

Avem nevoie de Școala Părinților?

**Camelia Damaschin¹,
Carmen Bălăsoiu²**

¹. asistent-șef
Secția
Obstetrică-Ginecologie III
a Spitalului Universitar
de Urgență București
². asistent-șef
Secția Neonatologie
a Spitalului Universitar
de Urgență București

Abstract

Education for giving birth encourages the parents taking decisions being well informed. The Parent's Guidance School plays the role to ensure trust and knowledge to the parents, helping them managing their fears. Throughout the four modules the parents will be informed about the specializations and the facilities of the Emergency University Hospital's Maternity, and will receive all the informations they need about tests which should be done during pregnancy, investigations, fetal intrauterine development, signs of labour induction (which indicate attending the emergency room and informing the physician), spontaneous birth, perinatal analgesy, Cesarean section, and also childbed and newborn care.

Keywords: birth, labour, mother, newborn

Rezumat

Educația pentru naștere încurajează părinții să facă alegeri informate. Școala Părinților are rolul de a dăruia părinților încredere, cunoaștere, ajută la gestionarea temerilor. Pe parcursul celor patru module, părinții primesc informații despre specializările și dotările maternității SUUB, analize, investigații, dezvoltarea intrauterină a fătului, semnele care anunță nașterea, semnele care indică anunțarea de urgență a medicului curant sau prezentarea de urgență la camera de gardă, nașterea spontană cu sau fără analgezie, nașterea prin operație cezariană, lehuzia, îngrijirea nou-născutului.

Cuvinte-cheie: naștere, travaliu, mamă, nou-născut

Pe lângă miracolul de a simți în corpul ei un nou suflet, mama vrea să știe totul legat de maternitate. Uneori, mama este uluită sau înspăimântată de viața din pântecul ei, interesul ei principal fiind binele copilului și dorește mai mult control emoțional, are nevoie de cunoaștere. Mama vrea să-și cunoască copilul încă din viața intrauterină, să se cunoască pe ea ca mamă, trăirile ei și întrebările ei să aibă un răspuns. La Școala Părinților SUUB, nu punem accentul pe obstetrică, de acest aspect ocupându-se medicul obstetrician. Conceptul este de a dăruia părinților cunoaștere, încredere, gestionarea temerilor, multe legitime, care umbresc bucuria maternității. Educația pentru naștere încurajează părinții să facă alegeri informate. Mămicile sunt foarte interesate de locul unde vor naște, decizia prin care aleg o maternitate fiind influențată de specializările și dotările necesare pentru ea și copil în caz de complicații la naștere.

La prima întâlnire oferim câteva date despre Maternitatea SUUB, care se află într-un spital multidisciplinar, vizităm sălile de naștere, sălile de travaliu, camerele pentru lehuze în sistem rooming-in. Pe parcursul sarcinii, gravidele beneficiază și de serviciul internării de zi, serviciu specializat în monitorizarea materno-fetală (ecografii, analize, monitorizări fetale). Pacientele cu sarcini gestaționale mici, cu risc de naștere prematură, sunt internate în Clinica Obstetrică-Ginecologie. Nou-născuții prematuri beneficiază de un compartiment separat, de care se ocupă o echipă de medici și asistente de neonatologie specializați în prematuritate, dotările fiind de ultima generație.

Primul modul cuprinde date despre dezvoltarea fătului în viața intrauterină, dezvoltarea organelor și apariția simțurilor, descrise pe trimestre de sarcină. După săptămâna 28 putem efectua testul non-stres, test neinvaziv, ce stabilește legătura dintre modificările BCF și mișcările active fetale.

