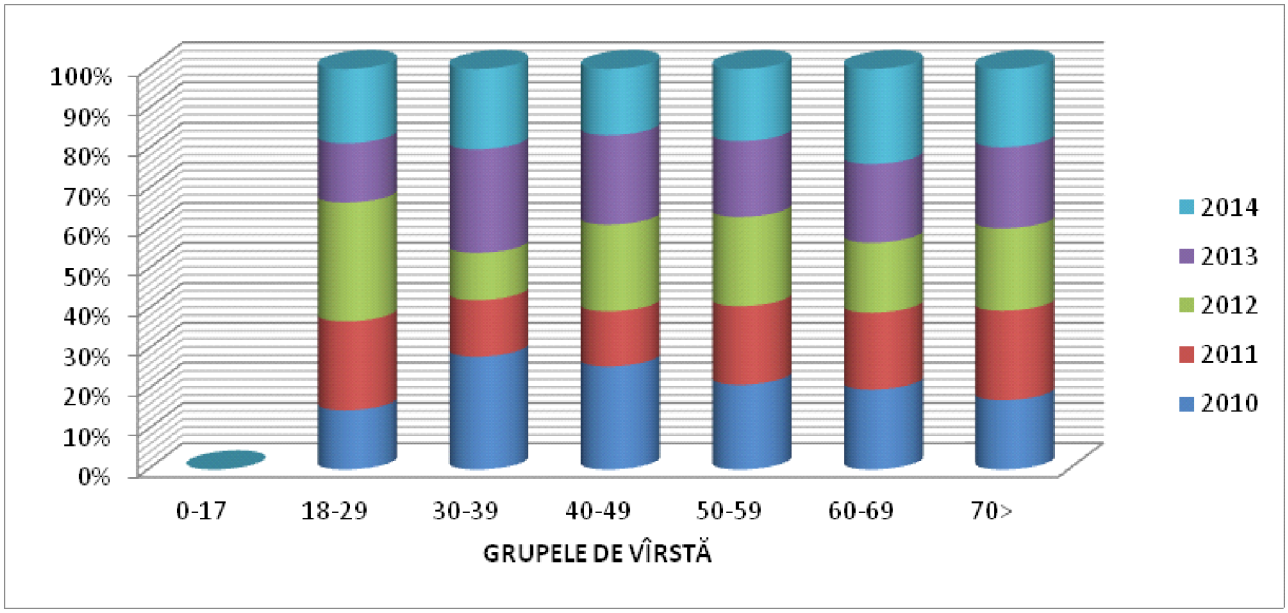


Fig.23 Depistarea tumorilor maligne ale rectul pe grupele de vîrstă în Republica Moldova.

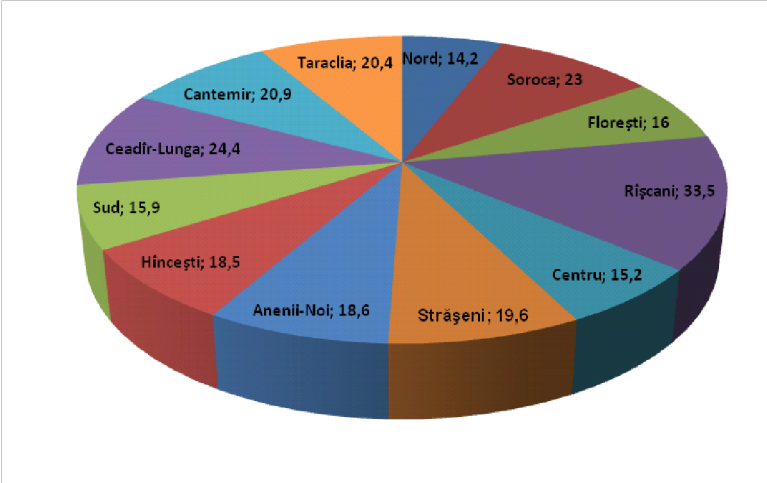
În Tabelul 12 sunt prezentaţi indicii de depistare a tumorilor maligne ale rectului în perioada 2010-2014 pe grupele de vîrstă. Se atestă o scădere lentă a indicilor în grupele de vîrstă 40-49 ani şi 50-59 ani de la 7,5% - 2010 pînă la 4,8% - 2014 şi 28,5 - 2010 pînă la 24,2% în anul 2014, pe cînd în grupele de vîrstă 60-69 şi >70 ani - de la 33,8% - 2010 pînă la 40% - 2014, 27,4% - 2010 pînă la 30,8% în 2014 (reprezentarea grafică în Fig.23).

Am studiat şi unele aspecte ale epidemiologiei descriptive a cancerului colorectal în 2014. Mai întîi studiile sau axat pe cancerul rectului (Fig.24) cu incidenţa înaltă (Tab.13) şi cu incidenţa înaltă (Tab.15 şi Fig. 25).

Tabelul 13.

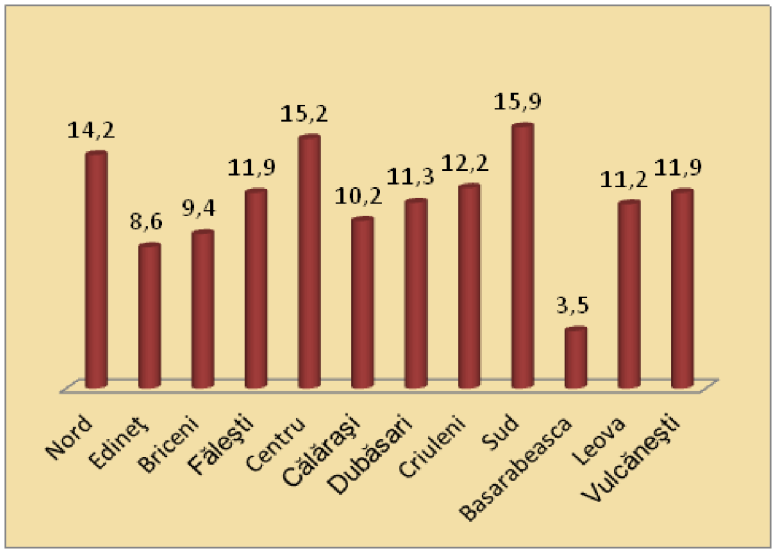
Cr. rectului cu incidenţă mare

RDD	Cr. Rectului - RM – 15,3‰ (a.2014)
Nord	14,2 ‰
Soroca	23,0 ‰
Floreşti	16,0 ‰
Rîşcani	33,5 ‰
Centru	15,2 ‰
Străşeni	19,6 ‰
Aneni i-Noi	18,6‰
Hînceşti	18,5 ‰
Sud	15,9 ‰
Ceadîr-Lunga	24,4 ‰
Cantemir	20,9 ‰
Taraclia	20,4 ‰



RDD	Cr. Rectului-RM – 15,3‰. (a.2014)
Nord	14,2 ‰
Edineţ	8,6 ‰
Briceni	9,4 ‰
Făleşti	11,9 ‰
Centru	15,2 ‰
Călăraşi	10,2 ‰
Dubăsari	11,3 ‰
Criuleni	12,2 ‰
Sud	15,9 ‰
Basarabeasca	3,5 ‰
Leova	11,2 ‰
Vulcăneşti	11,9 ‰

Fig. 24 şi tab. 13. Cancer Rect cu incidenţă mare



RDD	Cr. Rectului-RM – 15,3‰ (a.2014)
Nord	14,2 ‰
Edineţ	8,6 ‰
Briceni	9,4 ‰
Făleşti	11,9 ‰
Centru	15,2 ‰
Călăraşi	10,2 ‰
Dubăsari	11,3 ‰
Criuleni	12,2 ‰
Sud	15,9 ‰
Basarabeasca	3,5 ‰
Leova	11,2 ‰
Vulcăneşti	11,9 ‰

Fig. 25 şi tab. 14. Cancer Rect cu incidenţă mică

După cum sunt argumentate datele, cel mai înalt indice a cancerului rectului se atestă în zona de Sud a RM - 15,9‰ şi în special în raionul Ciadîr - Lunga - 24,4‰. Incidenţa mică s-a atestat în zona de Nord - 14,9%, în special în raionul Basarabeasca - 3,5‰.

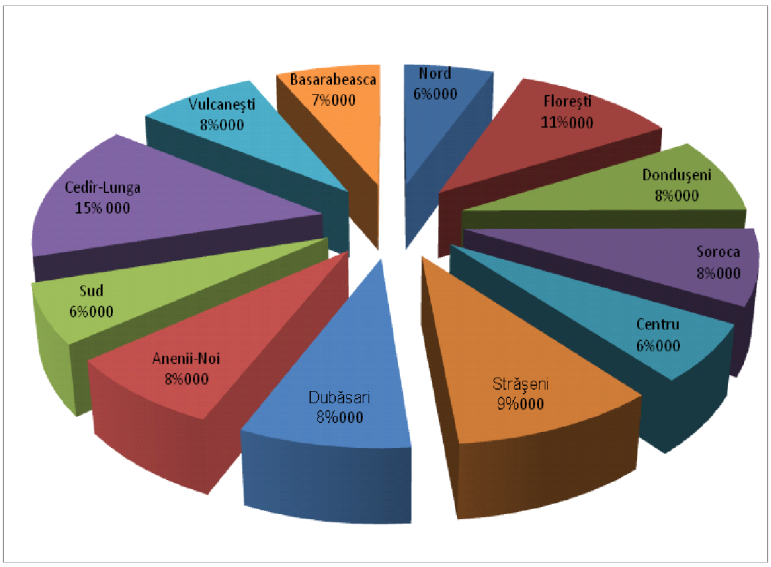


Fig. 26 şi tab. 15. Cancer Colon cu incidenţă mare

RDD	Cr. Colonului - RM – 15.9‰ (a.2014)
Nord	14,9 ‰
Floreşti	27,0 ‰
Donduşeni	20,4 ‰
Soroca	20,0 ‰
Centru	15,2 ‰
Străşeni	23,9 ‰
Dubăsari	19,9 ‰
Anenii-Noi	19,2 ‰
Sud	15,7 ‰
Cedîr-Lunga	36,6 ‰
Vulcaneşti	19,9 ‰
Basarabeasca	17,4 ‰

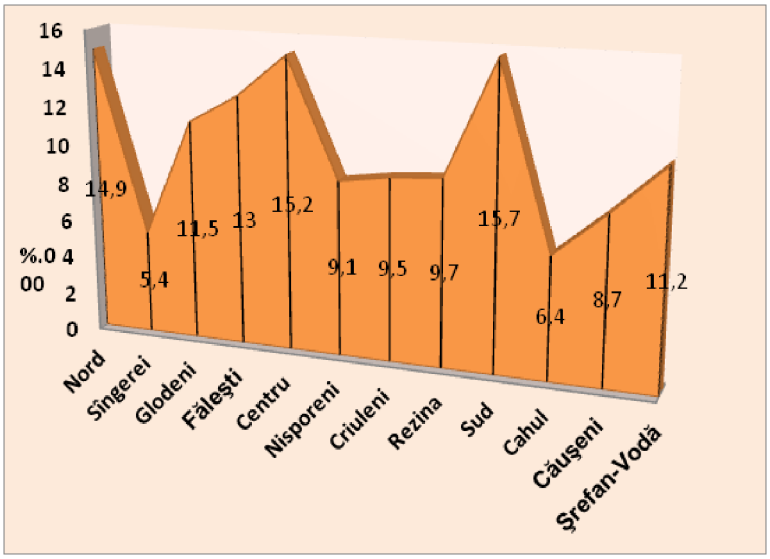


Fig. 27 şi tab. 16. Cancer Colon cu incidenţă mică

RDD	Cr. Colonului - RM – 15.9‰ (a.2014)
Nord	14,9 ‰
Sîngerei	5,4 ‰
Glodeni	11,5 ‰
Făleşti	13,0 ‰
Centru	15,2 ‰
Nisporeni	9,1 ‰
Criuleni	9,5 ‰
Rezina	9,7 ‰
Sud	15,7 ‰
Cahul	6,4 ‰
Căuşeni	8,7 ‰
Şrefan-Vodă	11,2 ‰

Referitor la zonele economico-geografice cel mai înalt indice a incidenţei cancerului de colon şi înregistrat în zona de Sud - 15,7‰, incidenţa mică în zonele de Nord - 14,9‰, şi selectiv la Sîngerei - 5,4‰, urmat de raionul Cahul - 6,4‰. Am cercetat şi incidenţa cancerului de colon şi rect în dependenă de sediu - urban- rural. Aşadar cancerul colonului preponderent se întîlneşte la cetăeni ce locuiesc la oraş - 20,7% în 2013, şi 20,0% în 2014 (Tab.17 şi Fig 28), pe cînd cancerul rectal se întîlneşte mai frecvent în sectorul rural - 15,5‰ în 2014, iar în populaţia urbană - 15,8 în 2013.

Tabelul17.

Incidenţa cancerului colonului la populaţia urbană şi rurală în RM

Anii	Urban		Rural		Total	
	c.a.	‰	c.a	‰	c.a	‰
2012	169	21,0	327	12,5	496	13,9
2013	167	20,7	381	14,6	548	15,4
2014	162	20,0	403	14,7	565	15,9

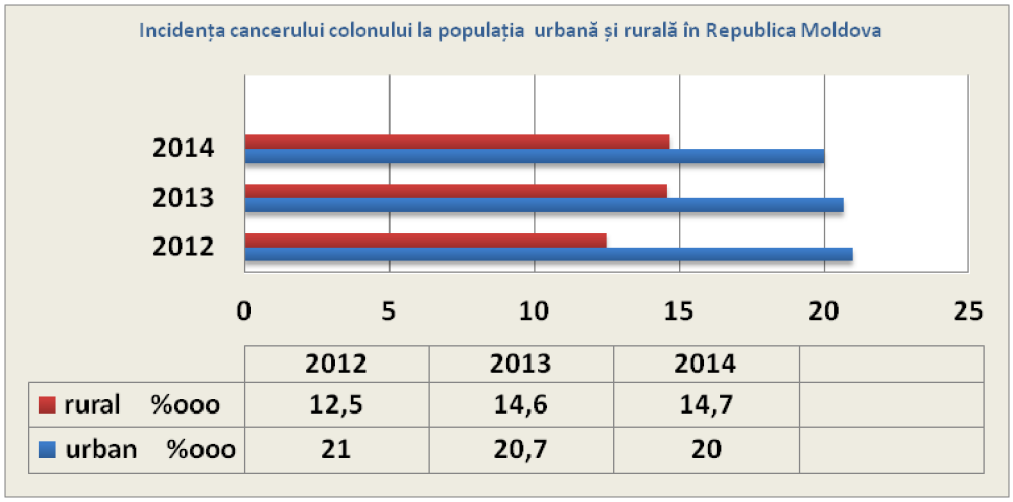


Fig 28. Incidenţa cancerului colonului la populaţia urbană şi rurală în R.Moldova

Tabelul 18.

