

mentul medicamentos: Benzodiazepine – Lorazepam, 0,5-1 mg, la necesitate, sau de 3 ori/zi sublingual, Diazepam, 2 mg, de 3-4 ori pe zi. Morfină, 5 mg, la 4-6 ore. Dexametazonă, 8-12 mg/zi, ce echivalează 1:7 cu Prednizolon. Teofilină, 300 mg la 6 ore.

- **Stomatitele.** Virale – Aciclovir, 200 mg, de 6 ori pe zi, 5 zile. Altele: Suspensie de tetraciclină, la 6 ore – 250 mg/10 ml. Ulcerații maligne – Fluoxacină, 250-500 mg, la 6 ore, Metronidazol, 400-500, la 12 ore, sau aplicații locale. Calmarea durerii: Lidocaină 2% local, Tantum Verde – 15ml, la 4 ore, Sucralfat în suspensie, care formează pelicule protectoare, la 6 ore. Dacă sunt foarte dureroase, se administrează morfină.

- **Combaterea sângerării.** Local – presiune și rece, trombină (100-100.000 u/ml) cu adrenalină. Sângerările mari necesită tratament sistemic: Dicynone, vit. C, preparate de Ca, în trombopenii – masă trombocitară, în coagulopatii – factori plasmatici de coagulare.

- **Escarele.** Prevenirea - menținerea integrității tegumentului, păstrându-l curat și scăzând la maximum timpul de contact cu urina sau fecalele, diminuarea presiunii la nivelul proeminențelor osoase, mobilizare activă sau pasivă a pacientului, nu se fac masajе viguroase sau fricțiuni cu alcool, se evită căldura excesivă, se aplică crema hidratantă pe zonele de risc.

Tratamentul escarelor. În cazul escarelor neinfectate, toaleta plăgii se face cu soluție fiziologică sterilă. În cazul plăgilor infectate, se folosesc antiseptice și dezinfectante (soluție de rivanol 1%, Betadine), antibioticul sub formă de pulbere. Dacă există necroză, aceasta se excizează.

După trecerea succintă în revistă a metodelor de tratament simptomatic, considerăm necesară familiarizarea cu lumea paliativului, cu un accent asupra statutului psihoemoțional al pacienților incurabili și al rolului medicului ca suport moral. În opinia multor cercetători, metodele medicinei moderne presupun o implicare cât mai activă și profundă a medicului în remediarea spirituală a pacientului. S-a ajuns la o colaborare în acest sens între spitale și instituțiile religioase (biserici, moschee, sinagogi). Nu ne vom opri aici, ci vom insista asupra necesității unei informări mai adecvate a corpului medical cu privire la metodele moderne ale medicinei paliative, fapt care, în opinia noastră, va conduce indiscutabil la îmbunătățirea întregului act medical, la reducerea semnificativă a fenomenelor de frică și anxietate la pacienți față de instituțiile medicale oncologice, precum și asumarea de către medic a rolului de pilon moral pentru pacient. În țara noastră domeniul medicinei paliative este unul nou, la început de cale, dar cu perspective importante de dezvoltare.

Referințe bibliografice

1. Bottomley A. *The Cancer Patient and Quality of Life*. The Oncologist. 2002; 7(2); 120-125.
2. Woodruff R. *Palliative medicine*. Second edition. Asperula Pty Ltd, Melbourne. 1996: 3-10, 55-58.
3. Twycross R.: *Pain relief in advanced cancer*. Churchill Livingstone. 1994:111-128.
4. *Alberta Hospice Palliative Care Resource Manual*. Second edition. 2001; distribution via the Internet: 1-38.

Rezumat

„Controlul simptomelor în cancer avansat” a devenit un text de referință, prezentând personalului medical modalități prin care se oferă un grad ridicat de confort fizic și psihologic. Pentru această categorie de pacienți, la care vindecarea nu mai este posibilă, îngrijirea paliativă reprezintă modalitatea prin care se asigură confort, demnitate și o cât mai bună calitate a vieții în această ultimă fază a bolii.