Durerea asociată nașterii este un mister ce trebuie dezvoltat înainte de a ajunge în sala de nașteri. Nașterea

necesită o participare activă din partea gravidei, încurajăm folosirea metodelor de sprijin în travaliu, de la tehnici de respirație, masaj, mingi de naștere la suport moral din partea soțului, care poate fi prezent în sala de travaliu și la naștere. Informăm viitoarele mămici despre semnele care anunță nașterea, cum ar fi pierderea dopului gelatinos, disconfort în abdomenul inferior, fisurarea sau ruperea membranelor, apariția contracțiilor neregulate de intensitate variabilă. Mămicile primesc informații și despre semnele pentru care trebuie să anunțe urgent medicul curant și să se prezinte la camera de gardă, cum ar fi: sângerare vaginală, schimbări în activitatea fetală, lipsa mișcărilor fetale, febră, dureri de cap, amețeli, edeme. Menționăm actele necesare pentru internare, dosarul cu analize, ecografii, date despre evoluția sarcinii. Explicăm termenii medicali folosiți în travaliu, cum ar fi prezentație, poziție, angajare, BCF - valorile normale (120-160 b/min) CUD, (membrane intacte/rupte, lichid amniotic). Gravidele primesc informații despre nașterea naturală și ce înseamnă un travaliu. Nașterea reprezentând totalitatea fenomenelor mecanice active și pasive fiziologice, care duc la expulzia fătului și anexelor sale în afara căilor genitale. Fenomenele active fiind contracțiile uterine care pe perioada travaliului au o anumită frecvență, durată, ritmicitate, intensitate și contracțiile musculaturii abdominale; cele pasive sunt definitivarea formării segmentului inferior, scurtarea și ștergerea colului, dilatația colului, formarea pungii apelor și ruperea membranelor, coborârea fătului prin canalul genital. Mecanismul travaliului este descris (angajarea, coborârea, flexia, rotația internă, extensia, rotația externă) și exemplificat cu ajutorul materialelor didactice.

Teama de durere ne determină să discutăm cum primim, ce sunt contracțiile uterine dureroase și importanța lor. Durerea asociată nașterii este diferită, deoarece este limitată în timp și caracterizată de un



început și un sfârșit relativ bine determinat. Durerea din travaliu este graduală, începe moderat, iar în timp ce dilatația se mărește, se intensifică. Pe parcursul travaliului se supraveghează traseul CTG, urmărirea ritmului de bază al cordului fetal, a variațiilor acestui ritm și modificările apărute după contracții și mișcări fetale. Explicăm importanța screamatului în expulzie. Colaborarea și înțelegerea de a te comporta firesc în timpul travaliului și a expulziei fiind benefice atât mamei, cât și copilului. O mare parte din paciente doresc analgezie la naștere, motiv pentru care avem o discuție mai amplă despre analgezia epidurală, cu confortul pe care-l oferă, dar și cu riscurile punctate în fișa de consimțământ, explicate de medicul obstetrician și medicul anestezist după efectuarea anamnezei. Momentul injectării pe cateter este indicat de medicul obstetrician, durata analgeziei este de circa două ore, iar în cazul în care pacienta nu a născut, se poate relua injectarea pe cateter. Pe parcursul analgeziei epidurale, gravida și copilul sunt în permanență monitorizați TA, AV, traseu CTG.

Imediat după expulzie, nou-născutul este așezat la pieptul mamei, în contact direct piele la piele, manevră benefică, ce ajută la termoreglarea nou-născutului, colonizarea nou-născutului cu germeni ubicuitari, aflați în mod normal pe tegumentul mamei și, nu în mai mică

măsură, precizăm că în timpul suptului crește nivelul de ocitocină eliberat, inducând contracții care au ca rezultat rețracția uterină.

Se face un schimb de „daruri”, mama îi dăruiește copilului prin colostru anticorpi și imunoglobuline, iar copilul prin supt ajută la rețracția uterină și evitarea relaxării uterului, iar ca efect la distanță, cu scăderea incidenței cancerului la sân și ovar.

Gravidele la care se impune operația cezariană primesc detalii despre pregătirea preoperatorie, tipul de analgezie pentru care pot opta, majoritatea dorind să-și vadă bebelușul din primele momente și îngrijirile post-operatorii.

