

## Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori M. EFTODI, Șt. GAȚCAN, V. GHERMAN  
Asistenți ai redactorului L. MUNTEANU, S. LUPU, V. CARAUȘ  
Redactor tehnic L. AXINTE, Redactor literar V. CIORNEI  
Consultații juridice Gh. HIOARĂ

### Colegiul de redacție:

I. ABABII, Chișinău, RM	V. PUȘKARIOV, Kiev, Ucraina
Gh. GHIDIRIM, Chișinău, RM	E. GUDUMAC, Chișinău, RM
C. EȚCO, Chișinău, RM	V. PROCOPIȘIN, Chișinău, RM
D. TINTIUC, Chișinău, RM	Gr. CHETRARI, Bălți, RM
M. CECAN, Chișinău, RM	N. TARAN, Chișinău, RM
M. MAGDEI, Chișinău, RM	V. GHICAVÎI, Chișinău, RM
V. FRIPTU, Chișinău, RM	V. HOTINEANU, Chișinău, RM
M. BULANOV, Moscova, Rusia	V. CIBOTARU, Chișinău, RM
M. NECHIFOR, Iași, România	V. SAVIN, Chișinău, RM
A. PETROPOULUS, Grecia	T. ȚÎRDEA, Chișinău, RM
I. COCUBO, Japonia	A. SAULEA, Chișinău, RM
Vadim COJOCARU, Chișinău, RM	A. COLOMEETȚ, Chișinău, RM
Victor COJOCARU, Chișinău, RM	Iu. TITOV, Moscova, Rusia
A. TESTEMIȚANU, Chișinău, RM	I. CUVȘINOV, Chișinău, RM
I. CORCIMARU, Chișinău, RM	N. CAPROȘ, Chișinău, RM
D. SOFRONI, Chișinău, RM	T. VASILIEV, Chișinău, RM
S. SOFRONIE, Chișinău, RM	N. GHIDIRIM, Chișinău, RM
E. DIUG, Chișinău, RM	A. TĂNASE, Chișinău, RM
S. GROPPA, Chișinău, RM	Gr. ZAPUHLÎH, Chișinău, RM
V. BOTNARU, Chișinău, RM	S. ȘTEPA, Chișinău, RM
C. ANDRIUȚA, Chișinău, RM	B. MELNIC, Chișinău, RM
A. CERNÎI, Chișinău, RM	N. GLADUN, Chișinău, RM
Gh. MUȘET, Chișinău, RM	D. CROITORU, Chișinău, RM
V. BAIRAC, Chișinău, RM	B. UNTU, Chișinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia	L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi

#### Adresa redacției:

MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30  
Institutul Oncologic din Moldova,  
Clinica oncologie, et.5  
prof. univ. Ion Mereuță  
fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md

#### Rechizite bancare:

BC "Mobiasbanc"  
Filiala nr.4  
cod fiscal 39644014  
cod bancar MOBBMD 22810  
cod de decontare 22240014984654

**CUPRINS**

*I. Mereuță, G. Rotaru, N. Timofte*  
FACTORII DE RISC PROFESIONAL ȘI MORBIDITATEA  
JUDECĂTORILOR – PROBLEMĂ PRIMORDIALĂ  
A STATULUI DE DREPT

*I. Mereuță, Stela Turcan*  
MANAGEMENTUL MONITORIZĂRII ȘI TRATAMENTULUI  
CHIRURGICAL AL MELANOMULUI MALIGN CUTANAT

*Angela Savin-Grosu*  
STUDIUL ACȚIUNII ANTIFUNGICE A EXTRACTELOR  
DIN SPIRULINĂ

*Jana Punga*  
DIAGNOSTICUL PRECOCE A CANCERULUI MAMAR  
LA BĂRBAȚI

*V. Catrinici*  
MODIFICĂRILE SISTEMULUI VASO-SEMINAL  
ÎN EXTINDEREA EXTRAORGANICĂ A CANCERULUI  
VEZICII URINARE

*Natalia Sainsus, Valentina Turanscaia, Maria Timosco*  
EVIDENȚIEREA MICROORGANISMELOR SPECIEI  
HELICOBACTER PYLORI LA PACIENȚII CU DIVERSE  
AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE

*Liuba Munteanu*  
DUREREA CRONICĂ – PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ  
CU IMPACT MAJOR ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII

*D. Butucel*  
METODĂ DE PLASTIE A DEFECTELOR MARI ALE  
PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR ÎN REGIUNEA  
HIPOGASTRICĂ

*Вадим Карауш*  
РОЛЬ М. В. ЛОМОНОСОВА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ  
И ФАРМАЦИИ

*C. Andriuță*  
OREIONUL – BOALA GLANDELOR SALIVARE

---

CERINȚELE DE PREZENTARE  
A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

**CONTENTS**

3 *I. Mereuta, G. Rotaru, N. Timofte*  
THE PROFESSIONAL RISK FACTORS AND THE  
MORBIDITY OF JUDGES – MAIN PROBLEM OF THE  
RULE OF LAW

6 *I. Mereura, Stela Turcan*  
THE MANAGEMENT OF MONITORING AND SURGICAL  
TREATMENT OF CUTANEOUS MALIGN MELANOM

11 *Angela Savin-Grosu*  
THE STUDY OF THE ANTIMYCOTIC ACTION OF THE  
SPIRULINE EXTRACTS

14 *Jana Punga*  
THE EARLY DIAGNOSIS OF THE BREAST CANCER  
AT MEN

18 *V. Catrinici*  
MODIFICATIONS OF THE VASO-SEMINAL SYSTEM  
IN THE EXTRAORGANIC EXPANSION OF THE  
URINARY BLADER CANCER

22 *Natalia Sainsus, Valentina Turanscaia, Maria Timosco*  
SPECIFICATION OF THE MICROORGANISMS OF  
THE HELICOLACTER PILORI SPECIES AT PATIENTS  
WITH DIFFERENT GASTRO-INTESTINAL DISEASES

25 *Liuba Munteanu*  
CHRONIC PAIN –MEDICO-SOCIAL PROBLEM WITH  
MAJOR IMPACT ON LIFE QUALITY

28 *D. Butucel*  
THE METHOD OF PLASTIC OF GREAT DEFECTS  
OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN REGIO  
HYPOGASTRICA

30 *V. Caraus*  
THE CONTRIBUTION OF M.V. LOMONOSOV IN THE  
DEVELOPMENT OF MEDICINE AND PHARMACEUTICS

38 *C. Andriuta*  
OREIONUL – BOALA GLANDELOR SALIVARE

---

40 PAPER PRESENTATION  
REQUIREMENTS

Ion Mereuță, d.h.m., prof. univ., USMF "N. Testemițanu", Ghenadie Rotaru, doctorand,  
USMF "N. Testemițanu", Nicolae Timofte, judecător, Chișinău, Republica Moldova

## FACTORII DE RISC PROFESIONAL ȘI MORBIDITATEA JUDECĂTORILOR – PROBLEMĂ PRIMORDIALĂ A STATULUI DE DREPT (STUDIU BIBLIOGRAFIC)

**The psychosomatically morbidity of magistrates is influenced by the action of noxious factors in professional activities. Investigation of spread and ethio-pathogenesis disease at this contingent allows the making of the efficient methods of diagnostics, prophylaxis and treatment. The final goal of this investigation is to find the factors that decrease of the morbidity and make efficiently the justice process.**

**Key words: morbidity of magistrates, professional stress.**

Într-un stat de drept, existența unui cadru legislativ adecvat, bine structurat și ajustat la rigorile normelor de drept internaționale este determinant pentru orice sferă de activitate, inclusiv pentru sfera justiției. Reformarea sistemului judiciar reprezintă un pas necesar pentru consolidarea statului de drept în Republica Moldova, precum și pentru existența unei justiții funcționale și independente, care ar asigura respectarea drepturilor și libertăților omului și în care ar avea încredere deplină societatea. Consolidarea statului de drept și asigurarea calității actului de justiție presupun abordarea mai multor componente ale procesului de reformă, printre care și fortificarea capacității sistemului judecătoresc prin optimizarea condițiilor de muncă și minimalizarea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor.

Judecătorul este singurul participant al procesului de judecată, care are drept să reprezinte statul, astfel personalitatea lui, precum și starea psihosomatică au o importanță extrem de mare. Studiarea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor de către cercetătorii autoctoni nu s-a efectuat niciodată. De fapt astfel de cercetări în literatura internațională sunt foarte puține și nu sunt complexe, conțin doar parțial date despre răspândirea și particularitățile etiopatogenetice a dereglărilor somatice și psihoneurologice la contingentul dat. Primul a abordat aceasta problema psihologul Isaiah M. Zimmerman (1980). Activitatea profesională a judecătorilor se caracterizează prin condiții deosebite

(necesitatea respectării stricte a normelor convenționale, regim de lucru foarte intensiv, suprasolicitări psihoemoționale nereglementate) care determină caracterul înalt stresogen al acestora. Morbiditatea psihosomatică a judecătorilor este influențată atât de factori extensivi - stajul juridic general, durata activității în funcție de judecătore, numărul dosarelor examinate, cât și de factori cu caracter calitativ - caracterul dosarelor examinate, implicarea emoțională, satisfacția profesională etc. (Cameron J.D., Zimmerman I.M., 1987).

Acțiunea unui complex de factori stresogeni în timpul activității profesionale a judecătorilor determină formarea unor calități personale specifice, cum ar fi impulsivitate și spontaneitate redusă, limitarea reacției de răspuns la nivel comportamental, dezvoltarea capacităților de supracontrol ș.a. Stresul permanent determină în mare măsură structura morbidității psihosomatice a judecătorilor. Cel care lansează în limbajul medical, încă din 1936, conceptul de stres este fiziologul canadian Hans Selye. El definește stresul la început ca fiind o agresiune, apoi ca o reacție a subiectului la o agresiune, ultima reprezentând un stresor.

Conform concepției lui Selye, tensiunile care produc stresul fac parte din viața cotidiană. Stresul caracterizează o reacție psihologică complexă extrem de intensă și relativ durabilă a individului confruntat cu noi și dificile situații existențiale. Majoritatea experților definesc stresul ca fiind răspunsul psihologic și fiziologic la anumiți stimuli percepuți de către individ ca fiind amenințări. J. Weitz consideră că o situație poate deveni stresantă în următoarele condiții:

a) solicitările sunt atât de numeroase încât împiedică prelucrarea adecvată a informației, supraîncărcarea traducându-se de cele mai multe ori prin degradarea performanțelor;

b) situația este percepută ca fiind potențial periculoasă, motiv pentru care subiectul se simte amenințat;

c) în cazul în care subiectul este izolat, acesta resimțind restrângerea libertății;

d) când subiectul este împiedicat să-și desfășoare activitatea și are sentimentul de frustrare;

e) când presiunea grupului se exercită de așa natură încât trezește teama de eșec, de dezaprobare.

Analizând condițiile expuse, se observă foarte clar prezenta lor într-o masura sau alta în activitatea profesională a judecătorilor. În ultimii ani a crescut de câteva ori numărul dosarelor examinate în judecătoria, numărul judecătorilor rămânând practic neschimbat; judecătorii permanent se afla sub presiune din partea părților implicate, mass-mediei etc., deseori fiind amenințat. Izolarea socială este o problemă actuală pentru majoritatea judecătorilor (I.M. Zimmerman, 1987), cauzele fiind volumul mare de lucru (~12ore pe zi) și respectarea normelor eticii judiciare.

M.Kirby, președintele Judecătoriei Supreme din Australia a spus, că "trecerea de la activitatea de jurist la rolul de judecător reprezintă o călătorie în singurătate".

Dacă în urmă cu câțiva ani categoriile profesionale considerate prin definiție stresante erau: piloții de încercare, controlorii de trafic aerian, cosmonauții, lucrătorii de la căile ferate și medicii, mai ales chirurgii; astăzi, lista s-a mărit adăugându-se printre altele și lucrătorii organelor de drept, fapt confirmat prin activizarea cercetării sănătății categoriilor profesionale supuse stresului permanent. Nivelul ridicat de stres, vătămător, conduce la o varietate de tulburări și boli. Acestea includ o plajă largă de consecințe patologice, ce se întind de la oboseală cronică la depresie, și includ: insomnia, anxietatea, migrene, accese emoționale, alergii, abuz de alcool și tutun.

O importantă campanie de combatere a stresului profesional – pe locul doi în ierarhia problemelor de sănătate profesională în țările U.E., după afecțiunile musculo-scheletice – a fost

lansată de către Agenția Europeană pentru Securitate și Sanatate în Muncă în anul 2002, în cadrul Parlamentului European de la Strasbourg. Este prima campanie desfășurată în întreaga Europă, în care a fost dezbătută problema stresului profesional, afectând peste 40 de milioane de salariați din țările U.E. Conform unui mare număr de studii, stresul profesional afectează circa o treime (28%) din salariații celor cincisprezece state membre U.E., femeile sunt afectate mai mult decât bărbații, cauzele comune includ lipsa siguranței locului de muncă, a controlului asupra muncii, și supraîncărcarea activităților. Monotonia muncii, termenele limită foarte strânse (29% din personal afirmă că lucrează în aceste condiții), tratamentul necorespunzător la locul de muncă sunt alți factori care cauzează stresul profesional. Circa 16% din bărbați și 22% din femei cu boli cardiovasculare din țările U.E. au aceste afecțiuni din cauza stresului profesional. Sunt asociate cu stresul profesional și alte afecțiuni, care includ tulburări musculo-scheletice și probleme de sănătate mentală. Între 50% și 60% din absenteismul la locul de muncă este corelat cu stresul profesional. Împreună cu costurile de sănătate, costurile totale anuale datorate stresului profesional sunt estimate la circa 20 de miliarde EURO pentru țările U.E., fără a adăuga pierderile de productivitate.

#### Relația dintre numărul orelor de muncă și nivelul stresului

Număr de ore efectuate săptămânal	Nivelul stresului (%)	
	Ridicat (apreciat de 63% din subiecți)	Scăzut (apreciat de 37% din subiecți)
sub 40 ore	39,8	60,2
41 – 60 ore	68,0	32,0
61 – 65 ore	83,3	16,7
66 ore și peste	94,4	5,6

Pe termen lung, stresul poate afecta în mod serios o perioadă deja vulnerabilă la boală și îmbolnăvire. Efectele potențiale ale stresului pot fi grupate în cinci mari categorii, și anume:

1. efecte subiective: anxietate, agresiune, apatie, plictiseală, oboseală, indispoziție, scăderea încrederii în sine, nervozitate, sentimentul de singurătate;

2. efecte comportamentale: predispoziție spre accidente, alcoolism, abuz de cafea, tendința de a mânca și/sau de a fuma excesiv, comportament impulsiv;

3. efecte cognitive: scăderea abilității de a adopta decizii raționale, concentrare slabă, scăderea atenției, hipersensibilitate la critică, blocaje mentale;

4. efecte fiziologice: creșterea glicemiei, a pulsului, a tensiunii arteriale, uscăciunea gurii, transpirații reci, dilatarea pupilelor;

5. efecte organizaționale: absenteism, productivitate scăzută, izolare, insatisfacție în muncă, reducerea responsabilității, reducerea loialității față de organizație, demisii

M.Friedman și R.H.Rosenman, cardiologi americani, în urma cercetărilor efectuate, au arătat că există o strânsă legătură între stres, frecvența bolilor cardio-vasculare și tipul de personalitate. Calitățile principale pentru judecător sunt stabilitatea emoțională, capacitatea funcțională constructivă în condițiile psihoemoționale dificile, înțelepciunea, imparțialitatea. În structura bolilor somatice la judecători predomină bolile sistemului cardiovascular (Sumarocov I.V., 2003) - 52,4%, fiind urmate de maladiile gastrointestinale - 22,4%, patologiile nefrouinare - 15,6%, afecțiunile bronhopulmonare - 11,6%, diferite manifestări dermatologice - 5,4%. Sunt efectuate cercetări a unor categorii de persoane apropiate sistemului judiciar - studenții facultăților juridice(Andrew G.1986); În SUA a fost analizată sănătatea juraților în timpul procesului judecătoresc(NCSC 1992; Kaplan S.M.) : 2/3 din aceștia au afirmat că starea de sănătate s-a înrăutățit, predominând bolile sistemului gastrointestinal (ulcer duodenal, gastrita, sindromul colonului iritabil) - 25%, dereglări vegetovasculare - 12,5%, stări depresive - 10,2%, agravarea bolilor cronice a sistemului cardiovascular etc. În ultimii ani se încearcă elaborarea diferitor programe de reabilitare pentru persoanele supuse crizelor psihoemoționale frecvente, de exemplu - art-terapy - metodă de combatere a stresului judiciar, folosind creioanele colorate; la început fiind sub influența stresului persoana deseană numai cu culoarea neagră, apoi, pe măsura ameliorării stării, folosește și celelalte culori. "Convorbirile individuale" a psihologilor cu judecătorii se

folosesc în acele state unde în instituțiile judecătorești a fost introdus serviciul psihologic.

În 1996 a fost elaborată „Strategia globală a OMS privind sănătatea ocupațională pentru toți”, cu 10 obiective prioritare care vizează: politicile pentru sănătate la locurile de muncă, realizarea unui mediu de muncă sănătos, extinderea metodelor de lucru sanogene, dezvoltarea serviciilor de sănătate ocupațională, recunoașterea serviciilor de tip expert, extinderea standardelor de sănătate ocupațională pe baza evaluării științifice a riscurilor, dezvoltarea resurselor umane, stabilirea unor sisteme de date și a modului de înregistrare a lor, dezvoltarea sistemelor de informare, dezvoltarea cercetării, extinderea colaborărilor.

Dacă preocupările de medicină ocupațională au fost inițial orientate spre industrie, treptat s-a realizat faptul că au fost neglijate sectoare importante ale societății, cu prezența unor reali factori de risc pentru sănătate. Au fost neglijate mai ales sectoarele cu activități preponderent intelectuale, printre care și sectorul judecătoresc. În rezolvarea problemelor actuale ale Sănătății Publice o importanță deosebită o are crearea condițiilor favorabile de muncă capabile de a menține și a fortifica starea de sănătate a angajaților. Munca intelectuală se exprimă prin necesitatea de a prelucra un volum foarte mare de informație cu mobilizarea memoriei, atenției, cât și prin stările stresante frecvente. Efortul fizic, de regulă, este neînsemnat și constituie 10-11,7 MJ (2000-2400 kcal) în 24ore. Este caracteristică hipochinezia, adică scăderea foarte mare a activității motorii, ceea ce contribuie la înrăutățirea reactivității organismului și creșterea încordărilor emoționale. Hipochinezia este un factor nefavorabil de producere și prezintă o cauză a patologiei sistemului circulator. Factorii noxogeni psihoemoționali acționează prin mecanisme stresante asupra sistemului nervos central. Efectul lor se repercutează asupra axei neuroendocrine, hipotalamul-hipofiză-cortico-suprarenală, care prin suprasolicitare în timp se poate deregla, generând o patologie de epuizare, cuprinsă de unii autori în cadrul noxologic al bolilor psihosomatice.

În concluzie menționăm faptul, că în ultimii zece ani stresul profesional și consecințele lui exprimate prin nivelul permanent crescând a morbidității psihosomatice devin tot mai frecvent

obiect de studiu. Judecătorii fac parte din contingentul cu cel mai înalt nivel de expunere la stres profesional, fapt ce argumentează necesitatea efectuării unui studiu complex a sănătății judecătorilor, reieșind totodată din specificul și complexitatea muncii judecătorilor.

**Bibliografie:**

1. Legea nr.514 din 06 iulie 1995 cu privire la organizarea judecătorească.
2. Legea nr.544 din 20 iulie 1995 cu privire la statutul judecătorului.
3. Kaplan S.M. and Winget C. The occupational hazards of jury duty, 1992.
4. Kirby M. Report by The Hon. Justice Michael Kirby AC CMG on Annual conference of the local courts of New South Wales, 1995.
5. T.Osoianu, Reforma judiciara și de drept în Republica Moldova - condiție necesară în vederea integrării europene, 2004.

