

- challenges, research, and future directions. In: Current Diabetes Reports, 2014, Vol. 14(9), p.520. doi: 10.1007/s11892-014-0520-2. (accesat: 14.07.2019).
9. Руюткина Л.А., Полторацкая Е.С., Пахомов И.А., Руюткин Д.С., Щепанкевич Л.А., Первунинская М.А. Электронеуромиография в диагностике ранних стадий диабетической нейропатии – приглашение к дискуссии эндокринологов, неврологов, электрофизиологов. In: Медицинский Совет, 2016, № 10, с.156.

SINDROMUL DE OCHI USCAT ÎN STRUCTURA MORBIDITĂȚII OFTALMOLOGICE LA COPII

Irina Guzun, doctorand

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova
elisa-irina@mail.ru

DRY EYE SYNDROME IN THE STRUCTURE OF OPHTHALMOLOGICAL MORBIDITY IN CHILDREN

The article describes the frequency of dry eye syndrome in children, in correlation with ophthalmological morbidity, risk factors, which lead to the appearance and progression of this pathology. It describes its impact on the visual health and life of the children, also describes “Computer Syndrome”. The ophthalmological morbidity in children up to 18 years is analyzed in different regions of the country, the algorithm of diagnosis and the program of prophylaxis of this pathology. Aspects of clinical management and its early detection in children, the role of parents, family doctor and specialists in this process are analyzed scientifically.

Maladiile oftalmologice prezintă o problemă majoră pentru medicina și societate. În condițiile dezvoltării tehnicii și medicinei, computerizării și internetizării, apariția unor factori nocivi atât profesionali cât și habituali, utilizarea computerului în sistemul informațional, sistemul ocular, analizatorul, este supus unui stres continuu. Din acest punct de vedere devin actuale atât problemele social- igienice, a factorilor de risc ocular, cât și problemele morbidității și a invalidității oftalmologice. În pofida faptului existenței specialiștilor oftalmologi, serviciul oftalmologic nu abordează decât problema vitalității populației. Evident, că funcțiile vizuale se reflectă direct asupra calității vieții și activității profesionale a oamenilor. Bolile ochiului

afectează, activitatea zilnică a pacientului. În cazul copiilor afectează toate aspectele de dezvoltare a acestuia și formarea lui pe viitor. Sindromul de ochi uscat este o afecțiune cronică, multifactorială a suprafeței oculare, cu impact semnificativ asupra calității vieții și unul dintre cele mai comune motive ale prezentării la medicul oftalmolog [2, 4].

Pe lângă cauzele cunoscute ale patologiilor endocrine, au apărut factori exogeni legate de dezvoltarea intensivă a progresului tehnico-științific și al industrializării civilizației. Utilizarea tot mai frecventă a calculatoarelor, a aparatelor de aer condiționat, a lentilelor de contact, ventilarea centralizată, umiditatea joasă a aerului, radiațiile electromagnetice, substanțele dezinfectante și detergenți, praful, fumul de țigară, a produselor cosmetice, a contraceptivelor orale și multe altele devine tot mai frecventă. etc. Și dacă mai devreme acești factori etiologici ai Sindromul de ochi uscat au fost importanți numai pentru adulți, acum sunt tot mai des întâlniți la copii [5].

Diagnosticul Sindromului de ochi uscat se bazează pe prezența simptomatologiei caracteristice, în mare parte comună cu cea a altor boli oftalmologice. Atît examenul clinic cît și anumite teste specifice, care stabilesc gradul de severitate a bolii, urmăresc evoluția acesteia și pot orienta deciziile terapeutice. Scopul este de a urmări anumiți indicatori de severitate a bolii printre care se includ: gradul de discomfort ocular, simptomele vizuale, inflamația suprafeței oculare, disfuncția glandelor Meibomius, secreția de lacrimi, stabilitatea filmului lacrimal. În prezent, aspectele legate de fiziologia producerii lacrimilor și a filmului lacrimal la adulți au fost studiate în detaliu. A fost studiată prevalența Sindromului de ochi uscat, dezvoltată pe fundalul diferitelor patologii oftalmologice, au permis utilizarea datelor clinice și funcționale ale unor astfel de cazuri cu prezența xerozei conjunctivale corneene, după care ulterior au fost identificate și elaborate metode de tratament. Cu toate acestea, informații relevante privind dezvoltarea acestei patologii la copii putem găsi doar în rapoarte de specialitate ale autorilor străini [5,12]. În literatura disponibilă nu există informații despre indicatorii de normă ai stabilității filmului lacrimal, a reflexului și a producției principale de lacrimă în copilărie. Doar câteva lucrări sunt dedicate factorilor etiologici ai sindromului de ochi uscat la copii [3]. Frecvența apariției patologiei la copii cu diferite boli ale ochilor și ale altor sisteme de organe nu este practic investigată [3]. Pacienții cu Sindromul de ochi uscat au multiple cauze. Este important să cunoaștem și să putem defini cauzele principale și criteriile cronice de manifestare. Cunoașterea acestora permite elaborarea

