

Institutul Oncologic din București (cond.: conf. O. Costăchel)

## RIDICAREA PROFILAXIEI POSTTERAPEUTICE PRIN EVIDENȚA ȘI CONTROLUL SISTEMATIC AL BOLNAVILOR CANCEROȘI TRATAȚI

I. Negru

Problema tumorilor constituie astăzi una din marile probleme de sănătate publică, fapt pentru care, în întreaga lume, efortul luptei împotriva cancerului este în continuă creștere. Acest efort se manifestă atât în domeniul cercetărilor teoretice, cât și în domeniul organizatoric și în practica curativo-profilactică. Oamenii de știință din tot mai numeroase ramuri de activitate, organizatorii de sănătate din aparatul central și local, cadrele medicale de diverse specialități din institute, laboratoare și din rețeaua medico-sanitară, precum și cadrele auxiliare tehnice sanitare, sînt solicitate tot mai insistent să colaboreze strîns la găsirea și la aplicarea posibilităților și formelor eficiente de luptă organizată împotriva cancerului.

În momentul de față în țara noastră se creează condiții noi și multilaterale pentru combaterea organizată a tumorilor pe întreg teritoriul, conform ordinului M.S.P.S. nr. 1269/1961, care prevede o serie de măsuri organizatorice, din care amintim pe cele mai importante.

1. În cadrul policlinicilor teritoriale din orașele reședință de regiune și din principalele puncte raionale vor lua ființă *servicii de oncologie*.

2. Vor fi create secții de oncologie în cadrul spitalelor regionale, în spitalele de cronici și în spitalele nou construite etc.

3. Institutul Oncologic și filialele sale (din Cluj, Tg. Mureș, Timișoara, Iași) și vor mări capacitatea.

Noile măsuri luate de Colegiul MSPS prevăd necesitatea și utilitatea organizării unor centre, secții și servicii oncologice răspîndite pe toată suprafața țării, cuprinzînd și principalele puncte raionale. Aceste unități specializate — după exemplul organizării luptei anticanceroase din U.R.S.S. — vor contribui împreună cu rețeaua curativă generală la scăderea numărului formelor avansate de cancer în rîndul bolnavilor recent depistați (în U.R.S.S. s-a înregistrat următoarea scădere, după *E. G. Prazdnikova, L. F. Nikitina*: de la 42% în 1949 — la 23,6% în 1956).

Prezența în teritoriu a unei unități de specialitate oncologică la fel ca și educația oncologică pe care o deslășoară, atrag după sine și îmbunătățirea proporției prezentării bolnavilor canceroși în stadiu curabil. Exemplul Institutului Oncologic din București este o dovadă. Aci s-a constatat, an de an după înființarea Institutului, o îmbunătățire simțitoare a prezentării bolnavilor din teritoriu în stadiu curabil (dăm ca exemplu *graficul* evoluției prezentării bolnavilor de cancer al colului uterin în intervalul 1950—1960).

Pînă la definitivarea și aplicarea măsurilor privitoare la înființarea noilor unități de specialitate oncologică, considerăm că nu este lipsit de interes general să atragem atenția asupra unui anumit aspect, și anume asupra foloaselor profilaxiei postterapeutice în cancer și a posibilității îmbunătățirii acesteia prin folosirea curentă a tehnicii, evidenței și controlului sistematic al bolnavilor canceroși, de

către toate unitățile medicale care tratează bolnavi canceroși (și în special de către unitățile cu profil oncologic).

Experiența institutelor și centrelor de tratament oncologic de pretutindeni, demonstrează că înregistrarea și controlul sistematic al bolnavilor canceroși tratați, timp de 5—10 ani după ieșirea din tratament, ajută la consolidarea tratamentului inițial, la prevenirea trecerii bolii canceroase dintr-un stadiu mai precoce într-un stadiu mai avansat, la descoperirea și îngrijirea cu promptitudine a recidivelor bolii canceroase și a eventualelor complicații survenite. Exercițarea unui control post-terapeutic activ și sistematic consolidează vindecările și măresc durata de supraviețuire a bolnavilor canceroși chiar în stadiile avansate. În fine, printr-o lungă perioadă de observație și o bună înregistrare a evoluției stării sănătății bolnavilor tratați, orice unitate oncologică (filială, secție, serviciu de oncologie) își poate înășa și corecta diferitele mijloace și metode de tratament aplicate (în cancer eficacitatea acestora poate fi evaluată prin durata de supraviețuire a bolnavilor).