Summary

The ultimate goal of palliative care is to support the dying patient and to assure best possible professional care. In the trajectory of advanced disease the perspectives are changing from goals such as quality to quality of life. The demands on physicians working with cancer patients in advanced stages include knowledge and skills in pain and symptom control as well as in effective patient and family communication. Efficient palliative care is team based and the role of well trained physicians and nurses in palliative care is fundamental.

MANAGEMENTUL TRATAMENTULUI CANCERULUI COLORECTAL (CCR) ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Victor Harbuz, medic oncolog-proctolog, categorie superioară, șef-secție municipală a CCD, IMSP Institutul Oncologic, **Ghenadie Damașcan**, Compania Națională de Asigurări în Medicină

Scopul evaluării. În structura morbidității oncologice în mun. Chișinău, ca și în Republica Moldova, cancerul colorectal (CCR) în ultimii ani deține unul din primele locuri, iar în anul 2009 s-a plasat pe primul loc. În Rusia, CCR este printre primele locuri [8, 9, 10, 13].

După datele OMS, în lume se înregistrează anual mai mult de 500 000 de cazuri de CCR. Cea mai mare morbiditate se înregistrează în SUA, Europa de Vest. În Franța anual se înregistrează peste 25 000 de bolnavi primari cu CCR. Cea mai mare pondere se înregistrează la populația cu vârsta mai mare de 60 de ani – 65-72% [1, 2, 3].

În SUA, morbiditatea la 100 000 populație la bărbați și femei constituie 49,1, în România, 12,0 [2], în Republica Moldova, 16,4 [4].

Supraviețuirea generală mai mult de 5 ani în SUA este de 65,2 % [1], în Republica Moldova (1980-1998) – 43,9 [7], 58,1 [4].

Morbiditatea după sex diferă, după evaluările efectuate în SUA – predomină nesemnificativ la bărbați [2], în Rusia, bărbații se îmbolnăvesc de 1,5 ori mai frecvent ca femeile [3], în România mai frecvent se îmbolnăvesc femeile [2].

Reieșind din cele expuse, scopul a constat în evaluarea situației acordării ajutorului medical specializat bolnavilor cu CCR și a rezultatelor tratamentului bolnavilor cu CCR în mun. Chișinău, anii 2000-2009.

Organizarea acordării ajutorului medical specializat cu patologie oncologică colorectală în mun. Chișinău

Unica instituție medicală care acordă asistență medicală specializată bolnavilor cu CCR este Secția Oncoproctologie și cabinetul oncoproctologic din IMSP IO.

În Secția Oncoproctologie se acordă asistență chirurgicală specializată, după indicație, bolnavilor postoperator li se acordă tratament radioterapic și chimioterapic.

După externare, pacienții sunt supravegheați în Cabinetul oncoproctologic din CCD a IMSP IO. În cabinet sunt luați la evidență centralizat toți bolnavii cu CCR din mun. Chișinău, inclusiv cei tratați și depistați în alte IMSP republicane și municipale.

Bolnavii tratați chirurgical și combinat radical sînt supravegheați trimestrial de către medicul oncoproctolog, cu efectuarea investigațiilor necesare pentru depistarea precoce a recidivelor locale la distanță, supravegherea pacienților aflați sub tratament paliativ. Medicul onco-proctolog hotărăște toate problemele de incapacitate temporară de muncă a pacienților și trimiterea la CMEV.

În caz de urgențe medicale (ocluzii intestinale hemoragii intestinale) – bolnavii sunt internați în IMSP a mun. Chișinău și în IMSP Spitalul Clinic Republican, unde se efectuează investigații și procedeele chirurgicale corespunzătoare – operația Hartmen, hemicolecomie pe dreapta, hemicolecomie pe stînga, colostomie biluminală ș.a.

În IMSP SCR, în Secția Proctologie, sporadic sunt operați programat și bolnavi cu CCR.

În IMSP „Sfânta Treime”, Secția Proctologie, se tratează preponderent bolnavi cu patologie colorectală neoncologică, secția participă la procesul de investigație și stabilire a diagnozei de CCR.

Ambulatoriu, la locul de trai, în procesul de diagnosticare participă medicii de familie, medicii chirurgi, medicii proctologi.