Incidenţa cancerului rectal la populaţia urbană şi rurală în RM

Anii	Urban		Rural		Total	
	c.a.	‰	c.a	‰	c.a	‰
2012	145	18,0	363	13,9	508	14,3
2013	127	15,8	338	12,9	465	13,1
2014	118	14,6	427	15,5	545	15,3

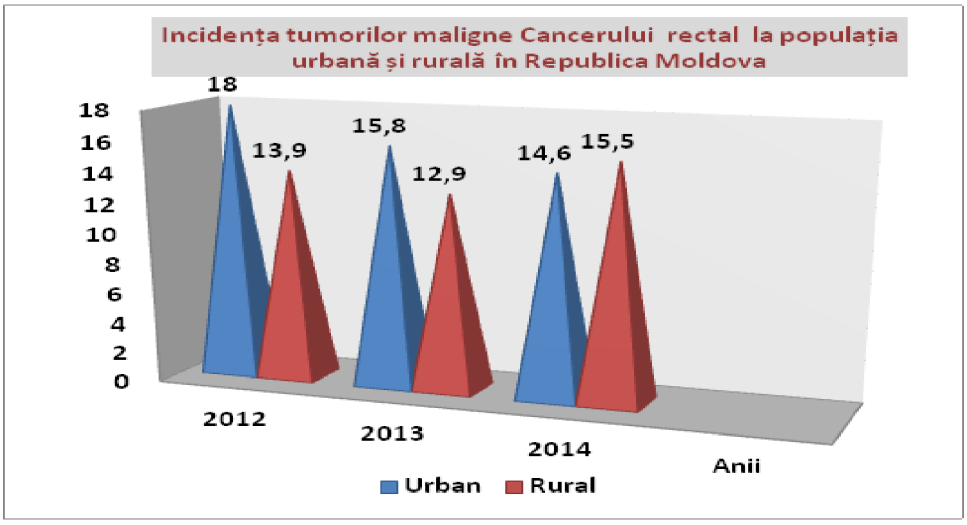


Fig.29. Incidenţa tumorilor maligne a cancerului rectal la populaţia urbană şi rurală în R.Moldova

Din 565 de bolnavi cu tumori maligne primari al Colonului în primul an luaţi la evidenţă în 2014 au decedat 142 de bolnavi ce constitue - 25,1%.

Din 545 de bolnavi cu tumori maligne primari al Rectului în primul an luaţi la evidenţă în 2014 au decedat 98 de bolnavi ce constitue - 18,0%.

Concluzii

1. În perioada 1997-2014 incidenţa cancerului de colon şi rect a avut o creştere lentă de la 7,9‰ pînă la 15,9‰ şi de la 7,9‰ pînă la 15.3‰ pentru cancerul rectal. Mortalitatea a crescut de la 7,1‰ la 10,9‰ şi de la 6,4‰ la 12,2‰, prevalenţa de la 36,5‰ pînă la 76,2‰ pentru cancerul colonic şi 39,08‰ pînă la 71,1‰ pentru cancerul rectal. Îndicii supravieţuirii la 5 ani au scazut de la 45,9% pînă la 41,4% pentru cancerul de colon, iar pentru cancerul rectal se atestă a creştere de la 43,1% pînă la 44,6%.

2. Tabloul clinic al formelor local-avansate ale cancerului de colon depinde de mulţi factori, principalul fiind asocierea a două maladii severe – cancerului şi a complicaţiilor acestuia. Complicaţiile apar, de regulă, pe fondul simptomelor manifeste ale cancerului de colon. Totuşi, la o parte de pacienţi maladia poate debuta cu complicaţii, fără a fi precedată de simptomatica canceroasă. Analiza materialului clinic (184 pacienţi) a arătat ca în cancerul local-avansat a colonului complicat cu ocluzie intestinală (98 pacienţi) simptomele de bază erau durerile abdominale (100%), retenia de mase fecale şi gaze (89%) şi slăbiciune generală (95%). În caz de inflamaţie perifocală (18 pacienţi) – febră (77,8%), pierdere ponderală (83,3%), şi slăbiciune generală (94,4%).

3. Cancerul rectal cu extindere locoregională prezintă particularităţi clinice evolutive. Istoria naturală a dezvoltării bolii depinde de localizarea tumorii, stadiu TNM, forma histopatologică, nivelul de concreştere în organul adiacent şi capacităţile funcţionale ale organului lezat.

Bibliografie:

1. Antoci L., P.Rusu, N.Ghidirim, M.Cernat, V.Laur, M.Gherasim - ”Rezecţia multiviscerală în cancerul colonic cu invazia organelor adiacente”, Congresul naţional de chirurgie, 21-24 mai 2014, Sinaia

2. Ciobanu M., I.Iacovlev, N.Belev, P.Rusu, Gr.Clecicov, N.Pînzaru, S.Ştepa, O.Patraşcu, V.Laur, C.Levca -,,Caracterul morfologic de creştere tumorală al adenocarcinoamelor ca factor de prognostic în cancerul rectal.’’,Conferinţele Institutului Regional de Oncologie, Iaşi, 21-23 noiembrie 2013, Iaşi.

3. Colon and rectum. In: American Joint Committee on Cancer.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. NY: Springer, 2010. P. 143.

4. Kaiser A.M. Колоректальная хирургия / Пер. с англ. М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. 751 с.

5. Laur V. - “Surgical management of colon cancer with extension adiacent organ” ,Conferinţele Institutului Regional de Oncologie Iaşi, 27-29 noiembrie 2014, Iaşi.

6. Laur V. - “Operaţii extinse şi combinate în cancerul colonului”, Raport, Moldexpo 12.09.2014,Chişinău.

7. Laur V. - “Particularităţi în cancerul colorectal local extins.” Congresul IV Naţional de oncologie,8-9 OCTOMBRIE 2015,CHIŞINĂU, REPUBLICA MOLDOVA, Buletinul informaţional al Societăţii Ştiinifico-Practice a Oncologilor din RM, 2015.

8. MMP-9 (gelatinase B) expression is associated 5 with disease-free survival and disease-specific survival in colorectal cancer patients / R. Bendardaf, A. Buhmeida, M. Hilska et al. // Cancer Investig. 2010. -Vol. 28, N1.-P. 38-43.

9. Ortega J. Current progress in targeted therapy for colorectal cancer / J. Ortega, C.E. Vigil, C. Chodkiewicz // Cancer Control. 2010. - Vol. 17, Nl.-P. 7-15.

10. Phillips R.K.S. et. al. Колоректальная хирургия / Пер. с англ. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2009. 352 с.

11. Rusu P. - “Optimizarea tratamentului chirurgical radical în cancerul colorectal ocluziv.”, Raport, Moldexpo, 11.09.2014, Chişinău.

12. Rusu P.,V.Laur,M.Ciobanu,C.Levca,O.Patraşcu- ,,TENDINŢELE EPIDEMIOLOGICE ALE CANCERULUI COLORECTAL ÎN REPUBLICA MOLDOVA”,Conferinţele Institutului de Oncologie Iaşi, Zilele Oncologiei Ieşene,Ediţia a VIII-A, Iaşi, 22-24 noiembrie 2012.

13. Rusu Porfirii, Marcel Ciobanu, Nicodim Belev, Nicolae Pînzaru,Serghei Ştepa, Grigore Clecicov, Octavian Patraşcu, Ciprian Levca,Veaceslav Laur - “Aspecte epidemiologice ale cancerului colorectal (CCR) în Republica Moldova.” Congresul IV Naţional de oncologie,8-9 OCTOMBRIE 2015,CHIŞINĂU, REPUBLICA MOLDOVA,Buletinul informaţional al Societăţii Ştiinifico-Practice a Oncologilor din RM, 2015.

Gaţcan Ştefan, Vozeac Vera, Serbenco Anatol
IMSP Institutul Mamei şi Copilului (director Şt. Gaţcan)
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "N. Testemiţanu"

FACTORII DE RISC ASOCIAŢI CU NAŞTEREA PREMATURĂ

More than 1700 children are born prematurely this constitutes 5 % from all the birth. The premature birth (PB) consequences constituted a major health problem both in our country as well in the whole world. Perinatal mortality in Moldova over the last year has grown from 116,0 ‰ in 2012 to 157,1 ‰ in 2013 despite the fact that the number of preterm infants remained constant 6%.In this research we wanted to eliminate the general particularities in the pregnant women who gave birth prematurely. Our investigations were directioned to socio-demographic clinical particularities determination and necessary argumentation of pregnant women identification, who have a higher probability to give birth before 36^{+6} weeks. In order to realize the proposed aim we did a retrospective study of premature birth, which took place in Mather and Child Care in 2013. 394 cases of premature birth were rigorously selected in this study. Medical abortion, ectopic pregnancy, anemia, HIS, pyelonephritis, asymptomatic bacteriuria and pathology of the thyroid gland does not pose a significant risk for this pathology.

Key words: preterm birth, clinical particularities.

Introducere

Naştere prematură (NP) şi consecinţele acesteia reprezintă o problemă majoră de sănătate în Republica Moldova şi în întreaga lume. Potrivit raportului realizat de „Save the Children International" si Organizaţia Mondiala a Sănătăţii la nivel mondial, in fiecare an se înregistrează 15 milioane de naşteri premature, 85 la suta dintre acestea având loc între săptămâna 32 si 37 de sarcină, rata fiind in creştere in aproape toate ţările [1, 3]. Astfel, în SUA incidenţa NP constituie de la 10% până la 12%, în Europa de la 5% la 9% [2, 5].

În Moldova, anual se nasc mai mult de 1700 de copii prematuri ce reprezintă 5 % din toate naşterile.

Creşterea procentului de naşteri premature este determinat de cauze iatrogene şi spontane, dar poate fi determinat şi de femeile cu risc scăzut de naştere înainte de termen [3]. În ultimul deceniu, în ţările europene naşterile premature au crescut cu aproximativ 50% printre femeile cu risc scăzut, cu vârste cuprinse între 20 şi 40 de ani. O proporţie mai mare de naşteri premature se întâlneşte la femeile de culoare, fenomen ce poate fi legat de dezavantajul social [4, 5, 7].

Naşterea prematură este o provocare tot mai mare în ţările în curs de dezvoltare. Peste un milion de copii mor anual din cauza complicaţiilor care apar la naşterea prematură. Mulţi dintre cei care supravieţuiesc sunt la un risc semnificativ mai mare de a dezvolta complicaţii neurologice, cum ar fi disfuncţii senzoriale, cognitive şi paralizie cerebrală (PC) [9,11].

Povara economică şi psihosocială a societăţii este considerabilă, fiind determinată de costul enorm estimat pentru îngrijirea acestor copii. Iată de ce naşterea prematură şi consecinţele acesteia reprezintă o problemă majoră de sănătate atât în Republica Moldova, cât şi în întreaga lume.

Scopului lucrării date este de a evalua factorii de risc la gravidele ce au născut înainte de termen.

Datele primite din acest studiu ne vor ajuta la direcţionarea intervenţiilor medicale spre a prelungi cursul sarcinii pentru a reduce morbiditatea si mortalitatea perinatală.

Material şi metode

Pentru a realiza scopul propus am efectuat un studiu retrospectiv a naşterilor premature, ce au avut loc în incinta Institutul Mamei şi Copilului în perioada anului 2013.

NP a fost definită după:

- Vârsta gestaţională: naşterea care a intervenit la termenul de la 22s.$^{+0}$ până la 36 s.$^{+6}$.

- Masa fătului: mai mare sau egală cu 500 grame.

Analiza cazurilor incluse în studiu s-a efectuat în baza unei anchete.

Criterii de cercetare incluse în studiu au fost direcţionate în următoarele comportamente:

- Din anamneză: graviditatea, paritatea, avorturi spontane, avorturi medicale, sarcina extrauterină, uter cicatricial, naşteri premature;

- Complicaţii în sarcina actuală: anemia, HTA cr, HTAIS, preeclampsie, pielonefrite, bacteriuria asimptomatică, sarcina indusă, iminenţa de naştere prematură, infertilitatea, Rh negativ, patologia glandei tiroide, diabet zaharat, infecţiile i/uterine;

Analiza datelor despre managementul obstetrical a naşterii premature este bazată pe studii clinice randomizate.

Pacientele din eşantionul luat în studiu (N=806) au fost divizate în două loturi: pacientele ce au născut prematur şi cele ce au născut la termen. Lotul pacientelor cu NP a fost eşalonat în dependenţă de termenul de gestaţie în trei subloturi (fig.1).

Lotul I-pacientele ce au născut prematur 22-36 săpt.$^{+6\ zile}$ (N=402).

- Lotul Ia- pacientele ce au născut prematur 22-31 săpt.$^{+6\ zile}$ (N=127).

- Lotul Ib- pacientele ce au născut prematur 32-33 săpt.$^{+6\ zile}$ (N=90).

- Lotul Ic- pacientele ce au născut prematur 34-36 săpt. $^{+6\ zile}$ (N=185).

Lotul II- pacientele ce au născut la termen 37-41 săpt.$^{+6\ zile}$ (N=404).

