

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

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	St. ȚURCAN, 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, Gh. Rotaru
STRESUL PROFESIONAL ȘI MORBIDITATEA
PSIHOSOMATICĂ A JUDECĂTORILOR

S. Țurcan
METODA DE APRECIERE A LIMITELOR DE EXCIZIE
ALE MELANOMULUI MALIGN CUTANAT

*I. Mereuță, A. Buzu, M. Colodrovschi, M. Sinicliu,
V. Pahomi*
PARTICULARITĂȚILE ASISTENȚEI PREOPERATORII
LA PACIENȚII SUPUȘI OPERAȚIILOR URGENTE ÎN
ONCOPROCTOLOGIE

Diana Harștea
PRECURSORII ȘI CANCERELE ANEXELOR PIELII

Ecaterina Tcacenco
MANAGEMENTUL CLINICO-DERMATOSCOPIC
AL LEZIUNILOR CUTANATE PIGMENTATE

Liuba Munteanu
MEDICINA TRADIȚIONALĂ CA MIJLOC MEDICO-
SANITAR DE PROFILAXIE, TRATAMENT ȘI
RECUPERARE

О.М. Пухут, И.Е. Мереуцэ, И.А. Яковлева
СИНХРОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ
ОРГАНОВ И ГРУПП ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
МЕТАСТАЗАМИ ОПУХОЛИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО
ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

JUBILEE
Ion CORCIMARU - la 70 de ani

CERINȚELE DE PREZENTARE
A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

CONTENTS

3 *I. Mereuță, Gh. Rotaru*
PROFESSIONAL STRESS AND PSYCHOSOMATICAL
MORBIDITY OF JUDGES

5 *S. Țurcan*
THE METHOD OF DETERMINATION OF THE
EXCISION LIMITS IN CUTANEOUS MALIGNANT
MELANOMA

9 *I. Mereuță, A. Buzu, M. Colodrovschi, M. Sinicliu,
V. Pahomi*
PECULIARITIES OF PERIOPERATIONAL
ATTENDANCE OF THE PATIENTS SUBJECTED
TO AN URGENT OPERATION IN
ONCOPROCTOLOGY

13 *Diana Harștea*
PRECURSORS AND CANCER OF SKIN ADNEXA

17 *Ecaterina Tcacenco*
CLINICAL-DERMATOSCOPICAL MANAGEMENT OF
PIGMENTED CUTANEOUS LESIONS

22 *Liuba Munteanu*
TRADITIONAL MEDICINE AS A MEDICAL-SANITARY
WAY OF PROPHYLAXIS, TREATMENT AND
RECOVERY

25 *О.М. Пухут, И.Е. Мереуцэ, И.А. Яковлева*
SYNCHRONIC AFFECTION OF SEVERAL ORGANS
AND GROUPS OF LYMPHATIC GANGLIA BY
METASTATIC CANCER OF UNKNOWN PRIMARY
SITE

30 Ion CORCIMARU'S
70TH ANNIVERSARY

34 PAPER PRESENTATION
REQUIREMENTS

Mereuță Ion, d.h.m., prof. univ., USMF "N.Testemițanu",
Rotaru Ghenadie, doctorand, USMF "N.Testemițanu"

STRESUL PROFESIONAL ȘI MORBIDITATEA PSIHOSOMATICĂ A JUDECĂTORILOR

Professional stress – the second place in hierarchy occupational health problems – represent the main factor of judges activity, which determine the psychosomatal morbidity. Studying this problem is extremely important viseing the reform of judicial system generally and derivating from the specifment and complexity of working of judges in particulary.

Key words: judges, stress, medical services.

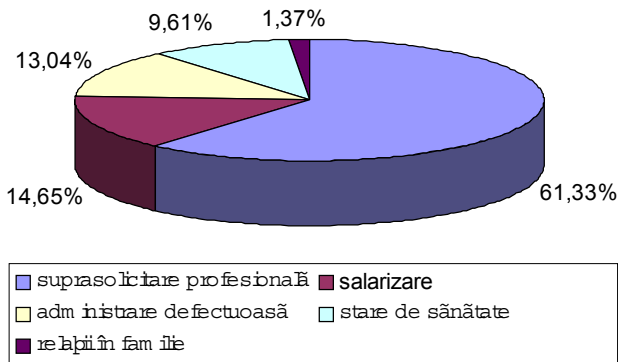
Conceptul de stres a fost lansat în limbajul medical încă din 1936 de către fiziologul canadian Hans Selye. Majoritatea experților definesc stresul ca fiind răspunsul psihologic și fiziologic la anumiți stimuli percepuți de către individ ca fiind amenințări. Stresul, în general, și stresul profesional, în particular, au devenit tot mai frecvent obiect de studiu în ultimii 10 ani. Printre cei mai frecvenți factori de risc care afectează sănătatea omului, alături de obezitate, alcool, droguri și fumat, se află stresul. Studiile au arătat că stresul prelungit poate fi corelat atât cu debutul, cât și cu întreținerea unor maladii. Există dovezi consistente că stresul poate elimina capacitatea sistemului imun de a lupta cu boala. Astfel, a fost demonstrată legătura între stress și hipertensie arterială, cardiopatie, diabet zaharat, boala ulceroasă, cancer, boli de piele (eczemă, psoriaz), astm bronșic. Studiarea influenței factorilor nocivi ai activității profesionale asupra sănătății judecătorilor de către cercetătorii autoctoni nu s-a efectuat niciodată. De fapt astfel de cercetari 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 (8, 10).

Pe lângă efectele potențiale ale stresului asupra stării de sănătate și bună dispoziție a indivizilor, stresul presupune și un impact economic și social. Pentru Republica Moldova nu există statistici asupra costurilor stresului ocupațional. Referindu-ne la țări dezvoltate, cum ar fi S.U.A., costul stresului economic, la nivelul anului 1999, era de 150 miliarde \$. În Uniunea Europeană, stresul în muncă reprezintă a doua problemă de sănătate legată de activitatea

profesională, după afecțiunile musculo-scheletice(2002). Acesta afectează aproximativ 28% dintre angajați, adică peste 40 milioane de muncitori. Stresul nu înregistrează doar un cost economic, ci și un cost social. Pentru individ, pe lângă impactul devastator al deteriorărilor severe ale stării de sănătate la care ne-am referit, stresul poate conduce la scăderea eficienței în muncă și implicit la ratarea oportunităților de evoluție în carieră, iar în final chiar la pierderea locului de muncă. Acest fapt accentuează încordarea din relația familială și extrafamilială, iar în cele din urmă poate genera depresie și chiar suicid. Pentru organizație, costurile legate de stres îmbracă multe forme. Acestea includ absenteism, costuri medicale ridicate și dereglări ale fluxului de producție, asociate cu alte costuri pentru recrutarea și pregătirea noilor angajați.

1. Cauzele stresului

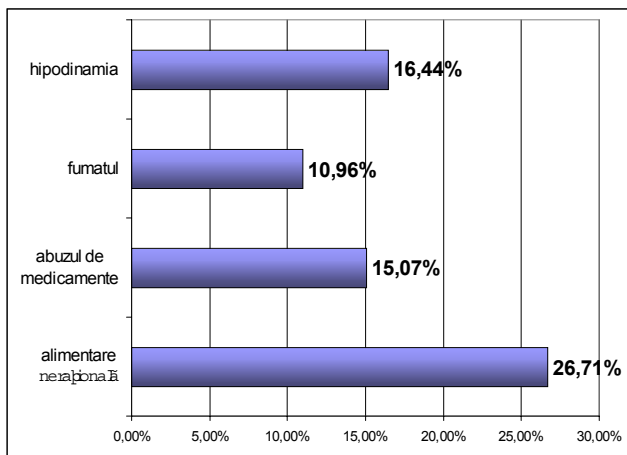
În prezent la catedra Sănătate Publică și Management a USMF „N.Testemițanu” se efectuează cercetarea științifică a morbidității judecătorilor în RM. În cadrul acestei cercetări am efectuat un sondaj preliminar a 500 judecători din întreaga republică, unele aspecte ale căruia le vom aborda în continuare. Astfel, majoritatea magistraților anterior au deținut funcții de avocat, anchetator, procuror, executor, jurist în diferite instituții de stat. Din schimbările survenite în viața personală după numirea în funcție de judecător în primul rând a fost menționată lipsa timpului liber, insuficiența comunicării cu familia, prietenii, izolarea socială a judecătorului. 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“. Pe planul secund judecătorii au plasat oboseala cronică, nervozitatea și dereglările de sănătate. Totodata au menționat creșterea responsabilitatii, retrairile pentru deciziile luate, dorinta perfectionarii in domeniul psihologiei.

Pentru judecători factorii stresogeni, care negativ influențează starea sănătății somatice și psihice sunt volumul de lucru în creștere permanentă, insuficiența de timp, legislația în continuă reformare, ce necesită capacități analitice crescânde, caracterul public al activității sale, critica din partea presei și societății- în orice proces sunt nemulțumiți ; in situația când trebuie să respecti normele eticii profesionale. Este cunoscut faptul că în condițiile inuficienței de cadre, permanent crește numărul dosarelor, care trebuie examinate într-un termen fixat de lege. Astfel judecătorii se află în condiții de suprasolicitare fizică și mintală permanentă, se dezvoltă oboseala cronică , apatia, fatigabilitatea, ce are influență negativă asupra sănătății somatice a judecătorilor.

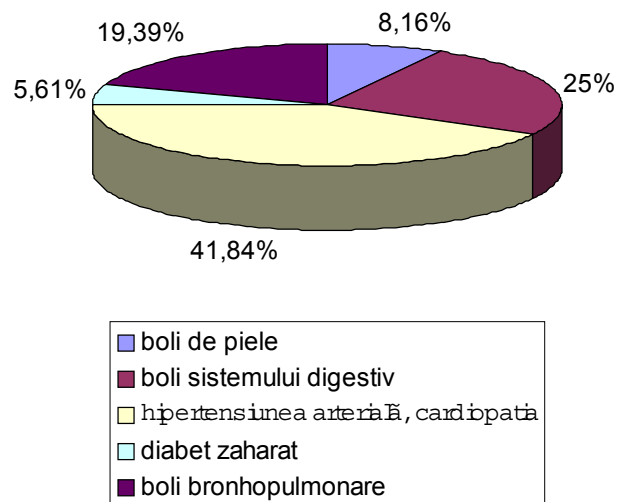
Alimentarea nerationala, hipodinamia si abuzul de medicamente sunt cele mai frecvente deprinderi daunatoare capatate in timpul activitatii profesionale.



2. Deprinderi dăunătoare

Dezvoltarea acestor deprinderi se lămurește prin regimul istovitor de muncă, când lucrând câte 12 – 14 ore pe zi, deseori și în zile de odihnă, judecătorii se află într-o poziție statică, nu se alimentează la timp, nu reușesc să consulte medicul, abuzînd de medicamente, luate, de regulă, conform propriilor convingeri.

După cum am menționat anterior acțiunea factorilor nocivi ai activității profesionale a judecătorilor influențează structura morbidității somatice la acest contingent. 2/3 din respondenți (242/365) au indicat prezența unei sau mai multor afecțiuni cronice, predominînd bolile sistemului cardiovascular- hipertensiunea arterială și cardiopatia ischemică, cu risc înalt de complicații majore. În ordinea descreșterii frecvenței urmează afecțiunile gastro- intestinale (boala ulceroasă, sindromul colonului iritabil), bronhopneumopatia cronică obstructivă, bolile de piele (psoriaz, eczema), diabetul zaharat.



3. Morbiditatea somatică

Deși cercetările au demonstrat o puternică corelație între stres și anumite răspunsuri fizice și fiziologice, totuși, nu se poate concluziona că stresul generează boli specifice. Este cert faptul că stresul afectează modul în care indivizii abordează boala și reprezintă unul din factorii de bază în debutul și menținerea multor maladii.

Majoritatea judecătorilor (284/365) prezintă dereglări de somn, predominînd adormirea dificilă, trezirile frecvente și starea de oboseală la trezire dimineața.

În ceea ce privește asigurarea asistenței medicale judecătorilor, aceasta a fost apreciată

drept nesatisfăcătoare (70%), satisfăcătoare (25%) și bună (5%). Din propunerile pentru organizarea și îmbunătățirea serviciilor medicale oferite judecătorilor trebuie menționate următoarele:

- accesul la serviciile de sănătate; judecătorii nu au o clinică specializată unde se pot adresa, iar regimul de lucru și izolarea socială fac dificilă adresarea la medicul de familie
- controlul medical anual obligatoriu într-o clinică specializată, cu aprecierea profilului de competență
- evidență dispanserică permanentă cu asigurarea tratamentului necesar, inclusiv sanatorial
- amenajarea oficiilor de recuperare neuropsihică în incinta judecătorilor.

Condițiile specifice de muncă a judecătorilor, legate de stresul informațional și emoțional, de regimul de lucru supraîncărcat, nu le permit să se adreseze la timp în instituțiile medicale pentru prevenirea bolilor, care deseori duc la dezvoltarea precoce a incapacității de muncă. Sistemul actual de deservire medicală a judecătorilor nu rezolvă în volum deplin problemele legate de asigurarea sănătății magistraților, deoarece sunt necesare măsuri care vor asigura o abordare complexă a profilaxiei, diagnosticului și tratamentului bolilor, ce se dezvoltă la judecătorii în legătură cu activitatea lor profesională. Este necesar de a elabora bazele legislative pentru organizarea activității de dispensarizare anuală a judecătorilor. Din punct de vedere economic tratamentul bolilor în stadiile precoce necesită cheltuieli mult mai mici decât tratamentul aceluiași bolii în stadiile avansate.

În concluzie, menționăm că pentru a obține rezultate semnificative în controlul stresului profesional la judecătorii trebuie de acționat atât la nivelul indivizilor, cât și la nivelul organizației :

- prin identificarea agenților stresori de la nivelul judecătorilor
- prin dezvoltarea și elaborarea strategiilor de soluționare și de creștere a rezistenței la stres
- prin asistență de specialitate (medic, psiholog în judecătorii).

Toate problemele abordate pot fi soluționate numai prin implicarea activă a tuturor serviciilor abilitate, având ca scop final scăderea morbidității judecătorilor și creșterea eficacității procesului de justiție în general.

Bibliografie:

1. Legea nr.544 din 20 iulie 1995 cu privire la statutul judecătorului.
2. Ross R.R. & Altmaier E.M. Intervention in Occupational Stress. London: Thousand Oaks, New Delhi, 1994.
3. Zimmerman I.M. Isolation in the Judicial Career, 2000.
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 judiciară și de drept în Republica Moldova-condiție necesară în vederea integrării europene, 2004.
6. Grigore Friptuleac, Victor Mesina. Sanatatea și factorii ocupaționali, 2006
7. Zimmerman I.M. Dealing With Professional Stress: Insights for Judges, 1987.
8. Tudorel Butoi, Psihologie judiciară, 2001.
9. Iamandescu, I. (1996). Psihologie medicală, București: Editura Infomedica.
10. Jarvinen, L.K., Jokinen, J. (1989). Type A Behavior, Coping Mechanisms and Emotions Related to Somatic Risk Reactions of Coronary Heart Disease in Adolescents, Journal of Psychosomatic Research, 33.