Materiale și metode. Au fost utilizate metode statistice de evaluare, metode standarde de estimare a incidenței, morbidității, în baza cazurilor primare de CCR înregistrate în mun. Chișinău în anii 2000-2009, în baza Cancer-Registrului, registrului de înregistrare a bolnavilor primari din Cabinetul oncoproctologic, fișelor medicale.

Rezultatele evaluării. În perioada evaluată, în mun. Chișinău (populația ≈ 780963) au fost luați la evidență 2288 de bolnavi primari cu CCR, dintre care cu cancer de colon – 1213 – 53,0% și cu cancer rectal – 1075 – 47,0%. În UE, în anul 2006, raportul cancerului colon /rect a constituit 1,5 [2], în SUA – 2,0 [1], în Rusia – 1,5 [3], în România – 1,2 [2], în Republica Moldova – 1,0 [4], în Chișinău – 1,1. S-a constatat că acest indice este în corelație directă cu industrializarea, cu cât țara este mai industrializată cu atât indicele este mai mare.

Cea mai mare morbiditate prin CCR se înregistrează în țările industrializate. Morbiditatea la populația urbană este mai mare ca la populația rurală (tabelul 1).

Tabelul 1

	Morbiditatea la 100 000		
	Total	Bărbați	Femei
SUA [1] [14]	49.1	56.9	42.1
Noua Zeelandă [17]	42.5	47.5	37.5
Marea Britanie [17]	46.4	56.1	36.4
Londra [17]	39.0	45.5	32.5
Ucraina [18]	36.5	-	-
Republica Moldova [7] [4]	15.8	-	-
Rusia [10] [11]	11.2	12.4	10
Africa [17]	5.0	-	-
municipiul Chișinău	29.1	32.4	26.4

După cum se vede din tabelul 1, morbiditatea prin CCR este mult mai înaltă în mun. Chișinău, decât în Republica Moldova, constituie 29.1 la 100 000 populație și corespunde tendințelor expuse de alți autori.

Morbiditatea după sex relevă o predominare a CCR la bărbați și corespunde datelor altor autori. În evaluarea efectuată s-a stabilit că CCR, în mun. Chișinău, la bărbați este de 51.9%, la femei – 48.1% (indicele b/f este 1,1); (în Rusia 1,5).

Morbiditatea în mun. Chișinău, în perioada evaluată, a crescut de la 22.7%, în anul 2000, până la 35.7 %, în anul 2009, la 100 000 populație.

În sectoarele mun. Chișinău, morbiditatea diferă și probabil este în corelație cu vârsta populației (tabelul 2).

Tabelul 2

Sectorul	Morbiditatea la 100 000 populație
Botanica	33.2
Buiucani	28.2
Centru	24.2
Ciocana	31.0
Rîșcani	30.7
C.S (centrele de sănătate)	25.6

Cea mai mare morbiditate se constată în sectoarele Botanica (33,2) și Ciocana (31,0), cea mai mică în sectorul Centru (24,4) și în CS (25,6).

Criteriile de vârstă a pacienților cu CCR. În Rusia [13] – 85% din cazurile noi depistate de CCR revin bolnavilor cu vârsta peste 55 de ani. Vârsta medie a bolnavilor cu CCR în Rusia și Armenia este de 65-68 de ani, în România [12] – incidența pe vârstă constituie până la 60 de ani – 5,87‰, după 60 de ani – 256,76‰. În România [2] – cu vârsta peste 60 de ani, ponderea bolnavilor constituie 72,8%, iar peste 50 de ani – 90%. Conform datelor Institutului național de Cancer SUA – 34,5% constituie bolnavi cu vârsta până la 54 de ani, și 64,2%, cu vârsta peste 55 de ani [1].

În RM, vârsta medie în cancerul colonului este de 55,1 ani, în cancerul anorectal – 54,9 ani [4].

În mun. Chișinău, au fost înregistrați 817 bolnavi cu CCR, cu vârsta până la 60 de ani, ceea ce constituie 35,7 %; bolnavi cu vârsta peste 60 de ani – 1471 sau 64,3%.

Dacă în anul 2000, bolnavi până la 60 de ani au fost înregistrați 35,2%, în anul 2009 – 31,1%. Peste 60 de ani, în anul 2000 – 64,5%, în 2009 – 68,9%, ceea ce corespunde cu concluziile autorilor care confirmă predominarea CCR după 60 de ani [1, 2, 3, 7].

