

23. Боголепова Н.К., *Экспертиза трудоспособности при нервных и психических заболеваниях*, М, Медгиз, 1960.
24. Виленский О. Г., *Врачебно-трудова експертиза при психических заболеваниях*, Киев; Здоровья, 1979.
25. Дементьева Н.Ф. и др., *Критерии социально-трудова прогноза умственно отсталых лиц*: Метод. рек. для раб. орг. и учр. соц. обеспечен., ЦНИИ эксперт. труд. и орг. труда инвалидов., М., 1990.
26. Европейская сеть по экономическим аспектам охраны психического здоровья ([http:// www.mentalhealth-econ.org](http://www.mentalhealth-econ.org)). Site-ul a fost accesat la 15 noiembrie 2005.
27. Климович А.С., Вайман Л.И., Гайдук Ф.М. и др. *Врачебно-трудова експертиза при психических болезнях*, Беларусь, 1990.
28. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья (ICDН-2). ВОЗ, 2001.
29. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., *Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп* // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2002, №7, с. 58–65.
30. *Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ* // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/03. Копенгаген, Вена, 8 сентября 2003 г. (по состоянию на 21.01.2004).

Summary

Mental behavior disorders are the most frequent causes of different disabilities. The general tendency of the growing number of persons with mental and behavior disorders that in the most of the cases has the able age for work and has as consequence as on implication concerning the work recourse of the society, the economic impact that is supported by the state and the society are giant. Because of these disorders it is necessary the elaboration of some doubtless criterions of appreciating of the grade and level of the disorders from the whole functional potential of the human organism.

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ALE MIASTENIEI GRAVIS

Aliona Nacu, medic rezident., Vitalie Lisnic, dr., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Miastenia Gravis (MG) este o afecțiune autoimună, organ-specifică, anticorp-mediată a joncțiunii neuromusculare. Thomas Willis a raportat primul caz clinic în anul 1672. În 1960 Strauss demonstrează prezența anticorpilor anti-mușchi streat în serul pacienților cu MG, susținând mecanismul autoimun în MG. Patrick și Lindstrom ulterior susțin teoria autoimună a MG prin imunizarea iepurilor cu anticorpi anti-receptori de acetilcolină, care devin miastenici [1]. Actualitatea temei este determinată de soluționarea insuficientă a problemelor de diagnostic și de tratament al MG în Republica Moldova, care generează un șir de probleme socioeconomice.

Scopul lucrării îl constituie evidențierea particularităților clinico-evolutive ale MG.

Material și metode. În urma analizei retrospective a documentelor medicale, dar și a urmăririi parțiale propriu-zise a 28 de pacienți cu MG examinați în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie (INN) în perioada februarie 2006 – septembrie 2007, au fost extrase informații despre: vârsta pacienților, debutul bolii, manifestările clinice, rezultatele investigațiilor paraclinice (CT mediastinal, electromiografie (EMG)), relația dintre evoluția clinică și modificările morfopatologice, tratamentul pacienților.

Rezultate. MG este caracterizată de slăbiciuni fluctuante, accentuate în urma efortului fizic. S-a observat că slăbiciunile se accentuează în timpul zilei și se ameliorează după repaus. Mai frecvent MG a fost întâlnită la femei 22 (78,5%) cazuri, cu debut între 20 și 30 de ani. Prezentarea la debut și evoluția MG variază: slăbiciunea mușchilor extraoculari sau ptoza există inițial în 11 (39,28%) cazuri, dar se manifestă pe parcurs în 14 (50%) cazuri. Pacienții evoluează de la forma de boală ușoară la forma severă în câteva săptămâni până la 3 ani.

Simptomele se pot limita la mușchii extraoculari și ai pleoapei ani întregi – 6 (21,42%) cazuri, rareori la pacienții cu slăbiciune generalizată se pot asocia slăbiciunea mușchilor oculari – 2 (7,14%) cazuri.

În 6 (21,42%) cazuri MG se limitează la mușchii oculari, iar în 22 (78,58%) cazuri MG se generalizează în aproximativ 13 luni de la debut.

Tabelul 1

Stadializarea clinică la debut

(Conform clasificării clinice a Asociației Americane a MG, mai 1997)

	<i>Timom</i>	<i>Timus hiperplazic</i>	<i>Timus normal</i>	<i>Necunoscut</i>
Gradul I	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,57 %)	0 (0%)
Grad ușor	4 (14,28 %)	3 (10,71 %)	3 (10,71%)	4 (14,28%)
Grad mediu	7 (25 %)	0 (0%)	1 (3,57%)	2 (7,14%)
Grad sever	3 (10, 71 %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Gradul V	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Am observat că debutul și evoluția MG sunt mai severe la pacienții cu timom. Cele mai frecvent înregistrate sindroame de fatigabilitate musculară ale MG sunt:

- fatigabilitate generală — 20 (71,4%) cazuri;
- oculomotor — 20 (71,4%) cazuri;
- bulbar — 18 (64,28%) cazuri;
- fatigabilitatea membrelor — 9 (32,13%) cazuri;
- dereglări respiratorii — 7 (25%) cazuri.

