ISSN 1810-3936

INFO·MED Revistă ştiinţifico-practică

APARE SEMESTRIAL 2(4) 2004

Redactor-şef Ion MEREUŢĂ

Vice-redactori M. EFTODI, Şt. GAŢCAN, V. GHERMAN
Asistenţi ai redactorului L. MUNTEANU, S. LUPU, V. CARAUŞ
Redactor tehnic L. AXINTE, Redactor literar V. CIORNEI
Consultaţii juridice Gh. HIOARĂ

Colegiul de redacţie:

I. ABABII, Chişinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chişinău, RM
C. EŢCO, Chişinău, RM
D. TINTIUC, Chişinău, RM
M. CECAN, Chişinău, RM
M. MAGDEI, Chişinău, RM
James J. WELCH, Viena, V.A. SUA
M. BULANOV, Moscova, Rusia
M. NECHIFOR, Iaşi, România
A. PETROPOULUS, Grecia
I. COCUBO, Japonia
Vadim COJOCARU, Chişinău, RM
Victor COJOCARU, Chişinău, RM
A. TESTEMIŢANU, Chişinău, RM
I. CORCIMARU, Chişinău, RM
D. SOFRONI, Chişinău, RM
S. SOFRONIE, Chişinău, RM
E. DIUG, Chişinău, RM
S. GROPPA, Chişinău, RM
V. BOTNARU, Chişinău, RM
C. ANDRIUŢA, Chişinău, RM
A. CERNÎI, Chişinău, RM
Gh. MUŞET, Chişinău, RM
V. BAIRAC, Chişinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia
V. PUŞKARIOV, Kiev, Ucraina
E. GUDUMAC, Chişinău, RM
V. PROCOPIŞIN, Chişinău, RM
Gr. CHETRARI, Bălţi, RM
N. TARAN, Chişinău, RM
V. GHICAVÎI, Chişinău, RM
V. HOTINEANU, Chişinău, RM
V. CIBOTARU, Chişinău, RM
V. SAVIN, Chişinău, RM
T. ŢÎRDEA, Chişinău, RM
A. SAULEA, Chişinău, RM
A. COLOMEEŢ, Chişinău, RM
Iu. TITOV, Moscova, Rusia
I. CUVŞINOV, Chişinău, RM
N. CAPROŞ, Chişinău, RM
T. VASILIEV, Chişinău, RM
N. GHIDIRIM, Chişinău, RM
A. TĂNASE, Chişinău, RM
Gr. ZAPUHLÎH, Chişinău, RM
S. ŞTEPA, Chişinău, RM
B. MELNIC, Chişinău, RM
N. GLADUN, Chişinău, RM
D. CROITORU, Chişinău, RM
B. UNTU, Chişinău, RM
L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi

Adresa redacţiei:
MD 2025, Chişinău, str. Testemiţanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie-microchirurgie, et.3
prof. univ. Ion Mereuţă
fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md

Rechizite bancare:
BC "Mobiasbanc"
Filiala nr.4
cod fiscal 39644014
cod bancar 280101810
cod de decontare 22240014984654

Tipografia "Elan Poligraf", tel.: 72-82-07, 72-86-25.
Bun de tipar 24.08.2004, Format 60x84/8. Comanda nr.38
Tiraj 500 ex.

CUPRINS

JUBILEU
Anatolie CERNÎI - la 60 de ani 3

I. Mereuță, S. Lupu, M. Ivasi
METODE MATEMATICE ÎN PROGNOZAREA MANAGERIALĂ A SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII (ASPECTE FINANCIAR-ECONOMICE) 5

Gh. Baciu
BAZELE LEGISLATIVE ŞI PROCEDURALE ALE ACTIVITĂȚII SERVICIULUI MEDICO-LEGAL DIN REPUBLICA MOLDOVA 9

V. Savin, I. Arteni
AFECȚIUNILE CARDIOVASCULARE – PROBLEMĂ A CONTEMPORANEITĂȚII ŞI DIRECȚIE PRIORITARĂ ÎN ACTIVITATEA SECTORULUI MEDICAL PRIMAR 17

V. Gherman
PRINCIPALELE PROBLEME ALE FUNCȚIONĂRII PIEȚII TEHNICO-MEDICALE 22

A. Cernîi
PAPILOMAVIRUSURILE UMANE ŞI CANCERUL DE COL UTERIN: DATE DIN LITERATURĂ ŞI CONTRIBUȚII ORIGINALE 25

V. Ciobanu
VALOAREA COGNITIVĂ A EXAMENULUI CITOHISTOLOGIC ÎN DIFERENȚIEREA PROCESELOR DISPLASTICE VULVARE 29

N. Rotaru
DILEMA: CICATRICE ORI RECIDIV ÎN GLANDA MAMARĂ TRATATĂ 32

I. Moldovanu, S. Odobescu, V. Friptu, L. Profire
PARTICULARITĂȚILE SINDROMULUI PSIHOVEGETATIV LA BOLNAVELE CU SINDROMUL DE MENOPAUZĂ 36

L. Munteanu
TRATAMENTUL RECUPERATORIU-FITOTERAPIC ALE SINDROAMELOR DEPRESIVE LA PERSOANELE VĂRSTNICE 41

Мочалов О.В.
К ВОПРОСУ О ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН 44

Мазен Аль-Момани
ВРОЖДЕННАЯ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЕЕ ДЕФФОРМАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 49

CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR 56

CONTENTS

ANNIVERSARIES
Anatolie CERNII's 60th anniversary

I. Mereuta, S. Lupu, M. Ivasi
MATHEMATIC METHODS IN THE MANAGERIAL PROGNOSIS OF THE HEALTH SYSTEM (FINANCIAL AND ECONOMIC ASPECTS)

Gh. Baciu
LEGAL AND PROCEDURAL FRAMEWORK FOR THE ACTIVITY OF THE FORENSIC MEDICINE SERVICE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

V. Savin, I. Arteni
CARDIOVASCULAR DISEASES –A PROBLEM OF THE NOWADAYS AND A MAIN DIRECTION IN THE ACTIVITY OF THE PRIMARY MEDICINE SECTOR

V. Gherman
MAIN PROBLEMS OF THE TECHNICAL AND MEDICAL MARKET OPERATION

A. Cernii
HUMAN PAPILLOMAVIRUSES AND THE CERVICAL CANCER: DATA FROM THE LITERATURE AND ORIGINAL CONTRIBUTIONS

V. Ciobanu
THE COGNITIVE VALUE OF THE CYTOHISTOLOGIC INVESTIGATION IN DIFFERENTIATING VULVA DISPLASTIC PROCESSES

N. Rotaru
DILEMMA: SCAR OR RELAPSE IN THE TREATED BREAST

I. Moldovanu, S. Odobescu, V. Friptu, L. Profire
PECULIARITIES OF THE PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME AT THE SICK WITH MENOPAUSE SYNDROME

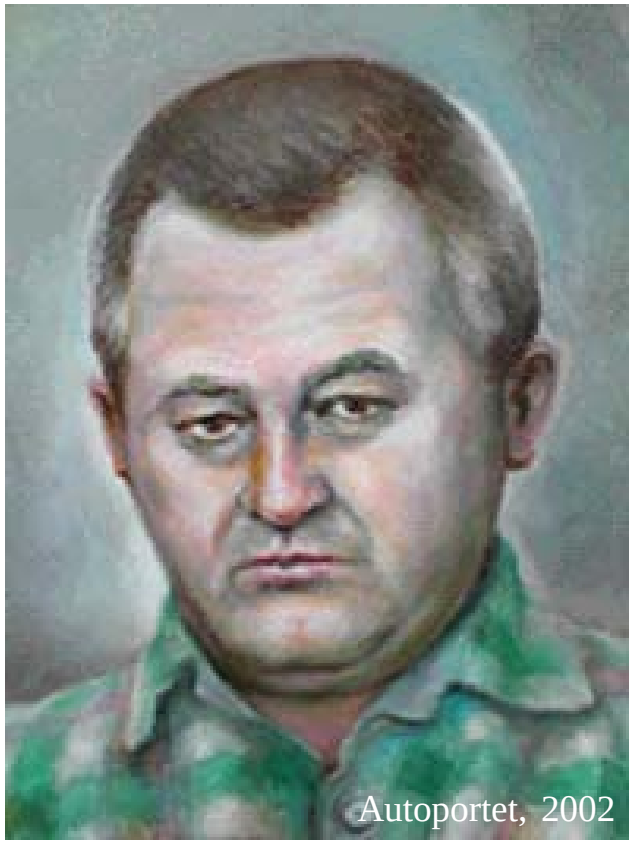
L. Munteanu
PHYTOTHERAPEUTIC REHABILITATION TREATMENT OF THE DEPRESSIVE SYNDROMES OF THE AGED

O. Mocialov
ON THE VARIANT ANATOMY OF THE KIDNEYS VEINS

Mazen Ali-Momani
HEREDITARY CRANIAL-FACIAL PATHOLOGY AND ORTHODONTIC TREATMENT OF ITS DEFORMATION

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Anatolie CERNÎI la 60 ani


Autoportet, 2002

Doctor habilitat în ştiinţe medicale, profesor universitar, conducător al Departamentului de Morfopatologie al Institutului Oncologic din Moldova, membru al Academiei de Ştiinţe Medicale din Republica Moldova, membru al Consiliului Coordonator al Asociaţiei pentru Demnitatea Umană din Republica Moldova

S-a născut la 1 iunie 1994 în familia lui Policarp Cernîi şi Alexandra Roşu, familie de gospodari buni, stimată de oamenii din orăşelul Lipcani de pe malul stâng al Prutului pentru modestie şi hărnicie deosebită. În anul 1963 a absolvit cu medalie de argint şcoala Nr. 2 din Lipcani şi în 1969 absolveşte cu menţiune Institutul de Stat de Medicină din Chişinău, facultatea Medicină Generală. În perioada 1969-1971 a activat ca asistent la Catedra Histologie a Institutului de Medicină. În 1971-1974 a continuat studiile în doctorantură (aspirantură) la Institutul de Oncologie Experimentală şi Clinică (Moscova). Rezultatele ştiinţifice obţinute au fost expuse în teza „Studiu electrono-microscopic al interrelaţiilor celulare în culturi de fibroblaste normale şi transformate”, susţinută după doctorantură, comunicată la Simpoziumul Sovietic-Francez (1973) şi publicată în revista „Experimental Cell Research” (1975, v.90, p. 317-327). După revenirea la Chişinău, în octombrie 1974, a înfiinţat la Institutul Oncologic Laboratorul de Microscopie Electronică, a studiat ultrastructura cancerului de col uterin şi al leziunilor precanceroase ale acestuia, rezultatele studiului fiind expuse în numeroase reviste ştiinţifice şi în teza de doctor habilitat în ştiinţe medicale „Modificări ale formaţiunilor suprafeţei celulare şi ale organizării ţesutului epitelial în cadrul dezvoltării cancerului de col uterin”, care a fost susţinută în 1986. Datele acestui studiu aprofundat au fost comunicate la numeroase congrese, inclusiv la al XIV-lea Congres Internaţional de Oncologie (Budapesta, 1986) şi la al XIII-lea Congres de Microscopie Electronică (Paris, 1994). În perioada 1988-1991 a funcţionat ca conducător al Secţiei de Morfopatologie a Institutului Oncologic, contribuind la abordarea numeroaselor probleme de oncopatologie ştiinţifico-practică.

În 1991-1995, fiind în funcţie de vice-director al Institutului Oncologic din Moldova, a condus activitatea ştiinţifică a departamentelor institutului şi a contribuit din plin la organizarea conferinţelor ştiinţifice, la aprofundarea relaţiilor cu institutele ştiinţifice de peste hotare, la fondarea Societăţii din Moldova pentru Combaterea Cancerului, la iniţierea săptămânilor de combatere a cancerului în raioanele republicii, la editarea ziarului „Combaterea Cancerului" şi a culegerilor de lucrări ştiinţifice, la înfiinţarea instruirii prin doctorantură în Institutul Oncologic şi la îndrumarea activităţii ştiinţifice a tinerilor specialişti. În 1995 a revenit la cerere la funcţia de conducător al Departamentului de Morfopatologie pentru a se dedica din plin în colaborare cu colegii săi studiului celulelor neoplazice şi diagnosticului microscopic al cancerului.

Analiza cronologică a lucrărilor sale ne arată că profesorul A. Cernîi a pornit pe calea ştiinţifică, fiind încă student, cu cercetări biochimice ale activităţii succinatdehidrogenazei şi citocromoxidazei sub influenţa antibioticelor (lucrare publicată în 1966), a însuşit ulterior metodele histologică, histocimică, electronomicroscopică prin transmisie şi baleiaj (scanning), de asemenea cea imunohistochimică. Graţie înarmării metodologice şi cunoştinţelor profunde multilaterale, profesorul A. Cernîi are contribuţii ştiinţifice pe plan mondial. Dânsul, fie singur, fie în colaborare cu colegii săi, a publicat 185 lucrări în care au fost puse în evidenţă date noi, privind unele aberaţii în diferenţiere, cum sunt metaplazia, leucoplazia şi anaplazia: metaplazia poate exercita un rol atât patologic cât şi fiziologic; leucoplazia poate fi atât de origine dishormonală, cât şi indusă de papilomavirusuri, originea virotică fiind demonstrată pentru prima dată; anaplazia întâlnită în cancer poate fi explicată prin dezorganizarea citoscheletului şi dereglarea joncţiunilor intercelulare. De asemenea, au fost puse în evidenţă evenimentele care au loc în ariile de joncţiune interepitelială şi cauza diversităţii tumorilor din aceste arii. Pentru prima dată a fost demonstrată inversia polarităţii celulare în unele tipuri de adenocarcinoame şi a fost decelat fenomenul de microinvazie, de penetrare a apofizelor celulelor canceroase a membranei bazale, pusă în evidenţă în carcinomul in situ al colului uterin (lucrarea a fost publicată în «Архив патологии» în 1982, confirmată şi indicată ulterior în publicaţiile autorilor americani). Recent, cercetările profesorului A. Cernîi şi ale colegilor săi sunt axate pe infecţia cu papilomavirusuri şi importanţa acestei infecţii în apariţia cancerului de col uterin, precum şi a tumorilor de alte localizări. S-a demonstrat riscul oncologic sporit al pseudoeroziunilor colului uterin în caz de infecţie papilomavirotică, precum şi etapele dezorganizării tisulare în cadrul infecţiei respective. A propos, A. Cernîi a fost primul din spaţiul post-sovietic, care a demonstrat electronooptic existenţa şi localizarea particulelor virale în caz de koilocitoză – semn morfologic de infecţie papilomavirotică şi primul care a demonstrat prin metode electronomicroscopice că apariţia leucoplaziilor colului uterin poate fi produsă de papilomavirusuri.

Profesorul A. Cernîi este o personalitate complexă cu o vastă cultură filozofică (are publicaţii de ordin filozofic) şi o mare dragoste pentru arta plastică (a pictat şi pictează lucrări deosebit de originale), este îndrăgostit în soţia sa Tatiana, iubit de copii săi Aura, Anatol şi Tatiana, care „au zburat" în alte ţări, este mult stimat de colegii de breaslă, care îi doresc multă sănătate şi noi succese în domeniul cercetărilor cancerului – patologie umană, care este o adevărată „Terra incognita".

Au semnat colegii şi prietenii

I. Mereuţă, d.h.m., prof. univ., S. Lupu, M. Ivasi, doctoranzi USMF "N. Testemiţanu",
Consultaţii matematice - Acad. P. Soltan

METODE MATEMATICE ÎN PROGNOZAREA MANAGERIALĂ A SISTEMULUI SĂNĂTĂŢII (ASPECTE FINANCIAR-ECONOMICE)

This article reflects the aspects of the mathematics methods proposed to be used in the managerial prognosis of the health system. The models presented focus specifically on the financial and economic aspects and are differentiated between determinative, non-determinative, and statistical.

Key words: mathematic models, managerial prognosis, health system

Modelarea este o metodă eficace în diferite proceduri a analizei sistemice — începînd de la ţel şi terminînd cu aprecierea resurselor necesare pentru îndeplinirea ţelului. În procesul de modelare putem folosi diferite metode: matematice, gegografice etc. În procesul de planificare şi managgeriale ale sistemului sănătăţii pot fi folosite diferite modele din sfera sănătăţii publice — modelele medicinei: de ambulator, staţionar, modele ale medicinei: de urgenţă, modele matematico-epidemiologice.

Modelele sunt de asemenea diferenţiate ca: a) modele determinative — folosirea metodelor analizei matematice, a programării liniare, etc.; b) modele ideterminative — folosirea teoriei relativităţii; c) modele statistice — folosirea metodelor statistice.

Vom examina unele modele matematice care sunt parte componentă a modelului general al serviciului de sănătate.

Fie, identificate *K* tipuri de servicii medicale efectuate în perioada de timp *n*.

Vom nota prin:

$S(n) = (S_1, S_2, ..., S_k)$ – vectorul de servicii

$$P(n) = \begin{pmatrix} P_1 \\ P_2 \\ ... \\ P_n \end{pmatrix} -$$ vectorul tipului de personal

$$b(n) = \begin{pmatrix} b_1 \\ b_2 \\ ... \\ b_n \end{pmatrix} -$$ vect. tipului de teren pentru construcţii

$$t(n) = \begin{pmatrix} t_1 \\ t_2 \\ ... \\ t_n \end{pmatrix} -$$ vect. tipului de utilare (dotare) tehnică

$$m(n) = \begin{pmatrix} m_1 \\ m_2 \\ ... \\ m_n \end{pmatrix} -$$ vectorul tipului de bază materială

$$A(n) = \begin{pmatrix} a_{11} & a_{12} & ... & a_{1k} \\ a_{21} & a_{22} & ... & a_{2k} \\ ... & ... & ... & ... \\ a_{v1} & a_{v2} & ... & a_{vk} \end{pmatrix}$$ - matricea

repartizării a *v* tipuri de personal în *k* tipuri de servicii

Repartizarea pe linia (a_{i1} a_{i2} ... a_{ik}) arată cum este repatizat tipul de personal *i* între *k* tipuri de servicii. Repartizarea pe coloana (a_{1j} a_{2j} ... a_{kj}) arată cum personalul tuturor *i* tipuri este ocupat în serviciul *k*.

$$B(n) = \begin{pmatrix} b_{11} & b_{12} & ... & b_{1k} \\ b_{21} & b_{22} & ... & b_{2k} \\ ... & ... & ... & ... \\ b_{l1} & b_{l2} & ... & b_{lk} \end{pmatrix}$$ - matricea

repartizării a *l* tipuri de cost a construcţiilor pe tipurile de servicii

$$C_n(n)=\begin{pmatrix} t_{11} & t_{12} & \dots & t_{1k} \\ t_{21} & t_{22} & \dots & t_{2k} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ t_{Q1} & t_{Q2} & \dots & t_{Qk} \end{pmatrix}$$ - matricea

repartizării a *Q* tipuri de arsenal tehnic pe tipurile de servicii

$$D(n)=\begin{pmatrix} m_{11} & m_{12} & \dots & m_{1k} \\ m_{21} & m_{22} & \dots & m_{2k} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ m_{e1} & m_{e2} & \dots & m_{ek} \end{pmatrix}$$ - matricea

repartizării a *e* tipuri de bază materială pe tipurile de servicii

Relaţia între resursele utilizate şi produsul obţinut *S(n)* a serviciilor de sănătate poate fi prezentată în egalitatea de formă matricială:

Personal	- *P(n)*	*A(n)*	
Preţ de construire	- *b(n)*	*B(n)*	
		=	*S(n)* (1)
Arsenal tehnic	- *t(n)*	*C(n)*	
Baza materială	- *m(n)*	*D(n)*	

Suma resurselor de fiecare tip utilizate (vectorul-matrice din partea stângă a egalităţii de mai sus) prezintă funcţia sumelor serviciilor date de vectorul *S(n)*. Poziţiile din matricile *A(n), B(n), C(n), D(n),* care reprezintă componentele de resurse ale vectorului *S(n)* — parametrii sistemului care marchează necesităţile medii de resurse la o unitate de servicii pe perioada de timp *n* în condiţiile existente. Un şir de poziţii, de exemplu $a_{i1}(n)$, $a_{i2}(n)$, ... $a_{ik}(n)$ — linia orizontală a matricii *A(n)*, indică caracterul distribuirii personalului de tip *i* în diversitatea serviciilor prestate. Coloana poziţiilor $a_{i1}(n)$, $a_{i2}(n)$, ... $a_{vj}(n)$ — coloniţa verticală a matricii *A(n)* indică deplasarea medie a personalului, necesară pentru prestarea serviciilor de tip *j*.

Mărimile parametrilor pot fi controlate în orice perioadă de timp în baza datelor despre volumul serviciilor prestate şi resurselor utilizate. În scopul depistării tendinţelor sau a unor legităţi în utilizarea resurselor, parametrii pot fi analizaţi în dinamică. În modelele experimentale parametrii se pot modifica pentru efectuarea analizei cheltuielilor legate de asemenea modificări cum ar fi transmiterea unor funcţii ale medicului asistentelor medicale sau pentru cercetarea randamentului economic a computerizării procesului de diagnosticare.

Dacă în modelul de mai sus am schimba mărimile naturale ale resurselor cu preţul acestora şi în vectorul *S(n)* fiecare componentă S_i am schimba cu preţul serviciului *i*, atunci suma cheltuielilor poate fi calculată ca raportul dintre volumul seviciilor la preţul mediual serviciului respectiv.

Fie *P(n), b(n), t(n), m(n)* — vectorii poziţiile cărora definesc unitatea medie a cheltuielilor fiecărui tip de resurse în perioada de timp *n*.

			T
Costul întreţinerii personalului medical	*A(n)*	*P(n)*	
Costul construcţiei blocurilor	*B(n)*	*b(n)*	
Costul utilajului medical	*C(n)*	*t(n)*	(2)
Costul mijloacelor materiale	*D(n)*	*m(n),*	

unde *T* indică permutarea matricei; *A(n), B(n), C(n), D(n),* sunt definite în formula (1); atunci *S(n)* – vectorul componentul căruia $S_i(n)$ prezintă costul mediu al unei unităţi de serviciu medical prestat *j*, bazată pe volumul total şi preţul resurselor utilizate pentru prestarea respectivului serviciu.

În baza acestor variabile care caracterizează populaţia ca vîrstă, sex, starea social-economică şi geografică, ea poate fi grupată după un şir de categorii în dependenţă de scopurile cercetării. Dacă, de exemplu, populaţia unei regiuni este grupată pe categorii, atunci numărul populaţiei în fiecare din ele în perioada de timp *n* poate fi prezentată prin vectorul *C(n)*, unde $C_i(n)$ este numărul persoanelor în categoria *i* pentru perioada de timp *n*.

$C(n)=(C_1, C_2, \dots C_r)$ — vectorul numeric al persoanelor în fiecare categorie. Relaţia dintre volumul serviciilor medicale K de tip $S(n)=(S_1, S_2, \dots S_k)$ şi numărul persoanelor din fiecare categorie în perioada de timp *n* poate fi exprimată prin formula:

$$S(n)=E(n)C(n) \quad (3)$$

unde

$$E(n)=\begin{pmatrix} e_{11} & e_{12} & \dots & e_{1r} \\ e_{21} & e_{22} & \dots & e_{2r} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ e_{k1} & e_{k2} & \dots & e_{kr} \end{pmatrix}$$ - matricea

utilizării în mediu a serviciilor

Pe linia $(e_{j1}\ e_{j2} \ldots e_{jr})$ este indicată repartizarea serviciului *j* între *k* categorii de populaţie. Coloana $(e_{1i}\ e_{2i} \ldots e_{ki})$ indică repartizarea populaţiei din categoria *i* în toate *k* servicii.

Devierile temporare a acestor parametri, bazate pe aceste observaţii, pot fi utilizate pentru studierea influenţei factorilor remarcaţi în dezvoltarea asistenţei medicale naţionale. Ei pot fi analizaţi prin modelarea computerizată pentru concretizarea cerinţelor în resurse prin rezolvarea ecuaţiei (3) cu introducerea schimbărilor corespunzătoare în *E(n)*.

Dacă egalităţile (1) şi (3) vor fi introduse în modelul dinamic ce descrie mişcarea populaţiei într-o regiune concretă, atunci sistemul de modele poate fi utilizat pentru prognozarea necesităţii de servicii medicale şi a resurselor necesare pentru deservirea populaţiei respectivei regiuni. Aceste metode au fost propuse şi introduse şi în Republica Moldova (N. Testemiţanu, P. Soltan, I. Prisăcari, E. Popuşoi, C. Eţco, D. Tintiuc, I. Mereuţă, L. Spinei, T. Grajdian ş.a.).

Modelarea serviciilor de ambulator şi policlinică

În ultimul timp se acordă o atenţie deosebită modelării organizaţionale şi de dirijare a proceselor de deservire ambulatori şi de policlinică. În calitate de instrument ce permite o interconexiune mai strînsă între diferite elemente ale serviciilor de policlinică se utilizează imitarea sistemului real cu ajutorul modelului numeric dinamic. În soluţionarea problemelor ce utilizează metode de modelare nu există restricţii în mărimea şi complexitatea modelelor. Se economiseşte mult timp prin implementarea aşa-ziselor limbaje orientate de modelare şi construire a dispozitivelor de modelelare generalizatoare.

După cum relatează T. Landenmäki şi L. Sulonen lipsa unei interacţiuni clare între diferite elemente structurale ale secţiei policlinică şi a naturii ctocastice a serviciilor medicale scad evident efectivitatea planificarea şi organizarea ajutorului medical de policlinică, condiţionează disbalanţa resurselor şi măresc timpul de aşteptare a bolnavilor pentru efectuarea serviciului necesar. Pentru aceasta autorii au creat un dispozitiv de modelare capabil să efectueze transformarea cerinţei în servicii medicale şi condiţiile satisfacerii acestora.

În prealabil, în scopul studierii mai aprofundate a sistemului de servicii ambulatorii existent şi construirii modelului a fost elaborat un model clinic ipotetic cu atragerea experţilor în domeniu. Acest model, ce prezintă în miniatură o secţie policlinică de dimensiuni mici, a fost testat în practică. Structura modelului ipotetic conţinea majoritatea calităţilor modelului final al dispozitivului de modelare (N. Testemiţanu, D. Tintiuc, C. Eţco, V. Savin, I. Arseni, I. Oncianu, M. Frecăuţanu, T. Spinei).

Modelarea asistenţei medicale urgente

Modelarea capătă o largă utilizare în organizarea şi planificarea sistemului de asistenţă medicală urgentă. Aceasta din cauza că se face rezervarea unui număr prea mare de paturi.

Unii cercetători au încercat să stabilească statistic necesitatea în paturi pentru spitalizarea bolnavilor cu necesităţi urgente. J. Newell a elaborat un şir de tabele ce permit planificarea reţelei de paturi pentru satisfacerea necesităţilor de spitalizare urgentă; J. Balinthy analizînd legităţile procesului stocastic pentru prezicerea numărului de bolnavi internaţi şi externaţi. În baza unor materiale statistice a secţiilor de urgenţă chirurgicală K. Pike şi coaut. au arătat că procesul de ocupare a paturilor corespunde distribuirii Puasson. Însă cercetările acestor autori nu se potrivesc instituţiilor cu o fluctuaţie mare a bolnavilor. Includerea în scema de calcul a datelor despre durata de aflare a bolnavilor în staţionar a permis lui J. Young să elaboreze o metodică originală de control a celor internaţi din lista celor ce aşteaptă rîndul. Aceasta a facilitat organizarea primirii bolnavilor urgenţi, eliminînd supraîncălcarea staţionarului (Gh. Ghidirim, V. Hotineanu, Gh. Ciobanu, T. Spinei).

Referitor la schema generală de internare în caz de cataclizme, dezastru, conflicte militare (număr mare de răniţi), e de menţionat că nu toate elementele acestui model pot fi utilizabile pentru majoritatea instituţiilor medicale; poate şi diferită şi consecutivitatea compartimentelor ei. Însă toate cele 7 etape de bază din cadrul acetui model sunt în majoritate acceptabile.

1. Stabilirea dialogului — stabilirea unui plan general a structurii organizaţionale de acţiuni de către persoanele responsabile.

2. Analiza situaţiei create — depistarea factorilor şi condiţiilor ce încurcă funcţionarea normală a sistemelor de acordare a asistenţei medicale urgente în caz de dezastru.

3. Stabilirea şi organizarea comunicaţiilor (sigură în cazuri extreme).

4. Stabilirea subordonării — coordonarea acţiunilor între organele guvernamentale şi organizaţiilor de voluntari, a împuternicirilor conducerii în zonele dezastrului.

5. Planificarea acţiunilor de manevrare flexibile — elaborarea unui sistem de măsuri ce ar permite spitalelor o manevrare flexibilă a serviciilor sale în situaţii excepţionale.

6. Controlul şi analiza critică a schemelor de acţiune — controlul canalelor "de comunicare", a "subordonării", "schemelor de manevre" în condiţiile exerciţiilor de testare cu dezbaterile ulterioare a totalurilor controlului.

7. Repetabilitatea ciclurilor — menţinerea sistemelor de asistenţă urgentă într-un grad permanent de pregătire prin controluri permanente şi idei noi de realizare.

Unele elemente ale acestui model pot fi prezentate în modele matematice şi relaţionale. De exemplu, modelul de acţiune a sistemei multipaturi în caz de dezastru poate include în calitate de parte componentă modelul matematico-epidemiologică.

Modele matematico-epidemiologice

Modelarea matematică a proceselor epidemiologice se utilizează la prognozarea de durată a îmbolnăvirilor infecţioase şi planificarea necesităţilor de perspectivă a necesităţii de resurse de forţă de muncă şi alte tipuri, necesare pentru organizarea măsurilor sanitar-antiepidemice. În aceste scopuri modelarea este un mijloc efectiv în alegerea strategiei corespunzătoare în lupta cu bolile infecţioase (Navarro şi Parker). După părerea lui A. Ruderman lucrătorii din administrarea asistenţei medicale şi epidemiologii trebuie să utilizeze mai pe larg modelele matematice pentru luarea măsurilor optimale de control asupra stării patologiei infecţioase.

Construirea modelelor de asemenea tip se bazează pe înregistrarea funcţională a dezvoltării naturale a caracteristicilor epidemiologice a bolilor infecţioase în formă de formule matematice, care pot fi prelucrate pe calculator. După starea de sesizare a organizmului, populaţia, după cum se ştie, se clasifică în diferite grupe (prezenţa sau lipsa imunităţii la infecţia respectivă). Zilnic contingentul acestor oameni se schimbă, adică are loc trecerea dintr-o grupă în alta a gradului de sesizare. Acest proces poate fi exprimat prin anumite corelaţii, raporturi şi probabilităţi. Asemenea stări de trecere a diferitor grupuri (ţinînd cont de virulenţa infecţiei precum şi de alţi factori) pot fi interpretate grasic în formă de diagrame ale fluxului.

Modelul matematico-epidemiologic este considerat unul sigur dacă el ţine cont de toate caracteristicile referitor la procesul epidemic, cu toate că în mod practic se ţine cont doar de cele mai importante dintre ele. Deacea, modelele matematice, indiferent de complexitatea lor, întotdeauna prezintă o situaţie reală mai mult sau mai puţin simplificată. Şi totuşi aceste modele pot fi utilizate util pentru analiza stării epidemiologice; deosebit de importante sunt în planificarea şi estimarea efectivităţii acţiunilor sanitare-antiepidemice.

Din modelele epidemiologice este foarte bine cunoscut modelul tifosului abdominal, care este utilizat în practică la modelarea diferitor situaţii, în special în scopul planificării şi estimării efectivităţii măsurilor de limitare şi lichidare a acestei infecţii (de exemplu, imunizarea populaţiei, acţiunile sanitar-antiepidemice, profilaxia chimică). Modelarea matematico-epidemiologică este folosită şi În Republica Moldova (N. Opopol, I. Oncianu, M. Magdei, V. Pantea ş.a.).

B. Cvjetanovic şi coaut. au elaborat un program de imunizare de termen lung şi îmbunătăţire ecologică a mediului ambiant cu estimarea plusurilor şi minusurilor pentru o localitate unde tifosul abdominal alcătuia anual 7,2 la 10000 populaţie. Cheltuielile pentru crearea modelelor matematice a proceselor epidemiologice sunt justificate ca urmare a avantajelor evidente în urma informaţiei primite în baza lor.