În perioada de lehuzie imediată, ce durează circa două ore de la delivrare, lehuza este marcată de oboseală dinamică, adesea apărând frisonul fiziologic, caracterizat prin lipsa creșterii termice, lipsa tahicardiei. Lehuza propriu-zisă se instalează imediat după periodul IV (lehuza imediată) și se întinde pe o perioadă de șase săptămâni. În primele 3-5 zile de la naștere se pot întâlni ascensiuni termice care au la bază instalarea secreției lactate (furia laptelui) și angorjarea sânilor. În primele zile, monitorizarea lehuzei constă în urmărirea TA, AV, curba termică, diureza, instalarea lactației, instalarea tranzitului intestinal, involuția uterină, lohiile. Involuția uterină fiind de 1,5-2 cm pe zi, în ziua a doua, uterul aflându-se la nivelul ombilicului, în ziua a 6-a la jumătatea distanței

pubo-ombilicale, în ziua a 12-a la nivelul pubelui, apoi sub simfiză și ajunge la dimensiuni normale între săptămânile 5 și 6. Reperetele pentru procesele fiziologice sau patologice de la nivelul uterului sunt și lohiile, la care urmărim cantitatea, culoarea, mirosul. Lohiile sunt scurgeri vaginale care apar după naștere, care își schimbă aspectul, culoarea, cantitatea de la o zi la alta. În primele 2-3 zile sunt sangvinolente, între 3 și 5 zile fiind serosangvinolente, de culoare brun deschis și miros fad, apoi devin seroase până în ziua 14-15, când se elimină lohiile albe.

În perioada de alăptare, de obicei, lipsește bioritmul menstrual, cu toate că ciclul ovarian își poate urma cursul. Treptat, peretele abdominal își recapătă tonicitatea, iar pentru întărirea perineului se recomandă exercițiile Kegel. Hiperpigmentația de la nivelul feței (cloasma) și cea de la nivelul liniei albe dispar în timp. De menționat îngrijirea sânilor pentru evitarea fisurilor, ragadelor.

Unele lehuze se caracterizează printr-o labilitate neuropsihică, cu tendințe depresive, plâns facil, tristețe temporară - *baby blues* - din cauza dezechilibrelor hormonale induse de naștere, prin dispariția estrogenilor și hormonilor corionici. Lehuza poate beneficia de psihoterapie în vederea autocunoașterii și dezvoltării personale pentru restabilirea echilibrului afectiv, această consultație fiind oferită de psihologul Clinicii Obstetrică-Ginecologie.

Viiitoarele mămici sunt interesate atât de dieta în sarcină, cât și în perioada de lehuzie. În primul trimestru de sarcină, din cauza tulburărilor digestive, este mai dificilă o nutriție sănătoasă, dar se insistă pe volumul de lichid necesar. Alimentele indicate sunt fructele, legumele, zarzavaturile, cerealele integrale, carnea de pasăre și vita slabă, peștele, leguminoasele. Sunt de preferat grăsimile nesaturate și de evitat grăsimile trans, dulciurile, fumatul, cafeaua și interzise băuturile alcoolice și drogurile. Prudență în folosirea plantelor medicinale, unele pot stimula contractiile uterine (ardei iute, ienupăr, vanilie, in), altele pot mări sângerările (pelinul, ginsengul, ginkobiloba).

Pe parcursul celor patru module avem ca temă și îngrijirea nou-născutului, în care explicăm conținutul laptelui matern (în primele zile colostru, din a treia până în a paisprezecea zi, lapte de tranziție și apoi lapte matur), problemele alăptării: lapte insuficient, mameloane crăpate, canale galactofore înfundate, infecția glandei mamare (mastită), reflexul de ejecție redus, reflexul de ejecție puternic, scaunul verde. Sunt exemplificate și pozițiile de alăptat. Modulul de îngrijire a nou-născutului începe cu necesarul din trusa de îngrijire, băiță, curățarea bontului ombilical, schimbarea scutețelor, somnul în funcție de vârsta bebelușului. Pentru toaleta nou-născutului, părinții vor ce-i mai bun pentru copilul lor. M-am confruntat cu întrebarea: „Care este cel mai bun produs cosmetic?” Cel mai bun produs este cel tolerat de pielea copilului lor.