6. Statutul Asociației Judecătorilor din Republica Moldova.
7. Zimmerman I.M. Dealing With Professional Stress: Insights for Judges, 1987.
8. Zimmerman I.M. Isolation in the Judicial Career, 2000.
9. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса, 1987.
10. Mereuță Ion „Reflexii asupra societății noastre”. www.pum.md, mat. Congr.II a PUM, 08.12.2007.
11. Timofte Nicolae. Prefață la monografia „Cod Medical”, autori - I.Mereuță și al., 2002, Chișinău.
12. Сумароков И.В. Влияние экстремальных факторов профессиональной деятельности на психическое и соматическое здоровье судей, 2003.
13. Ion Avram Dunăreanu. Justiție, judecator, management, 2005.
14. Tudorel Butoi. Psihologie judiciara, 2001.

*Prezentat — 20.12.2007*

**Recenzenți:** prof. univ., acad. Aurel Saulea,  
 prof. univ. Tudor Grăjdiuan

Ion Mereuță, d.h.m., prof. univ., Conducătorul Clinicii Oncologie Generală și ATI, Stela Țurcan, doctorand

## MANAGEMENTUL MONITORIZĂRII ȘI TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL MELANOMULUI MALIGN CUTANAT

**The article shows the medical importance of malign melanom. There is a big necessity to create a Republican Center of treatment and monitoring of malign melanom. These managerial aspects will therefore permit both the secondary prevention of the disease and the minimalization of complications arising from malign melanom.**

**Key words: management in oncology, monitoring of malign melanom, surgical treatment, the Center of treatment and monitoring**

Studiul nostru a evidențiat că dintre diagnosticul clinic și morfologic a bolnavilor care sunt internați cu suspiciu la MM și MM confirmat este o discrepanță de 55%. Aceasta denotă că este oportună aprecierea criteriilor managementului diagnostic și de tratament a melanomului malign.

Circa 11% din bolnavii cu diagnosticul clinic de nevi nevocelulari, pigmentați sunt operați sub anestezie locală și necesită consultații repetate în IOM cu recidive locale și metastaze în ganglionii limfatici regionali, care impune eforturi clinice, cheltuieli și chiar invaliditate și deces.

Noi am argumentat științific un algoritm reieșind din complexitatea diagnosticului clinic și ulterior morfologic și a tratamentului complex și combinat.

Am determinat două stadii generale: diagnosticul complex și tratamentul complex. Depistarea nevilor nevoculari, a suspecției de melanom malign are loc la adresarea bolnavului

și la controlul medical activ (efectuat de medicul de familie sau de medicul specialist) (fig. 1).

Studiul a constatat că cu asistența medicală inclusiv și a tratamentului chirurgical a nevilor pigmentați și cu suspiciuni la melanom malign se preocupă diferiți specialiști din rețeaua generală a instituțiilor medico-sanitare publice și în ultimul timp a instituțiilor medicale private.

Activitatea atât a medicilor cât și a instituțiilor nu este sistematizată, efectuându-se erori și greșeli medicale, ignorându-se principiile și doctrinele oncologice (tab. 1).

La elaborarea modelului dedus de autor a algoritmului de diagnostic și tratament a melanomului malign a participat o echipă de experți care au apreciat nivelele asistenței medicale a bolnavilor cu nevi și cu suspiciune la melanom malign și au dedus și aspectele managementului clinic la familiile care suferă de melanom malign.

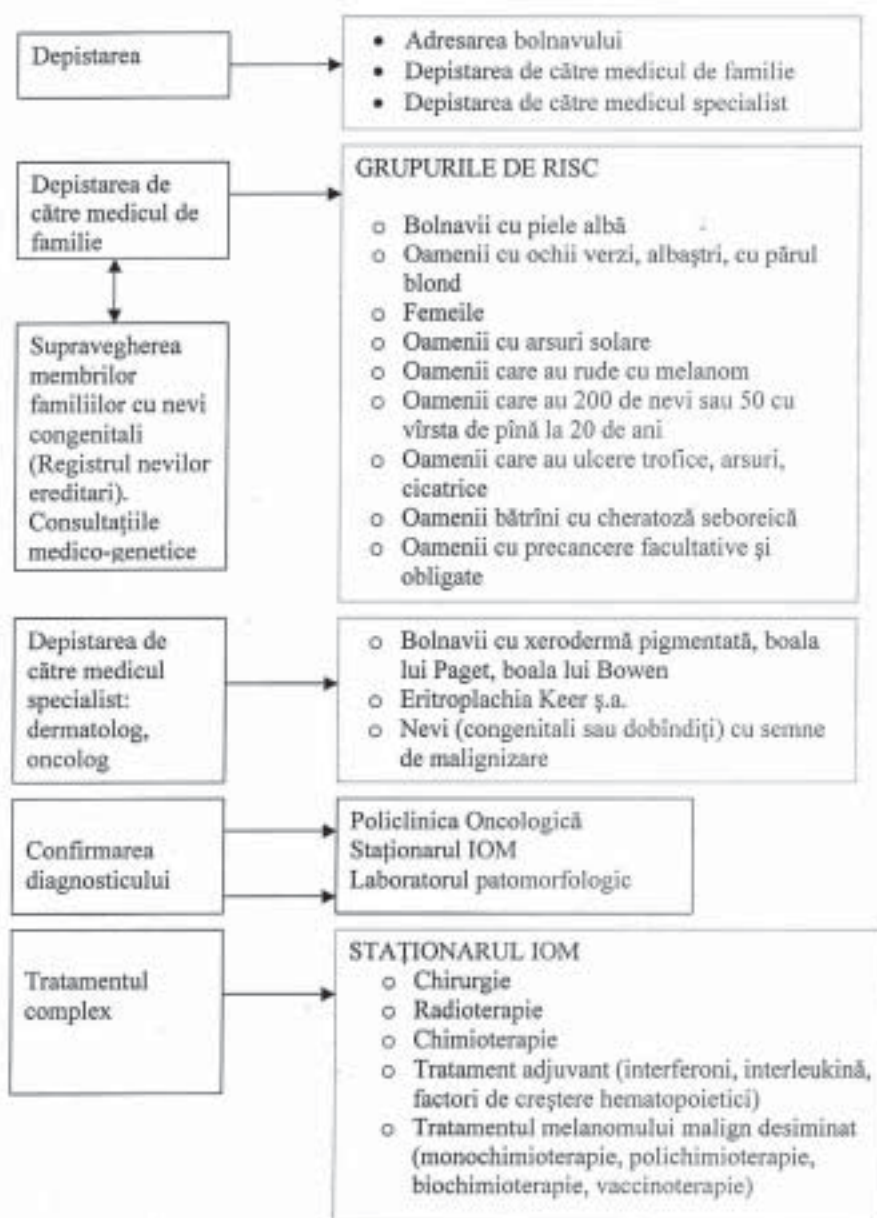


Fig. 1. Algoritm de diagnostic

Tabelul 1

## Erori și greșeli medicale

Greșeli efectuate de medici specialiști în instituțiile raionale, orășenești și municipale	Nr. fișe (bolnavi) studiate 36 (100%)	Complicațiile apărute în urma greșelilor medicale
Puncția tumorală	2 (5,6%)	○ Recidiv local – 1 (50%) ○ Hemoragie – 1 (50%)
Excizie tumorală sub anestezie locală	30 (83,3%)	○ Recidiv local – 30 (100%) ○ Metastazare – 30 (100%)
Aplicarea metodelor chirurgicale de tratament (criochirurgie, electrocoagulare)	4 (11,1%)	○ Recidiv – 4 (100%) ○ Metastazare – 4 (100%)

Rolul pacientului în profilaxia și depistarea melanomului malign cutanat

**Pacientul** --> vizionarea pielii (~2m<sup>2</sup>):

- Apariția pe pielea sănătoasă a petelor sau a nodulilor care au o culoare roșie, cafenie sau neagră

- Majorarea numărului total de pete pigmentate și congenitale

- Majorarea învolum a nevilor existenți infiltrarea bazei lor și a limitelor

- Traumatizarea nevilor

- Apariția pruritei în locul ampălasat nevilor

- Schimbarea culorii nevilor, micșorarea sau dispariția lor.

**Medicul de familie** --> grupele de risc:

- Oamenii albicioși

- Oamenii cu nevi congenitali sau dobândiți

- Oamenii care au o anamneză oncologică (pentru tumori, cancerul pielii sau melanom malign)

- Femeile care administrează contraceptive perorale sau și mai mult

- Gravidele și mamele care alăptează

- Copiii

- Oamenii care lucrează la aer liber în industria chimică, a țigărilor, cu substanțe nocive.

**Managementul clinic al diagnosticului precoce – dermatoscopia computerizată** (până la pigmentare și milienizare) apreciate cu dermatoscopul (dermatoscopul este un microscop specific care majorează imaginea de 10 ori și care permite a examina pielea fără traumarea ei cu seringă sau cu bisturiul):

1. Hiperpigmentarea nevilui sau a petelor pigmentate.

2. Păstrarea desenului pielii în locul nevilui

3. Accentuarea limitelor nevilui

4. Strălucirea nevilui sau a petelor

5. Diametrul nevilui sau a petelor

6. Lipsa la baza nevilui a sateliților papilomatoși și a necrozei

7. Lipsa pruritei.

Clinica transformării petelor

I. Schimbarea culorii

- a. hiperpigmentarea

- b. culoarea (pigmentarea) asimetrică

- c. apariția la periferia pielii pigmentate a punctelor negre.

II. Schimbarea suprafeței

- a. pata începe să se palpeze

- b. apariția unor noduli intratumorali

- c. asimetrie în grosimea petei

- d. desenul pielii e dereglat sau lipsește

- e. apare aspectul rugos

III. Schimbarea dimensiunilor

- a. apariția pigmentației în pielea adiacentă

**Managementul clinic al „familiilor cu nevi congenitali”**

Am formulat norme de ghidare în supravegherea membrilor. Acestea fiind bazate pe opiniile experților, folosind cele mai valabile, bune păreri clinice. Cu toate acestea preponderența (incidența) [biologic prematur, potențial curabil] a melanoamelor mici, detectate ca rezultat al supravegherii populației cu risc înalt, prevede o bază pentru optimism, că această strategie va reduce mortalitatea prin melanomă. În prezent demonstrația reducerii mortalității încă nu a fost detectată.

Recomandăm 2 concepții manageriale clinice:

1. Modificarea factorilor de risc pentru melanomă.

2. Supravegherea îndreptată către detectare și îndepărtarea leziunilor modificării pigmentale.

Strategia de prevenire a melanomului începe cu *educația părinților și copiilor* despre istoria naturală a nevilor normali, nevi displastici și melanom.

Membrii familiei pot fi prin aceasta împuterniciți să participe activ în propria grijă și să știe când să ceară ajutor medical.

*Principiile de evitare a soarelui și combustiiilor solare.*

O atenție sporită se acordă șederii afară în soarele amezii, recunoașterea riscurilor combustiiilor solare cauzate de reflecția razelor solare de către zăpadă sau apă, și folosirea hainelor potrivite (pălării, maiouri cu mâneci lungi, pantaloni, etc.). Utilizarea potrivită a cremelor protectoare cu SPF cu valoarea 15 sau mai mult (produsul trebuie să protejeze împotriva ambilor ultraviolete A și B) e o recomandare esențială pentru pacienții cu risc înalt. Loțiunile protectoare trebuie să fie periodic rePLICATE, după transpirație excesivă. Acest produs nu trebuie folosit ca un mod de prelungire a perioadei de timp pe care pacienții o petrec la soare.

Protecția pe care o oferă e doar relativă și expunerile la soare prelungite vor rezulta cu



îmbogățirea pielii cu raze UV în ciuda soluțiilor protectoare.

Copiii din familiile cu risc înalt ar trebui să fie protejați și învățați de părinții lor din fragedă copilărie.

Un principiu fundamental este să nu fie ars de soare, deoarece expunerile episodice intense la soare în copilărie și adolescență pot fi un factor de risc semnificativ pentru melanom.

Cu toate acestea, ar fi de greșit să afirmăm că utilizarea solarului ar trebui interzisă din cauza expunerii la UV, care prezintă un factor de risc recunoscut în apariția melanomului. Pacienții cu risc înalt trebuie, dacă e posibil, să evite ocupațiile ce presupun expunerea la razele UV.

În final, ambele – imunosupresia și folosirea Psoralen plus UV-A în tratamentul psoriazisului a fost asociat cu creșterea riscului de melanom, și e mai bine de evitat, dacă e posibil, la persoanele cu risc genetic înalt de melanom.

Scopul supravegherii pacienților cu risc înalt e recunoașterea și îndepărtarea leziunilor pigmentate, care sunt clinic sugestive melanomului sau care se schimbă într-un mod îngrijorător. Multe din leziunile îndepărtate în acest mod nu sunt maligne, dar o proporție semnificativă va fi într-adevăr precursor melanomului care se transformă în melanom și îndepărtarea cărora întrerupe calea de progresie.

Membrii familiei cu risc înalt ar trebui să se supună unei examinări amănunțite a pielii, inclusiv și scalpul, cu îndepărtarea oricărei leziuni care clinic e sugestivă la melanom. Copiii în această familie trebuie să facă prima examinare cutanată la vârsta de 10 ani, sau mai devreme dacă e indicat clinic. Fotografiiile întregului corp trebuie făcute pentru a fi folosite ca înregistrare de referință pentru următoarele examinări.

Membrii familiei trebuie să fie instruiți să-și examineze pielea, lunar, cu ajutorul fotografiilor pielii lor. Pielea trebuie să fie examinată la fiecare 3-12 luni de un asistent de îngrijire medicală, indiferent dacă nevi sunt stabili sau schimbători și a diagnosticului de melanom.

La unii membri ai familiei au fost observate schimbări accelerate ale alunițelor hormonale cum ar fi pubertate sau sarcină.

În sfârșit, leziunile pigmentate trebuie să fie rapid și consecutiv înlăturate chirurgical. Biopsia e mai bine de evitat în asemenea cazuri pentru a minimaliza riscul îndepărtării incomplete a leziunilor. Dacă un nev displastic a fost îndepărtat

cu o margine negativă, reexcizia biopsiei nu este necesară. Nu se efectuează operație de melanom pentru nevul displastic (ND). Aceasta reprezintă o intervenție chirurgicală excesivă și morbiditate cosmetică nenecesară.

Membrii familiei cu melanom sunt deseori sfătuiți profilactic să exizeze nevi, pentru a elimina riscul de melanom. Ei trebuie să fie supravegheți. Exciziile profilactice nu sunt oportune din următoarele considerente:

1. La pacienții cu nevi displastici multipli șansa ca o singură leziune să devină malignă e mică.

2. Supravegherea atentă permite clinicilor să înlătore selectiv numai nevi care au schimbări.

3. Chiar dacă toți nevi în prezent sunt înlăturați, noii nevi continuă să se dezvolte. Așadar, necesitatea supravegherii periodice a pielii nu e eliminată de intervențiile chirurgicale profilactice.

A fost demonstrat că melanomul poate lua naștere din pielea clinic normală la un procentaj mare de pacienți. Deci, înlăturarea profilactică a tuturor nevilor nu evită necesitatea în supraveghere continuă a pacienților cu risc înalt, și cu siguranță, reprezintă intervenții chirurgicale excesive pentru majoritatea pacienților.

Unica excepție la această regulă sunt nevi displastici pe scalp, care e greu de a fi monitorizați deoarece sunt ascunși de păr.

În unele clinici se efectuează testarea pentru mutații în gene  $CDK_4$  și pentru mutațiile în gene  $CDKN_2A$ , dar nu este semnificativ pentru toate familiile.

Societatea Americană a Oncologiei Clinice a clasificat melanomul ereditar ca unul din sindroame în care semnificația mutațiilor genetice este neclară și pentru care beneficiul moderat a identificării heterozigote nu e stabilit.

Actualmente testul pentru mutația genetică  $CDKN_2A$  e cel mai bun instrument de cercetare.

Ca observație clinică remarcabilă în supravegherea melanomului a fost fondată de către William Norris în 1820 până la descoperirea genicii moleculare în 1990.

Cunoaștem că ar putea fi cel puțin 4 gene implicate în melanomul familial, dintre care  $CDKN_2A$  și  $CDK_4$ . Ereditarea e un determinant al fenotipului nevilor. Ca și la leziunea melanocitelor, nevi displastici care reprezintă un risc mare melanom (familial și non-familial). Acest sistem al consultațiilor medico-genetice urmează să fie introdus și în RM.

**Sistemul informațional și decizional în diagnosticul și tratamentul melanomului malign cutanat. Crearea Centrului de Monitorizare a MM.**

În cadrul Policlinicii Oncologice se formează un centru informațional al melanomului malign, informația poate veni prin bonuri de trimitere, prin e-mail, prin telefon, fax, etc., adică din surse atât a sistemului oncologic – oncolog raional – Policlinica Oncologică, cât și din sistemul extern – adresarea voluntară a pacienților, trimiterea pacienților de către medicul de familie sau medicul specialist. Se formează un sistem informațional unic, care devine „un ansamblu format din medici de familie, medici specialiști, medici oncologi, bolnavi, care cuprind informații, analize, evaluare și decizie în cazul melanomului malign”. Acest concept este prezentat în fig. 2.

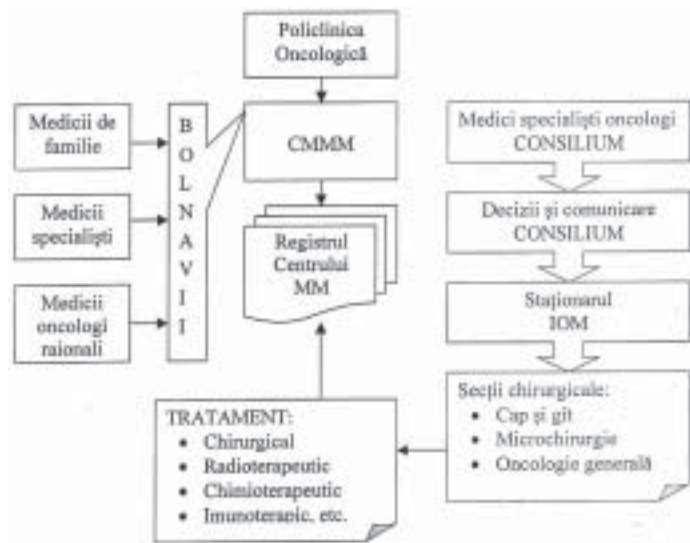


Fig. 2. Sistemul informațional și decizional melanomului malign. Centrul de Monitorizare a MM

Tabelul 2  
*Managementul chirurgical în tratamentul MM cutanat*

Stadiul TNM	Metoda de tratament
I	Chirurgicală
II	Chirurgicală, tratament adjuvant
III	Chirurgicală + tratament adjuvant
IV	Tratament sistemic, complex Chirurgie citoreductivă

În acest sistem funcționează un flux continuu de informații despre bolnavii cu nevi pigmentați și cu melanom malign inclusiv rezultatele histopatologice. Centrul dispune de Registrul

Național, Registrul municipal al bolnavilor cu MM, este format și Registrul familiilor bolnave cu melanom malign.

În cadrul informațiilor se utilizează telefonul, bonurile de trimitere și evident internetul. Sistemul informațional are următoarele componente – culegerea, sortarea, analiza minuțioasă a informației, crearea bazelor de date utilizând tehnologiile computerizate și specialiști oncologi (chirurghi, chimioterapeuți, morfologi, etc.). Informația este resursa cheie în depistarea precoce și evidențierea tratamentului.