Elaborarea unor programe de lungă durată pentru dezvoltarea asistenţei medicale, trebuie, în opinia specialiştilor, să se efectueze în baza analizei cost-efectivitate şi pierderi-profit, utilizînd modelele matematice.

Modelele matematice cu ajutorul cărora dezvoltarea naturală a bolilor infecţioase este exprimată prin formule matematice, care ulterior sunt prelucrate pe calculator, deschid largi posibilităţi pentru planificarea şi estimarea efectivă a măsurilor de luptă cu diferite boli. Modelarea diferitor situaţii permite alegerea variantelor strategice mai efective. În acelaşi timp

asemenea modele se folosesc şi în aspect economic în soluţionarea problemelor de profilaxie a bolilor.

Bibliografie:
1. Druguş L. Managementul sănătăţii. Editura "Sedcom Libris", Iaşi, 2002.
2. Duda R. Sănătate publică şi management. Editura "Moldotip", Iaşi, 1996.
3. Nicolescu O. şi colab. Ghidul managerului eficient. E. T. Bucureşti, 1994.
4. A. Cotelnic, M. Nicolaescu, V. Cojocaru. ASEM 1998.
5. Atkinson S. L., Local Management and the Quality of Urban Health Services: Prenatal Care in Northeast Brazil, New-York, 1995.
6. Dobrotă N. Economie politică: o tratare unitară a problemelor vitale ale oamenilor, Bucureşti, 1997.
7. Mereuţă I. Sistemele sănătăţii în ţările Uniunii Europene. — Chişinău, 1996. 86 p.
8. Гухасьян Г. М., Экономическая теория: ключевые вопросы, Москва, ИНФРА – М., 1998.
9. Кучеренко В. З., Корюкин В. Г., Морозов В. П. Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения, Санкт-Петербург, „Дульфа Р. А.", 1994.

Prezentat la 21.02.2004

Gheorghe BACIU, prof. univ.

BAZELE LEGISLATIVE ŞI PROCEDURALE ALE ACTIVITĂŢII SERVICIULUI MEDICO-LEGAL DIN REPUBLICA MOLDOVA

This article reflects the standard documents which regulate the activity of the forensic medicine in the Republic of Moldova. There are also reflected the dutys, the responsability and the demands for the experts' conclusions.

Key words: standard documents, forensic medicine.

Practica mondială mărturiseşte despre faptul, că principiile asistenţei medico-legale esenţial diferă de particularităţile organizaţionale a asistenţei medicale acordate populaţiei în instituţiile medico-sanitare. Aceasta se explică prin specificul formelor organizatorico-normative de activitate, natura obiectelor şi metodele de cercetare, prin scopul şi sarcinile atribuite serviciului medico-legal.

Sarcina de bază a acestui serviciu constă în rezolvarea multor probleme de ordin medical, cu prezentarea organelor de drept a unor concluzii argumentate ştiinţific pe date obiective pentru stabilirea adevărului socio-juridic. Se poate afirma cu certitudine, că scopul principal al managementului serviciului medico-legal reiese din necesitatea absolută de administrare a unor mijloace de probe pertinente şi concludente întru stabilirea adevărului real, ceea ce constituie un deziderat fundamental în edificarea unui stat de drept. Nici una dintre disciplinile medicale (şi nu numai) nu reflectă într-o măsură mai mare particularităţile moravurilor şi obiceiurilor naţionale decât medicna legală, care exprimă în mod indirect bazele statale ale anumitei perioade de dezvoltare a ţării respective.

Medicina legală întotdeauna a servit drept mijloc de protecţie şi de consolidare a ordinei publice şi în esenţa sa, se află în slujba legii. Ca specialitate desinestătătoare din cadrul Ministerului Sănătăţii, medicina legală mai are şi altă vocaţie importantă de a contribui la redresarea calităţii asistenţei medicale acordate populaţiei, de a prezenta analize ştiinţifice asupra consecinţelor actelor violente produse în diverse accidente, manifestări de autoagresiune sau asasinări, violuri şi alte fenomene infracţionale îndreptate contra demnităţii, sănătăţii şi vieţii omului.

Valoarea probatorie a expertizei medico-legale constă în abordarea creativă a tuturor datelor obţinute în mod obiectiv, cu folosirea unui spectru larg de metode specifice de investigaţii şi posibilităţi concrete de demonstrare a legăturii de cauzalitate dintre faptele antisociale şi consecinţele lor asupra victimei. Această valoare devine tot mai evidentă în condiţiile creşterii criminalităţii şi, nu mai puţin important, în urma unor eventuale stări excepţionale (acţiuni militare, calamităţi naturale, acte de terorism etc.), în cadrul cărora pot deveni victime mai mulţi oameni.

Din aceste considerente, rezultatele expertizei medico-legale capătă o importanţă deosebită, iar în anumite cazuri devine decesivă, fapt dovedit de practica judiciară. Se poate vorbi că în descoperirea infracţiunilor comise împotriva

omului, un rol important îi revine anume expertizei medico-legale, procedeu fără de care normele de drept privitor la protejarea juridică a dreptului la viaţă şi sănătăte ar fi minimalizate.

Cele relatate evident presupun, că activitatea medico-legală se desfăşoară în baza unui set de acte legislative, procedurale, normative şi departamentale, care reglementează organizarea şi efectuarea examinărilor, indică formele şi cerinţele faţă de prezentarea concluziilor expertale, se stipulează obligaţiunile şi responsabilitatea specialiştilor etc. Dintre aceste documente necesită a fi evidenţiate: Legea cu privire la expertiza judiciară (2000) cu modificările ulterioare (2002); Legea ocrotirii sănătăţii (1995); Hotărârea Guvernului privind aprobarea Regulamnetului Centrului de Medicnă Legală de pe lângă Ministerul Sănătăţii (2003); Codul de Procedură Penală (C.P.P. - 2003); CodulPenal (C.P. - 2002) cu modificările ulterioare. Codul de Procedură Civilă (C.P.C. - 2003), ş.a.

Legea cu privire la expertiza judiciară

Legea cu privire la expertiza judiciară stipulează principiile de organizare, subordonare, funcţionare şi asigurare a instituţiilor de expertize judiciare în conformitate cu Constituţia Republicii Moldova, prevederile legislaţiei de procedură, precum şi acordurile internaţionale privind asistenţa juridică şi relaţiile juridice în materie civilă şi penală, la care Republica Moldova este parte. Vom prezenta doar unele secvenţe ale Legii nominalizate ce reflectă aspectele activităţii medico-legale.

Astfel, independenţa expertului judiciar (art. 4, alin. 1) este formulată în felul următor: „Expertul judiciar nu se poate afla în dependenţă, directă sau indirectă, de ordonatorul expertizei, de părţi şi de alte persoane interesate în rezultatul cauzei", iar aliniatul 2 prevede: „Este interzisă influienţarea expertului de către ordonatorul expertizei judiciare, autorităţi publice sau persoane particulare în scopul întocmirii raportului de expertiză în favoarea unuia dintre participanţi la proces sau din interesul altor persoane". Se concretizează că: „Persoanele vinovate de influienţarea expertului poartă răspundere conform legislaţiei" (alin.3).

Articolul 8 al Legii include cerinţele înaintate unui expert judiciar. Astfel, în calitate de expert judiciar poate fi persoana care: a) are capacitatea de a acţiona cu descernământ; b) are studii superioare; c) posedă cunoştinţe speciale în cele mai diverse domenii ale ştiinţei, tehnicii, medicinei, artei, în alte domenii ale activităţii umane necesare pentru întocmirea raportului de expertiză; d) este atestată în calitate de expert judiciar într-un anumit dimeniu; e) nu are antecedente penale; f) se bucură de o bună reputaţie profesională.

Este prevăzut că „Expertiza medico-legală se efectuează de către Centrul de Medicină Legală de pe lângă Ministerul Sănătăţii (art. 12, alin. 4).

Legea nominalizată specifică cazurile de dispunere obligatorie a expertizei (art. 19) şi termenele de efectuare a lor (art. 20). În aliniatul 2 a articolului 20 se subliniază că: „Neprezentarea raportului de expertiză în termenul stabilit, fără motive întemeiate, atrage răspundere disciplinară în conformitate cu legislaţia".

Legea cu privire la expertiza judiciară cu modificările ulterioare stipulează şi alte concretizări ce ţin de asigurarea financiară şi plata expertizelor în cauzele civile, asigurarea materială, ştiinţifico-metodică şi orgaziţională a activităţii de expertiză judiciară.

Legea despre ocrotirea sănătăţii

Principiile de organizare şi efectuare a expertizei medico-legale sânt stabilite şi de Legea despre ocrotirea sănătăţii (Nr.411- XIII din 31.05.1995). Mai multe articole ale Legii stipulează specificul organizatoric şi particularităţile de activitate a serviciului medico-legal.

Astfel, art. 57 prevede: „Expertiza medico-legală înseamnă activitatea de rezolvare a problemelor cu caracter medical ce apare în timpul anchetei penale sau examinării cauzei în instanţa judecătorească. Expertiza medico-legală este efectuată în condiţiile legii, în unităţi medico-sanitare în baza deciziei persoanei care face cercetarea, anchetatorului, procurorului sau în baza deciziei instanţei judecătoreşti. Ministerul Sănătăţii exercită conducerea metodică a expertizei medico-legale. Persoana are dreptul la asistenţă medico-legală, prin care se subînţelege prestarea anumitor servicii de către specialişti în domeniul medicinei legale în probleme de protejare a drepturilor şi intereselor sale legitime în legătură cu ocrotirea sănătăţii şi cu starea ei fiziologică".

Legea despre ocrotirea sănătăţii reflectă obligaţiunile profesionale generale ale lucrătorilor medicali şi răspunderea pentru încălcarea lor. În art. 14 se menţionează: „Medicii, alţi lucrători medico-sanitari, farmaciştii sânt obligaţi să păstreze secretul informaţiilor referitoare la boală, la viaţa intimă şi

familială a pacientului de care au luat cunoştinţă în exercițiul profesiunii, cu excepția cazurilor de pericolul răspândirii maladiilor transmisibile, la cererea motivată a organelor de anchetă şi celor judiciare. Şefii de unităţi medico-sanitare sânt obligaţi să comunice organelor de ocrotire a sănătăţii informaţii privind morbiditatea populației, în interesul ocrotirii sănătăţii, precum şi informaţii organelor de anchetă şi celor judiciare, la cererea lor motivată. Lucrătorii medico-sanitari şi farmaceutici poartă răspundere pentru incompetența profesională şi încălcare a obligațiunilor profesionale, conform legislației în vigoare".

În context cu implimentarea asigurărilor medicale obligatorii, cu modificările principiilor de organizare a prestării serviciilor medicale populației şi mai ales cu creşterea cerințelor față de calitatea ajutorului medical acordat pacientului, art. 19 „Dreptul la repararea prejuduciului adus sănătăţii" a Legii ocrotirii sănătăţii are o deosebită semnificație. Acest articol prevede: „Orice persoană are dreptul la repararea prejudiciului adus sănătăţii de factorii nocivi generaţi prin încălcarea regimului antiepidemic, regulilor şi normelor sanitar-igienice, de protecție a muncii, de circulație rutieră, precum şi de acțiunile rău intenționate ale unor alte persoane. Persoana poate ataca acțiunile şi hotărârile nelegitime ale organelor de stat şi ale factorilor de decizie care i-au prejudiciat sănătatea. Pacienții, organele de asigurare medicală au dreptul la repararea prejudiciilor aduse pacienților de unitățile medico-sanitare prin nerespectarea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare, care agravează starea de sănătate, provoacă infirmitatea permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu moartea lui. Dacă înbolnăvirile şi traumele sânt generate de încălcarea regulilor de protecție a muncii, regulile de circulație rutieră, a ordinei de drept, de abuzul de băuturi alcoolice, de folosirea substanțelor narcotice şi toxice, precum şi de încălcarea flagrantă a regimului de tratament, organele de asigurare medicală pot percepe, conform legii, persoanelor vinovate costul asistenței medicale".

Regulamentul Centrului de Medicină Legală de pe lângă M.S.

Întru executarea prevederilor art. 12 din Legea cu privire la expertiza judiciară Guvernul R.M. a adoptat Hotărâre (Nr.35 din 24.01.2003) prin care se aprobă „Regulamentul Centrului de Medicină Legală de pe lângă Ministerul Sănătăţii". Acest document completează şi concretizează anumite poziții în ceea ce priveşte activitatea serviciului medico-legal.

Conform „Regulamentului", Centrul de Medicină Legală este o instituție practico-ştiințifică de stat, specializată, abilitată cu dreptul de a efectua, potrivit legii, expertize judiciare, examinări, constatări, cercetări, investigații de laborator, precum şi alte lucrări medico-legale în vederea stabilirii adevărului socio-juridic în cauzele privind infracțiunile contra vieții, integrității corporale, sănătăţii şi demnităţii persoanelor ori în alte situații prevăzute de lege, precum şi expertize medico-legale de cercetare a filiației.

În „Regulament" sânt consemnate formele de organizare a activității Centrului ca instituție coordonatoare a întregului serviciu medico-legal, particularitățile efectuării expertizei în funcție de natura obiectului supus cercetării, probleme ce țin de selectarea şi atestarea specialiştilor, asigurarea financiară etc. Toate formele de examinări şi expertize medico-legale se efectuează în secțiile teritoriale (raionale, orăşeneşti) şi laboratoarele specializate ale C.M.L. la ordonarea sau solicitarea organelor de drept şi numai în anumite cazuri – în baza solicitării persoanei agresate.

Dispozițiile Codului de Procedură Penală al Republicii Moldova

O mare parte din activitatea medico-legală este reglementată de Codul de Procedură Penală (C.P.P.). Conform prevederilor acestui document, expertiza medico-legală poate fi efectuată numai de persoane cu studii medicale superioare, iar în calitate de expert poate fi invitat fiecare medic.

Experții judiciari medici legăşti titulari (art.88) sânt medicii care au ales medicina legală în calitate de profesie de bază, s-au specializat în această direcție (rezidențiat, masterat, secundariat clinic, doctorantură) şi dispun de un document care confirmă absolvirea studiilor postuniversitare de profil.

Alți medici, care epizodic îndeplinesc funcțiile de experți sau consultanți, de alte discipline medicale se numesc medici-experți delegați. Ambele categorii de specialişti au aceleaşi drepturi, obligațiuni şi grad de responsabilitate.

Articolul 89 al C.P.P. este dedicat aspectelor de recuzare (respingere) a expertului judiciar.

(1) Persoana nu poate lua parte la proces în calitate de expert: 1) dacă există circumstanţe prevăzute la art. 33, ale cărui prevederi se aplică în mod corespunzător; 2) dacă se află în relaţii de rudenie sau în alte relaţii de dependenţă de persoana care efectuează urmarirea penală, de judecator sau de vreuna din părţile la proces ori, după caz, de reprezentanţii lor; 3) dacă nu este în drept să fie în această calitate în baza legii sau a sentinţei judecatoreşti; 4) dacă a efectuat în cauză respectivă o revizie sau alte acţiuni de control, rezultatele cărora au servit temei pentru pornirea procesului penal; 5) dacă a participat în calitate de specialist în acest proces, cu excepţia cazurilor de participare a medicului legist la examinarea exterioară a cadavrului şi a cazurilor de participare a specialiştilor în materie la cercetarea exploziilor şi la demontarea dispozitivelor explozive; 6) dacă se constată incompetenţa ei.

(2) Participarea anterioara a persoanei în calitate de expert nu este un obstacol care exclude participarea ei ulterioară în aceeaşi calitate în procedura dată, cu excepţia cazurilor în care expertiza se efectuează repetat în legătură cu apariţia îndoielilor în privinţa veridicităţii concluziilor din raport.

(3) Recuzarea expertului se soluţionează de organul de urmărire penală sau de instanţă şi hotarîrea asupra acestei chestiuni nu este susceptibilă de a fi atacată.

Procedeul de recuzare a expertului se iniţiază prin emiterea oficială a ordonanţei de către organul de urmărire penală sau a procurorului care exercită supravegherea asupra cercetărilor penale sau anchetei penale, sau de către instanţa de judecată.

Aspectele procedurale care reflectă cercetarea la faţa locului, examinarea corporală, examinarea cadavrului, exhumarea cadavrului şi reconstituirea faptei sunt stipulate de art. 118, 119, 120, 121 şi 122 a C.P.P.

În art. 142 sunt prezentate temeiurile pentru dispunerea şi efectuarea expertizei şi formulate în felul următor:

(1) Expertiza se dispune în cazurile în care pentru constatarea circumstanţelor ce pot avea importanţă probatorie pentru cauza penală sunt necesare cunoştinţe speciale în domeniul ştiinţei, tehnicii, artei sau meşteşugului. Posedarea unor asemenea cunoştinţe speciale de către persoana care efectuează urmărirea penală sau de către judecator nu exclude necesitatea dispunerii expertizei. Dispunerea expertizei se face, la cererea părţilor, de către organul de urmărire penală sau de către instanţa de judecată, precum şi din oficiu de către organul de urmarire penală.

(2) Parţile, din iniţiativa proprie şi pe cont propriu, sunt în drept să înainteze cerere despre efectuarea expertizei pentru constatarea circumstantelor care, în opinia lor, vor putea fi utilizate în apărarea intereselor lor. Raportul expertului care a efectuat expertiza la cererea părţilor se prezintă organului de urmarire penală, se anexează la materialele cauzei penale şi urmează a fi apreciată o data cu alte probe.

(3) În calitate de expert poate fi numită orice persoană care posedă cunoştinţe necesare pentru a prezenta concluzii referitoare la circumstanţele apărute în legătură cu cauză penală şi pot avea importanţa probatorie pentru cauză penală. Fiecare dintre părţi are dreptul să recomande un expert pentru a participa la efectuarea expertizei.

Articolul 143 a C.P.P. are atribuţii directe la practica medico-legală: Expertiza se dispune şi se efectuiază, în mod obligatoriu, pentru constatarea: 1) cauzei morţii; 2) gradului de gravitate şi a caracterului vătămărilor integrităţii corporale; 3) stării psihice şi fizice a bănuitului, invinuitului, inculpatului în cazurile în care apar îndoieli cu privire la starea de responsabilitate sau la capacitatea lor de a-şi apăra de sine stătător drepturile şi interesele legitime în procesul penal; 4) vârstei bănuitului, învinuitului, inculpatului sau părţii vătămate în cazurile în care această circumstanţă are importanţă pentru cauza penală, iar documentele ce confirmpă vîrsta lipsesc sau prezintă dubiu; 5) stării psihice sau fizice a parţii vătămate, martorului dacă apar îndoieli în privinţa capacităţii lor de a percepe just împrejurările ce au importanţă pentru cauza penală şi de a face declaraţii despre ele, dacă aceste declaraţii ulterior vor fi puse, în mod exclusiv sau în principal, în baza hotărîrii în cauza dată; 6) altor cazuri cînd prin alte probe nu poate fi stabilit adevărul în cauză.

De menţionat, că în practica de anchetă penală şi judiciară aplicarea expertizei medico-legale depăşeşte cadrul cazurilor obligatorii indicate mai sus. Aceasta se explică prin faptul, că efectuarea expertizei medico-legale este necesară la cercetarea tuturor infracţiunilor comise împotriva personalităţii umane.

Procedura dispunerii expertizei este prevăzută de art.144 care stipulează:

(1) Considerînd că este necesară efectuarea expertizei, organul de urmarire penală, prin ordonanţă, iar instanţa de judecată, prin încheiere, dispune efectuarea expertizei. În ordonanţă sau în încheiere se indică: cine a iniţiat numirea expertizei; temeiurile pentru care se dispune expertiza; obiectele, documentele şi alte materiale prezentate expertului cu menţiunea cînd şi în ce împrejurări au fost descoperite şi ridicate; întrebările formulate expertului; denumirea instituţiei de expertiză, numele şi prenumele persoanei căreia i se pune în sarcină efectuarea expertizei.

(2) Ordonanţa sau încheierea de dispunere a expertizei este obligatorie pentru instituţia sau persoana abilitată să efectueze expertize.

(3) La efectuarea expertizei din iniţiativă şi pe contul propriu al părţilor, expertului i se remite lista întrebărilor, obiectele şi materialele de care dispun părţile sau sunt prezentate, la cererea lor, de către organul de urmarire penală. Despre aceasta se întocmeşte un proces-verbal.

Acţiunile premărgătoare efectuării expertizei (art. 145) sunt prevăzute în următoarea definire:

(1) Organul de urmărire penală sau instanţa de judecata, în cazul în care dispune efectuarea expertizei, fixează un termen pentru chemarea părţilor şi expertului, dacă acesta a fost desemnat de organul de urmărire penală sau de instanţa de judecata.

(2) La termenul fixat, părţilor şi expertului li se aduce la cunoştinţă obiectul expertizei şi întrebările la care expertul trebuie să dea răspunsuri, li se lămureşte că au dreptul să facă observaţii cu privire la aceste întrebări şi că pot cere modificarea sau completarea lor. Totodata, părţilor li se explică dreptul lor de a cere numirea a cîte unui expert recomandat de fiecare dintre ele pentru a participa la efectuarea expertizei.

(3) După examinarea obiecţiilor şi cererilor înaintate de părţi şi expert, organul de urmărire penală sau instanţa de judecată fixează termenul efectuării expertizei, informîndu-l, totodată, pe expert dacă la efectuarea acesteia urmează să participe părţile.

Efectuarea expertizei primare se reglementează de articolul 149 după cum urmează:

(1) Organul de urmărire penală sau instanţa de judecată expediază conducătorului instituţiei de expertiză hotărîrea cu privire la dispunerea expertizei, obiectele şi materialele respective, iar în cazurile necesare, şi materialele cauzei penale. Expertiza se efectuează de către acel expert al instituţiei care este indicat în ordonanţă sau încheiere. Dacă expertul concret nu este indicat, conducătorul instituţiei de expertiză numeşte expertul şi despre aceasta comunică organului care a dispus expertiza.

(2) Dacă expertiza se efectuează din iniţiativa şi pe contul părţilor, ele prezintă conducatorului instituţiei de expertiză lista întrebărilor, obiectele şi materialele pentru a efectua investigaţii.

(3) Conducatorul institutiei de expertiză explică expertului drepturile şi obligaţiile lui, prevăzute în art. 88 din prezentul cod, şi îl previne de răspunderea, conform art. 312 din Codul penal, pentru prezentarea cu bună ştiintă a unor concluzii false, organizează efectuarea expertizei, asigură păstrarea obiectelor prezentate pentru investigaţii, fixează termenele efectuării expertizei. Conducătorul instituţiei de expertiză nu are dreptul să dea indicaţii care ar determina cursul şi conţinutul investigaţiei.

Expertiza suplimentară şi contraexpertiza (repetată) este prevăzută de art. 148:

(1) Dacă organul de urmărire penală care a dispus expertiza sau instanţa de judecată consideră că raportul expertului nu este suficient de clar sau complet, poate fi dispusă efectuarea unei expertize suplimentare de către acelaşi expert sau de către un alt expert.

(2) În cazul în care concluziile expertului nu sunt întemeiate, exista îndoieli în privinţa lor sau a fost încălcată ordinea procesuală de efectuare a expertizei, poate fi dispusă efectuarea unei contraexpertize de către un alt expert sau alţi experţi. La efectuarea acestei expertize se poate pune şi chestiunea autenticităţii metodelor utilizate anterior. În ordonanţa sau în încheierea prin care s-a dispus contraexpertiza trebuie să fie concretizate motivele efectuării ei. La efectuarea expertizei suplimentare sau a contraexpertizei poate participa şi primul expert pentru a da explicatii, însă el nu participă la efectuarea investigaţiilor şi la finalizarea concluziilor.

Articolul 146 al C.P.P. defineşte expertiza în comisie:

(1) Expertizele complicate şi contraexpertizele se efectuează de o comisie din cîţiva experţi de acelaşi profil. La cererea părţilor, în componenţa comisiei de experţi pot fi incluşi experţii invitaţi de ele.

Experţii se consultă între ei şi, ajungînd la o opinie comuna, întocmesc un raport unic, pe care ei toţi îl semneazpă. Dacă între experţi există dezacord, fiecare dintre ei prezintă raport separat cu privire la toate întrebările sau numai cu privire la acele întrebări pe marginea cărora există dezacord.

(2) Cerinţa organului de urmărire penală sau a instanţei de judecată ca expertiza să fie efectuată de o comisie de experţi este obligatorie pentru şeful instituţiei de expertiză. Dacă expertiza este pusă în sarcină instituţiei de expertiză, conducătorul ei este în drept să organizeze efectuarea expertizei în mod colegial.

Prin articolul 147, C.P.P. stipulează particularităţile de efectuare a expertizei complexe:

(1) În cazul în care constatarea vreunei circumstanţe ce poate avea importanţa probatorie în cauza penală este posibilă numai în urma efectuării unor investigaţii în diferite domenii, se dispune expertiza complexa.

(2) În baza totalităţii datelor constatate în cadrul expertizei complexe, experţii, în limitele competenţei lor, formulează concluzii despre circumstanţele pentru constatarea cărora a fost dispusă expertiza.

(3) Expertul nu are dreptul să semneze acea parte a raportului de expertiză complexă ce nu ţine de competenţa sa.

Cerinţele faţă de perfectările şi eliberările raportului de expertiză ca document oficial de mare importanţă sunt prevăzute de art.151:

(1) După efectuarea investigaţiilor necesare, expertul întocmeşte în scris un raport, pe care îl confirmă prin semnătura sa şi aplică sigiliul institutiei respective.

(2) În raportul expertului trebuie să fie indicat cînd, unde şi cine (numele, prenumele, studiile, specialitatea, vechimea în muncă pe specialitate) a efectuat expertiza, că expertul este informat despre răspunderea penală pentru prezentarea cu bună ştiinţa a unor concluzii false, titlul şi gradul ştiinţific, funcţia persoanei care a efectuat expertiza şi pe ce bază, cine a asistat la efectuarea expertizei, ce materiale a utilizat expertul, ce investigatii s-au efectuat, ce întrebări i-au fost puse expertului. Dacă, în cursul efectuarii expertizei, expertul constată circumstanţe ce prezintă interes pentru cauza penală, dar cu privire la care nu i s-au pus întrebări, el are dreptul să le menţioneze în raportul său.

(3) La raportul expertului se anexează corpurile delicte, probele grafice, alte materiale, rămase după efectuarea investigaţiilor, precum şi fotografii, schiţe şi grafice ce confirmă concluziile expertului.

(4) În raportul expertului va fi inclusă argumentarea imposibilitaţii de a răspunde la toate sau la unele întrebări ce au fost puse dacă materialele prezentate nu au fost suficiente sau întrebările formulate nu ţin de competenta expertului, ori nivelul ştiinţei şi practica expertizelor nu permit de a raspunde la întrebările puse.

(5) Raportul expertului sau declaraţia sa că nu poate prezenta concluzii, precum si procesul-verbal de audiere a expertului se comunică imediat, dar nu mai târziu de 3 zile de la primirea lor de către organul de urmărire penală, parţilor în proces care au dreptul să dea explicaţii, să facă obiecţii, precum şi să ceară a se pune expertului întrebări suplimentare, a se efectua expertiza suplimentară ori o contraexpertiză. Executarea acestor acţiuni se consemnează într-un proces-verbal.

C.P.P. mai prevede şi alte reglementări ce ţin de activităţile expertale cum ar fi audierea expertului (art. 153), referitor la corpurile delicte şi păstrarea lor (art. 158, 159, 160) etc.

Prevederile legislative a Codului Penal al Republicii Moldova.

Capitolul II din Partea Specială a Codului Penal al R.M. prevede INFRACŢIUNILE CONTRA VIEŢII ŞI SĂNĂTĂŢII PERSOANEI şi stipulează răspunderea penală pentru acestea. Vom aborda doar articolele ce se referă direct la activitatea serviciului medico-legal.

Articolul 147. – Pruncuciderea, cu definiţia: “Omorul copilului nou-născut, savârşit în timpul naşterii sau imediat după naştere de către mama care se afla într-o stare de tulburare fizică sau psihică, cu diminuarea discernământului, cauzată de naştere, (fără a se indica la concret perioada de timp în care aceasta – deminuarea discernământului poate avea loc) şi prevede pedeapsa cu închisoare de la 3 la 7 ani.

Articolul 148. - Lipsirea de viata la dorinta persoanei (eutanasia);

Articolul 149. - Lipsirea de viata din imprudenta;

Articolul 150. - Determinarea la sinucidere;

Articolul 151. - Vătămarea gravă a integrităţii corporale sau a sănătăţii;

Articolul 152. - Vătămarea medie a integrităţii corporale sau a sănătăţii;

Articolul 153. - Vătămarea uşoară a integrităţii corporale sau a sănătăţii;

Articolul 154. - Maltratarea intenţionată sau alte acte de violenţă;

Articolul 158. – Constrângerea persoanei la prelevarea organelor sau tesuturilor pentru transplantare.

Articolul 159. - Provocarea ilegală a avortului:

(1) Întreruperea cursului sarcinii, prin orice mijloace, săvârşită:

a) în afara instituţiilor medicale sau cabinetelor medicale autorizate in acest scop;

b) de către o persoană care nu are studii medicale superioare speciale;

c) în cazul sarcinii ce depaşeşte 12 săptămâni, in lipsa indicaţiilor medicale, stabilite de Ministerul Sănătăţii;

d) în cazul contraindicaţiilor medicale pentru efectuarea unei asemenea operaţii;

e) în condiţii antisanitare.

Articolul 160. - "Efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale", art. 161 "Efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimţământul pacientei".

Neacordarea de ajutor unui bolnav este prevăzută în Articolul 162., prin care se înţelege:

(1) Neacordarea de ajutor, fără motive întemeiate, unui bolnav de către o persoană care, în virtutea legii sau a regulilor speciale, era obligată sa il acorde;

(2) Aceeaşi faptă care a provocat din imprudenţă:

a) o vătămare gravă a integrităţii corporale sau a sănătăţii;

b) decesul bolnavului şi stabileşte o pedeapsă adecvată cu închisoare de până la 5 ani cu privarea de dreptul de a ocupa anumite funcţii sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de până la 3 ani.

În Articolul 163. - Lăsarea în primejdie se stipulează că:

(1) Lăsarea, cu buna-ştiinţă, fără ajutor a unei persoane care se afla într-o stare periculoasă pentru viaţă şi este lipsită de posibilitatea de a se salva din cauza vârstei fragede sau înaintate, a bolii sau a neputinţei, în cazurile când cel vinovat fie că a avut posibilitatea de a acorda ajutor parţii vătămate, fiind obligat să îi poarte de grijă, fie că el insuşi a pus-o într-o situaţie periculoasă pentru viaţă.

Capitolul IV din Partea Specială a Codului Penal al Republicii Moldova cuprinde "INFRACTIUNILE PRIVIND VIATA SEXUALA". Astfel, Articolul 171. – Violul, stipulează noţiunea: raportul sexual săvârşit prin constrângere fizică sau psihică a persoanei sau profitând de imposibilitatea acesteia de a se apară ori de a-şi exprima voinţa".

Articolul 172. - crimele prin actiuni violente cu caracter sexual cum ar fi homosexualismul, lesbianismul sau alte acţiuni cu caracter sexual, săvârşite prin constrângere fizică sau psihică a persoanei ori profitând de imposibilitatea acesteia de a se apăra sau de a-şi exprima voinţa, inclusiv în cazul unor circumstanţe agravante.

Dintre crimele sexuale, în Codul Penal mai sânt stabilite "Constrîngerea la acţiuni cu caracter sexual" – art. 173 şi "Raportul sexual cu o persoană care nu a atins vârsta de 16 ani" – art. 174, cu indicarea pedepselor respective.

Şi în capitolul VIII a Părţii Speciale a C.P. al R.M. sânt stipulate INFRACŢIUNILE CONTRA SĂNĂTĂŢII PUBLICE ŞI CONVEŢUIRII SOCIALE, dintre care ţinem să menţionăm:

- transmitera unei boli venerice şi contaminarea cu maladia SIDA (art.art.211 şi 212);
- încălcarea din imprudenţă a regulilor şi metodelor de acordare a asistenţei medicale (Articolul 213), care stabileşte că: "încălcarea din imprudenţă a regulilor şi metodelor de acordare a asistenţei medicale, dacă aceasta a cauzat:

a) vătămarea gravă a integrităţii corporale sau a sănătăţii;

b) decesul pacientului, se pedepseşte cu închisoare de până la 5 ani cu (sau fără) privarea de dreptul de a ocupa anumite funcţii sau de a exercita o anumită activitate pe un termen de la 2 la 5 ani;

- practicarea ilegală a medicinei sau a activităţii farmaceutice (art.214);
- răspândirea bolilor epidemice (art.215);
- circulaţia ilegală a sibstanţelor narcotice, psihotropice sau a precursorilor (art.217);
- prescrierea ilegală a preparatelor narcotice sau psihotrope (art.218);
- organizarea sau întreţinerea speluncilor pentru consumul substanţelor narcotice sau psihotrope (art.119);

Două articole (312 şi 315) din C.P. au o semnificaţie deosebită pentru activitatea tuturor specialiştilor din domeniul medicinei, şi, în special, pentru medicii legişti.