măsurilor specifice de conduită și tratament a diferitor forme ale Sindromului de ochi uscat.

În Republica Moldova cercetări complexe în domeniul medicinei publice și managementului serviciului oftalmologic nu s-au efectuat din anii '80. La nivel teritorial, în condițiile Spitalului Raional Central cercetări științifice nu s-au efectuat. Lipsa cercetărilor științifice complexe, integrale, a analizei dinamicilor indicilor morbidității oftalmologice la nivel teritorial, determinarea noilor cauze a morbidității oftalmologice în aceste condiții a revoluției informaționale, determinarea măsurilor de profilaxie a noilor patologii oftalmologice la copii și la adulți au determinat necesitatea cercetărilor selective [3].

La momentul dat Sindromul de ochi uscat este abordat ca un grup de afecțiuni. Există preocupări importante pentru cercetarea fundamentală a modului în care glandele aferente produc diferite componente ale filmului lacrimal. Pe baza acestor cercetări s-au dezvoltat tehnici de colectare a lacrimilor pentru analiza lor și noi dispozitive, numite interferometre de film lacrimal pentru analiza lacrimilor. De asemenea s-a descoperit o glicoproteină specială, o moleculă combinată din zahăr-proteină, pe suprafața ochiului. Această moleculă este importantă deoarece este implicată în dispersia filmului lacrimal pe suprafața ochiului, care facilitează procesul de lubrifiere a pleoapelor pe suprafața globului ocular. Această patologie în mod tradițional asociată cu patologia oftalmologică "adultă" și, la prima vedere, are o semnificație relativ mică pentru copii.[2]

Principalele probleme cu care se confruntă oamenii de știință în studierea epidemiologiei Sindromul de ochi uscat, este lipsa testelor unice de diagnostic care ar permite cu încredere diferențierea pacienților cu și fără această patologie [2, 5, 8, 16, 20].

Cu toate acestea, în ultimii ani, factorii exogeni ai dezvoltării Sindromul de ochi uscat asociate cu realizările civilizației devin tot mai importante: utilizarea pe scară largă a calculatoarelor, a aparatelor de aer condiționat, a produselor de corecție a vederii de contact, a produselor cosmetice, etc. este acum din ce în ce mai frecventă la copii. În plus, nu trebuie ignorate alte cauze ale dezvoltării patologiei legate de cele congenitale ce afectează vederea: insuficiența funcțională a pleoapelor, patologia epitelului suprafeței oculare, unele condiții sindromice etc. Sumând datele literaturii putem evidenția o multitudine de factori etiologici ai Sindromului de ochi uscat: sindromul COMPUTER VISION, purtătorii de lentile de contact moi și

lentile de orthokeratologie, factori de mediu asociați cu particularitățile aflării copilului în interior și în exterior, instilarea medicamentelor care reduc producția de lacrimă sau sensibilitatea tactilă a suprafeței corneene, efectele intervențiilor chirurgicale asupra corneei, precum chirurgia refractivă, conjunctivei și structurilor orbitale, consecințele patologiilor (inclusiv congenitale și dobândite), traumatice (inclusiv ca urmare a intervențiilor chirurgicale), ale structurilor cerebrale cu inervație senzorială și trofică a globului ocular și / sau inervație secretoare a glandelor lacrimale, disfuncția glandelor meibomiene, blefarita meibomială, coloboame congenitale și posttraumatice ale pleoapelor, patologiile fantei palpebrale și a globului ocular (pe bază de dermoide și alte formațiuni), unele boli sistemice (artrită reumatoidă, diabet zaharat, patologii tiroidiană etc.), boli congenitale și sindroame însoțite de o scădere a producției de lacrimă (aplasi lacrimală, alacrimie congenitală, disuetonomie ereditară familială – sindromul Riley-Day, etc.