Evident că informația are valoare atunci când este la timp, când are conținut și când este transformată în decizie corectă. Cu ajutorul informației, stării obiective, Consiliul de medici în

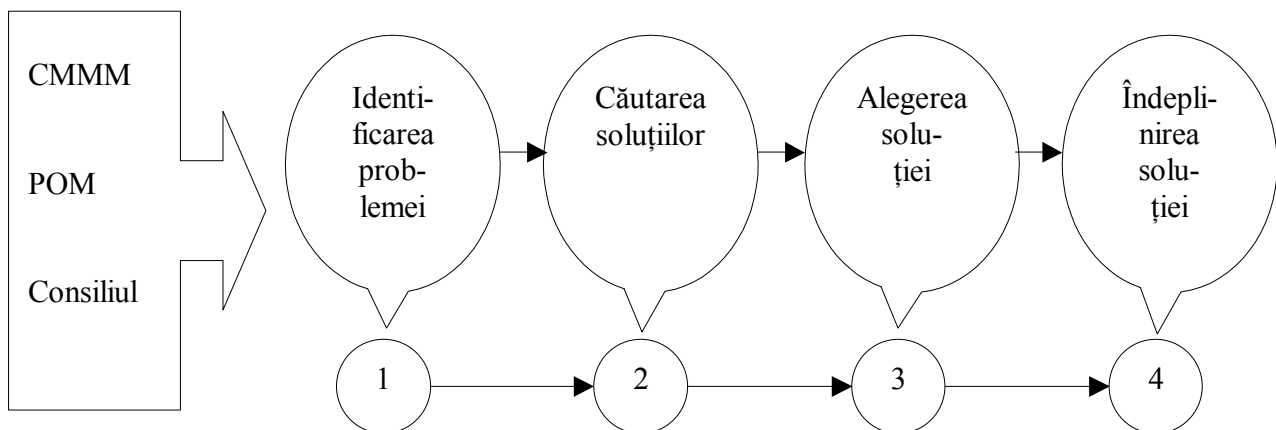


Fig. 3. Etapele deciziei în cadrul CMMM a POM pentru bolnavii cu MM

cadrul POM și a Centrului de monitorizare MM pot lua o decizie adecvată. Fiecare decizie îi aparține unui bolnav și poate avea patru faze:

- a) identificarea problemei la bolnavul cu suspiciune la MM;
- b) căutarea posibilelor soluții;
- c) alegerea soluției optime –metodei de tratament;

d) îndeplinirea soluției, adică a tratamentului complex, combinat, etc.

Suportul de decizie îl are numai Consiliul de medici din cadrul POM și CMMM, care se bazează pe experiență, intuiție, cunoștințe și discernământ.

Prezentat — 14.11.2007

Recenzent: prof. V. Cernat

Angela Savin-Grosu, Institutul de Microbiologie și Biotehnologie al Academiei de Științe din Republica Moldova, Dispensarul dermatovenerologic republican

## STUDIUL ACȚIUNII ANTIFUNGICE A EXTRACTELOR DIN SPIRULINĂ

**It was selected 42 cultures of the fungi which includes: *Trichophyton* – 27, *Candida albicans* – 7, *Microsporum* – 7, *Epidermophyton floccosum* – 2 for determination the antimycotic action of the hidroalcoholic extract of Spirulina.**

**The results turned out has revealed that the extract of the Spirulina in concentration 1mg/ml did cause the total inhibition of the fungal cultures growth. The growth of *Microsporum canis* and *Trichophyton rubrum* cultures was depressed by extract of Spirulina in 0.5 mg/ml concentration.**

**The study did prove that the extract of Spirulina possess the fungicidal action.**

**Key words: extract of Spirulina, antifungal agents, the fung pathogens.**

Pentru valorificarea acțiunii antifungice a extractelor hidroalcoolice din

Spirulină au fost selectate 42 tulpini de funghi ce includ: *Trichophyton* – 27, *Candida albicans* -7, *Microsporum* – 7, *Epidermophyton floccosum* -2.

Rezultatele obținute au demonstrat o inhibare totală a creșterii tulpinilor de funghi studiați la utilizarea concentrației de 1 mg/ml extract hidroalcoholic de Spirulină. Coloniile tulpinilor de *Microsporum canis* și *Trichophyton rubrum* au fost inhibitate și în doza de 0,5 mg/ml.

Prin acest studiu s-a dovedit că extractele de Spirulină posedă acțiune fungicidă.

### Introducere

Pentru obținerea și producerea preparatelor medicamentoase actualmente sunt valorificate noi surse de materie primă. În direcția dată sunt explorați diferiți compuși chimici, în centrul atenției cercetărilor revenind substanțelor bioactive din diverse surse vegetale.

Printre acestea, una din cele mai solicitate surse de compuși bioactivi cu efecte farmacoterapeutice pozitive este Spirulina.

Spirulina nu produce și nu elimină toxine, prioritate farmacologică importantă, care permite a o considera printre sursele principale de materie primă pentru obținerea unor medicamente (V. Rudic, 2007).

### Scopul studiului

Evaluarea acțiunii antifungice a extractelor din Spirulina.

### Obiectivele studiului

Studiul acțiunii „in vitro” a extractelor de Spirulina asupra agenților micotici patogeni pentru om.

### Material și metode

Ca material de studiu au servit speciile de funghi ce provoacă dermatofitiile și levurile ce provoacă candidozele. Materialul patologic, recoltat direct de la bolnavi a fost cultivat pe mediul nutritiv Sabouraud, izolându-se astfel 42 de tulpini ce includ speciile: *Microsporum Canis*, *Trichophyton: Trichophyton rubrum*, *gypseum*, *violaceum*, *mentogrophytes var. interdigitale*, *Candida albicans* și *Epidermophyton floccosum*.

Caracterele morfologice și culturale au fost studiate după (Satton D., 2001); Лещенко В., 1982, Cojocar I., 1979, Colțoiu M., 1993.

Extractul de Spirulina nativ s-a introdus în mediul de cultura lichid în concentrație de 0.25, 0.5 și 1,0 mg/ml.

Evaluarea acțiunii antifungice a extractelor din Spirulină și preparatelor posibil utilizate în funcție de constituent în preparatul final BioR a fost efectuată „în vitro” asupra tulpinelor de fungi: Trichophyton – 27, Candida albicans – 17, Microsporium – 7, Epidermophyton floccosum - 2.

### Studiul acțiunii extractului hidroalcoolic de Spirulină deproteinizat și depigmentat (ES-1), 10 mg/ml.

În studiu au fost luate 19 tulpine de dermatofiti.

Tabel 1

Tulpina	ES-1, mg/ml			martor
	0,25	0,5	1,0	
M. canis 01	++	+	-	+++
M. canis 02	++	+	-	+++
M. canis 03	+++	++	+	+++
Tr. gypseum 01	+++	++	-	+++
Tr. gypseum 02	+++	+	-	+++
Tr. gypseum 03	+++	++	+	+++
Tr. rubrum 01	++	-	-	+++
Tr. rubrum 02	++	+	-	+++
Tr. rubrum 03	++	+	-	+++
Tr. violaceum 01	+++	++	+	+++
Tr. violaceum 02	+++	++	+	+++
Tr. violaceum 03	+++	++	+	+++
Tr. mentagrophytes var. interdigitale 01	+++	++	+	+++
Tr. mentagrophytes var. interdigitale 02	+++	++	+	+++
E. floccosum 01	+++	+++	+	+++
C. albicans 01	+++	+++	-	+++
C. albicans 02	+++	++	-	+++
C. albicans 03	+++	++	+	+++

Notă:

- 0 colonii
- + Până la zece colonii
- ++ 1/2 cutie
- +++ Toată cutia

Rezultatele experimentului „în vitro” (tabel 1) au demonstrat că ES-1 în concentrație 1,0 mg/ml a avut acțiune inhibitorie totală asupra a 2 tulpini de Microsporium canis, a 2 tulpini de Trichophyton gypseum, a 3 tulpini de Trichophyton rubrum și a 2 tulpini de Candida albicans. Preparatul a avut inhibiție subtotală în aceeași concentrație asupra unei tulpini de Microsporium canis, Trichophyton gypseum, 3 tulpini de Trichophyton violaceum, 2 tulpini de Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale, unei tulpini de Epidermophyton floccosum. Inhibiție parțială asupra tulpinilor luate în experiment extractul a avut și în concentrație de 0,5 mg/ml.

Astfel, rezultatele obținute indică că extractul hidroalcoolic de Spirulină (ES-1) deproteinizat și depigmentat posedă acțiune antifungică pronunțată în concentrație de 1,0 mg/ml și 0,5 mg/ml asupra tulpinilor de Tr. violaceum și Epidermophyton floccosum.

### Studiul acțiunii Extractului hidroalcoolic de Spirulină ES-2 nedeproteinizat, 10 mg/ml

Tabel 2

Tulpina	ES-2, mg/ml			martor
	0,25	0,5	1,0	
M. canis 04	++	++	+	+++
Tr. gypseum 04	+++	++	++	+++
Tr. gypseum 05	+++	+++	+++	+++
Tr. violaceum 04	+++	++	+	+++
C. albicans 04	+++	++	+	+++
Tr. rubrum 04	+++	+++	+++	+++

Nota: vezi tabel 1

ES-2 nedeproteinizat a demonstrat o inhibiție subtotală asupra tulpinilor de

M. canis, de Tr. violaceum și Candida albicans în concentrație de 1,0 mg/ml și o inhibiție parțială în aceeași doză asupra tulpinilor de Tr. gypseum (nr.2) și în concentrație de 0,5 mg/ml aceeași acțiune asupra unei tulpini de M. canis, Tr. violaceum, Candida albicans și tulpinilor de Tr. gypseum (nr.2).

### Studiul acțiunii extractului hidroalcoolic de Spirulină ES-3 deproteinizat parțial, 10 mg/ml

ES-3 deproteinizat parțial a inhibat subtotal în concentrație de 1,0 mg/ml câte o tulpină de M. canis, Tr. rubrum, Tr. violaceum și C. albicans și tulpini de Tr. gypseum (nr.2). Preparatul ES-3 în concentrație de 0,5 mg/ml a demonstrat o inhibiție subtotală asupra tuturor tulpinilor luate în studiu.

**Tabel 3**

Tulpina	ES-3, mg/ml			martor
	0.25	0.5	1.0	
M.canis 05	+++	++	+	+++
Tr. gypseum 06	+++	++	++	+++
Tr. gypseum 07	+++	++	+	+++
Tr. violaceum 05	++	++	+	+++
C. albicans 05	+++	++	+	+++
Tr. rubrum 05	++	+	+	+++

**Nota:** vezi tabel 1

### Studiul acțiunii Extractului hidroalcoolic de Spirulină ES-4 deproteinizat total, 10 mg/ml

**Tabel 4**

Tulpina	ES-4, mg/ml			martor
	0.25	0.5	1.0	
M.canis 06	++	+	-	+++
Tr. gypseum 08	++	+	+	+++
Tr. gypseum 09	+++	+++	+	+++
Tr. violaceum 06	++	++	+	+++
C. albicans 06	++	+	+	+++
Tr. rubrum 06	+++	+++	+	+++

**Nota:** vezi tabel 1

ES-4 deproteinizat total în doza de 1.0 mg/ml a inhibat subtotal toate tulpinile luate în studiu, iar concentrația de 0,5 mg/ml a inhibat subtotal tulpina M. canis, C. albicans și tulpinile Tr. gypseum (nr.2).

### Studiul acțiunii Extractului hidroalcoolic de Spirulină ES-5 deproteinizat total 10 mg/ml cu mixoxantofil 1 mg/ml

**Tabel 5**

Tulpina	ES-5, mg/ml			martor
	0.25	0.5	1.0	
M.canis 07	++	+	-	+++
Tr. gypseum 10	++	+	-	+++
Tr. gypseum 11	+++	++	+	+++
Tr. violaceum 07	+++	++	+	+++
C. albicans 07	++	+	-	+++
Tr. rubrum 07	++	+	+	+++

**Nota:** vezi tabel 1

ES-5 deproteinizat total de 10 mg/ml cu mixoxantofil 1 mg/ml a avut acțiune antifungică mai pronunțată în concentrație de 1,0 mg/ml.

**Concluzie:** ES-5 deproteinizat total posedă efect antifungic pronunțat. Prezența mixoxantofilului a fortificat moderat acțiunea antifungică a ES-5 deproteinizat total.

**Tabel 6**

Tulpina	ES-loțiune 1%, mg/ml			
	0.25	0.5	1.0	Control
Tr. gypseum 17	-	-	-	+++
Tr. gypseum 18	-	-	-	+++
Tr. rubrum 11	-	-	-	+++
Tr. rubrum 12	-	-	-	+++
M.canis 11	-	-	-	+++
M.canis 12	-	-	-	+++

**Nota:** vezi tabel 1

Analiza datelor din tabelul nr.6 a demonstrat acțiunea antifungică pronunțată a ES-loțiune 1% asupra tulpinilor de Trichophyton și Microsporum.

**Concluzii.** Extractele hidroalcoolice de Spirulină posedă acțiune fungicidă și poate fi introdus în componența produselor farmaceutice cu acțiune antimicotică.

#### Bibliografie:

1. V. Rudic. BIOR .Studii biomedicale și clinice.//Chișinău, 2007, 375 p.
2. Саттон Д., Фотергилл А., Ринальди М. Определитель патогенных и условно-патогенных грибов.//Москва «Мир», 2001, 463 стр.
3. Лещенко В. М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний. //Москва, Медицина, 1982, 141 стр.
4. Cojocaru I. Elemente de dermatomicologie //Editura Medicală, București, 1977, 159 p.
5. Colțoiu Al. Micoze cutaneo-mucoase.//Dermato-venerologie, 1993, p. 200 – 259.

*Prezentat — 10.10.2007*

**Recenzent:** conf. univ. B. Nedelciuc

Jana Punga, Institutul Oncologic din Moldova

## DIAGNOSTICUL PRECOCE A CANCERULUI MAMAR LA BĂRBAȚI

The article contains information on the diagnosis of the breast cancer at men. Special attention is paid to the methods of early detection which guarantees a successful treatment. The research involves 82 patients and presents complex methods of differentiated diagnosis.

**Key words:** breast cancer at men, differentiated diagnosis.

**Actualitatea temei.** În structura morbidității oncologice de ansamblu din populația Republicii Moldova cancerul mamar (CM) deține întâietatea cu 12,8%, inclusiv CM la bărbați cu 1,6%, morbiditatea estimată la 100 000 populație feminină este de 41%000, iar în cea masculină – 0,7%000. Astfel mortalitatea printre bărbații afectați de CM constituie 0,3%000 din toate decesele oncologice, ceea ce reprezintă un procent destul de înalt pentru o maladie atât de rar întâlnită.

Eficiența curativă și inclusiv pronosticul de supraviețuire a bolnavilor cu CM depind, în primul rând, de oportunitatea și exactitatea diagnosticului. Supraviețuirea la 5 ani în cazul utilizării procedurilor curative moderne ajunge la 45%. Dacă diagnosticul a fost stabilit la timp, acest indice crește până la 60–70%, dacă mai târziu – acesta se diminuează până la 3–5% [2, 4, 5].

Luând în considerație cele relatate, direcția prioritară în dezvoltarea mamologiei contemporane este selectarea modalităților mai eficiente de diagnostic precoce a CM. Metoda de examinare clinică – cercetarea acuzelor prezentate de bolnavi, a datelor anamnestice, palparea glandelor mamare – rămâne a fi principala metoda la etapa primară de examinare [4, 5].

Se practică, însă, multiple metode diagnostice, care contribuie eficient la depistarea și aprecierea caracterului formațiunilor palpabile, cum ar fi testele morfologice – examenul citologic și cel histologic. Se folosește tot mai frecvent o serie de metode instrumentale complementare de diagnostic: termografia, mamografia, ecografia, tomografia cu rezonanță magnetică nucleară. Toate aceste tehnici diagnostice se utilizează în diverse instituții curative dispersate, nu există un sistem sau algoritm de aplicare succesivă a unor diagnostice care ar contribui la diagnosticul precoce al CM la bărbați [1, 3, 6, 7].

Scopul major al investigațiilor prezentate la acest compartiment rezidă în evaluarea de informativitate a metodelor moderne de explorare în diagnosticul precoce al cancerului mamar la bărbați.

**Material și metode.** Au fost examinați 82 bolnavi de cancer mamar. Metoda statistică, pe care s-a fundamentat analiza comparativă, a fost cea de estimare a concluziei diferențelor dintre indicatori după  $t$  – criteriul Student. Am procedat astfel la o analiză asupra corespondențelor dintre diagnosticul preventiv și cele definitive deduse prin investigație clinică, mamografie, ultrasonografie, termografie și citologie, rezultatele fiind confruntate și apreciate ca sugestivitate complexă.

O altă sarcină a studiului prevedea estimarea potențialului diagnostic al diferitor procedee de termografie activă în confruntare cu metoda originală propusă de noi pentru examene termografice ale glandei mamare masculine. În temeiul rezultatelor de estimare comparativă a metodelor de cercetare au fost modelate algoritmi diagnostice de relevare a CM și ginecomastei la bărbați.

**Rezultate și discuții.** La acest subcompartiment al studiului am analizat datele de informativitate diagnostică a diferitor metode explorative în grupul de bolnavi cu diagnosticul definitiv de CM, care au fost supuși la teste clinice, mamografice, ultrasonografice, termografice și citologice. Pentru a evalua eficacitatea metodelor de termografie activă în diagnosticul CM la bărbați, am efectuat un studiu comparativ între procedeele uzuale de termografie activă și procedeul de examen termografic elaborat de noi. Această metodă este protejată prin brevetul de autor (MD 542 G2, 5/96).

Cu scopul de a consemna eficiența diferitor procedee de termografie activă am executat o explorare specială, rezultatele căreia sunt reflectate în tabelul 1.

Tabelul 1

*Diferențele de rezultativitate diagnostică în depistarea CM la bărbați prin diferite metode de termografie activă*

Indicele evaluat	Metoda nouă		Metode clasice		t-criteriul Student	Pronostic sumativ	Rezultativitatea metodei noi de termografie activă
	%	eroarea standard	%	eroarea standard			
Frecvența de depistare a cancerului mamar la bărbați	61,1	± 8,4	48,4	± 7,6	2,17	P < 0,05	*

\* – ctiteriul rezultativității

În tabelul 1 au fost redade datele comparative de estimare a informativității metodelor de termografie activă în lotul de bolnavi cu diagnostic definitiv de cancer mamar. Din totalul de 36 bolnavi de CM examinați prin intermediul metodei noi un diagnostic cert s-a emis pentru 22 (61,1±8,4%) cazuri, iar în grupul de 31 bărbați cu CM examinați prin alte metode de termografie activă diagnostice exacte s-au dedus la 15 (48,4±7,6%) s-au arătat de valoare statistică concludentă – (P<0,05). Rezultate negative s-au remarcat la 14 (38,8±5,3%) din bolnavii de CM examinați prin noua metodă și la 16 (51,6±7,6%) cazuri din grupul examinat prin alte metode termografice. Rezultatele explorative au relevat că prin noua metodă de termografie activă CM la bărbați este depistat mai sigur decât prin metodele clasice termografice.

Cert este faptul că diagnosticul CM trebuie emis în complex cu alte metode de investigații clinice și instrumentale.

**Estimarea comparativă** a metodelor de diagnostic folosite pentru CM masculin a fost inițiată și pentru scopul de a modela algoritmi diagnostice. Am analizat în acest sens datele de iformativitate diagnostică a diferitor metode explorative în grupul de bolnavi cu diagnosticul definitiv de CM, care au fost supuși la teste clinice, mamografice, ultrasonografice, termografice și citologice.

Din cei 82 bolnavi de CM examinați prin metode clinice diagnosticul s-a emis corect la 74 (90,2±4,8%), rezultate negative s-au constatat în 8 (9,7±3,2%) cazuri. Din 71 bolnavi de CM examinați USG la 49 (69,0±6,0%) s-a dedus exact diagnosticul, iar rezultate negative s-au constatat

la 22 (30,9±4,7%) cazuri. Prin tehnica mamografiei au fost investigați 8 bolnavi de CM, la 5 (62,5±8,3%) din aceștia diagnosticul s-a recunoscut exact, iar la 3 (37,5±5,2%) s-au emis rezultate negative. La teste citologice au fost supuși 82 bolnavi de CM, inclusiv la 79 (96,3±2,7%) din aceștia a fost verificat cert diagnosticul, la alți 3 (3,6±3,6%) s-au dedus rezultate negative.