În țara noastră există o tehnică de evidență și control ulterior al bolnavilor canceroși tratați, elaborată și aplicată în Institutul Oncologic din București și filialele sale. Tehnica are la bază un număr de imprimare oncologice speciale și poate fi ușor însușită de cadrele sanitare auxiliare printr-un scurt schimb de experiență la Institutul Oncologic din București. Ea dă rezultate excelente în orice unitate medicală care îngrijește bolnavi oncologi, dacă aplicarea ei este sprijinită de șeful unității pentru a se dezvolta în condiții normale.

Fără să intrăm în cuprinsul și amănunțele tehnicii de înregistrare oncologica, ne propunem să arătăm și să subliniem aici numai condițiile necesare funcționării tehnicii de înregistrare și controlului sistematic al bolnavilor canceroși tratați, condiții care trebuie create și sprijinite efectiv de șeful unității medicale.

1. Lucrările referitoare la evidența și urmărirea bolnavilor canceroși nu pot fi satisfăcute și efectuate întâmplător, sau numai în limita timpului disponibil, de către un personal acaparat în munci de clinică, laboratoare, etc. Ele pot fi îndeplinite în bune condiții numai de *cadre pregătite și destinate special pentru astfel de lucrări*.

Din experiența Institutului Oncologic din București, rezultă că surorile de ocrotire și statisticieni medicali, puși sub îndrumarea directă a medicului cu atribuții de metodologie-organizare și documentare oncologică, pot duce în bune condiții această muncă.

O primă măsură a șefului unității oncologice trebuie să stabilească cadrele de evidență și locul lor de muncă, distinct de clinică sau de celelalte servicii, în care activitatea de înregistrare, de evidență și urmărire a bolnavilor să poată fi desfășurată în condiții normale (spațiu, mobilier, fișier, clasoare). Personalul de evidență (surorile de ocrotire, și statisticienii) își vor concentra aci programul de activitate. Locul de muncă al personalului de evidență trebuie să fie ușor accesibil bolnavilor și, pentru recunoașterea, el va fi denumit lapidar: *Evidența bolnavilor oncologici*.

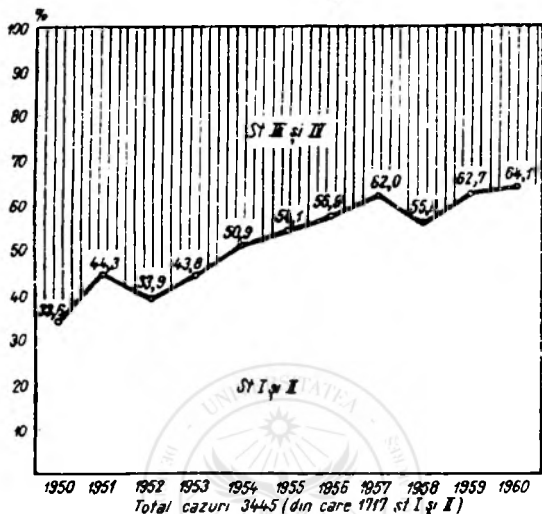
Pentru aplicarea corectă și unitară a tehnicii de evidență oncologică, este absolut necesar ca fiecare unitate medicală oncologică să folosească și să completeze imprimările oncologice tipizate de M.S.P.S. după modelele și instrucțiunile elaborate de Institutul Oncologic din București.

2. „Identitatea și datele personale”, care formează prima parte a unei foi de observație oncologice, fiind foarte prețioase pentru evidența și controlul ulterior al bolnavilor canceroși luați în tratament, ele trebuie înregistrate minuțios și precis conform declarației și actelor prezentate de bolnav.