Diversificarea alimentației reprezintă trecerea de la alimentația bazată exclusiv pe lapte la o alimentație semisolidă și solidă, care să aducă un aport substanțial de vitamine, săruri minerale, fibre, glucide și lipide.

Abia după câteva cursuri am realizat că, deși există o mulțime de mijloace de informare, câteodată aceștia

sunt debusolați și au și mai multe neînțelegeri și temeri, reacționând diferit, chiar și negativist. Exemplu: perioada când a fost oprită vaccinarea împotriva tuberculozei, perioadă pe care fiecare a înțeles-o greșit, refuzând astfel vaccinarea. După câteva serii de cursanți am avut rezultate excepționale, numărul refuzurilor a scăzut aproape total. Le-am explicat că nu este normal să hotărască ei pentru noua ființă care va trăi într-o lume plină de tot felul de microbi, că fiecare vaccin are și reacții adverse, care nu fac nici un rău copilului.

Pacientele sunt încântate de sistemul nostru rooming-in, deoarece stau din primele clipe alături de copil, deprinzând mecanismul suptului și învățând de la asistenta de neonatologie cum să-l schimbe sau să îi facă toaleta. Cele cu amenințare de naștere prematură sunt doritoare să afle cine participă la nașterea lor, cine se ocupă de copil și în mod deosebit sunt încântate de dotările noastre și de îngrijirile deosebite din Secția de Terapie Intensivă-Prematuri a prematurilor foarte mici, sub 28 de săptămâni, secție pe care o vizitează și la care au acces și după ce nasc, până în momentul în care copilul nu mai este dependent de oxigen și când poate merge cu mama în salon, spitalul nostru fiind recunoscut de către UNICEF din anul 1995 ca SPITAL PRIETEN AL COPILULUI, aplicând cei 10 pași pentru alimentație eficientă la sân. Medicii neonatologi sunt deschiși dialogului și răspund tuturor întrebărilor. Prematurii sunt evaluați imagistic (dispunem de mijloace de investigație paraclinice, moderne, testare auditivă, monitor funcții cerebrale, ecograf, aparat testare biochimic a laptelui matern).

Prematurii beneficiază de consultații interdisciplinare multiple (screening oftalmologic, neurologic și auditiv).

În Secția Neonatologie, ca ajutor suplimentar, funcționează un sistem închis de televiziune, unde mamicile pot urmări materiale ce cuprind informații de îngrijire, tehnici de alăptare a nou-născutului. În ambulatoriul spitalului, după externare, mamicile se pot adresa pentru depistarea și corectarea greșelilor de îngrijire și alăptare, care funcționează zilnic.

În urma discuțiilor dintre părinți și noi, ei află care sunt principalele probleme de patologie neonatală și diferențiază fenomenele fiziologice (icter, regurgitații, crize genitale, colici, eritem alergic etc.) de cele patologice (febră, eritem fesier micotic, vărsături modificate, folliculită, hernie ombilicală, omfalită), pentru a lua primele măsuri până la un consult medical de specialitate.

Le este prezentat calendarul vaccinărilor obligatorii cu reacțiile lor adverse și li se prezintă lista vaccinărilor opționale care sunt necesare în mod deosebit copiilor prematuri cu imunitate scăzută.

Concediul paternal are ca scop participarea efectivă la îngrijirea nou-născutului, dezvoltând legătura paternă și acordarea sprijinului emoțional și psihic mamei, contribuind la crearea unui mediu familial echilibrat. În cazul în care tatăl a absolvit un curs de puericultură, durata concediului se majorează.