Pentru estimarea de prioritate a diferitor metode diagnostice practicate în raport cu loturile examinate la bolnavii de CM, am apreciat comparativ informativitatea acestor procedee, analizând precizia lor rezolutivă în funcție de corespunderea diagnosticului preliminar cu cel definitiv.

Informațiile deduse din confruntarea rezultatelor examenului citologic cu datele altor metode de diagnostic paraclinic aplicate bolnavilor de CM, sunt redade în tabelul 2.

Dacă reieșim din cele prezentate în tabelul 2, cea mai informativă metodă de recunoaștere a CM la bărbați la etapa prespitalicească este examenul citologic. De altfel frecvența de depistare constituie 96,3±2,7%. Analiza comparativă a examenului citologic (96,3±2,7%) cu eficacitatea examenului clinic (90,2±4,8%), ultrasonografic (69,0±6,0%), mamografic (62,5±8,3%) și cel termografic (metoda nouă) (61,1±8,4%) a demonstrat, că aceste diferențe sunt concludente și se vor extrapola asupra întregului contingent de bolnavi (P<0,001). Prin urmare, examenul citologic s-a dovedit unul din cele mai informative procedee de diagnostic al CM printre bărbații din lotul cercetat la etapa prespitalicească.

Tabelul 2

*Eficacitatea testului citologic în depistarea CM la bărbați comparată cu alte metode diagnostice*

Metode explorative	Examenul citologic		Examenul clinic		t -criteriul Student	Pronosticul sumativ	Rezultativitatea metodei de examen citologic
	%	Eroarea standard	%	Eroarea standard			
	96,3	± 2,7	90,2	± 4,8			
Metode de cercetare	Examenul citologic		Examenul USG		t -criteriul Student	Pronosticul sumativ	Rezultativitatea metodei de examen citologic
	%	Eroarea standard	%	Eroarea standard			
	96,3	± 2,7	69,0	± 6,0			
Metode de cercetare	Examenul citologic		Examenul mamografic		t -criteriul Student	Pronosticul sumativ	Rezultativitatea metodei de examen citologic
	%	Eroarea standard	%	Eroarea standard			
	96,3	± 2,7	62,5	± 8,3			
Metode de cercetare	Examenul citologic		Termografie (metoda nouă)		t -criteriul Student	Pronosticul sumativ	Rezultativitatea metodei de examen citologic
	%	Eroarea standard	%	Eroarea standard			
	96,3	± 2,7	61,1	± 8,4			

Rezultatele estimării comparative între metoda clinică, USG, mamografie și termografie (metoda nouă) pentru diagnosticarea CM la bărbați sunt reprezentate în tabelul 3.

Tabelul 3

*Diferențele pentru frecvența de depistare a CM la bărbați prin diferite metode diagnostice*

Metode de examinare	Examenul clinic		Examenul USG		t-criteriul Student	Pronostic sumativ	Rezultativitatea examenului clinic
	%	eroarea standard	%	eroarea standard			
	90,2	± 4,8	69,0	±6,0			
Metode de cercetare	Examenul clinic		Examenul mamografic		t-criteriul Student	Pronostic sumativ	Rezultativitatea examenului clinic
	%	eroarea standard	%	eroarea standard			
	90,2	± 4,8	62,5	± 8,3			
Metode de cercetare	Examenul clinic		Examenul termografic (metoda nouă)		t-criteriul Student	Pronostic sumativ	Rezultativitatea examenului clinic
	%	eroarea standard	%	eroarea standard			
	90,2	± 4,8	61,1	± 8,4			



Tabelul 4

Frecvența de depistare a CM la bărbați prin metodele ultrasonografică, mamografică și termografică

Metode de examinare	• Examenul USG		• Examenul mamografic		t-criteriul Student	Pronostic sumativ	Rezultativitatea • metodelor paraclinice
	%	eroarea standard	%	eroarea standard			
		69,0	±6,0	62,5			
Metode de cercetare	Examenul USG		• Examenul termografic (metoda nouă)		t-criteriul Student	Pronostic sumativ	Rezultativitatea • metodelor paraclinice
	%	eroarea standard	%	eroarea standard			
		69,0	± 6,0	61,1			
Metode de cercetare	• Examenul mamografic		• Examenul termografic (metoda nouă)		t-criteriul Student	Pronostic sumativ	Rezultativitatea • metodelor paraclinice
	%	eroarea standard	%	eroarea standard			
		62,5	±8,3	61,1			

Observăm și din acest tabel, că examenul clinic s-a clasat pe locul doi ca rezultativitate diagnostică pentru CM la bărbați. Și în acest caz s-au profilat diferențe semnificative între examenul clinic (90,2±4,8%), ultrasonografic (69,0±6,0%), mamografic (62,5±8,3%), precum și termografic (61,1±8,4%), ceea ce caracterizează metoda examenului clinic ca fiind una la fel de exacte teste diagnostice (P<0,001).

Rezultatele comparative de estimare a informativității metodelor de USG, termografie și mamografie în diagnosticul CM în grupul investigat de bolnavi sunt redată în tabelul 4.

Studierea comparată nu a relevat diferențe concludente pentru valoarea diagnostică în recunoașterea CM la bărbați între USG, mamografie și termografie (P>0,05). Prin urmare, se poate afirma că în lotul de bolnavi de CM ultimele trei metode pot depista CM la bărbați cu o egală frecvență.

**Concluzii.** Diagnosticul precoce în cancerul mamar este unul complex. Ca metodă de explorare metoda citologică și cea clinică sunt cele mai informative în diagnosticarea CM la bărbați. Cercetarea termografică (metoda

nouă), ultrasonografică și mamografică s-au dovedit de valoare diagnostică echivalentă în lotul examinat de bolnavi, de aceea există rațiuni ca acestea să fie aplicate ca metode complementare în diagnosticul complex al CM la bărbați.

#### Bibliografie:

1. Appelbaum A.H. Mammographic appearances, of male breast disease. Radiographics. 1999 May-Jun; 19(3): 559–68.
2. Donegan W.L. Cancer of the male breast. J. Gend Specif Med. 2000 May–Jun., 3(4):55–8.
3. Howell L.P. Equivocal diagnoses in breast aspiration biopsy cytology: Sources of uncertainty and the role of "atypical indeterminate" terminology. Diagn. Cytopatol. 1999 21(3):217–222.
4. Летягин В.П. Рак молочной железы у мужчин. Вестник РОНЦ имени Н.Н. Блохина РАМН. 2000, 4: 58–62.
5. Островская И.М., Островцев Л.Д., Ефимова О.Ю. Рак молочной железы у мужчин. Медицина. Москва. 1988, 143.
6. Плетнев С.Д., Мазурин В.Г. Термография в формировании групп риска по раку молочной железы. Методические рекомендации. Москва. 1989.
7. Трофимова Е.Ю. Комплексная ультразвуковая диагностика заболеваний молочной железы. Автореф. дисс. док. мед. наук. Москва, 2000, 50.

Prezentat — 15.08.2007

Recenzenți: prof. I. Mereuță  
conf. L. Sofroni

Victor Catrinici

## MODIFICĂRILE SISTEMULUI VASO-SEMINAL ÎN EXTINDEREA EXTRAORGANICĂ A CANCERULUI VEZICII URINARE

**The effective treatment of tumors depends on correct definition of local distribution of a tumour Elements of seed system react on extraorganic development of a tumours. the Prezents information of 79 patients with tumours of bladder. Veziculographie revealed functional and morphological changes for a stage T3 and T4. The semiotics of a defeat of elements of seed system is described.**

**Key words: tumor of bladder, veziculographie.**

Problema etiologiei, diagnosticului și tratamentului cancerului rămâne una din cele mai stringente teme ale medicinei.

Succesele oncologiei contemporane, dezvoltarea vertiginoasă a radio- și chimioterapiei au impus cercetătorilor noi probleme nu numai în direcții fundamentale de investigații, dar și în aprofundarea posibilităților de diagnostic al gradului de extindere locală a tumorii primare (Blanco Diez A., 2003; Kodama K., 2006; Oosterlinck W., 2001).

Criteriul cel mai important de selecție al metodei de tratament, eficacitatea ei și prognoza evoluției maladiei este determinarea cu mare precizie a extinderii locale tumorale (DeVita V.T., 2005; Gepi-Attee S, Gingell JC, 1994, Caremel R., 2007). Actualmente, această informație este furnizată de metodele radio-imagistice ca angiografia, tomografia computerizată, rezonanța nuclear-magnetică, ecografia etc., ce necesită aparataj enorm de scump.

Investigația radiologică a sistemului seminal - veziculografia, furnizează cercetătorilor informații suplimentare referitor la gradul extinderii locale a cancerului vezicii urinare Acest fapt este explicabil prin iinteracțiunea anatomotopografică strânsă a acestor organe cu veziculele seminale, fapt care condiționează antrenarea precoce în procesul patologic al sistemului vazo-seminal (Ludvik W., 1971; Kaprin A.D., Titova V.A. et al, 2006).

Până la momentul actual încă nu s-au dezvoltat pe deplin posibilitățile investigațiilor moderne radiocontrastante ale sistemului veziculoseminal în diagnosticul cancerului vezicii urinare și glandei prostatice.

În literatura de specialitate această problemă este tratată destul de restrâns În același timp veziculografia în aspect radiodiagnostic are o

semnificație înaltă, este simplă în realizare, e accesibilă multor instituții curative, unde sunt investigați și tratați acest contingent de bolnavi. Actualitatea temei propuse a determinat scopul și obiectivele prezentului studiu.

### Materiale și metode

În calitate de material de studiu a servit un lot de 79 de pacienți cu cancer al vezicii urinare.. Procesul tumoral cu stadiul T3 a fost stabilit la 42 pacienți și 37 cu stadiul T4. În grupul de control - 20 (13,25%) - au fost incluși pacienți cărora li s-a efectuat veziculografia în caz de suspiciune asupra afecțiunilor tumorale ale organelor bazinului mic, la fel și asupra afecțiunilor cronice specifice sau nespecifice ale prostatei, care ulterior nu au fost confirmate de alte metode de laborator, instrumentale și clinice. Veziculogramele acestui contingent de pacienți n-au înregistrat devieri de la normă a sistemului seminal.

Vârsta pacienților în majoritatea cazurilor a fost de 51-80 ani.

Acestui grup de pacienți li s-au aplicat complexul de metode radiologice de investigație (pneumocitografia sedimentară, triplocistografia, investigații angiografice). Metodele imagistice (USG, CT) au precedat complexul de investigații radiodiagnostice.

Investigația radiologică a elementelor vasoseminale-veziculografia s-a efectuat de medicul radiolog în prezența oncurologului. Preferențial s-a utilizat metoda descendentă. Reacții nu s-au înregistrat.

Prelucrarea datelor s-a efectuat utilizând criteriul Student, media aritmetică (M) și eroarea medie (m). Valoarea diferenței a fost autentică pentru  $p < 0.05$ .

Bolnavii au fost supuși unui examen minuțios și multilateral clinico-imagistic și de laborator;

### Rezultate si discuții

Modificările din sistemul deferent la afectarea tumorală a vezicii urinare sunt provocate de către proliferarea extravezicală a tumorii și pot fi de două tipuri:

1. modificarea topografiei distribuirii reciproce a elementelor sistemului seminal, la fel și coraportul cu alte organe;

2. dereglarea structurilor anatomice ale veziculelor seminale și ampulelor canalelor deferente provocată de compresiunea sau infiltrarea tumorii; dereglarea permeabilității (totală sau parțială), îmbibarea țesuturilor moi cu substanță de contrast.

Studiul lotului dat de pacieni a pus în evidență preponderent afectarea peretelui posterior al vezicii urinare în 20(25,3%) de cazuri, regiunile peretelui posterior-dreapta în 17(21,5%) cazuri și regiunea colului și triunghiului - 11 (20,3%) pacienți. Localizarea tumorii în raport cu pereții a fost depistată cistosopic și confirmată printr-o concomitentă examinare radiologică complexă (policistografia, parietografia vezicală, polipozițională, tomografia vezicii urinare, urografia, ecografia, CT. În toate punctele de localizare s-a înregistrat proliferarea extravezicală a tumorii (stadiul T3 și T4).

Unghiul intervezicular s-a modificat în direcția creșterii tumorei cu tendința vădită spre distribuție orizontală. În 12 (28,6%) observații din grupa bolnavilor cu stadiu clinic T3 stabilit mărimea unghiului intervezicular a atins  $172,3^{\circ} \pm 7,9^{\circ}$ . Devierea sectoarelor ampulare ale canalelor deferente a fost însoțită, la fel, de creșterea unghiului interampular inclusiv până la  $180^{\circ}$ . Valoarea unghiului intervezicular nu a fost permanentă și deseori depinde de vârsta bolnavului, varianta de structură a veziculelor seminale și starea organelor învecinate (vezica urinară și rect). Dezvoltarea ulterioară a procesului tumoral al vezicii urinare însoțită de infiltrarea în organele învecinate (veziculele seminale) a provocat creșterea unghiului intervezicular în 6 (7,6%) cazuri  $161,4 \pm 6,4$  ( $P < 0,05$ ). Aceasta a depins de forma histologică mai puțin diferențiată a cancerului, formă care se caracteriza printr-o proliferare malignă sporită.

Sporirea unghiului intervezicular s-a urmărit mai frecvent în cazul localizării tumorii pe peretele posterior și în regiunea colului și triunghiului vezicii urinare, mai rar la distribuția tumorii pe pereții laterali.

Devierea pe verticală sau orizontală a întregului sistem s-a înregistrat în 32 (72,6% $\pm$ 7,98%) de cazuri din stadiul T3 și în 20 (54,1% $\pm$ 1,4) de cazuri - din T4.

La infiltrarea peretelui vezicii urinare și extinderea procesului tumoral în țesutul celular paravezical veziculele seminale și ampulele canalelor deferente au suferit presiunea componentului tumoral. Asimetria localizării veziculelor seminale a fost condiționată de devierea preponderentă sub diferite aspecte a uneia dintre veziculele seminale și corespunde cu segmentele afectate ale vezicii urinare. Devierea pe verticală - caudal - a unei vezicule seminale a fost depistată în 19 (45,2% $\pm$ 11,7) observații în grupa clinică T3 cu localizarea tumorii pe pereții posteriolaterali și în regiunea colului și triunghiului vezical. Devierea pe orizontală a vezicii seminale mai frecvent s-a întâlnit la localizarea tumorii pe peretele posterior al vezicii urinare și s-a înregistrat în 63,2 % de cazuri

Ampulele canalelor deferente topografic au fost distribuite în stânga în apropiere de peretele posterior al vezicii urinare și mai medial decât veziculele seminale. Dezvoltarea componentului extravezical pe peretele posterior al vezicii urinare provoacă devierea laterală de defirint grad a elementelor seminale. Pe veziculografiile executate în incidența anteposterioară acestea s-au exprimat prin creșterea unghiului interampular, inclusiv până la cel orizontal ( $180^{\circ}$ ). Astfel de modificări s-au atestat în 17 (64,5% $\pm$ 12,0) cazuri.

Devierea medială a ampulei a fost atestată în cazul a 8 (26,7% $\pm$ 16,7) observații în care tumorile s-au localizat pe pereții posteriolaterali ai vezicii urinare.

Componentul extravezical al tumorii pereților laterali a provocat devierea medială a sectoarelor ampulare ale canalelor deferente cu mult mai rar și a fost depistată doar în 3 cazuri.

Compresiunea cauzată de componentul extravezical în dezvoltare al tumorii s-a reprezentat pe veziculogramă sub aspectul reducerii lumenului ampulelor. Reducerea

lumenului pe tot parcursul din ambele părți a fost înregistrată în 23 (54,8%±10,6) de observații în grupul bolnavilor cu etapa stabilită T3, opacifierea neregulată - în 15 (35,7%±12,8) cazuri. Reducerea unilaterală a lumenului s-a înregistrat în 16 (38,1%±12,7) cazuri de afectare a pereților laterali și posteriolaterali.

Pentru depistarea și precizarea gradului de deviere a elementelor sistemului seminal în plan orizontal au fost utilizate proiecțiile radiologice suplimentare bazate pe rotirea pacientului în jurul axei sagitale. La instalarea bolnavului, folosind proiecții suplimentare, s-au obținut rezultate optime doar prin aplicarea radioteleviziunii, ceea ce a permis vizualizarea maximală a modificărilor din partea elementelor sistemului seminal provocate de către compresiune.

Extinderea tumorii în afara limitelor vezicii urinare și infiltrarea în țesutul celular paravezical și veziculele seminale certifică gradul de extindere a T4. Tabloul radiologic în acest moment se distinge printr-o mare variabilitate.

Destrucția veziculelor seminale provocată de infiltrarea lor de către tumoarea vezicii urinare se evidențiază veziculografic prin prezența imaginilor lacunare fără contururi nete și suprafață diferită care însoțește vezicula seminală de deformare considerabilă. Infiltrarea, în veziculele seminale, a componentului tumoral localizat în regiunea colului și triunghiului vezicii a fost evidențiată de către noi în 11 (29,7%±15,5), observații în grupul bolnavilor cu etapa stabilită T4 a procesului tumoral. Pe veziculogramele executate în incidența anteroposterioară s-au înregistrat imagini lacunare fără contururi fixe pe toată întinderea veziculei seminale, cu precădere pe sectorul medial. Veziculele seminale au fost deformate considerabil. Afectarea preponderată a conturului medial a veziculelor seminale s-a explicat prin localizarea lor anatomică în raport cu peretele posterior al vezicii urinare

Afecțiunea unilaterală a veziculelor seminale a fost pusă în evidență în 23 (62,1%±10,3) de observații cu afectarea preponderentă, de către tumoare, a pereților laterali și posteriolaterali ai vezicii urinare. Semnele radiologice care mărturisesc despre infiltrarea veziculelor seminale de către tumoare (imaginile lacunare) au fost mai pronunțate în regiunea a 2/3 distale ale veziculei seminale,

inclusiv amputarea apexului Porțiunea proximală a ampulei canalului deferent la nivelul peretelui afectat al vezicii urinare a fost filiform efilată ca o consecință a compresiunii de către componentul tumoral. Sectoarele mediale ale veziculei seminale au fost intacte. Nu s-a evidențiat nici un caz de sporire a unghiului intervezicular, fapt care certifică evoluția rapidă a procesului malign, veziculele seminale au fost înlocuite total prin mase tumorale, adică a parvenit o amputare totală. Atare modificări s-au înregistrat în 5 (13,5%) cazuri. Amputarea bilaterală a veziculelor seminale nu s-a înregistrat.

Confruntarea datelor arteriografiei pelviene efectuate la 75 bolnavi a pus în evidență coincidența lor cu datele histologice în 16 (48,5%) cazuri la stadiul T3 al procesului blastomatos și la 21 (50%) de pacienți cu stadiul T4. Coincidența datelor flebografiei pelviene și patomorfologice a avut loc în 13 (65%) cazuri cu stadiu T3 și în 19 (61,3%) la stadiu T4.

Veziculografia la cei 16 pacienți cu cancer al colului vezicii urinare a avut o sensibilitate de 88,9%, specificitate de 88%, VPP – 84,2%, VPN – 91,7%; iar eficacitatea metodei a constituit 97,2%.

Valoarea veziculografiei la infiltrarea tumorii în țesutul celular paravezical are o sensibilitate de 1,2 ori mai sensibilă decât urografia excretorie și o depășește de 1,1 ori și în VPP, pe când în prevenția specificității și VPN urografia excretorie o depășește respectiv de 1,5 și 1,1 ori.

Astfel, rezultatele acestor date indică convingător asupra informativității de diagnostic destul de înalte a veziculografiei în determinarea stadiului procesului blastomatos al vezicii urinare.

Datele despre infiltrarea procesului tumorii în organele și țesuturile învecinate angiografic au fost depistate în 40 de cazuri din 42 ce constituie 95,2%.