Astfel, Articolul 312 stipulează - Declaraţia mincinoasă, concluzia falsă sau traducerea incorectă prevede:

(1) Prezentarea, cu bună-ştiinţă, a declaraţiei mincinoase de către martor sau partea vătămată, a concluziei false de către specialist sau **expert**, a traducerii sau a interpretării incorecte de către traducător sau interpret, dacă această acţiune a fost săvârşită în cadrul urmaririi penale sau judecarii cauzei, [Disp. modif. prin Legea N 211-XV din 29.05.2003]

Articolul 315. Divulgarea datelor urmăririi penale

(1) Divulgarea datelor urmăririi penale contrar interdicţiei persoanelor care efectuează urmarirea penală.

(2) Divulgarea intenţionată a datelor urmăririi penale de către persoana care efectueaza urmărirea penală sau de către persoana abilitată cu controlul asupra desfaşurării urmăririi penale, dacă această actiune a cauzat daune morale sau materiale martorului, parţii vătămate sau reprezentanţilor acestora ori dacă l-a făcut pe vinovat să se eschiveze de la răspundere.

Dispoziţiile Codului de Procedură Civilă al Republicii Moldova

Legislaţia procedurală civilă, deasemenea, reglementează raporturile procesuale referitor la ordonarea şi efectuarea expertizelor judiciare, respectiv şi a celor medico-legale.

Astfel, în art. 148 C.P.C. este stipulată ordonarea expertizei, asupra efectuării căreia, judecătorul sau instanţa se pronunţă printr-o încheiere, care nu poate fi atacată cu recurs.

Articolul 149. Desemnarea expertului

Articolul 150. Dirijarea activităţii expertului

Articolul 151. Recuzarea expertului

Articolul 152. Drepturile părţilor şi ale altor participanţi la proces la ordonarea şi efectuarea expertizei

Articolul 153. Cuprinsul încheierii privind efectuarea expertizei

Articolul 154. Drepturile şi obligaţiile expertului

Articolul 155. Procedura de efectuare a expertizei

Articolul 156. Expertiza colegială

Articolul 157. Expertiza complexă

Articolul 158. Raportul de expertiză

Articolul 159. Expertiza suplimentară şi expertiza repetată

Articolul 160. Abţinerea expertului de a prezenta raportul

Acte departamentale

Efectuarea examinărilor şi expertizelor medico-legale, investigaţiile de laborator şi alte lucrări medico-legale sânt reglamentate şi de un set de acte normative departamentale, dintre care pot fi numite:

- Regulamentul de apreciere medico-legală a gravităţii vătămării corporale, aprobat prin Ordinul M.S. Nr.199 din 27 iunie 2003;
- Regulamentul cu privire la expertiza medico-legală a cadavrului, aprobat la 24.02.1999;
- Regulamentul cu privire la primirea, înregistrarea, păstrarea şi eliberarea cadavrelor în secţiile tanatologice (morgă) medico-legale din cadrul CML al MS al RM, aprobat la 24.02.1999;
- Regulamentul de ordine interioară pentru angajaţii Centrului de Medicină Legală de pe lângă MS al RM;
- Ordinul MS Nr.413 din 25.12.1998 “Despre normativele de state pentru personalul medical al Centrului de Medicină Legală”;
- Ordinul MS Nr.273 din 30.09.1998 “cu privire la perfecţionarea ulterioară a documentaţiei medicale care confirmă cazurile de deces”;
- Ordinul MS Nr.177 din 10.08.2001 “Cu privire la respectarea legislaţiei în vigoare, referitor la examinarea medico-legală şi morfo-patologică a cadavrelor în instituţiile medico-sanitare”;
- Regulamentul cu privire la prestarea de către CML a unor servicii medico-legale contra plată, acumularea şi utilizarea mijloacelor financiare extrabugetare speciale, aprobat de către MS la 26.12.2002;
- Ordinul MS 139 din 28.05.2002 “Cu privire la aprobarea formularelor de evidenţă medicală primară din instituţiile medicale”.

Efectuarea cercetărilor medico-legale de laborator este reglementată de speciale instrucţiuni, indicaţii metodice, recomandări practice şi metodice, pentru fiecare compartiment de investigaţii (serologice, toxico-narcologice, medico-criminalistice, histopatologice),în dependenţă de obiectele de cercetare şi scopurile urmărite.

Bibliografie:

1. Legea cu privire la expertiza judiciară // Monitorul Oficial al R.M., nr.144-145 din 16.11.2000.
2. Legea ocrotirii sănătăţii (nr.411-XIII din 31.05.1995) / / Monitorul Oficial al R.M. nr. din 1995
3. Regulamentul Centrului de Mdicină Legală pe lângă M.S., aprobat prin Hotărârea Guvernului R.M. // Monitorul Oficial al R.M. nr.6-8 din 24.01.2003.
4. Codul de Procedură Penală al R.M. (Legea nr.122-XV, 14.03.2003) // Monitorul Oficial al R.M., nr.104-110 din 07.06.2003.

5. Codul Penal al R.M. (Legea nr.985-XV, 18.04.2002) / / Monitorul Oficial al R.M., nr.128-129 din 13.09.2002.
6. Codul de Procedură Civilă al R.M. (Legea nr.1107-XV, 06.05.2002) // Monitorul Oficial al R.M., nr.82-86 din 22.06.2002.
7. Codul Civil al R.M. (Legea nr.1107-XV din 06.05.2002) // Monitorul Oficial al R.M., nr.82-86 din 22.06.2002.
8. Regulamentul de apreciere medico-legală a gravităţii vătămării corporale aprobat prin ordinul M.S., nr.199 din 27.06.2003) // Monitorul Oficial al R.M., nr.170-172 din 08.08.2003.

Prezentat la 5.03.2004

V. Savin d.ş.m., I. Arteni d.ş.m., Direcţia sănătăţii a Consiliului municipal Chişinău

AFECŢIUNILE CARDIOVASCULARE – PROBLEMĂ A CONTEMPORANEITĂŢII ŞI DIRECŢIE PRIORITARĂ ÎN ACTIVITATEA SECTORULUI MEDICAL PRIMAR

During the last decade the majority of the countries of the world, especially in East Europe and in the Republic of Moldova was noticed an increase of the morbidity and death rate through the cardiovascular diseases representing a very serious threatening to the health of the population.

This situation, established by the grown incidence of these diseases imposes prompt and resolute actions aiming to prevent and to control more efficiently the cardiovascular illnesses, as a prior direction of the primary medical sector.

Key words*: *cardiovascular diseases, ischemic cardiopathy, arterial high blood pressure.

Situaţia epidemiologică care s-a creat în ultimii ani în legătură cu ascensiunea sporită a maladiilor cardiovasculare în lume şi în special în ţara noastră (fig. nr. 1), reprezintă o ameninţare serioasă pentru starea de sănătate a naţiunii, iar pierderile umane şi economice definite de acestea au atins cote fără precedent.

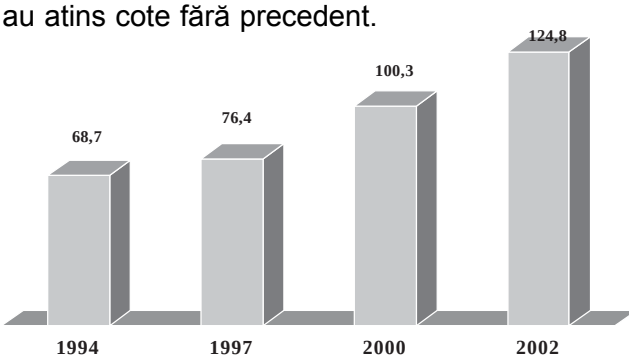


Figura nr. 1. Incidenţa morbidităţii prin afecţiunile cardiovasculare în R. Moldova în perioada anilor 1994 - 2002 (la 10 000 locuitori)

Ţinând cont de faptul, că nivelul majorat al afecţiunilor cardiovasculare contribuie la înregistrarea unui număr sporit de complicaţii severe, care determină incidenţa crescută a mortalităţii şi invalidităţii primare devine evidentă importanţa şi actualitatea problemei abordate.

În baza datelor studiate s-a constatat, că în majoritatea ţărilor lumii, concomitent şi în R. Moldova bolile cardiovasculare constituie principala cauză a deceselor în structura mortalităţii generale. (fig. nr. 2,3).

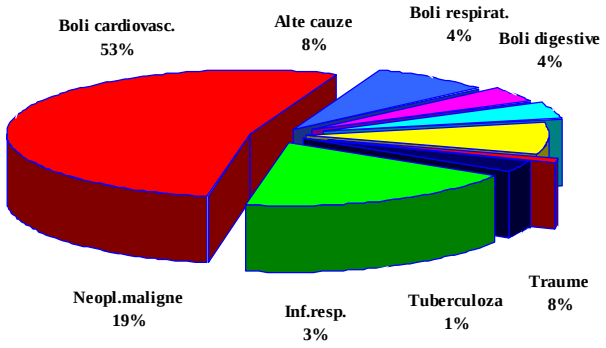


***Figura nr. 2* Structura mortalităţii generale a populaţiei europene după cauze de deces în anul 2001**

Conform datelor OMS în SUA, anual un milion de persoane decedează din cauza unei boli cardiovasculare şi anume: 51% cardiopatie ischemică, care include anjina pectorală, infarctul miocardic, moartea subită de cauză coronariană; 16% ictus; 4% boli vasculare şi 29% alte boli cardiovasculare. Date similare au fost stabilite practic în toate ţările din Europa, inclusiv şi în R. Moldova.

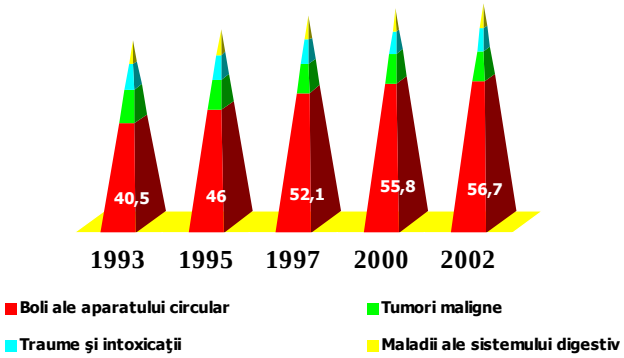


Figura nr. 3. **Structura mortalităţii generale a populaţiei R. Moldova după principalele cauze de deces pe parcursul ultimului deceniu**

Studiul MONICA, aplicat în mai multe ţări din Europa ale cărui valori sunt mai apropriate de cele publicate de OMS ne relatează următoarele: în România, mortalitatea cauzată de bolile cardiovasculare (la 100 000 locuitori) a crescut de la 651 (1988) la 1480 (1995); mortalitatea prin infarct miocardic a crescut la bărbaţi de la 15,21 % (1986) la 28,26 % (1995), iar la femei de la 17,74 % (1986) la 27,41 % (1995). În estul Europei, în special în Rusia, studiul MONICA a indicat o creştere a mortalităţii generale prin boli cardiovasculare, predominant prin cardiopatie ischemică, respectiv şi infarct miocardic.

Accentuând actualitatea acestei situaţii, ne vom referi în continuare la cele mai frecvente afecţiuni cardiovasculare şi complicaţiile acestora, înregistrate practic în toate ţările lumii şi anume: cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, infarctul miocardic acut, accidentele vasculare cerebrale, insuficienţa cardiacă cronică.

Importanţa cardiopatiei ischemice în societatea contemporană este atestată de numărul aproape epidemic de persoane afectate de această boală, mai ales când acest număr este comparat cu rapoartele asupra incidenţei sale în literatura medicală din secolul trecut. Peste 11 mln. americani suferă de cardiopatie ischemică care provoacă mai multe decese, spitalizări şi pierderi economice decât orice alt grup de afecţiuni. Aproape 6,3 milioane persoane din SUA au un istoric de cardiopatie ischemică, iar cazurile estimate pentru tratamentul afecţiunilor cardiace ating cifra de peste 56 miliarde dolari anual.

Aprecierea corectă a proporţiei acestei probleme şi creşterii prevalenţei cardiopatiei ischemice, care actualmente este anticipată de îmbătrânirea populaţiei, diagnosticarea, tratamentul eficient şi prevenţia cardiopatiei ischemice sunt probleme pentru sănătatea publică de maximă importanţă.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii anual raportează tendinţele mortalităţii cardiovasculare, ca urmare a unei analize profunde, bazată pe datele primite de la fiecare ţară. Astfel, conform datelor OMS, în ţările din estul şi centrul Europei, inclusiv şi R. Moldova pe parcursul ultimelor 2 decenii se observă o creştere, în paralel atât a mortalităţii prin afecţiunile cardiovasculare cât şi a celei generale. În ţările din vestul şi nordul Europei mortalitatea generală cauzată de bolile cardiovasculare, inclusiv şi de cardiopatie ischemică este în continuă scădere, concomitent cu creşterea morbidităţii prin aceste maladii, fenomen presupus ce se va menţine şi în primele decenii ale acestui secol. Acest fapt este rezultatul reducerii mortalităţii la bolnavii cu infarct prin terapia litică şi intervenţională, progresul în diagnosticarea patologiei cardiace.

În pofida unor modificări importante ale modalităţilor de diagnostic şi tratament în ultimele trei decenii, infarctul miocardic acut continuă să fie o problemă majoră de sănătate publică în lumea industrializată, inclusiv şi în R. Moldova.

Răspândirea bolilor coronariene devine dependentă de vârstă şi creşte în special după 70 ani, ceea ce determină dezvoltarea infarctului miocardic acut la fiecare al 10-lea bărbat şi fiecare a 5-ea femeie, întâmpinând dificultăţi la diagnosticare.

În plan mondial se estimează o creştere a ritmului mediu de mortalitate prin infarct de la 6,6% în 1960 la 10,2% pentru anul 2004. Mortalitatea cauzată de infarctul miocadic acut a fost apreciată într-o ascensiune continuă pe parcursul ultimului deceniu şi în R. Moldova, inclusiv mun. Chişinău, (fig. nr. 4).

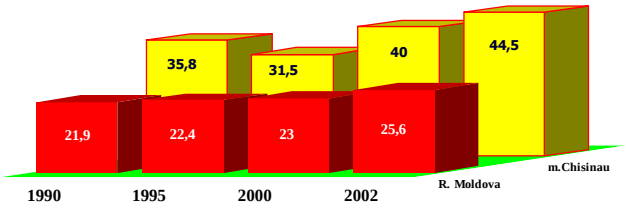


Figura nr. 4. **Rata mortalităţii prin infarct miocardic acut în R. Moldova în perioada anilor 1990-2002 (la 10 000 locuitori)**

Hipertensiunii arteriale (HTA) îi revine un loc aparte printre bolile cardiovasculare din cauza gradului important de răspândire şi complicaţiilor

grave (accidente cerebrovasculare, infarct miocardic acut, insufucienţa cardiacă congestivă, insuficienţa renală cronică, etc.) pe care le condiţionează. Concomitent, frecvenţa HTA variază considerabil printre populaţia diferitor ţări iar în unele cazuri şi în regiunile uneia şi aceleeaşi ţări.

În rezultatul unui studiu efectuat în Anglia s-a constatat, că prezenţa HTA la persoanele vârstnice este destul de frecventă, apreciindu-se în peste 80 la sută din cazuri.

De menţionat faptul, că conform datelor comunicate de unii autori HTA într-o anumită măsură este asociată cu obezitatea, dislipidoproteinemia, abuzul de alcool, fumatul şi statutul socio-economic nefavorabil.

Hipertensiunea arterială este una din cele mai răspândite şi social importante maladii a sistemului cardiovascular, fiind principalul factor de risc al morbidităţii şi mortalităţii cardiovasculare. În baza datelor oficiale, expuse în materialele congreselor XVII, XVIII Internaţionale şi congreselor VIII, IX ale Societăţii Europene de Hipertensiune (1997-2001), în majoritatea ţărilor lumii cifre crescute ale HTA se înregistrează la 15-25 sută din populaţia adultă (în Rusia 25-40%, în R.Moldova – 35-38%; mun. Chişinău – 40-44%), fiind în continuă creştere (fig. nr. 5). Conform datelor unor studii s-a constatat, că din numărul total de hipertensivi, despre prezenţa HTA sunt informaţi numai 57 la sută bolnavi, dintre care sunt cuprinşi cu tratament circa 17 la sută.

Actualmente, eficacitatea tratamentului medicamentos a bolnavilor hipertensivi lasă mult de dorit, chiar şi în aşa ţări dezvoltate cum ar fi SUA, unde acesta cu greu depăşeşte 50 la sută. În Rusia, conform datelor studiilor efectuate tratament efectiv administrează numai 8 la sută din pacienţii hipertensivi.

Verificarea tensiunii arteriale în populaţie este apreciată ca o verigă principală în sistemul măsurilor de profilaxie, organizate în depistarea maladiilor cardiovasculare, măsură concepută în mun. Chişinău pe parcursul ultimilor 2 ani care a adus unele rezultate modeste, majorarea numărului pacienţilor depistaţi cu HTA, cu mai mult de 1% anual.

Problemele ce ţin de HTA, permanent se analizează şi se discută în literatura ştiinţifică medicală la diverse forumuri naţionale, internaţionale (şedinţa comună a XIX-a Conferinţă ştiinţifică şi a XII-a Consfătuirea

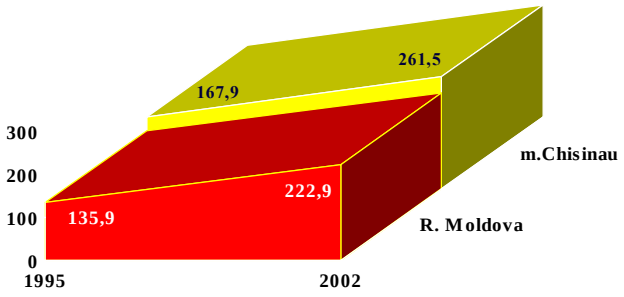


Figura nr. 5 **Prevalenţa prin HTA la populaţia R. Moldova în perioada anilor 1995-2002 (la 10 000 locuitori)**

Europeană pe Hipertensiune, Praga, 2002; Conferinţa ştiinţifică „Noi concepţii terapeutice în tratamentul fibrilării atriale”, Budapesta, 2001). În cadrul acestor consfătuiri, prioritar se discută problemele ce ţin de eficacitatea controlului tensiunii arteriale la bolnavii hipertensivi, preîntâmpinarea complicaţiilor cardiovasculare şi particularităţile tratamentului medicamentos.

Este cunoscut faptul, că HTA conduce la modificări funcţional-structurale a organelor ţintă, sporind riscul dezvoltării infarctului miocardic, accidentelor vasculare cerebrale, insuficienţei cardiace şi renale. Un rol important s-a atribuit acestei probleme de către participanţii la al XXII-lea Congres European al Societăţii Cardiologilor, care a avut loc în septembrie 2001, la Stocholm, Suedia. Datele unui studiu internaţional numeros „PROGRESS” a confirmat că nivelul crescut al tensiunii arteriale este motivul principal al mortalităţii sporite din cauza ictusului (50 la sută) şi mai puţin din cauza cardiopatiei ischemice (circa 25 la sută).

Accidentele vasculare cerebrale, actualmente se află pe locul trei ca cauză de deces după importanţă şi una din cele mai frecvente motive a spitalizărilor şi invalidizării crescute în ţările industrial dezvoltate. Studiile efectuate au stabilit că, accidentele vasculare cerebrale constituie circa 10-12 la sută în structura mortalităţii generale, iar 90 la sută din cazurile de deces pe motivul ictusului cerebral sunt atribuite persoanelor cu vârsta peste 65 ani. Conform datelor unor studii, 24 la sută din bolnavii cu accidente vasculare cerebrale decedează în prima lună de la debutul afecţiunii (mun. Chişinău – 27,5 %) iar circa 42 la sută – pe parcursul primului an. O treime din toţi bolnavii care au suportat ictus cerebral devin incapabil pentru autodeservire pe tot parcursul vieţii.

În ţările dezvoltate incidenţa accidentelor vasculare cerebrale constituie circa 350-480 cazuri anual la 100 000 populaţie. Excepţie fac unele ţări din Europa de est aşa ca Rusia, unde incidenţa este foarte înaltă şi constituie 630 cazuri pe an comparativ cu Franţa, unde acest indice este mult mai redus – 230 (R. Moldova-81, mun. Chişinău – 65 cazuri la 100 000 populaţie, dar înregistrându-se o creştere în continuare, (fig. nr. 6). În baza datelor de care dispunem, în Rusia afecţiunile cerebrovasculare acute se dezvoltă la circa 400-450 mii pacienţi, dintre care 50 la sută practic decedează.

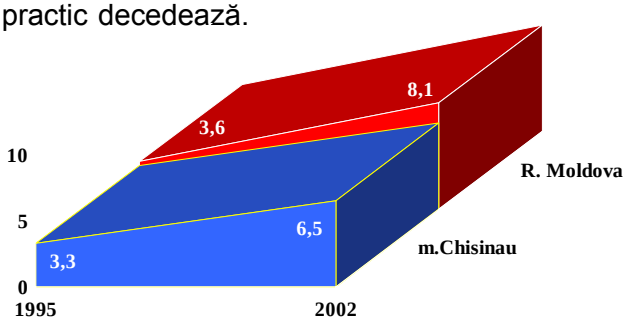


Figura nr. 6 **Incidenţa accidentelor cerebrovasculare printre populaţia R. Moldova în perioada anilor 1995-2002 (la 10 000 locuitori).**

La bolnavii care au suportat ictus cerebral sau dereglări cerebrale tranzitorii, creşte probabilitatea dezvoltării unui accident vascular cerebral repetat. Astfel, s-a constatat, că la fiecare al 5-lea bolnav care a suportat ictus cerebral, pe parcursul următorilor 5 ani, se dezvoltă un nou accident vascular cerebral repetat. Concomitent, recidivele mai frecvent sunt înregistrate în primele săptămâni şi luni după ictusul cerebral suportat. În Rusia, letalitatea în perioada acută a ictusului cerebral atinge nivelul de 35 la sută şi se majorează cu 12-15 la sută către sfârşitul primului an de suferinţă.

Conform datelor statistice mondiale, în prima lună a maladiei decedează în mediu circa 24 la sută din bolnavi şi aproximativ 42 la sută pe parcursul primului an de boală. Actualmente, Rusia se evidenţiază printre ţările lumii industrial dezvoltate, prin mortalitatea crescută de ictus cerebral, ocupând locul II în lume privind mortalitatea prin afecţiuni vasculare cerebrale acute, care este de 3-8 ori mai sporită decât în alte ţări ca SUA, Franţa şi Austria.

Toate cele menţionate ne vorbesc despre actualitatea şi importanţa problemei, inclusiv reducerea mortalităţii şi invalidităţii în rezultatul ictusului cerebral, care aparţin profilaxiei primare în primul rând a HTA.

În mai multe ţări dezvoltate din Europa occidentală realizarea unor măsuri pe scară largă îndreptate la profilaxia, diagnosticul precoce şi asigurarea tratamentului antihipertensiv cu normalizarea cifrelor tensiunii arteriale a permis diminuarea frecvenţei dezvoltării ictusului cerebral cu 40-50%, cardiopatia ischemică cu 10-14%.

Prognosticul bolnavului hipertensiv este determinat nu numai de nivelul crescut al tensiunii arteriale, dar şi de alţi factori de risc ai maladiilor cardiovasculare ca: dereglarea metabolismului lipidic, diabetul zaharat, obezitatea, deprinderile dăunătoare (fumatul, abuzul de alcool, stresul, etc.).

Ameliorarea eficientizării tratamentului medicamentos şi chirurgical a celor mai răspândite afecţiuni cardiovasculare a influenţat majorarea cotei bolnavilor care au vieţuit până la un anumit stadiu al maladiei, fapt ce în continuare ar determina dezvoltarea insuficienţei cardiace cronice care este o problemă de mare importanţă pentru sistemul de sănătate al ţărilor lumii industrial dezvoltate. Concomitent, nivelul crescut de răspândire al insuficienţei cardiace cronice la începutul anilor “90 în ţările respective a atins nivelul epidemic. Astfel, în SUA circa 5 mln oameni suferă de insuficienţă cardiacă cronică şi anual se înregistrează încă 500 000 cazuri noi de această maladie. Pe parcursul ultimilor 10 ani în SUA numărul internărilor bolnavilor cu insuficienţă cardiacă cronică s-a majorat de la 1,7 până la 2,6 mln. în an.

Insuficienţa cardiacă cronică afectează preponderent persoanele de vârsta a treia şi se întâlneşte la 6-10% din pacienţi cu vârsta de peste 65 ani. Din numărul total de spitalizări a bolnavilor cu insuficienţă cardiacă cronică, circa 80 la sută au vârsta de 65 şi mai mulţi ani. Necătând la progresul tratamentului medicamentos al patologiei date, letalitatea printre bolnavii cu insuficienţă cardiacă cronică cf. III-IV (NYHA) în primul an de îmbolnăvire atinge nivelul de 40-50 la sută, iar printre pacienţii cu grad minimal I-II al insuficienţei cardiace cronice constituie circa 15-25 la sută.

Conform unor relatări s-a stabilit o sporire cu 47 la sută a spitalizărilor repetate a bolnavilor cu insuficienţă cardiacă cronică în primele 3 luni după externare şi până la 54 la sută în primele 6 luni. La începutul anilor “90 în unele ţări dezvoltate, precum SUA, sursele financiare

alocate pentru tratamentul insuficienţei cardiace cronice depăşeau cheltuielile efectuate pentru tratamentul celor mai răspândite maladii canceroase şi cheltuielile necesare pentru tratamentul infarctului miocardic. Incidenţa sporită a letalităţii prin insuficienţă cardiacă cronică şi necesitatea crescută în spitalizări repetate indică la existenţa problemei în organizarea şi asigurarea calitativă a asistenţei medicale bolnavilor cu patologia respectivă.

Mortalitatea şi morbiditatea, cu adevărat generatoare de anxietate ale acestor boli se datorează în mare parte unor factori de risc cu prevalenţă crescândă. Factorul de risc definit ca o caracteristică, o trăsătură sau o anomalie are un rol predictiv în apariţia patologiei cardiovasculare. Astfel, până în prezent au fost descrişi peste 200 factori de risc ai afecţiunilor cardiovasculare care au fost grupaţi în factori de risc major şi factori de risc minor sau potenţial.

Datele unor studii recent efectuate ne comunică, că în ţările Europei de est se constată o creştere a morbidităţii prin cardiopatie ischemică, ce poate fi în relaţie cu creşterea factorilor de risc: hipertensiunea arterială, excesul de alcool la care se asociază factorii trombogeni şi psihosociali.

În ultimii 30 ani în SUA şi vestul Europei, mortalitatea prin cardiopatie ischemică a scăzut cu 2 la sută pe an. Predominant reducerea mortalităţii se realizează prin diminuarea factorilor de risc, în primul rând fumatului şi colesterolului crescut. De exemplu, în SUA fumatul a scăzut cu 40 la sută (după AHA 1997), iar colesterolul apreciat iniţial majorat a fost redus la 25% (bărbaţi) şi 28 % (femei), diminuând prevalenţa hipertensiunii arteriale nedetectate cu 16 la sută.

Actualmente, un concept deosebit de important este prezenţa mai multor factori de risc la aceeaşi persoană sau aşa numitul „multiplul factorilor de risc". Aceasta duce la o creştere sinergică, geometrică a riscului apariţiei afecţiunilor cardiovasculare. Asocierea a 3 factori de risc sporeşte de 3 ori evenimentele coronariene şi de 2 ori mortalitatea, iar asocierea a 4 sau 5 factori duce la o sporire de 5 ori a evenimentelor coronariene şi de 3 ori mortalitatea. Aceste date au determinat o abordare globală multifactorială a profilaxiei primordiale primare şi secundare a factorilor de risc, cu rezultate superioare în toate programele recente.

Ţinând cont de rata sporită a morbidităţii şi mortalităţii prin afecţiunile cardiovasculare atât pe plan mondial cât şi în Republica Moldova, pe parcursul ultimilor 10 ani a crescut evident interesul lucrătorilor medicali practici, din sistemul sănătăţii, managerilor, colaboratorilor ştiinţifici referitor la problemele aprecierii economice a eficacităţii tratamentului medicamentos şi chirurgical. Problema dată devine şi mai actuală la aplicarea unor noi metode de tratament, utilizarea metodelor costisitoare de diagnostic, pe fondalul finanţării limitate a sistemului de sănătate în mai multe ţări.

Scopul major ce se profilează în lumina acestor deziderate sociale este prevenirea, diagnosticul oportun şi combaterea cât mai rapidă a factorilor care au determinat maladiile şi care ameninţă să afecteze noi şi noi contingente.

Conştientizând faptul, că doar efortul curativ nu mai este suficient pentru a face faţă marilor probleme de sănătate publică, este necesar a forma un sistem funcţional de anticipare a maladiilor, prin prevenire şi prin control mai sigur al celor deja dobândite pe parcursul vieţii.

Prin toate aceste referiri am încercat să arătăm complexitatea fenomenelor legate de morbiditatea şi mortalitatea bolilor cardiovasculare în SUA şi Europa, mai ales în estul Europei inclusiv şi în Republica Moldova, care impun acţiuni promte şi ferme pentru a aborda această stringentă problemă - a contemporaneităţii, în scopul prevenirii şi controlului cât mai eficient al afecţiunilor cardiovasculare, o direcţie prioritară a sectorului medical primar, ce urmează a fi realizat de armata existentă de medicii de familie în strânsă colaborare cu medicii specialişti cardiologi.

Bibliografie:

1. Bejan Leonid, Făgărăşanu D., Bejan E. Bazele morfopatologice ale inimii în practica medico-chirurgicală. // Bucureşti 1999, p. 1-4.
2. Погосова Г.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения кардиологических больных (по материалам XXIII конгресса Европейского кардиологического общества. Стокгольм, сентябрь 2001г.). //Кардиология 2002, № 7, стр. 63-66.
3. Карпов Ю.А. Новости с Пражской конференции по артериальной гипертензии, 2000г. //Кардиология 2002, № 12, стр. 67-69.
4. Сидоренко Г.И., Фролов А.В., Станкевич В.И., Воробьева А.П. Некоторые итоги и перспективы исследований сердечной недостаточности. //Кардиология 2002, № 3, стр. 4-8.
5. Мартынов М.А., Гиляревский С.Р., Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Аранович Э.В., Нестерова М.В. Оценка соотношения цены и эффективности лечения кардиологических больных (по материалам XIX и XX конгрессов Европейского общества кардиологов). // Кардиология 2001, № 4, стр. 63 – 67.

Prezentat la 9.02.2004

Vladimir Gherman, Preşedintele Asociaţiei Tehnica şi Tehnologii Tehnico-Medicale din Republica Moldova, doctor în ştiinţe tehnice

PRINCIPALELE PROBLEME ALE FUNCŢIONĂRII PIEŢII TEHNICO-MEDICALE

The given article represents a complex reflection of the main problems in the operation of the technical and medical market at the national and international levels, as well as the aspects of the optimization principles, and the goal (tasks) including the future ones for this field.

Key words: technical and medical market, medical articles.

Întrucât această sferă de activitate este relativ tânără, iar piaţa de articole medicale se formează spontan, actualmente apar un şir de probleme arzătoare. Până în prezent rămâne nerezolvată problema clasificării articolelor de tehnică medicală. În această privinţă există câteva metode de abordare a problemei, fiecare din ele reflectând opiniile diferitor participanţi ai pieţii acestor produse. Realmente, economiştii, specialiştii în medicină şi în tehnică sunt dispuşi spre examinarea tehnicii medicale din diverse puncte de vedere, deoarece în general nu există o clasificare unică general adoptată a articolelor de tehnică medicală.

