

PROBLEME DE PROFILAXIE

Disciplina de organizare sanitară (cond.: conf. M. Kolumbán), Secția de sănătate a Sfatului Popular al regiunii M.A.M. (cond.: E. Truță) și Institutul de radiologie (cond.: conf. I. Krepesz) din Tîrgu-Mureș

CONTRIBUȚII LA STUDIUL ORGANIZĂRII ACTIVITĂȚII ONCOLOGICE ÎN REGIUNEA MUREȘ-AUTONOMĂ MAGHIARA

M. Kolumbán, I. Orbán, I. I. Farkas, Z. Ambrus, I. Kozma

Ca rezultat al ridicării continue a nivelului de trai al populației din țara noastră și ca urmare a rezultatelor obținute în domeniul ocrotirii sănătății, în ultimii ani se înregistrează o serie de modificări în structura datelor de morbiditate, constatându-se o scădere simțitoare a incidenței unor boli, în special a celor cu răspândire în masă, a bolilor transmisibile, a tuberculozei etc.

O dată cu aceasta se constată o creștere considerabilă a duratei medii de viață. S-au perfecționat mijloacele de diagnostic și s-au intensificat acțiunile de depistare. În consecință a crescut importanța anumitor afecțiuni cronice degenerative, dintre care boala cancerosă prezintă o însemnătate din ce în ce mai mare. La apariția acestei situații a contribuit într-o anumită măsură și înmulțirea unor factori. cancerigeni. Așa se explică de ce, în ciuda progreselor realizate în diagnosticul și terapia bolii cancerosă, în toate țările se înregistrează creșterea morbidității și mortalității prin această afecțiune.

Tuberculoza care cu câteva decenii în urmă (1932) ocupa locul al treilea printre cauzele de deces, în 1955 nu mai ocupă decît locul al cincilea, pentru ca în 1961 să ocupe locul al șaptelea. (În R.M.A.M. locul al 11-lea). De asemenea scăderea simțitoare a mortalității prin bolile aparatului respirator, ale tubului digestiv și prin bolile transmisibile a avut drept urmare o reliefare relativă și mai evidentă a importanței mortalității prin cancer, care a urmat o cale în sens invers: în 1932 ocupa locul al 7-lea, în 1955 locul al 3, iar în mediul urban al 2-lea, poziție pe care o menține pînă în prezent.

Studiindu-se mortalitatea specifică prin tumori maligne, la noi s-a constatat că regiunea Mureș-Autonomă Maghiară ocupă al doilea loc pe țară.

În anul 1962, din numărul total de decese 17,18% au fost cauzate de tumori maligne, a doua cauză de deces ca frecvență, urmînd imediat după bolile aparatului circulator.

Gravitatea excepțională pe care o prezintă boala cancerosă în structura mortalității reclamă în mod imperios intensificarea luptei anticancerosă.

Hotărîrile Congresului al III-lea al P.M.R. trasează ca sarcină organelor ocrotirii sănătății intensificarea activității în domeniul prevenirii și combaterii acestei boli.

Cele mai avansate forme de organizare a activității oncologice se întîlnesc în U.R.S.S., unde vasta rețea oncologică de specialitate (21 de institute, 239 de dispensare, circa 2.000 de dispensare și cabinete cu peste 3.000 de oncologi) deslășoară o muncă foarte eficientă prin antrenarea tuturor cadrelor medico-sanitare.

În patria noastră, prin ordinul M.S.P.S. Nr. 1269/1961, creîndu-se rețeaua oncologică, s-au pus bazele activității anticancerosă organizate pe tot întînsul

țării. Față de situația anterioară, trebuie subliniată importanța emiterii unor instrucțiuni organizatorico-metodologice cu caracter normativ.

Colectivul Catedrei de sănătate publică de la I.M.F. Tg.-Mureș, în prima fază a studiului de față și-a propus să găsească cele mai apropiate metode prin care principiile și normativele luptei anticancerose să devină o parte organică a activității curente, zilnice a tuturor instituțiilor și cadrelor medico-sanitare.

Colectivul nostru s-a angajat ca pe lângă elaborarea, pe baza dispozițiilor centrale, a liniei de conduită privind toate aspectele organizatorice principale ale activității oncologice în mod concret și în concordanță cu situația și posibilitățile reale din regiunea noastră, să-și asume și sarcina de îndrumare și control pe teren, intervenind cu sfaturi directe sau prin intermediul Secției sanitare regionale, fie cu scrisori metodologice, fie cu circulare pentru a remedia eventualele goluri și deficiențe constatate.