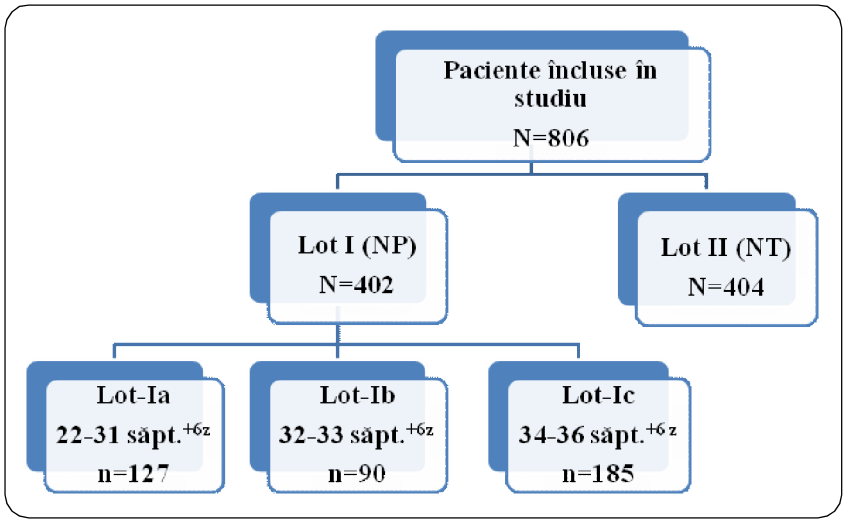


Fig. 1. Repartizarea pacientelor în loturile de studiu

Pentru crearea şi administrarea bazei de date precum şi pentru importul şi exportul de date cum ar fi Excel am utilizat programul Microsoft Office Access 2007.

Rezultatele obţinute au fost analizate prin:

- Calcularea indicatorilor de frecvenţă, a valorilor medii şi a devierii valorii medii aritmetice.

- Veridicitatea rezultatelor a fost determinată prin calcularea pragului de semnificaţie „p'', cu ajutorul programei STest (valori relative).

Rezultate si discuţii

Pentru realizarea scopului şi obiectivelor de cercetare, în studiu au fost riguros selectate 394 cazuri de naştere prematură ce au născut în perioada 01.01.2012-01.10.2012 la IMSP Institutul Mamei şi Copilului.

Investigaţiile au fost direcţionate spre estimarea factorilor de risc la gravide care au o probabilitate mai mare de a naşte înainte de 36^{+6} săptămâni.

Peste un milion de copii mor anual din cauza complicaţiilor care apar la naştere prematură.

În RM, rata mortalităţii perinatale în ultimul an are o tendinţă spre majorare de la 116‰ în anul 2012 până la 157,1‰ în anul 2013, comparativ cu anul 2008 de la 138‰ până la 116‰ în anul 2012 unde rata mortalităţii perinatale a fost scăzută în ciuda faptului că rata copiilor născuţi prematur a rămas constantă la aproximativ 6%.[Anuar statistic].

Această reducere a mortalităţii perinatale se datorează în primul rând îmbunătăţirii îngrijirii nou-născuţilor cu greutate la naştere foarte mică. Totodată, încercările de a reduce rata copiilor născuţi prematur nu au avut succes.

Cercetările ştiinţifice pe plan mondial, legate de studierea factorilor de risc asociaţi cu NP, au cunoscut o dezvoltare laborioasă în ultimul timp ca urmare a unei tendinţe generale de creştere a numărului de naşteri până la 37 săptămâni [9,11].

Cu toate acestea, cercetările cu privire la cauzele asociate cu naşterea prematură în RM sunt limitate.

De aceea, ne-am propus să analizăm factorii de risc pentru

naşterea prematură, folosind datele acumulate în cadrul IMSP Institutul Mamei şi Copilului. Acest studiu oferă o oportunitate de a aprecia impactul factorilor de risc privind apariţia naşterii premature.

Reieşind din cele expuse, studiul nostru a fost axat pe analiza factorilor de risc implicaţi în declanşarea travaliului prematur. Variabilele referitoare la naşterea prematură au fost împărţite în două grupe, care rezultă din anamneza ginecologică şi obstetricală, precum şi stărilor referitoare la sarcina curentă.

Analiza univariată a diferitor factorilor de risc asociaţi cu naşterea prematură este prezentată în tabelul 1.

Conform datelor despre anamneza obstetricală si medicală constatăm că sarcina extrauterină, uter cicatricial, anemia, HIS, HTA cr, pielonefrite, bacteriuria asimptomatică, sarcina indusă şi patologia gl. tiroide nu sunt

Tabelul 1

Analiza univariabilă a factorilor de risc din anamneză asociaţi cu naşterea prematură (OR)

Nr. crt.	Variabile	NP			
		OR_1 (95%CI)	OR_2 (95%CI)	OR_3 (95%CI)	OR_4 (95%CI)
I. ANAMNEZA					
Paritatea					
1.	0	1,54 (1,13-2,11)	2,27 (1,47-3,51)	2,59 (1,58-4,24)	0,84 (0,55-1,29)
2.	1	0,74 (0,54-1,01)	0,74 (0,46-1,18)	1,16 (0,70-1,93)	0,56 (0,37-0,86)
3.	2	0,95 (0,64-1,41)	1,29 (0,76-2,20)	0,56 (0,25-1,22)	0,94 (0,57-1,54)
4.	?3	0,88 (0,62-1,23)	0,27 (0,13-0,55)	0,18 (0,06-0,49)	2,04 (1,38-3,00)
Gestaţia					
1.	0	1,15 (0,85-1,55)	0,98 (0,63-1,54)	1,15 (0,70-1,93)	1,08 (0,74-1,58)
2.	1	0,57 (0,42-0,78)	0,51 (0,31-0,82)	0,53 (0,30-0,92)	0,75 (0,51-1,10)
3.	2	1,30 (0,83-2,02)	1,71 (0,95-3,09)	1,51 (0,75-3,01)	1,46 (0,85- 2,50)
4.	?3	1,45 (1,01-2,07)	1,62 (0,98-0,98)	1,40 (0,78-2,51)	1,04 (0,64-1,670
1.	Avorturi spontane	3,01 (1,92-4,74)	3,48 (1,95-6,19)	2,81 (1,43-5,49)	2,72 (1,58-4,66)
2.	Avorturi medicale	5,16 (2,95-9,13)	4,49 (2,22-9,13)	5,74 (2,72-12,11)	5,36 (2,85-10,14)
3.	Sarcină extrauterină	0,61 (0,23-1,60)	0,48 (0,07-2,28)	1,04 (0,23-4,01)	0,50 (0,11-1,89)
4.	Uter cicatricial (o/c)	1,23 (0,72-2,12)	1,23 (0,56-2,65)	1,44 (0,61-3,32)	1,14 (0,57-2,28)
5.	Naşteri premature	3,67 (1,65-8,40)	3,75 (1,37-10,32)	6,11 (2,26-16,55)	2,51 (0,92-6,85)
II. COMPLICAŢII ÎN SARCINA ACTUALĂ					
1.	Anemie	0,98 (0,70-1,37)	1,19 (0,71-1,98)	0,79 (0,46-1,36)	0,97 (0,63-1,48)
2.	Hipertensiune cronică	1,71 (0,78-3,77)	2,20 (0,80-5,93)	1,52 (0,40-5,24)	1,48 (0,54-3,96)
3.	HIS	1,47 (0,58-3,77)	0,35 (0,02-2,71)	2,04 (0,52-7,47)	1,98 (0,68-5,71)
4.	Preeclampsie	9,21 (3,73-24,18)	5,67 (1,85-17,95)	10,21(3,43-31,59)	10,85 (4,15-29,99)
5.	Pielonefrite	1,15 (0,71-1,86)	1,25 (0,63-2,45)	1,04 (0,45-2,34)	1,13 (0,62-2,07)
6.	Bacter. asimptomatică	1,17 (0,66-2,06)	1,19 (0,52-2,67)	0,82 (0,27-2,33)	1,32 (0,66-2,63)
7.	Sarcină indusă	2,02 (1,02-4,01)	1,98 (0,78-4,95)	2,19 (0,78-5,94)	1,96 (0,86-4,47)
8.	Iminen?ă de NP	6,56 (3,46-12,67)	7,74 (3,66-16,56)	3,34 (1,22-9,02)	7,77 (3,87-15,85)
9.	Infertilitate	2,26 (1,07-4,82)	3,41 (1,39-8,37)	1,52 (0,40-5,24)	1,87 (0,73-4,73)
10.	Rh neg.	2,43 (1,35-4,41)	2,31 (1,04-5,09)	1,29 (0,45-3,55)	3,02 (1,54-5,93)
11.	Patologia gl. tiroide	1,23 (0,47-3,27)	1,06 (0,22-4,35)	0,49 (0,02-3,86)	1,73 (0,57-5,15)
12.	Diabet zaharat	7,37 (2,07-31,26)	5,48 (1,12-29,35)	9,55 (2,07-49,24)	7,64 (1,91-35,41)
13.	Infec?iile i/uterine	8,25 (4,56-15,13)	12,81(6,53-25,44)	6,04 (2,72- 13,43)	6,70 (3,45-13,18)

OR_1 – riscul relativ estimat al factorilor asociaţi cu naşterea prematură (22-36 săpt. $^{+6\ zile}$) vs naşterea la termen.
OR_2 – riscul relativ estimat al factorilor asociaţi cu naşterea prematură (22-31 săpt. $^{+6\ zile}$) vs naşterea la termen.
OR_3 – riscul relativ estimat al factorilor asociaţi cu naşterea prematură (32-33 săpt. $^{+6\ zile}$) vs naşterea la termen.
OR_4 – riscul relativ estimat al factorilor asociaţi cu naşterea prematură (34-36 săpt. $^{+6\ zile}$) vs naşterea la termen

asociate cu risc semnificativ pentru naşterea prematură.

Totodată femeile cu na'tere prematură în anamneză au risc sporit pentru naştere până la 37 săptămâni (OR 3.67, 95% IC 1.65-8.40), tabelul 1.

De asemenea, asociaţii semnificative au fost observate între complicaţiile obstetricale in timpul sarcinii actuale:preeclampsie OR 9.21, 95% IC 3.73-24.18; infecţiile i/uterine OR 8.25, 95% IC 4.56-15.13; diabet zaharat OR 7.37, 95% IC 1.09-31.96;iminenţă de naştere prematură OR 6.56, 95% IC 3.46-12.67; Rh neg. OR 2.43, 95% IC 1.35-4.41; naşterea prematură în anamneză OR 3.67, 95% IC 1.65-8.40; avorturi medicale OR 5.16, 95% IC 2.95-9.13; avorturile spontane OR

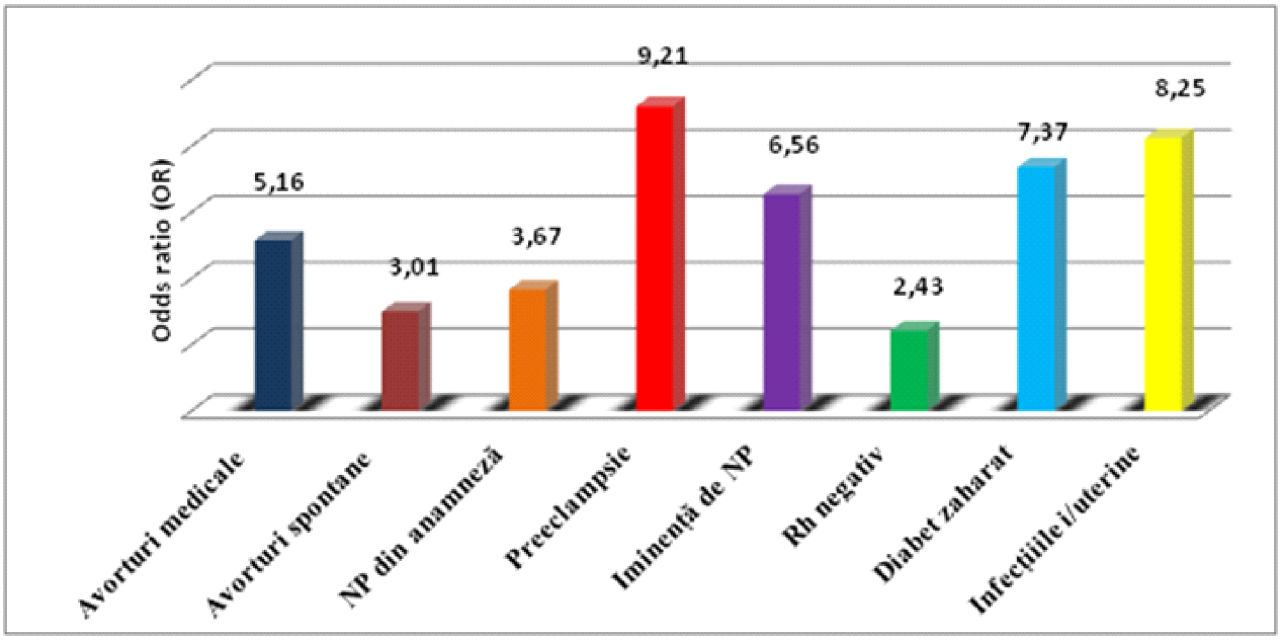


Fig. 2. Riscul relativ estimat al factorilor asociaţi cu naşterea prematură

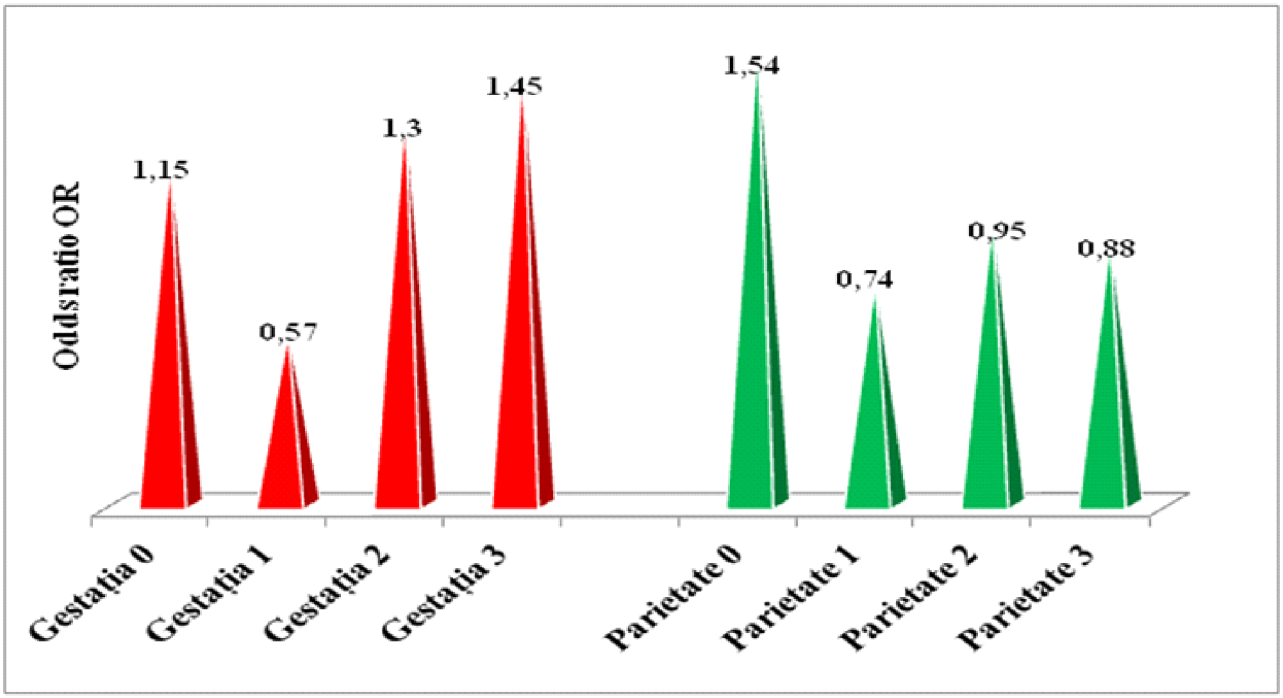


Fig. 3. Riscul relativ estimat al numărului de naşteri şi numărului de sarcini asociate cu NP

3.01, 95% IC 1.92-4.74 şi riscul naşterilor premature [8,10].