După părerea noastră, întregul spectru de articole medicale se clasifică după destinaţia lor funcţională:

A. Articole medicale pentru diagnostic (articole pentru diagnostic funcţional, articole pentru diagnostic topic, articole pentru diagnostic de laborator).

B. Aparatură pentru tratament şi profilaxie (aparate chirurgicale, aparataj pentru anestezie respiratorie şi de reanimare, aparataj fizioterapeutic, utilaj stomatologic, instrumentar medical).

C. Articole de corecţie şi de substituire a funcţiilor organelor şi sistemelor (ochelari, articole de protezare ortopedică, organe artificiale).

D. Articole medicale tehnice auxiliare (materiale de consum şi piese de rezervă, utilaj pentru intervenţii chirurgicale, ginecologice şi neonatalogice, uniformă şi lengerie medicală, mobilă medicală).

Evaluând starea lucrurilor pe piaţa internă de articole medicale este necesar de a constata, că în pofida abundenţei publicitare şi a numeroşilor agenţi comerciali şi mediatori, sau, invers, datorită acestui fapt, conducătorii organelor de ocrotire a sănătăţii şi specialiştii din domeniul medicinii practice se orientează vag în subtilităţile pieţii actuale a tehnici medicale.[5].

În pofida opiniei formate, astăzi industria indigenă produce un spectru întreg de articole capabile să concureze foarte puternic pe piaţă. Printre acestea se evidenţiază mai întâi aparatajul radiologic, anestezie respiratorie, electrocardiografie, aparate de diagnostic funcţional, instrumente medicale, seringi de unică folosinţă, cărucioare medicale, mobilă, utilaj pentru spital şi săli de operaţii, utilaj de sterilizare.

Totuşi, anume articolele fabricate în Rusia sunt foarte vag cunoscute, consumatorii neavând practic nici o informaţie din cauză politicii agresive de publicitate şi marketing în favoarea producătorilor străini. Pentru a neutraliza această situaţie şi a susţine industria medicală locală, este indispensabilă editarea unui catalog de articole medicale naţionale capabile să concureze, cu indicaţia caracteristicilor tehnico - economice în comparaţie cu articolele de import. Această idee este promovată tot mai des de conducătorii ministerelor şi departamentelor de profil, de către profesioniştii business-ului tehnico-medical şi reflectată în deciziile multor conferinţe la tema tehnicii medicale.

Prima ediţie de aşa tip este catalogul „Articolele medicale. Piaţa din Rusia." este pe cale de a fi publicată la Casa Editorială „Profesionist – Centru". Acesta este un catalog anual cu ilustraţii de articole de tehnică medicală pentru diagnostic, profilaxie şi tratament, aflate în circulaţie pe teritoriul Rusiei, cu indicarea principalelor caracteristici şi indici tehnico-economici. În cadrul acestei ediţii sunt de asemenea incluse materialele Forului din Rusia „Articolele medicale pentru ocrotirea sănătăţii din Rusia", care reflectă starea actuală a pieţii articolelor medicale, actele normative şi materialele informaţionale. Sperăm, ca această editură va acorda un ajutor

primordial în activitatea specialiştilor cu practică în medicină şi va contribui spre o nouă orientare în diversitatea articolelor medicale.

Dacă este să analizăm atent principalele probleme ale acestei ramuri, putem observa că marea lor majoritate poartă un caracter informativ. Lipseşte informaţia privind cantitatea şi starea tehnică a utilajului existent în IMP, privind necesitatea pieselor de rezervă şi a accesoriilor. Într-adevăr, baza legislativă este elaborată insuficient, lipseşte o clasificare general admisibilă, există controverse terminologice, lipseşte orice informaţie în regiuni, controverse între organele vamale şi fiscale, aceasta fiind o parte a problemei; în acelaşi timp majoritatea participanţilor la piaţă ignoră „regulile jocului", nu posedă toate documentele normative; pe piaţă se observă o capacitate scăzută a concurenţei din cauza lipsei de informaţie despre tehnica naţională. Aşadar, asigurarea informaţională foarte slabă a branşei constituie un factor principal negativ.

Un alt aspect extrem de important prezintă lipsa de coordonare şi interdependenţă efectivă între singurii participanţi ai pieţii. Există multe asociaţii, însă acţiunile acestora nu sunt coordonate, în realitate lipsind mecanismul apărării intereselor participanţilor la piaţă în organele puterii de stat.

Cu privire la tendinţele active ale pieţii de articole medicale putem remarca următoarele: tot mai multă atenţie este acordată lucrului calificat cu caracter intelectual. Pe primul plan sunt plasate tehnologiile informaţionale, cercetările de marketing, management, logistică, consultaţie administrativă şi juridică. Conducătorii caselor de comerţ sunt conştienţi de necesitatea creării secţiilor de marketing pentru introducerea metodelor moderne de promovare a mărfurilor pe piaţă, apariţia acestora pe pieţe noi, creşterea capacităţii competitive pentru aceste articole.

În prezent, aproximativ 3% din toţi cei ce activează în această ramura lucrează în domeniul de marketing. Totuşi, managementul marketing-ului la întreprinderi se realizează la un nivel cu un profesionalism redus. Activitatea de prognozare a cererii este la un nivel scăzut, nu sunt efectuate acţiunile de examinare şi extindere a pieţii. Colaboratorii serviciilor de marketing sunt ocupaţi exclusiv doar de activitatea comercială ce ţine de revânzările articolelor medicale ale altor producători, publicitate, etc.

Situaţia creată privind livrarea tehnicii medicale nu inspiră optimism. Până în prezent principalii consumatori de articole medicale constituie instituţiile medicale de stat şi municipale, în cadrul cărora achiziţionarea echipamentului se realizează pe bază de licitaţie. Analiza achiziţionărilor tehnicii medicale în urma licitaţiei, de obicei demonstrează că, aceste concursuri nu contribuie la cheltuirea raţională a resurselor financiare şi sunt determinate de următoarele cauze de bază: a) la organizarea licitaţiilor pentru achiziţionarea tehnicii medicale se ia puţin în consideraţie crearea în regiune a depoului standardizat de tehnică medicală cu scopul reducerii potenţialelor cheltuieli de exploatare; b) la determinarea învingătorului se ţine puţin cont de condiţiile de garanţie şi post garanţie a utilajului, de asigurare cu piese de rezervă şi materiale de consum; c) nu se ea în consideraţie corelaţia preţ / calitate; d) în regiuni lipseşte grupul de experţi calificaţi pentru concursurile organizate.

Acest fapt împiedică considerabil menţinerea în regiuni a unei politici unice de exploatare a articolelor medicale, în special a tehnicii medicale complexe, care ca rezultat contribuie la o ridicare considerabilă a costului de exploatare a acesteia din cauza haosului de formare a parcului, a serviciilor nereglementate, a dificultăţilor ulterioare la achiziţionarea pieselor de rezervă şi a materialelor de consum.

Adeseori este realizată achiziţionarea utilajului, care nu corespunde profilului şi dimensiunilor IMP respective. În consecinţă, principiul de utilitate nu este respectat. Sunt cunoscute faptele, când un spital mic cumpără un analizator complex de laborator, destinat pentru efectuarea a 400 de investigaţii pe zi, practic, însă sunt realizate doar cinci investigaţii pe zi. În asemenea condiţii se ridică costul unei investigaţii. Capacităţile colosale ale aparaturii moderne sunt utilizate limitat, primitiv. Există exemple contradictorii: un mare spital de pofil larg cu un potenţial de 1500 paturi achiziţionează pentru laboratorul biochimic un fotometru semiautomat cu o capacitate mică. În aceste împrejurări, tot personalul se ocupă cu spălarea epruvetelor, cu colecţionarea şi calculul rezultatelor. Peste tot nu se respectă un alt principiu şi anume, principiul succesiv şi uniform al aparatajului.

Tehnica medicală, atât de producţie naţională, cât şi străină satisface toate necesităţile IMP doar la nivel de 30 – 40 %. Ca rezultat, până la 80% din tehnica medicală uzată fizic şi perimată moral este exploatată. În mod frecvent, instrumentele şi aparatele se află în exploatare până la 15 – 20 de ani, ceea ce depăşeşte simţitor resursele nominale ale acestora. O asemenea situaţie reprezintă un pericol extraordinar pentru pacienţi şi pentru personal.

Reducerea achiziţionărilor de tehnică medicală de producţie locală depinde în primul rând de finanţarea limitată a instituţiilor medicale. Chiar prin articolele protejate, IMP nu-şi poate asigura necesitatea nu numai de medicamente, dar şi de peliculă radiografică, seringi şi alte materiale de consum, ceea ce influenţează starea tehnică a utilajului medical şi, în ultima instanţă, nivelul de diagnosticare şi tratament a maladiilor.

Sarcini şi perspective

În prezent o problemă actuală este tranziţia de tip innovativ în scopul dezvoltării economice a întreprinderilor. Este necesar un complex întreg de acţiuni, ce prevăd o structurare organică a factorilor innovativi ştiinţifici în procesul de producţie pentru a asigura o dezvoltare durabilă a producerii tehnicii medicale în baza utilizării realizărilor progresive şi efective ale ştiinţei şi tehnicii.

Conform generalizării recomandărilor specialiştilor călăuzitori ai ramurii, putem evidenţia următoarele măsuri protecţioniste şi de stimulare, necesare pentru susţinerea producătorilor interni de producţie medicală: prioritate articolelor interne în procurările la nivel public (în multe ţări se instituie fora de 10% pentru articolele de producţie naţională); scutiri fiscale pentru întreprinderile acestui domeniu de activitate; reducerea taxelor vamale pentru instrumentele tehnologice şi de garnitură; reducerea tarifelor de export; garanţii de stat pentru achiziţionări străine în credit; „rusificare" obligatorie a articolelor străine; certificare obligatorie a articolelor medicale de fabricaţie străină; susţinere financiară directă, creşterea activităţii de investiţii.

Ameliorarea situaţiei investiţionale poate fi asigurată în general prin măsuri de caracter organizatorico - economic, care nu necesită investiţii mari de capital: coordonarea cererilor şi ofertelor de bunuri pentru reprezentanţi federali şi interstatali; crearea condiţiilor favorabile pentru atragerea resursele financiare ale investitorilor naţionali şi străini în scopul dezvoltării bazei ştiinţifico – tehnice şi de producţie; perfecţionarea sistemului de măsuri pentru atragerea investiţiilor în industrie în baza concursului şi în scopul realizării susţinerii în bază de concurs a cercetătorilor şi producătorilor naţionali prin măsurile de budget federale; dezvoltarea metodelor de leasing, ipotecare, formarea mecanismului de cauţiune a garanţiilor şi de asigurare a investiţiilor.

Realizarea acestor manifestări va permite cu ajutorul tehnologiilor moderne dezvoltarea potenţialului ştiinţifico – tehnic şi de producţie pentru satisfacerea necesităţilor ocrotirii sănătăţii şi ale populaţiei pentru tehnica medicală şi articole cu destinaţie medicală fabricate nu mai puţin de 70% în ţară.

În afară de consolidarea poziţiilor pe piaţa internă şi pătrunderea pe piaţa internaţională, una din sarcinile primordiale ale întreprinderilor din industria medicală constituie reutilarea tehnică cu instrumente tehnologice în conformitate cu cerinţele standardelor ISO 9000. Actualmente uzarea instrumentelor tehnologice la multe întreprinderi atinge 80%, cu toate că, aşa mecanisme financiare efective, cum ar fi leasing-ul, factoring-ul, care sunt practic similare, nu se utilizează pe piaţa internă a articolelor medicale.

Procesul de elaborare a direcţiilor de dezvoltare strategică ale industriei medicale din domeniul de informatizare trebuie bazat pe două componente, cum ar fi: informaţia despre starea pieţii mondiale şi naţionale de articole medicale de la fabricare şi vânzare până la elaborarea modelelor noi, care realizează tehnologii avansate în medicină şi informaţia despre înzestrarea reţelei instituţionale curative preventive în ţară cu articole medicale de la nomenclatură până la starea tehnică şi de serviciu.

Pentru a crea condiţii favorabile pentru producătorul naţional esenţial este, în primul rând – asigurarea stabilă a comenzilor pentru articolele care actualmente corespund cerinţelor Ministerului Sănătăţii şi capabile de a concura cu modelele occidentale. În al doilea rând, pentru dezvoltarea şi renovarea rapidă a modelelor este necesară acordarea creditului avantajos cu un control sever asupra utilizării acestuia cu destinaţie specială. Pentru dezvoltarea ulterioară a pieţii de tehnică medicală în Rusia, prin măsurile de creştere a greutăţii specifice de producţie a întreprinderilor naţionale, inclusiv de conversiune,

este raţională ridicarea acesteia la un nivel înalt concurenţial conform grupelor de articole, elaborate şi valorificate de industria naţională, conform caracteristicile specifice de a asigura comenzi pentru fabricarea lor şi livrarea în instituţiile curative aflate în subordonare federală şi regională. În aceste împrejurări, factorul decisiv trebuie să fie costul redus al articolelor în comparaţie cu analogul străin al acestora, cu caracteristici comparabile. Referitor la articolele ştiinţifice complexe, care nu se produc în ţară sau nivelul tehnic al acestora ce nu corespunde standardelor mondiale şi nu oferă tehnologii moderne tehnico-medicale, este necesar de a stabili priorităţi raţionale la import, în acelaşi timp atrăgând întreprinderi naţionale, inclusiv complexul defensiv pentru reproducerea lor.

Posibilităţile industriei medicale naţionale şi ale ştiinţei pot fi realizate prin crearea condiţiilor favorabile pentru extinderea exportului de articole medicale capabile de a concura. Aceasta va permite extinderea elaborărilor noi şi valorificările producţiilor tehnice medicale moderne.

Bibliografie:

1. Anonymous, Health Devices Sourcebook. Plymouth Meeting, PA: Emergency Care Research Institute. 1996.
2. Brown L, Barnett JR. Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space? A case study of the impact of co-location of public and private hospitals in Australia. Soc Sci Med. 2004 Jan;58(2):427-44.
3. Kryger M. H., “Monitoring respiratory and cardiac function” in M. H. Kryger, T. Roth, and W. C. Dement (eds.), Principles and Practice of Sleep Medicine, 2nd ed., Philadelphia: W. B. Saunders, 1994.
4. Mereuţă I. Sistemul Sănătăţii în ţările Uniunii Europene. // Chişinău, 1996, 154p.
5. Preker AS, Harding A. The economics of hospital reform from hierarchical to market-based incentives. World Hosp Health Serv. 2005;41(2):25-9, 39-40, 42.
6. Белоус Б. П. Система обеспечения учреждений здравоохранения изделиями медицинской техники в современных условиях//Здравоохранение Респ. Татарстан - 75 лет. Мат. Науч. конф. Казань, 1996. с.104-106.
7. Герасименко Н. Ф., Максимов Б. П. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Коментарии, основные понятия, акты. ГЭОТАР-МЕД, 2001.
8. Голухов Г. Н. Больница XXI века: организационно-технологические и архитектурно-планировочные решения: (Профессиональная концепция). //Экономика здравоохр., 1998, N6. - 11-14 с.
9. Лементов В. И., Лебедев В. А. Альтернативный вариант организации использования мед. техники в учреждениях здравоохранения. Сб. науч. трудов, Ставрополь, 1994. с. 37-39.

Prezentat la 26.03.2004

A. Cernîi d.h.ş.m., profesor universitar, Institutul Oncologic din Moldova

PAPILOMAVIRUSURILE UMANE ŞI CANCERUL DE COL UTERIN: DATE DIN LITERATURĂ ŞI CONTRIBUŢII ORIGINALE

This overview describes some of the initial studies for the detection the risk factors of cervical cancer and gives the description and interpretation of koilocytosis – the morphological evidence of genital papillomavirus infection. In the past years there has been an increasing interest in HPVs because of their potential role in pathogenesis of cervical cancer and other malignant tumors. To date, more than 100 types of HPV have been identified. In Moldova Oncology Institute, the first study of morphological evidence of HPV-infection of the uterine cervix was reported in 1993, and later, in 1997, were described by electron microscopy HPV particles in the koilocytotic cells of endocervicosis and leukoplasia of uterine cervix. Recently, was evaluated high oncological risk of endocervicosis associated with HPV-infection.

Key words: cervical cancer, genital papillomavirus infection.

Cancerul colului uterin (CCU) este cel mai frecvent cancer genital la femei. Având lungimea numai de 2-3 cm, colul uterin este mai frecvent afectat de cancer, decât corpul uterin, ovarele, vaginul, organele genitale externe. În Republica Moldova, incidenţa în 2003 a CCU a constituit 15,0 cazuri a cancerelor de corp uterin – 10,5 cazuri, de ovare 6,6 cazuri, de vagin şi vulvă – 2,3 cazuri (la 100 000 de populaţie feminină). După datele OMS, pe glob se înregistrează anual peste 500 000 de cazuri noi ale CCU. Care sunt cauzele CCU şi de ce această cea mai mică arie a tractusului genital feminin este cel mai frecvent afectată de cancer?

Ca pioner al epidemiologiei CCU este considerat pe bună dreptate medicul italian D. Rigoni-Stern din Verona, care a studiat registrele deceselor din 1760 până în 1830 şi publică în 1842 lucrarea în care concluzionează că mortalitatea prin CCU este mai mare la femeile căsătorite decât la cele necăsătorite, fiind absentă la virgine şi călugărițe. Peste un secol, în 1969, Fraumene (expus din Я. В. Бохман şi У. К. Лютра, 1991) face în Canada o investigaţie a îmbolnăvirii prin cancer a 31 658 călugărițe catolice şi remarcă absența CCU la acestea, constatând totodată prezența cancerelor sânului, endometrului şi ovarelor. De menționat că numai spre sfârşitul secolului trecut a apărut convingerea că CCU este o boală sexual transmisibilă, fiind mult mai frecvent întâlnită la femeile cu parteneri sexuali multipli şi la prostituate (I. I. Kessler, 1976). Au fost suspectați diferiți factori cauzali: smegma, igiena sexuală deficitară, agenții infecțioşi, circumcizia ca factor protector, etc. (S. Munteanu, 1976).

În ultimile două decenii ale secolului XX a devenit clar că transmiterea pe cale sexuală a papilomavirusurilor umane (HPV – Human papillomaviruses) este cauza principală a CCU. În 1995 F. X. Bosch şi col. au comunicat date obținute de un grup de cercetători din 22 țări, care au testat prin reacția polimerazică în lanț (PCR) prezența genelor a 26 tipuri de HPV în 881 cazuri de CCU şi au găsit HPV-pozitive 93% de carcinoame pavimentoase. Agenția Internațională de Cercetare a Cancerului (IARC), care publică anual monografii consacrate agenților cancerigeni (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans) a editat în 1995 vol. 64 dedicat HPV. Particule HPV sunt de cca 55 nm în diametru, au configurația icosaedrică şi conțin ADN. HPV împreună cu poliomavirusurile sunt incluse în familia Papovaviridelor. Papilomavirusurile sunt foarte specifice pentru gazdele respective. Nici unul din tipurile de HPV nu au o altă gazdă decât omul. De asemenea, au o singură gazdă papilomavirusurile diferitelor mamifere şi păsări. Toate papilomavirusurile infectează celulele epiteliale cu excepția BPV-1 (papilomavirus bovin), care infectează şi fibroblastele dermale. Dacă până în 1995 au fost puse în evidență cca 70 tipuri HPV, în anul 2000 (S. Syrjanin, M. Puranin, 2000) au fost identificate peste 100 tipuri de HPV, implicate în neoplaziile colului uterin fiind tipurile 16 şi 18, mai rar 33, 35, 45, 51, 52, 56, 58, 66, 69.

Neobişnuit este faptul, că nu virusologii ci morfologii, cei ce cercetează țesuturile în microscop, au sugerat ideea că HPV sunt implicate în apariția CCU. În 1956 L. G. Coss şi G. R. Durfee numeşte fenomenul de apariție în colul uterin a celulelor neobişnuite cu halo perinuclear ca „atipie koilocitozică”. În acest fenomen, celula-marker este koilocitul (din greacă: koilos – gaură, gol), celulă din epiteliul pavimentos stratificat cu nucleu deformat, cu o zonă citoplasmatică perinucleară transparentă, foarte slab colorată şi bine delimitată. Citoplasma periferică, care înconjoară această zonă, este densă, colorată intens eozinofil. Cauzele koilocitozei rămâneau neclare mult timp, până la studiul realizat de A. Meisels şi R. Fortin (1976), în care dânşii au văzut o asemănare între leziunea koilocitozică a colului uterin şi condylomul acuminat: ambele conțin koilocite, se caracterizează prin epiteliu stratificat de grosime sporită cu acantoză pronunțată, numai că prima nu formează la suprafață excrescențe papilare. Autorii respectivi au etichetat leziunea koilocitozică de col ca condylom plan şi au presupus că koilocitele din această leziune sunt celule infectate cu papilomavirusuri, deoarece particule de HPV au fost identificate anterior (J. D. Oriel, J. D. Almeida, 1970) în verucele şi condyloamele papilomatoase genitale. Ulterior, ipoteza genială a lui A. Meisels şi R. Fortin a fost confirmată prin identificarea electronomicroscopică a particulelor de HPV în nucleele koilocitelor din condyloamele plane ale colului uterin (E. Hills, C. R. Laverty, 1979; Y. Mai şi col., 1994).

La Institutul Oncologic din Moldova, studiul ştiințific al leziunilor koilocitozice ale colului uterin s-a început în pragul ultimului deceniu al secolului trecut (И. А. Яковлева, А. П. Черный, Ф. А. Чебану, 1993) şi continuă până în prezent. Am reuşit să demonstrăm electronomicroscopic prezența particulelor HPV în nucleele koilocitelor atât în condyloamele plane, cât şi în epiteliul stratificat din leziunile etichetate ca endocervicoză şi leucoplazie a colului uterin (А. П. Черный şi col., 1997). Am cercetat etapele morfologice evolutive ale HPV-infecției (A. Cernîi şi col., 1997), am argumentat riscul oncologic sporit al endocervicozelor cu semne morfologice de HPV-infecție (T. Cernîi şi col., 1999) şi am extins cercetările fenomenului de koilocitoză în leziunile tumorale benigne şi maligne de diversă localizare extragenitală (A. Cernîi şi col., 2003).

Asocierile spațiale dintre diferite leziuni ale cervixului uterin evoluate pe fondul de HPV

infecţie au fost cercetate în materialul biopsic recoltat la 951 paciente la care am constatat şi vârsta la momentul stabilirii diagnosticului. Din analiza distribuţiei numerice şi procentuale a leziunilor investigate rezultă că endocervicozele sunt cel mai frecvent asociate cu HPV infecţia: din 951 cazuri 573 au fost endocervicoze. Pe fond de endocervicoză au evoluat cum se observă din tabelul 1 condiloamele în 44 (7,6%) cazuri, leucoplasiile – 70 (12,2%), displaziile moderate – 38 (6,6%), displaziile severe – 40 (7,0%), carcinomele in situ – 42 (7,3%), carcinoamele cu invazie incipient – 20 (3,5%), cancerile invazive – 22 (3,8%). De menţionat că rata globală a neoplaziilor (displaziilor şi carcinoamelor) este sporită – 162 (28,3%) cazuri din cele 573 leziuni evoluate pe fond de endocervicoză cu semne de HPV infecţie.

Remarcăm că în 2002 am înregistrat şi cercetat 207 leziuni koilocitozice ale colului uterin şi 189 cazuri de endocervicoză fără semne morfologice de infecţie papilomavirotică. Acest studiu a condus la trei concluzii importante: 1) raportul dintre endocervicozele infectate cu HPV şi acelora neinfectate este aproape de 1:1; în 2002 am înregistrat 162 (45,0%) cazuri de endocervicoză infectată şi 189 (55,0%) cazuri de endocervicoză neinfectată; 2) neoplaziile apar foarte rar pe fondul endocervicozelor neinfectate cu HPV: din cele 189 cazuri de atare endocervicoză s-au prezentat cu arii neoplazice numai 4 (2,1%) cazuri, din acestea fiind 1 caz de displazie moderată, 2 – displazie severă, 1 – carcinom pavimentos; 3) leziunile infectate cu HPV reprezintă un risc sporit de malignizare – neoplaziile s-au pus în evidenţă 62 (30,0%) din 207 cazuri.

Surprinzător este faptul, că vârsta medie a pacientelor, cu excepţia acelora cu condiloame pe fond de endocervicoză, diferă puţin atunci când sunt comparate grupele cu leziuni benigne şi cele cu leziuni neoplazice.

Datele morfologice mărturisesc că există o deosebită susceptibilitate a celulelor bazale (cele mai vulnerabile) la infectare cu HPV în aria endocervicozelor şi aria joncţiunii scuamo-columnare, o anumită succesiune a evenimentelor desfăşurate în epiteliu şi corionul conjunctiv în cadrul HPV-infecţiei cervixului uterin. Reproducerea papilomavirusurilor se manifestă, cum reiese din datele noastre electronooptice, cu modificări în cromatina nucleară şi acumularea în nucleu a particulelor virale cu 45-50 nm în diametru, modificările fiind mai pronunţate în straturile intermediar şi superficial al epiteliului. La suprafaţa epiteliuluilui celulele devin tot mai plate observându-se în numeroase cazuri odată cu dispariţia spaţiilor perinucleare goale, descompunerea filamentelor keratinice şi apariţia în toată citoplasma a maselor amorfe şi compacte de keratină. Acest fenomen se manifestă histologic ca parakeratoză şi hiperkeratoză, iar clinic şi colposcopic ca leucoplazie. Procesul patologic continuă cu îngroşarea epiteliului în urma stimulării proliferării celulare şi instalarea unui condilom plat, inversat sau papilomatos. Procesul citoproliferării declanşat de HPV în aria endocervicozei este mult mai activ, probabil în urma defectelor în citoschelet, care se pot reflecta asupra ciclului celular (Н. А. Глушанкова, 2003) şi leziunea koilocitozică mult mai rapid îmbracă aspectul neoplazii intraepiteliale, în comparaţie cu neoplaziile din lotul femeilor cu endocervicoză, neinfectată cu HPV. Vârsta medie a bolnavelor de cancer apărut pe fond de HPV infecţie a constituit în ultimii ani 44,41±1,12 ani. Aceste date corespund datelor statistice referitor la vârsta medie a bolnavelor de cancer cervical din Republica Moldova în ultimii ani: 44,0 ani în 1998 şi

Tabelul 1

Distribuţia şi vârsta medie a pacientelor cu leziuni evoluate pe fondul endocervicozei şi HPV infecţiei (în total 573 cazuri)

Leziunea	Nr. de cazuri	%	Vârsta medie
1. Endocervicoză	297	51,83	36,38±0,54
2. Endocervicoză + condilom	44	7,60	30,09±1,35
3. Endocervicoză + lecoplazie	70	12,22	38,53±1,30
4. Endocervicoză + displazie moderată	38	6,63	34,42±1,49
5. Endocervicoză + displazie severă	40	6,98	36,30±1,24
6. Endocervicoză + carcinom in situ	42	7,33	35,24±1,25
7. Endicervicoză + carcinom in situ cu invazie incipientă	20	3,49	38,15±1,62
8. Endocervicoză + carcinom pavimentos	22	3,84	40,73±0,94

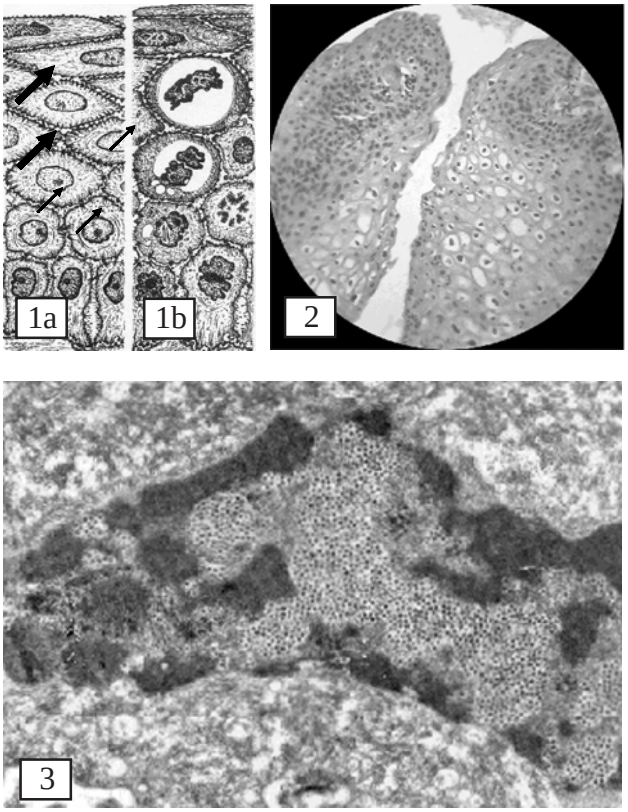


Fig. 1. Reprezentarea schematică a epiteliului stratificat normal (1a) şi a celui infectat de papilomavirusuri (1b). Sunt indicate koilocitele (➔).

Fig. 2. Condylom papilomatos cu numeroase koilocite (➔) în epiteliul pavimentos stratificat. Colorație cu hematoxilină şi eozină × 220.

Fig. 3. Particule virale în nucleul celulelor epiteliale din aria leukoplaziei de col uterin. Electronogramă × 21000.

46,2 în 2002. Tot din datele statistice aflăm că cancerul colului uterin „întinereşte" din an în an: în 1986 vârsta medie a pacientelor a constituit 54,9 ani, în 1991 – 52,3 ani, în 1998 – 44,0 ani şi în 2002 – 46,2 ani. Acest fenomen î-şi poate avea explicație prin creşterea numărului de femei infectate cu HPV. În cazuistica noastră, spre exemplu, în 2002 am înregistrat 218 leziuni koilocitozice ale colului uterin, iar în anii precedenți am pus în evidență mult mai puține leziuni respective: 104 cazuri în anii 1991-1994, 110 cazuri în 1995.

Apariția mai rapidă a cancerului pe fondul endocervicozelor infectate cu HPV poate fi explicată prin particularitățile evoluției lui naturale, când nu sunt trecute toate etapele intermediare (displazii de diferite grade, carcinom in situ) sau când durata tuturor acestora este foarte scurtă. Din datele obținute în această lucrare referitor la vârsta medie puțin variată în funcție de severitatea leziunii neroplasice, se poate deduce că o mare parte de cancere invazive induse de HPV omit unele trepte intermediare în evoluția sa naturală.

Bibliografie:

1. Bosch F. X. Manos M. M., Munoz N., Sherman M. et al. and Int. Biol. Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancers: a worldwide perspective // J. Nat. Cancer Inst., 1995. Vol. 87. P. 796-802.

2. Cernîi A., Cernîi T., Cepoi A. Grădinaru I. Cercetări privind etapele posibile de evoluare a modificărilor tisulare în cadrul HPV-infecției a colului uterin // Congresul Național de Cancer. Poiana Braşov, România. 1997. R. 41.

3. Cernîi A., Iacovleva I., Bogdanscaia N., Doicov N., Tîrbu V., Cernîi T. Leziuni tumorale benigne şi maligne cu semne morfologice de infecție papilomavirotică // Conf. Şt. Anuală a USMF „Nicolae Testemițanu". Chişinău. 2003. Vol. 1. P. 105-109.

4. Cernîi T., Cernîi A., Sofroni D. Riscul oncologic al endocervicozelor cu semne morfologice de infecție papilomavirotică // Simpozion Național „Diagnosticul, tratamentul şi profilaxia afecțiunilor precanceroase şi a cancerului organelor reproductive la femei". Chişinău. 1999. P. 23-29.

5. Hills E., Laverty C. R. Electron microscopic detection of papilloma virus particles in selected koilocytotic cells in a routine cervical smear // Acta Cytol. 1979. Vol. 23. P.53-56.

6. IARC monographs. Human papillomaviruses. WHO, Lyon. 1995. Vol. 64.

7. Kessler I. I. Human cervical cancer as venereal disease // Cancer Res. 1976. Vol. 36. P. 783-791.

8. Koss L. G., Durfee G. R. Unusual patterns of squamous epithelium of the uterine cervix: cytologic and pathologic study of koilocytotic atypia // Ann. N.Y. Acad. Sci. 1956. Vol. 63. P.1245-1261.