Experiența ne-a învățat că aceasta parte din foaia de observație a bolnavului canceroș, întocmai ca și fișa întocmită la fișierul consultațiilor, nu trebuie lăsată în sarcina personalului clinicii sau laboratoarelor, ci trebuie încredințată personalului de *Evidență*, special instruit să chestioneze, să obțină și să consențeneze aceste date. Exactitatea și

acuratețea înregistrării datelor de identitate asigură că și posibilități diverse de informare asupra bolnavului chiar dacă legătura dintre dispensar și bolnav s-ar întrerupe din diverse cauze (schimbare de domiciliu, neputința de a se deplasa, tratamente în altă parte, etc.).

**PROPORȚIA STADIILOR CLINICE CURABILE FAȚA DE STADIILE CLINICE INCURABILE ALE CANCERELOR DE COL UTERIN TRATATE ÎN INSTITUTUL ONCOLOGIC BUCUREȘTI ÎN ANII 1950-1960**



Pentru ca Evidența bolnavilor oncologici să-și poată îndeplini sarcina privitoare la deschiderea foii de observație oncologică, medicul șef al unității oncologice va dispune ca nici un bolnav să nu fie luat în tratament ambulator sau în regim spitalizat, pînă nu trece pe la biroul de evidență, unde se îndeplinesc toate formele privitoare la deschiderea și completarea primei părți din foaia de observație oncologică intitulată „Identitatea și datele personale”.

Părțile sau capitolele următoare din foaia de observație, cuprinzînd aspecte medicale, se completează, în întregime de medicul curant, cu aceeași exactitate, știut fiind că toate aspectele cuprinse în foaie sînt la fel de importante pentru orientarea diagnosticului, conducerea tratamentului, cît și pentru baza oricărei metode de evidență și urmărirea ulterioară și, mai ales, pentru prelucrarea statistică și interpretarea științifică a masei bolnavilor tratați.

3. Educația sanitară a bolnavului canceros trebuie să fie stimulată și sprijinită de șeful unității oncologice. În timpul cît bolnavul se află în tratament el trebuie instruit de medic și de sora de ocrotire de la Evidență asupra necesității prezentării la examenele medicale de control postterapeutic. Cu tactul necesar, bolnavul trebuie asociat activ la urmărirea evoluției bolii după tratament, la „vigilență oncologică” față de pericolul revenirii bolii, la posibilitățile de a preveni sau a trata cu promptitudine această revenire, dacă el se prezintă la termenele periodice fixate de comun acord, sau chiar înaintea acestor termene dacă nu se simte bine.

Convîngerea bolnavilor aflați sub tratament curabil de a se prezenta cu regularitate la examenele medicale de control postterapeutic este de cea mai mare importanță,

deoarece ea are consecințe practice și ridică eficiența luptei împotriva cancerului. Bolnavii tratați cu succes vor fi preveniți asupra faptului că boala poate reveni uneori fără să fie însoțită de dureri. În special în anumite forme și localizări (piele, buze, sfera genitală) vom sublinia necesitatea vigilenței bolnavului asupra evoluției și simptomatologiei uneori înșelătoare a bolii, care poate induce în eroare și demobiliza (se cunosc numeroase cazuri de bolnavi canceroși care declară că „se simt bine”, deși procesul malign al bolii evoluează fără dureri și fără semne subiective). O anchetă făcută de Secția de metodologie și organizare a Institutului Oncologic din București, pe un număr de 527 de bolnavi canceroși tratați și neprezenți la examenele medicale postterapeutice, a scos în evidență această stare de lucruri. Din experiența noastră rezultă că munca de lămurire nu trebuie șablonată și generalizată, ci orientată după: stadiul bolii, localizare, sexul, vârsta, profesiunea, nivelul social și cultural al bolnavului.

4. Tot șefului unității oncologice îi revine datoria să pună ordine și disciplină în ce privește controlul completării foilor de observație, circulația, depunerea și păstrarea acestora.

La sfârșitul tratamentului, medicul curant va revizui și completa eventualele lipsuri din foaia de observație (diagnosticul real, data ieșirii, tratamentul aplicat, starea bolnavului la ieșire, data termenului de control sau, în cazul „abstenției”, data obținerii informației despre evoluția bolii). Răspunderea pentru ajungerea și predarea neîntârziată a foilor de observație la *Evidența bolnavilor oncologici* trebuie de asemenea bine precizată, ea putând fi încredințată medicului responsabil pe etaj, pe salon sau aparat, după situația locală.