Prezentat — 20.2.2008

Recenzent: prof. Univ. A. Saulea

S. Țurcan, IMSP Institutul Oncologic din Republica Moldova,
 Laboratorul științific Oncologie Generală și ATI

**METODA DE APRECIERE A LIMITELOR DE EXCIZIE ALE
 MELANOMULUI MALIGN CUTANAT**

There is proposed a method of determination of the limits of excision in cutaneous melanoma during the preoperative period without using the biopsy of the tumor. The limits of the skin incision from melanoma are established on the basis of thermographical and ultrasound examinations and are calculated according to a mathematical formula. 76 patients (study group) have been treated using this method, in comparison with 80 patients (witness group) treated by the classical method.

Key words: melanoma, the limits of skin incision, surgical treatment.

Tratamentul chirurgical rămâne de elecție nu numai în stadiile incipiente ale melanomului malign cutanat, dar și în cazul procesului avansat în complex cu tratament chimioterapeutic și imunoterapeutic.

Posibilitatea tratamentului eficace chirurgical al melanomului malign cutanat depinde în primul rând de grosimea tumorii după Breslow, nivelul de invazie al MM în țesuturi, afectarea ganglionilor limfatici, diseminarea procesului.

Actualmente nu sunt argumente în ce privește excizia lărgită de la limitele tumorii primare (5-6cm), iar riscul se minimizează. D. R. Aiken cu coaut. (1983) a determinat, că mărirea limitei exciziei mai mult de 3cm nu sporește riscul apariției recidivelor și nu îmbunătățește pronosticul.

Lucrările recente atât a autorilor ruși, europeni cât și americani indică necesitatea confirmării morfologice preoperatorii a diagnosticului prin efectuarea biopsiilor preoperatorii în condiții de staționar cu protecția anesteziei generale.

Biopsia tumorii primare reprezintă excizia totală a MMC primar cu aprecierea ulterioară a structurii morfologice, care includ forma histologică, grosimea Breslow, nivelul de invazie după Clark.

După aprecierea grosimii tumorii, se determină hotarele de excizie și se efectuează electroexcizia radicală cu sau fără plastic cutanată.

Hotarele inciziei pielii în excizia melanomului malign cutanat primar (M.D. Anderson și Mottit Cancer Centrs)

Grosimea tumorii Breslow (mm)	Hotarele inciziei pielii (cm)
insitu	0,5-1
0-1	1
1-2	1-2
2-4	2
>4	2

Limetele prezentate în tabela de mai sus au fost apreciate de autori după confirmarea diagnosticului morfologic și fără deducție matematică.

Noi (I. Mereuță, S. Țurcan) ne-am propus să elaborăm o metodă de apreciere a limitelor exciziei tumorii primare în perioadele preoperatorii, nestingherind canoanele oncologice în privința MM.

Limita se apreciază și se calculează pe baza investigațiilor termografice și ultrasonografice, folosind semnele directe și în baza modulării matematice, în ultimul timp, după apariția dermatoscopiei computerizate, este posibil și statistic semnificativ indicii obținuți la termografie decât la aparatele „Raduga”.

Metoda de determinare a locului de incizie a pielii în tratamentul chirurgical al melanomului constă în aceea, că în regiunea melanomului pe orizontală se efectuează termografia cu determinarea distanței de la melanom până la locul, unde termograful indică temperatura normei fiziologice, precum ultrasonografia cu determinarea distanței de la melanom până la locul, unde cercetarea ultrasonografică indică lipsa edemului în țesut, apoi locul inciziei se determină conform formulei:

$$H=0,54x(T+U)$$

unde:

H - distanța de la melanom până la locul inciziei, cm;

T - distanța de la melanom până la locul unde termograful indică temperatura care corespunde normei fiziologice, cm;

U - distanța de la melanom până la locul unde cercetarea ultrasonografică indică lipsa edemului în țesut, cm.

Prin această metodă au fost tratați 76 bolnavi cu MMC. Metoda a fost brevetată nr. 5189 - 02.07.2007. În paralel a fost studiat retrospectiv un grup din 80 bolnavi, tratați prin metoda simplă de electroexcizie cu limitele de 3-5cm de la marginea tumorii primare.

În lotul de studiu au fost incluși 43 (56,3%) femei și 33 (43,4%) bărbați, iar în lotul martor 40 (50%) femei și 40 (50%) bărbați.

În dependență de vîrstă, atât în lotul I cât și în lotul martor, prevalau bolnavii cu vîrstă 40-49 ani - 29 (38,1%) în lotul de studiu, iar în lotul martor 30 bolnavi, care au alcătuit 37,5% (tab. 1).

Bolnavii incluși în studiu și în lotul martor au fost distribuiți și în dependență de localizare. Au fost mai mulți bolnavi cu localizarea MM pe trunchi (tab. 2).

Localizarea tumorii pe trunchi a fost evidențiată în 46,0% cazuri în lotul I și - 48,7% în lotul martor.

Rezultatele tratamentului chirurgical au fost determinate după criteriile specifice - durata regenerării plăgilor și a complicațiilor, apariția sau lipsa recidivelor și implantelor.

Tabelul 1.

Repartizarea pacienților în dependență de vîrstă

	20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80>		Total
	c. a	%	c. a	%	c. a	%	c.a	%	c. a	%	c.a	%	c.a	%	
Lotul de studiu	2	2,63	6	7,9	29	38,1	21	27,6	11	14,4	6	7,9	1	1,31	76
Lotul martor	3	3,75	10	12,5	30	37,5	20	25	10	12,5	7	8,75	0	0	80

Tabelul 2.

Distribuția bolnavilor cu MM după localizare

Loturile studiate	Nr. bolnavilor	Trunchi		Membre superioare		Membre inferioare	
		c/a	%	c/a	%	c/a	%
Lotul de studiu	76	35	46,0	10	13,1	31	40,7
Lotul martor	80	39	48,7	9	11,2	32	40,0

În lotul de studiu din 76 bolnavi (100%) 53 au fost tratați după metoda propusă de autori fără plastii, ce constituie 69,7% iar în lotul martor acest indice a fost de 51 ce constituie 63,7% din 80 (100%). Secundar au regenerat plăgile în lotul de studiu - 5,6% iar în lotul martor 21,6%. Mai frecvent au regenerat secundar plăgile cu localizare lombară și plantară (tab. 3).

Din lotul de studiu la 23 de bolnavi s-a aplicat autodermaplastia cu grefă liberă iar în lotul martor la 29 bolnavi. Studiul nostru a demonstrat că regenerarea plăgilor a fost net diferențiată între grupuri, dar au fost apreciate și complicații.

În lotul de studiu au fost evidențiate complicații la 12 bolnavi, ce constituie 52,1%, selectiv necroză marginală – 8 (34,7%), detașarea lamboului – 2 (8,6%), supurarea plăgii – 2 (8,6%). Regenerarea primară la 7-8 zi s-a apreciat la 7

bolnavi (30,4%). În lotul martor complicațiile au fost vădite - la 18 bolnavi (62%) și a prevalat supurarea plăgii - 9 cazuri (31%) (tab.4).

După 1 an de evidență în dinamică a bolnavilor din ambele loturi, s-a apreciat în lotul de studiu 1 (1,32%) recidivă, iar în lotul martor 3 (3,75%).

Diagnosticul de MMC a fost confirmat morfologic la toți bolnavii din ambele loturi. În dependență de forma histopatologică a MMC, s-a evidențiat preponderent forma epitelioidă cu 42,1% în lotul de studiu și 45% în lotul martor (tab.5).

A fost studiată repartizarea bolnavilor cu MMC în dependență de nivelurile de invazie după Clark. S-a observat, că în lotul de studiu a prevalat nivelul III cu 36 (47,3%) bolnavi. Această tendință s-a păstrat și în lotul martor 38 (47,5%) bolnavi cu nivelul III de invazie (tab.6).

Tabelul 3.

Durata regenerării plăgilor postoperatorii la bolnavii tratați cu noile tehnologii chirurgicale fără plastii

Loturile	c. a. %	Regenerarea plăgilor M±m p>0,05 (zile)				Regenerare	
		7-8	9-10	11-12	13-14	Primară	Secundară
Lotul de studiu	76	34	10	5	4	50	3
	53						
	100						
Lotul martor	80	21	7	12	11	40	11
	51						
	100						

Tabelul 4.

Durata regenerării plăgilor postoperatorii la bolnavii cu plastii tratați cu noile tehnologii chirurgicale și complicațiile lor

Loturile	c.a. %	Regenerarea plăgilor M±m p>0,05 (zile)				Complicații		
		7-8	9-10	11-12	13-14	Necroză marginală	Detășarea lamboului	Supurarea plăgii
Lotul de studiu	76	7	2	2	12	8	2	2
	23							
	100	30,4	8,6	8,6	52,1	34,7	8,6	8,6
Lotul martor	80	2	4	5	18	5	4	9
	29							
	100	6,8	13,7	17,2	62,0	17,2	13,7	31,0

Tabelul 5.

Repartizarea bolnavilor cu MMC în dependență de forma histopatologică

	Epitelioid		Nevocelular		Fuziform		Mixt		Apigmentat		Total
	c.a.	%	c.a.	%	c. a.	%	c. a.	%	c.a.	%	
Lotul de studiu	30	39,4	11	14,4	12	15,7	13	17,1	10	13,1	76
Lotul martor	36	45,0	7	8,7	10	12,5	14	17,5	13	16,2	80

Tabelul 6.

Repartizarea bolnavilor cu MMC în dependență de nivelurile de invazie după Clark

	I		II		III		IV		V		Total
	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	
Lotul de studiu	4	5,2	13	17,1	36	47,3	19	25,0	4	5,2	76
Lotul martor	4	5,0	13	16,2	38	47,5	24	30,0	1	1,2	80

Concluzii

1. Limitele de excizie ale melanomului malign cutanat au fost individualizate adecvat preoperator, confirmându-se prin examenul morfologic postoperator.

2. Limitele exciziei tumorii în lotul de studiu și martor au fost corespunzător $1,5 \pm 0,3$ ($P > 0,05$) și $3,5 \pm 0,2$ ($P > 0,05$).

3. Examenul morfologic a demonstrat lipsa melanocitelor atipice în pielea din jurul tumorii și în marginile țesuturilor rezecate.

4. Metoda permite excluderea biopsiilor preoperatorii.

5. Aplicînd metoda propusă, decade necesitatea efectuării intervențiilor chirurgicale și a anesteziilor generale repetate.

6. Studiarea recidivelor și a indicilor regenerării plăgilor, dovedește eficiența metodei nu numai prin respectarea principiilor ablaticii și asepticii dar chiar și prin sporirea acestora.

Bibliografie:

- Adam I. Riker Frank Glass, Griana Perez, C. Wazne, Jane Messina. Cuneous melanoma: methots of biopsy and definitive sugical excision. Dermatologic Therapy, Vol. 18, 2005, 387-393, Florida.
- Aitken D. R. et. al. The Extend of Primary Melanoma Excision // Ann Surg. 1985, vol. 198, p.634.
- Anderson R. G. Skin Tumor II: Melanoma. //Select. Read. Plast. Surg. - 1992. - V. 7, N. 7. p. 1-35.
- Balch CM., Houghton AN., Peters LJ. Cutaneous melanoma. In: Cancer: Principles & Practice of oncology. De Vita V. T., Hellman S., Rosenberg S. A. (eds), J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 2001, p. 1612-1661.
- Барчук А. С. Хирургическое лечение меланом. Практическая Онкология №4(8), 2001, ст.30-36, Санкт-Петербург.
- Breslow A. Prognostic factors in the treatment of cutaneous melanoma. J. Cutan. Pathol. 1979;6:208-212.
- Breslow A. Thickness cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma//Ann. Surg., 1970; 172:902-908.
- Fisher S. C. Safe Margin for Melanoma Excision. Ann. Plast. Surg. 1985, v.14. p.158.

Prezentat — 25.03.2008

Recenzent: prof. univ., N. Ghidirim

Ion Mereuță, d.h.m., profesor universitar, A. Buzu, M. Colodrovschi, M. Sinicliu, V. Pahomi, Laboratorul Oncologie Generală și ATI, IOM, Catedra Hematologie și Oncologie USMF „N. Testemițanu”

PARTICULARITĂȚILE ASISTENȚEI PREOPERATORII LA PACIENȚII SUPUȘI OPERAȚIILOR URGENTE ÎN ONCOPROCTOLOGIE

În oncologic practice patients with intestinal cancer have deep changes in blood composition, metabolism acid-basa balance, hipoproteinemia, electrolyte imbalance-all this factors increase frecquence of perioperative complications.

That's why very important is to correct with infusion treatment: hipovolemia, energetic acid-base end electrolyte imbalance hemostasis.

Key words: intestinal cancer complications acid-base and electrolyte imbalance.

Actualmente cancerul devine o problemă tot mai importantă, deținând o pondere din ce în ce mai mare în structura morbidității oncologice.

În Republica Moldova cancerul colo-rectal se situează pe locul I în structura maladiilor oncologice ale tracrului digestiv, înregistrând morbiditatea în 2006 de 23,8 la 100,000 de locuitori. Conform datelor statistice la circa 40-89% din toți pacienții cu cancer colonic se întâlnesc unele sau altele complicații cu diferit grad de manifestare clinică.

Către complicațiile cancerului colonic se referă:

- a) ocluzie intestinală;
- b) procesele inflamatorii intratumorale și peritumorale (6%-49%);
- c) perforația intestinului în regiunea tumorului sau perforația diastatică a intestinului proximal de tumori (4%-15%, mortalitatea de 40%-50%);
- d) extinderea tumorii asupra organelor și țesuturilor adiacente (10%-48,2%, mortalitatea de 5,9%-12%);
- e) hemoragia din tumoare (2,9%-13,2%).

Letalitatea postoperatorie înregistrează cote foarte înalte atingând cifrele de 15-55% (P. Rusu, 2003). În ultimii ani cauzele principale ale letalității postoperatorii de rînd cu procesele septico-

purulente, sunt complicațiile de origine trombohemoragie și dereglările cardiovasculare (V. Cojocaru, 2006).

Complicațiile cancerului colonic au drept consecință dezvoltarea perturbărilor grave ale metabolismului proteic, volemie și hemostazie, care agravează considerabil evoluția perioadei postoperatorii, majorînd frecvența complicațiilor. Aceste dereglări necesită utilizarea unui tratament complex și adecvat preoperator, orientat spre minimalizarea complicațiilor intra- și postoperatorii.

În asistența preoperatorie a bolnavilor cu cancer colonic complicat, un rol important îi revine tratamentului infuzional, inclusiv transfuziilor de componente și preparate sanguine. Administrarea fluidelor are ca scop asigurarea repleției hipovolemiei relative sau absolute și rezervelor energetice, detoxifierea, corecția metabolismelor hidrice, electrolitic și acido-bazic.

Echilibrarea hidro-electrolitică

Obișnuit deshidratarea fiind izotonă sau ușor hipotonă. Cristaloizii reușesc echilibrarea electrolitică rapidă a interstițiului și a fluidului intravascular fără să provoace volumetrie periculoasă.