Orice întâlnire, discuție, este în beneficiul mamei și bebelușului, cursurile sunt interactive, cu multe întrebări din partea părinților, iar părerea mea este că fiecare bebeluș spune: „IUBIȚI-MĂ!”. ■

Spunem NU cancerului de sân



Cu o populație de 21.680.974 locuitori (în conformitate cu ultimul recensământ), România este a șaptea țară ca mărime din Uniunea Europeană. Femeile reprezintă 51% din populația țării; 53% din populația totală se află în mediul rural și 47% în mediul urban. În fiecare an, în România, sunt diagnosticate în jur de 6.000 de femei cu cancer de sân. Incidența cancerului de sân a crescut lent, dar continuu în ultimele decade. Una din zece femei va dezvolta pe parcursul vieții o tumoră mamară malignă.

**Daniela Stan¹,
Mihai Mitran²**

*1. moasă licențiată,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie
"Prof. Dr. Panait Sirbu"
București,
șef Comisie Națională
OAMGMAMR,
specialitatea moașe,
vicepreședinte
OAMGMAMR
- filiala București
2. medic primar OG,
asistent universitar,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie
"Prof. Dr. Panait Sirbu"
București*

Mamografia de screening reduce mortalitatea cu 25-30% la femeile de 50 de ani și cu 18% la femeile peste 40 de ani. Previne apariția metastazelor prin diagnostic și tratament precoce.

Societatea Americană de Cancer recomandă mamografie anuală peste vârsta de 40 de ani. Rata mortalității cauzate de cancerul la sân a scăzut semnificativ în ultimii 20 de ani în Europa.

Cercetări recente arată că îmbunătățirea mijloacelor de diagnosticare și a politicilor de tratament a contribuit substanțial la reducerea numărului de decese în urma acestei boli, mai ales în Marea Britanie și în Islanda. Rata mortalității rămâne însă stabilă în țările central-europene, iar în unele dintre acestea, chiar a crescut.

Oamenii de știință au afirmat că atare necesitatea de a diagnostica și de a trata mai bine boala, pentru a reduce cât mai mult decese.

Potrivit cercetării conduse de Philippe Autier, de la Institutul Internațional de Prevenire din Franța, care a evaluat fluctuația ratei mortalității în 30 de țări, din 1989 până în 2006, per ansamblu, rata mortalității a scăzut cu o cincime, ajungând la 24 la 100.000 de decese. Cea mai mică incidență a morții cauzate de cancer a fost înregistrată în Spania: 18,9 la 100.000, iar cea mai vizibilă schimbare pozitivă a avut loc în Marea Britanie, unde mortalitatea a scăzut de la o rată de 41,6 la 2. Deși numărul deceselor

înregistrate în România e mai mic decât în alte țări, el a înregistrat, din nefericire, o creștere între anii 2004 și 2006, față de 1987-1989, cu aproximativ 2,5 la 100.000. Astfel, în timp ce Islanda a înregistrat o scădere cu 45% a mortalității, România a cunoscut o creștere a acesteia cu 17 procente (figura 1).

Echipa de cercetători de la Institutul Francez de Cercetare și Prevenire a identificat drept posibile cauze ale progreselor reduse, în ceea ce privește scăderea mortalității, „activitățile de screening dezorganizate, numărul redus de mamografii, adoptarea greoaie a medicamentelor anticancer și investițiile sub media europeană în sistemul de sănătate.” Numeroase alte studii au arătat că stilul de viață contribuie semnificativ la creșterea incidenței cancerului la sân.

Un alt factor de risc este consumarea de alimente îmbogățite cu acid folic, cum sunt unele produse din paste, orez sau cereale, care a fost asociată cu un risc cu 21% mai mare de cancer.