Manipularea și păstrarea fișelor și documentelor clinice și a rezultatelor examenelor de laborator precum și urmărirea lor, în toate cazurile în care acestea circulă prin servicii, trebuie încredințate numai personalului de la *Evidența bolnavilor*. Acest personal răspunde exclusiv de integritatea fișierului și arhivei oncologice.

5. O problemă de organizare internă deosebit de importantă pentru o unitate oncologică este *programarea* și asigurarea controlului medical periodic postterapeutic al bolnavilor.

Relativ la *programarea* bolnavilor canceroși ieșiți din tratament, experiența Institutului ne arată că modul și ritmul în care se fixează termenele pot influența prezentarea sau neprezentarea anumitor categorii de bolnavi. Dacă medicii unei unități medicale oncologice duc o politică judicioasă de programare, bazată pe experiența institutelor medicale cu o activitate mai îndelungată ținând seama și de anumite realități locale (fără ca aceasta să constituie o abatere de la conduita medicală) este singur că vor putea ridica proporția prezentării bolnavilor la control.

Noi am constatat, bunăoară, că majoritatea muncitorilor agricoli nu răspund la termenele de control medical fixate în toul muncitorilor agricole. Ținând seamă de această realitate vom cere muncitorilor din agricultură (în special celor tratați în stadiu curabil) să se prezinte la control de 3—4 ori în primul an după ieșirea din tratament, indiferent de motivele pe care le-ar invoca, arătându-le în mod lămurit pericolul și frecvența revenirii bolii tocmai în primul an. Pentru anii următori, însă în cazul unei evoluții favorabile, instituția oncologică poate face concesii în perioada sezonelor cu munci agricole intense, nu însă fără a atrage atenția bolnavului să se prezinte chiar înainte de termenul convenit dacă nu se simte bine.

Rezultatele obținute prin practicarea unei programări raționale afectează deopotrivă și eficiența activității clinice și a biroului Evidenței bolnavilor. În fond, clinica este interesată să nu încerce în mod inutil activitatea aparatului de urmărire (de teren) prin chemarea bolnavilor fără rost, la intervale prea scurte, fără a se lua în considerare stadiul bolii, rezultatele tratamentului, evoluția bolii, posibilitățile de prezentare a bolnavului, etc.

O programare mai rațională a bolnavilor canceroși la controale se poate realiza într-o unitate medicală oncologică dacă colectivul de medici curanți statuează și observă un minimum de reguli. Iată câteva din aceste reguli care pot duce la o programare mai rațională și mai eficientă.

În regulă generală, toți bolnavii canceroși care au fost tratați se programează pentru examenele medicale de control (sau pentru informații, cum se va vedea mai jos).

Bolnavii care au beneficiat de un *tratament curativ* vor fi programați pentru control într-o perioadă anuită: în primul an după tratament de 3—4—6 ori în funcție de forma și localizarea bolii precum și de rezultatele terapeutice imediate; în anul al doilea de 3—4 ori; în anul al 3-lea de 2—3 ori, iar în anii următori o dată sau de două ori pe an, când nu survin bineînțeles complicații.

Ritmul acestor programări, cu intervale scurte la început (în special în cancerele mamară și cele ale colului uterin) se bazează pe observația că majoritatea recidivelor (coa 40%) apar în primul an după terminarea tratamentului.

Cancerile de piele tratate cu succes (localizare în care se obțin cele mai ridicate proporții de vindecări) pot suferi abateri de la programarea generală mai sus menționată, deoarece prezentarea acestor bolnavi poate fi suficientă o dată pe an, începând din anul al treilea.

Tot ca o regulă generală, bolnavul tratat în stadiu curabil va fi sfătuit să vină la control din proprie inițiativă, dacă nu se simte bine, chiar înaintea termenului de programare, pentru ca eventualele recidive să poată fi tratate cu promptitudine.