Tabelul I

Secrețiile digestive

Secreții	Cantitate (24h)	Na ⁺	K ⁺	CL ⁻
Suc gastric	1500-2500 ml	40-116	5-16	7-155
Bilă	700- 1000 ml	131-164	3-12	100
Suc pancreatic	500-800 ml	141	4,6	54-95
Secreție jejunală	4000 ml	82-148	3-8	43-137
Secreție ileală		105-143 %	6-29	90-136

Tabelul 2

Pierderi lichidiene în ocluzie (la 36 h de la ocluzie)

Forma clinică	Pierderi lichidiene / Repleție	
Ocluzii precoce	1500 ml	Se adaugă pentru 24 h 3000 ml soluție glucozată în soluție salină izotonică pentru pierderile insensibile.
Ocluzie stabilizată cu vome în anamnez	3000 ml	
Ocluzie avansată cu tahicardie și hipotensiune	4000-6000 ml	

Tabelul 3

Devierea valorilor indicilor volemicici în dependență de forma complicației

Indicii volemicici analizați	Deficitul indicilor volemicici (% de la N)		
	Forma toxico-anemică (29)	Ocluzie Intestinală (34)	Component inflamator (35)
Volum sangvin circulant (ml/kg)	? 31.7	? 24.9	? 16.7
Volumul plasmii (ml/kg)	? 25.4	? 21.4	? 19.3
Volumul proteinei circulante (ml/kg)	? 30,9	? 25.2	? 15.5
Volumul Hb circulante (g/kg)	? 48.9	? 34.7	? 23.2
Volumul globular (ml/kg)	? 48.3	? 38.5	? 35.2
Hb (g/%)	? 39.0	? 11.7	? 6.8
Ht (%)	? t 7.2	? 6.1	? 4.5

Tabelul 4

Algoritmul corecției perturbărilor proteino-volemice la bolnavii de cancer colonic complicat

Fluidele administrate	Volumul infuzat		
	Ocluzie intestinală	Component inflamator	Anemie toxică
Concentrat eritrocitar (ml)	0	0	250,0
PPC (ml)	250,0	250,0	500,0
Albumină 10% (ml)	200,0	200,0	200,0
Dextrane (Reopoligl.)	200,0	200,0	400,0
Cristaloide	600,0	400,0	600,0
Total	1250,0	1050,0	1950,0

Practic, se perfuzează soluție salină izotonă sau soluție Ringer pînă la stabilizarea diurezei orare normale, după care se administrează soluție de glucoză 5% 1/2 din cantitatea necesară, în continuare, adăugîndu-se NaCl pentru evitarea hipotoniei plasmatică, în funcție de pierderile estimate. Soluția Ringer – lactat recomandată de Hartmann conține: 132 mEq/l Na⁺, 4 mEq/l K⁺, 4 mEq/l Ca⁺⁺, 110 mEq/l Cl⁻, pare să reechilibreze cel mai bine spațiul extracelular, nu crește

acidoza lactică (dimpotrivă reușește o permeabilizare a ciclului Cori în ficat) și nu favorizează hidratarea plămînilor, mai ales dacă i se asociază soluție de albumină de 5%.

Bolile cardiace, vîrsta înaintată nu sunt motive de reținere exagerate în fața perfuziei, pînă la stabilirea normală a diurezei, PS, TA, sub controlul PVC. Perioperator volumul de apă administrat trebuie să asigure o diureză de 14-20ml/kg și să acopere o respirație de 15ml/kg, în total

aproximativ de 30ml/kg. Totalul de lichide administrate ajunge astfel, în prima zi, la 40-50ml/kg. Nerelevarea adecvată a diurezei în p/o necesită administrarea de furosemid (preferabilă manitolului).

Administrarea excesivă a cristalozilor, mai ales pe fonul unei carențe proteice (înregistrată frecvent în patologii canceroase a colonului), poate conduce la apariția ARDS.

Repleția volemică poate fi efectuată prin administrarea coloidelor (dextrani cu moleculă mică [Reopoliglucină, Dextran-40, Reomacrodex]; moleculă medie [Religlucină, Dextran-70]. Aceste preparate mențin hemodinamica, au efect reologic, reduc hypoxia tisulară și contracarează procesul de hipercoagulare. (D-40 ameliorează fluxul capilar, împiedicând aglutinarea hematică și fenomenul de sludge; D-70 au efect antitrombotic, prin absorbția moleculelor lor pe suprafața externă a trombocitelor reducând agregarea acestora).

În șoc, infuzia de dextrani nu trebuie să depășească 20ml/kg sau 1500ml/24h. Fiind soluție hiperoncotică, administrate în cantități mari măresc rezistența periferică și postsarcina, precipitând IC și (sau) declanșând hemoragii (per. p/o).

Hemodiluția provocată de administrarea cantităților mari de cristalozide poate agrava și sindromul anemic la bolnavii de cancer colonic complicat de anemii toxice. Concentratul eritrocitar este indicat în anemiile severe cu indicii $HB < 80g/l$. La pacienții cu disfuncții poliorganice și sindrom anemic pronunțat sunt recomandate eritrocitele spălate.

Plasma proaspăt congelată este un remediu de elecție în asistența perioperatorie a pacienților cu cancer colonic complicat, deoarece are proprietăți de repleție volemică, este sursă de factori de coagulare și mai ales a AT III, are calități osmotice. La bolnavii cu anemii toxice volumul plasmei transfuzate necesită să fie de 2 ori mai mare decât la ceilalți bolnavi. Această doză este argumentată de diminuările pronunțate ale tuturor indicilor volemici și de o concentrație scăzută a proteinelor serice și fracțiilor lor. Transfuzia 5,0-10,0ml/kg.

Albumina, fiind un preparat stabil din plasma umană, are calități reologice importante și putere osmotică valoroasă. Cercetările efectuate de Klimanski V.A., au demonstrat că transfuzia de albumină de 10%, în cantitate de 5ml este

echivalentă cu administrarea a 500ml de plasmă, datorită declanșării procesului de reinvasare a lichidelor interstițiale, proces, condiționat de forța oncotică a albuminei. Posedă capacități reologice, transportă diferite substanțe, medicamente.

Administrarea este contraindicată în insuficiența cardiacă severă, anemie gravă, HTA marcată.

Ca. colonic complicat și intervențiile chirurgicale practicate în acest caz pot avea drept consecință dereglări homeostazice ale hemostaziei. Sistema hemostaziei la bolnavii cu cancer suferă de direcția activației prin formarea unei stări de hiperadghezivitate și hiperagregabilitate, această stare având ca rezultat hipertrombocitoză cu hipermegacariocitoză prin consumul exagerat al factorilor plasmatici, atât ai sistemului de coagulare, cât și plasminică. În același timp se epuizează și anticoagulanții naturali din organism. Procesele menționate formează esența unui sindrom al coagulării diseminate (CID).

Intervenția chirurgicală urgentă, fără o pregătire preoperatorie, poate duce la decompensare CID-ului. O manifestare deosebită este formarea de microcheaguri, care duc la microtromboze în organele vitale necesare (ficat, rinichi, plămâni). Asocierea microtrombozelor cu dereglările ionice, endocrine și citochine provoacă sindroamele asociate: insuficiența poliorganică, ARDS, insuficiență hepato-renală.

Unele aspecte ale patogeniei dereglărilor trombohemoragice la bolnavii cu cancer colonic (după Robert W. Colman, 1991, fig. 1).

În complexul profilaxiei accidentelor hemostazice a fost necesar de a include: Heparina nefracționată 2500-5000lei, fiecare 6h sau heparinele cu moleculă mică (Fragmin, Clexan, Fraxiparina).

Tratamentul cu heparine este prelungit pînă în ziua a 8-a, cu micșorarea treptată a dozei începînd din a 5-a zi după operație.

- Administrarea PPC 5-10ml/kg/24h (3 zile).
Tratament cu dextrani cu moleculă mică.

- Reopoliglucină nu mai mult de 20ml/kg/24h.
- Dezagregante (Dipiridamol, Trental) inhibitor de fosfodiesterază cu '! AMPc inhibitor al adozindezominazei => '! ADP; scade RVP, stimulează hiosinteza Pc.

- AINS (acțiune antiagregantă plachetară de lungă durată, prin acetilarea COX, cu blocarea consecutivă a T_xA_2).

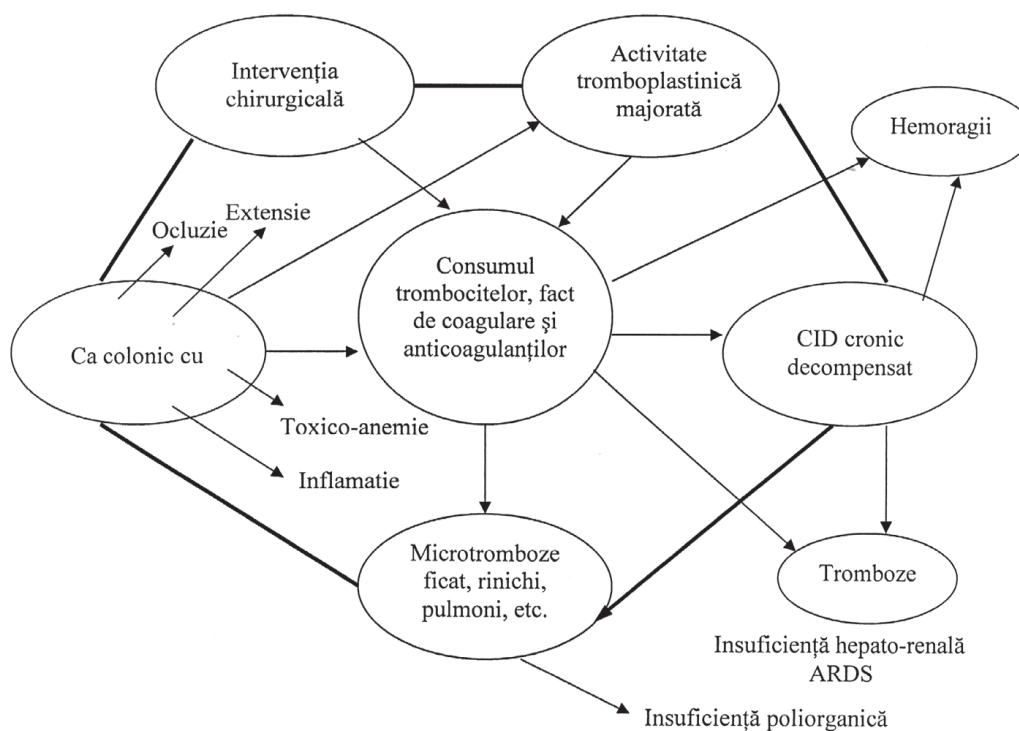


Fig. 1.

- Spasmolitice.

La bolnavii cu sindromul CID cu element de hipocoagulare suplimentar, s-a administrat terapie hemostazică pe fundal de reducere a dozei de heparină pînă la 2500un/6h.

- Etamsilat;
- Vixasol;
- CaCl₂ 10%;
- Acid epsiloaminocapronic (inhibă activatorul plasmingenului și supresia directă a plasminei) – 6g * 4 ori/zi p/o; 4 - 6 g în 30 min i/v, apoi 1-1,25 g/h, maxim 30g/zi.

Antibioterapia pre-, intra-, postoperatorie.

Tratamentul antibiotic eficient este bactericid, sinergic și masiv. În cazul stărilor septice terapia cu AB se începe după ce s-a recoltat sîngele, urina sau alte infectate pentru culturi.

Demonstrarea de către J. Fine (1971) a endotoxinemiei crescute în intestin, justifică administrarea kanamicinei 2-4g neresorbabile în intestin, după decompresare / sondă n-g.

În același sens acționează lavajul larg peritoneal, i/operator și postoperatorie prin care se obține detoxificare evidentă, reluarea precoce a tranzitului intestinal și diurezei.

Antibioterapia instituită imediat, empiric, trebuie să cuprindă o cefalosporină cu spectru larg și ultralarg, să fie activă pe toți germeii penicilino-

sensibili, pe stafilococul penicilino-rezistent, pe bacili G(-), inclusiv *Bacteroides fragilis* și piocianic --> + Metronidazolul.

- Corecția acidozei.
- Corticoterapia: Dozele crescute de corticoizi au efect de stabilizare a aparatului membranal celular, efect alfa-lizic (blocant), scad permeabilitatea intestinală; pe lîngă introducerea aminoacizilor în reacțiile neoglucogenezei, favorizează în hepatocit și neoglucogeneza din lactat, asigură cuplarea fosforilării cu dehidrogenările și refacerea ATP-ului, opunîndu-se acțiunii glicolitice și hipolitice exercitate de epinefrină.

Dozele mici, medii --> prin activ gluconoegen, permite musculaturii netede vasculare să facă față unei contracții susținute. Refac reactivitatea arteriolelor și a sfincterelor precapilare la catecolamine.

D mici - Cortizonul 100-150mg.

D medii

D mari - Cortizonul 3-5g.

Megadoze 30-50mg/kg.

- Factorii de peristază necesită un control atent, vîrsta înaintată și bolile asociate, crescînd mult mortalitatea 29,75-68%.

În concșizie menționăm, că administrarea *alfa* - blocantelor și *beta* - blocantelor sub umplere

vasculară corectă și eventual administrarea de tonicardice este utilă, datorită acțiunii simpatoadrenergice asupra circulației viscerale, de reacție la șoc, cu reversarea reacției tubului digestiv în stres, cu notă asupra circulației hepatice și pulmonare. Consecințele majore ale reluării precoce a peristaltismului TG sunt dispariția distensiei – staziei, protejarea suturilor, prevenirea acolării intestinelor, reversarea catabolismului atît prin stimul catabolic, cît și prin posibilitatea reluării precoce a alimentației.

• Prevenirea și tratarea ulcerilor digestive de stres și a pancreatitei acute.

1. Clorpromazină - 5 mg,
2. Metoclopramid - 10 mg i/v, i/m,
3. Propanolol 1 mg la 2 - 6h,
4. Blocajul peridural continuu.

• Alimentația parenterală (hiperalimentația calorico-protidică i/v).

Bibliografie:

1. P. Rusu. „Repercursiunile cancerului colonic complicat asupra statutului hemostazic, proteino-volemic și algoritmul de corecție”, Chișinău, 2003.
2. P. Rusu. „Tratamentul chirurgical radical în cancerul colonic complicat”, Chișinău, 2003.
3. E. Proca. „Tratat de patologie chirurgicală”, volumul II. București, 1998.
4. V. Cojocaru. „Deregări hemostazice în stări patologice grave”, Chișinău, 2006.
5. S. Crivda. „Riscuri de erori în anesteziologie și TI”, București, 1982.
6. S. Crivda. „Șocul”, București, 1980.
7. M. Chiorean, L. Cristea. „Medicină intensivă”, volumul III. Cluj-Napoca, 1999.
8. Н. И. Парк, П. Г. Рое. «Инфузионная терапия». Москва – 2005.
9. Н. И. Гуменюк. «Инфузионная терапия». Киев – 2004.
10. А. Мартынов. «Интенсивная терапия». Москва – 1998.

Prezentat — 8.04.2008

Recenzent: prof. univ. N. Ghidirim

Diana Harștea

Laboratorul Oncologie Generală și ATI, Institutul Oncologic

PRECURSORII ȘI CANCERELE ANEXELOR PIELII

Skin adnexal neoplasms comprise a wide spectrum of benign and malignant tumors that exhibit morphological differentiation towards one or more types of adnexal structures found in normal skin. These tumors generally behave in a benign manner, but malignant types exist. Most adnexal tumors are not common enough to permit most practitioners to maintain a ready familiarity with them. There are presented the results of the study based on the clinical evolution of 59 surgically treated patients with skin annexes tumors. The main part of the cases are represented by benign tumors (84,75%) and only 15,25% - malignant tumors. We provide a brief review of the clinical, histopathologic and other relevant features of some adnexal tumors.

Key words: cutaneous adnexal tumors, tumor-like lesions, skin adnexae, sweat gland, hair follicle, sebaceous gland.

Tumorile anexelor pielii sunt neoplazii benigne și maligne care reproduc structura anexelor pielii, adică prezintă o diferențiere sudoripară, sebacee sau pilofoliculară.