Aplicarea flebografiei pelviene propune o informație prețioasă care vine să contribuie la precizarea gradului de extindere a tumorii vezicii urinare. Prezența fiind proliferarea extravezicală a tumorii, se înregistrează modificări de diferit caracter ale plexului vezicii și prostatic, la fel ale venelor interioare. Esența lor constă în asimetria vaselor separate, compresiunea pereților lor, reducerea și neopacifierea vaselor separate, inclusiv până la amputare. La 4 (10,8%) bolnavi cu T4 s-a înregistrat deformarea considerabilă

a venelor iliace cu prezența stazei venoase de partea afecțiunii.

Datele confruntării informației obținute de veziculografie, arteriografia palviană și flebografia pelviană sunt în tabelele 1 și 2.

Conform tab. 1 sensibilitatea veziculografiei cedează celei arteriografiei pelviene de 1,02 ori, iar specificitatea – de 1,75. Flebografia pelviană a avut o specificitate de 1,77 ori mai sporită decât veziculografia.

Datele comparative mărturisesc despre o informativitate destul de înaltă a veziculografiei, fapt care a facilitat folosirea ei în diagnostic pentru stabilirea stadiului de extindere a procesului blastomatos al vezicii urinare.

Dintre metodele imagistice aplicate la diagnosticul cancerului vezicii urinare prioritatea i-a revenit ultrasonografiei. Această metodă s-a distins printr-o înaltă informativitate în depistarea și determinarea stadiului de extindere a tumorii vezicii urinare. Totodată, la examinarea tumorilor localizate în regiunea colului, fornixului și triunghiului vezicii urinare s-au întâlnit dificultăți metodice considerabile, ceea ce a redus valoarea sa de diagnostic în localizarea respectivă.

Ultrasonografia a fost efectuată la toți bolnavii cu cancer al vezicii urinare. În grupul pacienților cu stadiul T3 al procesului tumoral ultrasonografia a vizualizat clar modelul tumoral situat pe peretele posterior în 18(22,8%) cazuri, în colul vezical – 24(30,4%) cazuri, 6 rezultate fiind fals pozitive și 2 rezultate – fals negative în cazul localizării în colul

vezical. Sensibilitatea a constituit 88,9%, specificitatea – 57,1%, VPP – 72,7%, VPN – 80%.

Tomografia computerizată a avut cea mai înaltă valoare predictiv pozitivă (90,9%), care a fost net superioară decât ecografia transabdominală (de 1,3 ori), pe când în comparație cu veziculografie - doar de 1,047 ori. Sensibilitatea veziculografiei a fost mai redusă cu 1,2% în comparație cu cea a tomografiei computerizate. De remarcat faptul, că tomografia computerizată are cea mai înaltă specificitate în comparație cu veziculografia și ecografia transabdominală în cazul determinării extinderii locale a cancerului vezicii urinare. Pe când este mai joasă decât la arteriografie și flebografie pelviană.

Eficacitatea veziculografiei în aprecierea extinderii locale a cancerului vezicii urinare a constituit 90,7%, eficacitatea ecografiei abdominale – 96,7%, iar a tomografiei computerizate – 97,5%.

Astfel, veziculografia constituie o metodă obiectivă, cu un înalt grad de informativitate în soluționarea problemei diferențial-diagnostice privind stadiul de extindere a procesului blastomatos al vezicii urinare (T3-T4). Metoda este simplă în realizare și poate fi indicată în cazurile când datele altor investigații imagistice nu sunt suficiente pentru un diagnostic cert al stadiului extinderii locale al cancerului vezical.

**Bibliografie:**

1. Blanco Diez A., Ruibal Moldes M., Suarez Pascual G., Fernandez Rosad E., Gomez Veiga F., Alvarez Castelo L., Chantada

Tabelul 1

*Aprecierea comparativă a relevanței datelor de performanță a veziculografiei, arteriografiei și flebografiei pelviene la cancerul vezicii urinare*

Metoda	Indice			
	Sn	Sp	VPP	VPN
Veziculografia	86,8%	50%	86,8%	62,5%
Arteriografia	88,9%	87,5%	92,3%	82,35%
Flebografia	88%	88,9%	91,7%	84,21%

Tabelul 2

*Corelarea datelor veziculografiei, arteriografiei și flebografiei pelviene în cancerul vezicii urinare cu stadiul clinic*

Metodele de examinare	St. de extindere a tumorii	
	T3	T4
Veziculografia	24 (57,1%)	28 (75,7%)
Arteriografia pelviană	26 (78,8%)	35 (83,3%)
Flebografia pelviană	14 (70,0%)	25 (87,1%)

Abal V., Gonzalez Martin M. Staging of infiltrating bladder cancer. Role of C.T. scan. Arch Esp Urol. 2003 Jan-Feb; 56(1):23-9.

2. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (Eds), Cancer: Principles & Practice of Oncology, ed 7 Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2005.

3. Gepi-Attee S, Gingell JC. Bilateral vasography - a simplified method. Br J Urol. 1994 Jun; 73(6):709-10.

4. Caremel R, Pfister C. [Diagnosis and treatment of superficial bladder cancers] Rev Prat. 2007 Mar 31;57(6):621-7.

5. Kaprin AD, Titova VA, Klimenko AA. [Urodynamic changes of the lower urinary tracts and their correction in combined and

complex treatment of neoplasms in organs of the small pelvic Urologia. 2006 Jul-Aug; (4):16-9.

6. Kodama K, Mizuno T, Imahori T, Ida M, Matsubara F. Concurrent diagnosis of urothelial carcinoma and squamous cell carcinoma of the bladder in a patient with a vesicorectal fistula from invasive rectal cancer. Int J Urol. 2006 Mar; 13(3): 296-8.

7. Oosterlinck W. Recent clinical trials in superficial bladder cancer. Curr Opin Urol. 2001 Sep;11(5):511-5. Review.

Prezentat — 17.09.2007

Recenzent: N. Rotaru, d.h.m.

Natalia Sainsus<sup>1</sup>, Valentina Turanscaia<sup>2</sup>, Maria Timoșco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>USMF "N. Testemițanu", Catedra Microbiologie, Virusologie și Imunologie

<sup>2</sup>Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie al AȘM

## EVIDENȚIEREA MICROORGANISMELOR SPECIEI HELICOBACTER PYLORI LA PACIENȚII CU DIVERSE AFECȚIUNI GASTROINTESTINALE

In this articles demonstrated the frequency of Helicobacter pylori in the different diseases of gastrointestinal tract and method of its determination. The present work is a scientific-practical research of the development and improvement of the diagnostic preparations and methods, based on new technological procedures and principles for quick microbiological diagnosis of the stomach and duodenal ulcer diseases. These results proved the significant advantage of the elaborated approach and test-systems, characterized by quickness, economy, specificity and sensitivity, as well as simplicity of applying in microbiological laboratories of all the groups of the curative-preventive health care network.

**Key words:** *Helicobacter pylori, stomach and duodenal ulcer diseases.*

### Introducere

Actualmente este cunoscut, că frecvența afecțiunilor ulceroase provocate de helicobacterii în mare măsură depinde de starea socială și economică a țării. Primele tulpini de microorganisme ale genului Helicobacter au fost identificate în Australia în anul 1982. Tot în acest an s-a constatat faptul participării lor în patogeneza diverselor maladii ulceroase ale stomacului, duodenului etc. În asemenea direcție și cercetările efectuate de către unii savanți [1] au demonstrat, că frecvența ulcerului gastric și duodenal cauzat de specia Helicobacter pylori permanent a fost în dependență de starea socială și economică a indivizilor investigați.

În baza analizei informației existente referitor la helicobacterii s-a evidențiat și afirmat faptul, că printre populația țării noastre bacteriile acestui gen au fost izolate în 70% de cazuri ale maladiilor ulceroase (gastrice, duodenale etc.), mai ales, canceroase. Deaceea este considerat, că în

condițiile Republicii Moldova incidența helicobacteriilor constituie circa 70% [2]. Concomitent se atestă că bacteriile numai aparținute la specia Helicobacter pylori prezintă și pericol ecologic, deoarece ele ușor se adaptează la celulele epiteliale gastrice și duodenale, colonizând și afectând intensiv mucoasa gastrointestinală [3].

Unii autori au constatat, că de către unele microorganisme se produc ureaza și citotoxinele, care provoacă inflamarea celulelor gastrice sau chiar și moartea lor, astfel distrugând bariera funcțională a epitelului gastric. Asemenea situație contribuie la dezvoltarea maladiilor inflamatoare gastrointestinale (gastritei inițial acute, apoi cronice sau celei hemoragice cu trecerea în ulcer gastric sau duodenal). Pe fondalul existent mai frecvent sunt înregistrate diverse modificări cancerogene, dintre care deseori survine adenocarcinoma și limfoma gastrică [4, 5].

Din cele expuse reiese, că frecvența înaltă a ulcerului gastric și duodenal cauzat de prezența helicobacteriilor printre populația diverselor regiuni geografice în majoritate a servit ca argument real pentru studierea acestui fapt în cadrul Republicii Moldova. De aceea scopul prezentelor investigații a fost evidențierea afecțiunilor gastrointestinale ulceroase și incidența microorganismelor speciei *Helicobacter pylori* în asemenea afecțiuni cu utilizarea diverselor metode de diagnostic.

### Materiale și metode

Realizarea cercetărilor prevăzute de scopul lucrării s-a efectuat în condițiile ambulatorii și spitalicești ale Republicii Moldova printre pacienții cu afecțiuni ulceroase gastrice și duodenale fără selectarea lor (conform numelui, vârstei, sexului, naționalității etc.). Izolarea microorganismelor din genul *Helicobacter* s-a executat din biotatetele acumulate de la 123 de pacienți, dintre care 103 colectate în cadrul Centrului Republican de Diagnosticare Medicală (Secția Endoscopie); 6 – la Spitalul Clinic Republican (Secția Gastroenterologie; 14 – la Spitalul Clinic de Asistență Medicală Urgentă (Secția Endoscopie).

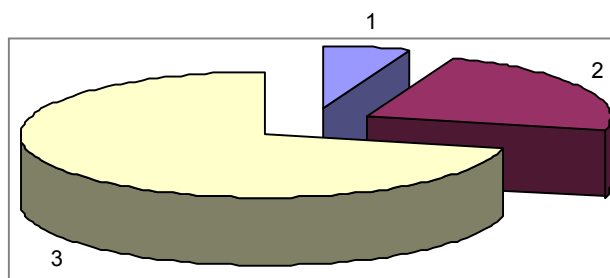
Fiecare biotat al mucoasei gastrointestinale s-a extras din regiunea ulcerului sau din antrum și s-a păstrat timp de 2 ore din momentul colectării la temperatura camerei sau 4 ore în condiții de frigider (de +4°C). Apoi s-a aplicat pe suprafața mediului nutritiv electiv (predestinat pentru izolarea, indicarea și multiplicarea helicobacteriilor, Brevet de invenție MD 1906 din 2002.04.30), care era pregătit preventiv și inclus în flacoane speciale, conform metodelor existente [6,7]. În continuare s-a efectuat identificarea helicobacteriilor în mod comparativ cu utilizarea tulpinii de referință (*Helicobacter pylori* ATCC 43504), procurată de la Centrul de Resurse Biologice "Pasteur". Toate cazurile de helicobacterioză au fost suplimentar confirmate prin metoda de diagnostic acceptată (endoscopic și microscopic).

Examenul microscopic al frotiurilor pregătite din biotatetele gastro-duodenale s-a efectuat după colorarea lor prin diverse metode: cu albastru de metilen; prin metoda lui Gram; după Geimsa, cu haematoxylin-eozin. În dependență de numărul de microorganisme în câmpul vizual s-au deosebit trei grade de diseminare microbiană a mucoasei gastro-intestinale: ușoară (+) – până la 20 c.m.,

moderată (++) – de la 20 până la 50 c.m. și pronunțată (+++) – mai mult de 50 c.m. [8, 9]. În scopul diagnosticării helicobacteriozelor comparativ cu metoda microscopică s-a utilizat și metoda activității enzimatică (a ureazei, fosfatazei, oxidazei și catalazei).

### Rezultatele studiului

În rezultatul studiului biotatetele acumulate s-au obținut date, care sunt reflectate pe fig.1.



**Fig.1. Raportul cantitativ al afecțiunilor la 123 de pacienți cercetați = 100%**

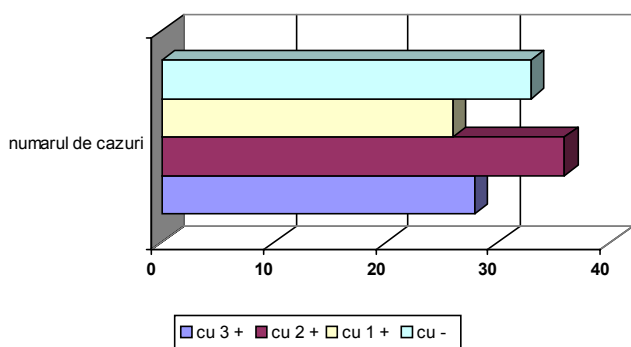
1 – ulcer duodenal, 2 – gastrita eritematoasă, 3 – ulcer gastric

Din ele reiese, că s-au depistat 123 cazuri pozitive referitor la *Helicobacter pylori*, dintre care 71,54% s-au obținut de la pacienții cu ulcer duodenal; 22,76% - cu gastrită eritematoasă și numai 5,70% - cu ulcer gastric. Deci în majoritate, biotatetele duodenale au fost pozitive referitor la helicobacterii.

Analiza datelor investigațiilor microscopice a frotiurilor colorate prin diverse metode a evidențiat, că nu în toate cazurile prezenței cauzantului provocator al infecției (*Helicobacter pylori*) poate fi demonstrată exclusiv prin metoda microscopică, deoarece răspândirea bacteriilor în stratul mucoasei nu e uniformă. Respectiv poate fi prelevată o porțiune cu o cantitate minimă de bacterii, ne fiind observată microscopic.

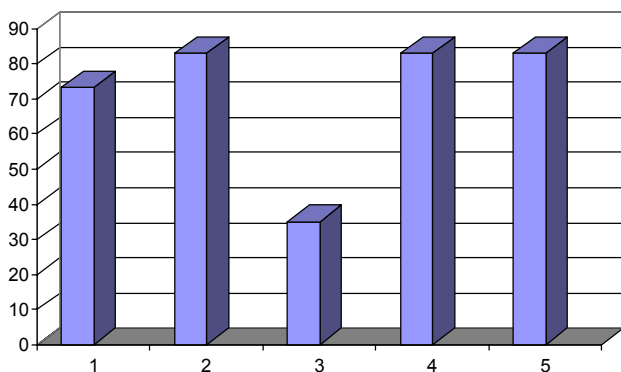
Stabilirea corectă a diagnosticului infecției cu *Helicobacter pylori* și rapid cu determinarea sensibilității acestor bacterii la antibiotice asigură rezultate terapeutice mai efective cu o remisie de lungă durată, ameliorează starea sănătății persoanelor suferinde și reduce cheltuielile pentru diagnostic și tratament.

Ulterior s-a utilizat procedeul complex de diagnostic microbiologic rapid al ulcerului gastric și duodenal, iar rezultatele obținute sunt demonstrate pe fig.2.



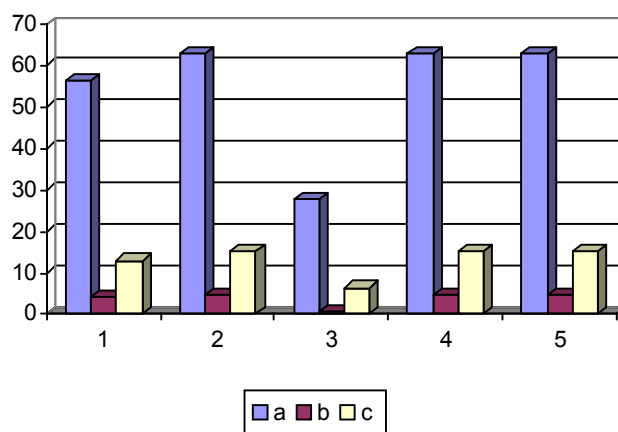
**Fig. 2. Datele microscopiei la 123 de bioptate**

Studierea microbiologică a bioptatelor prelevate din antrum și din marginea ulcerăției referitor la prezența microorganismelor de H.pylori cu aprecierea, în același timp și a activității enzimatică a agentului patogen s-a constatat, că din 123 de mostre: 90 s-au dovedit a fi microscopic- pozitive, ceea ce a constituit 73,17%. Considerăm, că datele obținute despre diagnosticul helicobacteriozei prin utilizarea activității enzimatică a prelevatelor și mai ales, referitor la următoarele enzime: ureazei, oxidazei, catalazei sunt comparativ mai informative, deoarece au permis evidențierea a 102 de mostre pozitive sau 82,92%. Concomitent activitatea fosfatazei s-a dovedit a fi puțin informativă, fiindcă a constituit numai 34,95% (43 din 123 cazuri). În continuare s-au determinat indicii comparativi ai microorganismelor speciei H.pylori în bioptatele duodenale și gastrice cu utilizarea diverselor metode expuse în precedent. Rezultatele obținute sunt relatate pe fig.4.



**Fig. 3. Raportul comparativ-cantitativ al activității enzimatică și a examenului microscopic a prelevatelor mucoasei referitor la H.pylori.**

Metoda utilizată:  
1 – microscopică; 2-5 – activitatea enzimatică: 2 – a ureazei; 3 – a fosfatazei; 4 – a oxidazei și 5 – a catalazei.



**Fig. 4. Indicii comparativi ai microorganismelor speciei Helicobacter pylori în bioptatele duodenale și gastrice cu utilizarea diverselor metode de investigare.**

Metoda utilizată: 1 – microscopică; 2-5 – activitatea enzimatică: 2 – a ureazei; 3 – a fosfatazei; 4 – a oxidazei și 5 – a catalazei. Loturile de bioptate: a – obținute de la pacienții cu ulcer duodenal; b – cu ulcer gastric; c – cu gastrită

Analizând aceste date putem relata, că investigațiile efectuate cu utilizarea metodei microscopice a demonstrat prezența microorganismelor speciei Helicobacter pylori la pacienții cu ulcer duodenal în 69 bioptate, ceea ce a constituit 56,09%; la pacienții cu ulcer gastric au fost pozitive 5 bioptate (4,06 %), iar la cei cu gastrită eritematoasă - 16 bioptate (13,00%). Și în cazul dat rezultatele obținute prin activitatea enzimatică s-au dovedit a fi mai informative comparativ cu cele microscopice.

Analizând raportul comparativ-cantitativ al activității enzimatică cu examenul microscopic s-a constatat, că rezultatele obținute conform activității enzimatică de asemenea se înregistrează, preponderent, la pacienții lotului I (cu ulcer duodenal). Locul doi îl ocupă cei din lotul II și în majoritatea se evidențiază prezența speciei Helicobacter pylori la pacienții cu ulcer gastric. Concomitent menționăm, că activitatea enzimatică în bioptatele testate a aprovizionat obținerea rezultatelor mai informative pentru diagnosticul comparativ cu metoda microscopică ceea ce poate fi recomandat pentru realizare în practica de diagnosticare a helicobacteriozei.

**Discuții și concluzii**

Dacă din informația existentă [3, 10, 11] reiese, că actualmente în Republica Moldova



evidențierea helicobacteriilor atinge nivelul de circa 70%, care a fost confirmată numai de rezultatele studiilor microscopice, apoi datorită cercetărilor efectuate cu utilizarea procedurii complexe de investigare a fost posibilă obținerea datelor științifice comparativ mai reale (până la 75 %). Deci în baza rezultatelor nominalizate s-a constatat raționalitatea evidențierii prezenței microorganismelor speciei *Helicobacter pylori*, în deosebi, cu utilizarea concomitentă a activității enzimatică a bioplatelor.

**Bibliografie:**

1. Marshall BJ. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. // Lancet 1983.-I:1273-5.
2. Dubois Andre. Spiral bacteria in the human stomach: The gastric Helicobacters. // EID.-1995.-volume 1.-number 3.-July-September.
3. Țuculanu D., Romoșan I. // Medicina modernă.-1997.-vol.IV.-nr.1.-P.3-11.
4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. и др. // Диагностика и лечение болезней органов пищеварения.-М.- Медицина.-1993.

