

Introducerea programului de prevenire si combatere a cancerului pulmonar în cadrul Programului National de comatere a Cancerului (care ar include si un capitol destinat controlului si prevenirii consumului de tutun) derulat prin intermediul Institutului Oncologic din Chisinau si a centrelor medicale raionale din tara poate stimula implicarea acestora si in Programul "Fumatul si cancerul". Centrul de depistare precoce din Institutul Oncologic, centrele medicale raionale care vor catagrafia populatia care trebuie inclusa in programele de screening si vor efectua investigatiile si examenele necesare depistarii posibilelor neoplasme datorate fumatului. In cadrul acestor centre medicale se vor crea comisii de acreditare a unitatilor de screening (dotare, competente personal, proceduri de lucru, de control al calitatii) care vor compara periodic rezultatele si calitatea diferitelor centre, comisiile de acreditare vor recomanda masuri administrative si legislative privind controlul, preventia fumatului si depistarea precoce.

Concluzii

1. Incontestabil rolul medicului de familie ramâne primordial în vederea depistarii precoce a cancerului bronho-pulmonar.

2. Programul "Fumatul si cancerul"- capitol inclus în Programul National de Cancer ar elucida factorii de risc ai cancerului datorat fumatului si ar contribui benefic în depistarea precoce a cancerului pulmonar.

3. Preventia cancerului cauzat de fumat depinde în mare masura de succesul educatiei sanitare, axate pe combaterea fumatului, responsabil de 85-90% în decesele prin cancer pulmonar ca si de buna identificare a indivizilor cu risc crescut, de o metodologie optima de screening si depistare precoce, cu scopul de a reduce mortalitatea si costurile tratamentelor pe termen scurt.

Bibliografie

1. Ciuleanu T., Dediu M., Petronela Rusu, Al. Grigorescu, L.Miron, St.Curescu /Carcinoamele bronho-pulmonare: ghid de diagnostic si tratament // Radioterapie si Oncologie Medicala, V.XIII, Nr.1,2007, SRRO, Cluj Napoca. P.4-6
2. Gh.Duca, Gh.Tâbârna, Gh.Bulbuc, L.Stepanov, V.Darie, A.Clipca Combaterea fumatului – pârghe reala în profilaxia primarta a cancerului pulmonary, laringean si al cavitatii bucale// Congresul II national de oncologie/ Chisinau 2005.P.52.

EVALUAREA ACTIVITĂȚII CURATIVE A SECȚIEI BOLI INTERNE NR.1 ÎN CONDIȚIILE DE ASIGURĂRI MEDICALE OBLIGATORII PENTRU SĂNĂTATE (2004-2008)

**N. Draguța¹, S. Matcovschi¹, G. Zavatin², T. Dumitraș¹, I. Nicolenco¹, Toma V¹.,
M. Brânza¹, A. Pînzari¹**

Catedra Medicina interna N 5 USMF „Nicolae Testemitanu”¹, IMSP SCM „Sfînta Treime”²

Summary

Obligatory health insurance had a favorable impact on accessibility and improving of medical services rendering:the hospital indices have been improved, as well as the compliance doctor- patient. It became possible to make performant investigations for accomplishing correct and quick diagnostics in order to administer a proper treatment.

Rezumat

Asigurarile medicale obligatorii pentru sanatate au avut un impact favorabil asupra accesibilitatii si performantei acordarii serviciilor medicale: s-au îmbunatatit indicii spitalicesti,

de asemenea și complianța medic – pacient. A devenit posibilă realizarea unor investigații performante pentru a efectua un diagnostic corect și rapid în vederea administrării unui tratament corect.