Tumorile glandelor sudoripare se formează din structurile ecrine și apocrine ale glandelor sudoripare, ce își au originea în straturile profunde ale dermei și reprezintă niște glande tubulare simple, formate din partea secretorie și ductul excretor. Conform modului de eliminare a secretului, există 2 tipuri de glande sudoripare:

• Glande apocrine, situate în fosele axilare, frunte, pielea oganelor genitale externe. Secretul glandelor apocrine conține o mare cantitate de proteine, care la descompunerea de către organisme elimină miros specific. Aceste glande își încep acivitatea la vârsta adolescenței.

• Glandele ecrine, mult mai mici și mai numeroase (2-4 mln), se află pe toată suprafața corpului, în deosebi pe plante, palme, față, fose axilare.

Tumorile glandelor sudoripare sînt reprezentate, de obicei, de formațiuni tumorale (papule, noduli),

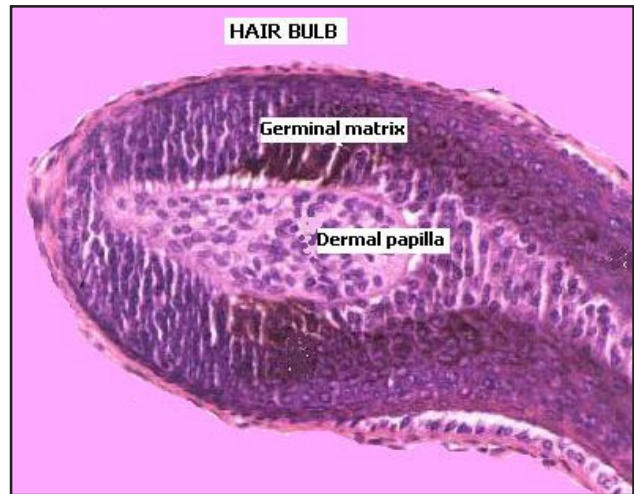
tabloul clinic al cărora nu întotdeauna este tipic. În majoritatea cazurilor, diagnosticul definitiv este stabilit doar după analiza histologică.

Tumorile glandelor sebacee se dezvoltă din glande sebacee, care sunt în număr mare pe pielea capului, mai ales pe față. În direcție distală numărul lor se micșorează, iar pe palme și plante lipsesc. Datorită acestui fapt, neoformațiunile glandelor sebacee sînt mai frecvente pe față și lipsesc pe palme și plante. Glandele sebacee sunt glande alveolare ramificate cu duct excretor comun. Conform tipului secretor sînt homocrine – secretul treptat e acumulat în citoplasma celulei, care se transformă într-un „sac cu grăsime” ce se sparge cînd e supraumplut. Ductul excretor se deschide în foliculul pilos sau la suprafața pielii în zonele unde lipsesc firele de păr.

Glanda sebacee, firul de păr și mușchiul erector al părului formează un complex pilo-sebaceu. La contractarea mușchiului, firul de păr se ridică, iar glanda sebacee elimină secretul. Partea liberă a părului, vizibilă la suprafață e formată din tijă, iar cea profundă e reprezentată de rădăcină, care se dilată în profunzime, parte numită bulbul firului de păr și responsabilă de creșterea acestuia. Bulbul se termină prin papila firului de păr, unde se află vasele sangvine. Rădăcina e formată din cortex, măduvă și cuticulă și e situată în dermă în foliculul pilos. Foliculul pilos în profunzime se numește colet, iar la suprafață – infundibul. Datorită structurii complexe a aparatului pilo-folicular, există o varietate mare

de tumori și leziuni pseudotumorale ce se dezvoltă din aceste elemente și deseori sunt clasificate conform părții foliculului pilos din care a evoluat tumoarea (infundibul, matricea foliculară, teaca externă a rădăcinii etc).

În componența tumorilor cutanate, tumorile anexelor pielii reprezintă entități relativ rare, cu un cadru morfologic mai mult sau mai

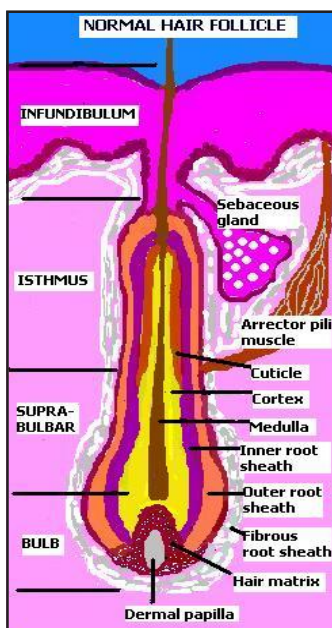


puțin bine conturat, cărora le corespunde un tablou clinic nu prea bine definit sau caracteristic. Există numeroase divergențe cu privire la numărul, clasificarea și nomenclatura neoplaziilor ce pot fi încadrate în capitolul tumorilor anexiale.

Datorită spectrului larg histologic, terminologia tumorilor anexelor pielii e foarte vastă. Încercările de a reflecta prin denumirea tumorii particularitățile apariției și dezvoltării histologice și clinice au dus la aceea, că aproape fiecare tip de tumoră e definit prin numeroase unități terminologice. De exemplu, tumoarea benignă a glandelor sudoripare – siringoepiteliom, poate fi întâlnită și cu denumirile de hidroadenom cu celule clare, acrospirom ecrin, hidradenom nodular, epiteliom cu celule clare. Diversitatea mare a termenilor utilizați e una din cauzele de bază ce face dificilă sistematizarea acestor tumori.

Există și o dificultate în stabilirea unei demarcații între viciile de dezvoltare, leziunile pseudo-tumorale ale anexelor pielii și tumorile propriu-zise. Din cauza lipsei unor principii bine stabilite, unii autori le includ în grupul tumorilor anexelor pielii, iar alții le clasifică într-un grup aparte, motivînd că leziunile pseudo-tumorale au o structură înalt diferențiată și stabilă, apropiată țesuturilor neafectate, nu se caracterizează prin evidente procese de proliferare și au reacție slabă a țesuturilor adiacente.

Uneori apar dificultăți și în stabilirea unei demarcații între tumorile benigne și maligne ale anexelor pielii. Creșterea malignității unei tumori se însoțește, de regulă, de scăderea gradului său de diferențiere, iar caracterul anexial este cu atît mai greu de identificat, cu cît potențialul evolutiv este mai malign. Tumorile maligne anexiale se



caracterizează prin progresare locală, dar și tendința spre metastazare hematogenă și limfogenă.

Luînd în considerare cele expuse, studierea aspectelor clinice și de diagnostic ale tumorilor anexelor pielii constituie la moment o problemă actuală în oncologie. În cadrul laboratorului științific oncologie generală s-a efectuat un studiu al evoluției clinice a tumorilor anexelor pielii în ultimii ani și clasificarea lor conform formelor histopatologice. În anii 2005-2006 în Institutul Oncologic din Republica Moldova au fost tratați chirurgical 59 de bolnavi cu tumori ale anexelor pielii, inclusiv tumori benigne – 50 (84,75%) și maligne – 9 (15,25%).

Lotul de studiu cuprinde pacienți cu vârsta între 10 și 79 ani, cele mai afectate fiind persoane de 40-49 ani (25,42%) și 50-59 ani (25,42%). Conform studiului efectuat, tumorile anexelor pielii afectează preponderent sexul feminin (73,08%) și mai puțin cel masculin (26,92%).

Analizînd tumorile anexelor pielii conform localizării, s-a constatat, că cea mai afectată este fața (38,98%) și partea piloasă a capului (25,42%).

Conform studiului efectuat, cele mai frecvent întîlnite tumori ale glandelor sudoripare, pot fi evidențiate siringoepiteliomul (14% din totalul tumorilor benigne) și siringoadenomul papilar (14% din totalul tumorilor benigne).

Tabel 1

Clasificarea histologică a tumorilor anexelor pielii tratate chirurgical în IOM (cifre absolute)

	2005	2006	Total
Tumori benigne ale glandelor sudoripare	16	9	25
Siringoepiteliom	6	1	7
Hidradenom papilar	2		2
Cilindrom	3	1	4
Siringoadenom papilar	4	3	7
Spiradenom ecrin	1	3	4
Acrospirom ecrin		1	1
Tumori benigne ale glandelor sebacee	6	3	9
Nev al glandelor sebacee	3	1	4
Adenom al glandelor sebacee	1		1
Hiperplazia glandelor sebacee	2	2	4
Tumori benigne ale foliculului pilos	10	6	16
Pilomatrixom (epiteliom Malerb)	9	3	12
Trihofoliculom	1	1	2
Trihoepiteliom		1	1
Epiteliom chistic tip Brooke		1	1
Tumori maligne ale anexelor pielii	4	5	9
Carcinom din glande sebacee	2		2
Bazaliom cu diferențiere piloidă	2	1	3
Carcinom cu diferențiere pavimentoasă din anexele pielii		4	4
Total tumori ale anexelor pielii	36	23	59

Tabel 2

Repartizarea pacienților în funcție de vîrstă

Vîrsta	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Cifre absolute	4	3	7	15	15	6	9
%	6,78	5,08	11,86	25,42	25,42	10,17	15,25

Tabel 3

Repartizarea pacienților în funcție de sex

Sex	Bărbați	Femei	Total
Cifre absolute	16	43	59
%	26,92	73,08	100

Tabel 4

Repartizarea tumorilor în funcție de localizare

Localizare	Fața	Partea piloasă a capului	Gât	Trunchi + glande mamare	Organe genitale externe	Membre superioare	Membre inferioare
Cifre absolute	23	15	2	8	4	4	3
%	38,98	25,42	3,39	13,56	6,78	6,78	5,08

Siringoepiteliomul a fost descris pentru prima dată de Petersen (1893), Calicenco I. (1936). Vîrstă și sex: se întîlnește mai des la femeii de vîrstă senilă, dar poate apărea și la tineri. Aspect dermatologic: de regulă se prezintă ca un nodul solitar, elevat pe suprafața pielii. Dimensiunile lui nu depășesc 1,5-2 cm în diametru. Culoarea pielii deasupra tumorii nu e schimbată. Palpator: tumoră dură, indoloră, localizată în profunzimea dermei. Localizare: orice parte a corpului, dar mai des pe față, partea piloasă a capului, trunchi. Diagnosticul diferențial e dificil și e făcut cu alte forme ale tumorilor anexelor pielii. Diagnosticul definitiv e stabilit în baza examenului histologic. Evoluție: crește lent, uneori ulcerează. Pronostic: favorabil, rareori recidivează după excizie, foarte rar malignizează.

Siringoadenomul papilar poate fi întîlnit și cu denumirile de siringocistadenom papilar sau adenom papilar al glandei sudoripare. Primele descrieri ale tumorii au fost făcute de Elliot G. T. în 1893. Vîrstă și sex: mai des se întîlnește la nou-născuți și copii indiferent de sex, mai rar la persoane adulte. Aspect dermatologic: e caracteristică prezența unui focar solitar, rareori – papule multiple, de formă rotundă sau ovală. Culoarea pielii adiacente: intactă, roz-cianotică sau gălbuie. Localizare: partea piloasă a capului, gât, umeri. Conform datelor clinice trebuie diferențiat de siringom și nevul glandelor sebacee. Evoluție: crește treptat, mai rapid în perioada adolescenței. Pronostic: favorabil, dar uneori se poate transforma în cancer bazocelular.

În lotul de studiu, cel mai des întîlnit între tumorile benigne ale anexelor pielii este pilomatrixomul (24%), cu diferențiere din matricea foliculului pilos. A fost descrisă prima dată de Malherbe A. și Chenantais J. în 1880, deaceia deseori e numită epiteliom Malherbe. Poate apărea la orice vîrstă, indiferent de sexul persoanei. Tumoarea, de cele mai multe ori, e solitară, elevată deasupra pielii, are formă rotunjită, diametrul 0,5-2 cm, poate atinge dimensiuni impunătoare. Pielea are uneori nuanță cianotică și capilare dilatate la marginea tumorii. Palpator: consistență dură, tumoare mobilă, neaderată de țesuturile adiacente. Localizare: față și gât, mai rar membrele superioare. Evoluție: creștere lentă timp de mai mulți ani. Pronostic favorabil.

Din punct de vedere histopatologic, tumorile maligne ale anexelor pielii se împart în două categorii:

- Epitelioame bazocelulare anexiale și spinocelulare anexiale;
- Epitelioame anexiale fundamentale (carcinoame și adenocarcinoame anexiale).

Epitelioamele din prima categorie se întîlnesc mai frecvent decît celelalte. În majoritatea cazurilor acestea sunt epitelioame bazocelulare, în care au apărut diferențieri parțiale, accesorii, de tip pilar, sebaceu sau sudoripar. Diferențierea de tip anexial al epitelioamelor spinocelulare este foarte rară.

Epitelioamele anexiale fundamentale (carcinoame și adenocarcinoame anexiale) sunt tumori cu caractere citologice și histologice de

malignitate, metastazante, în care morfologia unora dintre celulele neoplazice, caracterele histochemice și arhitectonica tumorală sugerează diferențierea anexială.

În lotul pacienților examinați, tumorile maligne constituie 15,25% și sînt reprezentate în mare parte de carcinom cu diferențiere pavimentoasă din anexele pielii (44,44%) din totalul tumorilor maligne). Cunoașterea particularităților tabloului clinic al tumorilor anexelor pielii contribuie la stabilirea precoce a diagnosticului și la aprecierea corectă a tratamentului.

Bibliografie:

1. Bayex A., *Epiteliomas et etats preepitheliomateux*, Masson et Cie, Paris, 1991.
2. Brownstein M. H., *The genodermatopathology of adnexal tumors*. Cutan. Pathol., 1984.
3. Dimitrescu Al., *Cancerul pielii*, București, 1975.
4. Давыдов М. И., Аксель Е. М., *Злокачественные новообразования в России и странах СНГ*. Медицинское информационное агентство, Москва, 2004.
5. Апатенко А. К., *Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи*, Москва, 1973.
6. Цветкова Т. М., Мордовцева В. В., Вавилов А. М., *Патоморфология болезней кожи*, Москва, 2003.

Prezentat — 11.03.2008

Recențent – prof. Univ. Gh. Meșet

Ecaterina Tcacenco

MANAGEMENTUL CLINICO-DERMATOSCOPIC AL LEZIUNILOR CUTANATE PIGMENTATE

Dermoscopy is a noninvasive diagnostic method, which is becoming increasingly reliable and, as a consequence, increasingly popular among dermatologists and patients. Especially in the field of pigmented skin lesions (PSLs), dermoscopy may add useful information to the clinical constellation, improving the diagnostic performance for early diagnosis of melanoma and for differentiating various melanocytic and nonmelanocytic pigmented lesions. This method has various other potential applications besides diagnosis, including lesion's selection for biopsy, determination of appropriate therapeutic modalities, verification of treatment efficacy, and decision of surgical margins.

Key words: pigmented skin lesions, malignant melanoma, melanocytic and non-melanocytic skin lesions, dermoscopy in management of PSLs, epiluminiscence microscopy dermoscopy, dermatoscopic diagnosis, dermatoscopic risc, management of clinical and dermatoscopic diagnosis.