5. Корсунский А.А., Изачик Н.А. и др. // Всесоюзный съезд гастроэнтерологов, 4-й.-М.-1990.-Т.1.-С.334-335.
6. Andersen L.P., Killeric S., Pedersen G., et al. An Analysis of Seven Different Methods to Diagnose Helicobacter pylori Infection.- Scand. J. Gastroenterology.- 1998.- 33:24-30.
7. Coman G., Burlea M., Butnaru F., Iancu L., Mihăilă D. Evaluarea testului ELISA cu truse Pyloragen IgG și IgA în diagnosticul infecției cu Helicobacter Pylori la copii. //Rev. Med. Chir.- 2000.-104: 99-102.
8. Аруин Л.И., Смотровая И.А. // Арх.пат.-1988.-Т.50.-№ 2.-С.13-18.
9. Ломов С.Ю. // Журн. микробиол.-1997.-№6.-С.108-111.
10. Sicinschi L. Infecția cu Campylobacter.// Chișinău.-1998.-329 p.
11. Sainsus Natalia. Autoreferat al tezei de doctor în medicină. // Chișinău.-2003.-22 p.
12. Ito M., Tanaka S., Kamada T. et al. Causal role of Helicobacter pylori infection and eradication therapy in gastric carcinogenesis. //World J. cells to the infestation? //Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. - 2005. – 14(8): 1859- conventional methods and a novel device for gastric juice analysis during endoscopy. //Endoscopy. – 2005. – 37(10): 966-976.

Prezentat — 5.12.2007

Recenzent: prof., acad., Aurel Saulea

Liuba Munteanu d.ș.m.,  
Institutul Neurologie și Neurochirurgie, USMF “N.Testemițanu”

**DUREREA CRONICĂ – PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ CU IMPACT MAJOR ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII**

**Chronic pain is a medico-social problem with major impact on life qualite of patients and their families. It is important simultaneously to give reason for epidemiological, social and economic influence of a chronic pain as separate nosologic part, and the basic management principles of treatment and full rehabilitation.**

**Key words: epidemiology of pain, management, cronic pain.**

Calitatea vieții unei personae este o noțiune complexă ce ține de câteva aspecte de bază: percepția individuală asupra propriei poziții în viață, percepția vieții în contextual valorilor culturale și al sistemului în care trăiești, în contextul țelurilor, priorităților morale și spirituale (WOHQOL Group, 1993). Datele epidemiologice confirmă faptul că durerea este un sindrom extrem de răspândit cu amprentă majoră asupra calității vieții populației. Câteva studii recente bazate pe date comunitare din Uniunea Europeană au evidențiat că aproximativ 50% din adulții luați în studiu suferă de unul sau mai multe tipuri de durere. Durerea cronică este o problemă acută ce vizează direct calitatea vieții atât a pacienților, cât și a familiilor acestora.

Această corelație este privită sub mai multe aspecte — social, economic, în corelație cu mediul înconjurător, de evaluare mintală, de sănătate fizică, al activităților zilnice elementare și indispensabile, în funcție de necesitățile de bază reieșind din aspectele morfofuncționale, psihoemotive și sociale. Cele cinci categorii esențiale ale necesităților sunt plasate în niveluri conform importanței fiziologice și adaptibilității persoanei în socium (în conformitate cu recomandările savantului Abraham Maslov) (fig.1).

Satisfacerea tuturor categoriilor de necesități care, de altfel, se află în corelație reciprocă, stă la baza asigurării nivelului optimal al calității vieții.

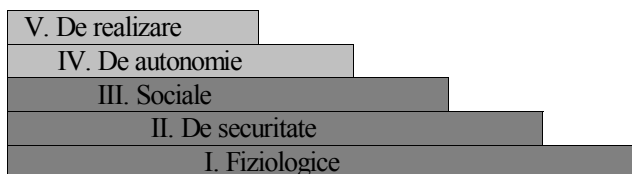


Figura 1. Piramida necesităților

Durerea, în esența manifestărilor sale, pezintă ceea ce pacientul spune că este și conform criteriilor de evaluare reprezintă un fenomen în exclusivitate subiectiv dar care dintr-un element pur subiectiv devine un indicator obiectiv al stării generale a pacientului, a evoluției maladiei, a eficienței asistenței medicale și a nivelului calității vieții persoanei. În definiția dată de OMS vizînd termenul de durere, acest fenomen este prezentat ca o experiență senzorială și emoțională neplăcută, însoțită de leziuni tisulare actuale/potențiale sau descrisă în astfel de termeni (IASP 1992). Aspectele moderne de management a durerii sunt complexe și bazate pe principiile manageriale generale ca metodologie de conducere a procesului de producere, care include diferite metode, principii, mijloace și forme de conducere a producerii, în scopul ridicării eficacității și a plusvalorii în aspect științific despre relațiile dintre oameni în procesul producerii, dintre producător și consumator.

În contextul structurii ierarhice sindromologice durerea constituie una dintre problemele majore ale asistenței medico-sociale. În funcție de istoricul bolii, examenul fizic și mecanismele fiziopatologice implicate sindroamele dureroase se clasifică în sindroame nociceptive și neuropatice.

Durerea nociceptivă, ca mecanism fiziopatogenetic este caracterizată prin activarea terminațiilor nervoase specifice consecutiv leziunii tisulare și este considerată o reacție de răspuns fiziologic, cu rol protectiv în special în formele sale acute, manifestînd un aport considerabil pentru procesul curativ-recuperatoriu.

Durerea neuropatică, este specificat că se declanșează ca urmare a unei leziuni sau disfuncții la nivelul sistemului nervos periferic sau central și este definită prin mecanismele specifice pur patologice, fără beneficii de tip protectiv asupra organismului. Durerea neuropatică este de caracter cronic și persistent, fiind de regulă însoțită în mod frecvent de sindroamele de disfuncție psihoemoțională.

În acest context dacă durerea acută reprezintă un simptom sau o leziune, durerea cronică la rîndul

său, constituie o problemă majoră de sănătate fiind definită ca maladie de sine stătătoare.

Principiile moderne de management a durerii sunt complexe și cuprind niveluri net definite: identificarea durerii, evaluarea cu cuatificare (scale) și documentare (notare în foaia de observație), evaluarea unor factori concomitenți (disconfort, anxietate), stabilirea obiectivelor terapeutice (end-points), implementarea planului de tratament (măsuri farmacologice și nefarmacologice), reevaluarea durerii (evaluarea eficienței măsurilor terapeutice), continuarea algoritmului de tratament pînă la atingerea obiectivelor propuse (nivel adecvat de analgezie) și stabilirea intervalului de timp la care se face reevaluarea durerii.

Ținînd cont de aspectele epidemiologice, clinice și de tratament a sindroamelor algice, durerea nu este privită doar ca problemă pur medicală, dar și în aspect socio-economic și implică o abordare complexă în context managerial. Procesul managerial al durerii fiind o înlănțuire de decizii transpuse în acțiune, asigură echilibrul dinamic al proceselor curativ-recuperatorii și include cîteva etape:

- diagnosticul.
- pronosticul variantelor posibile;
- decizia — varianta unică;
- planificarea și programarea activității de realizare a deciziei;
- dirijarea realizării;
- controlul și rezultatul.

Fiind abordată în contex medical cît și ca problemă economico-socială durerea cronică este estimată sub aspecte mai ample: costuri ale serviciilor de sănătate și de medicație, absenteism profesional și disfuncționalități la locul de muncă, diminuarea veniturilor în cazul pacienților ce suportă durere, non-productivitate profesională și habituală, efort financiar, alocații de somaj, costuri de asistență socială.

Mărimea epidemiologică a durerii cronice în termenii suferinței umane și a costurilor sale sociale este impunătoare. Devine o necesitate strictă aprecierea adecvată și focalizarea atenției alocate acestei probleme și implementarea măsurilor specifice de tratament și reabilitare în managementul durerii cronice la toate nivelurile (fig.2).

Ca rezultat a studiilor estimărilor costurilor financiare totale ale durerii, în special al durerii cronice, a fost constatat că volumul lor este la același nivel ca și ale cancerului sau al bolilor cardiovasculare.

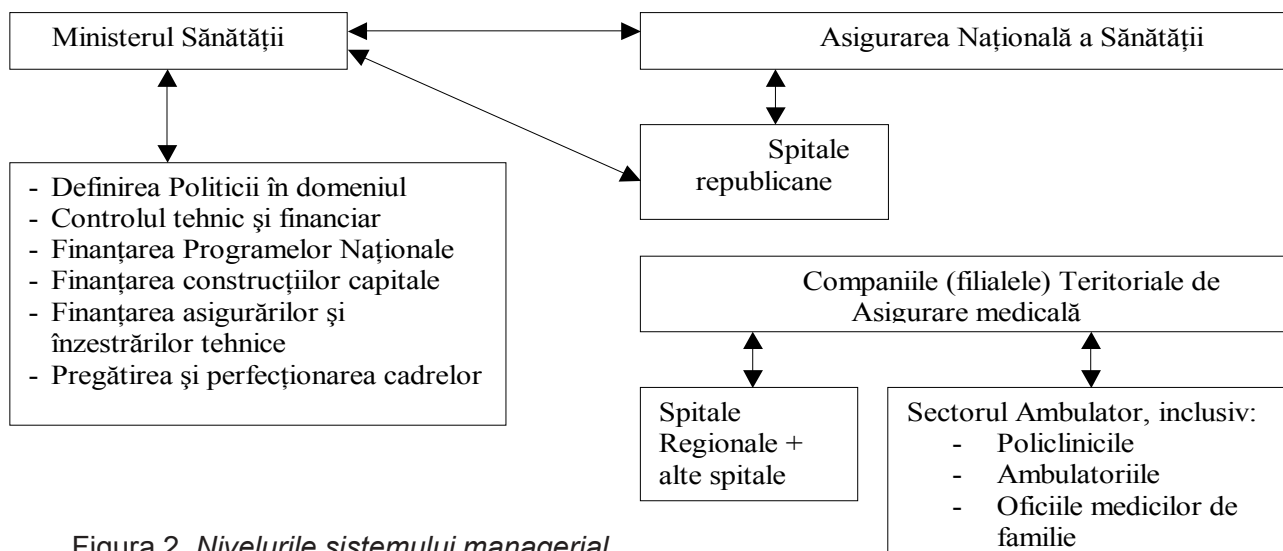


Figura 2. Nivelurile sistemului managerial

Impactul durerii ca problemă medico-socială asupra calității vieții populației este major. În acest context principiile manageriale ale durerii necesită o abordare complex direcționată și implementare la toate nivelurile de activitate medico-socială.

Durerea neuropată este definită ca un sindrom cronic apărut după o injurie a sistemului nervos periferic sau central. Durerea neuropată este o disfuncție neurologică complexă asociată cu modificări senzitive combinate (parestezie, disestezie, hipoestezie, hiperalgezie, alodinie, etc.) în aria afectată și la distanță. Trepiedul simptomatic este reprezentat de:

- **durere** sub formă de junghi sau arsură cu caracter surd sau pulsatil, de obicei în paroxisme;
- **alodinie** mecanică sau termică - durerea intensă și prelungită evocată de stimuli inofensivi mecanici sau termici;
- **hiperalgezie**, durere anormal de intensă și prelungită provocată de stimulii noxici.

Leziunea nervului periferic induce modificări biofizice în celulele din maduva spinării numite microglia, celule imune ale sistemului nervos, care s-a dovedit că sunt implicate în durerea neuropată.

Durerea neuropată este persistentă și deseori refractară la medicația curentă, în mod particular la opioide. Mecanismele care stau la baza durerii neuropate sunt complexe și sunt localizate la nivel periferic și/sau central. Periferic: sensibilizarea neuronului senzitiv primar; activarea neuronală spontană cu apariția de pacemaker ectopice; conexiuni inter-neuronale anormale între axonii demielinizați adiacenți; inflamația neurogenă. Central: sensibilizarea neuronilor din cornul dorsal

medular; producerea de noi aferente neuronale (remodelare neuronală), fibre nervoase rezistente la efectele inhibitorii ale endorfinelor; dezaferentarea segmentară sau supra-segmentară; creșterea numărului (up-regulation) receptorilor ce mediază procesele excitatorii.

Injuria parțială de nerv periferic duce la o creștere a excitabilității generale a neuronilor măduvei spinării, asemănătoare celei observate după stimularea prelungită a nociceptorilor C. Această sensibilizare centrală neuropată se datorează probabil activității în fibrele C sensibilizate patologic, care sensibilizează neuronii cornului dorsal medular prin eliberare de GLU (EAA) și de substanța P, mediatorii care acționează pe receptorii NMDA și NK (NKR) situați pe membrana post-sinaptică.

Managementul durerii neuropate este destul de dificil deoarece durerea neuropată este de regulă refractară la terapia convențională și integrează cele patru elemente ale conceptului complex al durerii cronice abordată în contextul noțiunii de "durere totală" introdus de Dame Cicely Saunders: fizic, psihic-emoțional, social și spiritual.

Algoritmul de tratament și recuperare a durerii cronice include:

I. Etapa de diagnostic - determinarea obiectivelor tratamentului.

II. Etapa de tratament și recuperare:

- tratamentul farmacoterapic
- nonmedicamentos: metode fizioterapice, kinetoterapice, psihoterapice, chirurgicale, neuromodulatorii: (neurostimularea, terapia intratecală, neuroablația).

Scopurile de bază ale tratamentului sunt: reducerea durerii și creșterea abilității funcționale, acestea incluzând îmbunătățirea somnului, reducerea stresului astfel încât să fie posibilă întoarcerea la activitățile zilnice. Tratamentul inițial depinde de tipul de durere și de severitatea acesteia, la fel de mult ca și de legătura durerii de traumatisme, boli sau cauze necunoscute. Adesea, o combinație de terapii este combinația ideală. Se pot utiliza: medicația sistemică – tratamentul farmacologic clasic cuprinzând: antidepressive (amitriptilina, desipramina, fluoxetin), anticonvulsivante: gabapentinul a atras recent atenția deoarece eficiența sa în tratarea durerii neuropate a fost verificată atât în studii clinice cât și pe modele animale, are eficiență mai mare decât carbamazepina cel mai frecvent utilizat dintre anticonvulsivante, sau decât valproat și lamotrigin, anestezice locale/antiaritmice (mexiletina, tocainida), NSAIDs/Coxibi, antagoniști pentru receptorii NMDA (dextrometorfan, ketamina), opioide, fizioterapia, psihoterapia, tehnici invazive, stimularea peridurală medulară/corticală sau tehnici chirurgicale.

Abordarea terapeutică a durerii cronice este dificilă, cu atât mai mult cu cât complexitatea și gradul de afectare psihică a pacientului sunt mai mari. Concluzia ar fi că, din punct de vedere managerial, este mult mai economică și mai eficientă atitudinea de prevenire. De altfel durerea

cronica nu poate fi întotdeauna prevenită. În acest context se recomandă tratarea cât mai repede a problemelor de sănătate, alternarea repausului cu activitatea în timpul zilei, o dietă sănătoasă și reducerea stresului din viața de zi cu zi.

Prevenirea primară constă în folosirea unor metode de profilaxie a transformării durerii acute în durere cronică - tratamentul energetic al afecțiunilor ce pot da sechele dureroase. Prevenirea secundară urmărește diagnosticarea precoce și tratamentul energetic mai ales în afecțiuni care predispun la apariția unor complicații neurogene. Prevenirea terțiara are ca scop minimalizarea suferințelor dureroase pentru prevenirea sau diminuarea tulburărilor psihogene.

#### Bibliografie:

1. Amundsen T, Weber H, Nordal HJ, Magnaes B, Abdelnoor M, Lilleas F. Lumbar spinal stenosis: conservative or surgical management?: A prospective 10-year study. *Spine*. 2000 Jun 1;25(11):1424-14.
2. Dvorak J, Valach L, Fuhrmann P, Heim E. The outcome of surgery for lumbar disc herniation. II. A 4-17 years' follow-up with emphasis on psychosocial aspects. *Spine*. 1988 Dec;13(12):1423-1427.
3. Crombie I.K. et al. *Epidemiology of Pain*, IASP Press, Seattle, 1999.
4. Raj P. P. (ed.) Ed. Mosby, St. Louis *Practical Management of Pain*, Third Edition, 2000.

Prezentat — 17.09.2007

Recenzenți: **conf. Ion Oncianu**  
**N. Piteschi, specialist ATI**

Dumitru Butucel, IMSP Institutul Oncologic din Republica Moldova

## METODĂ DE PLASTIE A DEFECTELOR MARI ALE PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR ÎN REGIUNEA HIPOGASTRICĂ

**The method of plastic of anterior abdominal wall in hypogastric region , which includes the local tissue application , which is characterized by that as a plastic material are used 3 cutaneous-subcutaneous- fascial lambous, when two of them are formed from forming of duplication of superior margin of deepitermised wound and fixed superior aponeuroses and inferior margins of musculus rectus abdomini and oblique' s inferior by symphysis pubis and saved soft tissue , and the third is formed by inferior margin of wound which is settled on formed duplication and fixed at the border of intact and deepitermised skin.**

**Key words: abdominal wall, hypogastric, defect, plastic.**

Regiunea hipogastrică a peretelui abdominal anterior are unele particularități anatomice care o deosebesc de regiunea mezogastrică și epigastrică. Fiecare *m.rectus abdominis* se află în teaca dreptului abdominal, care se formează

din aponevrozele celor 3 mușchi lași ai peretelui abdominal anterior. Teaca dreptului abdominal are perete anterior și posterior, iar peretele posterior este prezent numai la nivelul a 2/3 proximale a *m.rectus abdominis*; în treimea inferioară, mai jos

de *linia arcuata* peretele posterior al tecii dreptului abdominal lipsește și aici *mm.recti abdominis* cu suprafețele lor posterioare sunt așezați pe *fascia transversalis*. *Linia arcuata* este situată la 4-5 cm mai jos de ombilic. Mai sus de această linie peretele anterior al tecii dreptului abdominal se formează din foițele aponevrozei *m.obliquus externus abdominis* și foița anterioară a aponevrozei *m.obliquus internus abdominis*, iar peretele posterior – din foița posterioară a aponevrozei *m.obliquus internus abdominis* și aponevroza *m.transversus abdominis*.

Mai jos de *linia arcuata* aponevrozele tuturor trei mușchi formează peretele anterior al tecii dreptului abdominal mai trainic, însă aici teaca *m.rectus abdominis* nu are perete posterior și acest mușchi este așezat numai pe *fascia transversalis*.

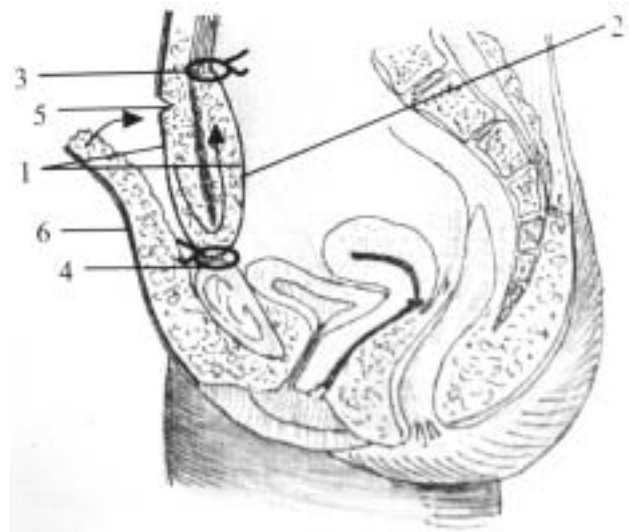
În tumorile voluminoase ale țesuturilor moi ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică se impune necesitatea exciziei largite a tumorilor împreună cu segmente de mușchi, teci musculare, aponevroze, în rezultatul căreia se formează defecte mari tisulare, care din cauza particularităților anatomice descrise prin metodele cunoscute sunt greu de închis.