Dacă din punct de vedere patogenetic Sindromul de ochi uscat la copii este asemănător cu cel al adulților, în același timp el are aspecte specifice în ceea ce privește evoluția clinică a acestei boli. Sindromul de ochi uscat este asociat cu acuze ne semnificative ale unui copil, în combinație cu semnele obiective relativ ușoare de xeroză. Sindromul de ochi uscat la copii, poate să apară în forme clinice ușoare, moderate, severe și extrem de severe. În același timp, așa cum au arătat observațiile noastre, la majoritatea copiilor, semnele patologice clinice pentru acesta lipsesc, mascându-se cu simptome indirecte. Prin urmare, numai o analiză minuțioasă a întregului spectru de manifestări clinice de xeroză corneo-conjunctivală în combinație cu un studiu funcțional al producției și stabilității filmului lacrimal va permite unui astfel de copil să primească diagnosticul corect pentru a fi tratat în timp util.

În consecință, diagnosticul Sindromul de ochi uscat la copii este indirect, din cauza pierderii semnificative a evaluării acuzelor și a anamnesticii copilului și/sau a părinților săi. Cu toate acestea, excluderea activă a factorilor de risc pentru dezvoltarea SOU în copilărie și analiza competenței a semnelor subiective ale bolii, în timpul interviului copilului și/sau părinților săi, este primul pas în diagnosticarea xerozei conjunctivei corneene.

Orice perturbare în compoziția unuia dintre straturi poate duce la dezvoltarea Sindromul de ochi uscat. Două mecanisme majore sunt implicate în fiziopatologia ochiului uscat: inflamația și hiperosmolaritatea, care între-

țin un cerc vicios al bolii. Hiperosmolaritatea lacrimilor crește distrugerea celulelor epiteliale conjunctivale, distrugerea celulelor goblet, secretoare de mucină. La nivelul corneii activează arcul reflex neurogen inflamator cu eliberare de citokine (Fig. 1). Inflamația poate fi tratată, dar nu poate fi ușor măsurată, în timp ce hiperosmolaritatea se măsoară ușor, cu dispozitive minilab. De obicei, o scădere a stabilității FL este indicată atunci când durata de rupere nu depășește 9 s; totuși, la copii, următoarele valori ale valorilor Norn servesc ca standarde de vârstă: până la 6 ani – 8-12 s; 7-11 ani – 10-14 s și 12-18 ani – 14-17s. Valorile secreției principale de lacrimă la adulții sănătoși depășesc 10 mm / 5 min, iar la copiii cu vârstă sub 6 ani sunt de 12-18 mm; 7-11 ani – 6-11 mm și 12-18 ani – 12-17 mm. În consecință, numărul de lacrimi reflex la adulți trebuie să fie de cel puțin 5 mm, în timp ce la copiii sub 6 ani – 12-18 mm; la vârstă de 7-11 ani – 10-16 mm și peste 12 ani – 6-12 mm [3]. Cutoateacestea, “rezerva” este semnificativ mai mare decât această valoare, deoarece stimulul utilizat în probele examinate (hârta de filtru) este departe de a fi cel mai puternic.

Studiile multiple care vizează studierea patogenezei Sindromul de ochi uscat indică faptul că disfuncția glandelor meibomiene este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru dezvoltarea Sindromul de ochi uscat [2, 5, 15, 17, 20].

Rolul semnificativ în debutul și progresia Sindromul de ochi uscat are utilizarea lentilelor de contact. Lentilele de contact utilizate pe o durată îndelungată cauzează dereglări în stabilitatea Filumului lacrimal și a nutriției suprafeței corneei, care la rândul lor stimulează dezvoltarea hipoxiei cronice a țesuturilor oculare și modificarea proprietăților FL precorneale, într-un final stimulând dezvoltarea Sindromul de ochi uscat [2, 5, 15, 20].

Un rol important în dezvoltarea Sindromul de ochi uscat este acordat conservanților incluse în multe picături oftalmice, antihistaminice sistemice, preparatele antidiuretice, antidepresivele și unele medicamente hormonale [2]. Un alt factor în dezvoltarea Sindromul de ochi uscat la pacienții cu glaucom se datorează utilizării picăturilor antiglaucom (beta-blocante), care conțin conservanți [15].