9. Mai Y., Chen Q., Song G., Liu Q. Et al. A combined ultrastructural and molecular genetic research for relationship between human papillomavirus and the development of human cervical cancer. I. The pathogenesis of genital condyloma and detection of viral genomes with DNA hybridization and PCR / / Electron Microscopy, 13th Int. Congr. E. Micr. Paris. 1994. Vol 3b. P. 1125-1126.

10. Meisels A., Fortin R. Condylamatous lesions of the cervix and vagina: cytolocic patterns // Acta Cytol. 1976. Vol. 20. P.505-509.

11. Munteanu S. Epidemiologia – etiologia cancerului colului uterin // Cancerul colului uterin. Cluj-Napoca. 1976. P. 11-25.

12. Oriel J. D., Almeida J. D. Demonstration of virus particles in human genital warts // Br. J. Vener. Dis. 1970. Vol 46. P. 37-42.

13. Rigoni-Stern D. Fatti Statistici Relativi alle Malattie Cancerose // Giorn. Servize Progr. Pathol. Terap. 1842. Vol. 2. P. 507-517.

14. Syrjanen S., Puranen M. Human papillomavirus infection in children: the potential role of maternal transmission // Crit. Rev. Oral Biol. Med. 2000. Vol. 11. N. 2. P 259-264.

15. Бохман Я. В., Лютра У. К. Рак шейки матки. Кишинев, «Штиинца». 1991.

16. Глушанкова Н. А. Цитоскелет и межклеточная адгезия // Весник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2003. №3. С. 50-58.

17. Черный А. П., Наги Н. Н., Бужоряну В. В., Черная Т. Н. Гистологическое и электронно-микроскопическое исследование клеток с койлоцитозным фенотипом в эпителии шейки матки // Buletinul AЄM. Єtiinюe Biol. єi Clinice. 1997. N.1. P. 54-60.

Prezentat la 10.03.2004

Veronica CIOBANU, Institutul Oncologic din Republica Moldova

VALOAREA COGNITIVĂ A EXAMENULUI CITOHISTOLOGIC ÎN DIFERENŢIEREA PROCESELOR DISPLASTICE VULVARE

This article describes the differentiation criteria of the vulva displastic processes focused on the examination of morphological characters. The author has examined two probes of biopsic materials as well as post-operation materials.

Key words: vulva displastic process, cytohistologic examination.

Diagnosticul oportun şi soluţionarea adecvată a craurozei şi leucoplachiei vulvare sunt un imperativ de primă valoare în ordonarea măsurilor de prevenire eficientă a epitelioamelor regiunii vulvare, recunoscute ca fiind nişte neoplasme de extremă malignitate, cu mare potenţial de invadare precoce şi diseminare metastatică rapidă şi cu rezistenţă distinctă la tratamentele cunoscute până în prezent [R.H.Kaufman, H.L.Gardner, D.Brown, Y.Beyth., 1974; G.Rodke, E.G.Fridrich, E.J.Wilkinson,1998; M.I.Ştemberg, I.A.Iacovleva, 1980 ş.a.]. Acest deziderat derivă din preocuparea dintotdeauna a oncologilor care observă cu mare vigilenţă maladiile şi toate fenomenele ce anticipă apariţia cancerului şi insistă să cunoască potenţialul diferitor stări morbide de degradare spre neoplazie malignă [3,7, 6,5].

Leucoplachia şi crauroza sunt mai demult asociate la afecţiunile ce anticipă apariţia cancerului vulvar, dar afirmaţile savanţilor diverg esenţial în acest aspect şi până în prezent: unii [2, 5, 7] le clasează categoric la speciile de precancer, alţii, însă, cum ar Ia.V.Bohman (1989), consideră că acestea trebuie analizate ca fiind nişte procese de fond, ce indică predispunerea organismului la cancer de vulvă, invocând lipsa unor echivalenţe morfologice clare. În literatura de specialitate, inclusiv în ediţiile recente, aceste procese sunt raportate sub termini de definiţie foarte neomogeni (*boala Breisky, scleroza atrofiantă a vulvei, vulvită atrofiantă progresivă, leucoplazie, leucokeratoză etc.*), ceea ce ne convinge că nu există încă nişte opinii unitare asupra mecanismelor etiopatogenice ce determină iniţierea proceselor distrofice din epiteliul organelor genitale externe [I.A. Iacovleva, M.I.Ştemberg, 1980; Ia.V.Bohman, 1989; E.A.Joura, H.Zeisler et al., 1999, Costa S., Syranen S., Vendra C. et al.,1995].

Se discută demult şi corelaţiile existente între aceste două procese, care fie că ar trebui apreciate ca stadii ale unui proces patologic unic, fie că se pot distinge drept maladii separate [2, 7, 9,10], care totuşi împart mecanisme etiopatogenice foarte similare. S-au propus mai multe teorii pentru explicarea acestora: originea neurogenă, endocrină, dismetabolică, infecţioasă la acestea subsemnând la diferite etape de cunoaştre a maladiilor diferite grupe de savanţi [1,3, 7, 8, 10].

Din literatura consultată la etapele de iniţiere a acestui studiu şi pe parcurs am desprins modalităţi divergente de ordonare a curelor adresate afectelor definite ca leucoplachie şi crauroză vulvară, în special multe discrepanţe fiind remarcate pentru suscesivitatea de intervenţie cu măsuri conservatoare şi cu cele de gest categoric – criodestrucţie, excizia sectoarelor afectate, vulvectomia ş.a.

Considerând importanţa problemei şi reticenţele de cunoaştere a acesteia, în special la capitolul de îngrijiri curative adecvate statututului morfo-clinic şi gradului de extincţie a procesului de dsitrofie displastică asociat leucoplachiei şi craurozei vulvare, am decis să iniţiem un studiu avizat în acest sens, desemnându-ne drept obectiv central să evaluăm pluridimensional caracterele morfohistologice ale leucoplachiei şi craurozei vulvare în vederea unui diagnostic diferenţial exact al diferitor forme şi variante de asociere a acestor procese, care să ne sugereze argumentarea unor formule de aborb curativ adecvat.

Material şi metode. Pentru a studia caracterele morfologice ale leucoplaziei şi craurozei vulvare, în special în aspectul precizării elementelor ce anticipă apariţia pe acest fond a neoplasmelor maligne, dar şi pentru a estima şansele de vindecare sau de transformare malignă ale diferitor variante morfo-clinice de crauroză şi leucoplazie vulvară, am iniţiat un

studiu atent asupra materialului de examen biopsic prelevat din focarele lezionale şi piesele de material operatoriu de la 82 femei cu diagnosticul de leucolazie şi lucoplazie asociată de crauroză. Astfel printre cele 82 bolnave încadrate în studiu 54 aveau diagnosticul clinic de leucuplazie, la 10 s-a observat crauroză vulvară şi la 18 tabloul clinic era unul de caracter mixt.

Din anamnestic am specificat că 10 bolnave aveau procese cu o vechime de sub un an, 20 aveau maladie ce durează între 1 şi 5 ani, procese de 5 - 10 ani vechime prezentau 44, de peste 10 ani - 8 paciente.

Tehnici de investigare. În 82 cazuri piesele biopsice şi fragmentele de material operatoriu se fixau în soluţie de 5% aldehidă glutarică cu 0,1M tampon fosfat cu pH-ul de 7,4. Fixarea se continua apoi cu soluţie de 1% tetraoxid de osmiu pe 0,1 M tampon fosfat cu pH 7,2. După dehidratare în spirt şi oxid de propilen fragmentele se includ în epon apaldit. Cu ajutorul ultramicrotomului BS-490A "Tesla"se preparau secvenţe ultrafine, care apoi se contrastau cu uranilacetat şi citratat de plumb şi se examinau cu microscopul electronic IEM-100Sxla presiune de accelerare de 60kv.

Probele biopsice prelevate din aria vulvară au relatat că la 64 bolnavie era prezentă o leucoplazie, inclusiv de formă atipică, iar la 10 lecoplazia se combina de crauroză. La 7 bolnave pe fondul pocesului de leucoplazie sau leucoplazie asociind şi crauroză s-a determinat cancer şi la o bolnavă cancer *in situ.*

Printre leucoplaziile de vulvă prevalau aşa-numitele forme simple, în care se remarca îngroşarea epiteliului pavimentos plurisrtatificat cu focare de hiperplazie de diferită expresie, fenomene de acntoză. În cazuri aparte pe fondul formelor simple se determina hiperplazie bazocelulară neînsemnată. În straturile subepiteliale ale dermului se aprecia infiltraţie limfoidă, care la diferite bolnave era de expresie neunivocă.

În contextul a 98% din formele simple de leucoplazie am surprins modificări coilocitare ale epiteliului pluristratificat. Coilocitele se depistau în principal în starturile epiteliale medii, alteori în masele de cornificare şi în focarele de hiperplazie bazocelulară. Celulele epiteliale în coilocitoză apar hipertofiate cu nuclee mari hipercrome, uneori se atestă celule binucleate. Perinuclear se disting zone de claritate crescută. De altfel la una şi aceeaşi bolnavă numărul de coilocite observat pe diferite sectoare ale focarului de leucoplazie poate fi diferit - de la unice până la cumulaţiii de grup.

În cazul variantelor mixte de lezare a vulvei focarele de *kraurosis* alternau cu cele de leucoplazie, trecerea de la leucoplazie spre crauroză fiiind treptată. Asemeni afirmaţiilor lansate de alţi cercetători [I.A.Iacovleva, M.I.Ştemberg, 1973], şi noi am remarcat faptul că în formele incipiente de caruroză în zona focarelor de leucoplazie se distig edeme care interesează stratul papilar şi subpapilar, infiltratele limfocitare fiind deplasate în profunzimea dermului. În zona de edem se atestă bombarea şi omogenizarea fibrelor colagenice, uneori necroză fibrinoidă, în continuare se remarcă proliferarea ţesutului conjuctiv macrofibrilar şi depuneri hialinice. Se reduce numărul de elemente celulare

În corespundere cu alterările ţesutului conjunctiv subepitelial se modifică şi epiteliul, care se atrofiază, cordoanele acantolitice se efilează marcat, se diminuează şi numărul de elemente epiteliale, fenomenele de para- şi hiperkeratoză persistă, dar gradul de exprsie a lor pe diferite sectoare nu este similar. Nu în toate cazurile la nivelul focarelor de crauroză se depistau colocite, care erau remarcate solitar în straturile parabazale şi mai în ales în cele intermediare de epiteliu..

La 7 bonave pe fond de lecoplazie şi de leucoplazie asociind caruroză s-a determinat cancer şi un caz de carcinom *in situ* fără creştere invadantă a acestiua în structurile subiacente.

În cancerele infiltative alături de focarele cu leucoplazie simplă se determină sectoare de leucoplachie atipică şi de carcinom *in situ*. Se pot distinge clar treceri treptate de la leucoplachia simplă la leucoplazia atipică, apoi la focare de carcinom *in situ* şi cancer invaziv.

Leucoplazia de formă atipică se caracterizează de îngroşarea epiteliului pluristratificat, superficial fiind păstrate straturile hipercheratozice. Epiteliul plat pluristratificat îngroşat formează excrescenţe conice în ţesutul conjunctiv subiacent, membrana bazală este clar distinctă. Se mai poate distinge dereglarea procesului de maturaţie a celulelor din stratul pluristratificat, care se exprimă de hiperplazia straului bazal, care acum deţine una sau două treimi din grosimea stratului de epiteliu plan multistratificat. Se remarcă hipercromatoza nucleelor, care sunt mărite de volum, apar celule cu diviziune mitotică.

Asemenea variante de leucoplazie au fost denumite de T.E.Goş şi M.L.Vinocur (1967) atipice, deşi în esenţă acestea sunt nişte focare de displazie cheratotică de diferită intensitate [4, 7]. Displazia cheratotică în condiţia de amplificare a polimorfismului celular discinde în carcinom intraepitelial.

Acesta din urmă se caracterizează de îngroşarea dublă sau triplă a epiteliului pluristratificat, de alterarea anisomorfismului de verticalitate, de apariţia nucleelor gigante hipercrome şi a mitozelor patologice, care se disting inclusiv în straturile epiteliale superficiale. Uneori se constată cornificarea elementelor celulare cu formarea de "perle canceroase".

Pentru leucoplazie în general şi pentru formele ei atipice, inclusiv carcinomul *in situ*, era caracteristic fenomenul de infiltraţie limfohistiocitară a ţesuturilor conjunctive subiacente, apariţia vaselor cu pereţi efilaţi. În focarele de infiltraţie limfohistiocitară fibrele colagenice apar efilate şi pigmentate.

Atât pe sectoarele de leucoplazie atipică, cât şi în focarele de carcinom intraepitelial se disting pe alocuri celule cu semne de coilocitoză, dar acestea sunt relevate preponderent în straturile medii de epiteliu pluristratificat. Formele de cancer infiltrativ depistate în acest context se pot aprecia ca fiind microcarcinoame, deoarece invadarea malignă în profunzime nu depăşeşte 0,3 cm.. Concomitent se constată deteriorarea membranei bazale şi invadarea ţesutului conjunctiv cu celule epiteliale atipice ce fomează focare tumorale izolate.

Conchidem din cele relatate la acest compartiment investigaţional, în care ne-am preocupat de studiul histologic al probelor biopsice şi al materialului operator de la bolnavele cu leucoplachie şi leucoplachie asociată de crauroză că în ţesuturile afectate ale vulvei se developează modificări importante, care ajung până la dezvoltarea carcinomului in situ şi al cancerului invaziv.

S-a constatat că leucoplazia şi crauroza se pot dezvolta ca două procese suverane, dar mai frecvent, totuşi, acestea se combină. De altfel anume leucoplazia discinde în crauroză, iar succesivitatea acestui fenomen se remarcă foarte clar la investigarea histologică. În urma edemului progredient, apoi al fibrozei cu hialinizarea stratului papilar şi subpapilar al dermului şi a atrofiei secundare a epiteliului protector multistratificat plan focarele de leucoplazie se transformă în crauroză.

Am demonstrat de asemeni, că atât pe fond de leucoplazie cât şi pe fond de crauroză se developează modificări coilocitare ale epiteliului multistratificat plan, care anunţă infectarea epiteliului cu virusul papilomei umane (*HVP*). Discuţii intense se desfăşoară în ultimii ani vizavi de rolul infecţiei cu papilomavirus (de tipul HPV) în dezvoltarea cancerului genital. Nu se exclude că şi cancerul sau carcinomul in situ aparente pe fondul leucoplaziilor, în special variantele atipice ar avea la origini anume infecţia cu virusul papilomei umane.

Am ajuns astfel la o certitudine, semnalată mai demult de savanţii noştri I.A.Iacovleva şi M.I.Ştemberg (1973), cum că malignizarea survine în focarele de leucoplazie şi nu de crauroză, parcurgând stadiile de leucoplazie atipică şi carcinom *in situ.*

Bibliografie:

1. *Carli P., Cattaneo A., De Magnis A., Biggeri A., Taddei G.L. Giannoti B.* Scuamos cell carcinoma arising in vulvar lichen sclerosus: a longitudinal cohort study. //*Eur. J.Cancer Prev*.,1995,4:491-95.

2. *Carlson J. Anrew, Mudziski S.,Sagedghi P., Malfetano J., Dupree M*. Elevated peripheral blood levels of right CD8+CD57+lymfocytes are associated with vulvar lichen sclerosus. //*American Journal of Dermatopathology,* 1998,20(6):612.

3. *Costa S., Syranen S., Vendra C., Guida G. et al*. Human papilomavirus infecţions in vulvar precancerosis lezions and cancer. //*J.Reprod Med*, 1995, 40(4): 291-98.

4. *Kaufman R.H, Friedrich E.G., Gardner H.L.* Benign diseases of the vulva and vagina. Cicago:Year Book, 1989, 299-323.

5. *Meffert J.J., Davis B.M., Grimwood R.E.* Lichen sclerosus.// *J.Am. Acad. Dermatol*., 1999, 32(3): 393- 416.

6. *Ridley C.M.* The aetiology of vulvar neplasia. // *Brit.J.Obstet.Ginecol*., 1994, 101(8): 655-57.

7. *Rodke G., Friedich E.G., Wilkinson E.J.* Malignant otential of mixed vulvr dystrophy (lichen sclerosus asociated with squamos cell hiperplasia. //*J.Reprod. Med*., 1988, 33: 545-50.

8. *Scurry J.* Does lichen sclerosus play a centrl role in the patogenesis of human papillomavirus negative vulvar squamos cell carcinoma? The itch-scratch-lichen sclerosus hipothesis.//*Inetrn. Jurn. of Ginecol. Cancer*,1999,9(2):89-97.

9. Паллади Г.А., Штемберг М.И., Яковлева И.А. Крауроз и лейкоплакия вульвы // «Акушерство и гинекология», 1977, № 2. С. 61-65ю

10. Шендерева Т.С. Морфологическая и эллектрономикроскопическая характеристика лейкоплакии вульвы. // Кишинев, «Штиинца», 1984. С. 10-16.

11. Бохман Я.В. Злокачественные опухоли вульвы. // Руководство по онкогинекологии . Л. Медицина, 1989. Гл. 11, С. 119.163.

12. Яковлева И.А., Штемберг М.И. Крауроз и лейкоплакия вульвы. // Здравоохранение, № 5, 1972. С. 31-33.

Prezentat la 10.03.2004

Natalia Rotaru, USMF “N.Testemiţanu”, catedra Radiologie şi imagistica medicală

DILEMA: CICATRICE ORI RECIDIV ÎN GLANDA MAMARĂ TRATATĂ

The given work represents studying semiotics of relapse and differential to diagnostics at application of imaging’s methods of research, allows solving diagnostic problems between good-quality changes and relapse depending on histological type of tumors. Patients with suspicious of relapse breast cancer (n=91) were examined by mammography, sonography and magnetic resonance mammography. Sensitivity for mammography was 81%, for sonography it was 70% and for MRI it was 91,1% for relapse locale breast cancer.

Key words: breast cancer, magnetic resonance mammography

Scopul

Studiul elementelor imagistice diferenţiate şi greutăţilor întâlnite în vederea rezolvării dilemei: cicatrice postterapeitic ori prezenţa eventualei recidive a cancerului mamar.

Material şi metode

Drept material de studiu a servit un lot de 91 de paciente, suferinde de cancer mamar şi supuse unui tratament chirurgical conservator. Pacientele au fost examinate clinic, mamografic, ecografic şi prin rezonanţa magnetică, confirmate histologică pre- şi postoperatoriu. Histologic au fost confirmat în 48 de cazuri carcinom ductal infiltrativ (*CDI*), 4 - carcinom ductal in situ (*CDIS*), 9 - carcinom intraductal (*CID*), 8 - carcinom intraductal in situ (*CIDIS*), 11- carcinom lobular infiltrativ (*CLI*), 1 - carcinom lobular in situ (*CLIS*), 1- Paget, 1 - limfom, 1 - carcinom medular (*CM*), 2 - cancer inflamator; forme mixte: 3 cazuri – *CDI+CIDIS*, 1 – *CL+CT* (carcinom tubular), 1- *CID+CLI*.

65 de paciente au beneficiat de un tratament conservator de prima intenţie asociat cu tumorectomie şi radioterapie, la 20 de paciente li s-a aplicat complementar chimioterapia şi la 6 paciente - hormonoterapia.

Localizarea recidivelor: în 79,1% (72) cazuri erau în cadranul tumorectomiei primare şi în 20,9% (19) cazuri a fost o altă localizare.

Perioada apariţiei recidivelor, depistate clinico-imagistic a fost de la 6 luni 240 luni, mediana fiind de 36 de luni.

Interpretarea valorii metodelor imagistice diagnostice şi examenului clinic au fost evaluate în corelaţie cu datele examenului histologic, apelând la prelucrarea statistică student şi utilizând noţiunile de sensibilitate, specificitate, valoarea predictiv pozitivă (*VPP*), valoarea predictiv negativă (*VPN*).

Sensibilitatea = pacientele suspectate cu recidivă /pacientele cu recidivă histologic confirmată.

Specificitatea = pacientele suspectate fără recidivă /pacientele fără recidivă, histologic confirmat.

VPP = pacientele cu recidivă histologic confirmată /pacientele suspectate cu recidivă.

VPN = pacientele fără recidivă, histologic confirmat / pacientele suspectate fără recidivă.

Fals negativ au fost considerate rezultatele în cazul când s-a suspectat imagine normală, dar histologic s-a adeverit recidivă.

Fals pozitiv au fost considerate rezultatele în cazul când s-a suspectat recidivă, dar histologic s-a confirmat rezultat negativ (adică absenţa recidivei).

Rezultate:

În timpul examenului clinic au fost apreciate 12 tumori palpabile; 19 zone de induraţie izolată; 3 zone depresibile, asociate cu inflamaţie; 2 tumefacţii palpabile, asociate cu zone derpesibile; 2 zone inflamatorii izolate; o retracţie cutanată, asociată cu o zonă depresibilă; o retracţie mamelonară, asociată cu o zonă depresibilă.

Mamografic s-a vizualizat majorarea volumului tumoral în 25 de cazuri, dintre care 5 erau recidive; în 6 cazuri opacitatea evidenţiată era asociată cu o distorsiune arhitecturală; în 8 cazuri era prezentă o opacitate pe traiectul cicatricial; prezenţa microcalcinatelor au fost evidenţiate în 20 de cazuri, dintre care în 2 cazuri asociate cu o opacitate şi într-un caz cu o distorsiune arhitecturală; prezenţa distorsiunii arhitecturale a fost vizualizată în 5 cazuri.

Ecografia a fost realizată la 56 de paciente supuse unui tratament anticanceros. Dimensiunile leziunilor evidenţiate la ecografie variau între 5-50 mm cu o mediană de 10 mm. S-au vizualizat 29 de noduli cu 8 zone de atenuare posterioară izolată.

În urma examinării prin *IRM* au fost identificaţi 50 de noduli. Contururile regulate au fost semnalate atât în cazul unei recidive cât şi în lipsa ei, în aşa numitele modificări „benigne". Contururile iregulate în cazul unei recidive au fost mai frecvent vizualizate, cu o prevalenţă de 78%, *VPP* fiind de 74%.

Nodulul rotund a fost depistat cel mai frecvent în leziunile benigne, prevalenţa sa fiind de ordinea de 14%, cu *VPN* = 71%. Pentru recidive au fost caracteristice nodulii poliedrici cu o prevalenţă de 56% şi *VPP* = 71%. Conturul spicular în cazul recidivei a fost evidenţiat în 28% cazuri cu *VPP* = 78%. Captarea de contrast liniară a fost cauzată de o recidivă a unui carcinom infiltrat asociat cu *CIDIS*.

Captarea de contrast heterogenă a fost vizualizată în cazul recidivelor cu o prevalenţă de 62%, *VPP* fiind de 70%. Captarea de contrast în coroană în cazul recidivelor a fost evidenţiată în 18%, *VPP* fiind de 89%.

Recidivele depistate prin *IRM* aveau dimensiuni cu o variaţie de 3-110 mm, cu o medie de 8 mm. Corelarea dimensiunilor măsurate la *IRM* şi celea histologice a fost semnificativă (p<0,001). Diferenţa în 21 de leziuni din 28 (75%) a fost inferioară cifrelor de 5 mm.

Prin intermediului *IRM* s-a constatat 14 recidive multifocale din 37, care ulterior s-au confirmat histologic în 13 cazuri postoperatoriu. Mamografia a evocat recidive multifocale în 2 cazuri din 14. Nodulii vizibili la *IRM* în cazul afectării multifocale erau de ordinul de 0,3-0,5 cm, ceea ce explică rezultatul negativ la mamografie şi ecografie.

Tabelul 1

Valorile comparative a metodelor imagistice şi clinice

	clinic	mamografic	ecografic	IRM
sensibilitatea	38	81	70	91,1
specificitatea	48	31	36	92,3
VPP	33	44	43	88,5
VPN	53	70	63	94,1

Discuţii:

Citosteatonecroza este cauza cea mai frecventă a rezultatelor fals pozitive întâlnite la utilizarea IRM în sânul supus unui tratament anticanceros [1,2,3,6,17,21].

Efectiv, fenomenele de autogestiune ale ţesutului adipos mamar sunt întâlnite frecvent în sânul tratat, procesul de activare a lipazelor adipocitare pot fi declanşate uneori de procedurile chirurgicale şi totdeauna prin radioterapie.

În faza de necroză poate fi prezentă şi o reacţie inflamatorie, care se poate manifesta mai mult sau mai puţin intens. Neovascularizarea şi majorarea permeabilităţii capilare [33], care acompaniază această reacţie inflamatorie, explică prezenţa captării de contrast la IRM în cazul unei citosteatonecrozei. Este o explicaţie logică de referinţă la citostetonecroză, mai ales în faza sa inflamatorie, care se dezvoltă într-un timp destul de rapid după aplicarea tratamentului şi care în cazul efectuării IRM la distanţă de la radioterapie permite evitarea acestor rezultate false [26,29]. În studiul nostru IRM a fost realizată la 6-12-16 luni după finalizarea tratamentului.

În 10 cazuri, confirmate histologic – citosteatonecroză, diagnosticul ei a fost corect pus la IRM. În 4 cazuri diagnosticul a fost evocat printr-un nodul hipointens, care nu şi-a ridicat nivelul semnalului după contrastare.

În alte cazuri, aspectul IRM a fost evocator pentru o citosteatonecroză: semnele cel mai specific, după datele literaturii, fiind un nodul hiperintens în T1 cercuit de un lizereu hipointens [12,13,25,33]. Nodulul hipointens poate corespunde unui chist adipos şi lizereul periferic – fibrozei [25].

Cel mai frecvent noi am vizualizat o citostetonecroză prezentată sub formă de un nodul cu o parte componentă – hipointensă şi cea de-a doua parte â hiperintensă în T1, separate una de alta printr-un nivel. Noi nu am întâlnit în datele literaturii o descriere similară, dar un astfel de aspect a fost pus în evidenţă la ecografie. Acest semn este foarte specific. Prezenţa acestor două părţi componente se explică prin prezenţa sângelui şi grăsimii uleioase în sânul chistului.

Posibilităţile IRM în diagnosticul citosteotonecrozei sunt promiţătoare.

Caracterele inflamatorii postoperatorii şi postradice sunt succesibile, în particular la nivelul zonei cicatriciale. Este necesar ca examinarea IRM să fie efectuată la distanţă cu scopul minimizării valorii fals pozitive [26]. Cicatricele după 6 luni de zile după tratamentul chirurgical şi 9 luni de zile după radioterapie poate da o ridicare de nivel a semnalului difuză sau regională în 30% cazuri.

Şi invers, sânul tratat expus unei examinări prin IRM la 18 luni după tratament, cicatricele poate ridica nivelul de semnal după contrastare doar în 7% cazuri. Între 10-18 luni există numeroase variaţii individuale,

dar rezultatele fals pozitive sunt numeroase. Aceste rezultate sunt caracteristice pentru studiul efectuat în IRM static în eco spin, imagine postcontrast obținută la 5 minute după injectare.

Însă e necesar de remarcat faptul, că unii autori spun, că utilizarea secvențelor dinamice în FLASH 2D la 6 luni după tratamentul chirurgical, au demonstrat o ridicare de nivel al semnalului inferior pragului în timp precoce, unica ridicare superioară pragului a fost cea tardivă. [11,13,14] Alții sunt de părerea că studiul dinamic IRM la fel este sursa rezultatelor fals pozitive mărite după 6 luni după tratamentul chirurgical [16,17,29].

Noi am realizat la 6 paciente IRM până la 12 luni după tratament. Într-un caz a existat o ridicare de nivel de semnal difuză. În celelalte 5 cazuri nu s-a evidențiat nici o ridicare de semnal. Şi invers am obținut rezultate fals pozitive survenite la distanță de tratamentul inițial, la 4-10 ani după tratament. Aceste captări de contrast au fost explicate prin prezența unui proces inflamator.

Noi am obținut 3 rezultate fals negative – nici o captare des substanță de contrast. Aceste rezultate sunt explicite în raport cu:

· dimensiunile lezionale inferioare grosimii cupei

· orientarea leziunii, care puteau fi făcute în axa planului de cupă

· histologia, care este un factor decisiv.

Noi am obținut aceste rezultate în cazul 1 *CIDIS*, 1 *CLI* şi un carcinom tubular asociat cu 1 *CIDIS*.

Utilizarea secvențelor 3D îmbunătățeşte sensibilitatea depistării *CIDIS*, deoarece rezoluția spațială a acestor secvențe este net superioară celorlalte. Secvențele RODEO au o sensibilitate de 100%, ele minimizează efectele de volum parțial, care sunt în special importante în aceste leziuni, datorită dispoziției sale liniare în galactoforele glandei mamare.

Dimensiunile *CIDIS*, după datele literaturii sunt foarte variabile. În lotul de paciente examinate de R. Gilles dimensiunile medii erau de ordinea de 45 mm [2].

Sensibilitatea IRM fiind direct proporțională cu valoarea focarelor de microcalcinate conținute în *CIDIS* – cu cât mai multe calcinate se conțin cu atât mai elevată este sensibilitatea.

Criteriile morfologice utilizate la interpretarea rezultatelor IRM în *CID* sunt:

· semnele cel mai specifică prezența captării de contrast liniari ori un munte de noduli coalescenți

· captare de contrast regională ori difuză

· captare de contrast în cocardă

· captare de contrast spiculară ori nodulară cu contururi iregulate.

Sensibilitatea mai mică în *CIDIS* decât în *CID* se explică prin absența în primul a vascularizării, nutriția celulelor tumorale efectuându-se prin difuzie prin mediul înconjurător extracelular. Studiul IRM corelat cu datele anatomopatologice au permis demonstrarea, că toate *CIDIS* detectate prin IRM prezentau o angiogineză [33], pe când celea cu o vascularizare slabă sunt la baza rezultatelor fals negative. Studiul histologic a confirmat existența unei vascularizări periferice în stroma înconjurătoare a *CIDIS*, dar cu o densitate vasculară variabilă. Această densitate vasculară are tendința de a se dezvoltată în comedocarcinom [8]. Necroza tumorală, implicând o proliferare celulară rapidă, dă naştere unei neovascularizări.

Studiul IRM a *CIDIS* necesită o rezoluție spațială optimală, luând în considerație dezvoltarea sa canalară, în comparație cu carcinoamele invazive. Este stric necesar de a nu neglija în acelaşi timp şi rezoluția temporală pentru a obține şi o specificitate înaltă [20,21].

Exigența tehnică este deci foarte importantă în diagnosticul precoce al recidivelor. Compromisul obținut la IRM de înaltă rezoluție între parametrii cel spațial şi cel temporal rezolvă această problemă stringentă, care era imposibilă 10-15 ani în urmă, când parametrul spațial prevala asupra parametrului temporal.

Cea mai bună tehnică în vederea soluționării acestei probleme actual este cea de eco gradient rapid în 3D cu sustragerea imaginilor, în cupe fine de 2-3 mm. Metodologia dată permite vizualizarea celor mai fine straturi, care ar putea conține captări de contrast liniare.

CLI - acest tip histologic întâlneşte greutăți diagnostice la mamografie, reprezentând numai 10% din cancer el induce la mamografie 30% de rezultate fals negative [18, 34].

Dimensiunile tumorii aici nu explică eşecul examinării prin IRM. Dimensiunile rezultatelor fals negative în cazurile explorate de noi erau corespunzător de: 23, 20, 25, 11 mm. După datele literaturii s-a urmărit un *CLI* de 40 mm, care nu a captat substanța de contrast.

Problemele diagnostice apărute se explică prin structura sa histologică şi anume: *CLI* are o

evoluţie de dezvoltare particulară. Celulele neoplazice infiltrează ţesutul sănătos sub formă de rânduri de celule „în fire indiene”. Ele sunt diseminate tracturile fibroase separate prin zone normale a ţesutului adipos [18,20,34].

Pentru a fi vizualizate mai bine sunt necesare utilizarea tehnicilor cu o rezoluţie spaţială înaltă. Utilizarea tehnicii RODEO permite micşorarea valorii rezultatelor fals negative, în aceste secvenţe supresia semnalului grăsimii este eficace şi omogen.

Recidivele în acest tip histologic sunt mai frecvente ca în restul tipuri: 3 din 4 cazuri.

Rezultatul fals negativ unul la număr în cazul carcinomului tubular de 5mm asociat cu un focar de *CID*, poate fi explicat la fel prin particularitatea histologică a acestui tip de tumoare. Carcinomul tubular este format din celule dispuse în tuburi, care sunt înrobate în stroma fibroasă, care este extrem de abundentă. Vascularizaţia în acest tip de carcinom este relativ slabă în raport cu volumul tumoral. Ceea ce explică lipsa în unele cazuri a captării substanţei de contrast.