Este cunoscută metoda chirurgicală prin care plăgile operatorii mediene ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică sunt suturate cu ligaturi de diferite configurații, în rezultatul cărora se restabilesc tecile *mm.recti abdominis* (1). De asemenea este cunoscută metoda de restabilire a tecilor *mm.recti abdominis* prin transplante autodermale în herniile ventrale (2).

Aceste metode sunt aplicate în cazul când mușchii peretelui abdominal nu sunt lezați și contribuie la restabilirea complexului morfo-funcțional al acestei regiuni. Însă, după înlăturarea tumorilor voluminoase ale țesuturilor moi cu implicarea în proces a mușchilor, tecilor, aponevrozelor peretelui abdominal în hipogastrie se impune necesitatea rezecării lor segmentare, care complică posibilitățile de restabilire a peretelui abdominal în regiunea dată.

În legătură cu aceasta a fost elaborată o metodă de plastie pentru închiderea defectelor mari ale peretelui abdominal anterior în această regiune. Esența metodei propuse de plastie constă în faptul că după înlăturarea tumorii defectul tisular format este închis prin utilizare în calitate de material plastic a trei lambouri

pluristratificate din însuși peretele abdominal: printr-o incizie modificată tip Pfannenstiel de la *spina iliaca anterior superior dextra* până la *spina iliaca anterior superior sinistra* se disecă pielea, țesutul adipos subcutan, tecile *mm.recti abdominis* și aponevrozele celor oblici, se înlătură tumora într-un bloc unic cu țesuturile adiacente implicate în procesul tumoral fără a deschide neoformațiunea. Defectul tisular format este substituit în modul următor (des.1):



Des. 1

Preventiv măsurând în ce măsură pot fi extinse structurile păstrate ale peretelui abdominal se separă lamboul superior, suprafața necesară a căruia se deepidermizează (1). Lamboul deepidermizat este plasat sub formă de duplicatură (2) și este suturat cranial de marginea inferioară a segmentelor păstrate ale dreptilor abdominali, cei oblici și de aponevrozele lor (3). Ulterior marginea inferioară a acestui lambou deepidermizat în duplicatură este suturată de țesuturile moi păstrate și de simfiza pubiană (4), apoi de partea anterioară a lamboului în duplicatură este suturat ligamentul inghinal din ambele părți. Printr-o incizie suplimentară a pielii până la țesutul adipos subcutan se formează un hotar (5) între pielea intactă și pielea deepidermizată a lamboului. Lamboul inferior este așezat asupra lamboului deepidermizat în duplicatură și este suturat de marginea pielii intacte a inciziei suplimentare (6). Astfel, defectul tisular al peretelui abdominal anterior este suplinit cu trei lambouri pluristratificate.

Exemplu 1: Bolnava S., 45 ani, fișa de observație Nr.11715-515, a fost internată cu

diagnosticul: Tumor al țesuturilor moi ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică. În timpul intervenției chirurgicale a fost depistată o neoformațiune a țesuturilor moi care ocupa regiunea inferioară mezogastrică și cea hipogastrică de mărimi 20x15 cm și care concreștea m.drept abdominal și cei oblici pe dreapta și parțial pe stânga. Pe cale oarbă și prin secționare tumora a fost decolată de pe vezica urinară și s-a înlăturat într-un bloc unic împreună cu segmentele de mușchi, teci și aponevroze implicate în proces. S-a format un defect 20x25 cm. La bolnavă era un perete abdominal flax, extins. Măsurând preventiv în care măsură poate fi întins peretele abdominal anterior, care după înlăturarea tumorii, a segmentelor musculare și aponevrotice era format din piele, țesut adipos subcutan și parțial din din aponevroze s-a efectuat plastia defectului după metoda descrisă. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. La examenul histologic Nr.45279-82/07 – Fibrom. Bolnava a fost externată în stare satisfăcătoare la domiciliu peste 16 zile după operație.

Au trecut 9 ani și 2 luni după operație. În prezent semne de recidivă a tumorii, relaxare a peretelui abdominal sau hernii ventrale nu se determină.

Această metodă de plastie a peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică poate fi aplicată cu succes atât în tratamentul chirurgical al tumorilor țesuturilor moi, cât și în herniile mari ventrale, mai ales la pacienții cu perete abdominal flax. Aplicând anume trei lambouri pluristratificate din însuși peretele abdominal este posibilă o fixare mai sigură a peretelui abdominal anterior, ceea ce protejază pacienții de intervenții chirurgicale repetate.

**Bibliografie:**

1. Е.Н.Любых. Способ ушивания срединных операционных ран брюшной стенки в гипогастрии. – авторское свидетельство RU 2021763 С1.
2. О.Г.Бабаев и др. Способ лечения срединных вентральных грыж. – авторское свидетельство SU 1657157 А1.
3. В.В.Кованов. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Москва. "Медицина". 1978. С.157.
4. I.C.Voiculescu, I.C.Petricu. ANATOMIA ȘI FIZIOLOGIA OMULUI. Editura medicală – București, 1971, p.284-287.

*Prezentat — 17.09.2007*

**Recenzent:** N. Caproș, conf. univ.

Вадим Карауш

## РОЛЬ М. В. ЛОМОНОСОВА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

**M.V. Lomonosov is not only one of the greatest representative in Russian culture. He was a philosopher, a poet and a politician. Some of the medical aspects as well as of those from pharmaceuticals from his point of view are presented in this article.**

**Key words: Lomonosov, medicine, pharmaceuticals.**

### (Окончание. Начало в №6)

М. В. Ломоносов хотел указать конкретно потребность России в ученых, перечислить те отрасли народной жизни, которые ждут ученых людей:

1. Сибирь пространна.
2. Горные дела.
3. Фабрики.
4. Ход севером.
5. Сохранение народа.
6. Архитектура.
7. Правосудие.
8. Исправление нравов.
9. Купечество и сообщение со ориентом.

10. Единство чистая (дружба) веры.
11. Земледельство, предзнание погод.
12. Военное дело. И так безрассудно и тщетно от некоторых речи произносились: куда с учеными людьми деваться?».

Показательно, что и здесь сохранение народа указано на одном из первых мест.

М. В. Ломоносов надеялся, что, добившись права присвоения ученой степени для Академического университета, он сможет в дальнейшем распространить его и на другие университеты, в частности Московский.

Хлопоча о присвоении Академическому университету права инаугурации, первым кандидатом для возведения в ученую степень

М. В. Ломоносов, вопреки проискам Тауберта, выдвигал своего талантливого ученика – анатома А. П. Протасова, будущего профессора и академика, а тогда адъюнкта Академии наук. Он послал А. П. Протасову в Голландию «ордер», «чтобы, не ставясь там в докторы, ехал в Санкт-Петербург для поставления при инаугурации».

Долгожданный день инаугурации, однако, все откладывался и откладывался. Лишь в феврале 1761 г. привилегия Академического университета была утверждена канцлером М. И. Воронцовым. Осталось еще получить подпись императрицы. М. В. Ломоносов неоднократно лично ездил к Елизавете в Петергоф просить о подписании привилегии, но тщетно. В декабре 1761 г. Елизавета умерла, так и не подписав привилегии. Инаугурация университета не состоялась. Речь М. В. Ломоносова не была произнесена.

Немецкие заправила академии, воспользовавшись происшедшей заминкой, отправили вызванного М. В. Ломоносовым из-за границы А. П. Протасова обратно в Голландию и, даже когда он вернулся оттуда доктором медицины, его долго не назначали профессором.

Право возводить в ученую степень доктора медицины и 1764 г. было присвоено Екатериной II новосозданному высшему органу медицинского управления в России 11 Медицинской коллегии.

Однако Медицинская коллегия, в которой долгое время влиятельное большинство составляли иностранцы, не стремилась осуществлять свое право и в течение нескольких лет никому звания доктора медицины не присвоила. Лишь в 1768 г., преодолев сопротивление Медицинской коллегии, добился от нее этого звания талантливый русский врач (финн по происхождению) Г. Орреус.

Остальные русские врачи, желавшие получить звание доктора медицины, по-прежнему обращались за ним в иностранные университеты.

Право возводить в степень доктора медицины было присвоено Московскому университету лишь в 1791 г. Впервые он использовал это право в 1794 г. Таким

образом, мечта М. В. Ломоносова осуществилась лишь 35 лет спустя.

Забываясь об увеличении числа врачей, М. В. Ломоносов, тем не менее, сознавал, что силами одних врачей не может быть осуществлено оказание медицинской помощи населению. Возникла настоятельная необходимость в подготовке других медицинских работников, в особенности – акушерок.

Анализируя причины медленного прироста населения, М. В. Ломоносов, как уже указывалось, справедливо видел одну из существенных причин этого в гибели детей при рождении, происходящей от неумения повивальных бабок.

Трезво оценивая возможности России в 60-х годах XVIII столетия, М. В. Ломоносов понимал, что обучение врачей и повивальных бабок еще очень нескоро удовлетворит огромную потребность в медицинской помощи. Поэтому он считал необходимым вооружить все население, во всяком случае, грамотное, элементарными знаниями о лечении болезней, в первую очередь детских, и о простейших лекарственных средствах. С этой целью он рекомендовал «положив за основание великого медика Гофмана и присовокупив из других лучшее, соединить с вышеописанною книжкою о повивальном искусстве... В обеих совокупленных сих искусствах в одну книжку наблюдать то, чтобы способы и лекарства по большей части не трудно было сыскать везде в России... Оную книжку, напечатав в довольном множестве, распродать во все государство по всем церквам, чтобы священники и грамотные люди, читая, могли сами знать и других наставлением пользоваться».

Эта мысль была подхвачена впоследствии демократически настроенными врачами-разночинцами XVIII века. Она звучит в сочинениях И. И. Лепехина, Д. С. Самойловнча и др.

Будучи горячим поборником естественнонаучной пропаганды, в широком смысле слова, популяризации науки, превращения ее в общенародное достояние, М. В. Ломоносов был одним из основоположников санитарного просвещения в России.

Здесь следует становиться еще на одном моменте.

Борясь с невежеством и суевериями, с «вороженьем и шептаниями», М. В. Ломоносов вместе с тем высоко ценил народную мудрость. Он знал и понимал, что во многих народных приемах врачевания кроется рациональное зерно, что многие обычаи так называемой народной медицины являются плодом многовековых наблюдений, коллективного опыта. Он твердо верил в то, что нужно не только учить народ, но и учиться у народа. Рекомендую составить популярное руководство по акушерству, М. В. Ломоносов советовал не ограничиваться в качестве ее источников «хорошими книжками о повивальном искусстве», К ним «необходимо должно присовокупить добрые приемы российских повивальных искусных бабок; для сего, созвав выборных, долговременным искусством дело знающих, спросить каждую особливо и всех вообще и, что за благо принято будет, внести в оную книжицу».

Иначе говоря, ни больше, ни меньше, как созвать «съезд» народных повитух, расспрашивать их и у них учиться!

М. В. Ломоносов предлагал учиться у народа не только приемам повивания, но и способам лечения болезней.

Предлагая составить на основе сочинений ученых врачей книгу о лечении детских болезней, М. В. Ломоносов и здесь напоминает: «Притом не позабыть, что наши бабки и лекари с пользою вообще употребляют».

В 1761 г. об этом мог говорить только М. В. Ломоносов, твердо верящий в мудрость и творческие силы своего народа.

### **М. В. Ломоносов и учение об этиологии.**

Во многих произведениях М. В. Ломоносова нашли отражение его мысли о болезнях и их причинах. Здесь нужно отметить, прежде всего, что если в медицине того времени были широко распространены идеалистические представления о природе болезней, о том, что болезни – результат побуждения души, то М. В. Ломоносов безоговорочно занял другую позицию. Следуя распространенным

взглядам своей эпохи, непосредственную причину болезни М. В. Ломоносов видел в «повреждении» соков организма, «жидких материй к содержанию жизни человеческой нужных, обращающихся в теле нашем». Причину же этого «повреждения» он искал не в мистических «движениях души», а в конкретных явлениях внешней среды.

Ошибаясь в частности, он был всегда прав в основном – в признании материальной причины болезней.

Уже в 1741 г. на вопрос «Что за подлинные начала и причины всех болезней признать надлежит?» ответ был сформулирован следующим образом: «Первейшая причина есть воздух. Ибо искусство показывает довольно, что при влажной к дождю склонной и туманной погоде тело тяжело и дряхло бывает, от безмерно студеной нервы очень вредятся; и иные сим подобные неспособности случаются. Потом едение и питание, которое немочи причиною быть может, ежели кто оного чрез меру примет... Еще принадлежат к причинам болезней и пристрастия души нашей: понеже довольно известно, что за вред нечаянное испуганье, гнев, печаль, боязнь и любовь нашему телу навести могут».

Как видим, среди причин болезней упомянута и «душа», но в совершенно ином смысле: в смысле связи душевной деятельности (нервной деятельности – сказали бы мы сейчас) с деятельностью всего организма. Здесь видно, что М. В. Ломоносов является, по сути, также и родоначальником невропатологии и психопатологии.

Что касается роли воздуха в происхождении болезней, то ее М. В. Ломоносов касался неоднократно. Очень большое значение придавал он температуре воздуха. Выше было приведено его указание на роль чрезмерной стужи, от которой «вредятся» нервы. Значительно большее значение для возникновения болезней, по М. В. Ломоносову, имеет зной.

Зной, по его мнению, расслабляет человека, а главное, способствует гниению воды и пищевых продуктов и появлению эпидемических болезней.

Холод же, особенно для привычных к нему русские людей, оказывается более полезным,



так как он предотвращает возникающие в знойном климате опасности. Именно в этом М. В. Ломоносов видел преимущество прохода в Индию с севера, предназначенное открытие пути в Индию русским мореплавателям. При путешествии северным путем можно избежать опасностей тропического климата. В этом случае «не опасна долговременная тишина с великими жарами, от чего бы члены человеческие пришли в неудобную к понесению трудов слабость, ни согнание воды и съестных припасов и рождение в них червей, ниже моровая язва и бешенство в людях. Все сие стужу, которой так опасаемся, отвращено будет. Самое сие больше страшное, нежели вредное препятствие, которое нашим северным россиянам не так пагубно, превратится в помощь».

Помимо температуры воздуха, решающую роль в происхождении болезней, в частности эпидемических, М. В. Ломоносов придавал другим метеорологическим явлениям – в первую очередь прекращению солнечной радиации, т. е. затмениям солнца.

По мнению М. В. Ломоносова, солнце излучает из себя «электрическую силу», благоприятно действующую на живые организмы. Отсутствие этого электричества заставляет растения «ночью спать», а затмение солнца, т. е. внезапное прекращение («крутое пресечение») действия этой силы на землю вызывает гибель всего живого. Растения вянут («страждут»), среди скота начинается падеж, среди людей – эпидемии, «поветрие». М. В. Ломоносов приводит мнение иностранных авторов, утверждавших, будто «во время солнечного затмения падают ядовитые росы». Именно в этом он видел причины падежа скота. Что же касается роли затмения в происхождении эпидемий, то он осторожно отмечал: «Время научит, сколько может электрическая сила действовать в рассуждении поветрия».

Во взглядах М. В. Ломоносова на роль солнечных затмений в происхождении болезней скрестились, с одной стороны, распространенные еще в его время отголоски астральных теорий в эпидемиологии, с другой – гениальное предвидение значения

солнечного излучения и связанного с ним электрического состояния атмосферы.

Мнение о губительной роли солнечных затмений как о причине эпидемий и внезапных смертей было достаточно распространено в то время.

Любопытную сводку подобных высказываний ряда западноевропейских авторов можно найти, в частности, в книге И. Виена, вышедшей спустя 25 лет после смерти М. В. Ломоносова. Но в то время как большинство авторов лишь приводило «факты» без всяких объяснений или же давало им астрологическое толкование, взгляды М. В. Ломоносова на роль солнца и солнечных затмений были свободны от мистицизма и суеверий астрологов и переносили вопрос в плоскость чисто материальных воздействий конкретной, хотя и не вполне понятной и изученной, электрической силы.

Электрической силе М. В. Ломоносов приписывал широкое благоприятное влияние на все живое, в частности, целебное воздействие на человека...

Одно из его «Прибавлений» к «Волфьянской экспериментальной физике», включенных во второе издание ее перевода (1760), М. В. Ломоносов специально посвятил «электрической силе». Он писал: «В те времена, когда господин Волф писал свою «Физику», весьма мало было знания о электрической силе, которая начала в ученом свете возрастать славою и приобретать успехи около 1740 года». Описав далее опыты образования электричества с помощью электрической машины и связанные с этим опасности, М. В. Ломоносов добавлял: «Но не все таковые опыты столь опасны; есть и приятные и великую надежду к благополучию человеческому показующие. Например, что электрическая сила, сообщенная к сосудам с травами, ращение их ускоряет; также есть многие примеры, что разные болезни исцелены ею бывают».

Об этой же исцеляющей силе электрической машины М. В. Ломоносов упомянул еще раньше (1752) в приведенной выше выдержке из «Письма о пользе стекла».

Преувеличенное представление

М. В. Ломоносова о влиянии электрической силы на предотвращение эпидемий ошибочно. Но даже при его неправильности, для своего времени оно было прогрессивно, так как в противовес распространенным системам, согласно которым причины болезней лежат в движениях нематериальной души, подчеркивало роль материальных явлений, внешней среды.

Признание роли внешней среды в происхождении болезней может быть проиллюстрировано и мыслями М. В. Ломоносова по поводу цинги.

В XVIII веке взгляды на природу и происхождение цинги были достаточно разноречивы. Наряду с правильными наблюдениями, связывающими происхождение этой болезни с недостатком свежих овощей, имели хождение и совершенно фантастические представления о цинге как о проявлении особой «гнилостности соков» и т. п. М. В. Ломоносов безоговорочно примкнул к первому направлению, основанному на опыте врачей и многовековых народных наблюдениях, и лучшими противоязвотными средствами считал ягоды, особенно хорошо ему известную северную морошку, а также сосновые шишки.

### **М. В. Ломоносов и медицина**

Великий ученый, поражающий своей разносторонностью даже среди ученых-энциклопедистов XVIII века, М. В. Ломоносов не был чужд и медицине.

Интерес к этой крупнейшей отрасли естествознания, в которой находили практическое приложение его философские взгляды и теоретические воззрения, был присущ М. В. Ломоносову на протяжении всей его жизни.

Студентом в Марбурге он, как видно из выданных ему свидетельств, посещал лекции на двух факультетах – философском и медицинском. На медицинском факультете его привлекала больше всего химия, которая в то время была неразрывно связана с медициной. Но, слушая химию, он вместе с тем знакомился и с медициной. Медицинский

факультет Марбургского университета состоял в то время всего лишь из двух профессоров. Одним из них был Ю. Г. Дуисинг. Это он выдал впоследствии М. В. Ломоносову свидетельство, в котором писал, что «благороднейший юноша, любитель философии, Ломоносов, посещал лекции химии с неутомимым прилежанием и большим успехом».

Ю. Г. Дуисинг – не только химик, но и врач. Ему принадлежит ряд работ специально медицинского характера. Он сумел привить своему ученику любовь и интерес к медицине.

По окончании Марбургского университета М. В. Ломоносов получил звание кандидата медицины. Во Фрейбурге, куда переехал Ломоносов для изучения горного дела, его руководителем был И. Ф. Генкель, который также был врачом. Так впервые встретился М. В. Ломоносов с медициной. В дальнейшем он обращался к ней неоднократно.

Занимался ли М. В. Ломоносов сам врачебной деятельностью? Если и занимался, то лишь урывками и случайно, вероятнее всего, при исключительных обстоятельствах.

Так, из его письма И. И. Шувалову мы знаем, что при внезапном поражении профессора Рихмана молнией в 1753 г. М. В. Ломоносов пытался оживить его. «Мы старались, писал он, движение крови в нем возобновить, за тем, что он еще был тепл...».

Специально – или преимущественно – медицине посвящены лишь две работы М. В. Ломоносова, написанные одна в начале, другая – в конце его научной деятельности. Первая из них это – перевод статьи «О сохранении здравия». Перевод этот был помещен в «Примечаниях к Ведомостям» за 1741 г. (чч. 80 – 83) за подписью Л. К. Первая буква обозначала фамилию переводчика – Ломоносова, вторая – фамилию автора, по видимому, акад. Г. В. Крафта.