Dacă printre factorii sus enumerați putem identifica cazuri unice, atunci simptomul CV, este mai frecvent întâlnit printre rândurile copiilor. Factorii de risc pentru dezvoltarea SOU includ radiațiile monitorului. Studiile impactului radiației monitorului asupra suprafeței ochiului, indică un efect pronunțat al acestui factor asupra globului ocular. Disconfortul ocu-

lar este principala problemă a operatorilor de calculator. Statisticile relevă că, aproximativ 80% din operatori au asemenea probleme, spre deosebire de funcționarii din birourile clasice, care sunt afectați numai 45%. Problemele oculare determinate de activitatea la calculator sunt tranzitorii însă este recomandabilă efectuarea unui control oftalmologic periodic, pentru a depista din timp existența unei patologii oculare latente. Cauza exactă a acestor simptome rămâne neclară, cu toate acestea, este posibil ca xeroza GO să se datoreze accentuării evaporării lacrimilor, care la rândul său este asociată cu umiditate scăzută a aerului, temperatura ridicată, viteză mare a aerului, poluare atmosferei și calitatea scăzută a aerului din interior, precum și diminuarea activităților fizice [5, 12, 15, 20].

Analiza literaturii de specialitate arată că cele mai importante instituții oftalmologice acordă o atenție considerabilă diverselor aspecte ale oftalmologiei pediatrice. Grație cercetărilor intensive și aplicării parțiale în practică a acestor rezultate, s-a obținut un oarecare succes în tratarea unui șir de boli de ochi la copii. Aplicarea celor mai recente elaborări tehnologice permit păstrarea și restaurarea vederii la un număr semnificativ de copii. În același timp, nu există studii comparative, care conțin o evaluare a diferitelor metode de tratament pentru copiii cu DR din punct de vedere al eficacității clinice și economice, posibilitatea de păstrare a funcției vizuale și de a preveni handicapul. În plus, practic lipsesc cercetări privind analiza organizării de îngrijire oftalmologică a copiilor, care trăiesc în zone rurale.

Referințe bibliografice

1. Tintiuc D., Margine L., Grejdeanu T., Lavric A. Probleme medico-sociale și de reabilitare a persoanelor cu dezabilități în Republica Moldova, p.30.
2. Ghidirmischi T., Cușnir V., Ețco C. Metode de reabilitare a persoanelor cu deficiențe de vedere moderate sau severe, p.35.
3. Guzun I. Morbiditatea oftalmologică și sindromul de ochi uscat. INFO-MED 2 (2018), p.17.
4. Бржеский В.В. Синдром «сухого глаза у детей // Избранные разделы детской клинической офтальмологии. Под ред. Е.Е.Сомова. СПб.: «Человек», 2016, с.165-189.
5. Воронцова О.А. Некоторые особенности клинического течения синдрома «сухого глаза» у детей: Автореф. дис. канд. мед.наук. СПб., 2013. 20с.
6. Бровкина А.Ф., Стешенко О..Н. , Жукова О.Д. Формирование синдрома сухого глаза у больных эндокринной офтальмопатией. In: Офтальмология, 2014, Т.11, № 4, с.25-30.
7. Ерёмченко А.И., Янченко С.В., Варлашина Е.В., Зарубина А.С., Шпилов

