

Bibliografie :

1. Abdu R.A. Ambulatory herniorrhaphy under local anaesthesia in a community hospital / R.A.Abdu // Amer.J.Surg.-1982.-Vol.145.-P.353-356.
2. Adler M.W. Changes in local clinical practice following on experiment in medical care: evaluation of evaluation / M.W.Adler // J. Epidem. Com. Health. -1978.- Vol. 32.-P. 143.
3. Balzer K. Ambulatory surgery in venous surgery / K.Balzer //Chirurg.-1991.- Vol. 62, a8. P.598-603.
4. Bodkier M. Chirurgie vasculaire ambulatoire. Une annee d'activite du Centre d'exploration et de chirurgie ambulatoire du membre inferieur / M.Bod-kier, J.C.Fevrier, J.Pujos // One Day Clinic. Newsletter Int. -1989. Vol.2.-P.3-4.
5. Burns L. Ambulatory surgery in the Unites States: Development and prospects / L.Burns, M.Ferber // J. Ambulat. Care Management. 1981.- Vol. 4.-P. 1-13.
6. D. Tentiuc, V. Savin, C. Moraru, L. Stedler // managementul asistentei medicale primare in RM // Chisinau, 2005.
7. Decaux A. Ambulatory or one day surgery: analysis of an experience in a French public hospital / A.Decaux, F.Demont, P.Legroux // J.Economic. Med.- 1991.- Vol.9.-P.17-25.
8. Ețco C. Instruirea economică a medicului în condițiile contemporane //Zilele USMF "N. Testemițanu" (21-21 octombrie, 1998).
9. Ețco C. Managementul in sistemul de sănătate. Chișinău, 2006, 864 p.
10. Mereuța I, Gherman V, Ciupercă V. Managementul

- sistemului medico – tehnic in Republica Moldova. Chișinău, 2009.
11. Алекперова Т. В. История возникновения и становления амбулаторнойхирургии / Т. В.Алекперова, А. И. Кириенко // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии.- 2001.- № 2(2).- С. 5-9.
12. Большая амбулаторная хирургия / В.В.Земляни-ков // XXI Пленум правления Всесоюз. науч. о-ва хирургов: Тез. докл. Краснодар, 1988. - С. 28-29.
13. Пути интенсификации работы хирургических отделений поликлиник крупных городов / Ю.С.Савельев, Б.Г.Апанасенко, В.А.Сторожилова и др. // Актуальные пробл. амбулаторной хирургии: Материалы Респ. науч.-практ. конф. СПб., 1992. - С. 69.
14. Рахманов Ш.М. Научное обоснование организации дневных стационаров терапевтического профиля территориально-медицинских объединений в условиях нового хозяйственного механизма: Автореф. дис. . канд.мед.наук / Ш.М.Рахманов. Л., 1991.-16с.
15. Ригард Б. Роль амбулаторной и стационарной помощи в Швеции и графстве Стокгольм/Б.Ригард, Т.Салтман/ /Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения.-М.,2002.- № 1(25).-С. 54-60.
16. Роль дневного стационара в повышении качества поликлинической помощи /А.А.Калининская, Е.Н.Полатайко, О.Ф.Лиман и др. // Сов. здравоохранение. М., 1988. - №12. - С.15-17.

Șveț Veronica, medic rezident oncolog USMF “ N. Testimițanu”, IOM,
Harștea Diana, doctorand, IOM

SĂNĂTATEA MEDICILOR ONCOLOGI ȘI ASPECTELE EI MEDICO- SOCIALE – PROBLEMĂ ACTUALĂ

Summary: The article reveals the importance and relevance of medical – social aspects of life, health and morbidity in doctors oncologists, radiotherapists, chemotherapists. The international bibliographic data regarding health status, morbidity and mortality in doctors oncologists have been studied, concluding that a complex cohort survey of oncologists from Moldova is needed.

Keywords: medical profession, oncological specialties, specific oncological professional risk factors, morbidity of oncologists, death causes.