Tratamentul bolnavilor cu CCR. Tratamentul de bază al CCR este tratamentul chirurgical, chirurgical combinat (radioterapic și chimoterapic), tratamentul paliativ, tratamentul simptomatic.

Din numărul bolnavilor luați la evidență – 2288, au fost tratați chirurgical – 1644 (71,9%) de bolnavi, dintre care în Secția Proctologie a IMSP IO au fost operați – 943, ceea ce constituie 57,4% din numărul bolnavilor operați, în alte IMSP au fost operați 701 bolnavi (42,6%).

Total bolnavi tratați chirurgical – 1644. Au fost efectuate operații radicale – 1149 (69,9%), ceea ce constituie 50,2 % din numărul bolnavilor luați la evidență și 495 (30,1%) operații paliative, ceea ce constituie 21,6% din numărul bolnavilor luați la evidență.

Prezintă interes repartizarea tratamentului chirurgical efectuat în Secția Oncoproctologie a IMSP IO, în comparație cu tratamentul chirurgical efectuat în alte IMSP.

Din numărul intervențiilor chirurgicale radicale (1149), în Secția Oncoproctologie au fost efectuate – 657, ceea ce constituie 57,2%, în alte IMSP – 492, ceea ce constituie 42,8 % (figura 1).

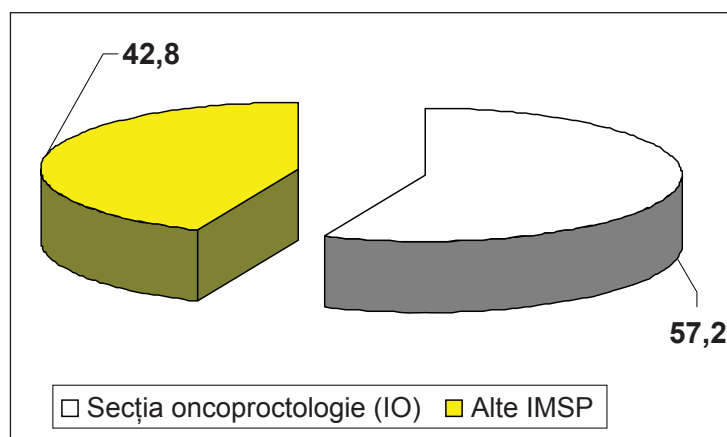


Figura 1

Tratamentul radical combinat (radioterapic sau chimioterapic, preoperator și postoperator) a fost aplicat bolnavilor operați în Secția Oncoproctologie – la 132 de bolnavi (20,1%), în alte IMSP – 126 (25,6%).

Operații paliative au fost efectuate – 495, în Secția Oncoproctologie – 286 sau 57,8%, în alte IMSP 209, sau 42,2% (figura 2). Aplicarea tratamentului combinat după operații paliative la bolnavii operați paliativ în secția oncoproctologie – 194 sau 67,8%, în alte IMSP - 110 sau 52,6%.

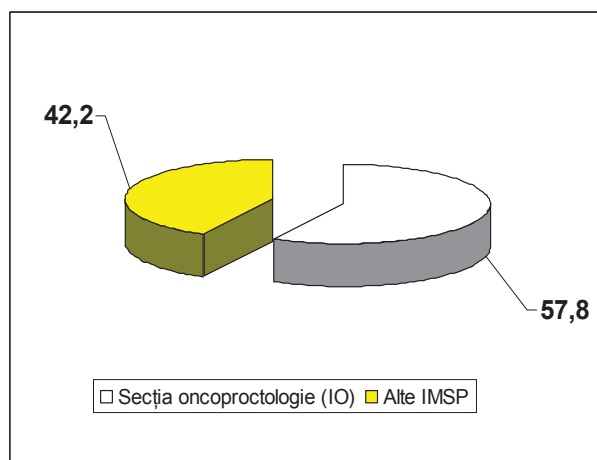


Figura 2.