Dermoscopia (microscopia cutanată de suprafață, microscopia epiluminiscentă, dermatoscopia) este o tehnică care utilizează fie un dispozitiv manual care majorează imaginea, fie instrumente cu lumină polarizată încrucișată. Acestea permit vizualizarea structurilor cutanete macroscopice și microscopice a leziunilor cutanate pigmentate și nepigmentate localizate de la epidermă pînă la straturile superioare ale dermei, structuri care nu pot fi vizualizate cu ochiul liber. Studii anterioare au demonstrat, că dermatoscopia poate îmbunătăți virtual diagnosticul clinic al tuturor leziunilor cutanate pigmentate, inclusiv diagnosticul melanomului la un stadiu precoce. De atunci, un volum tot mai mare de literatură a descris caracteristicile dermatoscopice ale multor leziuni cutanate

pigmentate și nepigmentate, criteriile diagnostice, chiar și în așa locuri dificile ca aparatul unghial și pielea acrală. Într-adevăr, dermatoscopia este o metodă standardă de diagnostic în multe țări și s-a dovedit a fi utilă, cu excepția utilizării în medicina primară.

Totuși, la începutul noului mileniu numai 23% din dermatologi din SUA utilizau tehnica dermatoscopică, un studiu recent raportează faptul că doar 17% de dermatologi folosesc dermatoscopia ca metodă adjuvantă pentru diagnosticarea lentigului malign. Posibila explicație ar fi instruirea insuficientă în timpul rezidențiatului așa ca și numărul mic de experți în dermatoscopie în SUA.

În general, clinicienii instruiți în dermatoscopie raportează o creștere semnificativă atât a

senzitivității (procentajul de melanom corect diagnosticat) cât și a specificității (procentajul de non-melanome diagnosticate) comparativ cu examinarea cu ochiul liber. O meta-analiză recentă și masivă a 13 studii în care au fost implicați clinicieni specialiști a demonstrat că:

1. exactitatea diagnosticului a fost semnificativ mai înaltă prin dermatoscopie decât în lipsa ei (raportul odds, 4.0, [95% intervalul de siguranță, 3.0- 5.1] versus 2.7 [95% intervalul de confidență, 1.9-3.4] ; $P = 0.001$)

2. senzitivitatea medie a crescut cu 19% (83.2% versus 69.9%)

3. specificitatea medie a crescut cu 6.2% (85.8% versus 80.8%).

În timp ce aceste studii au demonstrat un impact major în depistarea melanomului nerecunoscut prin examinarea cu ochiul liber (senzitivitate crescută) în comparație cu depistarea leziunilor benigne, efectul dermatoscopiei asupra specificității este mai bine examinat prin efectul acesteia asupra ratei de excizie. Într-un studiu randomizat a fost comparată examinarea numai cu ochiul liber și examinarea cu ochiul liber combinată cu dermatoscopie, și s-a remarcat o reducere cu 42% a numărului de pacienți care necesitau biopsie în lotul în care s-a utilizat și dermatoscopia ($P=0.01$). Aceste date coincid cu datele privind reducerea semnificativă a raportului benign/malign de excizie a leziunilor melanocitice de la 18:1 (era pre-dermatoscopică) până la 4:1 (era dermatoscopică) la clinicienii instruiți care utilizează dermatoscopia. În schimb în cazul clinicienilor care nu utilizează dermatoscopia nu se constată nici o ameliorare (de la 12:1 la 14:1). Astfel evidența este saturată cu exemple care dovedesc că dermatoscopia descrește necesitatea biopsiei pe lângă faptul că sporește depistarea melanomului comparativ cu examinarea cu ochiul liber. Această situație este probabil cel mai bine exprimată prin concluzia: examinarea cu ochiul liber poate omite melanomul iar exciziile inutile vor continua.

Deoarece majoritatea criteriilor dermatoscopice stabilite corespund unor structuri histopatologice specifice, dermatoscopia reprezintă o conexiune între examinarea clinică și examinarea histopatologică, așa cum analiza histopatologică tradițional este privită ca „standard de aur” pentru diagnosticul leziunilor pigmentate

cutanate. Prin urmare nu este surprinzător faptul că a fost demonstrată interacțiunea pozitivă între dermatoscopie și examinarea histopatologică. În particular, au fost raportate cazuri bine documentate, când probleme ne semnificative la examenul histopatologic au fost ulterior depistate și prin dermatoscopie. Ariile suspicioase dermatoscopice pot fi marcate pentru a ajuta morfopatologii să efectueze preparate pentru examinarea histologică din ariile reprezentative. Mai mult decât atât unele probleme descrise histopatologic au fost de asemenea demonstrate și dermatoscopic. În timp ce coincidența rezultatelor (variabilitatea rezultatelor) obținute este destul de înaltă pentru dermatoscopie, unele caractere individuale pot prezenta coincidență joasă. O astfel de coincidență joasă de asemenea a fost dovedită și pentru unele caractere histologice ale leziunilor pigmentate. Prin urmare reprezintă o dificultate atât pentru dermatoscopie cât și pentru examenul histopatologic să îmbunătățească rata de coincidență a caracterelor prin o definiție mai exactă a criteriilor morfologice.

În unele studii mai recente, examinarea dermatoscopică în dinamică a leziunilor melanocitice a schimbat calea de indentificare a melanomului incipient. Dispozitivele de monitorizare ale dermatoscopiei computerizate (digitale) sunt dispozitive care captează imaginea dermatoscopică și permit unei copii a acestor imagini să fie expuse pe ecranul monitorului, iar aceste imagini pot fi comparate pentru a evidenția schimbarea lor în timp. Tehnica poate fi divizată în 2 metode: monitorizarea de lungă durată și monitorizarea de scurtă durată. Monitorizarea de durată lungă permite comparația nevilor atipici pe toată perioada standardă de supraveghere (de obicei 6- 12 luni) . Metoda de regulă este limitată doar la pacienții cu nevi atipici multipli. Monitorizarea de durată scurtă este utilizată pentru a lua o decizie clinică în cazul leziunilor melanocitice „suspicioase” (de obicei 3 luni) la care lipsesc criteriile de melanom. Monitorizarea de scurtă durată poate fi aplicată la orice pacient dar mai des se utilizează la pacienții cu anamneză de schimbări moderate a nevilor atipici sau a nevilor obișnuiți sau nevi atipici fără anamneză de stabilitate. Ceea ce este evident din datele literaturii este că monitorizarea dermatoscopică digitală permite diagnosticarea

precoce a melanoamelor la care lipsesc criteriile clinice și dermatoscopice specifice pentru melanom. Aceste studii realizate pe contingente diferite de pacienți supuși monitorizării dermatoscopice au demonstrat faptul că ambele tipuri de monitorizare, pe termen lung și pe termen scurt, permit indentificarea precoce a melanomului lipsit de criteriile dermatoscopice specifice. În al doilea studiu, 100 % (7/7) și 89 % (56/63) dintre melanomele depistate prin monitorizare digitală nu prezentau evidență de melanom când sau folosit criteriile dermatoscopice standard. Mai mult decât atât, în studiul al doilea, nu au fost diferențe semnificative a criteriilor dermatoscopice depistate la melanomele modificate monitorizate comparativ cu nevi modificati monitorizati, astfel indicind caracterul lor lipsit de „aspecte caracteristice” la examenul dermatoscopic. Mai recent, într-un studiu care a cuprins 530 de pacienți cu risc de la moderat pînă la înalt, care au fost urmăriti timp de 32 de luni, Haenssle a demonstrat că 34 % de melanome (18 /53) au fost indentificate exclusiv prin monitorizarea dermatoscopică și erau dermatoscopic lipsiti de caractere specifice. Aceste melanome erau mai subțiri decât cele depistate prin alte metode, jumătate de leziuni fiind „în situ”. Studiile ulterioare care vor evalua impactul monitoringului digital sunt în desfășurare la momentul de față.

Deci, ce putem să afirmăm referitor la ghidurile bazate pe evidență în utilizarea dermatoscopiei în practica de rutină? Evident, dermatoscopia crește specificitatea și sensibilitatea diagnosticului de melanom comparativ cu examinarea cu ochiul liber. Prin urmare ar trebui să fie acceptată ca o tehnică de diagnostic fundamentală a leziunilor cutanate pigmentate. Pentru a diagnostica melanomul embrionar (incipient), utilizarea monitorizării dermatoscopice digitale este la momentul de față unica tehnică susținută în datele din literatură. În absența datelor care ar susține alt punct de vedere, în o patologie în care depistarea precoce este esențială, este dificil să pierzi indentificarea unei așa leziuni cutanate ca avînd beneficii nonterapeutice. Este evident faptul că ambele tehnici sunt complimentare pentru depistarea precoce a melanomului. Trecerea de la examenul cu ochiul liber la dermatoscopie pentru examinarea și diagnosticul leziunilor pigmentare

poate să ne deplaseze din era diagnosticului clinicopatologic în era diagnosticului clinicoimagistic.

În condițiile Centrului Sănătății Familiei „Galaxia” au fost examinați clinic-vizualizare, diagnostic cu ajutorul lupei, și în special cu metoda nouă – dermatoscopia computerizată 1877 bolnavi pe parcursul perioadei 2001 – aprilie 2008. În baza cercetărilor efectuate și ulterior corelate cu specialiștii oncologi și morfologi am dedus următoarele:

Datorită dermatoscopului devine posibil de a studia modelul pigmentar al leziunilor, mai ales că vizualizarea rețelei pigmentare este scopul principal al investigației dermatoscopice.

Rețeaua pigmentară

Rețeaua apare ca urmare a prezenței melaninei în keratinocitele bazale și prezența melanocitelor de-a lungul joncțiunii dermo-epidermale. Reticulația reprezintă rețea ridge a epidermului. Găurile hipomelanotice ale rețelei corespund vîrfurilor papilelor dermale și straturile suprapapilare supraiacente ale epidermei. Majoritatea nevilor melanocitici și melanomele au rețea pigmentară, însă lipsa acesteia nu exclude leziunea cutanată melanocitică. În special nevi pigmentari melanocitici congenitali au un model pigmentar globular. Mai mult decât atât, melanomul malign terminal se caracterizează prin deformarea sau distrugerea rețelei pigmentare datorată proliferării melanocitelor (vezi mai jos).

Alte componente structurale melanocitice Globulele

Globulele reprezintă “cuiburi” de melanocite pigmentate localizate în dermisul papilar. Acestea sunt definite ca avînd diametrul peste 0.1 mm. Nevul Spitz poate prezenta un model globular (în afară de tipul “deget de broască”).

Punctele negre

Punctele negre au diametrul sub 0.1 mm și sunt localizate în straturile superficiale ale epidermei. Uneori punctele negre sunt găsite superficial în stratul cornos și pot fi îndepărtată prin peeling ușor. Dacă sunt distribuite neuniform la periferia leziunii melanocitare , punctele negre , care sunt des și de dimensiuni diferite, pot indica un melanom malign.

Aspectul curgător și pseudopodele

Aceste modificări sunt datorate unei distribuții anormale a pigmentului la nivelul zonei joncționale și sunt prezente la 80 % de melanome maligne subțiri (sub 1 mm). Proliferarea anormală a celulelor melanocitice deformează rețeaua pigmentară, apar linii întunecate groase la periferie, așa-numitele pseudopode. Aspectul curgător, liniile groase întunecate la periferie și pseudopodele sunt schimbările esențiale care indică melanom malign subțire.

Ariile lipsite de structură și zonele albastru-arămii

Zonele lipsite de structură sunt întâlnite la mulți nevi melanocitici, și se datoresc pigmentării sărace a keratinocitelor care formează rețeaua pigmentară, precum și la nevi dermali. Zonele albastre - arămii sunt tipice pentru nevi albaștri și reprezintă o tumoră melanocitică pigmentară localizată în dermă. Pigmentația apare albăstruie datorită dispersiei luminii (efectul Tyndall).

Ariile albastre - surii sau negre în combinație cu un vâl albicios (datorat hipercheratozei) și ariile care seamănă cu o cicatrice (indică regresie) sunt tipice pentru melanomul malign gros (peste 1 mm).

Alte aspecte dermatoscopice ale leziunilor pigmentate

Zonele cafenii în frunză de arțar

Acumulările de pigment sur-cafeniu sub formă de boabe sau noduli sunt caracteristice pentru carcinoma pigmentată cu celule bazale. Deseori vasele "retinale" distinse caracteristice sunt observate la periferie. Carcinoma superficială cu celule bazale demonstrează leziuni în "împușcătură de armă" cu dispersia ovoidă a pigmentului la periferie.

Pseudocistele cornoase, deschizăturile ca comedoanele

Aceste aspecte sunt caracteristice keratozei seboreice. Chisturile miliare sau pseudochisturile sunt leziuni gălbui spre albicioase care perforază o arie omogenă cafenie, des fără rețea pigmentară. Chisturile cornoase se pot întâlni în nevi melanocitari. Descizăturile sub formă de comedoane deasemenea denunță deschizături pseudofoliculare cu acumulări de cheratină, "margini mușcate de molii" și aspect ca de creier

sunt alte aspecte des găsite în cheratoza seboreică.

Angioma cutanată

Angiomele se prezintă ca lacune sau leziuni saculare pline cu sânge. Pot fi prezente cruste și culoare întunecată datorită trombozei vasculare. Aceste leziuni sunt des suspectate clinic ca fiind melanoame maligne.

Metodologia dermatoscopiei

Dermatoscopia este efectuată după examenul clinic vizual cu ochiul neînarmat. Înainte de a aplica obiectivul pe piele se atrage atenție la : culoarea, mărimea, simetria și localizarea leziunii cutanate. Regula ABCD pentru examenul clinic macroscopic clasic de indentificare a melanomului malign poate fi utilă (A-asimetria, B-neregularitatea marginilor, C - culoarea, (două sau mai multe culori) și D - pentru diametru peste 6 mm)

Localizarea leziunii este importantă deoarece rețeaua pigmentară este diferită în regiuni diferite. Dacă privim o leziune pigmentară pe față, rețeaua va fi neregulată datorită lipsei rețele ridges. În schimb va fi o rețea pseudopigmentată datorită penetrării canaliculelor glandelor sudoripare ecrine și foliculilor piloși. Pe mâini și picioare rețele ridges crează un model pigmentar linear sau paralel, cu orificii a glandelor sudoripare care apar regulat în centrul vîrfurilor mai puțin pigmentate. Modelul pigmentar de "cale ferată" nu trebuie confundat cu aspectul radial curgător sau pseudopodele din melanom.

În caz de trauma mecanică cu hemoragie cutanată ca de exemplu în cazul de "talon noire" la jucătorii de badminton, pigmentul sangvin este localizat pe vîrfurile largi, lăsînd spațiile dintre ele de o culoare mai deschisă.

Scara de risc

Metoda de gradare a riscului (5-7) este bazată pe analiza rețelei pigmentare. Cînd efectuezi dermatoscopia decide dacă este prezentă sau lipsește rețeaua pigmentară. Dacă nu, ia în considerație dacă este un model pigmentar globular normal. Dacă nu este cazul, atunci leziunea probabil că nu este melanocitică.

Trebuie de remarcat faptul că melanomul malign gros poate prezenta pigmențație neagră uniformă sau pigmențație sur-albastră fără

prezența sau cu rămășițe de rețea pigmentară la marginea leziunii.