Infecţiile tractului urinar, inclusiv bacteriuria asimptomatică sunt strâns legate cu travaliul prematur, iar tratamentul duce la reducerea semnificativă a incidenţei pielonefritei şi greutăţii mici la naştere, cu toate că scăderea drastică a ratei naşterilor premature nu a fost demonstrată [5].

Flora vaginală anormală, în special vaginoza bacteriană determinată precoce în sarcină este asociată cu risc mai înalt de travaliu prematur spontan [6]. Totuşi tratamentul antimicrobian nu prezintă un impact semnificativ asupra probabilităţii naşterii înainte de termen [7].

In figura 3 se prezintă date despre NP în dependenţă de numărul de naşteri şi numărul de gestaţii, atunci când comparăm cu zero si cu numitorii 1, 2 si 3 sau mai mult. Spre exemplu: naşterile premature au fost de 1.5 ori mai frecvente la femeile nulipare şi de 1,5 ori la multigeste, decât la femeile ce au avut în anamneză naşteri si respective gestaţii mai puţine de trei.

Luând în consideraţie că analiza factorilor de risc ale prematurităţii, este importantă de a se efectua în diferite grupuri de vârste gestaţionale, am apreciat OR (riscul relativ estimat) a diferitor variabile în naşterile cu prematuritate severă de la 22 până la 31^{+6} săptămâni, naşteri cu prematuritate moderată 32-33^{+6} săptămâni şi naşteri premature aproape de termen de la 34 până la 36^{+6} săptămâni Rezultatele analizei univariabile a factorilor de risc asociaţi cu naşterea prematură în diferiţi termeni de sarcină (OR) este prezentată în figura 4.

Comparând influenţa factorilor de risc asupra naşterii premature în diferiţi termeni de sarcină putem menţiona că avorturile spontane în anamneză şi infecţiile i/uterine au un risc mai mare pentru NP la vârsta de sarcină de 22-31^{+6} săptămâni. Diabetul zaharat, naşterea prematură şi avortul medical în anamneză prezintă risc mai mare pentru termenul de 32-33^{+6} săptămâni. Pacientele cu Rh negativ şi la care sarcina prezentă este complicată cu preeclampsie şi iminenţă de naştere prematură au mai mare risc de a naşte la termenul de 34-36^{+6} săptămâni.

Concluzii:

1. Analiza studiului actual cu privire la naştere prematură arată că aceasta patologie este o provocare tot mai mare în ţările în curs de dezvoltare iar cercetările în acest domeniu sunt destul de scunde şi contradictorii, în special cu privire la factorii de risc ce stau la baza prematurităţii.

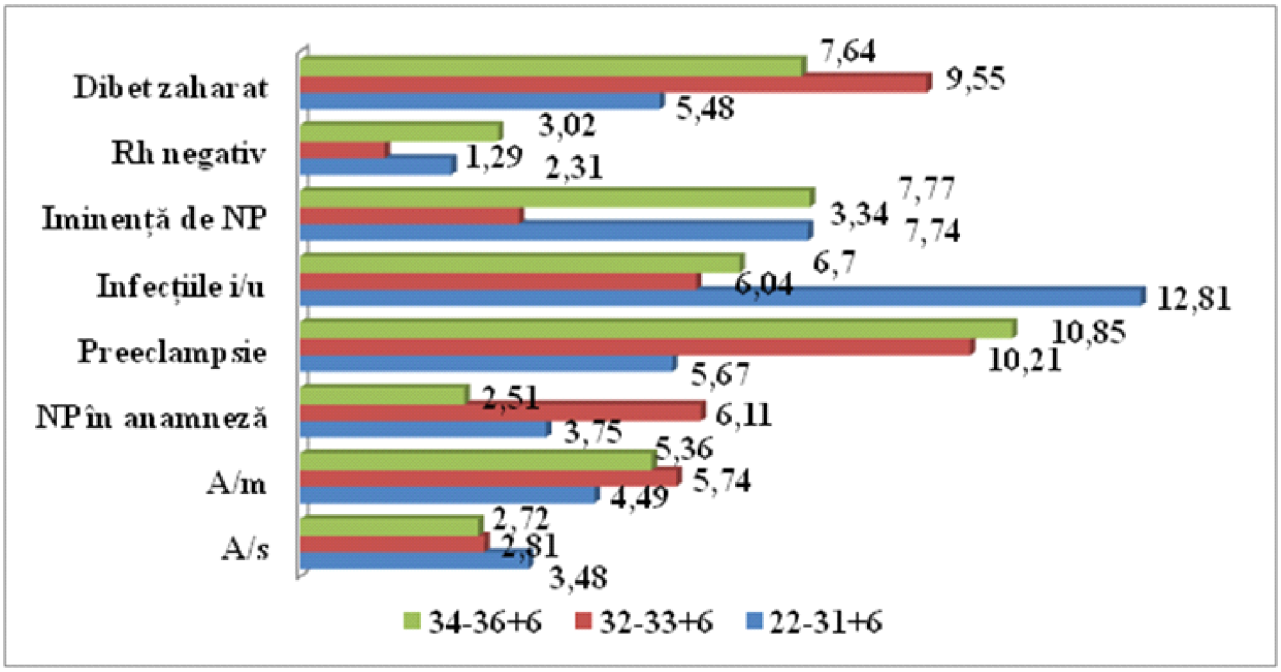


Fig. 4. Riscul relativ estimat al factorilor asociaţi cu naşterea prematură în diferite termene de gestaţie

2. Analiza univariabilă a factorilor de risc asociaţi cu NP scoate în evidenţă că , naşterea prematură în anamneză , OR 3,67, 95% IC 1.65-8.40; iminenţă de naştere prematură OR 6.56, 95% IC 3.46-12.67; infecţiile intra uterine OR 8.25, 95% IC 4.5-15.13; preeclampsie OR 9.21, 95% IC 3.73-24.18; diabet zaharat OR 7.37, 95% IC 2.07-31.26; şi avortul medical OR 5.16, 95% IC 2.95-9.13; avortul spontan OR 3.01, 95% IC 1.92-4.74; sunt asociate cu un risc foarte înalt de naştere înainte de termen (OR > 2,5).

3.Uterul cicatriceal (o/c) OR 1.23, 95% IC 0.72-2.12; sarcina extrauterină OR 0.61, 95% IC 0.23-1.60; anemia feriprivă OR 0.98, 95% IC 0.70-1.37; hipertensiunea arterială cronică OR 1.71, 95% IC 0.78-3.77; HIS OR 1.47, 95% IC 0.58-3.77; pielonefrita OR 1.15, 95% IC 0.71-1.86; bacteriuria asimptomatică OR 1.17, 95% IC 0.66-2.06; sarcina indusă OR 2.02, 95% IC 1.02-4.01; infertilutatea OR 2.26, 95% IC 1.07-4.82; Rh negativ OR 2.43, 95% IC 1.35-4.41; şi patologia glandei tiroide OR 1.23, 95% IC 0.47-3.27 nu prezintă un risc semnificativ pentru aceasta patologie.

4. Naşterile premature, au fost de 1,5 ori mai frecvente la femeile multigeste şi nulipare, în comparaţie cu pacientele ce au avut în anamneză naşteri şi respectiv gestaţii mai puţine de trei.

5.Comparând influenţa factorilor de risc asupra naşterii premature în deferiţi termeni de sarcină putem menţiona că avorturile spontane în anamneză şi infecţiile intrauterine prezintă un risc mai mare pentru NP la vârsta de sarcină de 22-31^{+6} săptămâni.

6. Diabetul zaharat, naşterea prematură şi avortul medical în anamneză prezintă risc mai mare pentru termenul de gestaţie 32-33^{+6} săptămâni.

7. Pacientele purtătoare de Rh negativ şi la care sarcina actuală este complicată cu preeclampsie, iminenţa de naştere prematură prezintă un risc mai mare de a naşte la vârsta de sarcină de 34-36^{+6} săptămâni.

Bibliografie:

1. Abdel-Aleem H., Shaaban O.M., Abdel-Aleem M.A. Cervical pessary forpreventing preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue Art. No.: CD007873. DOI: 10.1002/14651858.CD007873

2. Althuisius SM, Dekker GA, Hummel P, et al. Final results of the Cervical Incompetence Prevention Randomized Cerclage Trial (CIPRACT): therapeutic cerclage with bed rest alone. Am J Obstet Gynecol. 2012; 17: 1109-1114

3. Althuisius SM, Dekker GA, Hummel P, et al. Final results of the Cervical Incompetence Prevention Randomized Cerclage Trial (CIPRACT): therapeutic cerclage with bed rest versus bed rest alone. Am J Obstet Gynecol. 2001;18:1106-1112

4. Berghella V, Baxter JK, Hendrix NW. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD007235

5. Berghella V, Keeler SM, To MS, et al. Effectiveness of cerclage according to severity of cervical length shortening: a meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010;35:468-473.

6, Blikman MJ, Le TM, Bruinse HW, et al. Ultrasound-predicated versus history-predicated cerclage in women at risk of cervical insufficiency: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2008;63:803-812.

7. Brownfoot FC, Crowther CA, Middleton P. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD006764

8. Lettieri L, Vintzileos AM, Rodis JF, et al. in preterm birth exist? Am J Obstet Gynecol. 1993;168:1480–1485. Does ‘‘idiopathic’’ preterm labour resulting

9. McManemy J, Cooke E, Amon E, et al. Recurrence risk for preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 2007;196:5761-5766.

10. Romero R, Mazor M. Infection and preterm labor. Clin Obstet Gynecol.1988;31:553–584.

11. UK Office for National Statistics. Preterm births, England and Wales, 2005. http:www.ons.gov.uk ons datasets-and-tables/index.html (last accessed 1 September 2011).

Serghei Covanţev, Ecaterina Costiuc, Dumitru Brînza
USMF ,,Nicolae Testemiţanu'', catedra Morfopatologie, Chişinău, Moldova

RELAŢII ÎNTRE LOBULAŢIE FETALĂ ŞI PATOLOGIA RENALĂ

In the last decade chronic renal disease became a major worldwide problem in healthcare. Kidneys with fetal lobulation present a normal variation of development. Nevertheless we can state that this variation is often asociated with developmental anomalies and kidney disease. Our study included 48 kidneys which showed that this developmental variation is is asociated with renal vessel anomalies and different types of sclerosis which was determined during microscpoical examination.

Key words: renal fetal lobulation, renal vascular anomalies.

Introducere

În ultimul deceniu boala cronică de rinichi a devenit o problemă majoră de sănătate publică la nivel mondial. Numărul pacienţilor cu stadiu terminal al bolii renale este în continuă creştere în Statele Unite ale Americii şi în Europa. Conform raportului Organizaţiei Mondiale ai Sănătăţii în anul 2002 din cauza bolilor de rinichi au loc aproximativ 850.000 de decese anual şi 15,010,167 persoane cu disabilităţi sau cu handicap înregistrate pe glob. Luând în considerare faptul că biopsia renală, precum şi alte metode diagnostice, este utilizată pe scară largă în practica medicală, dorim să subliniem posibilă importanţă a structurii rinichiului lobulat în dezvoltarea bolii şi manifestarea ei clinică [1, 2].

Rinichi lobat (embrionar, lobulaţie fetală), este o variantă anatomică normală de dezvoltare. Lobulaţie fetală apare în jurul săptămânii 18 de embriogeneză şi rămâne la sugari şi copii până la vîrsta de 3-5 ani. Precum se observa în fig. 1, în cortexul şi medula rinichiului există spaţiului anatomic delimitant. Cortex mai târziu se netezeste, şi despre fostele spaţii anatomice delimitante arată doar localizarea vaselor interlobulare [3 - 7].

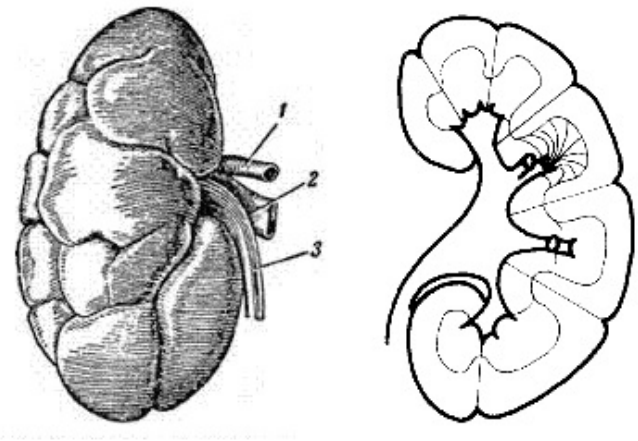


Fig. 1. Lobulaţie fetală (Г. Ф. Иванов, 1949). 1- arteră renală, 2 – vena renală, 3 – ureter.