Actualitatea temei

Sanatatea este un bun personal, care fiind corect promovat și protejat contribuie la bunăstarea colectivității umane. Instituția medico-sanitară publică - spitalul este un element cheie în sistemul medical. Odată cu avansarea realizărilor tehnologice și a managementului sanitar spitalul este într-o continuă perfecționare și modernizare a acordării serviciilor medicale populației. Astfel din momentul inițierii medicinei prin asigurare s-au deschis noi posibilități în efectuarea mai rapidă și oportună a diagnosticului și inițierea mai precoce a tratamentului corect. Reforma care s-a efectuat a dus la micșorarea numărului de paturi spitalicești. Există numeroși indicatorii care caracterizează starea de sănătate a populației printre care: indicatorii accesibilității populației la asistența sanitară, indicatorii stării de sănătate, indicatorii bilanțului vital al populației, durata medie de spitalizare a pacientului, letalitatea, letalitatea în primele 24 ore de la spitalizare etc. Concomitent cu aceasta au survenit modificări în indicatorii de activitate spitalicești. După implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală posibilitățile diagnostice și terapeutice au sporit.

Obiectivele lucrării

Evaluarea comparativă a indicilor spitalicești a activității curative a secției Boli interne nr.1 în condițiile de asigurări medicale obligatorii pentru sănătate în perioada 2004-2008.

Materiale și metode

Pentru realizarea acestui studiu s-au folosit datele statistice ale activității secției Boli interne nr.1, IMSP SCM „Sfânta Treime” pe parcursul ultimilor 5 ani (2004-2008). Pacienții internați au fost examinați și investigați conform standardelor existente și la necesitate (pacienți cu dublă afectare-respiratorie și cardiovasculară, sau triplă afectare - respiratorie, cardiovasculară și digestivă) s-au realizat și alte examinări necesare pentru a concretiza unele particularități posibile. Se efectuează investigații imunologice (testele ELISA pentru diagnosticarea *M.pneumoniae*, *C.pneumoniae*, *L.pneumophila*), bacteriologice, cercetarea imunității umorale și celulare la pacienții cu pneumonii. Investigațiile costisitoare s-au indicat și realizat la decizia consiliului medical. Pentru stabilirea diagnosticului și a diferențierii au fost efectuate examinări și explorări diverse, dintre care - teste imunologice (spectrul hormonal, probe reumatice, markerii hepatitelor virale etc), investigații funcționale și imagistice (reovazografiei, TC, RMN, ecografia etc). Au fost solicitate consultările specialiștilor din alte instituții curative pentru concretizarea diagnosticului și coordonarea tratamentului. Au fost introduse în practica investigații moderne în cadrul determinării diagnosticului și pronosticului maladiilor.

Rezultatele obținute

Analizând datele obținute se remarcă o creștere a numărului de pacienți spitalizați de la an la an. Datele sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Numărul de pacienți tratați în 2004-2008

Anul	2004	2005	2006	2007	2008
Nr. pacienți contractați	720	780	828	912	1115
Nr. pacienți tratați	799	846	937	963	1169

Astfel, analizând datele din tabel putem semnala că pe parcursul la toți cinci ani secția a deservit și tratat pacienți peste numărul contractat și anume: 2004 -111%, 2005-108%,2006-113%, 2007-106%, 2008-105%.

Tabelul 2

Indicii de activitate a secției de boli interne nr.1 pe anii 2004/ 2008

N	Indicii	2004	2005	2006	2007	2008
1	Paturi desfasurate	25	25	25	25	25
2	Zile pat reale	6630	7672	8297	9233 ↑	10252 ↑
3	Zile pat de plan la 340 de zile	8500	8500	8500	8500	8500
4	Bolnavi spitalizati	802	849	951	952	1152 ↑
5	Bolnavi transferati din alte sectii	30	28	42	79 ↑	67 ↓
6	Bolnavi transferati în alte sectii	30	36	54	42 ↓	49 ↑
	Bolnavi deserviti	800	847	937	963 ↑	1169
7	Bolnavi externati	793	838	914	966 ↑	1183
8	Decedati fara „R”	6	7	10	9 ↓	4 ↓
	Decedati cu „R”	18(12)	22(15)	35(25)	40 (31) ↑	32(28)
9	Bolnavi tratati	799	846	937	963 ↑	1169
10	Indicii de utilizare a patului	265,2	306,9	331,9	369,3 ↑	410,1 ↑
11	Rulajul patului	32,1	34,0	38,0	38,0	46,1 ↑
12	Zile pat mediu	8,3	9,1	8,8	8,3 ↑	8,6
13	Letalitatea fara „R”	0,8	0,8	1,1	0,9 ↓	0,3 ↓
	Letalitatea cu „R”	2,2	2,6	3,7	4,0 ↑	2,6 ↓
14	Procentul mobilitatii patului la 340 de zile	78,0	90,3	97,6	108,6 ↑	115,5 ↑