Dacă lipsește rețeaua sau pigmentația globulară trebuie luate în considerație alte tipuri de leziuni pigmentare. Dacă rețeaua pigmentară este prezentă, următorul pas este analiza ei : este normală sau anormală. Conceptul principal al evaluării riscului este depistarea semnelor clasice ale melanomului malign :

Clasa 1. Melanom probabil

- Pseudopode
- Răspîndire radială
- Rețea cu linii groase întunecate la margine
- Zone sur-abăstirii cu voal albicios, zone asemănătoare cu cicaricea(în prezența rețelei pigmentare)

Dacă astfel de caracteristici nu s-au depistat, caută semnele posibile de malignizare

Clasa 2 : Melanom posibil

- Rețea pigmentară neregulată, întunecată cu zone de confluență pigmentară (heterogenitate), mai des la margini (cuiburi de pasăre)
- Eccentricitatea rețelei întunecate la periferie

În continuare apreciază dacă leziunea este un nev atipic (displazic)

Clasa 3: **Nevul atipic**

- Rețeaua pigmentară cu regiuni diverse de hipopigmentație, des roze (roz și pestriț) (au fost descrise diferite tipuri dermatoscopice)

Dacă toate acestea sau depistat leziunea probabil este :

Clasa 4: **Nevul melanocitic benign**

- Rețea pigmentară de la cafeniu deschis la cafeniu de intensitate medie, care se decolorează la periferie.(cafeniu și decolorat)
- Aspect globular cafeniu regulat

Leziunile pigmentare fără trăsături caracteristice pentru clasele 1-4 pot fi înregistrate ca :

Clasa 5: **Alte leziuni pigmentare/ imitatori a melanomului**

- keratoza seboreică
- angioma
- carcinomul cu celule bazale
- histiocitomul
- nevil albastru
- lentigo
- nevil Spitz

Regula ABCD a dermatoscopiei și gradarea riscului

Regula ABCD este o metodă de evaluare

bazată pe indentificarea unui număr anumit de semne și caracteristici găsite prin dermatoscopie care sunt înmulțite cu un factor de corecție și adunate pentru a calcula scorul dermatoscopic total al leziunii. Dacă scorul dermatoscopic total al leziunii melanocitice este între **4.75 - 5.45** este melanom posibil, dacă este peste **5.45** - melanom probabil.

Senzitivitatea regulei ABCD a fost raportată ca fiind 96%. Alte studii au raportat o exactitate de 59-88% (Kittler H., Hoffmann K.).

Analiza dermatoscopică care descoperă semnele specifice de malignizare, așa ca scorul de risc, a fost testată în diferite studii și a dat o sensibilitate "expert" de 81% și o specificitate de 92%. Regula ABCD funcționează bine în cazul leziunilor melanocitice subțiri, în timp ce melanomul nodular poate fi omis. Un studiu danez a comparat regula ABCD cu scara de risc. Ambele metode îmbunătățesc diagnosticul de melanom malign, dar prin scara de risc exactitatea datelor diagnostice este mai mare decât prin regula ABCD.

Este necesară o pregătire continuă profesională a medicilor în domeniul dermatoscopiei.

Concluzii

Studiul efectuat argumentează o îmbunătățire semnificativă a sensibilității și specificității diagnosticului melanomului malign prin dermatoscopie. Concluziile sunt bazate pe curbele ROC (recepționarea caracteristicilor operatorii) care reprezintă raportul între rezultatele pozitive (= senzitivitate) și rezultatele fals pozitive (= 1- specificitate) obținute prin dermatoscopie.

Dermatoscopia computerizată reduce numărul greșelilor medicale a leziunilor cutanate, evită durerea, reduce costul și economisește timpul pacientului.

Rezultate dermatoscopice fals pozitive sau fals negative pot fi posibile, dar aceasta nu discreditează metoda.

Metoda dermatoscopiei computerizate trebuie introdusă în practică în clinicile dermatologice și oncologice.

E necesară o specializare curriculară postuniversitară a medicilor.

Bibliografie:

1. Friedman R.J., Rigel D.S., Silverman M.K., Kopf A.W., Vossaert K.A. (1991) CA Cancer. J. Clin., 41, 201-226.
2. Argenziano G., Soyer H.P., Chimenti S. et al. (2003) J. Am. Acad. Dermatol., 48, 679-693.

3. Friedman R.J., Rigel D.S., Kopf A.W. (1985) CA Cancer. J. Clin. 35, 130-151.

4. Grin C.M., Kopf A.W., Welkovich B., Bart R.S., Levenstein M.J. (2002) Arch. Dermatol. 1990, 126,763-766.

5. Kittler H., Pehamberger H., Wolff K., Binder M. (2000) Lancet Oncol., 3, 159-165.

6. Argenziano G., Soyer H.P., Chimenti S., Ruocco V. (2002) Clin. Dermatol., 20, 200-202.

7. Ruocco E., Argenziano G., Pellacani G., Seidenaris S. (2004) Dermatol. Surg. Feb. 30, 301-310.

8. S. Kittler H., Selteneim M., Dawid M. et al. (2000) Arch. Dermatol., 136, 316-320.

9. Kittler H., Pehamberger H., Wolff K., Binder M., (2000) J. Am. Acad. Dermatol., 43, 467-476.

10. Menzies S.W., Cutenev A., Avramidis M., Batrac A., McCarthy W.H. (2001) Arch. Dermatol., 137, 1583-1589.

Prezentat — 9.04.2008

Recenzent: prof. univ. Gh. Muișet

Liuba Munteanu, d.ș.m., Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

MEDICINA TRADIȚIONALĂ CA MIJLOC MEDICO-SANITAR DE PROFILAXIE, TRATAMENT ȘI RECUPERARE

The term traditional medicine describes medical knowledge systems, which developed over centuries within various societies before the era of modern medicine; traditional medicines include practices such as herbal medicine. Traditional medicine is largely based on the philosophical concept that the human body is a small universe with a set of complete and sophisticated interconnected systems, and that those systems usually work in balance to maintain the healthy function of the human body. Traditional medicine are largely accepted to be safe from results gained through medical studies.

Key words: rehabilitation, traditional medicine.

Medicina tradițională implică în ultimele decenii o mai mare atenție prin necesitatea globală de asigurare a asistenței medico-sanitare și de reformare și optimizare a sistemului sănătății.

Există multe sisteme ale medicinei tradiționale în funcție de istoria, filosofia, cultura regiunii unde au fost inițial practicate metodele medicinei tradiționale. Astfel OMS definește Medicina Tradițională ca o practică de activitate ce vizează sănătatea și implică tactici, concepte, mijloace medicamentoase de origine vegetală, animalieră și minerală, terapia manuală, acupunctura utilizate ca mono sau în combinație cu scop de tratament, diagnostic, profilactic și de recuperare.

Medicina tradițională adoptă o viziune holistică asupra organismului acționând asupra lui ca întreg și nu doar asupra unui organ sau doar a unei funcții a corpului.

Medicina complementară și alternativă este utilizată de un număr în creștere continuă de cetățeni europeni. Această creștere a cererii nu are ca scop argumentarea eforturilor de cercetare pentru clarificarea bazei științifice a utilizării acestor tratamente.

Inițiativa Europeană de Cercetare în Terapii Complementare și Alternative a apărut din necesitatea de a atrage atenția publicului și guvernelor europene pentru finanțarea acestui tip de cercetare pentru a argumenta strategiile de rezolvare a aspectelor de bază ce țin de politica, securitatea, eficacitatea, calitatea, evaluarea și utilizarea rațională a terapiei complementare și alternative.

Guvernele și organismele de control trebuie să dețină date concrete referitor la aceste aspecte pentru informarea corectă asupra eficienței și siguranței acestor tratamente. Europa are nevoie de o cercetare comparabilă cu cea inițiată de Canada și Statele Unite.

Medicina Tradițională utilizată cu scop profilactic și curativ include unele particularități: popularitate și accesibilitate, flexibilitate și diversitate în multe regiuni ale lumii, aspect economic avantajos, investiții tehnologice minime.

În țările în curs de dezvoltare medicina tradițională are o vastă întrebuințare fiind utilizată ca o verigă economică de bază în sistemele de

asistență medicală. Conform datelor prezentate de OMS în Africa 80% a populației utilizează medicina tradițională pentru asigurarea necesităților medico-sanitare (Diagr. 1).

În China 40 % din tot volumul asistenței medico-sanitare revine metodelor Medicinii Tradiționale. În țările asiatice și America Latină utilizarea metodelor medicinei tradiționale se bazează pe tradițiile istorice și culturale.

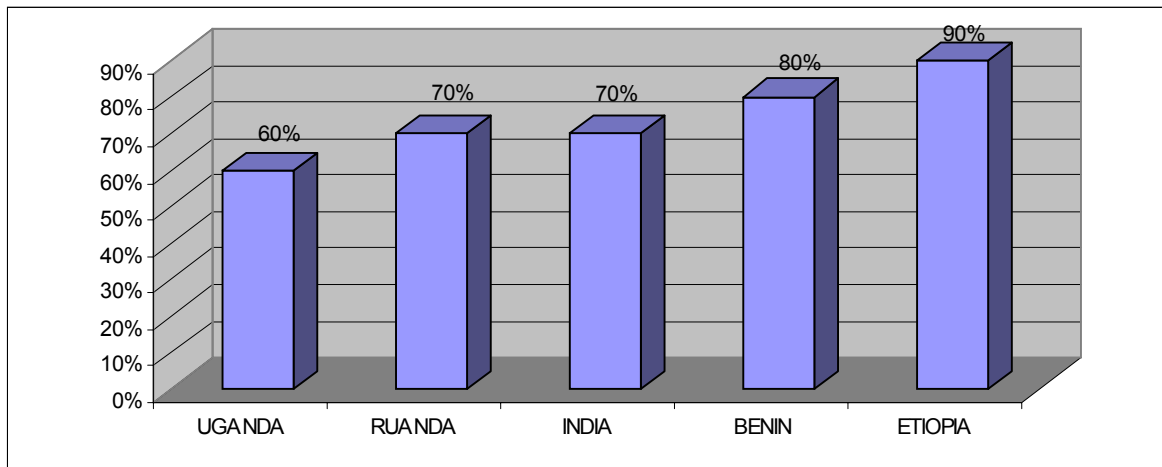
După datele statistice, medicina complementară și alternativă este utilizată mai pe larg și în țările economic dezvoltate. Indicele procentual pentru populația care a utilizat cel puțin o dată cu scop profilactic sau curativ metodele medicinei complementare sau alternative este destul de impunător atât în

Canada, SUA, Australia cât și în țările europene. (Diagr. 2).

În contextul medicinei de azi, mulți și-au amintit de metodele tradiționale terapeutice și apelează la ele cu încredere. Organizația Mondială a Sănătății a identificat peste 400 de afecțiuni care pot fi vindecate sau tratate prin acupunctură, recunoscându-se astfel proprietățile curative și beneficiile pe care le oferă medicina tradițională.

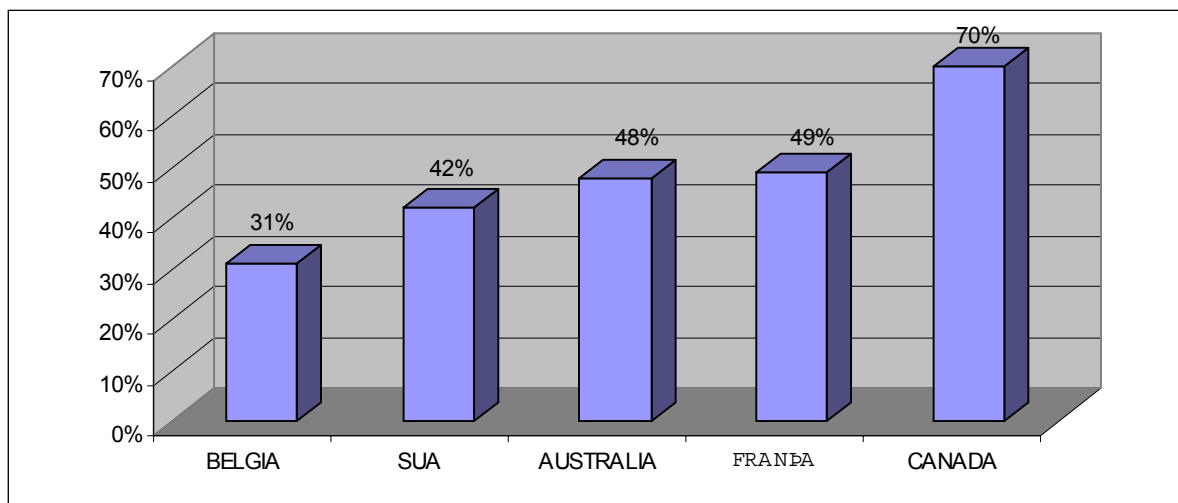
Statisticile confirmă că chiar persoanele bine informate apelează la așa-zisa medicină complementară atât pentru întreținerea cât și recuperarea sănătății.

OMS a elaborat Strategia în domeniul Medicinii Tradiționale 2002- 2005 care reflectă problema



Diagr. 1. Ponderea populației în % din țările în curs de dezvoltare care întrebunțează pe larg MT

Sursa: Datele OMS WHO/TRM/2002.1



Diagr. 2. Ponderea populației (%) din țările dezvoltate care au utilizat cel puțin o dată metodele MT

Sursa: Fisher P.Et Ward A. 1999, Health Canada 2001

evaluării utilizării terapiilor complementare și alternative în proporții globale și include următoarele obiective majore de bază:

1. Implementarea politicii de integrare a Medicinii Tradiționale în sistemele naționale de sănătate cu elaborarea programelor naționale în domeniul Medicinii Tradiționale.

2. Asigurarea securității, eficacității și calității asistenței medico-sanitare a Medicinii Tradiționale prin intermediul standartelor.

3. Accesibilitatea pentru metodele Medicinii Tradiționale cu specificarea accesibilității pentru grupurile socialmente-vulnerabile ale societății.

4. Raționament în utilizarea și promovarea adecvată și inofensivă a Medicinii Tradiționale.

După trecerea multor ani de încercări și experiențe, nu s-au găsit de către medici și farmaciști metode de vindecare (altele decât medicamente sintetice, chimioterapii, fizioterapii pe bază de curenți etc.) care să nu fie nocive. Acestea aduc ameliorări dar nu vindecări, atât timp cât nu se elimină cauza care a produs boala. Trebuie să renunțăm la comoditatea oferită de medicamentele sintetice, care sunt un cuțit cu două tăișuri, în favoarea celor naturale. Desigur că este mai comod să iei o pastilă ce ameliorează starea.

Încă în Antichitate înțelepții duceau o viață în armonie cu natura. De îndemnul lor de a trăi sănătos trebuie să ținem seama.

Medicina alopata, în ciuda progreselor ei uluitoare, prin introducerea tehnicilor de vîrf în explorarea diagnostică și în tratament, este pusă din ce în ce mai des în dificultate în fața bolilor tot mai grave cu care se confruntă. Apar viruși noi, tot mai greu de contracarat, scade imunitatea corpului omenesc, crește numărul persoanelor care suferă de boli degenerative și de cancer, antibioticele (chiar cele din ultimele generații) își fac efectul o anumită perioadă, apoi microbi devin rezistenți la ele și trebuie descoperite noi medicamente... Iar toate acestea se produc pe fondul poluării tot mai accentuate a mediului înconjurător, a stresului, a alimentației care nu ne mai asigură toate substanțele indispensabile pentru buna funcționare a organismului și a modului nociv modern de hrănire (de tip fast-food).

În SUA cu complicații a tratamentului medicamentos timp de 1 an se internează 1.5 milioane oameni dintre care 1/3 se reinternează.

Pierderile economice în urma complicațiilor tratamentului medicamentos întrec suma de 3 milioane dolari.

OMS în 1976 a organizat o grupă de experți în vederea eficacității metodelor de tratament tradițional. Peste un an au fost constatate fapte de eficiență a acupuncturii, fitoterapiei în cele mai diverse patologii. Medicina Tradițională nu este o alternativă a farmacoterapiei, acestea-s metode aparte cu avantajele și dezavantajele sale.