Prima măsură organizatorică a fost desemnarea de „responsabili oncologi” la nivelul fiecărui raion, la policlinici (directorul) și la secțiile clinice din Tg.-Mureș.

După aceasta a urmat prelucrarea scrisorii metodologice în fața tuturor cadrelor medicale. Această prelucrare a constituit totodată un prim pas în vederea ridicării nivelului profesional în domeniul noțiunilor de oncologie.

Pentru ușurarea evidenței și urmării cazurilor, colectivul nostru a elaborat forme speciale de evidență și de declarare, punând la punct modalitatea de înțelegere reciprocă, separat pentru cazurile de cancer și pentru leziunile precancerose.

Scopul principal al instituirii sistemului preconizat constă în: a) urmărirea neîntreruptă a bolnavului și paralel cu aceasta b) dirijarea conduitei medicului în ce privește vigilența oncologică (latura etico-profesională cât și nivelul său științific în domeniul noțiunilor oncologice) pentru a asigura, a netezi și, mai ales a prescurta drumul ce duce de la stația inițială „sănătatea presupusă” sau simptome incipiente prin stațiile intermediare ale diverselor examinări, fie pasive, fie active (consultații profilactice de diferite tipuri), pînă la stația finală — aplicarea tratamentului radical.

Acest obiectiv se realizează prin:

— educația sanitară care se referă în primul rînd la cunoașterea semnalelor de alarmă și a importanței prezentării neîntîrziate la medic; prin această educație, persoanele trebuie lămurite asupra necesității de a se prezenta la examinările profilactice în masă, sau la consultații medicale individuale, cel puțin odată pe an, chiar și în absența simptomelor;

— desfășurarea cât mai largă a diferitelor forme de examinări profilactice;

— întărirea vigilenței oncologice (în sensul de mai sus);

— coordonarea activității rețelei de bază și a serviciilor de consultații și de staționar de specialitate în vederea evitării pierderii din vedere a bolnavului o dată depistat, sau suspect și pentru a împiedica risipa de timp ce poate duce la scăparea momentului oportun pentru intervenția utilă.

Acest deziderat presupune:

1. folosirea rațională a tuturor mijloacelor de investigație pentru un diagnostic precis și precoce;

2. excluderea posibilității ca bolnavii trimiși pentru precizarea diagnosticului sau pentru tratament să fie refuzați sau amînați; efectuarea promptă a examinărilor de laborator sau radiologice. În acest scop se impune extinderea rețelei de laboratoare, patologice, hormonale, a serviciilor radiologice cât și asigurarea unui fond de paturi necesar pentru bolnavii tratați;

3. respectarea recomandărilor referitoare la conduita justă a medicilor în diferite situații ce survin în procesul examinării și urmăririi bolnavilor.

Declararea obligatorie a tuturor cazurilor de cancer din regiune s-a introdus în anul 1962 cu ajutorul fișei de declarare elaborată de noi (cu aprobarea Serviciului de oncologie al M.S.P.S.), fiind, după cât știm noi, prima încercare de acest gen în țară.

În general, cadrele medicale au considerat această obligație drept o măsură necesară și bine venită. Practic, toate cazurile noi au fost declarate în cadrul serviciului de radioterapie din Tg.-Mureș care la rîndul său a anunțat medicul de circumscripție pentru a le lua în evidență și urmărirea. Structura morbidității specifice pe principalele localizări este ilustrată în fig. nr. 4.

Cu toate că în completarea fișelor de declarare se observă unele deficiențe, mai ales în ce privește termenele de prezentare, internare și de intervenție, totuși prin analiza statistică a acestora am ajuns în posesia unor date valoroase pe care pe alte căi nu le-am fi putut obține.

Făcînd abstracție de cazurile heterogene etichetate „cu alte localizări” sau cu „localizări nespecifice” (22,70%) locul cel mai important îl ocupă cancerul gastric (15,7%), urmat de cc. bronhopulmonar (14,37%), cc. pielei (11,70%), cc. colului uterin (9,20%) și cc. mamar (5,20%).

Analiza timpului trecut de la îmbolnăvire pînă la prezentare, internare, precizarea diagnosticului și efectuarea tratamentului ne permite să formulăm unele concluzii importante (fig. 1, 2, 3).

Procentul cazurilor în care aceste termene nu sînt precizate arată o tendință de creștere.