În concluzie, avansarea tehnologică a metodelor imagistice de diagnosticare a permis soluţionarea dilemei dintre cicatrice şi recidivă.

Bibliografie:

1. Fischer U, Kopka L, Grabbe E. Breast carcinoma: effect of preoperative contrast-enhanced MR imaging on the therapeutic approach. Radiology 1999; 213:881-888

2. Gilles R, Guinebretiere JM, Lucidarme O, et al. Nonpalpable breast tumors: diagnosis with contrast-enhanced subtraction dynamic MR imaging. Radiology 1994; 191:625-631

3. Gilles R, Guinebretiere JM, Toussaint C, et al. Locally advanced breast cancer: contrast-enhanced subtraction MR imaging of response to preoperative chemotherapy. Radiology 1994; 191:633-638.

4. Heywang SH, Wolf A, Pruss E, et al. MR imaging of the breast with Gd-DTPA: use and limitations. Radiology 1989; 171:95-103

5. Hoeffken W., Lany M. Mammography. Georg Thiene. Stutgart 1977.

6. Hulka CA, Smith BL, Sgroi DC, et al. Benign and malignant breast lesions: differentiation with echo-planar MR imaging. Radiology 1995; 197:33-38.

7. Huo Z., Giger M.L., Vyborny C.J. et al. Analysis of spiculation in the compurized classification of mammographic masses. Med. Phys 1995, 22:1569-1579.

8. James J.S. Evans A.J. Pinder S.E. et al. Is the presence of mammographic comedo calcification really a prognostic factor for small screen-detected invasive breast cancers? Clinical Radiology 2003, 58: 54-62.

9. Lesser ML, Rosen PP, Kinne DW. Multicentricity and bilaterality in invasive breast carcinoma. Surgery 1982; 91:234 -240

10. Liberman L., E. A. Morris, M. J.-Y. Lee, J. B. Kaplan, L. R. LaTrenta, J. H. Menell, A. F. Abramson, S. M. Dashnaw, D. J. Ballon, and D. D. Dershaw Breast Lesions Detected on MR Imaging: Features and Positive Predictive Value Am. J. Roentgenol., July 1, 2002; 179(1): 171 - 178.

11. Mendelson EB, Berg WA, Merrit CRB. Toward a standardized breast ultrasound lexicon, BIRADS: Ultrasound. In: Miller WT, Berg WA, eds. Seminars in roentgenology, vol. 36: Breast imaging. Philadelphia: Saunders, 2001:217 -225

12. Morris EA. Illustrated breast MR lexicon. In: Miller WT, Berg WA, eds. Seminars in roentgenology, vol. 36: Breast imaging. Philadelphia: Saunders, 2001:238 -249

13. Mumtaz H, Davidson T, Hall-Craggs MA, et al. Comparison of magnetic resonance imaging and conventional triple assessment in locally recurrent breast cancer. Br J Surg 1997; 84:1147-1151.

14. Nunes LW, Schnall MD, Orel SG, et al. Correlation of lesion appearance and histologic findings for the nodes of a breast MR imaging interpretation model. RadioGraphics 1999; 19:79 -92

15. Nunes LW, Schnall MD, Orel SG. Update of breast MR imaging architectural interpretation model. Radiology 2001; 219:484 -494

16. Orel S. G. and M. D. Schnall MR Imaging of the Breast for the Detection, Diagnosis, and Staging of Breast Cancer Radiology, July 1, 2001; 220(1): 13 - 30.

17. Orel SG, Hochman MG, Schnall MD, Reynolds C, Sullivan DC. High-resolution MR imaging of the breast: clinical context. RadioGraphics 1996; 16:1385-1401.

18. Rodenko GN, Harms SE, Pruneda JM, et al. MR imaging in the management before surgery of lobular carcinoma of the breast: correlation with pathology. AJR Am J Roentgenol 1996; 167:1415-1419.

19. Rosen PP, Groshen S, Kinne DW, Hellman S. Contralateral breast carcinoma: an assessment of risk and prognosis in stage I (T1N0M0) and stage II (Y1N1M0) patients with 20-year follow-up. Surgery 1989;106:904 -910

20. Rotaru N. Aspectul imagistic al glandei mamare tratate. Analele ştiinţifice USMF V.II Chisinău 2003, p.477-480.

21. Rotaru N. Benign and malignant breast masses and axillary node. Rentgenologia Radiologia Vol X LII Sofia 2003, p.94.

22. Rotaru N. Jovmir V. Differentiation of benign from malignant breast lesions. Imagistica medicală Bucureşti 2002, p. 74-75.

23. Schimpfle MM, Ohmenhauser K, Sand J, Stoll P, Claussen CD. Dynamic 3D-MR mammography: is there a benefit of sophisticated evaluation of enhancement curves for clinical routine? J Magn Reson Imaging 1997; 7:236-240

24. Sickles EA. Periodic mammographic follow-up of probably benign lesions: results of 3184 consecutive cases. Radiology 1991; 179:463 -468

25. Sklair-Levy M., T. H. Samuels, C. Catzavelos, P. Hamilton, and R. Shumak Stromal Fibrosis of the Breast Am. J. Roentgenol., September 1, 2001; 177(3): 573 - 577.

26. Solin LJ. Special considerations. In: Fowble B, Goodman RL, Glick JH, Rosato EF, eds. Breast cancer treatment: a comprehensive guide to management. St Louis, Mo: Mosby–Year Book, 1991; 523-528.

27. Stavros AT, Thickman D, Rapp CL, Dennis MA, Parker SH, Sisney GA. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. Radiology 1995;196:123 -134

28. Stomper PC, Herman S, Klippenstein DL, et al. Suspect breast lesions: findings at dynamic gadolinium-enhanced MR imaging correlated with mammographic and pathologic features. Radiology 1995; 197:387-395.

29. Sun L, Olsen JO, Robitaille PM. Design and optimization of a breast coil for magnetic resonance imaging. Magn Reson Imaging 1993; 11:73-80.

30. Tilanus-Linthorst MMA, Obdeijn IMM, Bartels KCM, de Koning HJ, Oudkerk M. First experiences in screening women at high risk for breast cancer with MR imaging. Breast Cancer Res Treat 2000;63:53 -60

31. Tristan H. Benmussa M., Bokobsa J. Mammographie et echographie mammaire: de l'image au diagnostic. Medecine Science Flammarion Paris 1988.

32. Warner E, Lockwood G, Math M, et al The risk of breast cancer associated with mammographic parenchymal patterns: a meta-analysis of published literature to examine the effect of method of classification Cancer Detect Prev (1992) 16:67-73

33. Weidner N, Semple JP, Welch WR, Folkman J. Tumor angiogenesis and metastasis: correlation in invasive breast carcinoma. N Engl J Med 1991; 324:1-8.

34. Weinstein SP, Orel SG, Heller R, et al. MR imaging of the breast in patients with invasive lobular carcinoma. AJR Am J Roentgenol 2001; 176:399-406.

Prezentat la 26.03.2004

I.Moldovanu, Stela Odobescu, V. Friptu, Liliana Profire,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu".
Catedra de Neurologie şi Neurochirurgie, Catedra de Obstetrică şi Ginecologie.

PARTICULARITĂŢILE SINDROMULUI PSIHOVEGETATIV LA BOLNAVELE CU SINDROMUL DE MENOPAUZĂ

During this research, there was emphasized the specific of the pshyco-vegetative syndrome of the patient in perimenopause compared to those appeared in postmenopause reported at the same time to the checks groups. It has been also determined the specific of the psychological profile at the patients with climatic syndrome via a number of modern psychological tests used in the occidental clinics, as for example the anxiety Spilbergher test, the MMPI test.

Key words: vegetative nervous system, psychoneuroendocrinology, menopause.

Simptomele imediate (precoce) ale sindromului de menopauză sunt constituite de dereglările psihovegetative, fapt explicat prin sistarea funcţiei reproductive ca consecinţă a tulburărilor hormonale, care contribue la producerea modificărilor de vîrstă în organe şi sisteme, limitarea capacităţilor de adaptare ale organismului şi evoluţia diferitor afecţiuni (cardiovasculare, respiratorii, etc.).

Apariţia dereglărilor endocrine, afective şi vegetative pe fundalul modificărilor de vîrstă în sistemul reproductiv confirmă relaţiile de reciprocitate între tulburările sindromului de menopauză cu schimbările de vîrstă ale funcţiei hipotalamusului şi complexul limbico-reticulat (CLR) (6, 12). Este bine cunoscut rolul hipotalamusului în reglarea funcţiei vegetative, metabolismului hidrosalin, lipidelor, proteinelor, activităţii glandelor endocrine şi organelor interne, în controlul funcţiei sistemului cardiovascular şi respirator, în asigurarea homeostazei (8). Spre exemplu, dereglarea mecanismelor de termoreglare, ca consecinţă a disfuncţiei hipotalamice, constitue mecanismul central al manifestărilor vegetative, tipice sindromului de menopauză (bufeele de căldură, transpiraţii profuze, etc.). Identic poate fi explicat şi rolul perturbaţiilor sintezei şi secreţiei de hormoni sexuali în perioada de menopauză în declanşarea şi apariţia simptomelor afective. Sistemul limbic este responsabil de tulburările emoţional – psihice (3,8).

Contribuţia declinului hormonal în apariţia tulburărilor vegetative şi afective în menopauză se explică prin influenţa hormonilor sexuali asupra sistemului nervos vegetativ (SNV), sferei emoţional-psihice prin intermediul diferitor mecanisme (1,3). Această influenţă este constatată nu numai în menopauză, dar şi în cazul modificării nivelului de hormoni în ciclul menstrual şi în diferite stări fiziologice (postpartum, etc.) (2). În apariţia dereglărilor afective, mai importante sunt modificările nivelului de hormoni, îndeosebi reducerea acestora, comparativ cu nivelul stabil scăzut, fapt confirmat de frecvenţa mică a tulburărilor afective în cazul concentraţiilor stabile de hormoni – atît cu nivel ridicat (sarcină), cît şi cu nivel diminuat (postmenopauză) (2).

Prin urmare, atît etiologia, cît şi patogeneza sindromului climacteric (SC) nu pot fi considerate studiate definitiv. În literatura de specialitate sunt elucidate ipoteze teoretice ale patogenezei SC, care explică rolul crizei estrogenice în apariţia simptomelor imediate în menopauză ca o consecinţă a modificărilor în centrele din hipotalamus (6). În pofida realizării unui număr suficient de studii ale perioadei de menopauză, sunt dezvăluite incert sau nu sunt pe deplin determinate particularităţile sindromului psihovegetativ în SC şi relaţia manifestărilor acestuia cu tulburările hormonale (4), fapt care a justificat iniţierea studiului prezent.

Scopul studiului - examinarea clinică a bolnavelor cu acuze psihovegetative în SC.

Obiectivele studiului:

1. Constatarea dereglărilor vegetative suprasegmentare (DVS/S) în baza profilului vegetativ-motor al pacientelor (PVM) şi altor probe vegetative, care indică afectarea complexului hipotalamo-limbico-reticulat (CHLR) la bolnavele cu SC.

2. Cercetarea stării psihoemoţionale şi specificarea accentuaţiilor de caracter ale

personalităţii în baza testelor psihometrice la pacientele din studiu în baza testelor psihometrice.

Materiale şi metode. În scopul realizării studiului clinic (vegetativ şi psihoemoţional), cît şi pentru obţinerea unor rezultate veridice (P<0,05) am preconizat un lot de studiu, definit de următoarele principii: prezenţa a două grupuri, independenţa grupurilor şi tehnica specială de dimensionare. Acest lot cuprinde 174 femei: 90 în perioada de perimenopauză şi 84 în perioada de postmenopauză.

Femeile în perimenopauză au fost divizate în GB1 (45 bolnave cu acuze psihovegetative în SC) şi GM1 (45 persoane voluntare fără acuze vegetative şi afective, identice din punct de vedere a vîrstei şi perioadei de menopauză, determinată conform clasificaţiei OMS).

Femeile în postmenopauză au fost divizate similar: GB2 (42 bolnave cu dereglări psihoemoţionale şi/sau vegetative) şi GM2 (42 femei, grupul martor, fără acuze de acest gen).

Vîrsta medie a pacientelor examinate a constituit 49,0±0,3 ani la femeile în perimenopauză şi 52,4±0,2 ani la pacientele în perioada de postmenopauză. Amenoree timp de 9,7±1,0 luni la pacientele în perimenopauză, respectiv 38,9±2,2 luni la pacientele în perioada de postmenopauză.

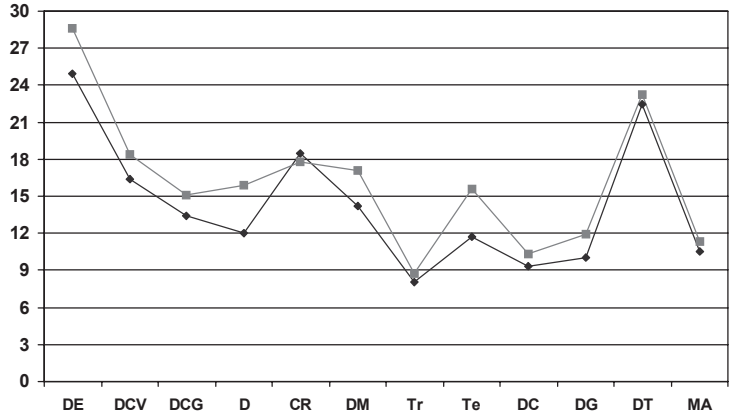
Determinarea DVS/S şi aprecierea rezultatelor la pacientele grupurilor de studiu s-a efectuat în baza:

- anchetei şi graficului PVM al pacientei. PVM- test clinic de estimare cantitativă şi calitativ-structurală a dereglărilor vegetative şi celor asociate (emoţionale, psiho-motorii, algice şi tetanice).
- probei cu hiperventilaţie (5, 10);
- aprecierea exagerării excitabilităţii neuromusculare conform: simptomului Chvostek, probei Trousseau-Bonsdorf (5);
- testului MMPI (Minnesota Multiphase Personality Inventory), modificat şi adaptat de Berezin F.B. et al.(1983), care permite aprecierea stării psihice şi specificarea particularităţilor esenţiale de personalitate (7);
- testului Spilbergher, utilizat pentru determinarea nivelului anxietăţii la pacientele grupurilor de studiu: anxietate reactivă (AR) şi anxietate de personalitate (AP) (13).

Rezultate şi discuţii. Analiza semnelor clinice ale SC în baza anchetei PVM al pacientelor a permis evidenţierea patternului vegetativ şi afectiv al bolnavelor cu sindromul de menopauză şi subiecţilor grupului martor în perioadele de peri- şi postmenopauză. De menţionat, că chestionarul PVM pentru prima oară este utilizat în cadrul unui studiu ginecologic. Aşadar, DVS/S la bolnavele în perioadele de peri- şi postmenopauză a scos în evidenţă predominarea dereglărilor emoţionale - 24,9±1,2 în GB1 şi 28,6±1,0 în GB2, respectiv P<0,05, dereglările în sistemul de termoreglare 22,5±0,7 pentru GB1 şi 23,2±0,7 pentru GB2, dereglările respirator-comportamentale 18,5±1,0 în GB1 şi 17,8±1,1 în GB2, dereglările cerebrale de geneză vasculară 16,4±0,8 pentru grupul de paciente în perimenopauză şi 18,4±0,8 în GB2. Spre deosebire de grupul de bolnave în perimenopauză, pacientele GB2 au prezentat tulburări vegetative mai pronunţate la scările dereglărilor cerebrale generale - 13,4±0,5 în GB1 şi 15,1±0,5 în GB2; P<0,05; motorii 14,2±0,8 în GB1 şi 17,1±0,7; P<0,01, dispneei – 12,0±1,0 în GB1 şi 15,9±0,8 în GB2, respectiv P<0,01 şi tetaniei – 11,7±0,7 în GB1, 15,6±0,7; P<0,05 (figura 1).

În GM la femeile în perimenopauză mai frecvent s-au evidenţiat dereglările emoţionale (18,1±1,2), comportamentul respirator (15,6±1,0),

Figura 1. Profilul vegetativ (valoarea medie) la femeile din GB la debutul studiului



Dereglari: DE - emotionale, DCV - cerebrale vasculare, DCG - cerebrale generale, DM - motorii, DC - cardiovasculare, DG - gastrointestinale, DT - termoreglatorii; D -dispnee, CR - comportament respirator, Tr - tremor, Te - tetanie, MA-manifestari algice.

GB perimenopauza — GB postmenopauza

dereglările în sistemul de termoreglare (15,1±0,9), dereglările gastrointestinale (10,9±0,6), dereglările cerebrale generale (10,2±0,5), dereglările cerebrale de geneză vasculară (10,1±0,7).

Femeile din GM în perioada de postmenopauză prezentau, în primul rînd, dereglări emoţionale (18,6±1,0), dereglări respirator-comportamentale (13,5±1,1), dereglări în sistemul de termoreglare (13,5±0,8), dereglări gastrointestinale (11,6±0,8), manifestări algice (10,7±0,6), dereglări motorii şi tetanie (10,4±0,8).

Prin urmare, sindromul psihovegetativ la bolnavele cu simptome imediate în SC (GB1, GB2) are aspect identic ca şi la subiectele grupurilor martor, cu piscuri ale PVM la aceiaşi parametri vegetativi. Însă la pacientele din ambele grupuri martor tulburările vegetative suprasegmentare sunt de o intensitate mult mai mică, confirmate statistic semnificativ.

În literatura de domeniu accesibilă nu am întîlnit rezultate pentru comparaţie, ce ne-ar indica clar dereglările vegetative în SC, sau simptomele „vasomotorii" în cadrul sindromului de menopauză sunt redate incert. ÂÍéí Ŕ.Ĕ. şi colaboratorii săi susţin că manifestările tipice ale DVS/S ce apar pe fundalul tulburărilor endocrine exprimate sunt: devierile TA, dereglările emoţinale, dereglările cerebrale generale şi cele de termoreglare.

În consecinţă, relevarea dereglărilor vegetative, comportamentale, prin intermediul PVM a exercitat crearea unei imagini a sindromului psihovegetativ la femeile în menopauză. În plus, ne-a permis de a evidenţia gradul de exprimare, severitatea fiecărui parametru în parte cu scop de diagnostic şi de evaluare a tratamentului utilizat.

Probele de determinare a excitabilităţii neuromusculare conform simptomului Chvostek şi probei Trousseau-Bonsdorf, care au fost executate precedent probei cu hiperventilaţie au confirmat rezultatele PVM (piscurile profilului la scările dereglărilor motorii şi tetaniei). Simptomul Chvostec a fost constatat la 17(37,8%) bolnave din GB1 şi 10 (22,2%) la subiectele GM1. Proba pozitivă Trousseau-Bonsdorf cu instalarea unui spasm carpal s-a determinat statistic mai frecvent la bolnavele cu SC – 11(24,4%) şi la 3(6,7%) paciente în GM1. Mai frecvent a fost constatată proba slab pozitivă, cu frecvenţă identică în GB1 şi GM1 – 60%. În grupurile de comparaţie în perioada de postmenopauză (GB2, GM2), de asemenea, s-au depistat manifestările de tetanie slab pronunţate stabilind pozitivarea probei Trousseau-Bonsdorf la 10 pacienţi, iar la 47 pacienţi – apariţia fasciculaţiilor vizibile în muşchii interosoşi, preponderent în primul spaţiu interfalangial, modificarea formei mîinii cu tendinţa spre apariţia „mîinii de mamoş"(proba slab pozitivă): 24 (57,1%) în GB2 şi la 23 (54,8%) în GM2.

Aşadar, prezenţa simptomului Chvostek şi pozitivarea probei Trousseau-Bonsdorf mai frecvente la bolnavele cu dereglări vegetative şi afective din cadrul sindromului de menopauză în comparaţie cu pacientele fără acuze vădite de acest gen, obiectivizează o manifestare mai importantă a fenomenelor de tetanie la bolnavele cu SC. Totodată a fost observată o creştere a exagerării neuromusculare în ambele grupuri de bolnave (GB1,GB2) supuse examenului în decursul probei cu hiperventilaţie (PH), fapt care explică interrelaţiile tuturor simptomelor vegetative şi afective.

Studiul detaliat al DVS/S ne-a permis de a remarca plîngerile privind tulburările funcţiei respiratorii. Pisc al PVM la scările dereglărilor respirator-comportamentale şi dispneei la bolnavele cu SC, executarea PH, a pus în evidenţă prezenţa dereglărilor de hiperventilaţie la bolnavele în menopauză – 80,4% în grupul de bolnave şi 35,6% în grupurile martor. Hiperventilaţia a contribuit la declanşarea acceselor vegetative tipice SC – bufee de căldură, transpiraţii profuze, hiperemia tegumentelor, etc. Astfel, rezultatele obţinute sunt semnificative, datorită perturbării metabolice ca urmare a hiperventilaţiei (hipocapnie, alcaloză respiratorie, tulburări ale echilibrului ionic, efectul Bohr, hipoxie cerebrală), cu atît mai mult, că la femeile în menopauză fiind determinată o insuficienţă cronică a circulaţiei sanguine în vasele cerebrale (9). Probabil, declinului hormonal din perioada de perimenopauză îi revine rolul esenţial în patogeneza dereglărilor de hiperventilaţie. Sesizarea relaţiilor tulburărilor hormonale şi DVS/S (îndeosebi care exprimă senzaţiile dereglărilor funcţiei respiratorii) şi hiperventilaţiei în cadrul studiului este o dovadă ce poate confirma această presupunere. În studiul său, Íŕçŕđîâŕ Í.Ŕ. constată o incidenţă a dereglărilor de hiperventilaţie de 34%, deopotrivă cu fixarea atenţiei pacientelor asupra acuzelor la senzaţii de disconfort în regiunea cordului, aritmie,

tahicardie (11). Pe de altă parte, la bolnavii cu boli psihosomatice acestă cifră poate atinge 80% (10).

Cercetarea psihologică conform testului Spilbergher a constatat un nivel mediu al AR şi grad înalt de AP. AR - apreciază nivelul anxietăţii la moment şi se caracterăzează prin nelinişte, nervozitate, tensiune internă. AP – tendinţă stabilă a individului de a aprecia un cerc larg de situaţii ca find primejdioase, ameninţătoare, ca răspuns persoana va reacţiona prin stare de anxietate, nelinişte, neîncredere (13). De menţionat că, la bolnavele ambelor grupuri de studiu, anxietatea a fost mai pronunţat reliefată comparativ cu grupurile martor (tabelul 1).

Rezultatele obţinute în cadrul studiului privind constatarea unei anxietăţi majorate la bolnavele cu SC sunt similare cu datele obţinute de alţi autori, care au aplicat acelaş test psihologic la bolnavele din perioada de menopauză (11).

De altfel, depistarea unei anxietăţi, tendinţe depresive la pacientele în menopauză ne mărturisesc şi rezultatele testului MMPI.

După K. Leongard „accentuaţia de caracter este în esenţă o trăsătură individuală, care în condiţii favorabile nu are tendinţă de a trece într–o stare psihotică”, „ ... personalităţile accentuate de caracter ocupă spaţiul dintre normă şi psihopatie”. În acest scop, pentru a cunoaşte specificul personalităţii în baza testului MMPI, am depistat că în condiţiile dificile în anumite perioade ale vieţii ca menopauza, trăsăturile de caracter vulnerabile devin într-atît de pronunţate, încît reţin bolnavele de la activitate, le creează probleme severe de sănătate, iar uneori la ele pot evolua aşa dereglări psihologice ca: depresia, psihopatia, neuroza etc.

Prin urmare, rezultatele testului MMPI au reliefat valori medii ale majorităţii parametrilor, care sunt statistic semnificative mai mari în loturile de bază în comparaţie cu GM (tabelul 2). Bolnavele din grupurile de studiu (GB1,GB2) au prezentat rezultate mai ridicate la scalele 1,2,3, întrunite în termenul de „triadă nevrotică” şi semnalează prezenţa tulburărilor emoţionale (ipocondrie, depresie, anxietate, infantilism, demonstrativitate). Bolnavele în perioada de postmenopauză au prezentat dereglări la scara depresiei mai înalte, statistic cert confirmat acest eveniment, comparativ cu grupul de bolnave în perioada de perimenopauză. Bolnavele GB2 se aflau la hotarul dintre o depresie moderată şi majoră. Înregistrarea ridicării profilului MMPI la scara 2, deopotrivă cu piscurile la scările 7,8 ne vorbeşte despre o agravare a depresiei (7). De menţionat, că în GB2 piscuri concomitente ale profilului testului MMPI la scara 2 au fost înscrise în 45,2% cazuri cu aproape aceiaşi frecvenţă la scara 7- 40,5% şi doar numai la 11,9% paciente la scara 8, fiind apreciată o stare de anxietate ridicată la aceste bolnave, sensibilitate pronunţată la pericol, stres, frica de moarte, prezenţa unui conflict intrapersonal şi încordare internă. Este important acest moment, deoarece la aşa bolnave se va recurge pentru început la un tratament cu remedii psihotrope şi cu foarte mare precauţie va fi luată decizia privind combinarea terapiei hormonale de substituţie(THS) cu remedii psihotrope.

De asemenea, au fost observate piscuri ale profilului MMPI la scalele 4, ceea ce confirmă la bolnavele cu SC prezenţa trăsăturilor psihopatice de caracter şi dezadaptare temporară condiţionată de diverse cauze: menopauză, situaţii de conflict, boli somatice, etc.; la scala 7, mai cu seamă în GB2, ce accentuiază prezenţa particularităţilor psihastenice de caracter, fixarea anxietăţii, încordării psihice, obsesiilor; la scara 9, cu o frecvenţă aproape identică în ambele loturi clinice, comportamentul acestor bolnave caracterizat prin „întîmpinarea” unor obstacole în realizarea contactelor interpersonale şi sociale. Pacientele grupurilor martor din ambele perioade, însă, se prezintă într-o imagine mult mai favorabilă din punctul de vedere al stării psihice, comparativ cu bolnavele cu SC (tabelul 2).

Tabelul 1

Aprecierea nivelul anxietăţii conform testului Spilbergher la pacientele grupurilor de studiu

Indicatorul	GB1		GM1		GB2		GM2	
	№	M±m	№	M±m	№	M±m	№	M±m
AR	45	40,4±1,4***	45	31,1±1,7	42	40,8±1,2$$$	42	31,0±1,5
AP	45	53,8±1,3**	45	47,7±1,5	42	55,0±1,6$	42	49,4±1,9

Legendă: *- difrenşa statistic semnificativă între GB1-GM1; **- P<0,01; ***- P<0,001.
$- difrenşa statistic semnificativă între GB2-GM2; $- P<0,05; $$$ -P<0,001

Tabelul 2

Profilul psihologic al testului MMPI în loturile de studiu

Scările	Grupurile de studiu			
	GB 1	GM 1	GB 2	GM 2
L	58,16±1,61	60,89±1,56	58,19±1,35	60,69±1,47
F	50,73±1,22	47,22±0,94 *	52,02±1,44	45,86±0,88**
K	52,16±0,90	53,67±1,02	51,29±0,91	52,69±1,00
1. Hs –ipocondrie	58,44±1,36	49,22±1,42***	60,17±1,40	51,43±1,59***
2.D- depresie	64,02±1,77	53,18±1,41***	70,19±1,94 ¤	53,52±1,84***
3.Hy-isterie	60,96±1,90	50,04±1,61***	65,67±1,65	53,38±2,01***
4.Pt-devieri psihopatice	57,20±1,81	49,49±1,30**	58,26±1,47	50,21±1,98**
6.Pa-paranoie	53,11±1,70	45,96±1,34**	53,10±1,82	47,24±1,55*
7.Ps- psihastenie	58,04±1,95	50,38±1,46**	63,21±1,93	51,43±2,02***
8.Sc- schizofrenie	55,76±1,36	48,36±1,14***	57,76±1,50	47,67±1,84***
9.Hp-hipomanie	59,80±1,58	54,96±1,55*	59,31±1,49	56,50±1,52

Legendă: * - diferenţa statistic semnificativă între GB1-GM1, GB2-GM2; *- P<0,05; **- P<0,01; ***-P<0,001;
¤ - diferenţa statistică semnificativă între GB1 - GB2 ; P<0,05.

În general, utilizarea testului MMPI ne-a permis reflectarea particularităţilor sindromului psihopatologic la pacientele cu acuze la dereglări psihovegetative în SC şi la femeile cu absenţa acestora în antecedente.

Concluzii:

1. În structura tulburărilor vegetative suprasegmentare la bolnavele cu SC se evidenţiază:

- predominarea dereglărilor emoţionale, tulburărilor în sistemul de termoreglare, cerebrale de geneză vasculară, respirator-comportamentale, motorii, dispnee şi dereglări cerebrale generale. Bolnavele cu SC se disting prin prezenţa dereglărilor afective, dereglărilor în sistemul de termoreglare, cerebrale, respiratorii şi manifestărilor nepronunţate de tetanie.

- depistarea dereglărilor de hiperventilaţie la pacientele în menopauză, fapt demonstrat prin prezenţa semnelor ascunse referitor la dereglarea funcţiei respiratorii conform analizei PVM, dereglarea comportamentului respirator în PH. Hiperventilaţia provoacă declanşarea simptomelor tipice sindromului de menopauză – vegeto-vasculare, afective, respiratorii, tetaniei.

2. Profilul psihologic al bolnavelor cu sindromul de menopauză se caracterizează prin :

- tulburări de comportament emoţional – nivel înalt de anxietate confirmat de rezultatele anchetării psihometrice (testul Spilbergher, MMPI); instabilitate emoţională (impulsivitate pronunţată, tendinţe agresive, conflictuale şi control scăzut asupra lor), dezechilibru emoţional, depresie, conflict intrapersonal, fapt confirmat de rezultatele testului MMPI;

- schimbările în structura personalităţii influenţează important dezvoltarea dereglărilor psihovgetative în SC, fapt confirmat de rezultatele testului Spilbergher şi MMPI.

Recomandări practice:

1. La examinarea bolnavelor cu dereglări psihovegetative în SC este raţional de a utiliza :

a. chestionarul DVS/S în baza PVM pentru determinarea simptomelor vegetative şi asociate în SC, permite de a pronostica gradul de severitate a SC, incumbă o mare posibilitate medicilor de a alege metoda potrivită de tratament cu scop de corecţie a celor din urmă;

b. executarea probelor vegetative – PH, probei Trousseau-Bonsdorf pentru determinarea unor particularităţi ale SC, activităţii funcţionale a SNV, altor semne vegetative ce se asociază sindromului de menopauză;

2. Pentru determinarea particularităţilor sindromului psihopatologic în SC, severităţii dereglărilor psihologice în SC, în scopul selecţiei corecte a deciziei de tratament a SC e necesar de a utiliza testele psihologice Spilbergher, MMPI.

Bibliografie:

1. Huber J. A percutaneos estrogen gel (Estrogel[R]) is effective gel to reduce perimenopausal symptoms. Clinical experiences in connection with human progesterone (Urogestan[R]).-Ed.ESCA-Paris,1998.-pp159-163.
2. Richardson T.A., Robinson R.D. Менопауза и депрессия: обзор психологических изменений и нейробиологии половых стероидов в менопаузе // Ob / Gyn 2000; 7: 215-223.
3. Stomati M.,Bernardi F., Spinetti A., Genazzani.A.R. The brain:target and source for sex steroid hormones.Ed.ESCA-Paris,1998.-pp.35-46.
4. Surcel V.I., Krisfalussy V. Tratamentul hormonal al menopauzei - între indicaţii şi riscuri // Obstetrică şi ginecologie, Bucureşti 1988, ą1, p. 43-51.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства, Москва, 1998, стр.82.
6. Грищенко О.В. Климактерические расстройства и принципы их коррекции// Харьковский медицинский журнал.-Харьков.1996.-с.50-54.
7. Козюля В.Г. Применение психологического теста СМОЛ для исследования подростков. Краткое руководство, Серия: Выпуск 8, М., «Фолиум»,1994, 64 с., илл.
8. Леонович А.Л. Актуальные вопросы невропатологии , Минск, 1990, стр. 45-60.
9. Маличенко С. Б. Принципы диагностики, профилактики и фармакотерапии постменопаузального симптомокомплекса // Клиническая геронтология,№1.-1999-с.60-70.
10. Молдовану И.В. Нейрогенная гипервентиляция и вегетативная дистония (Клиническое и психофизиологическое исследование), Автор. Дис. докт.мед.наук, М., 1991, 35 стр.
11. Назарова Н.А. Состояние психо-вегетативной и сексуальной сферы у женщин в перименопаузе: Автореф.дис… канд. мед. наук.-Москва,2000.- 26с.
12. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А., Москаленко Н.Г. Климактерический синдром, Москва, 1988, стр. 7-274.
13. Ханин Ю.А. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера, Л.: ЛНИИТЕК, 1976, стр.5-41.