Medicii ocupă locul 5 în structura profesiilor care au un aspect nociv profesional, depășind chiar și lucrătorii din industria chimică. În ex URSS, încă în anul 1922 a fost studiată morbiditatea profesională a medicilor.Studiul a fost complex și a vizat toate specialitățile medicale, care în mare măsură a determinat maladiile profesionale a lucrătorilor medicali. În 1925 S.M. Bogoslovshii, în urma cercetărilor efectuate, a dovedit și a argumentat că ftiziatrii și lucrătorii medicali ai Dispanserilor Ftiziopulmonologice se îmbolnăvesc de tuberculoză de 5 ori mai frecvent

decît alți colegi medici. În 1957, C. Friemberger a efectuat o cercetare, constatînd că hepatita infecțioasă se atestă de 2 ori mai des la medici, decît la alți intelectuali (1, 17, 23). El a demonstrat că (intelectualii) medicii sînt supuși îmbolnăvirilor mai frecvent ca alții. În 1958, A. G. Sarchisov a 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 medicali sunt determinate profesional. Aceasta se datorează condițiilor de muncă specifice, stării de sănătate a lucrătorilor medicali ș.a. (5, 7, 13)

Medicii oncologi sunt supuși factorilor de risc profesionali și ai procesului curativ - stres ocupațional, condiții de muncă cu un contingent de bolnavi specifici, pozițiile forțate de muncă - verticale timp îndelungat, examinarea bolnavilor în poziție specifică, intensitatea analizatorului vizual și auditiv, acțiunea produselor chimice – medicamentele citostatice și antitumorale, radiația, substanțe cancerogene. Un rol deosebit îl au și alți factori ai mediului ambiant: aerul poluat cu aerosoli de medicamente, de substanțe dezinfectante, opioizi, antibiotice, factori specifici ai sălilor de operație, de proceduri și pansamente, preparate antitumorale ce posedă o acțiune imunodepresivă, citostatică, de sensibilizare și alergice, etc. Un rol determinant îl are și mînușile chirurgicale din latex cu talc, seringile getabile, sistemele intravenoase și alte instrumente medicale. Medicii chimioterapeuți sînt supuși intoxicațiilor, maladiilor gastrointestinale, exemelor, schimbărilor hematologice, etc. (4, 6, 16)

Cercetările științifice efectuate în Federația Rusă, în regiunea Rezani, au demonstrat că la medici din grupa bărbaților de vîrsta de după 40 ani, morbiditatea este mai mare ca la alte grupe de intelectuali. Preponderent se atestă patologiile cardiovasculare, a aparatului locomotor, maladiile țesuturilor conjunctive, maladii oculare, etc.(11, 14, 19).

În Belarusia, problema sănătății medicilor a fost actualizată. În anul 2010, de tuberculoză s-au îmbolnavit 6 lucrători medicali(38, 39).

În literatura de specialitate se atestă și problema mortalității medicilor. În spitalul NHS, din Oxford, în anul 1996 s-a efectuat un studiu complex în această directivă (8, 10 18).

Studiul retrospectiv de cohortă a implicat 18358 de consultanți bărbați și 2168 – femei la spitalul NHS, angajați în perioada anilor 1962-

1979. Principalele rezultate reflectă cauza mortalității specifice în perioada anilor 1962 – 1992 pentru toți consultanți în general și separat pentru 17 grupe de specialitate, conform vîrstei, sexului și ratei mortalității ajustate la anul calendaristic, comparativ cu ratele naționale și ratele pentru toți consultanți în general (15, 27).

Pe parcursul perioadei studiate de 30 ani, s-au înregistrat 2798 de decese la vîrsta între 25 și 74 de ani, ceea ce reprezintă un număr de 2 ori mai mic decît numărul estimat în baza indicilor naționale. Indicile mortalității prin patologii cardiovasculare, cancer pulmonar, alte patologii asociate cu fumatul, diabet zaharat, s-a dovedit a fi scăzut(28, 29).

Decesele cauzate de intoxicații accidentale aveau un indice semnificativ crescut printre specialiști - consultanți bărbați, în special obstetricieni- ginecologi, cauza cea mai frecventă fiind intoxicația cu medicamente. Indicii înalți ai mortalității prin traumatism și intoxicație au fost reprezentați în special de cazurile de suicid, mai frecvent printre anesteziologi- femei. Comparînd indicele mortalității pentru diferite specialități, s-a înregistrat o mortalitate înaltă printre medicii psihiatri, cauza fiind – boala ischemică a cordului, traumatism și intoxicații; anesteziologi – ciroză; iar medicii radiologi și radioterapeuți – boli respiratorii.