Acest fapt denotă că unii medici care completează fișa de declarare nu atribuie importanța cuvenită acestor date și la interogatoriu nu insistă în mod suficient asupra detaliilor prin care ele s-ar putea preciza, întrucît dacă această deficiență s-ar datoră dificultății sau imposibilității din partea bolnavului de a răspunde la întrebările puse, cifrele procentuale arătate mai sus ar evolua în sens invers, prezentînd valori din ce în ce mai mici.

Din analiza figurilor 1, 2 și 3 reiese procentul regretabil de mare al cazurilor cu prezentare și internare tardivă, rezultînd în același timp și faptul că uneori între internare și precizarea diagnosticului pe de o parte și efectuarea intervenției radicale pe de alta trece un interval inadmisibil de lung.

Cifrele din aceste grafice pledează în mod cît se poate de convingător pentru necesitatea intensificării propagandei educativ-sanitare în rîndurile populației, privitoare atît la cunoașterea „semnalelor de alarmă”, cît și la importanța prezentării timpurii la medic. În același timp însă ele ilustrează elocvent și necesitatea ridicării vigilenței oncologice din partea medicilor, indiferent din ce categorie fac parte. Pe lîngă aspectele prezentate aici am mai analizat morbiditatea specifică cauzată de cancer, după ocupații, mediu, sex și vîrstă.

Paralele cu studiul morbidității pe 1962 făcut cu ajutorul fișelor de declarare obligatorie, colectivul nostru a întreprins cu ajutorul unei formulări de prelucrare statistică elaborată de noi, în colaborare cu Direcția statistică regională, studiul analitic al mortalității specifice prin cancer.

Astfel la structura mortalității după localizări (fig. 8) cancerul gastric (33,30%) prezintă o greutate specifică și mai mare decît la capitolul morbidității, fiind urma

de ce. bronhopulmonar (13,77%, cc. uterin) minus cc. colului uterin; (6,40%), cc. intestinului (minus cc. rectal) (4,10%), leucemiile (3,30%), cc. sinului (3,04%). În privința greutății specifice a mortalității prin cancerul gastric (fig. 7) care pe regiune este 33,30 trebuie remarcată frecvența extraordinar de mare a acestei localizări din raionul Toplița.

Faptul că cc. colului uterin ocupă în structura morbidității locul al patrulea (9,20), iar în structura mortalității locul penultim (1,12) ne arată că această localizare a cancerului este mai accesibilă la depistare și la tratamentul activ într-o perioadă precoce. Datorită acestor împrejurări favorabile, există toate premisele *obiective* ca mortalitatea prin această localizare irecventă, să scadă la zero. De asemenea pe baza acestor considerații credem că mortalitatea prin cc. sinului (3,04%) este încă mult prea ridicată, față de posibilitățile reale de depistare într-un stadiu cât mai precoce.

Letalitatea prin cancer pe regiune este 17,18 (fig. 6), raionul Ciuc (20,86%), raionul Toplița (19,78), raionul Gheorgheni (18,80) ocupă primele locuri.

Organizarea de acțiuni profilactice.

Deși etiopatogenia cancerului nu este încă elucidată și în prezent nu dispunem de un procedeu terapeutic specific sigur, utilizabil în toate cazurile, observațiile clinice din ultimul timp ne permit să tragem concluzia că aplicarea la timp a procedeele terapeutice cunoscute asigură supraviețuirea de peste 5 ani a bolnavilor într-o proporție de 75% a cazurilor tratate.

Profilaxia cancerului trebuie urmărită pe două căi principale:

1. Calea profilaxiei igienico-sanitare, prin a) respectarea regulilor igienei individuale și colective, b) depistarea, eliminarea sau neutralizarea factorilor cancerigeni.

Inspectoratul de stat regional pentru igienă și protecția muncii a întocmit lista agenților cancerigeni industriali și profesionali pe tot cuprinsul regiunii și cu ajutorul filialei din Cluj a Institutului de Igienă și Protecția muncii, va proceda la elaborarea măsurilor necesare în vederea eliminării ori neutralizării acestor factori.