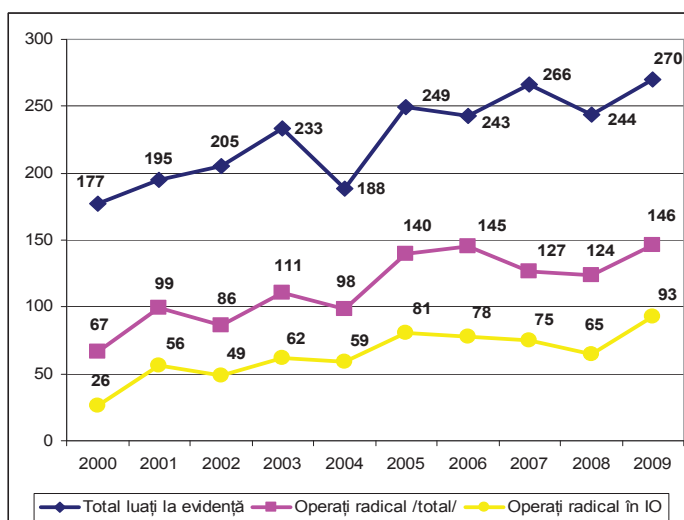


Figura 3.

Din graficele prezentate (figura 3), se constată o creștere anuală a numărului de bolnavi luați la evidență, sunt prezentate datele despre bolnavii operați radical și cei operați radical în IO, fapt ce demonstrează că în acești ani ponderea bolnavilor depistați în stadii operabile (I-III) a crescut proporțional cu numărul bolnavilor luați la evidență și nu se observă o tendință de creștere a celor operați în IO; se constată dependență totală de stadiile în care au fost depistați bolnavii cu CCR.

Din numărul bolnavilor luați la evidență în perioada evaluată - 2288, numai 1644 au fost supuși tratamentului chirurgical – ceea ce constituie 71,9%, ceilalți – 644 (28,1%) nu au primit tratament chirurgical și din start au beneficiat doar de tratament paliativ și simptomatic.

Situația privind bolnavii luați la evidență, depistați după stadii, în sectoarele mun. Chișinău este următoarea (tabelul 3)

Tabelul 3

Sectoarele	I %	II %	III %	IV %	Ponderea celor depistați în stadii operabile (I-II-III)
Botanica	3.1	21.9	41.5	33.5	66.5
Buiucani	5.1	26.6	37.9	30.5	69.6
Centru	1.7	24.9	42.8	30.6	69.4

Ciocana	4.8	26.6	29.9	38.7	61.3
Rîșcani	2.4	25.2	38.3	34.2	65.9
CS (Centrele de Sănătate)	3.4	18.9	40.8	37.0	63.1
TOTAL	3.3	23.9	39.0	33.8	66.2

În RM [8] se depistează bolnavi cu CCR st. I-II – 21% ; st. III – 54%; st. IV – 25%.

În mun. Chișinău cel mai mare procent al bolnavilor depistați în st. IV se constată în sectorul Ciocana – 38.7% și în Centrele de Sănătate (suburbii) – 37.0%.

Ponderea bolnavilor depistați în stadii în care se poate interveni chirurgical (I-III) în mun. Chișinău este de 66.2%.

Supraviețuirea de 5 ani bolnavilor cu CCR. Supraviețuirea generală de 5 ani a bolnavilor luați la evidență, în mun. Chișinău, constituie – 69,3%, în RM – 58,1 [4], 59,65 [8] [7] – 43,8%.

Supraviețuirea bolnavilor după tratament chirurgical: din 1644 de bolnavi operați, au supraviețuit 5 ani – 1232, ceea ce constituie 74,9%.

Prezintă interes supraviețuirea bolnavilor la 5 ani, operați radical – din 1149 de bolnavi operați radical, au supraviețuit 952, ceea ce constituie 82,9%.

La o evaluare mai aprofundată s-a constatat că este o diferență de supraviețuire la bolnavii operați radical în IMSP IO și în celelalte IMSP.

În IMSP IO au fost operați radical 657 de bolnavi, dintre care au supraviețuit 562 de bolnavi, ceea ce constituie – 85,5 %.

În alte instituții medicale au fost operați radical 492 de bolnavi, dintre care au supraviețuit 5 ani – 390, ceea ce constituie – 79,3%, datele corespund celor publicate de alți autori [4].