Beneficiile și avantajele Medicinii Tradiționale:

- Este o terapie valoroasă și sigură
- Poate fi aplicată la orice categorie de vîrstă
- Poate fi aplicată cu caracter profilactic în bolile cronice și acute

- Are puține contraindicații
- Nu interferă cu alte tratamente

Contraindicațiile:

- Cu precauție în sarcină
- Tumorile maligne
- Insuficiența renală acută
- Infarctul miocardic acut
- Micoze și leziuni plantare

Efectele secundare:

- urina își schimbă mirosul și culoarea
- transpirația își schimbă mirosul și culoarea
- greață, vomă
- diaree
- subfebrilități
- stare pseudo-gripală

Apariția acestor reacții nu trebuie să ducă la întreruperea tratamentului deoarece sunt reacții normale ale organismului.

Implementarea pe larg în practică a metodelor medicinii tradiționale bazate pe dovezi v-a contribui la ridicarea nivelului calității serviciilor medicale, inofensivității tratamentului, lărgirea spectrului preparatelor medicamentoase, noi realizări în profilaxia multiplelor patologii. E necesar ca aplicarea metodelor medicinii tradiționale să fie bazată pe criterii bine argumentate ce țin de pregătirea de bază a specialiștilor în domeniu, stimularea și îmbunătățirea conlucrării prin metode ale medicinii tradiționale și a medicinii alopate, mediatizarea populației prin date veridice argumentate de domeniul aplicării metodelor medicinii tradiționale.

Bibliografie:

1. Lacusta V., Ionescu - Tîrgoviște C. Traditional basis of acupuncture. Chișinău, Maga, 1995.

2. Opran A.H. Рефлексоанальгия в терапии и прогнозировании патогенетического лечения больных язвенной двенадцатиперстной кишки. // Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, Москва, 1991, с. 50-83.

3. Ross C. Acupuncture point combimatins. Churchill Livingstone, 1995.

4. 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.

Prezentat — 20.05.2007

Recenzent: prof. univ., acad. Aurel Saulea

О.М. Пихут, И.Е. Мереуцэ, И.А. Яковлева, Институт Онкологии Молдовы.

СИНХРОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ОРГАНОВ И ГРУПП ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ МЕТАСТАЗАМИ ОПУХОЛИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

In this article are elucidated the modern aspects of examinations with metastatic cancers of unknown primary site. 137 cases histories, who received the investigate in the Department of General Oncology from 2001 to 2006 years were analyzed 82 cases of primary tumors were identical.

Key-words: cancer of unknown primary site, histologic type, primary tumor.

Среди онкологических больных есть группа пациентов, судьба которых наименее предсказуема: возможность установления диагноза низка, несмотря на множество переносимых, порой мучительных мероприятий. Отсутствие точного диагноза не позволяет надеяться на выздоровление еще до начала лечения, что зачастую служит поводом для отказа в специальной терапии. Нередко такие больные направляются из одного лечебного учреждения в другое в течение всего непродолжительного времени, отведенного им тяжелым недугом. Речь идет о пациентах, клиническим проявлением заболевания у которых являются метастазы, в то время как первичная опухоль ничем себя не проявляет.

По данным различных авторов такие лица составляют от 0,5 до 15% впервые обратившихся за онкологической помощью (1, 6, 7). Невозможность выявления первичного очага не позволяет выработать оптимальную лечебную тактику на основе стереотипных решений, где во главу угла ставится локализация первичной опухоли. В то же время у ряда лиц комплекс лечебных мероприятий приводит к стойкой ремиссии, значительно продлевая жизнь и сохраняя её качество.

Внедрение в клиническую практику ультразвуковой, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, широкое применение иммунодиагностики, успехи эндоскопии улучшили показатели выявляемости первичной опухоли, но решить проблему полностью не удалось (3, 4, 5, 8). Дело в том, что даже в тех клиниках, где есть возможность использования всего спектра диагностических мероприятий, поиск первичного очага зачастую оказывается малоэффективным, проводится чрезмерное количество исследований из-за отсутствия научно обоснованной концепции и адекватного диагностического алгоритма (2, 4, 7). В результате на диагностическом этапе теряется неоправданно много времени, существенно увеличиваются затраты. Всё вышесказанное подвигло нас на данное исследование.

Исследованию были подвергнуты 137 пациентов с синхронным поражением нескольких органов и групп лимфатических узлов, находившиеся в отделении Общей онкологии и реабилитации Института Онкологии Молдовы с 2001 по 2006 год включительно.

Из 137 пациентов мужчин было 81 (59,1%), женщин – 56 (40,9%) (Таблица 1).

Таблица 1
 Распределение пациентов по полу и возрасту

ВОЗРАСТ	МУЖЧИНЫ	ЖЕНЩИНЫ
До 19	1	-
20-29	1	2
30-39	2	3
40-49	17	8
50-59	26	16
60-69	21	15
70 лет и старше	13	12
ВСЕГО	81	56

Основной жалобой у 115 (83,9%) пациентов, обратившихся за медицинской помощью было наличие болевого синдрома разной степени интенсивности. 36 (26,3%) больных жаловались на наличие пальпируемой опухоли, 89 (64,9%) предъявляли жалобы на общую слабость, 70 (51,1%) - на похудание, 8 (5,8%) – на повышение температуры. У 26 (18,9%) пациентов был патологический перелом кости. На кашель жаловалось 19 (13,9%) пациентов, на одышку – 27 (19,7%). Отмечались единичные случаи желтухи,

тошноты. Разнообразие жалоб больных обусловлено разнообразием локализации метастазов в этой группе лиц.

На диаграмме 1 представлено время, прошедшее с момента появления первых признаков заболевания до установления диагноза злокачественной опухоли. У 55 (40,1%) пациентов злокачественный процесс распознан в первые 3 месяца. У 41 больных (30%) злокачественное заболевание выявлено в период до 6 месяцев, у 26 (19%) – до 12 месяцев, у 5 (3,6%) – от 12 до 18 месяцев, у 7 (5,1%) – от 18 до 24 месяцев, и у 3 (2,2%) – до 36 месяцев.

В этой группе больных метастазы в лимфатические узлы выявлены у 42 (30,6%) лиц. Поражение лимфоузлов средостенья отмечено у 18 (42,8%), забрюшинных – у 4 (9,5%), шейных – у 6 (14,3%), надключичных – у 11 (26,2%), подмышечных – у 13 (31%), паховых – у 7 (16,6%) (Диаграмма 2).

При обследовании у 107 (78%) пациентов этой группы выявлено метастатическое поражение костей, у 11 (8%) – печени, у 23 (16,8%) – легких, у 2 (1,45%) – головного мозга,

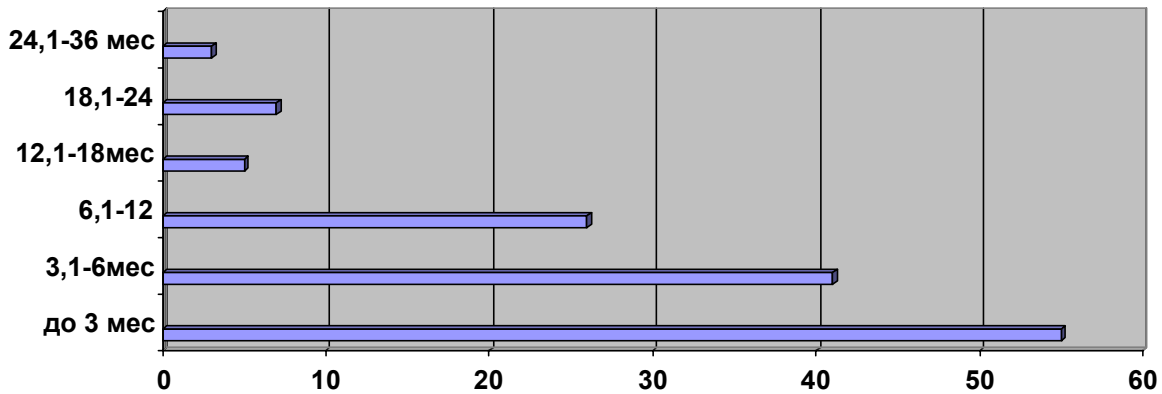


Диаграмма 1. Время, прошедшее с момента появления первых признаков до установления диагноза злокачественной опухоли у пациентов с синхронным поражением нескольких органов и групп лимфатических узлов

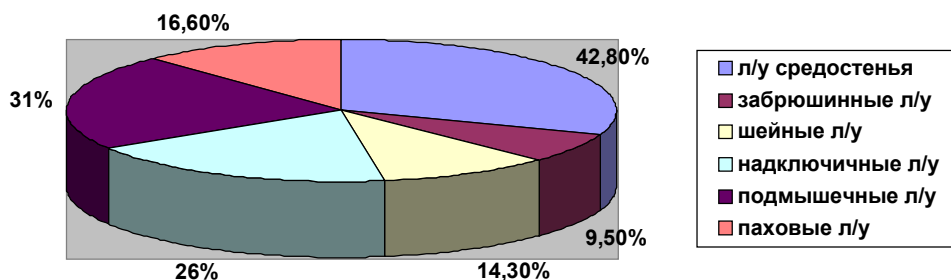


Диаграмма 2.

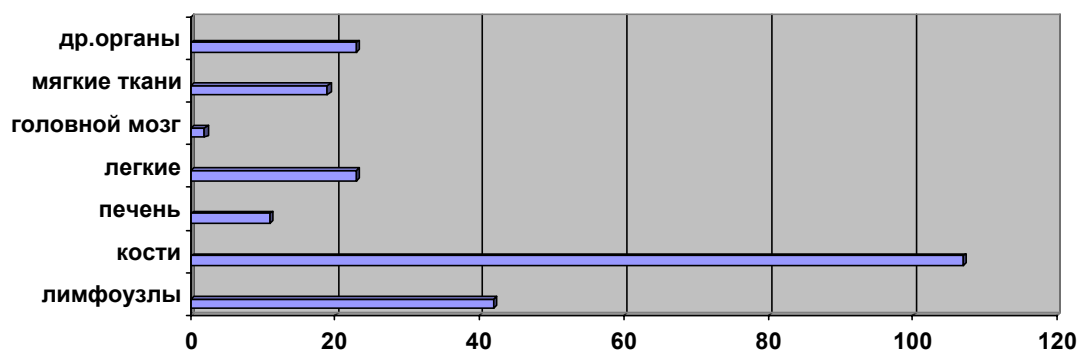


Диаграмма 3. Локализация поражения в группе лиц с синхронными метастазами в органы и лимфатические узлы

у 19 (13,8%) – мягких тканей, других органов – у 23 (16,8%) (Диаграмма 3).

85 (62%) пациентам с синхронными метастазами злокачественной опухоли в органы и лимфатические узлы выполнено цитологическое исследование (Таблица 2). На основании данных цитологического исследования в подавляющем числе случаев установлено наличие злокачественной опухоли. Однако в 5,8% случаев материал был неинформативен, или рак заподозрен.

Таблица 2

Результаты цитологического исследования материала пациентов с синхронными метастазами в органы и лимфатические узлы

Заключение	Абсолютное число	Относительное число
Клетки рака	29	34,1%
Железистый рак	16	18,8%
Лимфома	1	11,2%
Плоскоклеточный рак	4	4,7%
Клетки злокачествен. опухоли	12	14,1%
Материал неинформативен	5	5,8%
Миелома	12	14,1%
Саркома	2	2,4%
Рак или лимфома	1	1,2%
Подозрение на рак	1	1,2%
Недифференцированный рак	2	2,4%
ВСЕГО	85	100%

51 (37,2%) больному было выполнено гистологическое исследование полученного материала. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты гистологического исследования материала, полученного у пациентов с синхронным метастатическим поражением органов и лимфоузлов

Заключение	Абсолютное число	Относительное число
Плазмцитомы	5	9,8%
Аденокарцинома	20	39,3%
Солидный рак	4	7,8%
Метастаз рака	5	9,8%
Светлоклеточный рак	3	5,9%
Саркома	2	3,9%
Недифференцированный рак	2	3,9%
Плоскоклеточный рак	4	7,8%
Меланома	3	5,9%
Злокачественная опухоль	3	5,9%
ВСЕГО	51	100%

Для определения первичной опухоли у больных с метастазами без выявленного первичного очага применялся разработанный нами алгоритм диагностического поиска, который включал четыре основных этапа:

1. Предварительная дифференцировка и оценка общего состояния.

2. Оценка распространенности опухолевого поражения.

3. Получение материала для морфологического исследования.

4. Поиск первичного очага.

В процессе обследования пациенты последовательно проходили все этапы. Предварительная дифференцировка осуществлялась на основании изучения сопроводительной документации, в результате чего из дальнейшего обследования исключались пациенты с неонкологической патологией. Больные с проявлениями опухолевого поражения подлежали обследованию на следующем этапе.

На втором этапе, после анализа данных рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ, КТ, радиоизотопного исследования скелета, оценивалась распространенность метастатического поражения, и больной причислялся к одной из групп: изолированное поражение лимфоузлов, костей, органов, мягких тканей или синхронное поражение нескольких органов и систем. В свою очередь группы подразделялись на подгруппы в зависимости от количества метастазов. В ходе обследования на данном этапе при возможности выявлялась первичная опухоль. В таком случае, в дальнейшем проводилось соответствующее диагнозу обследование и лечение, и пациент исключался из дальнейшего обследования.

На третьем этапе идентифицировалась гистогенетическая принадлежность опухоли путем морфологического исследования материала, полученного при пункции и/или биопсии опухоли. Пациенты распределялись на группы: нет признаков злокачественного роста, лимфома, метастазы меланомы, метастазы злокачественной опухоли, метастазы рака. Больные первой группы из дальнейшего исследования исключались. При выявлении лимфомы дальнейшее обследование проводилось гематологом. Пациенты с метастазами меланомы, рака и злокачественной опухоли без уточнения гистогенетической принадлежности подлежали дальнейшему обследованию.

На четвертом этапе осуществлялся поиск первичной опухоли в соответствии с ее

гистологической структурой и распространенностью поражения. Эти два фактора существенно влияли на индивидуальную программу обследования конкретного пациента.

В группе больных с метастазами меланомы основное внимание уделялось анамнезу и обследованию кожи и видимых слизистых. При выявлении первичной опухоли проводилось соответствующее диагнозу лечение. Если первичная опухоль не была обнаружена, лечение включало по возможности полное иссечение метастазов, лучевое воздействие и химиотерапию.

Диагностическая тактика в группах «рак» и «злокачественная опухоль» сходна и основывалась на данных о преимущественном метастазировании опухоли той или иной локализации в различные группы лимфоузлов. В группе «злокачественная опухоль» дополнительно выполнялся ряд исследований на предмет исключения лимфопрлиферативного заболевания и герминогенной опухоли. Если первичная опухоль не была выявлена, лечение заключалось в сочетании химиотерапии с лучевым воздействием и в случаях, когда это возможно – в иссечении метастазов.

В дальнейшем пациенты с метастазами без выявленного первичного очага подлежали динамическому наблюдению, в процессе которого возможно выявление первичной опухоли.

Следует отметить, что важным фактором в выборе диагностической тактики являлось общее состояние больного. Очевидно, что пациенту в тяжелом состоянии не имело смысла проводить обследование в полном объеме, так как в большинстве случаев, не приходилось надеяться на эффективное лечение: даже если удастся выявить первичную опухоль – больной не перенесет агрессивное специальное лечение. В этой ситуации была целесообразна диагностическая программа, включающая только первые три этапа, а в особо тяжелых случаях была предложена симптоматическая терапия без обследования

Локализация выявленных первичных опухолей представлена в таблице 4. Наличие первичной опухоли было подтверждено данными гистологического исследования в 51 случае, в 53 – цитологическим исследованием, в 35 – данными рентгенологического исследования, в 8 – результатами исследования опухолевых маркеров (ПСА и АФП), в 10 – УЗИ брюшной полости, в 28 – эндоскопическими методами.