2. Calea profilaxiei clinice, cuprinde în primul rînd prevenirea, depistarea, urmărirea și tratamentul stărilor precanceroase. Importanța capitală a acestei acțiuni rezultă din faptul că deseori tumorile maligne nu apar dintr-odată ca atare, ci constituie ultima expresie a unui lanț de modificări pretumorale care evoluează într-un timp relativ îndelungat. Este, deci, firesc ca prin depistarea și lichidarea acestor stări precanceroase să avem posibilitatea de a preveni apariția neoformațiilor maligne. De aceea toate cazurile descoperite în cabinetele de specialitate sau în secțiile din staționar trebuie să fie luate în evidență, atît la acest nivel, cît și de medicul de circumscripție, sau de întreprindere prin completarea unui formular special. Observarea și urmărirea cazului prin examinări ulterioare se fac potrivit formei și gradului de gravitate pe baza hotărîrii medicului specialist, fie a) de către medicul de circumscripție care văzînd orice modificare va trimite bolnavul la serviciul de specialitate unde a fost depistat, fie b) prin rechemări regulate de către specialistul respectiv. Dacă bolnavul rechemat nu se prezintă la data fixată, medicul de circumscripție este avertizat printr-un formular special și solicitat să îndrumeze bolnavul cît mai grabnic la examenul de control. În caz de leziuni precanceroase cu malignizare obligatorie, se procedează la internarea bolnavului pentru tratament radical. Lista leziunilor precanceroase se găsește în toate cabinetele, într-un loc vizibil.

Nu trebuie să se uite că importanța ce se acordă stărilor precanceroase constituie baza profilaxiei clinice a tumorilor maligne. În afară de aceasta, profilaxia clinică se mai asigură prin depistarea și tratamentul precoce al tumorilor.

TIMPUL TRECUT DE LA APARIŢIA
PRIMELOR SIMPTOME PÂNĂ LA
PRIMA PREZENTARE LA MEDIC

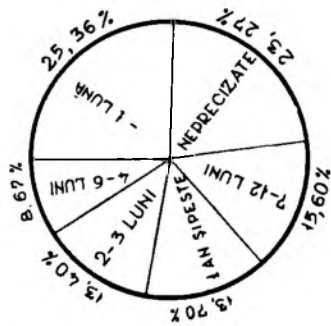


Fig. nr. 1.

TIMPUL TRECUT DE LA INTERNARE ŞI
PRECIZAREA DIAGNOSTICULUI PÂNĂ
LA EFECTUAREA TRATAMENTULUI

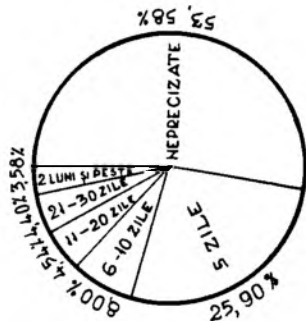


Fig. nr. 3.

TIMPUL TRECUT DE LA PREZENTAREA LA
MEDIC PÂNĂ LA INTERNARE ŞI
PRECIZAREA DIAGNOSTICULUI

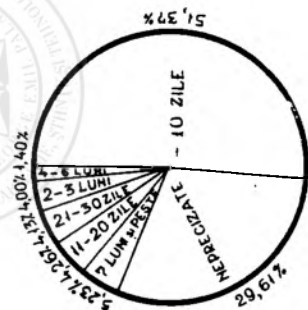


Fig. nr. 2.

STRUCTURA MORBIDITĂŢII SPECIFICE PRIN TUMORI MALIGNE
DIN R M A M DUPA LOCALIZĂRI - cob.44-59. ÎN ANUL 1962

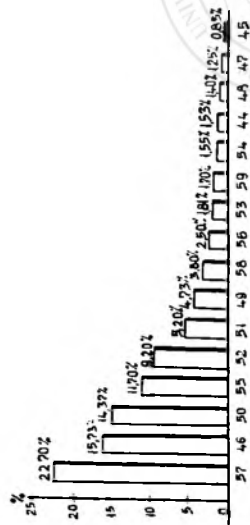


Fig. nr. 4.

PONDEREA MORTALITĂŢII PRIN TUMORI MALIGNE ÎN
RAPORT CU MORTALITATEA GENERALĂ ÎN
R M A M PE RAIOANE ÎN ANUL 1962.

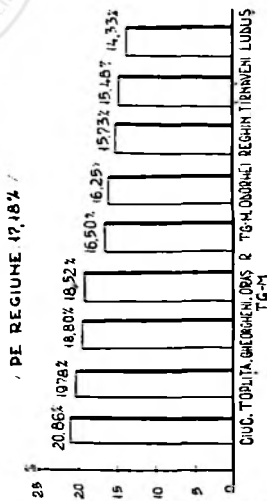


Fig. nr. 6.