La medicii psihiatri și chirurghi ORL mai des s-a înregistrat cancer de colon, comparativ cu alți specialiști, la anesteziologi - melanom, la chirurghi de profil general – cancer al vezicii urinare, la oftalmologi – cancer laringian (21, 25).

Scăderea ratei fumatului și alte comportamente benefice, precum și accesul mai bun la asistență medicală a contribuit substanțial la scăderea ratei mortalității printre specialiști. Sînt îngrijorătoare și necesită măsuri de precauție cazurile de intoxicații accidentale a specialiștilor de genul masculin și asuicidului la sexul feminin. S-a stabilit că cauzele de cancer cu diverse localizări nu au legătură cu ocupația profesională. Mortalitatea înaltă printre anesteziologi din cauza cirozei ar putea reflecta influența nocivă profesională, fapt ce justifică continuarea studiului(33, 36).

S-a estimat că, în multe țări industrializate, rata mortalității pentru reprezentanții profesiei medicale este mai mică decît cea a populației în

general. Se presupune că acest indice este influențat de statutul socio-economic privilegiat al medicilor și de cunoașterea consecințelor diferitor vicii de comportament, precum este fumatul. Există totuși, câteva aspecte ale lucrului medical care pot fi periculoase pentru sănătatea medicilor. Astfel, prezintă îngrijorare, orele îndelungate de muncă stresantă, ce caracterizează profesia de medic, în special pentru tinerii specialiști. Cei 2 indici ai mortalității medicilor prin suicid și prin intoxicații accidentale, înregistrați în datele statistice recente în Anglia, s-ar putea datora anume stresului. De asemenea, medicii ar putea fi expuși la influența nocivă cauzată de agenți infecțioși și biologi, gaze anestetice, produse chimice toxice, radiația ionizantă (24, 31). Creșterea riscului dezvoltării leucemiei la radiologi, descrisă încă în prima jumătate a secolului trecut este o dovadă a efectelor adverse provocate de expunerea profesională. Alte exemple includ efectul cancerigen și hepatotoxic al gazelor anestetice inhalate, creșterea riscului dezvoltării tumorilor maligne ale creierului la morfopatologi, deși acest lucru nu este dovedit pe deplin. La începutul anilor '70, preocupările cu privire la mortalitatea excesivă posibilă printre anesteziologi a determinat Departamentul de Sănătate și Securitate Socială, în colaborare cu Biroul pentru Recensământul Populației și Sondaje, să înființeze un studiu de cohortă ce include specialiștii din NHS. Mai multe studii au descris rata mortalității printre specialiștii radiologi, stomatologi, morfopatologi, psihiatri, anesteziologi. Cea mai mare parte dintre acestea au implicat comparații cu rata mortalității populației și majoritatea studiilor nu au inclus femei. Autorii Doll și Peto au studiat rata mortalității în dependență de specialitate, în baza unei mari cohorte, ce include medici bărbați din Marea Britanie născuți pînă în 1915, care au răspuns la un chestionar cu privire la viciul fumatului (9, 16, 32).

Studiul efectuat a calculat mortalitatea în baza unei cohorte de 20000 de medici (bărbați și femei), specialiștii spitalului NHS, dintre care 76% sînt născuți pînă în 1915, avînd ca scop compararea ratei mortalității pentru diferite specialități, pe parcursul a 30 ani (1962 – 1992) (34, 35).

Cancerul nu a cauzat mortalitate crescută printre specialiști, comparativ cu populația în general; din contra s-au semnalat rate scăzute pentru unele localizări. Cancerul pulmonar a avut cel mai mic indice pentru specialiștii bărbați și femei. Nu s-a înregistrat nici un caz de deces cauzat de cancer cervical, comparativ cu ratele naționale estimate mai înalt, însă cancerul mamar a fost la nivelul estimat (22, 30).