Materiale şi metode

În studiul cazurilor au fost secţionate 27 complexele fixate (48 de rinichi) dupa metoda lui B. Z. Perlin. Pe baza a 5 preparate cu o structură lobulară au fost efectuate secţiuni, care au fost ulterior colorate cu hematoxilină eozină şi analizate la microscop.

Resultate obţinute şi discuţii

Conform datelor din literatură lobulaţie fetală se întîlneşte doar în 0,5-2% din cazuri [8]. Dintre cele 48 de preparate studiate de noi, 13 de exemplare au lobulaţie fetală, ce reprezintă 27,09% din cazuri.

În pofida faptului că structura lobulară este considerată drept norma, aceasta este adesea confundată cu o anomalie sau patologie. Totuşi lobulaţia fetală cu toate acestea poate asocia variate patologii cum ar fi la pacienţii cu sindrom genetic Bardet-Biedl la care în 12% din cazuri rinichii au o structură lobulară [9, 10].

Prezenţa chisturilor sau tumorilor poate duce, de asemenea, la formarea structurii lobulare a rinichilor la pacienţi adulţi. Anita Kaul, 2013 descrie un caz al unui pacient la examinarea cărui cu ajutorul USG s-a constatat prezenţa chisturilor şi lobulaţiei renale, iar in rezultatul urmatorului examen - RMN a fost găsită o formaţiune, care după o biopsie a fost definită ca cancer renal primar [11].

Lobulaţie fetală poate indica prezenţa unor anomalii ale vaselor sanguine, care includ o dereglare a localizării topice a arterelor şi venelor în hilul rinichiului, vasele sanguine răsucite, sau prezenţa vaselor suplimentare şi polare [12, 13]. Dintre 9 complexe (13 rinichi) lobulaţie bilaterală a fost identificată la 8 rinichi (61,5 %), lobulaţie unilaterală la 5 rinichi (38,5 %). La 9 rinichi (69,23 %) a fost identificată o variaţie de dezvoltare a vaselor sanguine, dintre care la 6 preparate - artera polară, la un preparat - ramificare presegmentară a arterei renale, la 2 preparate - două artere renale.

Lobulaţia rinichilor poate fi confundată şi cu patologii, cum ar fi tumorile sau "micul rinichi ratatinat" [14].

Din 5 preparate (fig. 2) în 4 a fost depistată necroza sau distrofie a tubilor contorţi proximali. În 4 din 5 a fost depistată stază patului vascular de diferită geneză. În 4 din 5 preparate s-a observat scleroza a diferitor structuri ale rinichilor (1 - scleroza substanţei medulare, 1 - glomeruloscleroză, 1 – glomeruloscleroză cu ateroscleroză, 1 - scleroza arterilor de calibru mic). Din cele analizate, 4 preparate au avut lobulaţie pronunţată, iar unul era de forma a "micului rinichi ratatinat", de aceea a fost selectat pentru precizare. Analiza histologică a arătat că rinichiul ratatinat diferea de rinichi cu lobulaţie şi glomerulonefrită, însă ca şi în celelalte preparate a fost observată staza patului vascular şi necroza tubilor contorţi (tab 1.).

Concluzie

Lobulaţie bilaterală a fost identificată la 8 rinichi (61,5 %), lobulaţie unilaterală la 5 rinichi (38,5 %). La 9 rinichi (69,23 %) a fost identificată o variaţie de dezvoltare a vaselor sanguine, dintre care la 6 preparate - artera polara, la un preparat -

Tabel I.

Datele privind analiza microscopică a rinichilor

№ Pr	Date indiv. (sex, vîrsta)	Schimbările microscopice	Schimbările macroscopice	Patologia associată
7	B. 23a.	Distrofia tub. renale contorţi, staza patului vascular	Lobulaţie superficială	-
10	B. 46a.	În focar necroza tubulilor renali contorţi, tromb eritrocitar în vene, tromb în arteră, stază în patul microcirculator Stază în patul limfatic Scleroza medulei renale	Lobulaţie superficială	Coagulare diseminată intravasculară
15	F. 78a.	Stază în patul microcirculator, infiltrat limfocitar în focar şi difuz, infiltrat subcapsular, chist de retenţie, scleroza pronunţată a arterelor de calibru mic	Lobulaţie superficială, chisturi	Hipertensiune arterială esentţială gr. II, Pielonefrită cronică
16	F. ~50-60a.	Necroză tubulară acută, stază vasculară, formare de trombi eritrocitari în vasele glomerulare, infiltrat leucocitar difuz, glomerulonefrită extracapilară seroasă (focal), chist de retenţie, glomerulo-scleroză focară	Suprafaţa ratatinată	-
17	B. ~22-35a.	Distrofia tub. renale contorţi, infiltrat limfocitar în focar şi difuz, glomerulo-scleroză focară, arterioscleroză moderată	Lobulaţie superficială	Pielonefrită cronică compensată Insuficienţa renală gr. I.

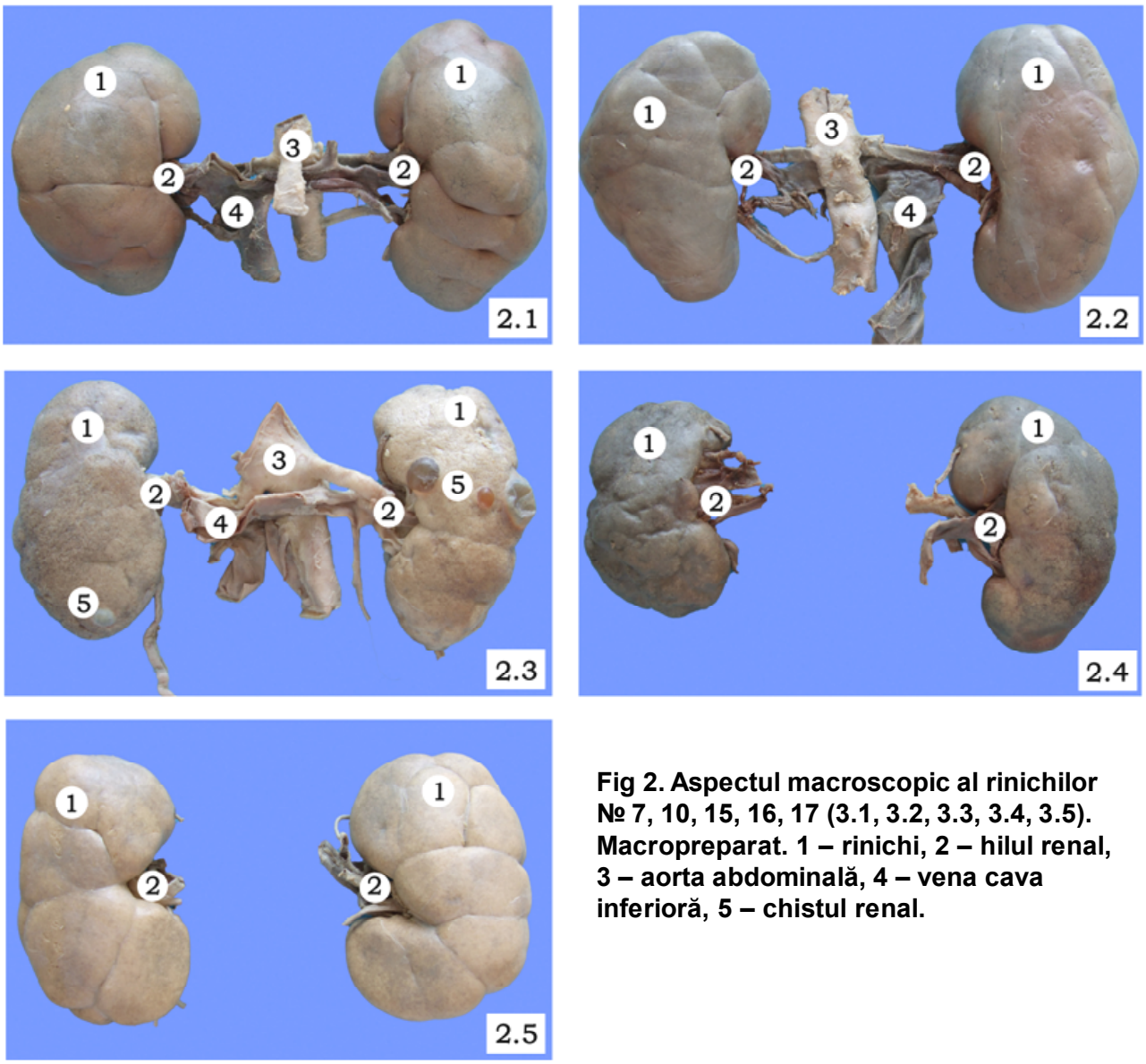


Fig 2. Aspectul macroscopic al rinichilor № 7, 10, 15, 16, 17 (3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5). Macropreparat. 1 – rinichi, 2 – hilul renal, 3 – aorta abdominală, 4 – vena cava inferioră, 5 – chistul renal.

ramificare presegmentară a arterei renale, la 2 preparate - două artere renale.

Din 5 preparate în 4 a fost depistată necroza sau distrofie a tubilor contorţi proximali. În 4 din 5 a fost depistată stază patului vascular de diferită geneză. În 4 din 5 preparate s-a observat scleroza a diferitor structuri renale.

Luînd în considerare conţinutul studiului şi date finale primite putem recomanda medicilor specialişti în domeniul nefrologiei şi cardiologiei de a studia mai minuţios cauza patologiilor cardiace şi/sau renale la pacienţi cu rinichi cu lobulaţie fetală depistată la un examen ultrasonografic. Deoarece aceste persoane au riscul de apariţia a hipertensiunii arteriale de formă gravă într-un timp relativ scurt. Prezenţa lobulaţiei fetale trebuie să fie un indice pentru specialişti în domeniul urologiei, că pacientul poate să aibă anomalii vasculare ale rinichilor. La fel apariţia spontană a lobulaţiei la un pacient adult trebuie să fie verificată mai detaliat şi monitorizată cu scop de a exclude schimbări morfologice pe cont de tumoarea.

Bibliografie

1. Schieppati A., Remuzzi G. CRD as a public health problem. Kidney International, 2005, vol. 68(98), p. 7–10.
2. Hallan S. I., Coresh J. International Comparison of the Relationship of Chronic Kidney Disease Prevalence and ESRD Risk. J. Am. Soc. Nephrol. 2006, vol. 17, p. 2275–2284.
3. Иванов Г. Ф. Основы нормальной анатомии человека. Том 2, М.: Медгиз, 1949 с 775-780.

4. Hodson J. The lobar structure of the kidney. British Journal of Urology, 1972, vol. 44, p. 246-261.
5. Syed S. A., Joshi R. A., Herekar N. G. Histogenesis of Kidney in Human Fetuses. International Journal of Recent Trends in Science And Technology, 2012, vol. 3(2).
6. Mishra S., Dinesh A., Kaul J. M. Morphological and morphometrical study of Human renal development during midgestational period. J.Anat.soc. India, 2006, Vol. 55(2), p. 5-10.
7. Tank K. C., Saiyad S. S., Pandya A. M. et al. A study of histogenesis of human fetal kidney. International Journal of Biological & Medical Research, 2012, vol. 3(1), p. 1315-1321.
8. Lorenz E. C., Vrtiska T. J. et al. Prevalence of renal artery and kidney abnormalities by computed tomography among healthy adults. 2010. Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2010, vol. 5(3), p. 431-8.
9. Beales P. L., Elcioglu N., Woolf A. S. et al. New criteria for improved diagnosis of Bardet-Biedl syndrome: results of a population survey. J. Med. Genet., 1999; 36, vol. p. 437-46.
10. Tabel Y. et al. Case Study of Bardet-Biedl Syndrome with Fetal Lobulation and Focal Segmental Glomerulosclerosisţ. Turk. Jem., 2008, vol. 12, p. 32-4.
11. Kaul A. Unusual Kidney Cancer Presentation, Case Report and Review. Proceedings of UCLA Healthcare, 2013, vol. 17.
12. Tallapaneni S., Vemavarapu M. A duplex kidney with dromedary hump showing altered hilar anatomy. International Journal of Anatomical Variations, 2011, vol. 4, p. 34–36.
13. Verma R., Kalra S., Rana K. J. Malformation of Renal and Testicular Veins– A case Report. Anat. Soc., 2005, vol. 54(1) p. 29-31.
14. Bhatt S., MacLennan G., Dogra V. Renal Pseudotumors. AJR., 2007, vol. 188.

Alin Bour[1], Vahtang Gugava[2], Targon Roman[3]
[1] Doctor habilitat în medicină, profesor universitar, şef curs chirurgie al facultăţii stomatologie USMF „ Nicolae Testemiţanu”, [2] Medic chirurg, lector universitar, Spitalul Clinic Central, staţia Chişinău; Centrul Medicilor de Familie №3, [3] Doctor în medicină, şef secie chirurgie generală Spitalului Clinic Militar Central.

CLASIFICĂRILE MODERNE A BOLII HEMOROIDALE

Hemorrhoids are a common disease of anorectal region. At the present time there are multiple classifications of hemorrhoidal disease. The various manifestations and criteria of hemorrhoidal disease cannot be taken into consideration. In our opinion modern hemorrhoids classification must satisfy certain criteria: be useful, convenient for practicing physicians and researchers, laconic, clear, easy to remember, not overloaded with unnecessary data, but to include important clinical signs of disease, important aspects of anatomy, to promote the correct orientation of the physician in the treatment of hemorrhoidal disease taking into account existing modern methods of treatment. This article presents hemorrhoidal disease classifications, which we believe are of principal interest and have greatly contributed to the development of coloproctology.

Keywords: hemorrhoids, piles, hemorrhoidal disease, classification, coloproctology, anus, rectum.