Таблица 4

Локализация первичной опухоли, выявленной у пациентов с синхронными метастазами в органы и лимфатические узлы

Локализация	Абсолютное число	Относительное число
Предстательная железа	7	8,4
Желудок	1	1,2
Легкое	35	42,7
Плазмоцитома	13	15,8
Молочная железа	7	8,6
Печень	1	1,2
Шейка матки	2	2,5
Гортань	1	1,2
Тело матки	1	1,2
Почка	9	10,9
Мезотелиома	1	1,2
Мягкие ткани	2	2,5
Ободочная кишка	1	1,2
Кожа	1	1,2
ВСЕГО	82	100%

ВЫВОДЫ

1. Множественное поражение органов и тканей метастазами злокачественных опухолей без выявленного первичного очага

встречается наиболее часто. В нашем исследовании данное поражение составило 137 случаев, что составило 57,6% от всех пациентов с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага.

2. Выявление первичной опухоли сопряжено с определенными трудностями, даже в условиях специализированного стационара. Первичная опухоль была выявлена у 82 (60,7%) пациентов.

3. Диагностический алгоритм у больных с метастазами злокачественных опухолей без выявленного первичного очага включал следующие направления: оценка общего состояния пациента, оценка распространенности опухолевого поражения, морфологическая верификация, поиск первичного очага.

Литература:

1. American Cancer Society. Statistics for 2007 American Cancer Society Statistics. July 11.2007.
2. Armstrong A.S., Blackhall F.H. Management of cancer from an unknown primary. // Expert Opin Pharmacother. 2007 Mar., 8(4), p.445-455 (Review).
3. Jerusalem G., Rorive A., Ancion G., Hustiu X., Fillet G. Diagnostic and therapeutic management of carcinoma of unknown primary: radio-imaging investigations. //Ann.Oncol.,2006 Sept; 17 Suppl 10:x p.168-176. Review.
4. Pavlidis N., Briasoulis E., Hainsworth J. et al. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary. / En.J Cancer, 2003 Sept., 39(14): p.1990-2005.
5. Seve P., Stankovic K., Broussolle C. Carcinoma of unknown primary site. Rev.Med.Interne. 2006 July; 27(7): 532-45. Review.
6. Țîbîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie. Chișinău 2003, 828p.
7. Комаров И.Г., Комов Д.В. Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага.- М.: Триада-Х,2002.- 140с.
8. Чевардов Н.И., Иванова Н.К., Дмитриев В.П., Бельских В.М. Метастазы злокачественной опухоли без выявленного первичного очага.// Врач-аспирант№1(10), 2006, с.33-36.

Prezentat — 22.04.2008

Рецензент: д.м.н. В. А. Шуткин.

Ion CORCIMARU

doctor habilitat,
profesor universitar,
academician

la

70 de ani



Doctor habilitat, profesor universitar, academician, Ion Corcimar, s-a născut la 22 mai 1938 în satul Baraboi, raionul Râșcani, într-o familie de agricultori. În anul 1955 a absolvit renumita școală din satul natal, despre care întotdeauna vorbește cu o deosebită mândrie și satisfacție.

După absolvirea școlii, în anul 1955, a fost admis la facultatea Medicină Generală a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău. În anul 1961 a absolvit facultatea cu mențiune.

Activitatea de medic si-a început-o în condiții rurale, în Spitalul de circumscripție din satul Pârjota, raionul Râșcani.

Ministerul Sănătății (ministru - N. Testemișanu) și conducerea Institutului de Stat de Medicină (rector - V. Anestiadi) l-au recomandat pentru studii la doctoratură, specialitatea hematologie.

În 1963 s-a înscris în doctoratură, Institutul Central de Hematologie și Transfuzie a Sângelui al MS URSS, Moscova.

Teza de doctor în medicină, susținută în 1966, a fost consacrată studierii patogeniei și particularităților clinice ale hemaglobinuriei paroxistice nocturne cu hemosiderinurie permanentă. După doctoratură a fost repartizat în Institutul Oncologic din R. Moldova, unde a deținut funcțiile de colaborator științific superior, secretar științific, șef secție Hematologie din Centrul de Transfuzie a Sângelui, pe care a organizat-o în anul 1968. În 1972, secția Hematologie din Centrul de Transfuzie a Sângelui a fost transferată și comasată cu secția Hematologie, Institutul Oncologic.

Rezultatele obținute în decursul profesării s-au aflat la baza tezei de doctor habilitat în medicină *Клинический патоморфоз неходжкинских лимфом*, susținută în anul 1989 în Centrul Hematologic al AȘM FR din Moscova.

În colaborare cu catedra Obstetrică și Ginecologie, condusă de academicianul Gh. Paladi, a studiat hemostaza la gravidele

cu gestoza tardivă, în operația cezariană și la pa-cientele cu moarte intrauterină a fătului. În baza rezultatelor acestor studii, au fost elaborate măsuri de profilaxie și de tratament al hemoragiilor coagulopatie, utilizând autocrioplasma, în primele două situații, și plasma proaspăt congelată, în cazurile de moarte intrauterină a fătului.

Împreună cu Tatiana Beleuță (catedra Medicină Internă, condusă de profesorul universitar C. Babiuc), au fost studiate dereglările hemostazei și corecția lor la pacienții cu lupus eritematos sistemic.

Rezultatele cercetărilor științifice au fost oglindite în 389 de lucrări publicate în diferite reviste și materiale ale conferințelor (congreselor) naționale și internaționale. Este autor și coautor a 7 monografii, 5 recomandări metodice pentru medici. A editat cursurile Hematologie clinică și manualul Hematologie. A pregătit 9 doctori în medicină, dintre care la 5 a fost conducător, iar la 4 – consultant științific. În prezent 2 teze de doctor în medicină, la care este consultant, au fost deja propuse pentru susținerea oficială la consiliile specializate.

Experiența de toate zilele a demonstrat că rezultatele tratamentului patologiilor sistemului hematopoietic nu de-pind numai de specialiștii în hematologie. Pacienții, în primul rând, se adresează la alți specialiști în funcție de sistemul de organe primar afectat. Astfel, depistarea precoce depinde de nivelul cunoștințelor deținute de diferiți specialiști. Pentru a soluționa această problema, s-a prezentat un demers rec-torului USMF „Nicolae Testemițanu”, profesorului universitar I. Cobăleanski care, în anul 1991, a organizat

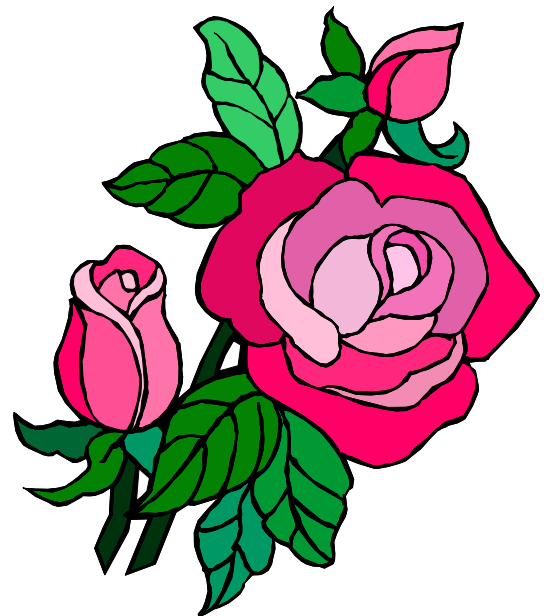
catedra Hematologie și Terapie de Campanie, șef catedră – I. Corcimar în anul 1994, catedra Hematologie și Terapie de Campanie a fost comasată cu catedra Oncologie.

În anul 1993, dlui I. Corcimar i s-a conferit titlul didactico-științific de profesor universitar, iar în anul 1995 a devenit membru corespondent al Academiei de Științe a Moldovei.

A fost decorat cu insigna *Отличнику здравоохранения* (1973), ordinea *Трудового Красного знамени* (1976) și *Gloria muncii* (1999).

Este Specialistul principal netitular în Hematologie și în Transfuziologie al MS RM și președinte al Societății Hematologilor și Transfuziologilor din Republica Moldova.

Colegii de catedră



**Domnului
Ion Corcimaru,
profesor universitar, membrul corespondent al AȘ RM
cu ocazia jubileului de 70 ani**

În 1938, la 22 mai sau florar
Într-o familie nobilă de gospodar
S-a născut un odoraș,
Cu numele de Ionaș,
Scumpul mamei, îngerăș!

Frageda copilărie i-a trecut prin vremuri grele,
Ani de război, secetă, foamete și alte rele,
Dar la toate suferințele a rezistat
Și din ele cu mare noroc a scăpat!

Zece clase cu mențiune a absolvit în satul natal Baraboi,
Care-i foarte vestit în țară la noi,
Fiind o forjerie de personalități marcante,
Ce-au făurit de-a lungul anilor în Moldova o vastă carte!

Cu toate că în anii de adolescență Ionică înclinație de agrarian avea,
Părinții și pedagogii l-au sfătuit medicina de a o îmbrățișa,
Pe care cu înțelepciune i-a ascultat
Și actele la Institutul de Medicină le-a înaintat.

Concursul l-a admitere de șase abiturienți pe un loc cu brio l-a luat
Și la Facultatea de Medicină Generală a fost înmatriculat.
Chiar de l-a începutul primului an de studii l-am cunoscut, l-am admirat.
Fiind într-un palton nou de culoare neagră îmbrăcat,

Lăudându-mă și eu că un astfel de palton am cumpărat,
Dar îl mai cruțam, deoarece studiu la medicină e destul de-ndelungat.
Ulterior cu badea Ion ne-am împrietenit,
Ba în ultimii ani de studii într-o odae am trăit.

El era foarte capabil, deștept, perseverent și cumpătat,
Care în toți acei șase ani de studii numai cu note foarte bune a fost apreciat.
Cu nimeni niciodată nu s-a contră, având un comportament rafinat,
Fiind după toate acțiunile sale de profesori, studenți și prieteni la justa valoare apreciați.

În 1961 Facultatea de Medicină Generală cu mențiune a finisat,
Fiind apoi la spitalul din Pârjota, Râșcani - la lucru îndrumat,
Unde un an în calitate de medic generalist a activat,
Apoi în postul de medic șef a fost avansat,
Astfel, o practică bogată în medicina rurală a acumulat.

În 1963 a fost admis în doctorantura la Institutul Moscovit Central de Hematologie,
Unde un specialist de forță în Hematologie,
Era planificat peste trei ani să devie.

Dumnealui specialitatea nominalizată profund a studiat,
Dar și de cercetările în acest domeniu energic și sârguincios s-a ocupat.

În 1966 teze de doctor în medicină cu mare succes a apărut
Și la postul de Colaborator științific superior în Institutul Oncologic din RM a fost angajat,
Unde în 1968 secția de Hematologie în acest institut a fondat,
Devenind și șef al nominalizatei secții cu multe probleme organizatorice de realizat,

În 1969-1974 ca Secretar științific al Institutului Oncologic a activat,
Unde cu organizarea cercetărilor științifice energic s-a ocupat.
Ulterior, iarăși ca șef de secție Hematologie a Institutului Oncologic a fost angajat.
Care mai apoi în secția de Hematologie a Institutului de Medicină Preventivă și Curativă s-a transformat,
Unde 16 ani în total fructuos a activat.

În 1989 a devenit în Hematologie doctor habilitat
Cu alte multe probleme noi de rezolvat!
Pe scara ierarhică a avansat treptat,
Muncind în Institutul Științific Oncologic de Stat.

A crescut: de la doctorand, doctor în medicină, colaborator științific superior,
Până la doctor habilitat, șef catedră Hematologie, universitar profesor,
Specialist principal al MS, Președinte a societății Hematologie, membru corespondent al AȘ RM de Stat,
Ridicând specialitatea de Hematologie la un nivel înalt!

A publicat 389 lucrări științifico - metodice,
Inclusiv 7 monografii și 5 recomandări metodice.
Cursurile de „Hematologie clinică” și manualul în specialitate a editat,
Cu tezele a 9 doctori în medicină a dirijat,
Iar încă două lucrări pentru susținere sau înaintat.

Pentru eforturile depuse și meritele sale
A fost menționat cu multiple diplome, insigne și medalie,
Cu ordinile „Drapelul Roșu de Muncă” și „Gloria muncii” a fost omagiat,
Ceea ce cam puțin i s-a acordat, draguță frate,
Pentru așa prodigioasă activitate!

Bade loane să-ți dea Domnul sănătate,
Iar șefilor - iertare de păcate!
Să sperăm că meritele jubiliarului pe viitor vor mai fi apreciate
Și bunul Dumnezeu îi va face mai multă dreptate!

Încă odată îți mai dorim sănătate un car
Și-n actualul centenar!
La mulți ani, dragă bădie,
Fii mereu Luceafărul strălucitor în Hematologie!
La mulți ani și la mai mare!

22.05.08

***Cu profund respect,
prietenul și profesorul universitar la Catedra Boli infecțioase,
tropicale și parazitologie medicală,
Om Emerit 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



MolDan Holding

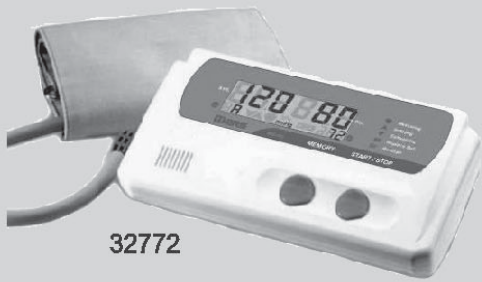
Stimați prieteni,



Appreciați calitatea aparatelor medicale noi de uz general, necesare în fiecare casă, la un preț foarte accesibil. E mai ușor de a preveni maladia, decât a o trata!

Уважаемые друзья,

Оцените качество новых медицинских аппаратов широкого применения, необходимых в каждом доме, по очень приемлемым ценам. Болезнь легче предупредить, чем вылечить!



32772



32770



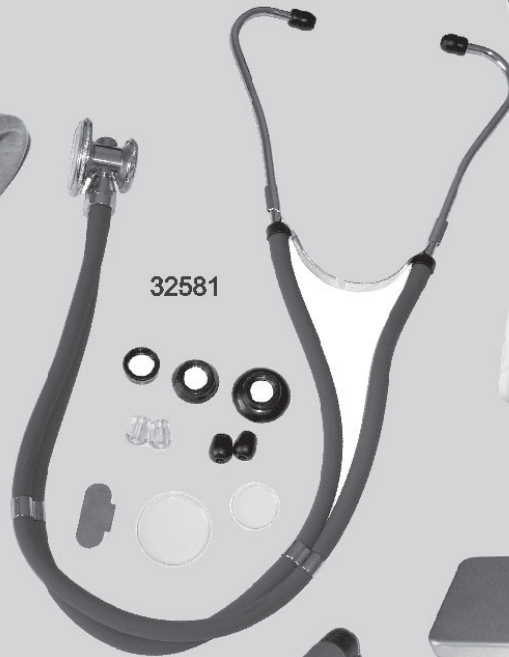
32726



32501



28117



32581



32777



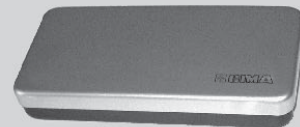
HU77C



HU77T



25633



26767