- В.А. Распространённость «сухого глаза» и структура заболеваемости среди жителей Краснодара. In: Всероссийская школа офтальмолога. Сб. научн. тр. М., 2007, с.330-337.
8. Еричев В.П., Амбарцумян К.Г. Консерванты и вторичный синдром сухого глаза при длительной местной медикаментозной терапии первичной открытоугольной глаукомы. In: Глаукома, 2011, № 2, с.53- 57.
 9. Казарян Э.Э. Влияние различных типов видеодисплеев компьютера (видеомониторов) на орган зрения. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2003.
 10. Луцевич Е.Э., Лабиди А. Биометрия слезного ручья как метод оценки базальной секреции слезопродукции. В сб.: Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов. М., 2005, с.190- 195.
 11. Майчук Ю.Ф., Миронкова Е.А. Классификация дисфункции мейбомиевых желез, сочетающееся с синдромом сухого глаза, патогенетические подходы к комплексной терапии. In: Клиническая офтальмология, 2007, №8 (4), с.169-172.
 12. Онищенко А.Л., Колбаско А.В., Ширина М.А. Популяционное исследование состояния слезопродукции у здоровый жителей и больных синдромом сухого глаза в Республике Алтай. In: Вестник офтальмологии, 2012, № 5, с.14-17.
 13. Полунин Г.С., Сафонова Т.Н., Полунина Е.Г. Новая клиническая классификация синдрома сухого глаза. In: Рефракционная хирургия и офтальмология, 2003, Т. 3, No 3, с. 53-60.
 14. Сафонова Т.Н. Роль функциональных методов исследования в диагностике и лечении синдрома сухого глаза. In: Вестн. офальмол., 2011, No 3, с.48-51.
 15. Янченко С.В. Синдром «сухого глаза»: заболеваемость и факторы риска у лиц пожилого возраста. In: Современные наукоёмкие технологии: Матер. конф. «Внедрение моделей интегрированных образовательных учреждений, реализующих образовательные программы различных уровней образования», 2008, № 10, с.67.
 16. Al-Faky YH. Physiological utility of ultrasound biomicroscopy in the lacrimal drainage system. In: Br J Ophthalmol., 2013, Oct. 97(10), с.1325-9.
 17. Bowman SJ, Booth DA, Platts RG, et al. UK Sjogren's Interest Group. Validation of the Sicca Symptoms Inventory for clinical studies of Sjogren's syndrome. In: J. Rheumatol., 2003, № 30, p.1259-66.
 18. Gulati A., Sulliv an R., Buring JE, et al. Validation and rep eatability of a short q uestionnaire for dry eye syndrome/. In: Am J Op hthalmol., 2006, Vol. 142, p.125- 31.
 19. The epidemiology of dry eye disease: report of the epidemiology subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). In: Ocular Surface., 2007, Vol.5, №2, p..93-107.

20. Goto E., Yaki y Matsumoto Y. Tsubota K. Impaired functional visual acuity of dry eye patients. In: Am J Ophthalmol., 2002, Vol. 133, p.181-186.

SĂNĂTATEA ȘI CANCERUL GLANDEI MAMARE LA LUCRĂTORII MEDICALI – PROBLEMĂ ACTUALĂ ȘI SOCIALĂ

Veronica Șvet, doctorand, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițnu”, Chișinău, R. Moldova
veronicashvet@gmail.com

HEALTH AND BREAST CANCER IN MEDICAL WORKERS – CURRENT AND SOCIAL PROBLEM

The article argues the problem of the health and cancer of the mammary gland in the medical workers in time of those in the oncological specialties becoming the current and social problem. Occupational risk factors, professional overload, chronic professional meaning, general and oncological morbidity, breast cancer in medical workers, early diagnosis and monitoring problems are exposed.

Medicii ocupă locul 5 în structura profesiilor care au un aspect nociv profesional, depășind chiar și lucrătorii din industria chimică. Literatura de specialitate atestă morbiditatea profesională înaltă a medicilor. Unii cercetători au demonstrat că medicii ftiziatrii și lucrătorii medicali ai Dispanserilor Ftiziopulmonologice se îmbolnăvesc de tuberculoză de 5 ori mai frecvent decât alți colegi medici. Alți savanți au efectuat o cercetare, constatînd că hepatita infecțioasă se atestă de 2 ori mai des la medici, decât la alți intelectuali [1, 17, 23]. Alți savanți au demonstrat, că medicii sînt supuși îmbolnăvirilor mai frecvent ca alții. Unii savanți au comparat morbiditatea angajaților de la calea ferată cu lucrătorii medicali și a demonstrat că medicii se îmbolnăvesc mai des de gripă cu 47%, de angină 95%, de maladii cardiovasculare de 5 ori mai frecvent, de boala hipertonică de 6 ori mai frecvent. D. H. Jbancov scria într-o lucrare de a sa, că profesia de medic este cea mai vulnerabilă din punct de vedere a sănătății dintre toți intelectualii. Această concluzie a fost confirmată și de alți cercetători [2, 3, 12].

Și cercetările contemporane efectuate de diverși specialiști în sănătatea publică și în maladii profesionale, arată că multe maladii la lucrătorii