Riscul de mortalitate este crescut, mai ales în cazul populației suferinde de boli de inimă, arată o cercetare realizată în Norvegia de medici din cadrul Spitalului Universitar. Datorită unui nou instrument de calcul, care ține cont de procesul de îmbătrânire a populației, oamenii de știință pot să prevadă mortalitatea asociată fiecărui tip de cancer pe fiecare țară. Folosind această metodologie, experții au estimat că, în 2030, vor exista 21,3 milioane de

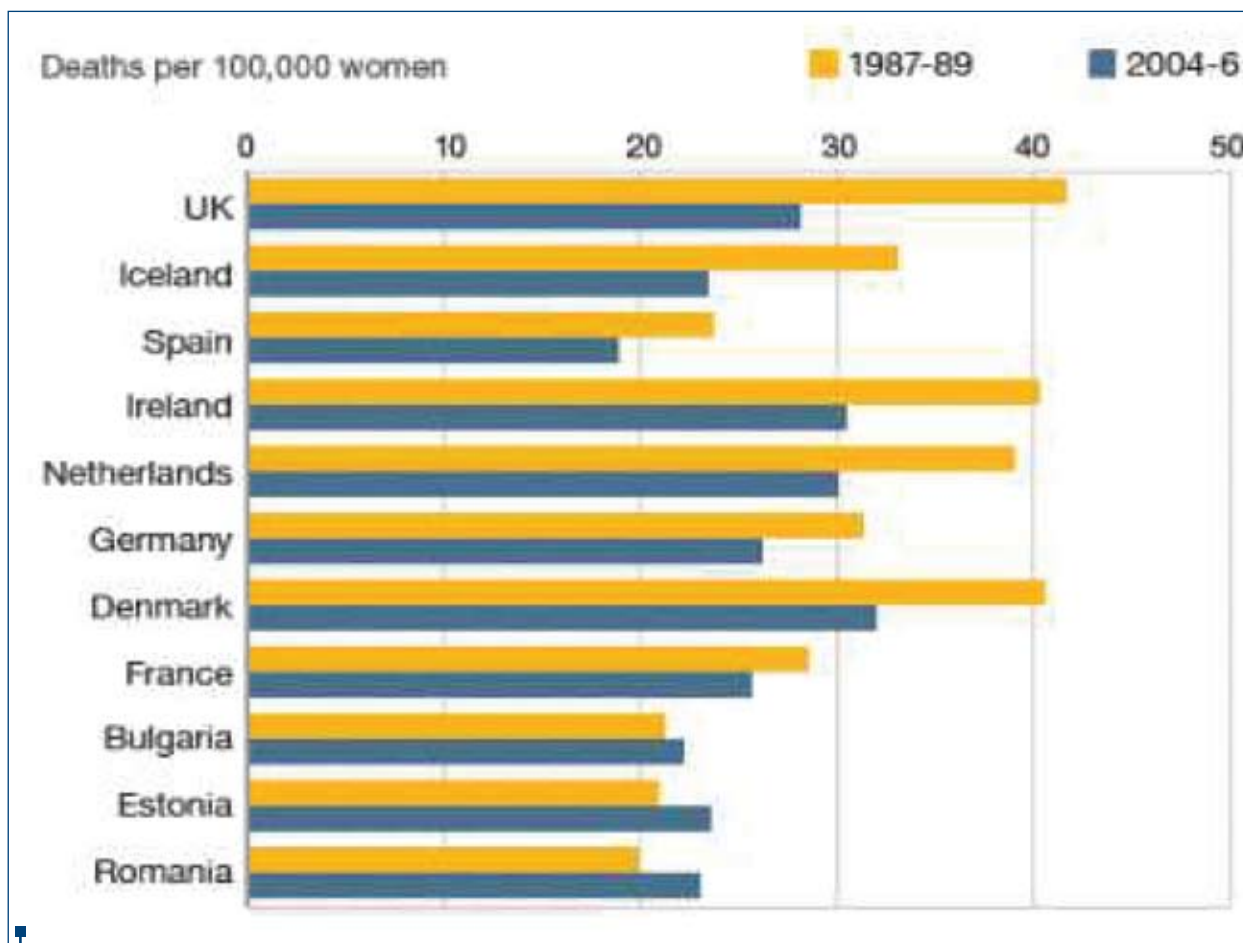


Figura 1. Mortalitatea prin cancer de sân în Europa

cazuri noi de cancer și 13,3 milioane de decese, din care cancerul de sân reprezintă o problemă majoră de sănătate publică.