Bolnavii prezentați la tratament în stadii avansate, cărora li s-au aplicat *tratamente paliative* și pentru care resursele terapeutice sînt practic epuizate vor fi programați la intervale mai largi decît cei tratați în stadiu curabil. Din acest lot de bolnavi se vor chema la consultațiile instituției oncologice numai cei care locuiesc în orașul de reședință și dacă starea lor generală la ieșire permite acest lucru; bolnavii cronici ne-localnici aiași la distanță de instituția oncologică se programează (numai pentru știința biroului Evidența bolnavilor) cu mențiunea expresă „se vor culege informații prin corespondență asupra evoluției ulterioare a stării sănătății bolnavului”.

În formele și localizările mai rare, sau după anumite tratamente speciale (ex. tratamentele cu izotopi radioactivi), precum și în cazurile care prezintă un interes științific și ori de cîte ori există motive temeinice, ritmul de programare poate suferi abateri de la regulile generale, variind uneori chiar de la caz la caz.

Bolnavii tratați pentru tumori benigne sau stări precanceroase, se programează pentru control periodic numai dacă prezintă semne sau pericol de transformare malignă și numai pînă la infirmarea pericolului de malignizare.

Tot ca o regulă generală este bine ca bolnavii cronici care locuiesc la distanță de unitatea oncologică care i-a tratat sau luat în evidență ulterioară să fie îndrumați a-și face examenele de control la circumscripția medicală pe teritoriul căreia domiciliază, iar rezultatul acestor examene să-l comunice în scris la dispensar.

Bolnavii cronici care nu urmează recomandarea de mai sus cît și bolnavii tratați în stadiu curabil, care nu se mai prezintă la controalele unității medicale oncologice din diferite motive, vor fi urmăriți și sfătuiți prin corespondență asupra pericolului la care se expun. Dacă bolnavul rămîne neînțelegător și la corespondența personală ce i s-a trimis, personalul de la *Evidență* va apela la concursul organelor medicale locale sau la cele mai apropiate din teritoriu, cu rugămintea să se deplaseze la locuința bolnavului, să-l examineze și să comunice rezultatul.

În cazul bolnavilor neînțelegători aflați cu domiciliul în orașul de reședință al unității medicale oncologice, cînd orice chemare rămîne fără răspuns, sora de ocrotire din serviciul de Evidență va merge la anchetă la domiciliul bolnavului, în cadrul programului zilnic de teren. Anchetele surorilor și-au dovedit la noi eficacitatea atî: în ceea ce privește determinarea bolnavului să se prezinte la controale, cît și în ceea ce privește volumul și exactitatea informațiilor culese despre bolnavii care nu se mai pot prezenta din diferite motive.

Modalitatea actuală, care ne obligă să solicităm concursul organelor locale, prin nenumerate scrisori și ori de cîte ori bolnavul nu se prezintă la termenul de control

fixat, nu este pe deplin satisfăcătoare și ea va trebui îmbunătățită printr-un sistem general și obligatoriu de declarare, de anunțare și dirijare a bolnavilor canceroși la tratamente, la controale și îngrijiri medicale postterapeutice.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă să se culeagă informații periodice, *anuale*, asupra supraviețuirii bolnavilor canceroși tratați. Recomandarea O.M.S. urmărește omogenizarea rezultatelor, comparabilitatea duratelor de supraviețuire în cancer pe plan larg internațional.

6. Importanța măsurilor organizatorice interne arătate mai sus, având consecințe practice în primul rând pentru bolnavul însuși, apoi pentru bunul mers al activității instituției oncologice, obligă toate cadrele de unități oncologice să respecte cu strictețe dispozițiunile privitoare la deschiderea, completarea și circulația foii de observație (documentul de bază al tehnicii de evidență oncologică), la programarea și funcționarea controalelor medicale postterapeutice.

Pentru a măsura din timp în timp eficiența măsurilor organizatorice luate, medicul conducător al oricărei unități oncologice va trebuie să țină *conferințe trimestriale* cu personalul medical și personalul care lucrează la evidență. Șefului unității îi revine sarcina să planifice, să organizeze și să controleze și activitatea de la *Evidența bolnavilor oncologici*, sector vital în promovarea profilaxiei postterapeutice.

*Sosit la redacție: 18 aprilie 1961.*