Comparativ cu alte specialități, psihiatrii au avut cei mai mari indici ai mortalității, cauzate în particular de boala ischemică a cordului, traumatisme și intoxicații. Mortalitatea crescută prin boli respiratorii s-a înregistrat la specialiștii radiologi și radioterapeuți, inclusiv 16 cazuri – de pneumonie (toate la vîrsta ≥ 70 ani), 10 – bronșite, 6 – BPOC, 4 - emfizeme, 1 – alveolită fibrozantă idiopatică. Chirurgii generaliști și stomatologii au avut indici scăzuți ai mortalității prin traumatism și intoxicație. 14 din 35 decese cauzate de traumatism sau intoxicație printre specialiștii psihiatri au fost atribuite suicidului (16, 29).

Spre deosebire de ceilalți specialiști, chirurgii generaliști reprezintă unica grupă de specialiști cu indice mic al mortalității prin suicid.

10 din 20 decese cauzate prin traumatism și intoxicație la specialiștii femei au reprezentat anesteziologii. Acest indice este de 3 ori mai mare decît indicele estimat pentru populația în general. 4 decese ale specialiștilor de genul feminin anesteziologi este considerat suicidul. Printre specialiștii bărbați decese prin intoxicații accidentale sînt frecvente în mai multe specialități, cel mai des – obstetricieni – ginecologi (20, 21, 32).

De asemenea, a fost studiată mortalitatea prin boli infecțioase și parazitare, boli ale sistemului nervos, patologii cardiovasculare și digestive, independent de specialitatea lor. Pentru nici o altă specialitate nu s-a înregistrat mortalitate crescută cauzată de astfel de patologii, cele mai rare fiind bolile digestive la medicii psihiatri (17, 19).

Analiza mortalității prin ciroză a demonstrat indici crescuți de 2 ori printre anesteziologi. Toate 10 cazuri de decese cauzate de ciroza erau reprezentate de medici bărbați anesteziologi. Conform certificatelor de deces, în 4 cazuri din cele 10 ciroza era de origine etilică, 1 caz – hepatită cronică, celelalte 5 cazuri – ciroza fără precizarea etiologiei (10, 13).

În general, indicii mortalității obținuți în studiul de cohortă al specialiștilor la spitalul NHS reprezintă aproximativ o jumătate din indicele estimat în baza datelor la nivel național. E bine cunoscut faptul, că în cadrul societății, persoanele care muncesc au indicii mortalității mai mic decât restul populației, iar clasa socială înaltă are cel mai mare avantaj. Se presupune că indicii mic al mortalității prin boli cardiovasculare, cancer pulmonar și alte patologii legate de fumat, este influențat benefic de faptul că în timpul angajării la lucru au fost selectate persoane sănătoase, dar și procentul scăzut al fumătorilor printre medici (25, 29).

Conform datelor statistice recente și anterioare, mortalitatea prin ciroză la specialiștii spitalului NHS a avut indice scăzut, comparativ cu indicii înalți pentru medici la nivel național (15, 17, 18).

Studiul a elucidat că mortalitatea printre medicii bărbați a fost mai mică decât pentru medicii bărbați din clasa socială înaltă. Aceste date contrazic rezultatele obținute în urma altui studiu în Finlanda, în care mortalitatea medicilor era cel puțin la același nivel cu cea a altor medici bărbați. Această diferență de rezultate poate fi explicat prin faptul că studiul efectuat se limitează la specialiștii unui spital, ce reprezintă un grup de persoane care au obținut cele mai privilegiate posturi. De asemenea, în studiu nu au fost incluși medici de familie, pentru care indicii mortalității sînt mai înalți decât la alți medici. Mortalitatea calculată în studiul efectuat a fost influențat de lipsa datelor complete cu privire la unele cazuri de deces. Aproape 98% din reprezentanții studiului de cohortă au fost monitorizați cu succes și au fost primite date referitoare la decesul persoanelor. În 4% cazuri s-au înregistrat emigrări ale medicilor specialiști (23, 28, 33).