Din numărul total, luați la evidență – au decedat până la 1 an – 411 de bolnavi (17,9%). Din numărul bolnavilor decedați până la 5 ani – 702; numărul celor decedați până la 1 an constituie 58,5%, ceea ce este în corelație cu ponderea bolnavilor depistați în stadii avansate.

Verificarea morfologică a cancerului colorectal la bolnavii luați la evidență. Din numărul bolnavilor luați la evidență cu CCR, diagnoza a fost verificată morfologic în 1912 cazuri, ceea ce constituie 83,7%.

Concluzii:

1. Există o tendință de creștere a morbidității cancerului colorectal în ultima perioadă. Cancerul colorectal se situează pe primul loc între neoplaziile digestive și în ultimii ani, per global (I-II-III), mun. Chișinău se situează cu valori peste medie pe republică.

2. Incidența CCR nu este în relație semnificativă statistic cu sexul pacienților; grupa de vârstă cel mai des afectată este peste 60 de ani.

3. Morbiditatea cu CCR în mun. Chișinău este de 29,1 la 100 000 populație și este de 1,8 ori mai mare ca morbiditate în Republica Moldova – 16,4 și confirmă concluzia că CCR este mai frecvent înregistrată la populația urbană și în țările industrializate.

4. Din numărul bolnavilor luați la evidență au fost operați 71,9%. În 28,1% cazuri bolnavii din start au fost tratați paliativ și simptomatic.

5. Din numărul bolnavilor luați la evidență au fost tratați radical numai 50,2%.

6. Din numărul bolnavilor tratați radical chirurgical, 57,4% au fost operați în Secția Oncoproctologie și 42,6%, în alte IMSP.

7. În perioada evaluată a crescut semnificativ numărul bolnavilor luați la evidență anual. A crescut și numărul bolnavilor tratați radical, dar în corelație directă cu numărul bolnavilor luați la evidență și nu este o tendință de creștere comparativă a bolnavilor tratați radical.

8. Ponderea bolnavilor depistați în st. I-III, când se poate efectua tratamentul radical chirurgical, în mun. Chișinău este de 66,2%.

9. Supraviețuirea generală de 5 ani a bolnavilor luați la evidență în mun. Chișinău constituie 69,3% și este mai înaltă decât în Republica Moldova.

10. Supraviețuirea de 5 ani a bolnavilor operați radical constituie – 82,9% a celor operați în Secția Oncoproctologie – 85,5%, a celor operați în alte IMSP – 79,3%.

11. Din numărul bolnavilor luați la evidență au decedat până la 1 an – 17,9%, iar din numărul celor decedați până la 5 ani – 58,5 %, ceea ce este în corelație directă cu ponderea bolnavilor luați la evidență în stadii avansate.