Analizând tabelul 2 remarcăm următoarele : o creștere a zilelor pat reale, a numărului de bolnavi spitalizati, indicii de utilizare a patului sunt în continua creștere, rulajul patului de asemenea este în creștere și procentul mobilitatii patului este de asemenea mai mare.

În secție pe parcursul anului au fost tratați pacienți de diferite categorii. Datele sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3

Distribuirea pacienților după vârstă, sex și starea socială

Vârsta	2004	2005	2006	2007	2008
	Nr. Pac (%)	Nr. Pac (%)	Nr. Pac (%)	Nr. Pac (%)	Nr. Pac (%)
Pacienți apti de munca (< 60 de ani)	391 (48,9)	344 (40,6)	401 (42,8)	460 (48)	550 (47)
Pacienți inapti de munca (> 60 de ani)	408 (51,0)	502 (59,3)	536 (57,2)	497 (51,9)	619 (53)
Total	799 (100)	846 (100)	937(100)	957(100)	1169 (100)
Femei	478 (59,8)	541 (63,9)	570 (60,8)	553 (57,8)	702 (60)
Barbati	321 (40,0)	305 (36,0)	367 (39,2)	404 (57,8)	467 (40)
Total	799 (100)	846 (100)	937(100)	957(100)	1169 (100)
Invalizi					
Gradul I	27 (3,3)	17 (2,0)	18 (1,92)	23 (2,4)	20 (10,9)
Gradul II	114 (14,2)	83 (9,8)	94 (10,3)	124 (12,9)	144(79)
Gradul III	10 (1,2)	8 (0,9)	12 (1,3)	14 (1,4)	18 (9,9)
Total	151 (18,8)	108 (12,7)	124 (13,2)	161(16,8)	182 (15,6)

Analizând distribuția pacienților după vârstă, sex și stare socială concluzionăm că, majoritatea bolnavilor tratați în ultimii cinci ani (a.a.2004-2008) au depășit vârsta de 60 ani cu 6%; continuă să predomină numărul de femei spitalizate; numărul pacienților cu capacități funcționale limitate este în ușoară descreștere. În secția Boli interne nr.1 au fost tratați pacienți din întreg municipiul Chișinău, din suburbii și republica. Bolnavii au fost spitalizați atât cu trimiteri de la agențiile medico-teritoriale, cu asistență medicală de urgență cât și adresări individuale. Se constată o creștere a spitalizărilor cu asistență medicală de urgență în stare gravă. A fost în continuare scădere spitalizările din suburbiile capitalei astfel, toți spitalizați cu urgență medicală. Adresările individuale au fost toate cu caracter de urgență medicală. Se constată o creștere graduală, marcată a spitalizărilor cu asistență medicală de urgență cu stări de urgență medicală. Acești indici caracterizează gradul de severitate a stării bolnavilor, dificultatea în realizarea unor investigații și răspunsul lent la tratamentul aplicat.

Analizând datele obținute și comparând valorile (tabelul 4) s-au constatat următoarele .

- Au fost în continuare creștere afecțiunile sistemului cardiovascular și ale aparatului respirator
- S-a redus numărul de spitalizări cu afecțiuni ale sistemelor digestiv, locomotor, renourinar.
- Numărul pacienților cu neoplasme a fost în creștere.
- Bolile infecțioase au fost într-un număr nesemnificativ (TBC și SIDA) care au fost transferați la instituțiile specializate.