Cum putem explica aceste diferenţe pronunţate în statistica? Considerăm că cel mai important factor este interpretarea ambiguă a bolii hemoroidale şi momentul delicat al patologiei.

Perniţele corpului cavernos reprezintă componentul normal anatomiei anorectale. Hemoroizii reprezintă o modificare a perniţelor corpului cavernos sub ţesut submucos care conţin venule, arteriole şi fibre ale muşchilor netezi, care sunt localizate în canalul anal. [2,3,5,6]

În 1975 Thomson a publicat teza de master, băzată pe studiile anatomice şi radiologice şi a introdus termenul de perniţe vasculare (“vascular cushions”).

În unele structuri vasculare din cadrul perniţelor examinate sub microscop lipsea peretele muscular. Lipsa unui perete muscular caracterizează aceste structuri vasculare mai mult ca sinusoide dar nu ca vene. Studiile au arătat că sângerarea hemoroidală este arterială şi nu este venoasă, deoarece hemoragia din hemoroizii deterioraţi apare din arteriolele presinusoidale care comunică cu sinusoida în această regiune. [2,5] Acest fapt este susţinut de aspectul roşu aprins şi pH-ul arterial de sînge. [2,3,7] Perniţele vasculare din cadrul canalului anal contribuie la continenţa anală şi funcţionează ca o căptuşeală compresibilă care protejează

sfincterele anale de desubt. De asemenea, perniţele sunt esenţiale în asigurarea închiderei complete a anusului, contribuind suplimentar la continenţă. Aceste perniţe fibrovasculare menţin închiderea canalului anal pentru a preveni scurgerea de scaun în prezenţa presiunii intrarectale crescute. Ele sunt responsabile pentru aproximativ 15% -20% din presiunea anală în repaos. [2,3,5,8] În plus, acest ţesut probabil furnizează informaţii senzoriale importante, care permite indivizilor să diferenţieze scaunul solid de lichid sau eliminările de gaze. În timp ce întreprindem orice tratament pentru boala hemoroidala este esenţial de a cunoaşte faptul, că perniţele fibrovasculare sunt o parte a anatomiei normale anorectale şi sunt importante în mecanismul de continenţă. Prin urmare, înlăturarea chirurgicală poate conduce la diferite grade de incontinenţa. [2,5]

Termenul "Boala hemoroidală" trebuie să fie rezervat pentru acele structuri cavernoase ale canalulului anal care sunt anormale şi provoacă simptoame la pacienţi. [1] Altfel reesă că fiecare om, care are perniţele hemoroidale, deci anatomie normală a regiunei anorectale, va fi considerat bolnav de boală hemoroidală.

Un sistem de clasificare a bolii hemoroidale este util nu numai pentru a ajuta în selectarea metodei curative utilizate, dar, de asemenea, pentru a efectua analiza comparativă a rezultatului tratamentului. [9] Există mai multe clasificări a bolii hemoroidale. Mulţi chirurgi care s-au ocupat cu problema bolii hemoroidale au creat clasificări proprii şi au încercat sistematizarea datelor reeşind din experienţa lor şi lucrările precedente.

Unele din primele clasificări a bolii hemoroidale au fost descrise în medicina tradiţională chineză. Chirurgul Dou Hani-Ţin care a trăit în timpul dinastiei Song (960-1279) a scris un tratat "Chuanyan jinyan tsianshau", unde a prezentat clasificările hemoroizilor care a avut 25 de forme.[10]

În lucrare sunt prezentate clasificările bolii hemoroidale, care după părerea noastră prezintă interes şi au avut contribuţie în dezvoltarea coloproctologiei.

Conţinutul.

Prima ediţie de clasificare internaţională, cunoscută sub numele de Lista Internaţională a cauzelor de deces, a fost adoptată de către Institutul Internaţional de Statistică, în 1893.

Clasificarea Internaţională Statistică a Bolilor şi Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10 (ICD – 10) este standardul de informaţii de sanatate la nivel mondial pentru statistică de mortalitate şi morbiditate. [11]

Clasificarea ICD – 10 (versiunea 2010): [12]

IX. Bolile sistemului circulator

I80-I89. Boli ale venelor, vaselor limfatice si ganglionilor limfatici, neclasificate altundeva

I84. Hemoroizi

Include: hemoiroizi (rectali) vene varicoase ale anusului si rectului

Exclude: complicând:

* nasterea si lauzia (O87.2)
* sarcina (O22.4)

I84.0 Hemoroizi interni trombozaţi

I84.1 Hemoroizi interni cu alte complicaţii

Hemoroizi interni:

* cu sângerare
* cu prolaps
* strangulaţi
* ulceraţi

I84.2 Hemoroizi interni fără complicaţii

Hemoroizi interni fără precizare suplimentară

I84.3 Hemoroizi externi trombozaţi

Hematom perianal (nontraumatic)

Tromboză perianală

I84.4 Hemoroizi externi cu alte complicaţii

Hemoroizi externi:

* cu sângerare
* cu prolaps
* strangulaţi
* ulceraţi

I84.5 Hemoroizi externi fără complicaţii

Hemoroizi externi fără precizare suplimentară

I84.6 Apendice hemoroidal rezidual (plica anocutanată, semne reziduale ale pielei - "skin tags")

I84.7 Hemoroizi trombozaţi nespecificaţi

Hemoroizi trombozaţi, nespecificaţi ca interni sau externi

I84.8 Hemoroizi nespecificaţi cu alte complicatii

Hemoroizi, nespecificaţi ca interni sau externi:

* cu sângerare
* cu prolaps

* strangulaţi
* ulceraţi

I84.9 Hemoroizi nespecificaţi fără complicaţii

Hemoroizi fără precizare suplimentară

Mai mult de 100 de ţări folosesc sistemul ICD – 10. Aproximativ 70% din cheltuielile de sanatate din lume (3,5 miliarde de dolari SUA), sunt alocate utilizând ICD – 10 pentru rambursarea şi alocarea resurselor. Acest sistem a fost tradus în 43 de limbi.

În prezent savanţii lucrează asupra revizuirii şi elaborării veriunei ICD – 11, care va fi folosită din 2017.

ICD – 10 permite atît analiza statistică a deceselor, precum si a bolilor, leziunilor, simptomelor, ce servesc motiv de adresare pentru asistenţa medicală.

ICD-10 a fost aprobată în mai 1990 la patruzeci şi treia Adunare Mondiala a Sanatatii. Acesta este citat în mai mult de 20.000 de articole ştiinţifice şi utilizate de mai mult de 100 de ţări din întreaga lume (117 ţări).

Pentru prima dată, prin progresele în domeniul tehnologiei informaţionale, utilizatorii de sanatate publica, părţile interesate şi alte persoane interesate pot furniza informaţii la versiunea beta a ICD-11, folosind un proces de revizuire on-line. [11]

Toate statele membre folosesc ICD, care a fost tradusă în 43 de limbi.

Pentru prima dată, OMS face apel la experţi şi utilizatori de a participa la procesul de revizuire prin intermediul unei platforme bazate pe web. [13]

Clasificarea preventivă ICD – 11 este următoarea: [14]

Bolile sistemului digestiv

Bolile canalului anal

EE61 Hemoroizii şi tromboză venoasă perianală

EE61.1 Hemoroizi interni

EE61.2 Hemoroizi externi

EE61.3 Tromboza venoasă perianală

EE61.Y Alţi hemoroizi şi tromboza venoasă perianală, precizate

EE61.Z Alţi hemoroizi şi tromboza venoasă perianală, neprecizate

Un interes deosebit prezintă informaţia, că hemoroizii conform ICD-10 se referă la patologia venoasă, dar în revizia a 11-a – la bolile sistemului digestiv. Acest fapt demonstrează efectuarea unor noi cercetări în patologia bolii hemoroidale. Teoria despre originea venoasă a perniţelor hemoroidale, fiind înlocuită în ultimul timp cu teoria de prezenţă a anastamozelor arterio-venoase în corpii cavernoşi a canalului anal. [12]

Hemoroizii se clasifica după localizare ca **interni, externi şi mixti (combinaţi)** conform poziţiei faţa de linia dentată. Hemoroizii interni se formează proximal de linia dentată, sunt acoperiţi cu epiteliu tranzitoriu (sau columnar epitelium, endoderm) şi sunt nesensibili. Ei provin din rect, dar pot prolaba din anus. Hemoroizii externi se dezvoltă distal de linia dentată, sunt acoperiţi cu epitelium stratificat scuamos (anoderm) şi sunt sensibili. Hemoroizii mixti sunt formaţi din ambele simultan - interni şi externi. [6,15,16,17] Plica anocutanată („skin tag”) poate fi ca rezultat al hemoroizilor externi trombaţi. Mai mult de 80% din hemoroizi sunt interni, aproximativ 5% sunt pur externi şi restul sunt mixti.[3,18]

După etiologie: [15]

*Congenital.

*Dobîndit (primar, secundar).

După evoluţia bolii:

* Cronică.
* Acută.

În America de Nord se utilizează pe larg clasificarea lui Banov (American Society of Colon and Rectal Surgeons), care este similară cu cea a profesorului Goligher. [19]

Clasificarea hemoroizilor cronici interni după Banov: [1,2,20]

Gradul I - Hemoroizii interni proemină în anus fără prolaps.

Gradul II - Hemoroizii interni prolabează în timpul defecaţiei şi se reduc spontan.

Gradul III - Hemoroizii interni prolabează şi necesită reducţie manuală.

Gradul IV - Hemoroizii interni prolabează şi sunt ireductibili.

Clasificarea hemoroizilor <u>cronici interni</u> după Goligher et al 1985. [17,21,22]

I Fără prolaps.

II Prolapsul cu reducere spontană.

III Prolapsul se reduce manual .

IV Ireductibil.

La momentul actual în Rusia este adoptată clasificarea elaborată de către colaboratorii Centrului Ştiinţific de stat de coloproctologie a Ministerului sănătăţii al Federaţiei Ruse. [23]

1. Hemoroizi asimptomatici.
2. Hemoroizi acuţi
3. Hemoroizii cu hemoragie persistentă.
4. Hemoroizi cronici

În Federaţia Rusă pentru hemoroizi cronici este folosită pe larg şi clasificarea propusă în anul 2000 de academicianul Г.И. Воробьев cu coautorii, care este similară cu clasificarea lui Брайцев 1953, Thomson 1975, Banov 1981, Goligher 1985. [24]

1 stadiu – eliminări sangvinolente din anus fără prolapsul nodulilor hemoroidali.

2 stadiu - prolapsul hemoroizilor care se reduc de sinestător în canalul anal (cu sau fără hemoragie).

3 stadiu - necesitatea de a reduce manual nodulii la prolabarea lor (cu sau fără hemoragie).

4 stadiu – prolapsul permanent a nodulilor şi incapacitatea de ai reduce în canalul anal (cu sau fără hemoragie).

Autorii declară că această clasificare permite alegerea ununui tratament adecvat. Autorii afirmă că substratul pentru dezvoltarea unui proces acut este tromboza nodulilor hemoroidali. Procesul inflamator care se dezvoltă în nodul şi ţesuturile înconjurătoare, este adesea consecinţa ei.

Hemoroizii acuţi după evoluţia clinic sunt repartizaţi în 3 stadii:

1. Tromboza nodulilor hemoroidali fără inflamaţie.
2. Tromboza complicată cu inflamaţia nodulilor hemoroidali.
3. Tromboza complicată cu inflamaţia ţesutului subcutanat şi pielei perianale. [24]

În dependenţa de severitatea prolapsului hemoroizii interni pot fi divizaţi în 4 grade(Hyung Kyu Yang – 2014): [18]

Gradul I. Lipsa protruziei hemoroizilor din anus, posibilele eliminări periodice sangvinolente.

Gradul II. Hemoroizii prolabează din anus în timpul mişcării interstinului, dar se reduc spontan în canalul anal după defecaţie.

Gradul III. Hemoroizi prolabaţi, care se reduc în canalul anal digital.

Gradul III poate fi clasificat în Gradul IIIA şi Gradul IIIB.

Gradul IIIA. Prolapsul hemoroizilor apare la defecaţie şi se reduce digital.

Gradul IIIB. Prolapsul hemoroizilor apare nu numai la defecaţie, dar şi în timp obişnuit, care trebuie să fie redus digital.

Gradul IV. Hemoroizii prolabează permanent şi sunt ireductibili.

Autorul propune reclasificarea prolapsului conform severităţii, care trebuie să fie apreciat după anestezie.

Tabel №1 A

PATE 2000 - Sorrento Classification. [27,28,29,30]

P *Internal **P**rolapse* (**P**rolapsul Intern)	**1** Single node prolapse (prolaps 1 nodul) **2** Double node prolapse (prolaps 2 noduli) **3** Triple node prolapse (prolaps 3 noduli) **4** Circumferential prolapse (prolaps circular al nodulilor)
A ***A**cute Events* (Evenimente **A**cute)	**0** No acute events (Fără evenimente acute) **1** Bleeding (Hemoragie) **2** Edema (Edem) **3** Thrombosis (Tromboză)
T *Sphincter **T**one* (**T**onus sfincterului)	**- 0** Sphincter hypotonia (Hipotonus al sfincterului) **0** Sphincter normoton (Tonusul sfincterului în limitele normei) **+0** Sphincter hypertonia (Hipertonus al sfincterului)
E ***E**xternal prolapse* (Prolapsul extern)	**0** No external hemorrhoids (Fără hemoroizi externi) **1** Single node (1 nodul extern) **2** Double node (2 noduli externi) **3** Triple node (3 noduli externi) **4** Circumferential prolapse (prolaps circular nodulilor)

Tabel №1 B

PATE 2000 - Sorrento Classification. [27,28,29,30]

P	I ☐ ☐ ☐ ☐ II ☐ ☐ ☐ ☐ III ☐ ☐ ☐ ☐ IV ☐ ☐ ☐ ☐	Lat. sn (Lateral Stîngă) Ant. (Anterior) Post. dx (Posterior Dreaptă) Circonfer. (Circular)
A	☐ A0: no eventi acuti (Fără evenimente acute) ☐ AE: Edema (Edem) ☐ P ☐ E ☐ AT: Trombosi (Tromboză) ☐ P ☐ E	
T	☐ T-1: Ipotono sfinteriale (Hipotonus al sfincterului) ☐ T-0: Normotono sfinteriale (Tonusul sfincterului în limitele normei) ☐ T+1: Ipertono sfinteriale (Hipertonus al sfincterului)	
E	☐ E0: Assenza noduli (hemoroizii externi absen?i) ☐ E1: Presenza di emorroidi (hemoroizii externi prezen?i) ☐ Lat. sn (Lateral Stîngă) ☐ Ant (Anterior) ☐ Post. dx (Posterior Dreaptă)	

Fig.1. Classificarea PATE 2000 Sorrento.
P = Hemoroizi Interni; A = Evenimente Acute; T = Tonus Sfinterian;
E = Hemoroizi Externi.