Статья вполне соответствует состоянию медицинской науки того времени и содержит ряд целесообразных гигиенических советов и прогрессивных мыслей по многим вопросам. Что в статье принадлежит автору, а что – переводчику, сказать трудно. Но многое (на этом мы специально остановимся ниже)

позволяет предположить творческий характер участия М. В. Ломоносова в создании указанной статьи.

Вторая из тех работ, о которых идет речь, - это общеизвестное письмо И. И. Шувалову 1 ноября 1761 г., получившее впоследствии название «О размножении и сохранении русского народа». Оно содержит в себе такую сокровищницу смелых идей, такое обилие гигиенических указаний, так широко охватывает все стороны жизни и быта России XVIII века, что анализ одного этого произведения дает обильный материал для нашей работы. Нам неоднократно придется обращаться к ней в дальнейшем изложении.

Помимо этих двух произведений, отдельные теоретические положения, гигиенические советы, медицинские наблюдения разбросаны по многим сочинениям М. В. Ломоносова, даже весьма далеким от медицины.

Пишет ли он «Слово о пользе химии» (1751), он дает в нем обстоятельную и глубокую характеристику медицины как науки; пишет ли стихотворное «Письмо о пользе стекла» (1752), он вспоминает частые болезни, поражающие человека, и роль лекарств; набрасывает ли проект путешествий по северным морям, в котором предсказывает возможность «проходу Сибирским океаном в Восточную Индию» (1763), он, посвятив специальную главу вопросу «О приготовлении к мореплаванию Сибирским океаном», не забывает упомянуть о заготовке противочинготных средств. Разрабатывая «Первые

основания металлургии или рудных дел» (1763), он намечает основные условия оздоровления труда рудокопов и соответствующего устройства шахт и т. д. На протяжении всего XVIII века в России, как и в других странах, не было единодушного мнения, к чему причислить медицину - к знанию или умениям, считать ли медицину наукой или искусством, «художеством», выражаясь термином того времени.

Русские врачи порой именовали медицину наукой, порой искусством, причем нередко оба эти названия встречались буквально в одной фразе.

В «Словаре Российской академии» медицина обозначена как врачебная наука, а несколькими томами далее находим указание, что «физика необходимо нужна во врачебном искусстве».

Число таких примеров можно многократно увеличить, но знакомство с медицинской литературой того времени показывает, что теоретические основы медицины чаще всего признавались наукой, практическое же применение медицинских знаний, врачевание именовалось «врачебным искусством».

М. В. Ломоносов также признавал разделение человеческих знаний на науки и «художества». Он писал: «Учением приобретенные познания разделяются на науки и художества. Науки подают ясное о вещах понятие и открывают потаенные действия и свойств причины; художества к приумножению человеческой пользы оные употребляют. Науки довольствуют врожденное и вкорененное в нас любопытство; художества снисканием прибытка увеселяют. Науки художествам путь показывают; художества происхождение наук ускоряют. Обоим общему пользою согласно служат». Как видно из приведенных слов, великий ученый под наукой понимал теорию, а под художеством - практику и с поразительной пронизательностью подчеркивал их взаимную связь и взаимную необходимость.

Исходя из такого понимания, можно и в медицине говорить о науке и о ее «употреблении» - врачебном искусстве, художестве. Поэтому у М. В. Ломоносова мы встречаем отзывы, как о медицинской науке, так и о врачебном искусстве. Однако преобладают первые. М. В. Ломоносова - естествоиспытателя и философа - прежде всего, привлекала медицина как наука, ее теоретические основы.

М. В. Ломоносов называл медицину частью физики. «Великая часть физики и полезнейшая роду человеческому наука есть медицина...». Такое определение медицины он дает неоднократно. Это определение медицины в его устах весьма существенно. Оно подчеркивало научный характер медицины.

Поскольку под физикой в то время понималось естествознание в широком смысле слова, определение М. В. Ломоносова вводило медицину в широкий круг естественных наук.

Составляя в 1758 – 1759 гг. проект преобразования Академии наук, М. В. Ломоносов высказал интересные соображения о разделении наук. Он делил «высокие» науки на три класса. «Сие разделение, писал он, имеет свое основание на познании человеческого, из которых нижнее представляет вещи просто, без изыскания причин и без выкладки, одним историческим описанием; второе или среднее познание представляет вещи с причинами, по физическому рассуждению; третье, или высшее познание, сверх показания причин, утверждает оные математическим исчислением».

Предлагая, сообразно этому, иметь в академическом собрании три класса – математический, физический и исторический, М. В. Ломоносов относил к первому классу академиков по высшей математике, астрономии и механике, ко второму – физика, медика и химика, к третьему – анатома-зоолога, ботаника и металлурга.

Исходя из приведенной выше ломоносовской классификации наук, следует признать, что М. В. Ломоносов считал анатомию наукой чисто эмпирической, описательной, медицину же – такой, которая «представляет вещи с причинами, по физическому рассуждению».

Такой взгляд на медицину, признание за ней свойства находить причинность изучаемых ею явлений, да еще с применением «физического рассуждения», был для того времени весьма прогрессивным.

Считая медицину частью физики в широком смысле слова, т. е. естествознания, М. В. Ломоносов подчеркивал ее тесную связь с другими отраслями естествознания, в частности с химией и физикой в узком смысле.

Рассуждая о структуре Академии наук, он писал в 1764 г.: «Анатомия и ботаника полезны физике, поелику могут подать случай к познанию причин физических. Химик без знания физики подобен человеку, который всего искать должен ощупом. И сии две науки

так соединены между собой, что одна без другой в совершенстве быть не могут. Анатомик, будучи притом физиолог, должен давать из физики причины движения животного тела, а поелику медик – разумеет химию и в ботанике лекарственные травы...».

Признание связи наук между собой, необходимость ученому не замыкаться в рамки узкой дисциплины неоднократно звучит в высказываниях М. В. Ломоносова.

Ломоносов не всегда придерживался такой классификации наук. В «Списке наук Академии», предположительно датированном 1745 г., все медико-биологические науки отнесены ко второму классу и названы иначе: анатомия, физиология и патология, хирургия. В дальнейшем, как мы видим, хирург заменяется медиком и исключается физиология и патология. Впоследствии, вновь составляя предположения об устройстве Академии наук (1764), М. В. Ломоносов исключил из состава академиков физиолога, пояснив, что знание физиологии «всегда должно требоваться... от анатома или физика», и исключил также медика. В этом он был, однако, не последователен, так как несколькими страницами ниже он предлагал профессорам академического университета выбирать из числа академиков, а среди предметов медицинского факультета этого университета называл и практическую медицину.

Вполне присоединяясь к мнению Цицерона, который считал, что все науки «столь тесное имеют между собой взаимодействие и соединение, что по справедливости за одну и неразделимую фамилию их почитать надлежит». В. Ломоносов приводил в пример медицину. Он писал: «Другой желает быть медиком, не зная совершенно анатомии, фармацевтики и пр., как может врачевать болящего, различать травы и составлять лекарства?»

Сохраняя в своем материализме немалый элемент механицизма, М. В. Ломоносов был склонен строение и функции тела, а также причину отдельных заболеваний истолковывать по законам физики.

Но еще большее значение для медицины М. В. Ломоносов придавал химии. «Медик без довольного познания химии совершен быть не может, и всех недостатков, всех излишеств и

от них происходящих во врачебной науке поползновений дополнения, отвращения и исправления от одной почти химии уповать должно».

М. В. Ломоносов напоминал, как важно для химиков не отвлекаться от «дел практических, в обществе полезных, чего от химии ожидают краски, литейное дело, медицина, экономия и прочее».

Только химия может установить наличие в тех или иных телах целебных свойств, поскольку их причина «лежит в частях, недоступных остроте зрения».

Намечая в плане курса физической химии (1752) программу физико-химического исследования основных качеств веществ, М. В. Ломоносов наряду со сцеплением, упругостью, цветом, вкусом, притяжением и т. п. называет и «лечебные силы».

Только благодаря химии становятся понятными физиологические функции человеческого организма, а также их нарушения – болезни. Химия помогает и в изучении строения тела. Ратуя за коллективное разрешение научных проблем и за «союз наук» в академии, М. В. Ломоносов писал: «Часто требует астроном механика и физика совета, ботаник и анатомик – химикова... Слеп физик без математики, сухорук без химии. И так, ежели он своих глаз и рук не имеет, у других заимствовать должен, однако свои чужих лучше...». Иначе говоря, анатом, как и физик, должен досконально знать химию.

Только химия, по мнению М. В. Ломоносова, позволяет познать природу основных соков организма, «жидких материй, к содержанию жизни человеческой нужных, обращающихся в теле нашем, которых качества, составляющие части и их полезные и вредные перемены и производящие и пресекающие их способы без химии никак испытаны быть не могут. Ею познается натуральное смешение крови и питательных соков...».

Знание строения и свойств тела для врачей, по мнению М. В. Ломоносова, – главное. Гениальный ученый ясно видел, что медицина, наука о болезнях и их лечении, зиждется на знании строения и жизнедеятельности организма в его нормальном состоянии. Без этого знания не может быть достигнута основная цель медицины – исцеление

болезней. Для излечения болезней необходимо понять их непосредственную причину, а «причины нарушенного здравия», по словам М. В. Ломоносова, медицина «через познание свойств тела человеческого достигает».

Как известно, для химии М. В. Ломоносов сделал чрезвычайно много. Одним из первых важных начинаний нового профессора химии явилась постройка в 1748 г. химической лаборатории Академии на Васильевском острове. Одноэтажное здание занимало, площадь около 150 квадратных метров при высоте в 5 метров; в нём М. В. Ломоносов развернул, по тем временам огромную, исследовательскую и техническую работу. А одним из важнейших его результатов было основание особой науки – физической химии, с точки зрения которой «химия первая предводительница будет в раскрытии внутренних чертогов тел, первая проникнет во внутренние тайники тел, первая позволит познакомиться с частичками». Большое значение имеет разделение М. В. Ломоносовым растворов на такие, при образовании которых теплота выделяется, и на такие, для составления которых нужно затратить тепло. Он исследовал явления кристаллизации из растворов, зависимость растворимости от температуры и другие явления, широко используемые в современной фармации и аптечном деле.

Это был многогранный учёный, оставивший яркий след во многих отраслях науки, на основе которых и развивалась современная фармация и медицина. Смерть Ломоносова была невосполнимой утратой для русской науки, так как гений его вторгся во все области человеческого знания. Ему не удалось полностью реализовать свои научные замыслы, но того, что он сделал оказалось достаточно, чтобы обеспечить ему почётное место в пантеоне науки

#### Список литературы:

- 1) С. Громбах «Медицина в трудах М. В. Ломоносова», 1985.
- 2) Жерневская И.Н. – «Чаша пятого ангела», 1985.
- 3) Грицкевич В. П. – «С факелом Гиппократ», 1987.
- 4) Энциклопедический словарь юного химика.
- 5) К.Манолов «Великие химики» том I.
- 6) М.В.Ломоносов «Избранные философские сочинения», 1940г.

## **OREIONUL – BOALA GLANDELOR SALIVARE**

Frunză verde de răchiță  
Ești bolnav de parotidită.  
O maladie pur respiratoare,  
Ce-ți afectează glandele salivare.  
    În popor ți se mai spune și „purcică”,  
    De care ar trebui să ai frică,  
    Fiindcă poate da complicații diverse  
    Și sănătatea să-ți apese!

Te-întâlnești frecvent în lume,  
De oreion mai ai un nume,  
Te-nregistrezi și pe la noi,  
Înpânzind lumea cu nevoi!  
    Te transmiți pe multe căi,  
    Molipsind fete și flăcăi,  
    Dar mai mult printre copii,  
    Provocând epidemii!

Epidemia majoră ce bântue azi în țară  
Afectează adolescenții și tinerii, lăsându-i cu inima amară,  
Care la timp n-au fost vaccinați și revaccinați,  
Fiind la voia soartei lăsați!  
    Te răspândești prin tuse și strănut,  
    Prin aeropicături și dulcele sărut,  
    Ba și prin obiectele infectate,  
    De n-ai avea de ele parte!

Mai rar – pe cale verticală,  
Dar și aici nu dai în bară.  
Vețuești prin focare și sporadic,  
Făcând pacientului sufletul amarnic.  
    Fiind de virusul urlean cauzat,  
    Pe bolnav îl culci în pat,  
    Pătrunzând în organism prin mucoasa respiratoare,  
    Unde ai o priză mare,

Ba și prin mucoasele bucale,  
Cu multiplicare-n glandele salivare.  
Debutezi prin perioada prodromală:  
Cu cefalee, frison, febră și moleșală,  
    Ulterior afectezi glandele de sus,  
    Făcându-ți capul „un harbuz”.  
    Din cauza tumefacției glandelor parotidiene,  
    Ele devin ca niște „gheme”.

Mai apar incomodări de masticare  
Și dificultăți pe la căscare.  
Nu mai poți să caști larg gura  
Pentru a mesteca bine friptura.

Uneori afectezi glanda submandibulară,  
Ba și cea sublingvală,  
Ce-ți face limba avansată  
Și vorba mai deșanțată.  
Boala mai poate fi-nsoțită  
De-o meningită și-o orhoepididimită,  
Meningoencefalită, pancreatită,  
Ce te lasă cu sănătatea „topită”.  
Meningita apare peste 4-10 zile din debut,  
C-o febră, cefalee mult mai intensă la-nceput.  
C-o vomă și semne meningiene,  
De ai temei de a te teme!  
Și pancreatita urliană  
Nu-i ușoară ca o pană.  
Ea te pune în alertă,  
Fiind tare „inconsecventă”.  
În ea durerile-s chinuitoare,  
Cu localizarea mai des la cingătoare,  
Secundate de febră, frison, grețuri și vome repetate,  
Ce te atacă și din spate.  
Orhoepididimita bilaterală  
Îți preface testiculele – ntr-o „pară”  
Lăsându-te fără de urmași,  
Orcât ai fi de drăgălaș.  
Iar la sexul cel frumos,  
Oricât ar fi de drăgăsos,  
Apar ooforite sau anexite,  
Ce-s cu sterilitate finite.  
Acesta-i oreionul, să mă crezi,  
Dacă n-ai vrut precoce să-l tratezi,  
Te lasă cu „casa spartă”  
Și soarta îndurerată.  
Ca să nu înduri un așa chin,  
Obligatoriu să-ți faci vaccin,  
Și-i scăpa de-așa „belea”,  
Ce-a venit la Dumneata.

27.01.2008

*Profesor universitar  
la Catedra Boli infecțioase, tropicale,  
și parazitologie medicală,  
Om Emerit al Republicii Moldova  
Constantin Andriuță*

## CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

Format A4, Times New Roman 14, Word 2000, două intervale, cîmpul de 2,5cm.

- 1. FOAIA DE TITLU** este necesar să includă prenumele, numele, gradul științific al autorului, instituția ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon și adresa electronică.
  - 2. ARTICOLELE ȘTIINȚIFICE** (în volum de pînă la 15 pagini) vor fi structurate în funcție de schema standard: introducere, materiale și metode, rezultatele studiului, discuții, concluzii și recomandări. Publicațiile de reviu și cele farmaceutice nu vor depăși ca volum 20 de pagini și 50 de referințe.
  - 3. REFERATELE** (în volum de pînă la 200 cuvinte) se prezintă în limba originalului și, de asemenea, în engleză, și trebuie să includă 3-6 cuvinte-cheie, la final.
  - 4. TABELELE** se prezintă pe foi separate, la două intervale, numerotate prin cifre romane, legenda fiind plasată la baza tabelului.
  - 5. DESENELE.** Pe verso pozei se indică numărul de ordine, denumirea articolului și numele autorului. Legendele desenelor se prezintă pe foi separate în conformitate cu numărul pozelor.
  - 6. BIBLIOGRAFIA** se prezintă pe foi separate, în ordinea referințelor din text, la două intervale.
    - Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.
    - Pe dischetă anexată se indică datele despre autor, denumirea articolului și a fișierelor.
    - Materialele prezentate spre publicare urmează să fie însoțite de o scrisoare de motivare a autorului responsabil, care vine să confirme acordul tuturor semnătarilor asupra conținutului și a caracterului inovator al publicației.
    - Publicațiile vor fi prezentate pe numele redactorului șef, prof. Ion Mereuță.
- ADRESA:** MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30, Institutul Oncologic din Moldova, Clinica oncologie-microchirurgie, et.3  
prof. Ion Mereuță, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md.

## ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

Формат А4, Times New Roman 14, Word 2000, 2 интервала, поля по 2,5 см.

- 1. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ** должен включать фамилию, имя, степени и звания автора, название учреждения, из которого работа выходит, адрес, номер телефона и электронный адрес.
  - 2. НАУЧНЫЕ СТАТЬИ** (до 15 страниц) должны включать: введение, материалы и методы, результаты, обсуждения, выводы и рекомендации. Обзорные и фармакологические статьи не превысят 20 страниц и 50 источников.
  - 3. РЕФЕРАТЫ** (до 150-200 слов) представляются на языке оригинала и на английском языке. В конце рефератов приводят ключевые слова, от 3 до 6.
  - 4. ТАБЛИЦЫ** подаются на отдельных листах, через 2 интервала, обозначены римскими цифрами, с пояснениями снизу.
  - 5. РИСУНКИ.** На оборотной стороне фотографии указывается порядковый номер, название статьи, фамилию автора. Пояснения к фотографиям приводятся на отдельных листах, в соответствии с номером.
  - 6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ** приводят на отдельных листах, в соответствии с ссылками в тексте.
    - Рукописи приводятся в трех экземплярах.
    - На представленной дискете указывается имя автора, название статьи и файлов.
    - Рукописи подаются с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о согласии всех авторов с содержанием и о первичном опубликовании материала.
    - Рукописи подаются на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.
- АДРЕС:** MD 2025, Кишинев, ул. Тестемитану, 30, Онкологический Институт Республики Молдова, Клиника онкологии и микрохирургии, эт.3  
профессор Ион Мереуцэ, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md.

## PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Printing standards: A4, printing-type 14 Times New Roman, Word 2000, double line spacing, 2,5cm margins.

- 1. THE COVER PAGE** should include the author's name and scientific degrees, name of the institution presenting the paper, address, telephone number and E-mail.
  - 2. THE SCIENTIFIC ARTICLES** (up to 15 pages) should be structured according to the standard scheme: - introduction, materials and methods, results of the survey, discussions, conclusions and recommendations. Review papers and pharmacy articles should not exceed 20 pages and 50 references.
  - 3. EXECUTIVE SUMMARY** (up to 200 words) should be in the original language and English and should include 3 to 6 key words in the end.
  - 4. TABLES** should be presented on separate sheets with double line spacing and Roman numerals numbering; the legend should be placed at the foot of the table.
  - 5. FIGURES.** The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article and the author's name. Figure legends should be presented on separate sheets in accordance with the number of figures.
  - 6. REFERENCES** are listed on separate pages, as they appear in the text, with double line spacing.
    - Three copies of the papers proposed for publication should be submitted;
    - The floppy disk attached should contain data about the author, title of the article and files;
    - Materials proposed for publication should be accompanied by the author's letter of intent confirming the approval of the signatories on the content and the innovative character of the publication.
    - Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:
- ADDRESS:** Moldovan Oncology Institute, Oncology-Microsurgery Clinics,  
30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025  
email: lax@mail.md.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate



Раскрывая силу растений

# Мастодинон®

**BIONORICA®** Лечение мастопатии и мастодинии  
The phytoncoring company

The advertisement features a central image of a couple embracing, with a large green ribbon curving across the scene. In the foreground, several forms of the Mastodinon product are displayed: a blister pack of white tablets, a small white box, a dark brown spray bottle, and a larger white box. The boxes and bottle are labeled with the product name 'Мастодинон' and the manufacturer 'BIONORICA'. A red banner at the bottom left of the product display area contains the word 'НОВИНКА' (New). The background is a soft-focus image of a couple, and the bottom of the advertisement is decorated with colorful flowers.