Tabelul 4

Distribuția pacienților spitalizați după sistemul de organe afectat

Nr d/o	Entitate clinica	2004/ Nr. Pacienti/ %	2005/ Nr. Pacienti/%	2006/ Nr. Pacienti/%	2007/ Nr. Pacienti/%	2008/ Nr. Pacienti/%
1	Maladiile sistemului Respirator (TBC+)	225/ 28,1 (13)	290/34,2 (6)	389/ 41,5 (8)	412/42,8↑	415/ 35,5↓ (4)
2	Maladiile sistemului cardiovascular	345/43,1	384/45,3	445/ 47,5	451/46,8	625/53,5↑
3	Maladiile sistemului digestiv	99/12,3	75/8,8	45 /4,8	50/ 5,2↑	53/4,5
4	Maladiile sistemului renourinar	21/2,6	17/2,0	15/ 1,6	7/0,7↓	20/1,7
5	Maladiile sistemului locomotor	35/4,3	26/3,0	5 / 0,53	1/0,1	4/0,3
6	Maladiile oncologice	11/1,3 (7+)	12/1,4 (8+)	21/2,24	20/0,2↓	25/2,14↑
7	Maladiile infecțioase	0	1 / 0,1 (Hepatita B)	2 (SIDA) ↑/ 0.21	-	4 (SIDA) /0,3
8	Alte maladii	63/7,8	41/4,8	15/1,6	16/1,7	27/2,3
	Total	799/100	846/100	937/100	963↑/100	1169↑(100)
		799/100	846/100	937/100	963↑/100	1169↑ (100)

Au fost analizate particularitatile clinico-evolutive ale pneumoniilor comunitare în functie de agentul patogen s-a constatat ca în marea majoritate a a cazurilor pacientii au fost pozitivi la pneumococ caruia i se atribuie un rol etiologic primordial.. electiv eligibil.

Spre deosebire de alte studii, inclusiv cel local [Botnaru V.,2007], pneumococul a fost depistat semnificativ mai frecvent în cadrul pneumoniei de gravitate medie De asemenea o pondere înalta a fost pentru M. pneumoniae, C. pneumoniae, S. pyogenes în structura etiologica a pneumoniilor comunitare Pe lângă simptomele clinice criteriile clinice clasice ale debutului pneumoniilor , s-a constatat o diferenta în tabloul clinic al pneumoniilor atipice (tuse seaca, mialgii, artralгии) Pneumoniile cauzate de agenti atipici mai frecvent au avut o evolutie comparative mai severa, cu valorile proteinei C-reactive semnificativ mai crescute. Analizând rezultatele tratamentului antibacterian s-a constatat o eficienta mai înalta a ceftriaxonului la pneumoniile cauzate de S. pneumoniae, iar azitromicina –în pneumoniile cauzate de agenti atipici-

O deosebita atentie necesita pacientii care prezinta comorbiditati , în special diabetul zaharat care în ultimii ani atesta o crestere a frecventei astfel severitatea pneumoniei este în corelatie cu nivelul hiperglicemiei cu cât hiperglicemia este mai mare cu atât evolutia pneumoniei este mai severa.Modificarile patomorfologice (microangiopatia inclusive cea la nivel de tesut pulmonar) fac evoluta bolii mai anevoioasa si necesitatea unui tratament antibacterian combinat.

Indicele letalitatii este de asemenea evaluat si apreciat in cadrul activitatii curative a sectiei.

Datele sunt expuse în tabelul 5.

Tabelul 5

Letalitatea după vârstă

Nr.d/o	Vârsta pacientilor decedati	2004	2005	2006	2007	2008
		Nr. Cazuri (%)	Nr. cazuri(%)	Nr. cazuri(%)	Nr. cazuri(%)	Nr. cazuri(%)
1	20-30 ani	0 (0%)	0(0%)	0(0%)	2(5%)	1 (%)
2	31-40	0 (0%)	2 (9%)	1(2,85%)	1(2,5%)	0
3	41-50	6(33,3%)	2 (9%)	7 (20%)	3(7,5%)	2
4	51-60	2(11,1%)	5(22,7%)	6 (17,1)	13(32,5%)	5
5	61-70	5 (27,7%)	5(22,7%)	7 (20%)	7(17,5%)	10
6	Peste 70 ani	5 (27,7%)	8(36,3%)	14 (40%)	15 (37,5%)	14
	Total	18 (100%)	22(100%)	35 (100%)	40↑(100%)	32

Examinând letalitatea dupa vârsta (tabelul 5) s-au remarcat urmatoarele :

- În anul 2008 a fost în crestere numarul decedatilor cu vârste de peste 60 ani si constituie respectiv: 2008 -24, 2007-23p., **în 2006-14 cazuri, în 2005-9 cazuri, în 2004 - 8 cazuri,**
- în sectie a predominat letalitatea pacientilor peste 60 ani.