Graham Stewart divizează hemoroizii în formă vasculară şi mucoasă.

Hemoroizii vasculari frecvent apar la populaţia tînără. Staza în perniţele hemoroidale poate fi formată şi fără încordare. Totuşi ei mai rar prolabează din canalul anal.

Forma mucoasă se întîlneşte mai des la femei decît la bărbaţi, mai des la persoane în vîrsta, hipoponderali.

Uneori aceste două forme apar simultan. [18]

Masuda et al. din Japan au prezentat clasificarea PEC la congresul japonez de coloproctologie în 2005: [25,26]

Conform gradului de prolaps al hemoroizilor interni:

P0: Prolapsul absent
P1: Prolapsul reductibil
P2: Prolapsul ireductibil

Conform prezenţei şi extinderii hemoroizilor externi:

E0: Fără hemoroizi externi
E1: Mai puţin de jumătate de cerc al anusului
E2: Mai mult de jumătate de cerc al anusului

Conform circumferinţei anale implicate:

C1: Noduli hemoroidali sunt independenţi
C2: Noduli hemoroidali sunt parţial uniţi
C3: Hemoroizii sunt conectaţi unu la altul circumferenţial

Jung Moo Lee et al. din Universitatea Hanlim divizează hemoroizii în formă insulară şi glisantă.

Tabel №2

PATE 2006 – Classification. [30]

P	I ☑1 ☑1 ☑1 ☑3 II ☑2 ☑2 ☑2 ☑6 III ☑3 ☑3 ☑3 ☑9 IV ☑4 ☑4 ☑4 ☑12	Lat. sn (Lateral Stîngă) Ant. (Anterior) Post. dx (Posterior Dreaptă) Circonfer. (Circular)
A	☑0 A0: no eventi acuti (Fără evenimente acute) ☑1 AE: Edema (Edem) ☐ P ☐ E ☑2 AT: Trombosi (Tromboză) ☐ P ☐ E	
T	☑1 T-1: Ipotono sfinteriale (Hipotonus al sfincterului) ☑0 T-0: Normotono sfinteriale (Tonusul sfincterului în limitele normei) ☑2 T+1: Ipertono sfinteriale (Hipertonus al sfincterului)	
E	☑0 E0: Assenza noduli (hemoroizii externi absenţi) ☑ E1: Presenza di emorroidi (hemoroizii externi prezenţi) ☑2 Lat. sn (Lateral Stîngă) ☑2 Ant (Anterior) ☑2 Post. dx (Posterior Dreaptă)	
SINTOMI	NU DA UNEORI ☑0 ☑2 ☑1 Prurito (Prurită) ☑0 ☑2 ☑1 Dolore (Dureri) ☑0 ☑2 ☑1 Bruciore (Iritaţie) ☑0 ☑2 ☑1 Sang. Spont (Hemoragie spontană) ☑0 ☑2 ☑1 Sang. Dopo def. (Hemoragie după defecaţie)	
QDV	Qualità della vita (Calitatea Vieţii)	0-10
	P	
	A	
	T	
	E	
	Simptoame	
	QDV (Calitatea Vieţii)	
	Total	

Fig.1. Classificarea PATE 2006 Sorrento.
P = Hemoroizi Interni; A = Evenimente Acute;T = Tonus Sfinterian;
E = Hemoroizi Externi.

În forma insulară, hemoroizii interni sunt separaţi de la cei externi de linia dentată. Această formă mai des se întîlneşte la persoane tinere. Forma glisană (mixtă) se întîleşte mai des la persoane de vîrstă medie, cînd linia dentată este deplasată în afară anusului cu frecvent prolaps al mucoasei rectului. [18]

În anul 2000, Societatea Italiană de Coloproctologie a introdus un nou sistem de clasificare a bolii hemoroidale, PATE 2000 Sorrento. (Tabel ą1A, B) [27,28,29,30]

După mai multe studii autorii au stabilit eficacitatea acestui sistem de clasificare în comparaţie cu criteriile anatomice, cum ar fi dimensiunea şi dislocarea hemoroizilor în canalul anal. Autorii au notat, că este necesar de a corecta limitele PATE 2000 Sorrento. Parametrii importanţi pentru evaluarea severităţii bolii hemoroidale, cum ar fi scorurile numerice, analiza severităţii simptomelor şi analiza calităţii vieţii, au fost introduse în PATE clasificarea 2006. (Tabel №2)[30]

Concluzii şi comentarii:

La momentul actual există o multitudine de clasificări ale bolii hemoroidale. Nici una dintre ele nu este şi nu poate să fie perfectă. Diversele manifestări şi criterii ale bolii hemoroidale nu pot fi luate în consideraţie, de fapt şi nu este necesar. Clasificările dificile supraîncărcate cu informaţie sunt incomode. În prezent nu există o clasificare internaţională acceptată. Pe larg este folosită clasificarea lui Goligher al hemoroizilor interni (asemănătoare cu cea lui Thomson, Banov). Aceste clasificări descriu numai hemoroizii interni, severitatea prolapsului, lipsită de alte simptome şi condiţii importante. Prezenţa sau absenţa eliminărilor sangvinolente în cadrul clasificării nu întotdeauna corespunde cu gradul prolapsului. Aceste clasificări sunt utile pentru medicii practicieni, fiindcă indică gradul de prolaps al hemoroizilor interni, deşi acordă informaţie rezervată despre alte simptoame importante. Clasificările PATE 2000 şi PATE 2006 sunt după părerea noastră prea complexe. Clasificarea Internaţională ICD-10 şi 11 în primul rînd se axează pe managementul medical internaţional, prevalenţa afecţiunelor şi nu răspunde pe deplin necesităţilor medicului de rînd sau cercetătorului.

După părerea noastră clasificarea contemporană a hemoroizilor trebuie să corespundă anumitor criterii: să fie utilă, comodă pentru medici practicieni şi cercetători, laconică, clară, uşoară de reţinut, să nu fie supraîncărcată cu datele inutile, dar să includă semnele clinice importante ale bolii, momentele importante ale anatomiei, pentru a promova orientarea corectă a medicului în tratamentul bolii hemoroidale ţinând cont de metodele moderne existente de tratament.

Bibliografia:

1. David E. Beck, Patricia L. Roberts, Theodore J. Saclarides, Anthony J. Senagore, Michael J. Stamos, Steven D. Wexner, American Society of Colon and Rectal Surgeons: The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery: Second Edition, Springer Science & Business Media, 2011, p. 176, 179
2. James W. Fleshman, Bruce G. Wolff, American Society of Colon and Rectal Surgeons: The Ascrs Textbook of Colon And Rectal Surgery, Springer Science & Business Media, p.156-158, 2007
3. James E. Everhart, Digestive Diseases in the United States: Epidemiology and Impact, DIANE Publishing, 1994, p. 273, 275.
4. Eli Ehrenpreis, Anal and Rectal Diseases Explained, p. 69, Remedica, USA, 2003.
5. Thomson WHF, The nature of haemorrhoids. Br J Sur 1975; 62(7):542-552
6. Corman Marvin L: Colon and Rectal Surgery, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.177, 181, 2005
7. Thulesius O, Gjores JE, Arterio-venous anastomoses in the anal region with reference to the pathogenesis and treatment of haemorrhoids. Acta Chir Scand 1973; 139: 476-478.
8. Lestar B, Penninckx F, Kerremans R. The composition of anal basal pressure. An in vivo and in vitro study in man. Int J Colorectal Dis 1989;4(2):118–122.
9. Varut Lohsiriwat, Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management, , World Journal of Gastroenterology 7 May, 2012; 18(17): p. 2011.
10. Аминев А.М., Лекции по проктологии, Москва, p. 3-4,1969
11. http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/en , International Classification of Diseases (ICD) Information Sheet
12. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en , ICD-10 Version:2010
13. http://www.who.int/classifications/icd/revision/icd11faq/en , International Classification of Diseases (ICD) 11th Revision
14. http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en , ICD-11 Beta Draft (Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics
15. Тимохин Ю.В.,1965, Аминев А.М.,1971
16. Cameron John L., Corinne Sandone, Atlas of Gastrointestinal Surgery, Volumul 2, PMPH-USA, 1 feb. 2014, p 677
17. Edward T. Bope, Rick D. Kellerman, Conn's Current Therapy 2015, Elsevier Health Sciences, 21 oct. 2014, p.559-560
18. Hyung Kyu Yang, Hemorrhoids, pag. 41, Seoul, Republica Korea, 2014
19. Iain M.G. Cleator, Hemorrhoids, J Gastrointestin Liver Dis, June 2007 Vol.16 No 2, 175)
20. Banov L, Knoepp LF Jr, Erdman LH, Alia RT. Management

of hemorrhoidal disease. J S C Med Assoc 1981; 81: 398-401)

21. Scott R. Steele, Justin A. Maykel, Bradley J. Champagne, Guy R. Orangio Complexities in Colorectal Surgery: Decision-Making and Management, 2014: p 314.

22. Robin K.S. Phillips, ColorectalSurgery, Third edition, Колоректальная хирургия пер.с англ.под ред. акад. Г.И.Воробьева, 2009: p 264

23. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. - Геморрой. Запоры. Библиотека Практического Врача - Медпрактика, стр. 36-53, 58, 2000

24. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А.: Консервативная терапия острого геморроя, Русский медицинский журнал, Т.9, № 3-4.Стр.9-11,2001.

25. Journal of Japan Coloproctology, 2008 p.666

26. Journal of Japan Coloproctology, 2005 p.491

27. Giuseppe Sammarco, Francesco Ferrari, Antonio Carpino, Emilio Russo, Giuseppina Vescio, Michele Ammendola, Rosario Sacco: PPH vs Milligan-Morgan: earlyand late complications in the treatment of haemorrhoidal disease with circumferential prolapse Annali Italiani di Chirurgia, 23 July, 2013: p. 84.

28. Gaj F, Trecca A, Carboni M: Towards a new classification of hemorrhoidal disease. Chirurgia italiana, May-June, 1999; 51(3): pp 227-234.

29. Gaj F, Trecca A. PATE 2000 Sorrento un moderno ed efficace strumento per la definizione della malattia emorroidaria: studio multicentrico osservazionale condotto su 930 pazienti sintomatici. Chirurgia Italiana, 2004; 56: pp 509-515.

30. Gaj Fabio, Trecca Antonello: Nuovo sistema di classificazione della malattia emorroidaria "PATE 2006": vantaggi della revision della "PATE 2000 Sorrento''. Chirurgia Italiana, vol. 59 n. 4, 2007: pp 521-526.

31. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник колопроктолога. М.: Литтера, 2012. С. 64-89.

Daniela Mereniuc, Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemiţanu", Catedra Neurologie - 321.05

INCLUZIUNEA SOCIO-PROFESIONALĂ A PERSOANELOR ÎNCADRATE ÎN GRAD DE DIZABILITATE ÎN URMA ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC

Background: Stroke is an important health problem at a global level, being the third cause of mortality in the general hierarchy of pathologies (cardio-vascular disease, neoplasma) and the first cause among neurological diseases.

Stroke represents the mein etiological factor of long term disability. Only 20 % of people who have suffered from stroke will return to work, 40% have moderate deficiencies. The majority of secundary deficiences are healed in a few months, but others can persist throughout life.

Conclusions: Even through the biggest progress in healing is adicted in early periods are perspectives in recovery over the course of months and even years (late period). Development of cooperation between medical and social services is neccesary and has the aim of identification of common interest problems in the profilaxy, treatment and adequate recuperation, the supreme objective being the reduction of the number of people with post-stroke disabilities and maintaining human potential. Improving the quality of medico-social services for people with a disability and the achievement of objectives for socio-professional inclusion.

Key-words: stroke, disability, defficiency, socio-professional inclusion.

Introducere:

Accidentul Vascular Cerebral reprezintă principalul factor al instalării dizabilităţii pe termen lung. Conform Raportului Mondial privind dizabilitatea (OMS/BM 2011) 40% din cei ce suportă AVC ischemic rămîn cu deficienţe moderate, iar 15-30% - cu deficienţe severe [1]. Majoritatea deficienţelor secundare unui AVC ischemic sunt recuperate în cîteva luni, însă altele pot să persiste pentru întreaga viaţă. Deficienţele se accentuiază şi rămîn permanente odată cu trecerea timpului, de aceea se recomandă instituirea unui program de recuperare cît mai curînd posibil [2]. Şansele de recuperare sunt variabile în funcţie de: zona afectată a creierului, extinderea leziunilor, precum şi capacitatea creierului sănătos de a prelua funcţiile zonei moarte şi pezenţa comorbidităţii la pacient. În

dependenţă de acestea, bolnavul poate rămîne cu diverse sechele care îi influienţează viaţa personală, socială în mod negativ. În aceste condiţii este necesară incluziunea socio-profesională a acestuia cu sprijinul şi suportul familiei şi a persoanelor din jur [2, 3]. Persoanele cu dizabilitate au dreptul să trăiască într-o societate inclusivă care, prin acţiuni pozitive să contribuie la eliminarea izolării, să le acorde sprijin şi şanse egale de afirmare în viaţa individuală şi socială. În orice societate, indiferent de nivelul său de dezvoltare economico-socială, există persoane care au dificultăţi de adaptare la condiţiile mediului, iar în societatea contemporană aceste dificultăţi de adaptare sunt cu mult mai complexe [4]. Incluziunea socială este un concept folosit din ce în ce mai mult la nivel european, reprezentînd unul dintre domeniile care necesită o abordare multi-sectorială. Strategia de la Lisabona stabileşte că "incluziunea socială nu se referă numai la asigurarea de resurse financiare suficiente, ci şi la promovarea participării active a persoanei la viaţa socială prin asigurarea accesului egal la locuire, educaşie, sănătate şi servicii". Noţiunea de incluziune socială se deosebeşte de cea de integrare. Dacă integrare socială presupune acceptarea persoanei cu dizabilitate în mediul participativ în societate (locul de muncă, locuri publice), atunci incluziunea socială înseamnă modificarea însăşi a societăţii, a atitudinilor, tradiţiilor, valorilor, regulilor comunităţii spre o acceptare a diversităţii.