În Uniunea Europeană are o incidență de aproximativ 109/100.000 femei/an și o mortalitate de aproximativ 38/100.000 femei/cauza acestei boli. În România, cancerul mamar a reprezentat 6,9% din totalitatea tumorilor maligne la femei în anul 1960, atinge 13,5% în 1978 și a ajuns la 22,61% în 1996, situându-se pe primul loc în patologia oncologică la femei. Actualmente se înregistrează o ascensiune importantă a incidenței cancerului de sân în lumea întreagă. Riscul unei femei de a dezvolta în cursul vieții un cancer de sân este de o femeie din 8 în SUA, una din 12 în Franța, una din 19 în Marea Britanie și o femeie din 34 în România. Cel mai important factor de risc pentru cancerul de sân este vârsta, efectul acesteia asupra incidenței cancerului fiind considerat ca o măsură a expunerii cumulative la factorii de risc. Numeroase studii ecologice au corelat creșterea incidenței cancerului de sân cu scăderea parității, atribuind până la o treime din variația incidenței regresiei fertilității. Alți factori, cărora li se poate atribui, cel puțin în parte, creșterea incidenței sunt: îmbunătățirea mijloacelor diagnostice și a accesibilității

la asistența medicală, precum și a sistemului de raportare și înregistrare a cazurilor.

Diagnosticarea cancerului de sân prin ultrasonografie

Ultrasonografia reprezintă o metodă imagistică de testare, prin care undele de sunet de frecvență foarte ridicată, trimise spre sân, sunt convertite în imagini pe un ecran. Această metodă nu implică radiații. De obicei, ultrasonografia este utilizată ca metodă de depistare a cancerului de sân complementară altor tipuri de screening. Dacă în urma unei mamografii sau a unui examen fizic se evidențiază o anomalie, ultrasonografia este o metodă foarte bună de a stabili dacă anomalia are o consistență solidă (precum fibroadenomul benign sau cancerul), sau reprezintă o acumulare de lichid (precum chisturile benigne). Prin ultrasonografie nu se poate determina dacă un nodul solid este canceros sau nu și nici nu pot fi detectate calcifierile.

Diagnosticarea cancerului de sân prin mamografie

Mamografia este o investigație imagistică a sânelui, care constă în radiografierea glandei mamare utili-



zând raze X. Mamografia este cea mai des folosită metodă pentru diagnosticarea leziunilor mamare și principala tehnică imagistică folosită pentru screening-ul cancerului de sân.

Precizia examinării prin mamografie se situează între 90-70%, aceasta însemnând că 10-30% dintre cazurile de cancer mamar nu pot fi puse în evidență prin examenul mamografic. Diagnosticarea precisă prin mamografie a cancerului de sân depinde de dimensiunea tumorii, de tipul de creștere, subtipul histopatologic etc. Acuratețea informațiilor prezente într-o mamografie depinde și de tipul de sân investigat: imaginea prezintă o relevanță mai mare în cazul unui sân adipos și mai redusă în cazul examinării unui sân dens, glandular.

Analiza factorilor de risc pentru cancerul de sân relevă că profilaxia primară, cu evitarea expunerii la factorii de risc major (risc genetic, risc hormonal endogen), nu este încă practicabilă. Beneficiile și efectele favorabile ale screening-ului mamografic de masă, vizând ansamblul populației feminine cu vârstă între 50 și 69 de ani, se concretizează în scăderea mortalității cu 30-35% la aceste categorii de vârstă.