Indicii aparatului neuromuscular în limitele normei — 9 (32,14%) cazuri, blocaj neuromuscular ușor — 1 (3,57%) caz, blocaj neuromuscular moderat — 13 (46,41%) cazuri, blocaj neuromuscular sever — 4 (14,28%) cazuri, manifestări sinaptice în asociere cu sindrom miopatic — 1 (3,57%) caz.

În urma studiului s-a observat că la unii pacienți cu manifestări clinice evidente electromiografia (EMG) poate fi normală.

Timusul joacă un rol important în patogenia MG, de aceea este necesară examinarea acestuia prin CT mediastinal — 22 (78,57%) cazuri, unde s-a observat timus normal — 5 (17,85%) cazuri, hiperplazia timusului — 3 (10,71%) cazuri, timom — 14 (50%) cazuri.

Tabelul 2

Relația dintre evoluția clinică și modificările morfopatologice

	<i>Timom</i>	<i>Timus hiperplazic</i>	<i>Timus normal</i>	<i>Necunoscut</i>
Remisie	3 (10,71%)	0 (0%)	1 (3,57%)	1 (3,57%)
Ameliorare	6 (21,43%)	2 (7,14%)	2 (7,14%)	4 (14,28%)
Fără schimbări	3 (10,71%)	1 (3,57%)	1 (3,57%)	1 (3,57%)
Înrăutățire	2 (7,14%)	0 (0%)	1 (3,57%)	0 (0%)

În lotul studiat s-au evidențiat:

- 2 pacienți ce au suportat intervenții chirurgicale în secții de oftalmologie pentru ptoză;
- o pacientă cu durată bolii de 23 ani cu evoluție progresivă și decompensare, splenectomie, gastropatie cronică erozivă medicamentoasă, recidivă de timom;
- o pacientă cu formațiune de volum recidivantă în mediastinul anterior;
- 2 pacienți frați cu MGFF, în anamneză încă 2 frați decedați la naștere din cauza tulburărilor respiratorii. Diagnosticul genetic-tip de moștenire autozomal recesiv cu letalitate intrauterină înaltă.

Tratamentul bolnavilor miastenici este individualizat și constă în tratament:

1. Anticolinesterazice au fost administrate tuturor pacienților (Kalimin, Prozerin).
2. Imunomodulatoare au fost administrate în perioadele de acutizare și cazurile severe (corticosteroizi — 21 (74,99%) cazuri, azathioprin — 4 (14,28%) cazuri).
3. Plasmafereză — în 12 (42,85%) cazuri.
4. Timestomia a fost efectuată în 15 (53,55%) cazuri.

Discuții. Acest studiu a implicat 28 de pacienți consecutivi cu MG din INN, în perioada februarie 2006 – septembrie 2007.

MG este prezentă la orice vârstă. Cele mai multe studii indică prevalența femeilor cu MG [1-6] cu incidența maximă la 20-30 de ani, iar la bărbați între 50 și 60 de ani. Vârsta medie de debut la femei este 28 de ani, la bărbați — 42 de ani [1,3,8]. Rezultatele acestui studiu sunt în concordanță cu estimările altor studii. Un studiu a raportat prevalența egală a femeilor și bărbaților ce suferă de MG [7].

Debutul și evoluția MG variază: slăbiciunea mușchilor extraoculari sau ptoza există inițial în 39,28% (50% [1]), dar se manifestă pe parcurs la 50% (90% [1]). Aceste rezultate s-au datorat, probabil, numărului mai redus de pacienți implicați în studiu, comparativ cu alte studii. Slăbiciunea mușchilor bulbari este frecventă și asociată cu slăbiciunea extensiei și flexiei capului [1], fiind în concordanță cu rezultatele obținute.

Pacienții progresează de la forma de boală ușoară la forma severă în câteva săptămâni până la 3 ani [1]. Asemenea rezultate au fost observate și în acest studiu. Frecvența MG forma familială este comparabilă cu rezultatele altor studii [3,10].

Timestomia a fost efectuată în 53,55% cazuri. Din cei operați 46,41% aveau timom, 3,57% aveau hiperplazia timusului, 3,57% aveau timus normal. Frecvența timomei este mai înaltă decât cea raportată în literatură [11,12,13], probabil, din cauza că pacienții din lotul studiat erau cu manifestări clinice mai severe. Evoluție pozitivă postoperatorie s-a constatat în doar 17,85% cazuri. Este posibil că în studiu au fost incluși preponderent pacienți cu recidive ale MG, ceilalți primind tratament ambulator. Sunt descrise asemenea cazuri și în alte studii de specialitate [14]. Nu a fost înregistrat nici un caz cu sindrom miastenic. În acest studiu nu au fost studiate Ac specifice pentru MG:

- Ac antireceptor acetilcolină (AChR Abs);
- Ac antimușchi striat (Str Abs);
- Ac antitiroidă (ATA)[15,16,17] și evoluția pacienților tratați cu IVIg.