Puține studii anterioare și-au concentrat atenția asupra femeilor medici, astfel descoperirile privind specialiști - femei, ce reprezintă 10% din actualul studiu, sînt de mare importanță. Mortalitatea prin tumori ale sistemului respirator, circulator, digestive în acest grup este semnificativ mai mică decât în populația feminină. Mortalitatea prin tumori maligne e scăzută, în special prin cancer gastric, pulmonar și cervical, care de asemenea e scăzut în cadrul clasei sociale înalte. Mortalitatea prin

cancer mamar, din contra este similară cu indicii pentru populația feminină în general, deși uneori indicii sînt măriți pentru reprezentantele clasei sociale înalte. Acest indice este contrabalansat de faptul că medicii - femei au fost diagnosticate în stadii incipiente ale bolii și au fost supuse unui tratament eficient (11, 19, 22).

Deși în general mortalitatea pentru femei a fost scăzută, excepție a constituit mortalitatea prin traumatism și intoxicație, care era de 2 ori mai frecvent. Majoritatea cazurilor reprezintă suicidul, mai ales printre anesteziologi - femei. Acești indici ai mortalității specialiștilor femei sînt comparabili cu indicii mortalității prin intoxicații accidentale printre obstetricieni - ginecologi -bărbați. În majoritatea cazurilor acești utilizau medicamente. Pare incredibil faptul că medicii consultanți au consumat medicamente din neatenție. Se presupune că acestea erau de fapt cazuri de suicid, pe care medicii responsabili de stabilizarea cauzei decesului, fiind colegi, nu le-au catalogat drept suicid, astfel în certificatele de deces este stipulate o altă cauză a decesului (10, 12, 18).

Conform datelor studiului, timp de mai multe decenii s-a înregistrat mortalitate înaltă prin suicid printre medicii de familie (2, 3).

Studiul a demonstrat nivelul înalt al stresului, anxietății și depresiei printre specialiștii spitalului NHS. Condițiile profesionale, care implică multe ore de muncă și volumul excesiv de lucru contribuie la suprasolicitarea persoanelor, cu impact asupra calității vieții. Este evident că sunt necesare măsuri eficiente de prevenire a acestor aspecte (8, 9).

La USMF " N. Testimțanu" și IOM s-a inițiat un studiu complex de cohortă a aspectelor medico-sociale a vieții și sănătății, morbidității și mortalității medicilor oncologi în Republica Moldova. Astfel în raioanele Republicii Moldova activează 34 medici oncologi. În cadrul Institutului Oncologic activează 277 total- medici, dintre care 119 medici oncologi, 15 medici hematologi, 26 medici radioterapeuți, 23 medici chimioterapeuți, în rest – alte specialități.

Am efectuat o cercetare și o analiză a incapacității temporare de muncă a colaboratorilor IO pe anii 2006 – 2007 și 2009. Este semnificativ faptul că cele mai multe zile de incapacitate au fost evidențiate la nosologiile cancer (cod. 26), tbc (cod. 02), hepatite (cod. 19), cardiace (cod.

08). Zilele de incapacitate temporară de muncă a crescut de la 2674 zile în 2006-2007, pînă la 6.476 zile în 2009 (tab. 1).

Tabelul 1

**Analiza foilor a colaboratorilor în IMSP
Institutului Oncologic**

	2006	2007
Cod. 26 cancer	1053 zile	1180 zile
Cod. 02 tuberculoză	327 zile	227 zile
Cod. 19 hepatite	748 zile	536 zile
Cod. 08 cardiace	546 zile	573 zile
Total	2674 zile	2516 zile

Medicii sunt anchetați după un Chestionar elaborat special în acest scop, care cuprinde 28 de întrebări specifice. Paralel medicii oncologi – chirurgi, chimioterapeuți, radioterapeuți și hematologi sunt intervievați la chestionarele specifice – “ Chestionarul Spilbergher”, “Chestionarul Hamelton”, și “Chestionarul Caracterologic”. În așa mod, vor fi studiate atît aspectele medico- sociale, cît și cele psihologice de personalitate a medicilor oncologici. Considerăm că problema sănătății, morbidității și mortalității medicilor oncologi este actuală și necesită un studiu complex.