Afectiunile care au fost fatale pentru acesti pacienti fiind cardiopatie ischemica, pneumonii grave, ciroza hepatica .

Analiza letalitatii dupa sistemul de organe afectat denota ca:

- În 2008 au decedat 10p. (31%) cu afectiuni ale aparatului respirator, în usoara descrestere comparativ cu anul precedent;
- Urmeaza patologia aparatului cardiovascular - 9b. (28%), în usoara descrestere;
- decesele cauzate de maladii oncologice – 2008 -3 (9,4%), 2007- 7p. (17,5%) 2006 - 7b.(20%), 2005-1 (4,5%), 2004-1p (5,5%).

Comparația letalității după sistemul de organe afectat

Nr. d/o	Sistemul de organe	2004	2005	2006	2007	2008
1	Maladiile sistemului respirator	9(50%)	10 (45,4%)	8 (22,8%)	13↑(32,5%)	10 (31%)
2	Maladiile sistemului cardiovascular	3 (16,6%)	8 (36,3%)	14 (40%)	9↓(10%)	9(28%)
3	Maladiile sistemului digestiv	3 (16,6%)	1(4,5%)	2 (5,7%)	4 (10%)	9(28%)
4	Maladiile oncologice	1(5,5%)	1 (4,5%)	7 (20%)	7 (17,5%)	1 (3,1%)
5	Alte maladii	2 (11,1%)	2 (9,0%)	3 (8,6%)	7(17,5%)	3 (9,4%)
	Total	18 (100%)	22(100%)	35 (100%)	40↑(100%)	32(100%)

Rata letalității în primele 24 ore a fost în creștere motivele acestui fenomen pot fi multiple, desi trebuie remarcate unele din ele cum ar fi : subaprecierea stării grave a bolnavului de către rudele apropiate și bolnav, în consecință adresarea tardivă, evoluția atipică a bolii și subaprecierea simptomelor clinice de către asistenta medicală primară, și nu în ultimul rând tradiția ca bolnavii să-și sfârșească viața în afara domiciliului familial, moartea fiind “evacuata spre spital”. Acești pacienți, de regulă, sunt extrem de gravi, decompensați, anevoioși de investigați și diagnosticul nu rareori este dificil de stabilit, motiv pentru care apar divergențe de diagnostic în categoria dată de suferinzi, desi divergențele nu au influențat pronosticul. În același context, cu scopul reducerii letalității prin pneumonii comunitare, în baza analizei discriminante, au fost evaluați factori de pronostic al evoluției nefavorabile. Astfel, prezența deficitului ponderal, etilismului, afecțiunii hepatice cronice, insuficienței renale cronice, procesului pneumonic extins, hipotensiunii arteriale, conștiinței alterate și lipsa reacției febrile ridică probabilitatea evoluției nefavorabile la 73,1%, iar în lipsa tuturor acestor factori este pronosticată vindecarea - în 97,8%. Evidențierea factorilor sus-numiți permite selectarea mai corectă a sediului de îngrijire medicală (secția terapie generală, secția terapie intensivă) și a conduitei terapeutice adecvate.