Prezentat la 9.02.2004

L.Munteanu, USMF “N.Testemiţanu”

TRATAMENTUL RECUPERATORIU-FITOTERAPIC ALE SINDROAMELOR DEPRESIVE LA PERSOANELE VĂRSTNICE

The given article presents a detailed description of the evaluation of the clinical-curative peculiarities of the depressive syndromes of the aged under the influence of the phytotherapeutic treatment as well as the specification of the curative-prophylactic effects of the phytotherapeutic rehabilitation treatment.

Key words: geriatric depression, phytotherapeutic treatment.

Cu 10.000-15.000 ani î.e.n. omul a luat în cultură primele plante agricole, mai întâi porumbul în Mexic, apoi grâul în Orientul Mijlociu. Nu este exclus că odată cu aceasta sau imediat după aceea omul să se fi interesat şi de anumite plante cu efect tămăduitor din flora spontană, ţinând seama că nevoia de a vindeca anumite boli era tot atât de mare ca şi dorinţa de a trăi. În întreaga sa istorie, până în zilele noastre omul s-a străduit să-şi lărgească continuu sfera cunoştinţelor sale privind acţiunile binefăcătoare ale diferitelor plante asupra sănătăţii şi să le folosească din ce în ce mai des.

Ne-am propus de a efectua un studiu complex vizavi de efectele curative fizio-patogenetice ale plantelor medicinale în tratamentul complex al depresiei la persoanele vărstnice.

Scopul studiului: Evaluarea particularităţilor clinico-curative a depresiei la persoanele vărstnice sub influenţa tratamentilui fitoterapic.

Obiectivele studiului:

1.Argumentarea clinico-fiziologică a utilizării fitoterapiei în tratamentul depresiei geriatrice.

2.Specificarea efectelor curative a plantelor în depresia geriatrică.

3.Prezentarea comparativă a particularităţilor tratamentului fitoterapic şi farmacoterapic.

4.Evaluarea aspecteor curativ-profilactice a tratamentului fitoterapic a depresiei geriatrice.

5.Optimizarea tratamentului complex a depresiei la persoanele vărstnice prin aplicarea preparatelor fitoterapice.

Este cunoscut că planta constituie cel mai perfect laborator de elaborare a substanţelor cu caracter medical. Multe din acestea n-au putut fi obţinute însă prin sinteză chimică. Valoarea acestor substanţe rezidă în aceea că nu produc efecte secundare dăunătoare organismului, spre deosebire de medicamentele obţinute pe cale chimică şi chiar de unele antibiotice care, în multe cazuri, exercită acţiuni secundare nocive asupra omului. În tratamentul multor afecţiuni cum sunt cele cardiovasculare, ale ficatului, aparatului

digestiv etc., medicamentele a căror reţetă de fabricaţie are la bază principii active extrase din plante sunt de neînlocuit şi deosebit de solicitate. De aici, necesitatea de a se restrânge folosirea medicamentelor chimice şi a se lărgi utilizarea celor de origine biologică, fapt care pare să se contureze din ce în ce mai clar în medicina modernă.

Principiul primordial de utilizare a plantelor medicinale în tratamentul depresiilor la vârstnici este efectul tranchilizant asdupra sistemului nervos central: inhibă activitatea sistemului nervos central (SNC) fie prin deprimare totală, fie prin deprimarea anumitor porţiuni ale SNC. Acţiunea tranchilizantă se traduce printr-o diminuare a activităţii psihomotorii şi cerebrale, care se prezintă prin calmare, destindere, diminuarea agresivităţii.

Depresia este cea mai frecvenză manifestare psihopatologică, apreciindu-se că suferă de depresie 10% din bolnavii ce recurg la consultaţia medicilor generalişti şi 3% din populaţia globului.

La vârstnici stările depresive sau depresia este cea mai frecventă tulburare psihiatrică şi se asociază frecvent cu boli organice, doliu, ambianţă ostilă sau se manifestă în cadrul unei demenţe sau are origine medicamentoasă.

La vârstnici are loc o creştere a concentraţiei monoaminoxidazei (MAO) crescând atât nivelul său plasmatic, plachetar şi cerebral. Creşterea MAO, precum şi scăderea noradenalinei şi serotoninei sunt cauzele care determină o vulnerabilitate mare a vârstnicilor, pentru depresie.

În procesul implementării studiului am luat ăn consideraţie particularităţile simptomatice şi tipurile sindroamelor depresive la vârstnici:

Formele predominante la vârstnici:

A. Forme asteno-depresive – apatii, retragere, nu au curiozitate, nu doresc informaţii, se rup de cei din jur; scăderea capacităţii intelectuale (dificultate de diagnostic cu demenţa, dar există multe demenţe care încep cu depresie), banalitatea tristeţii.

B. Anxietate, agresivitate, regresie (până la regresia de tip infantil).

C. Intricarea fenomenelor somatice şi psihice:

- tare organice;
- teama hipocondriacă;
- anorexie;
- tulburări de somn.

D. Sindromul melancolic.

E. Riscul de suicid este mare la vârstnici. Factori de risc pentru suicid: marginalizarea; degradarea vieţii afective; singurătatea; alterarea stării somatice.

Materiale şi metode utilizate în studiu:

În studiu au fost incluse 40 persoane (24-femei şi 16-bărbaţi).

Evaluarea lotului de studiu

Grupurile de vărstnici (ani)	F	%	B	%	Total	%
60 - 64	3	*7.5%*	1	*2.5%*	4	*10.0%*
71 - 75	9	*22.5%*	8	*20.0%*	17	*42.5%*
65 - 70	4	*10.0%*	3	*7.5%*	7	*17.5%*
75 -	8	*20.0%*	4	*10.0%*	12	*30.0%*

Intervievarea persoanelor vărstnice a fost efectuată prin intermediul Chestionarului de sănătate SF-36 (IQOLA SF-36 ROMANIAN Version 1.1), care comform rezultatelor studiului, ne permite evoluarea în dinamică a particularităşilor somato-psihoemotive a vărstnicilor în funcţie de obiectivele studiului.

Administrarea tratamentului a fost efectuată în funcţie de:

I. Specificul şi particularităţile de utilizare a fitoterapicelor:

1.Tactica procesului strict individual şi clinic argumentat

2.Dozarea şi principiile de administrare au fost determinate conform statutului somato-psihologic al pacientului.

3.S-a ţinut cont de particlarităţile de acţiune a preparatelor fitoterapeutice în funcţie de dozaj.

4.Preparatele fitoterapeutice au substituit preparatele sintetice în tratamentul sindromului depresiv.

5.Corijarea dozelor de administrare a fost efectuată conform gradului adaptabilităţii organismului vârstnicului la fitopreparate.

6.Preparatele fitoterapeutice sunt mijloace ale terapiei patogenetice şi sindromale, dar sunt mai puăin selective în funcţie de simptomatologia diferenţiat specifică. Dar posedă efect combinat expresiv.

7.Lipsa dependenţei faţă de preparat în fitoterapie.

8.Principiile de administrare se bazează pe efectul farmacologic psihotrop al plantelor utilizate.

II.Princiiile internaţionale de diagnosticare a depresiei geriarice:

Actualmente există două mari sisteme de diagnosticare:

- Clasificarea Internaţională a Bolilor – ediţia a X-a (ICD-10) – International Classification of Diseases – 10)

- Manualul Diagnostic şi Statistic al Afecţiunilor Mintale – ediţia IV (DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disordes – IV)

III.Particularităţile simptomatologice ale depresiei la vârstnici comparativ cu persoanele adulte:

VÂRSTNIC

-Manifestările de stare sufletească deprimată pot fi absente, dar pierderea bucuriei sau a plăcerii este prezentă;

-Preocupări somatice frecvente, mai ales durerea şi oboseala;

-Pseudodemenţa sau dificultăţile mnezice subiective adesea prezente;

-Insomnia foarte frecventă;

-Agitaţia mai frecventă şi mai severă;

-Ideile suicidare mai puţin frecvent exprimate;

-Finalizarea suicidului mai frecventă.

ADULT

-Simptomul principal este starea sufletească deprimată;

-Preocupările somatice sunt mai puţin frecvente;

-Pseudodemenţa este rară;

-Insomnia mai rară;

-Agitaţia mai puţin intensă;

-Ideile suicidare mai frecvent exprimate;

-Finalizarea suicidului mai rară.

IV.Particularităţile epidemiologice:

- depresia este frecventă la vârstnici; totuşi se pare că incidenţa depresiei în sine nu se modifică semnificativ cu vârsta, dar incidenţa sinuciderii, mai ales la bărbaţi, creşte;
- adesea depresia la vârstnici este nediagnosticată şi netratată;
- aceasta datorită mai multor factori:
- heterogenitatea importantă a:
- etiologiei comparativ cu pacienţii tineri;
- răspunsului terapeutic;
- cauza multifactrioală;
- pacienţii şi aparţinătorii nu recunosc prezenţa depresiei datorită:
- simptomatologiei atipice;
- lipsei de informare cu privire la această afecţiune;
- manifestările clinice sunt considerate ca făcând parte din îmbătrânirea normală, atât de serviciile sociale locale cât şi de unii medici de familie.

Toate aceste aspecte respondenţii le-au reflectat în contextul completării chestionarelor.

Starea de sănătate respondenţii şi-au apreciat-o ca rea în 77,5 ± 6,6 cazuri şi destul de bună în 22,5 ± 6,03 cazuri.Conform rezultatelor retestării, respectiv,în 40±7,74 şi 60±6,32 cazuri. Compararea stării de sănătate cu cea de acum un an a fost apreciată ca: la fel de bună în 25 ± 6,84 cazuri, ceva mai rea în 45 ± 7,86 şi cu mult mai rea în 40 ± 7,74 cazuri. După retestare, respectiv, 37,5 ± 7,90, 45 ± 7,41 şi 40 ± 8,51cazuri.

Reflectarea stării psiho-emotive a respondenţilor prin influenţa asupra activităţilor zilnice este specificată în următorul tabel:

Activităţi	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	t	p
1) Reducerea timpului pentru activităţi	40±7,7	72,5±5,2	3.4	<0.01
2) Neurozitate persistentă	85±5,64	27,5±8,5	2.8	<0.01
3) Reducerea atenţiei	87,5±5,2	30±8,3	5.8	<0.001

Evoluarea corelării influenţei stării psiho-emotive asupra activităţilor sociale a vârstnicilor este prezentată în tabelul respectiv:

Gradul de expresivitate	$P_1 \pm m_1$	$P_2 \pm m_2$	t	p
1) Puţin	15±5,64	27,5±8,51	1.2	>0.05
2) Moderat	35±7,54	50±7,07	1.4	>0.05
3) Destul de mare	37,5±7,65	20±8,94	1.4	>0.05
4) Extrem de mare	12,5±5,22	2,5±9,87	0.8	>0.05

Comform rezultatelor studiului influenţa stării psiho-emotive a vârstnicilor asupra activităţilor sociale este majoră.

Conform analizei efectuate asupra rezultatelor studiului am obţinut următoarele concluzii:

1.Rezultatele studiului argumentează oportunitatea folosirii fitopeparatelor în tratamentul depresiilor la persoanele vârstnice.

2.Fitoterapia poate fi folosită ca o metodă de tratament şi profilaxie a depresiilor geriatrice.

3. Sub acţiunea fitoterapiei în dozaj optimal şi de durată s-a determinat o ameliorare în dinamică a statutului somato-psihoemotiv a vârstnicilor.

Bibliografie:

1. Hurjui Ion “Geriatrie”, 2002.
2. Hazif-Thomas C. “Depression de la personne agee des tableaux souvent atypiques” Rev.Geriatr., 1998.
3. Maniere D. “La depression du sujet age est insuffisament traitee.” Rev.Prot. Medecine Generale, 1998.
4. “Диагностика маскированной депрессии у пожилых людей в амбулаторных условиях.” Метод.рекоменд., 1998.
5. Стукалова Л. “Лекарственные растения в психиатрии”, 1999.
6. Vraşti Radu “Depresii”, 1999.
7. Păun Emil ”Tratat de plante medicinale şi aromatice cultivate”, V.I,II 1999.

Prezentat la 26.03.2004

Мочалов О.В., уролог I категории, г. Тирасполь

К ВОПРОСУ О ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ПОЧЕЧНЫХ ВЕН

This article reflects the aspects of positioning, anatomic variants, transition corners, the lumen length and diameter, the thickness of the walls as the multiple venous renal trunks through the preparation of polychromatic medication and the photo-numerical methods.

Key words: topographic anatomy, renal veins.

Почечные вены – наиболее изменчивый отдел нижней полой вены (А.Н. Максименков, 1953). Данные по вариантной анатомии венозных сосудов почек необходимы при производстве типических резекций, производимых по поводу некоторых форм почечно-каменной болезни и туберкулеза, а также солитарных кист, карбункулов и травм почек (Farguharson, 1972). Анатомически обоснованные резекции позволяют предупредить такие операционные осложнения, как кровотечение, эмболия и нарушение кровообращения в оставляемой части органа (Г.Е. Островерхов, 1972). Более широкое внедрение этих операций в хирургическую практику требует дальнейшей разработки, специальных вопросов, оперативной техники и вариантной анатомии.

Целью исследования является попытка изучения вопросов расположения, формирования, вариантов притоков, углов впадения, длины и диаметра, толщины стенок, наличие множественных венозных стволов методом анатомической препаровки, выполнения полихромных коррозионных препаратов, методом цифровой фотографии. Данные литературы по этим вопросам немногочисленны и противоречивы (Rigard A. et. al., 1959; Х.Х. Тапфер, 1971, и др.).

Материалом настоящего исследования послужили 150 препаратов парных почек с сосудистыми ножками и участками брюшной части аорты и нижней полой веной от трупов взрослых людей – 86 мужских и 64 женских. Макро и микро структуры сосудов изучались на полученных коррозионных препаратах под стереомикроскопом МБС-2. Для приготовления коррозионных препаратов применялась самотвердеющая пластмасса «Протокрил». Проводилась раздельная инъекция внутриорганных вен или в сочетании с экскреторным деревом и с одновременной наливкой участков брюшной части аорты с почечными артериями и нижней полой вены.

При ознакомлении с соответствующей литературой первые данные по изменчивости внутрипочечных вен мы обнаружили в работах Голубева «О кровеносных сосудах в почках млекопитающих и человека» (Дисс. Казань, 1984 г.) и Пуарье (Poirier et Charpy – Traite d'Anatomie Humaine. Paris 1923).

Внутрипочечные вены Пуарье описывает следующим образом: венозные капилляры, сливаясь, образуют мозговые или прямые вены, затем восходящие, радиальные, корковые вены, окружающие дольки. Мозговые вены, сливаясь, образуют вены, окружающие вены и идущие вместе с одноименными артериями. Вены, окружающие пирамиды, группируются вокруг мочевыводящих путей, образуют две системы вен, распологающихся спереди и сзади чашек и лоханок почек, причем передняя система вен, по сравнению с задней, более мощная. Вены обеих систем, выходя из тканей почек, впадают в соответствующий вентральный и дорзальный стволы, которые в свою очередь, выйдя из почечных синусов, сливаются и образуют почечную вену.

По данным Голубева, венозная система почек делится на вены коры и вены мозговой субстанции; вены коры в свою очередь подразделяются на поверхностные и глубокие. Свое начало вены берут из так называемых корешковых вен. Часть этих вен идет под капсулой, часть лежит глубже, т.е. в корковом слое почек. Корешковые вены, сливаясь, образуют междольковые вены. Группа корешковых вен, идущих под капсулой почки, при своем слиянии образуют звездчатые

вены.(v.v. stellatae). Междольковые вены, сливаясь по нескольку, впадают в дугообразные вены. Последние группируются в более крупные по своему диаметру ствола и меньшие по числу вены, дающие при слиянии две первичные ветви почечной вены.

На выполненных коррозионных препаратах венозных сосудов почек начальные внутриорганное формирование вен происходит одинаково.

Звездчатые вены образуют непосредственно субкапсулярно расположенное венозное сплетение, которое представляет собой первую анастомозирующую сосудистую сеть интрареналльных вен и посредсством вен, проходящих через капсулу почки, соединяется с периренальным венозным сплетением почечного жира. На венограммах они, как правило, не видны (A. Kьgelgen и P. Greinemann, 1958).

Корковые или дугообразные вены проходят в коре почки, на препаратах выполнены в виде тонких радиальных структур. Дугообразные вены образуют аркады. В коркомидулярном пограничном слое, которые соединяют по две дугообразные вены, представляя собой вторую интраренальную анастомозирующую сосудистую сеть.

Далее междольковые вены непосредственно продолжаются от периферии к центру в почечные вены 3-го порядка. Они проходят между дольками и сливаются большей частью в междольковые вены 2-го порядка прежде чем переходят в следующий вид. Plexus venosus синуса почки является сплетением тонкокалиберных вен, которые впадают в почечные вены 2-го и 3-го порядка и представляют собой вторую анастомозирующую сеть в области тока системы почечных вен. Оно отводит кровь из синуса почки и чашечно-лоханочной системы.

Следующее слияние происходит в синусе почки на вариабельное число почечных вен 3-го порядка, которые в свою очередь образуют 2-3 и более вены второго порядка.

Определяется четкая зависимость веноархитектоники от количества малых почечных чашек. Чем больше малых чашек, тем больше междолевых и сегментарных вен. Было выполнено 40 коррозионных препаратов экскреторных систем 20 парных почек (10 пар мужских, 10 женских) с целью детального изучения вариантов анатомии малых и больших чашечек.

Piasecki с соавторами (1969) выявил на исследуемом материале до 14 малых чашечек. Прослеживается соответствие между формой строения экскреторного дерева почки и количеством малых чашечек. При эмбриональном типе количество малых чашечек не превышало 6. На препаратах, имевших зрелый тип строения экскреторного дерева, максимальное количество малых чашечек достигало 10.

Верхняя большая чашечка обнаружена в 91%, средняя в 8%, нижняя – 90%. При этом верхняя большая чашечка чаще (57%) формировалась из 2-3 малых чашечек и реже (16%) из 4-5. Нижняя большая почечная чашка образовывалась из 2-3 - 52%, из 4-5 - 31%. Средние и большие чашки формировались слиянием 2-3 чашек. Чем больше малых чашек, тем больше междолевых и сегментарных вен.

Слияние межсегментарных вен в сегментарные и далее в основные почечные стволы прослежены на коррозионных препаратах 82 мужских и 68 женских парных почек.

Почечная вена может формироваться в результате слияния двух стволов сегментарных вен (v.renalis II), распологающихся впереди почечной лоханки, причем вена верхнего сегмента всегда больше по диаметру нижней. По анализу коррозионных препаратов частота слияния междольковых вен (v.renalis III) в сегментарные (v.renalis II), выходящие из почки двумя стволами у мужчин 74,4%: справа 39,5%, слева 34,8%. У женщин 78%: 35,9% справа и 42,2% слева. Образование магистральной почечной вены из трех и более стволов санитарных вен встречалось приблизительно с одной частотой.

Сегментарные стволы внутриорганных вен почек могут образовываться и по задней поверхности почки, как правило они не постоянны и малочисленны, уступают по диаметру передним сегментарным стволам. Нами прослежены задние сегментарные вены на 86 препаратах (57% от общего числа), мужских 52%, женских 48%.

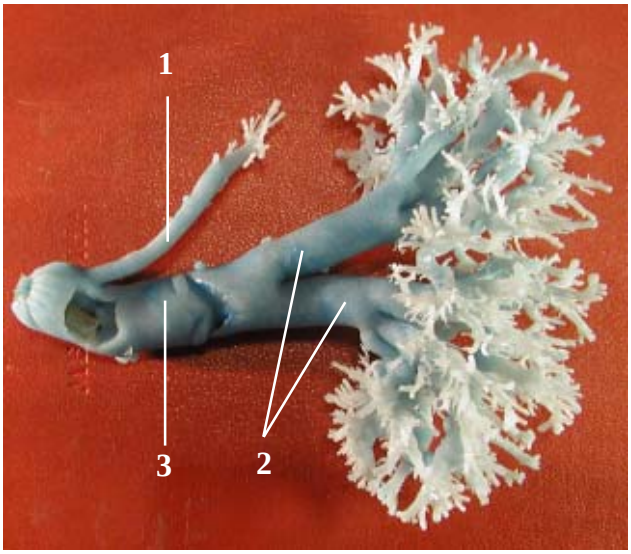


Рисунок 1. Коррозионный препарат венозных сосудов левой почки. Протокол № 33. Ж. 73 г. V.renalis I образована слиянием двух стволов сегментарных вен, выходящих по передней поверхности почки.
1 – v.suprarenalis sinistra, 2 – v.v.renalis II, 3 – v.renalis I.

Было замечени, что в некоторых случаях формирование стволов почечных вен происходит вне пределов ворот почки (экстраренальный тип), в других формирование почечной вены происходит в пределах ворот почки (интраренальный тип).

Экстраренальный тип формирования почечной вены – слияние v.renalis II в v.renalis I происходило на середине почечной ножки и у места впадения в нижнюю полую вену, прослеживалась в 87% случаев. 45% мужских препаратов почек, 65% женских. Интраренальный тип формирования отмечался в 13% случаев (с одинаковой частотой на мужских и женских препаратах).

На исследованном нами материале ни в одном случае не удалось отметить деление венозной системы на переднюю и заднюю. А.В. Зубрилова (1958) описывает, что большинство крупных венозных стволов располагаются ближе к передней половине почки, часть в середине и никогда их не отмечалось в задних отделах. При выполнении данной работы в 35% (52 почек) встретились крупные венозные стволы, формирующиеся по задней поверхности почек. Мужских 27% (23 почки), справа 9, слева 14, женских 63% (40 почек), правых 19, левых 21.

Взаимоотношение кровеносных сосудов в составе ножки и ворот почки в учебниках нормальной и топографической анатомии описывается не полностью, имеются лишь самые краткие данные относительно уровня начала, положения и направления хода почечных сосудов. Проблема трансплантации почки в целом включает в себя кроме общебиологических ряд анатомических вопросов. Одним из них является вопрос о строении сосудистой ножки почки, поскольку наложение анастомозов сосудов трансплантата с сосудами реципиента при пересадке является важнейшим этапом. Отсюда ясно, что дальнейшее тщательной изучение вариантной анатомии сосудов почки является необходимым. И.Н. Петровский и В.Н. Дегтярев (1965), изучая сегментарную и возрастную анатомию почечных вен, нашли, что множественные внутрипочечные вены сливаются чаще всего в две почечные вены, реже в одну и совсем редко в три и четыре. Образование почечных вен вне почки наблюдались в 70% случаев и в пределах почечной ткани в 30%. Внутри и внепочечные образования вен не зависят от возраста, пола и стороны тела; сегментарность, различимая до 14 лет, исчезает в последующем. Я.В. Смирнов (1921) в течении 9 лет (1912 – 1920) обследовал 660 почек у 330 трупов, причем в это число не включены случаи с аномальными почками, для которых множественность сосудов является правилом; добавочные вены были выявлены в 16% случаев. Пределы множественных почечных вен сильно варьируют от 4,7 до 30,6 % случаев.

Нами при исследовании почечных вен выявлено, что одиночные почечные вены с обеих сторон были в 86% (мужских 74 почки, женских 55), на одной стороне в 14% случаев (мужских правых 12 почек, женских 8 правых, 1 левая). Множественные почечные вены, по нашим данным, наблюдались справа в 13,33%, слева 0,67%. При этом они встречались с одинаковой частотой у почек трупов мужского пола (0,14:1) и у трупов женского пола (0,14:1). По две почечные вены было в 13,33% (20 наблюдений, 8 женских, 12 мужских), по 3 в одном случае (0,67%), по 4 и более не наблюдалось.

Сочетание множественных вен с множественными артериями встретилось в 4 наблюдениях. Д. Худайбердыев (1968) при препаровке обнаружил 5 вариантов отхождения добавочных почечных вен, из них 4 слева. Мы встретили вариант почечных вен

правой почки ранее не описанный в литературе. По передней поверхности правой почки формируется основная магистральная вена диаметром 11 мм., которая впадает под углом 45° в нижнюю полую. По задней поверхности почки формируется ствол добавочной вены диаметром 9 мм., который впадает под углом 90° в нижнюю полую вену ниже основного. Из нижнего угла пазухи той же почки образуется ствол третьей добавочной вены, диаметром 5 мм., который впадает под углом 30° в нижнюю полую, ниже двух предыдущих. Третья дополнительная вена имеет приток правой яичковой вены.

Ретроаортальное расположение левой почечной вены встретилось в двух наблюдениях.

Притоками правой почечной вены в 7% случаев была правая гонадная вена, которая обычно впадала в нижнюю полую (прослежена на препаратах мужских почек в 43% (37 препаратов), женских 57% (36 препаратов).

Исследовав вены 150 трупов В.А. Василенко (1959) сообщает, что удаленность падения внутренних семенных вен в почечную вену от ворот почки равна чаще всего 2-5 см. слева и 2-3 см. справа (всего 23 случая на 150 почек). Нами подробно изучались притоки левых почечных вен: надпочечниковой и гонадной на 116 полихромных коррозионных препаратах парных почек (62 мужских и 54 женских). Было обнаружено несколько вариантов притоков левой почечной вены - надпочечниковой и гонадной вен.

Первый вариант впадения встретился в 28 (48,2%) случаев. Расстояние от ворот почки до места впадения надпочечниковой вены в почечную было равно в среднем 48,5±0,3 мм. (у мужчин 50,6±0,4 мм., у женщин 47,3±0,2 мм.), яичковой вены 35,4±0,2 мм. (у мужчин 36,3±0,5 мм., у женщин 35,2±0,2 мм.), т.е. надпочечниковая вена впадала в почечную проксимальнее яичковой на 12,2 мм. Второй вариант отмечался в 12 (20,6%) случаев: мужчин 4 (41,6%), женщин 7 (58,3%). Устье надпочечниковой и гонадной вен распологались на одном уровне. Расстояние от ворот почки до места впадения у указанных вен было равно 36,8±0,7 мм. (у мужчин 36,8±0,2 мм., у женщин 37,5±0,2 мм.). Третий вариант наблюдался в 4 (6,8%) случаях, мужчн 2 (50%), женщин 2 (50%). Надпочечниковая вена впадала в почечную по отношению к месту впадения гонадной вены ближе к воротам почки. Среднее расстояние от ворот почки до надпочечниковой вены составило 42,7±0,7 мм. (у мужчин 39,2±0,4 мм., у женщин 46,5±0,3 мм.). Расстояние между устьями вен надпочечниковой и гонадной 15,5 мм. Во всех случаях варианты различались значительно (P<0,001). Диаметры надпочечниковой, почечной и гонадной вен, распределение по вариантам, были представлены в следующей последовательности: а) средний диаметр надпочечниковой вены при первом варианте 3,8 мм., при втором – 3,7 мм., при третьем - 3,4 мм.; б) средний диаметр почечной вены при первом варианте 11,6 мм., втором 10,4 мм., третьем 12,3 мм.; в) средний диаметр гонадной вены при первом варианте 3,7 мм., втором 3,3 мм., третьем 2,6 мм.

Углы впадения надпочечниковой и гонадной вен в почечную вену по величине были следующими: а) средний угол впадения надпочечниковой вены при первом варианте 69,3°, втором 66,1°, при третьем 66,7°; б) средний угол гонадной вены при первом варианте 73,9°, втором 69,9°, третьем 65,5°.

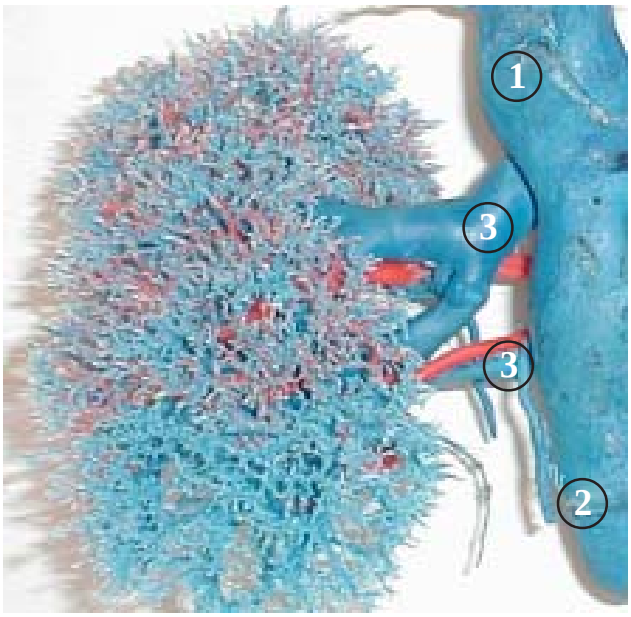


Рисунок 2. Фрагмент полихромного коррозионного препарата кровеносных сосудов правой почки. Протокол № 80. Ж. 23 г. Правая гонадная вена впадает в нижнюю дополнительную почечную вену.

1 – v.cava inferior, 2 – v.testicularis (ovarica) dextra, 3 – v.v.renalis dextra

Надпочечниковая вена при первом варианте была длиной до 28,4 мм., при втором 23,7 мм., при третьем 24,7 мм. Изучая коррозионные препараты сосудистых органокомплексов были выявлены двойные стволы надпочечниковой и гонадной вен. Так, надпочечниковая вена при первом варианте имела двойной ствол в одном случае, при втором в трех, при третьем не обнаружено. У гонадной вены при первом варианте был двойной ствол в 6 случаях (у 2 мужчин и 4 женщин), при втором в 5 (у 3 мужчин и 2 женщин), при третьем в одном (у мужчины).

И.А. Пономарева, Л.П. Фомичева (1962) наблюдали 3 варианта почечной ножки по отношению к большим сосудам. Почечные вены образуют с нижней полой веной 1) прямой угол (горизонтально расположенная почечная ножка); 2) острый угол (нисходящая почечная ножка); 3) тупой угол (восходящая почечная ножка). Ю.И. Митряев (1974) выявил, что почечные вены обычно впадают в нижнюю полую под острым углом.

Горизонтально расположенная почечная ножка нами констатирована в 32% случаев (48 препаратов). Из них мужских 57%, женских 43%. Почечные вены впадают в нижнюю полую под острым углом в 68% случаев (102 препарата): мужских 47%, женских 53%.

Только в одном случае из 150 препаратов наблюдалось впадение левой почечной вены в нижнюю полую под углом 115°.

По Н.М. Подлесному (1964), расположение почечных сосудов в воротах почки не укладывается в рамки классической схемы вена-артерия-лоханка (ВАЛ), т.к. в области ворот почки в 43,8% случаев впереди почечной вены находится ветвь артерии, позади лоханки или мочеточника в 9,1% случаев проходит позади лоханочной ветви почечной артерии или вены, или обе одновременно.

При изучении вариантов расположения сосудов в почечной ножке метод приготовления коррозионных препаратов обнаруживает явные свои преимущества в сравнении с методом анатомического препарирования по своей наглядности и убедительности.

Классическое расположение сосудов в воротах почки в 23% случаев (10% у мужчин (8 наблюдений справа и 7 слева), 13 у женщин (12 наблюдений справа и 8 слева)). Наблюдалось расположение лоханки впереди сосудов на препарате подковообразной почки ren arquatum inferior.

Позади лоханочной ветви почечной вены затрудняет производство оперативных вмешательств на лоханке и почке (пиелолитотомия, пиелонефролитотомия, мобилизация почки и т.д.). Благодаря отсутствию пульсации вены, распологающиеся позади лоханки, легко повреждаются во время манипуляции в области ворот почки, что может вести к значительному кровотечению.

Н.М. Подлесный (1965) обнаружил простую сосудистую ножку в 62,8% (132 из 210) почек, сложную в 37,2% (78 из 210) почек. Б.П. Комиссаров (1966), суммируя данные о множественных почечных венах, констатировал, что у 40 трупов из 67 встретились множественные почечные сосуды. Простая сосудистая ножка почки характеризуется наличием в своем составе одной артерии и одной вены. Она была обнаружена нами одновременно на обеих сторонах тела в 80,67% (121 из 150) исследованных трупов. Простая кровеносная сосудистая ножка почки у трупов женского пола наблюдалась с одинаковой частотой (0,8:1), у трупов мужского пола (0,8:1). 16,71% (13 трупов) простая сосудистая ножка почки наблюдалась с одной стороны (у женщин 4 наблюдения (0,06:1), у мужчин 9 наблюдений (0,1:1)).