Bibliografie:

- Office of Population, Censuses and Surveys. In: Drever F, ed. Occupational health. Decennial supplement. Series DS no London: HMSO, 1995.
- Ackermann-Liebrich U, Wick SM, Spuhler T. Survival of female doctors in Switzerland. *BMJ* 1991;302:959.
- Araki S, Murata K, Kumagai K, Nagasu M. Mortality of medical practitioners in Japan: social class and the “healthy worker effect”. *Aml Ind Med* 1986;10:91-9.
- Breslow N, Day N. Statistical methods in cancer research. Volume II - the design and analysis of cohort studies. Lyon: IARC, 1987. (IARC Publ Sci No 82.)
- British Medical Association. Stress and the medical profession. London: BMA, 1992.
- British Medical Association. The morbidity and mortality of the medical profession. A literature review and suggestions for future research. London: BMA, 1993.
- Bruce DL, Eide KA, Linde HW, Eckenhoff JE. Causes of death among anaesthesiologists: a 20-year survey. *Anaesthesiology* 1968;29:565-9.
- Caplan RE Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. *BMJ* 1994;309:1261-3.
- Carpenter LM. Some observations on the healthy worker effect. *BrJ Ind Med* 1987;44:289-91.
- Cohen EN, Gift HC, Brown BW, Greenfield W, Wu ML, Jones TW, et al. Occupational disease in dentistry and chronic exposure to trace anesthetic gases. *JAm Dent Assoc* 1980;101:21-31.

- Department of Health. Health and personnel social services statistics for England. London: HMSO, 1995.
- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-11.
- Doll R, Peto R. Mortality among doctors in different occupations. *BMJ* 1977;i:1433-6.
- Editorial. Occupational infection among anaesthetists. *Lancet* 1990;336:1 103.
- Guirguis SS, Pelmeur PL, Roy ML, Wong L. Health effects associated with exposure to anaesthetic gases in Ontario hospital personnel. *BrJ Ind Med* 1990;47:490-7.
- Hall A, Harrington JM, Aw TC. Mortality study of British pathologists. *Am J Ind Med* 1991;20:83-9.
- Harrington JM, Oakes D. Mortality study of British pathologists, 1974-80. *BrJ Ind Med* 1984;41: 188-9 1.
- Harrington JM. The health of anesthetists. *Anaesthesia* 1987;42: 131-2.
- Hill GB, Harvey W. The mortality of dentists. *Br Dent J* 1972;132: 179-82.
- Lew EA. Mortality experience among anesthesiologists, 1954-76. *Anesthesiology* 1979;51:195-9.
- Logue JN, Barrick MK, Jessup GL. Mortality of radiologists and pathologists in the radiation registry of physicians. *J Occup Med* 1986;28:91-9.
- Matanoski GM, Seltser R, Sartwell PE, Diamond EL, Elliott EA. The current mortality rates of radiologists and other physician specialists: deaths from all causes and from cancer. *Am J Epidemiol* 1975;101: 188-98.
- Matanoski GM, Seltser R, Sartwell PE, Diamond EL, Elliott EA. The current mortality rates of radiologists and other physician specialists: specific causes of death. *Am J Epidemiol* 1975;101:199-210.
- Neil HAW, Fairer JG, Coleman MP, Thurston A, Vessey MP. Mortality among male anesthetists in the United, Kingdom, 1957-83. *BMJ* 1987;295:360-2.
- Office of Population Censuses and Surveys. Mortality analysis system and stage m. London: OPCS. Bailar JC, Ederer F. Significance factors for the ratio of a Poisson variable to its expectation. *Biometrics* 1964;20:639-43.
- Office of Population Censuses and Surveys. Occupational mortality: the Registrar General's decennial supplement part II 1951. London: HMSO, 1958.
- Office of Population, Censuses and Surveys and International Agency for Research on Cancer. Cancer mortality by occupation and social class 1851-1971. In: Logan WPD, ed. Studies on medical and population subjects. No 44. Lyon: IARC 1982. (IARC Sci Publ No 36.)
- Rich CL, Pitts FN. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18 730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-72. *Y Clin Psychiatry* 1980;41:261-3.
- Rimpela A, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpela MK, Valkonen T. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet* 1987;i:84-6.
- Smith PG, Doll R. Mortality from cancer and all causes among British radiologists. *BrJ Radiol* 1981;54:187-94.
- Spence AA, Cohen EN, Brown BW, Knill-Jones RP, Himmelberger DU. Occupational hazards for operating room-based physicians. Analysis of data from the United States and the United Kingdom. *JAMA* 1977;238:955-9.
- Vessey MP, Nunn JF. Occupational hazards of anaesthesia. *BMJ* 1980;281:696-8.