Discuții și concluzii

Astfel evaluarea comparativă a indicilor spitalicești în perioada de activitate 2004-2008, a arătat și demonstrat o mai mare accesibilitate a populației la asistenta medicală spitalicească. Posibilitatea efectuării investigațiilor instrumentale performante în vederea stabilirii unui diagnostic corect și în termeni optimați. Tratatamentul pacienților în decursul anului s-a efectuat conform standardelor medico-economice primite în spital

Indicii de activitate a secției de boli interne nr.1 pe anii 2004 – 2008 semnaleză o continuă creștere a numărului de pacienți în ultimii cinci ani. Indicii activității de bază sunt satisfăcători tratamentul pacienților în decursul anului s-a efectuat conform standardelor medico-economice primite în spital

- A crescut numărul zilelor pat reale;
- Numărul de pacienți spitalizați de asemenea a crescut;
- A crescut numărul bolnavilor tratați;
- A crescut indicii de utilizare a patului;
- A scăzut numărul pacienților decedați în secție, ceea ce relevă un indice bun al secției
- A scăzut letalitatea în secție;
- Procentul mobilității patului la 340 zile fost în continuă creștere.

Cele enumerate ne permite sa afirmam ca introducerea si implementarea asigurarilor medicale produc un impact favorabil asupra morbiditatii si letalitatii populatiei.

Bibliografie selectivă

1. Botnaru V., Rusu D., Panfil L. et al. Pneumonia comunitara – actualitati clinico-evolutive. Materialele celui de al II-lea Congres de Medicina interna cu participare internationala 24-26 octombrie 2007 Chisinau, Republica Moldova, p. 177-178.
2. Etco C., Morosanu M., E. Reabov., Pîrtac V., Nichiforciuc E. Sanatatea comunitara-strategie a sistemelor nationale de sanatate publica. Analele stiintifice Ed.IX vol.2 Probleme actuale de sanatate publica ti management.chisinau 2008 p.93-99
3. Dumitras T., Matcovschi S., Baranov L., Ursachi A. Pneumoniile comunitare prin Mycoplasma pneumoniae si Chlamydia pneumoniae: unele particularitati clinico-evolutive. Anale stiintifice ale USMF „Nicolae Testemitanu”, Vol. 3A, Probleme actuale în Medicina interna. Chisinau, 2005, p. 262- 265.
4. Dumitras T., Matcovschi S., Draguta N., Capros N. Eficienta tratamentului cu ceftriaxon versus azitromicina în pneumoniile comunitare de gravitate medie. Volumul de rezumate ale Congresului II de Medicina interna cu participare internationala. Chisinau, 2007, p. 189-190.
5. Dumitras Tatiana Unele aspecte etiologice, clinico-evolutive si de tratament antibacterian in pneumoniile comunitare. Autoref. Al tezei d.s.m., Chisinau 2008
6. Matcovschi S., Dumitras T., Arsenii O. Unele aspecte etiologice ale pneumoniei comunitare la adult. Materialele Conferintei stiintifico-practice cu participare internationala Actualitati în Ftziopneumologie. Metode de limfologie clinica si reabilitare endoecologica în pneumologie, ftziologie si terapie generala. Chisinau, 2006, p. 36.
7. Talmaci Cornelia. Particularitatile clinico-evolutive ale pneumoniilor la bolnavii cu diabet zaharat. Autofer. Al tezei de d.s.m. Chisinau 2008
8. Van der Eerden M., Vlaspolder F., De Graaf C. et al. Comparison between pathogen directed antibiotic treatment and empirical broad spectrum antibiotic treatment in patients with community-acquired pneumonia: a prospective randomised study. Thorax, 2005, Vol. 60, p. 672-678.

ROLUL EXPERTIZEI MEDICALE A VITALITĂȚII ÎN PROTECȚIA SOCIALĂ ȘI RECUPERAREA PROFESIONALĂ A PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

Marina Israfilov

Consiliul Republican Expertiza Medicala a Vitalitatii

Summary

The invalidity continues to affect in big proportions the population, including the working part of it, the children and teen-agers, which represents a source of disequilibrium of the social micro groups (the family, the work, the school etc). All this makes necessary the elaboration, recommended to the person with disabilities, used for helping these persons to attend and to keep an optimal level of physical activity, intellectual, psychical and/or social. In conclusion, although there is certain progress at the level of the social politics which have created legislative, administrative and institutional premises for the implementation of the vitality medical expertise of the system reform, the practical forms are not felt yet.