STRUCTURA MORTALITĂŢII SPECIFICE ÎN R M A M PRIN
TUMORI MALIGNE DUPA LOCALIZĂRI ÎN ANUL 1962
/ COBURILE 44-59 /

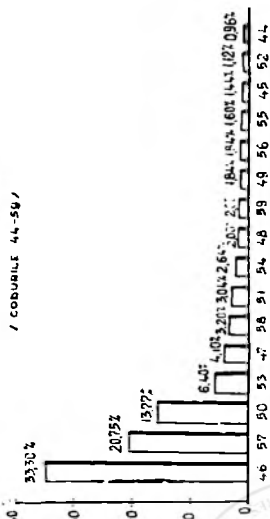


Fig. nr. 5.

PONDEREA MORTALITĂŢII PRIN CANCERUL GASTRIC
ÎN RAPORT CU MORTALITATEA SPECIFICĂ PRIN BOALA
CANCEROASĂ ÎN R M A M PE RAIOANE ÎN ANUL 1962

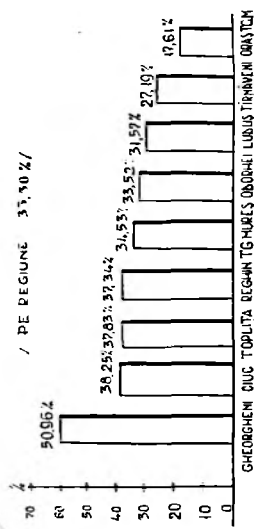


Fig. nr. 7.

În vederea realizării profilaxiei clinice s-au introdus următoarele metode:

1) *Consultațiile oncologice obligatorii* de specialitate la nivelul cabinetelor de specialitate și al secțiilor din staționare.

Importanța și metodologia acestor examinări au fost prelucrate cu toți medicii din toate rețelele de specialitate, iar cabinetelor din policlinici li s-au pus la dispoziție extrasele referitoare la specialitatea respectivă din scrisoarea metodologică a M.S.P.S. Faptul executării acestui examen trebuie să fie consemnat prin aplicarea unei ștampile speciale pe fișa personală ori pe foaia de observație clinică a bolnavului.

În urma introducerii acestei metode s-a descoperit un număr mai mare de cazuri de cancer într-o fază precoce și s-au luat în evidență foarte multe stări precanceroase care vor fi urmărite prin metoda dispensarizării. Am propus ca toate femeile de peste 25 ani internate în serviciile de staționar să fie supuse și unui examen ginecologic. La fel în cazul femeilor care se prezintă la cabinetul de întrerupere a sarcinii.

2) *Examinări profilactice de masă.*

Această metodă s-a aplicat în special în cazul colectivităților supuse unor influențe cancerigene și astfel profilaxia clinică a cancerului se îmbină cu profilaxia igienico-sanitară.

În regiunea noastră, în 1962 au fost examinate în special femeile dintr-o serie de întreprinderi din Tg.-Mureș, TiRNăveni, Luduș, Reghin și Gheorghieni și în urma acestor examinări s-au depistat și s-au luat în tratament numeroase cazuri de eroziuni ale colului uterin precum și alte afecțiuni precanceroase din sfera genitală.

Remarcăm că examinarea periodică (anuală) oncologică ginecologică — inclusiv examinarea sînilor la femeile trecute 25—30 ani — și a celor căsătorite indiferent de vîrstă — condiție sine qua non a eficienței luptei contra cancerului colului uterin și mamar, nu poate fi realizată decît prin a) instituirea unor puncte ginecologice speciale la oraș și b) prin examinarea ginecologică (cu ajutorul moașei, asistentei mamoe, etc.) a tuturor femeilor care se prezintă la consultație din circumscripțiile sanitare rurale unde în lunile de vară femeile trebuie mobilizate printr-o propagandă sanitară energetică să se prezinte la consultații ginecologice profilactice cu orar special.

Pentru succesul activității oncologice, pe lângă activitatea organelor centrale și teritoriale de specialitate este absolută nevoie de colaborarea permanentă și metodică a tuturor rețelelor generale și de alte specialități. Este îndeobște cunoscut că majoritatea covârșitoare a bolnavilor cu leziuni și simptome inițiale se prezintă pentru prima oară la medicii de circumscripție și de întreprindere.

În acest scop, în anul 1963 se trece la extinderea examinărilor obligatorii și la consultațiile din dispensarele de circumscripție și din întreprindere. Pentru buna desfășurare a acestui procedeu de o importanță capitală, colectivul nostru și-a propus să studieze o metodologie specială. În același timp, a elaborat un tip de fișă de ancheta oncologică, pentru analiza cauzelor depistării, diagnosticului și tratamentului tardiv și a trecut la studiul neconcordanțelor dintre diagnosticul clinic și cel anatomo-patologic.

Sosit la redacție: 30 aprilie 1963.