Dintre cele 2.904 femei decedate prin cancer de sân în anul 1999 în România, 1.821 au aparținut grupelor de vârstă 50-74 de ani, reprezentând 63% din totalul deceselor prin cancer de sân.

Dacă luăm în considerare doar grupele de vârstă la care eficiența screening-ului mamografic a fost dovedită, decesele a cel puțin 400 de femei ar putea fi evitate în fiecare an prin instituirea unui program bine organizat de screening mamografic. Incidența cancerului de sân în România a crescut de la 25/100.000 femei în 1988 la 40,14 /100.000 de femei în 1996, respectiv la 50,56/100.000 de femei în 2006. Mortalitatea prin cancer mamar a crescut de la 11,2/100.000 de femei în 1960 la 15,6/100.000 în 1978, 19,00/100.000 în 1988, 20,67/100.000 de femei în 1996, ajungând în anul 2004 la cifra

de 28,25/100.000 de femei și de 23,88/100.000 de femei în 2006. (Ghid de management al cancerului mamar). Număr de cazuri noi de cancer în populația feminină din România în 2005.

Total cancer 24.732/223,21 la 100.000 persoane

1. Sân: 5.772/52,09 la 100.000 femei
2. Cervical: 3.202/28,70 la 100.000 persoane
3. Colorectal: 2.476/22,35 la 100.000 persoane
4. Pulmonar: 1.312/11,84 la 100.000 persoane

Incidența cancerului de sân la bărbați este de 1,61 la 100.000 față de 52,09 la 100.000 la populația feminină.

Populația Capitalei este de 1.924.959 locuitori, din care 53% femei. În anul 2010, incidența cancerului de sân a fost de 54,47/100.000, comparabilă cu indicatorii de la nivel național (50,56/100.000 incidență).

Mortalitatea prin cancer de sân înregistrată în București este aproape dublă față de cea națională - 45,94/100.000 față de 27,79/100.000 femei.

Importanța diagnosticării precoce a cancerului de sân

Scopul examinărilor pentru detectarea precoce a cancerului de sân este de a descoperi cancerul înainte ca acesta să producă simptome. Screening-ul de detectare precoce constă în teste și examinări prin care se descoperă o boală, precum cancerul, la persoane care nu au încă nici un simptom.

În cazul în care cancerul de sân este descoperit când există deja simptome, el are de regulă dimensiuni mari și, adesea, se extinde în afara sânului. Din contră, cancerele descoperite în timpul testelor de screening sunt, de cele mai multe ori, mai mici și delimitate în interiorul sânului. Mărimea tumorii și aria de răspândire sunt printre cei mai importanți factori care influențează prognosticul de evoluție în cazul unei persoane cu cancer la sân.

Majoritatea specialiștilor apreciază că testele de detectare precoce a cancerului de sân salvează mii de vieți în fiecare an, iar numărul ar putea fi și mai mare dacă femeile și medicii lor curanți ar profita de oportunitatea efectuării acestor teste de depistare precoce a cancerului de sân. Un cancer de sân detectat în fază timpurie poate fi tratat mai ușor, cu metode mai puțin invazive și are șanse mult mai mari de vindecare completă.

În acest sens, fiecare femeie ar trebui să se prezinte la un control regulat, încă de la vârsta de 30 de ani sau chiar mai devreme, atunci când suspectează modificări sau când în istoricul familiei există antecedente de cancer de sân. ■

Bibliografie

1. www.ms.ro/documente/Ghid%209_8292_6018.doc.
2. Holford P., Efiang L. Spune nu cancerului de sân. Editura Litera, 2011.
3. Love M. Susan, Lindsay Karen. Biblia cancerului de sân, Editura Semne, ed 5, 2012.
4. www.healthy.kudika.ro
5. www.cancer-de-san.ro