În Republica Moldova, serviciile sociale în general şi serviciile de îngrijire pe termen lung în special sunt guvernate de un pachet legislativ. Legea nr.60 "Cu privire la incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi" prin care sunt reglementate drepturile persoanelor cu dizabilităţi în vederea incluziunii sociale a acestora, garantării posibilităţii participării lor în toate domeniile vieţii, fără discriminare, la un nivel identic cu ceilalţi membri ai societăţii, avînd ca bază respectarea drepturilor fundamentale ale omului [4].

Capitolul V, art. 33-40 din Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi reglementează procedura de integrare în cîmpul muncii a persoanelor cu dizabilităţi, inclusiv:

- Dreptul la muncă al persoanelor cu dizabilităţi.
- Plasarea în cîmpul muncii a persoanelor cu dizabilităţi.
- Formele de angajare în cîmpul muncii (întreprinderi, instituţii şi organizaţii în condiţii obişnuite; la domiciliu, la întreprinderi specializate).
- Obligaţiile angajatorilor privind plasarea în cîmpul muncii a persoanelor care şi-au pierdut capacitatea de muncă.
- Durata timpului de muncă şi normele de producţie pentru persoanele cu dizabilităţi.
- Orientarea, formarea şi reabilitarea profesională a persoanelor cu dizabilităţi [5].

În Republica Moldova persoanele cu dizabilitate post-AVC în vîrsta aptă de muncă, care doresc să se integreze sau să se reintegreze în cîmpul muncii au acces la orientarea, formarea şi reabilitarea profesională indiferent de gradul de dizabilitate. Serviciile de orientare şi formare profesională sunt oferite de organul teritorial pentru ocuparea forţei de muncă conform programului individual de reabilitare şi incluziune socio-profesională. Acesta este un document elaborat de Consiliul Naţional de Determinare Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă sau de structurile sale teritoriale în care sunt stabilite recomandările generale privind activităţile şi serviciile de care persoana cu dizabilităţi are nevoie în procesul de incluziune socio-profesională [7, 8].

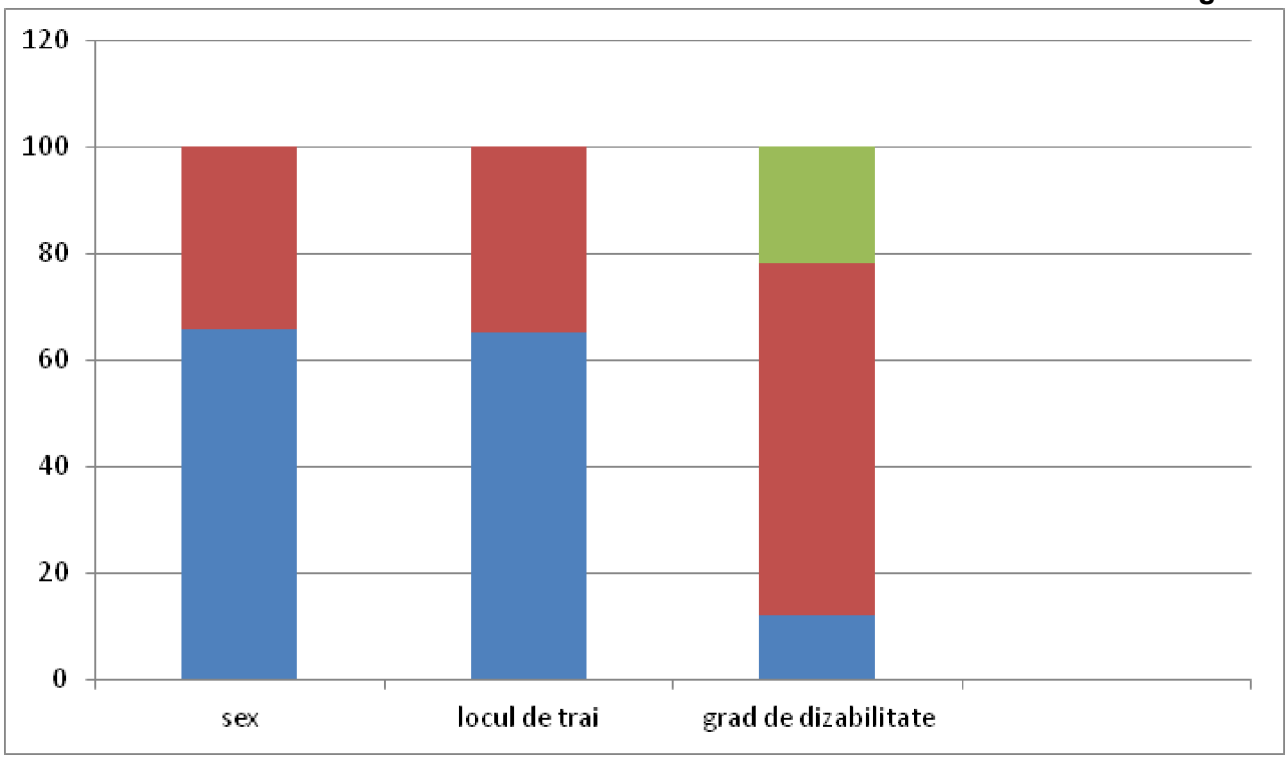
Materiale şi metode:

Pentru a evalua procesul de incluziune socio-profesională a persoanelor cu deficienţe post-AVC ischemic în Republica Moldova s-a efectuat un studiu integral retrospectiv. S-a studiat procesul de incluziune socio-profesională a persoanelor încadrate primar în grad de dizabilitate în 2011. Conform raportului anual prezentat de medicii-experţi neurologi din cadrul Consiliului Naţional de Determinare a Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă în anul 2011 numărul acestora a fost 535. Starea acestor persoane a fost monitorizată în dinamică pe perioada 2011-2015 conform rapoartelor de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă. S-a studiat tratamentul efectuat, investigaţiile şi reîncadrarea în cîmpul muncii.

Criterii de includere în studiu:

- Persoanele cu deficit motor post-AVC ischemic încadrate primar în grad de dizabilitate în 2011.

Figura 1



- Vîrsta: adult de la 18 ani.
- Locul de trai: Republica Moldova (rural, urban).

Criterii de excludere din studiu:
- Refuzul persoanei de a participa în studiu.
- Persoane încadrate în grad de dizabilitate prin alte patologii.

Cele 535 persoane incluse în studiu au fost repartizate după sex, locul de trai, gradul de dizabilitate în felul următor:

După sex:
Bărbaţi – 352 (65,8%)
Femei – 185 (34,2%).
După locul de trai (urban, rural):
Urban – 188 persoane (35%)
Rural – 347 persoane (65%)
După gradul de dizabilitate apreciat:
Grad sever – 64 persoane (12%).
Grad accentuat – 352 persoane (66%).
Grad mediu – 118 persoane (22%).

Din numărul total de persoane cu deficit motor post-AVC încadrate primar în grad de dizabilitate în 2011 s-au reîntors în cîmpul muncii 134 ceea ce constituie 25%.

Aceste persoane au fost repartizate după sex, locul de trai şi gradul de dizabilitate în felul următor:

După sex:
Bărbaţi – 87 (65%)
Femei – 47 (35%).
După locul de trai:
Urban – 62 (46%)
Rural – 72 (54%).
După gradul de dizabilitate:
Grad sever – 0 persoane.
Grad accentuat – 66 persoane (49%).
Grad mediu – 68 persoane (51%).

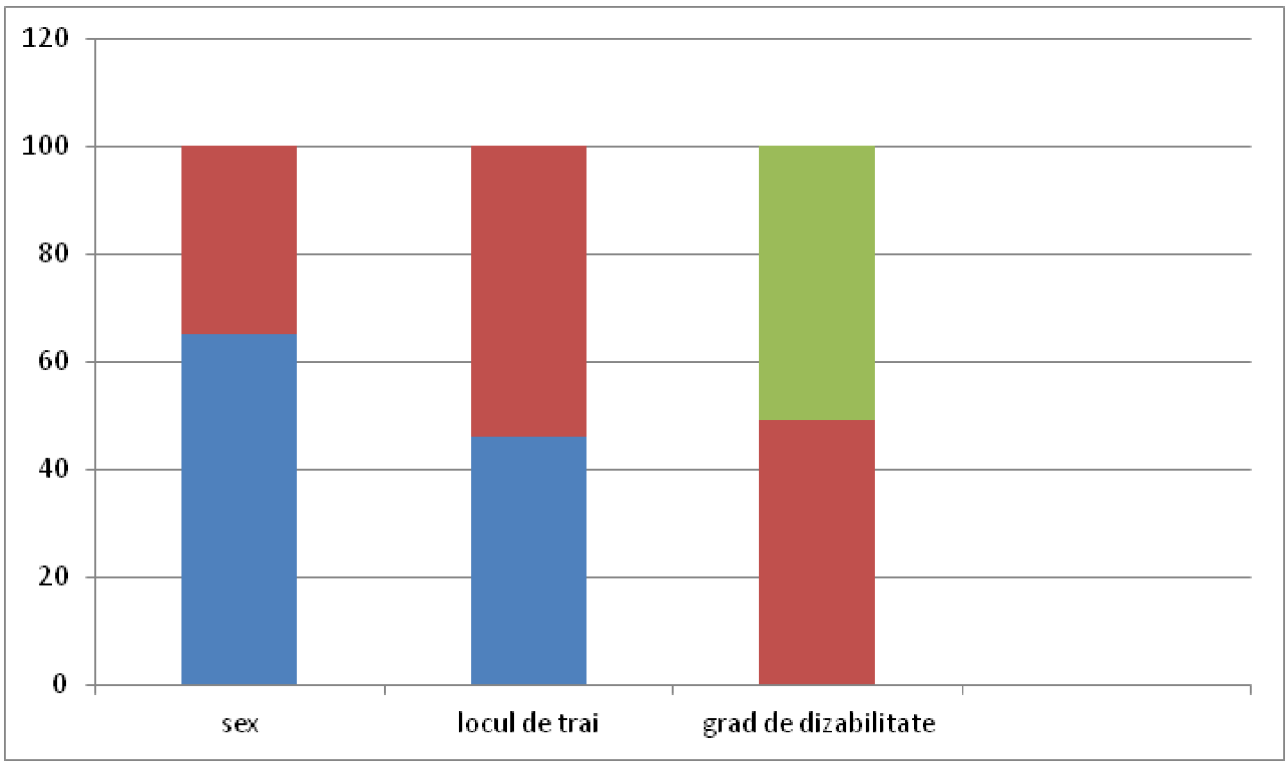
Concluzii:

- Din numărul total de persoane cu deficit motor încadrate primar în grad de dizabilitate post-AVC ischemic în anul 2011 s-au reîntors în cîmpul muncii doar 25%.

- Cele mai mari şanse de a activa în continuare au persoanele cu deficienţe medii. Din numărul total de 118 persoane activează în continuare 68 persoane ceea ce constituie 58%. Mai rezervate sunt şansele pentru persoanele cu deficienţe accentuate. Din 354 persoane incluse în studiu s-au reîntors la activitatea profesională 66 persoane. Pentru persoanele încadrate în grad de dizabilitate sever şansele de reîntoarce în cîmpul muncii sunt practic nule.

- Un rol important în procesul de incluziune socio-profesională a persoanelor încadrate în

Figura 2



grad de dizabilitate post-AVC au familia şi sprijinul persoanelor din jur. Familia îl poate ajuta pe bolnav oferindu-i sprijin emoţional, condiţii de viaţă adecvate, astfel incluziunea în societate să fie cît mai facilă [9].

Bibliografie:

1. Hotărîrea de Guvern nr. 65 din 23.01.2013 cu privire la determinarea dizabilităţii şi capacităţii de muncă.
2. OMS (2007) Clasificarea Internaţională a Funcţionalităţii, Dizabilităţii şi Sănătaţii.
3. Convenţia drepturilor persoanelor cu dizabilităţi. New York, 2006.
4. OMS. Raportul privind Dizabilitatea 2011.
5. Legea RM nr.60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi.
6. Kelley B. H., Pangilinan PH. Jr. Rodriguez G. M. 2007, Asociaţia Americană de Stroke 2008.
7. Monitor social nr.16 decembrie 2012. Incluziunea persoanelor cu dizabilităţi în cîmpul muncii-realităţi şi perspective.
8. Bariere de incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi din Republica Moldova: Studiu sociologic/Centrul de Asistenţă Juridică pentru persoanele cu dizabilităţi 2011.
9. ANOFM "Integrarea persoanelor cu dizabilitate pe piaţa muncii în Republica Moldova" - 2004.

CERINŢELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

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

1. FOAIA DE TITLU este necesar să includă prenumele, numele, gradul ştiinţific al autorului, instituţia ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon şi adresa electronică.

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

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

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

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

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

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

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

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

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

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

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

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

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

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

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

- Рукописи приводятся в трех экземплярах.
- На представленной дискете указывается имя автора, название статьи и файлов.
- Рукописи подают с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о соглашении всех авторов с содержанием и о первичном публикованием материала.
- Рукописи подают на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

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

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

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

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

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

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

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

5. FIGURES. The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article and the author's name. Figure legends should be presented on separate sheets in accordance with the number of figures.

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

- Three copies of the papers proposed for publication should be submitted;
- The floppy disk attached should contain data about the author, title of the article and files;
- Materials proposed for publication should be accompanied by the author's letter of intent confirming the approval of the signatories on the contend and the innovative character of the publication.
- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

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

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiştilor de notorietate

PENTRU NOTIȚE