12. Verificarea morfologică a CCR a fost efectuată în 1912 cazuri, de la 2288 de bolnavi, ceea ce constituie 83,7%.

Referințe bibliografice

1. Institutul Național de Cancer SUA, www.cancer.gov.
2. Mircea Ioan, Studiu clinico-experimental cu privire la cancerul colorectal. Teza de doctorat. Oradea, 2008, România.
3. Dispensarul Oncologic al Regiunii Leningrad, Rusia (www.Lood.ru).
4. S. Coșciug, P. Rusu, M. Ciobanu, N. Pînzaru, S. Ștepa, N. Belev, G. Clecicov, L. Gîrleanu, I. Breneșter, A. Kîrov, V. Harbuz, M. Gabunia. Situația asistenței oncoproctologice în Republica Moldova la momentul actual. Institutul Oncologic din Moldova. I Congres național de Oncologie. Chișinău 2000.
5. D. Sofroni, V. Cernat, Gh. Țîbîrnă, N. Godoroja. „Aspecte ale asistenței medicale consultative oncologic acordate populației în RM. Institutul Oncologic. Congresul II Național de Oncologie Chișinău 2005.
6. „Morbiditatea Oncologică în mun. Chișinău” V. Cernat, V. Harbuz, V. Ciuvașev, M. Gabunia, Institutul Oncologic din Moldova, Chișinău. Congresul II național de Oncologie Chișinău 2005.
7. Gh. Țîbîrnă, N. Ghidirim, D. Sofroni, Combaterea Cancerului. Chișinău, 2000.
8. L. Gîrleanu, P. Rusu, M. Gabunia, A. Chirov, V. Harbuz. Actualități în diagnosticul și tratamentul contemporan al tumorilor organelor reproductive la femei. Rezultatele Tratatului cancerului colorectal în RM. Simpozion Național, Chișinău, 2008.
9. Ю.Л. Барецков, Колоректальный рак [http // ronc.ru/ 3744](http://ronc.ru/3744) – Российский Онкологический Научный Центр.
10. С.Л. Алиев, Э.С. Алиев. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность// Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2007, N 4, том 168.
11. А.А. Дежин. Свердловский областной онкологический диспансер. Колоректальный рак. www.ural.onco.ru.
12. Ю.М. Тимофесв. Колоректальный рак – современные аспекты диагностики и лечения// Medlinks.ru.
13. Carmen Tarași, Diagnosticul precoce în cancerul colorectal. Teză de doctor, Universitatea de Medicină și Farmacie, „Gr.T. Popa”, Iași, conducător, prof dr. Carol Stenciu, 2009.
14. Аксель Е.М., Давыдов М.И. Статистика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в России и стран СНГ в 2000 году.//г. Москва, РОНЦ им. «Н.Н.Блохина», РАМН, 2002, стр. 85-106.
15. American Cancer for Digestive Central and Prevention national Program of Cancer Registries (NPCR) United States Cancer Statistics (USCS).
16. American Cancer Society for Colorectal Cancer, What are the Key statistics 18.05.2009.
17. Marcel Țanțan „Cancerul colorectal” 2006. [www.serbd.com/doc/ 16894894](http://www.serbd.com/doc/16894894).
18. U.C. „Statisticile medicale în Marea Britanie – 2006.

Rezumat

Cancerul colorectal atestă primul loc în morbiditatea oncologică în mun. Chișinău și în Republica Moldova. A fost efectuată evaluarea rezultatelor tratamentului CCR în mun. Chișinău, cu o populație medie de 780963, în perioada anilor 2000-2009. Morbiditatea cu CCR în mun. Chișinău este de 29,1 la 100 000 populație și este de 1,8 ori mai mare ca morbiditate în Republica Moldova – 16,4, confirmând concluzia că CCR este mai frecvent înregistrată la populația urbană și în țările industrializate. Din numărul bolnavilor luați la evidență, au fost operați 71,9%, în 28,1% din cazuri bolnavii au primit numai tratament paliativ și simptomatic. Din numărul bolnavilor luați la evidență, au fost tratați radical numai 50,2%. Din numărul bolnavilor tratați radical chirurgical, 57,4 % au fost operați în Secția Oncoproctologie și 42,6%, în alte IMSP. Ponderea bolnavilor depistați în st. I-III, când se poate efectua tratamentul chirurgical, în mun. Chișinău este de 66,2%. Supraviețuirea generală de 5 ani a bolnavilor luați la evidență în mun. Chișinău constituie 69,3% și este mai înaltă decât în Republica Moldova. Supraviețuirea de 5 ani a bolnavilor operați radical constituie – 82,95, a celor operați în Secția Oncoproctologie – 85,5, a celor operați în alte IMSP – 79,3%. Din numărul bolnavilor luați la evidență au decedat până la 1 an – 17,9%, iar din numărul celor decedați până la 5 ani – 58,5 %, ceea ce este în corelație directă cu ponderea bolnavilor luați la evidență în stadii avansate. Verificarea morfologică a CCR a fost efectuată în 1912 cazuri, din 2288 de pacienți, ceea ce constituie 83,7%.

Summary

Colorectal cancer morbidity ranks first in Chisinau in Moldova. The results of colorectal cancer treatment of were estimated in Chisinau, with an average population of 780,963, during the years 2000-2009. Incidence of colorectal cancer in Chisinau is 29.1 to 100 000 people and it accounts for 1.8 times in the morbidity in the Republic of Moldova - 16.4, confirming the conclusion that RCC is most frequently recorded in urban and industrialized countries.