Сложная сосудистая ножка почки справа отмечалась в 10,67% случаев (16 случаев, у мужчин 10 случаев (0,12:1), у женщин 6 случаев (0,09:1)). Слева 9,33% (13 случаев), у женщин 4 (0,06:1), у мужчин 9 (0,1:1). При этом у мужчин в составе ножки почки было больше одной артерии и вены слева реже, чем справа, у женщин прослеживалось аналогично.

В работе М.М. Мамакеева (1959) приводятся следующие данные относительно средней длины почечных вен в мм.: вена справа – 36, вена слева – 58. И.А. Пономарева и Л.П. Фомичева (1962) находят длину правой почечной вены равной 13-42 мм., левой 32-112.

Данные наших измерений длины вен на коррозионных препаратах получены следующие: длина правой вены от наружного края нижней полой вены до ворот почки у мужчин в среднем 27,88 мм., у женщин 26,96 мм. Длина левой почечной вены от наружного края брюшного отдела аорты до ворот левой почки у мужчин в среднем 71,43 мм., у женщин 68 мм.

Выводы:

1. Наличие двух ярусов венозных анастомозов, расположенных у основания и у верхних пирамид, создает большие возможности окольного кровообращения. Формирование междольковых вен находится в зависимости от экскреторного дерева почки, чем больше малых чашечек, тем больше междольковых вен.

2. Система интраорганных венозных анастомозов объединяет передние и задние вены. Невозможно деление венозной системы почки на переднюю и заднюю, понятие естественной делимости сосудов не подходит к особенностям интраорганных вен почки. Формирование v.renalis чаще происходит вне ворот почки – экстраорганный тип. Смещение междолькоых вен в v.renalis II чаще происходит по переднелоханочной поверхности почки.

3. Совершенно различное устройство артериальных и венозных интраорганных сосудистых систем, не повторяющих свой ход, не позволяет говорить о венозных сегментах ни в анатомическом, ни в хирургическом аспектах.

4. Множественные почечные вены чаще встречаются справа 13,33%, с одинаковой частотой у мужчин и у женщин. Сочетание множественных почечных вен с множественными артериями нам встретилось всего в 4х случаях из 150.

5. Магистральные вены почек чаще всего впадают в нижнюю полую под острым углом в 68% случаев. В 32% констатирована горизонтальная почечная ножка и в одном случае из 150 наблюдалась впадение левой почечной вены в нижнюю полую под углом 115°. Классическое расположение сосудов в воротах почки (ВАЛ) наблюдалось в 23% случаев, в остальных было различное сочетание венозных и артериальных ветвей вокруг лоханки.

6. Простая сосудистая ножка почки с обеих сторон наблюдалась нами в 80,67% случаев с одинаковой частотой у мужских и женских трупов, с одной стороны в 16,71% случаев, чаще у мужчин. Высота сосудистой ножки в среднем 3,15см, сложной зависела от количества сосудов и их взаиморасположения в среднем была справа 5,15 см., слева 4,1 см.

7. Толщина стенки нижней полой вены в месте впадения почечных вен у мужчин были в среднем 0,73 мм., у женщин 0,6 мм. Внутренний диаметр магистральных почечных вен справа 12,55 мм., слева 14,25 мм. Длина правой почечной вены в среднем 27,4 мм., левой 13,9 мм.

Литература:

1. Fargucharson E.L. Textbook of operative surgery. Edinburg and London, 1972, 5-ed., 822-823.
2. Rigard A.,Sohier H.L.M.Gouase A. et Ogano R. Bull de'. Association des anatomists. Nancy, 1959, 693-698.
3. Василенко В.А. К анатомии почечных вен. – Арх. анат. гистол. и эмбриолог., 1959, 37, № 7, 92.
4. Житникова Л.Н. Аномалии почечных вен и их клиническое значение. Матер. второго всесоюзн. съезда урологов. Киев, Здоровье, 1978.
5. Михайлов С.С., Шбиров Ш.Р. Сегментарное строение почек человека. Арх. анат., гистол. и эмбриолог. Том LXX, № 4, Ленинград, 1976. с. 17-23.
6. Сипельников Р.Д. Атлас анатомии человека. Москва, Мичурина. 1973. т.2, с.172.
7. Тапфер Х.Х. Уч. записки Тартуского ун-та., Тарту. 1971, 285, с.24-30.

Prezentat la 19.02.2004

Мазен Аль-Момани, докторанд Кишиневского Государственного Университета им. Н. Тестемицану, кафедра детской стоматологии,
зав. кафедрой Годорожа П. Д., научный руководитель Лупан И. Г.

ВРОЖДЕННАЯ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ И ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЕЕ ДЕФФОРМАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

The article deals with the results of surgical and orthodontic treatment cleft lip and palate patients with maxillary deficiency.

Key words: maxillarv deficiency, cleft lip and palate.

Калейдоскопический мир черепно-лицевых аномалий стал привлекать особо пристальное внимание исследователей с конца 60-х — начала 70-х годов. Это связано с разработкой и внедрением в практику оперативных методов лечения такого рода состояний, ранее считавшихся неоперабельными [16, 17]. Параллельно

совершенствованию хирургических методик бурно развивалась синдромология — медико-биологическая дисциплина, задачами которой являются описание новых, изучение известных синдромов, их группирование [9, 15]. В отличие от утилитарности хирургического подхода синдромология в основном анализирует патогенетические аспекты, причем прогресс в изучении рассматриваемой патологии возможен лишь при тесном сотрудничестве обеих этих дисциплин. Так, аномалии, обнаруживаемые в ходе операции и при исследовании биоптатов, могут представлять дополнительную информацию о синдроме. С другой стороны, изучение патогенеза позволяет изменять хирургическую тактику. В основном это относится к определению возраста пациента, в котором проведение хирургического вмешательства оптимально [19].

С накоплением фактического материала возникла необходимость его систематизации. Предложен ряд классификаций черепно-лицевых аномалий [10, 13, 20]. Однако по причине патогенетической разнородности и клинической вариабельности синдромов данной анатомической области создание единой совершенной классификации представляется проблематичным. По нашему мнению, в общем виде наиболее удовлетворяет запросам клиницистов классификация предложенная в 1981 г. группой авторов [20] для Комитета по номенклатуре, классификациям краниофациальных аномалий Американской ассоциации расщелин неба:

I. Расщелины: срединные, боковые

II. Синостозы: симметричные, асимметричные

III. Атрофия — гипоплазия

IV. Неоплазия — гиперплазия

V. Неклассифицированные

А. Множественное поражение органов

Б. Поражение одного органа: а) язык, б) нос, в) глаз и глазница, г) губы, д) уши, е) челюсти

Черепно-лицевые расщечины являются редкими состояниями по сравнению с изолированными расщелинами губы и неба. Средняя популяционяая частота их составляет 1,43 - 4,85 на 100.000 новорожденных при средней популяционной частоте хейлогнатопалатосхизиса 1 случай на 700-1000 рождений [3, 11].

В 1976 г. P. Tessier [18] предложил анатомическую классификацию черепно-лицевых расщелин. Учитывая ключевое положение глазницы в черепно-лицевом скелете, функциональную значимость связанных с ней образований, а также то, что большинство расщелин так или иначе с ней связаны, он построил классификацию исходя из отношения расщелин к глазнице и принимая во внимание состояние не только костных структур, но и мягких тканей.

Костные и мягкотканные образования редко поражаются в одинаковой степени. Замечено, что при расщелинах, располагающихся между средней линией и подглазничным отверстием, дефекты мягких тканей более выражены. При расщелинах, находящихся сзади от подглазничного отверстия, более выражены дефекты костных структур [11, 18].

D. David и T. Proudman [7] делят мозговые грыжи на первичные, когда грыжевое выпячивание формируется в дефектах костей черепа, образующихся вследствие патологии головного мозга (феномен blow-out), и вторичные при его локализации в области операционных и травматических дефектов, черепно-лицевых расщелин.

Сочетание расщелин N 6, 7 и 8 характеризует синдром Treacher-Collins [8, 11, 18]. Средняя популяционная частота синдрома — 1 случай на 10.000 новорожденных. Тип наследования аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью и различной экспрессивностью.

Краниосиностозы. Для характеристики преждевременного заращения черепных швов широко применяются термины “краниостеноз” и “краниосиностоз”. Первый означает результат, второй — процесс и употребляется как более общий [5].

При преждевременном синостозировании имеют место задержка роста кости в направлении, перпендикулярном “закрывшемуся” шву, и компенсаторный рост в области непораженных швов (исключение составляют случаи тотального краниостеноза). Аномальная форма черепа — тригоноцефалия,

скафоцефалия, плагиоцефалия, брахицефалия, окси(акро)цефалия, череп в виде листа клевера — определяет тип краниосиностоза и зависит от того, какие швы синостозированы. Классифицировать краниосиностозы только на основании видов вовлеченных в процесс швов недостаточно, так как заращение одноименных швов может вызывать разные типы деформаций [12].

P. Tessier [19] предложена анатомо-топографическая классификация краниосиностозов, существенным моментом которой является выделение орбитокраниальных деформаций (группы B и C) в случаях отсутствия или неочевидности синдромного поражения:

A. Изолированный дизморфизм свода черепа

B. Симметричный орбитокраниальный дизморфизм: 1. Тригоноцефалия; 2. Акрооксицефалия; 3. Брахицефалия без телеорбитизма; 4. Брахицефалия с эурипрозопией и телеорбитизмом

C. Асимметричный орбитокраниальный дизморфизм (плагиоцефалия): 1. Простое вертикальное расхождение глазниц; 2. Плагиоцефалия без телеорбитизма; 3. Плагиоцефалия с телеорбитизмом

D. Группа Saethre — Chotzen

E. Группа Crouzon: 1. Обычный Crouzon; 2. Верхний Crouzon; 3. Нижний Crouzon; 4. Трехдольчатый Crouzon

F. Группа Apert: 1. Гиперакроцефалия Apert; 2. Гипербрахицефалия Apert; 3. Pfeiffer: 4. Трехдольчатый Apert; 5. Carpenter

Завершая рассмотрение простых краниосиностозов, укажем на следующие моменты:

1) средняя популяционная частота их составляет 1 случай на 1000 новорожденных [12];

2) в ряде случаев они возникают вторично вследствие известных заболеваний (метаболические и гематологические нарушения, аномалии центральной нервной системы, ятрогенные состояния) [5];

3) оперативные методы их лечения варьируют от линейной краниотомии до субтотальной ремоделирующей краниопластики;

4) в основном они входят в компетенцию нейрохирургии.

СИНДРОМНЫЕ КРАНИОСИНОСТОЗЫ. При рассмотрении синдромных краниосиностозов возможно два подхода — анатомический и генетический, которые, однако, не исключают, а дополняют друг друга и применяются в зависимости от ситуации.

Анатомический подход имеет практическую направленность (определение характера деформации и степени функциональных расстройств в этом случае служит отправным пунктом для планирования хирургического вмешательства). Анатомически сходные состояния могут быть сгруппированы для хирургических целей даже при различной в некоторых случаях этиологии [5].

Генетический подход с последующим медико-генетическим консультированием обеспечивает: 1) получение основной информации (название синдрома, симптоматика, прогноз); 2) объяснение этиологии; 3) выяснение рекуррентного риска; 4) возможное вмешательство для предупреждения беременности в будущем [14].

Приведем этиологическую классификацию синдромных краниосиностозов M.Cohen [5], выделяющего на 1986 г. 64 таких состояния.

I. Синдромы известного происхождения

1. Моногенные синдромы: а) аутосомно-доминантные; б) аутосомно-рецессивные; в) *X*-сцепленные; г) с неопределенным типом наследования

2. Хромосомные синдромы

3. Синдромы, обусловленные действием факторов внешней среды

II. Синдромы неизвестного происхождения

1. Условно единственные в своем роде синдромы

2. Повторяющиеся синдромы

Ограничимся рассмотрением основных синдромов с краниосиностозами.

СИНДРОМ CROUZON. Наиболее распространенный синдром, описанный французским врачом O. Crouzon в 1912г. в виде триады (деформация черепа, деформация лица, экзофтальм) и названный им наследственным черепно-лицевым дизостозом.

Частота заболевания — 1 случай на 10.000 — 25.000 в популяции. Тип наследования аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью и различной экспрессивностью.

Наряду с краниосиностозом синдром характеризуется уменьшением глубины глазниц и гипоплазией средней зоны лица или, другими словами, сочетанием кранио-, орбито- и фациостеноза.

СИНДРОМ APERT. Второй по частоте синдромный краниосиностоз, описанный в 1906 г. французским педиатром E. Apert, назвавшим состояние акроцефалосиндактилией.

Частота заболевания — 1 случай на 100.000 — 160.000 новорожденных. В популяции встречается приблизительно в 1 случае на 2.000.000 вследствие высокого уровня смертности в неонатальном периоде из-за сопутствующей патологии [5]. Тип наследования аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью и различной экспрессивностью.

Характерным для синдрома является наличие полной костной синдактилии конечностей, что позволяет легко дифференцировать его с другими синдромами с краниосиностозами.

СИНДРОМ PFEIFFER. Менее известный синдром, описанный в 1964г. R. Pfeiffer. Он сообщил о 8 пораженных в 3 поколениях одной семьи и назвал такое состояние доминантно наследуемой акроцефалосиндактилией. Тип наследования аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью и различной экспрессивностью. Синдром характеризуется краниосиностозом (обычно отмечается акробрахицефалия), гипоплазией средней зоны лица, орбитальным гипертелоризмом, окулярным проптозом, широкими большими пальцами кистей и стоп, мягкотканными синдактилиями конечностей.

СИНДРОМ SAETHRE-CHOTZEN. Встречающийся относительно часто синдром был описан в 1931г. H. Saethre и в 1932г. F. Chotzen. Тип наследования аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью и различной экспрессивностью. Наряду с краниосиностозом (обычно наблюдается брахицефалия с частой фронтальной плагиоцефалией) синдром характеризуется низко расположенной линией роста волос на лбу, тупым носо-лобным углом, западением верхнеглазничных краев, орбитальным гипертелоризмом, асимметрией лица, разнообразными мягкотканными синдактилиями конечностей, особенно II и III пальцев кисти, частым hallux valgus.

СИНДРОМ CARPENTER. Этот редкий синдром был описан в 1901г. G. Carpenter, в работе которого сообщалось о двух пораженных сестрах. Тип наследования аутосомно-рецессивный. Помимо краниосиностоза (наряду с венечными в процесс часто вовлекаются ламбдовидные и сагиттальный швы), характерны гипоплазия средней зоны лица, плоская переносица, выраженные эпикантальные складки, орбитальный гипертелоризм, преаксиальная полидактилия стоп, клинобрахидактилия и разнообразные мягкотканные синдактилии верхних конечностей, особенно III и IV пальцев кисти.

СИНДРОМ COHEN. Синдром с неопределенным типом моногенного наследования, описанный в 1979г. M. Cohen как форма фронтоназальной дисплазии. К 1989г. было сообщено примерно о 45 случаях заболевания. Особенностью синдрома является полное его проявление только у представителей женского пола и отсутствие передачи от мужчины к мужчине. В пораженных семьях высок уровень выкидышей и мертворождений [15]. Мы наблюдали пациента, родившегося от 6-й беременности; все предыдущие 5 беременностей заканчивались выкидышами на сроках 8-12 нед. Наряду с краниосиностозом (обычная брахицефалия) синдром характеризуется наличием выступающего лба, широкой переносицы, орбитального гипертелоризма, раздвоенного кончика носа, аномалий длинных трубчатых костей и разнообразных мягкотканных синдактилий.

Принцип комплексного лечения пациентов с врожденными расщелинами губы и неба, проводимого в специализированных центрах, при участии хируртов, анестезиологов, педиатров, ортодонтов, психоневрологов и других специалистов позволяет добиться удовтетворительных результатов лечения детей с данной патологией [28]. В связи с изменениями социально-экономических условий проблема медицинской реабилитации таких пациентов значительно обострилась, так как больные с такой патологией не всегда имеют возможность получать специализированную помощь в полном обьеме и в положенное время, несмотря

на проводимые мероприятия, у пациентов с указанной патологией выявляются тяжелые морфологические и функциональные нарушения, лечение которых довольно сложное и длительное [22, 23, 24, 25].

Наиболее перспективным и распространенньм в настоящее время является комплексный метод лечения деформаций верхней челюсти у подростков и взрослых пациентов после перенесенных в детстве хейло- и уранопластики. Метод включает создание условий для более быстрой перестройки костной ткани (компактостеотомия или остеотомия), аппаратурное ортодонтическое лечение, оптимизацию условий оппозиции костной ткани в ретенционном периоде, протетические мероприятия по показаниям [26, 28, 30, 32]. У подростков и взрослых после имевших ранее врожденных сквозных расщелин губы и неба превалируют трансверсальные деформации, поэтому в план лечения необходимо включать и верхнечелюстное расширение, после обязательной хирургической подготовки [28].

Компактостеотомию или остеотомию при этом проводят в местах наибольшей выраженности деформации и повышенной резистентности костной ткани ортодонтическому лечению [27, 29, 30, 31].

Мнения по вопросу топографии мест наносимой хирургической травмы и ее объеме при расширении верхней челюсти до сих пор являются дискутабельными.

Так R. A. Bays, N. J. Bets, M. A. Porgel предлагают проводить остеотомию верхней челюсти с вестибулярной и небной поверхностей альвеолярного отростка в области скулоальвеолярного контрофорса и небного шва с последующим применением ортодонтической аппаратуры [29, 30, 33]. A. S. Classman, предлагает выполнять только кортикотомию альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной поверхности [31]. Susami T. при лечении реформации верхней челюсти у взрослых пациентов с последствиями хейло- и уранопластики ограиичивается двусторонней кортикотомией у основания альвеолярного отростка верхней челюсти с последующим быстрым верхнечелюстным расширением [34]. М. С. Шварцман и Ф. Я. Хорошилкина предлагают проводить компактостеотомию с вестибулярной и небной поверхностей альвеолярного отростка перед ортодонтическим лечением сужения зубоальвеолярной дуги верхней челюсти у пациентов с расщелиной губы, альвеолярного отростка и неба [26]. В. А. Козлов, проводя компактостеотомию верхней челюсти предлагает ограничиться компактостеотомией только со стороны предверия полости рта, с обязательной кортикотомией скулоальвеолярного гребня, обьясняя это тем, что у пациентов на стороне расщелины имеется костный дефект неба и альвеолярного отростка, который ослабляет сопртивление кости боковому действию ортодонтических аппаратов [24]. Бабов Е. Д. всем пациентам перед активным ортодонтическим лечением выполнял компактостеотомию по А. Т. Титовой. При одностороннем сужении зубоальвеолярной дуги компактостеотомия проводится только на стороне сужения, при двустороннем — на обеих сторонах верхней челюсти.

Автор подчеркивает, что через 10-14 дней после компактостеотомии, на верхней челюсти фиксировал расширяющий ортодонтический аппарат, состоящий из винта «Hyrax» фирмы «Dentaurum» с припаянными к нему ортодонтическими коронками на 16, 26, 14, 24 зубы.

Для снятия блока нижней челюсти изготавливал ортодонтическмо плаиипку на нижнюю челюсть с окклюзионными накладками в области жевательных зубов. При одностороннем сужении зубоальвеолярной дуги верхней челюсти и необходимости разобщения зубов верхней и нижней челюстей в конструкцию аппарата вводили цельнолитную окклюзионную накладку с язычным пелотом (рис. 1, 2).

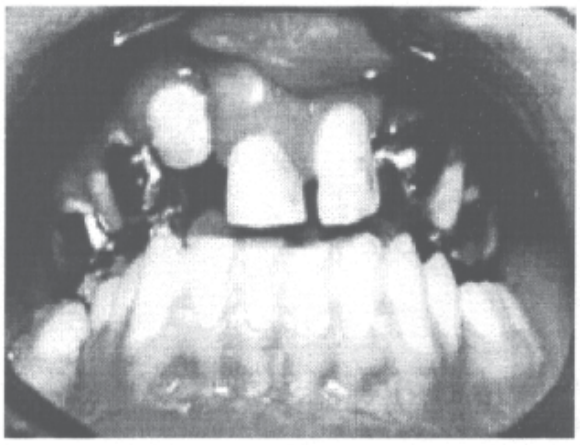


Рис. 1. Аппарат для ускоренного верхнечелюстного расширения с окклюзионной накладкой и язычным пелотом

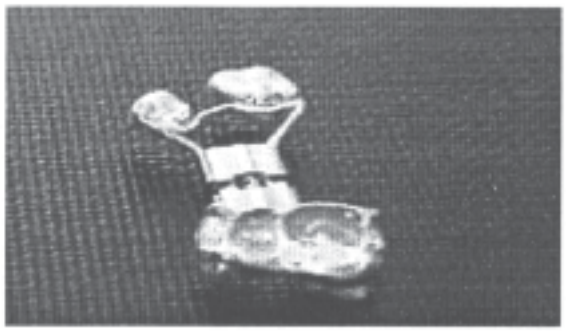


Рис. 2. Аппарат для ускоренного верхнечелюстного расширения с окклюзионной накладкой и язычным пелотом зафиксирован в полости рта

Автор показал целесообразность проведения компактостеотомии только с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка при ортопедо-хирургическом лечении деформаций верхней челюсти у пациентов в сформированном прикусе после врожденных сквозных расщелин губы, альвеолярного отростка и неба.

Для наглядности приводим клинический пример. Пациент З., 17 лет, обратился в клинику кафедры ортопедической стоматологии БГМУ с целью протезирования. Диагноз, состояние после хейло- и уранопластики по поводу врожденной сквозной расщелины губы, альвеолярного отростка и неба, мезиальный, перекрестный прикус (рис. 3-5).

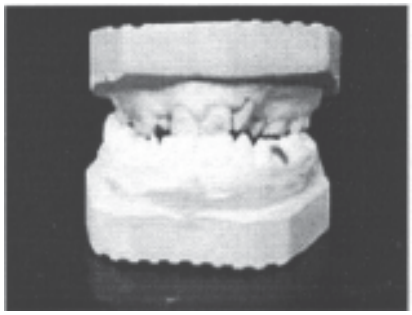


Рис. 3. Прикус пациента до лечения

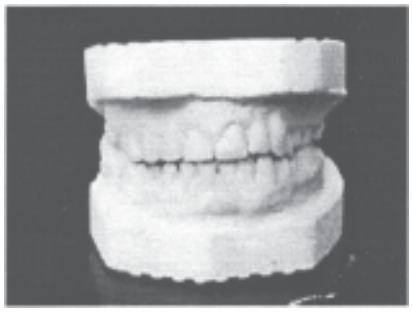
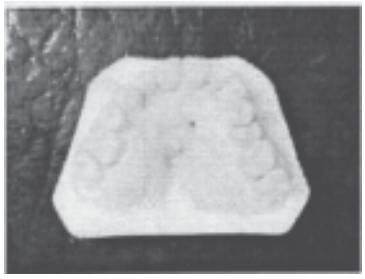


Рис. 4. Прикус пациента З. после проведенного ортопедо-хирургического лечения

Рис 5. Модели верхней челюсти пициента, 17 лет

А) до лечения

Б) после расширения верхней челюсти



В) после комплексного ортопедо-хирургического лечения

Была проведена компактостеотомия альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной поверхности по А. Т. Титовой в области 14, 15, 16, 23, 24, 25 и 26 зубов и в области скулоальвеолярного гребня правой и левой сторон верхней челюсти, через 12 дней после операции был зафиксирован расширяющий ортодонтический аппарат и проведено зубоальвеолярное расширение. Длительность расширения верхней челюсти составила 37 дней. Величина расширения и области вторых премоляров составила 12 мм. После снятия расширяющего ортодонтического аппарата амплитуда подвижности 15 и 25 зубов соствила 1,6 мм. Подвижность зубов исчезла через 7 недель от начала ретенционного периода ортодонтического лечения. После чего были изготовлены корневые культевые штифтовые вкладки на 11, 21, 14, 15, 23 и 24 зубы с

дальнейшим изготовлением мостовидного металлокерамического протеза (рис. 6).

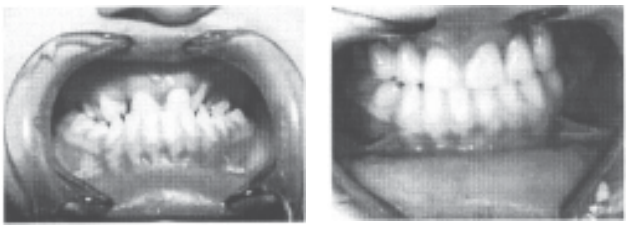


Рис. 6. Состояние полости рта пациента,17 лет
а) до лечения
б) после комплексного ортопедо-хирургического лечения

Учитывая комплексный характер поражения, при диагностике черепно-лицевых аномалии и планировании хирургического вмешательства необходимо применение мультидисциплинарного, бригадного подхода с привлечением к оценке состояния пациента, помимо специалиста по черепно-лицевой хирургии, рентгенолога, невропатолога, психоневролога, нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога, клинического генетика, анестезиолога, ортодонта, логопеда.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Недзьведь М. К. Врожденные пороки центральной нервной системы. Минск, 1990.
2. Рулье К. Ф. Цит. Давыдовский И. В. Общая патология человека. М., 1969; 19.
3. Тератология человека. Под ред. Г. И. Лазюка. М., 1991.
4. Bachmayer D. J., Ross R. B., Munro I. R. Am J Orthod Dentofac Orthop 1986; 90: 5: 420 - 430.
5. Craniosynostosis: Diagnosis, Evaluation and Management. Ed by M. Cohen. New York, 1986.
6. David D. J., Poswillo D., Simpson D. The Craniosynostoses: Causes, Natural History and Management. Berlin, 1982.
7. David D. J., Proudman T. W. World J Surg 1989; 13: 4: 349 -359.
8. David D. J., Hemmy D. C., Cooler R. D. Craniofacial Deformities. New York, 1990.
9. Gorlin R. J., Pindborg J. J., Cohen M. M. Syndromes of the Head and Neck. New York, 1976.
10. Habal M. B., Maniscalco J. E. Ann Plast Surg 1981; 6: 1: 6 – 10.
11. Kawamoto H. K. Clin Plast Surf 1976; 3: 4: 529 - 572.
12. Marchac D., Renier D. Craniofacial Surgery for Craniosynostosis. Boston, 1982.
13. Van der Meulen J. C. H. et al. Plast Reconstr Surg 1983; 71: 4: 560 - 572.
14. Salyer K. E. Technigues in Aesthetic Craniofacial Surgery. New York-London, 1989.
15. Scientific Foundations and Surgical Treatment of Craniosynostosis. Ed by Persing J. A., Edgerton M. T., Jane J. A. Baltimore etc, 1989.
16. Tessier P. Ann Chir Plast 1967; 12. 273 - 286.
17. Tessier P. Plast Reconstr Surg 1971; 48: 419 - 442.
18. Tessier P. J. Maxillofac Surg 1976; 4: 2. 69 - 92.
19. Tessier P. Craniofacial Surgery in Syndromic Craniosynostosis. In: Craniosynostosis: Diagnosis, Evaluation and Management. Ed by M. M. Cohen. New York, 1986, 321 - 411.
20. Whitaker L. A., Pashayan H., Reichman J. Cleft Palate J 1981, 18: 3. 161 - 176.
21. Величко Л С. Теоретическое и патогенетическое обоснование методов ортопедического лечения заболеваний пародонта. Автореф. дис. ... докт.мед.наук. - М., 1979. 23с.
22. Зернов А. В., Лавриков В. Г., Чумаков Л. П. Устранение зубочелюстных деформаций у детей, перенесших уранопластику, брекет-техникой//Ученые института практическому здравоохранению. - Том. 1. (медико-биологические проблемы). с.24.
23. Зернов А. В. Ортодонтическое лечение зубо-челюстных аномалий и деформаций у больных с расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба в период сменного и постоянного прикуса: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Тверь, 1997. 15с.
24. Лечение аномалий челюстно-лицевой области// В. Л. Козлов, В. И. Знаменский, Г. А. Котов и др.//Ташкент: Медицина, 1982. с.68-72.
25. Система реабилитации детей с врожденной патологией лица и челюстей в Республике Беларусь//Э. М. Мельниченко, И. В. Токаревич, Н. Ф. Адащик, С. В. Кузнецова, А. П. Чуянов, С. С. Стельмашонок// Здравоохранение, 1999, №2. с.54-55.
26. Хорошилкииа Ф. Я. Руководство по ортодонтии. - М., 1999.
27. Alpern M. C., Yurosko J. J. Rapid palatal expansion in adults with and without surgery//Angle. Orthod. - 1987. - Bd.57. S.245-263.
28. Anastassov G. E., Joos U. Comprehensive management of cleft lip and palate deformities//J. Orlal. Maxillofac. Surg. - 2001. Bd.59. N.9. - S. 1062-1077.
29. Bays R. A., Greco J. M. Surgically assisted rapid palatal expansion. An outpatient technique with long-term stability//J. Oral. Maxillofac. Surg. 1992. - Bd. 50. - S.110-113.
30. Betts N. J., Vanarsdall R. L., Barber H. D., Higgins-Barber K., Fonseca R. J. Diagnosis and treatment of transverse maxillary deficiency//Int. J. Adult. Orthodon. Orthognalh. Surg. -1995. -Bd. 10. -S. 75-96.
31. Classman A. S., Nahigian S. J., Medway J. M. Conservative surgical orthodontic rapid palatal expansion: Sixteen cases.//Am. J. Orthod. - 1984. - Bd. 66. - S.207-213.
32. Ishikawa H., Nakamura S., Misaki K., Kudoh M., Fukuda H., Yoshida S. Scar tissue distribution on palates and its relation to maxillary dental arch form//Cleft Palate Craniofac J. 1998. Bd.35(4). - S.314 315.
33. Pogrel M. A., Kaban L. G, Varoervik K., Baumrind S. Surgically assisted rapid maxillary expansion in adults//Inl. Adult. Orhognath. Orthognath. Surg. - 1992. - Bd.7. - S.37-4l.
34. Susami T., Kuroda T., Amagasa T. Orthodontic treatment of a cleft palate patient with surgically assisted rapid maxillary expansion//Cleft. Palate Craniofac. J. 1996. - Bd.33. N5. - S.445-449.
35. Бабов Е. Д. Хирургическо-ортодонтическое лечение сужения верхней челюсти у больных с врожденными незаращениями верхней губы и неба. Киев, 1992.

Prezentat la 8.04.2004

CERINŢELE 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 ştiinţific al autorului, instituţia ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon şi adresa electronică.

2. ARTICOLELE ŞTIINŢIFICE (în volum de pînă la 15 pagini) vor fi structurate în funcţie de schema standart: introducere, materiale şi metode, rezultatele studiului, discuţii, concluzii şi recomandări. Publicaţiile de reviu şi cele farmaceutice nu vor depăşi ca volum 20 de pagini şi 50 de referinţe.

3. REFERATELE (în volum de pînă la 200 cuvinte) se prezintă în limba originalului şi, de asemenea, în engleză, şi 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 şi numele autorului. Legendele desenelor se prezintă pe foi separate în conformitate cu numărul pozelor.

6. BIBLIOGRAFIA se prezintă pe foi separate, în ordinea referinţelor din text, la două intervale.

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.
- Pe dischetă anexată se indică datele despre autor, denumirea articolului şi a fişierelor.
- Materialele prezentate spre publicare urmează să fie însoţite de o scrisoare de motivare a autorului responsabil, care vine să confirme acordul tuturor semnătarilor asupra conţinutului şi a caracterului inovator al publicaţiei.
- Publicaţiile vor fi prezentate pe numele redactorului şef, prof. Ion Mereuţă.

ADRESA: MD 2025, Chişinău, str. Testemiţanu, 30, Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie-microchirurgie, et.3
prof. Ion Mereuţă, 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 подают с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о соглашении всех авторов с содержанием и о первичном публикованием материала.
- Рукописи подают на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

АДРЕС: MD 2025, Кишинев, ул. Тестемицану, 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 contend 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 specialiştilor de notorietate