33. Welsh Office. Health statistics Wales 1995. London: HMSO,1996.

34. Williams SV, Munford RS, Colton T, Murphy DA, Poskanzer DC. Mortality among physicians: a cohort study. Jf Chron Dis 1971;24:393-401.

35. World Health Organisation. International classification of diseases. 9th ed. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. Vol 1. Geneva: WHO 1977.

36. Коновалов О Е, Сычев М А Заболеваемость врачей старшего трудоспособного возраста и пути ее профилактики информационное письмо -Рязань,2008 -16с

37. Медико-социальное исследование заболеваемости врачей старшего трудоспособного возраста и пути ее профилактики

38. Сычев М А , Викулин С В Оценка собственного здоровья врачами старшего трудоспособного возраста // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения материалы XII Респ науч -практ конф с междунар участием -Рязань, 2007 - С 87-90

39. Черепова А.А. Медико-социальное обоснование системы охраны здоровья и труда медицинских и фармацевтических работников: автореф. дис. . канд. мед. наук / А.А. Черепова. — М., 1996. 24 с.

Mereuță Ion, Dascaluic Ion, Butucel Dumitru, Andronache Daniela ,
Șveț Veronica, Dolganiuc Nicolae

TEHNOLOGII MODERNE ÎN TRATAMENTUL COMPLEX A CHISTURILOR OSOASE

The article elucidates actual problems regarding bone cysts and defects, their incidence, clinical and therapeutic aspects, including modern technologies, such as allografting and use of biocomposite materials. Tactics of contemporary complex treatment are described, as well as practical experience of local clinics and authors. There is presented experience data from General Oncology Clinic, Institute of Oncology, SUMP " N. Testemițanu" ring 2007- 2011 years. Authors emphasize the importance and need of a complex research of bone cysts and defects, including treatment technologies.

Keywords: bone cyst, bone defect, surgical technologies of treatment, bone grafts, modern biocomponents.

Chistul osos solitar sau chistul osos esențial este considerat o distrofie osoasă, reprezentat de o cavitate în interiorul osului datorată unei hiperactivități a osteoclastelor, deși se poartă încă numeroase controverse pe tema etiopatogeniei sale. Conținutul leziunii este lichidian (4).

Apare în decadele prima și a doua de viață, cu un raport bărbat / femeie de 2 : 1 în favoarea băieților. Sunt decoperite de obicei când se produce o fractură patologică la os (60 – 70% din cazuri) sau întâmplător, cu ocazia unui examen radiografic pentru o altă afecțiune (7, 6).

Chisturile se localizează în metafiza proximală a humerusului și a femurului în 75% din cazuri, alte segmente posibil afectate fiind tibia, coastele, calcaneul sau ilionul (3).

Aspectul radiografic este tipic. Se dezvoltă în apropierea cartilajului de creștere, pe care nu îl depășește și nu afectează dezvoltarea osului. Zona de radiotransparență este ovalară, avînd axul lung paralel cu axul lung al segmentului

afectat. Distal spre diafiza, capătă forma unei cupe de ou (9, 39).

Jaffe și Liechtenstein consideră chisturile osoase care se termină la nivelul cartilajului de creștere drept chisturi active (cu potențial evolutiv), iar pe cele separate de cartilaj printr-o zonă de os sănătos drept chisturi latente (28, 42).

Chistul este delimitat de o linie opacă, fină; zona internă a corticalei poate fi erodată, dar nu întreruptă. Calcificările intralezionale nu apar în mod obișnuit (uneori se vizualizează intrachistic fragmente de corticală detașate în urma unei fracturi); nici reacția periostală nu se remarcă decît în unele cazuri după producerea fracturilor pe os patologic (26).

Atunci cînd intervine o fractură pe os patologic, periostul rămîne de obicei intact, prevenind deplasarea fragmentelor și atenuînd tabloul clinic (7, 18).

Chistul osos prezintă un risc, deoarece poate provoca o fractură de os, deoarece, din cauza