Acest dezavantaj duce la soluționarea insuficientă a problemelor de diagnostic și de tratament al MG în Republica Moldova, generând un șir de probleme socioeconomice.

Concluzii

1. MG are o evoluție extrem de variată de la caz la caz și numai analiza multilaterală a datelor clinice, electrofiziologice și imagistice permite confirmarea diagnosticului.
2. Examenul de stimulodectție cu stabilirea decrementului transmisiunii neuromusculare este unul sensibil, dar nu absolut.
3. Nu se studiază Ac specifici pentru MG: (AChR Abs), (Str Abs), (ATA).
4. Fiecare pacient prezintă o evoluție particulară, de aceea necesită o conduită individuală.

Bibliografie selectivă

1. Aashit K. Shah, Myasthenia Gravis. www.med.wayne.edu/neurology/
2. Storm-Mathisen A., *The epidemiology of myasthenia gravis in Norway*. Acta Neurol Scand 1984;70:274–84.
3. Lavnric D., Jarebinski M., Rakocevic-Stojanovic V. et al. *Epidemiological and clinical characteristics of myasthenia gravis in Belgrade, Yugoslavia (1983–1992)*. Acta Neurol Scand 1999;100:168–74.
4. Christensen P.B., Jensen T.S., Tsiropoulos I. et al., *Incidence and prevalence of myasthenia gravis in western Denmark: 1975 to 1989*. Neurology, 1993;43:1779–83.
5. Robertson N.P., Deans J., Compston D.A., *Myasthenia gravis: a population based epidemiological study in Cambridgeshire, England*, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1998;65:492–6.
6. Emilia-Romagna Study Group, *Incidence of myasthenia gravis in the Emilia-Romagna region: a prospective study*, Neurology, 1998;51:255–8.
7. Kyriallis K., Hristova A.H., Middleton L.T., *What is the real epidemiology of myasthenia gravis?* [Abstract.], Neurology, 1995;45 (suppl 4):A351–2.
8. Holtsema H., Mourik J., Rico R.E. et al., *Myasthenia gravis on the Dutch antilles: an epidemiological study*. Clin. Neurol. Neurosurg., 2000;102:195–8.
9. Phillips L.H., Torner J.C., *Epidemiologic evidence for a changing natural history of myasthenia gravis*. Neurology, 1996;47:1233–8.
10. Christensen P.B., Jensen T.S., Tsiropoulos I. et al., *Associated autoimmune diseases in myasthenia gravis*. Acta Neurol. Scand. 1995;91:192–5.
11. Drachman D.B., *Myasthenia gravis*, N. Engl. J. Med. 1994; 330: 1797–810.
12. Vincent A., Palace J., Hilton-Jones D., *Myasthenia gravis*, Lancet 2001; 357: 2122–8.
13. Oosterhuis H., *Studies in myasthenia gravis. I. A clinical study of 180 patients*. J. Neurol. Sci. 1964; 38: 512–46.
14. Kondo K., Monden Y., *Myasthenia gravis appearing after thymectomy for thymoma*. Eur. J. Cardiothorac. Surg., 2005; 28: 22–5.
15. Evoli A., Tonali P.A., Padua L., *Clinical correlates with anti-MuSK antibodies in generalized seronegative myasthenia gravis*, Brain, 2003 Oct; 126(Pt 10): 2304–11.
16. Limburg P.C., *The TH, Hummel-Tappel E: Anti-acetylcholine receptor antibodies in myasthenia gravis. Part I. Relation to clinical parameters in 250 patients*, J. Neurol. Sci., 1983, Mar; 58(3): 357-70.
17. Lefvert A.K., Bergstrom K., Matell G. et al. *Determination of acetylcholine receptor antibody in myasthenia gravis: clinical usefulness and pathogenetic implications*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1978; 41: 394–403.

Summary

Myasthenia Gravis (MG) is an autoimmune disorder, which affects acute or chronic neuromuscular junction. The disease is clinically manifested with muscular fatigability and motor weakness of affected segments, frequently delayed diagnosis explained by unpredictable evolution, like long term recoveries or myasthenic crisis with respiratory failure requiring assisted ventilation. It was performed a retrospective study on 28 cases of MG, to assess the clinical-evolutive aspects of the disease.

NUMĂRUL MASTOCITELOR SE REDUCE ESENȚIAL ÎN CARCINOAMELE DE COL UTERIN

Lilian Șaptefrați, conf. univ., dr. în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Variațiile numerice și citochimice ale mastocitelor în diferite condiții patologice au fost observate de numeroși autori. Pentru evaluarea implicării mastocitelor în patogenia diferitor afecțiuni este necesar să se precizeze datele histologice – modificările numărului de mastocite tisulare și să se demonstreze degranularea lor [11]. Elucidarea rolului mastocitelor în reacțiile de apărare a organismului și în procesele