ISSN 1810-3936

INFO·MED Revistă ştiinţifico-practică

APARE SEMESTRIAL 2 (14) 2008

Redactor-şef Ion MEREUŢĂ

Academia de Ştiinţe a Moldovei,
Secţia de ştiinţe medicale,
IMSP Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul ştiintific Oncologie Generală şi ATI,
USMF "N. Testemiţanu",
Catedra Hematologie şi Oncologie,
Clinica nr.2 Oncologie Generală

Conferinţa stiintifică anuală a Laboratorului Oncologie Generala şi ATI

Presedinţi de onoare:
Cernat Victor, prof. cercet., Oncolog Principal al MS RM
Sofroni Dumitru, prof. univ., Directorul IMSP Institutul Oncologic din Moldova
Ţîbîrnă Gheorghe, academician, vice-director IMSP Institutul Oncologic din Moldova
Corcimaru Ion, membru cor. AŞM, şef catedra, Hematolog Principal al MS RM

Preşedintele Conferinţei:
Mereuţă Ion, d.h.m., prof. univ., Directorul Clinicii Oncologie Generală

Membrii Consiliului ştiinţific:
Mura Serghei, d.i.m., conf. cercetător
Capitan Valentin, d.i.m., colab. ştiinţific superior
Dascaliuc Ion, d.i.m., şef secţie Oncologie Generală
Ţurcan Stela, colab. ştiinţific
Pihut Oxana, medic oncolog
Harştea Diana, colab. ştiinţific
Andronache Daniela, medic oncolog
Cojocaru Victor, prof. univ., ATI
Badan A., d.i.m., medic anesteziolog-reanimatolog
Cojocaru Doriana, d.i.m., ATI
Piterschi Nicolae, şef secţie ATI
Buzu Anatol, şef secţie ATI
Cîrlig Sergiu, medic anesteziolog-reanimatolog, colab. şt.

Secretarii Conferinţei:
Butucel Dumitru, colab. ştiinţific
Popovici Anatol, medic anesteziolog-reanimatolog, şef secţie ATI

Articolele şi tezele au fost recenzate.

Chişinău - 2008

Colegiul de redacţie:

I. ABABII, Chişinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chişinău, RM
Gh. ŢÎBÎRNĂ, Chişinău, RM
C. EŢCO, Chişinău, RM
D. TINTIUC, Chişinău, RM
M. CECAN, Chişinău, RM
M. MAGDEI, Chişinău, RM
V. FRIPTU, Chişinău, RM
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. CAZACOV, 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
St. ŢURCAN, 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
V. CERNAT, Chişinău, RM
L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi
I. ARTENI, Chişinău, RM

Adresa redacţiei:
MD 2025, Chişinău, str. Testemiţanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie, et.5
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 MOBBMD 22810
cod de decontare 22240014984654

CUPRINS

E. Tcacenco
MANAGEMENTUL DEPISTĂRII PRECOCE A TUMORILOR PIELII ÎN CONDIŢIILE PARTENERIATULUI CMP-IMSP 6

D. Butucel, S. Mura
METODĂ DE PLASTIE A DEFECTELOR MARI ALE PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR ÎN REGIUNEA HIPOGASTRICĂ 8

V. Capitan
METODE DE TORACOPLASTIE DUPĂ ÎNLĂTURAREA TUMORILOR ŞI FORMAŢIUNILOR TUMORIFORME ALE CUTIEI TORACICE 10

O. Pihut
METODE CONTEMPORANE ÎN DIAGNOSTICUL ŞI TRATAMENTUL BOLNAVILOR CU METASTAZE DE TUMORI MALIGNE FĂRĂ FOCAR PRIMAR DEPISTAT *(Studiu bibliografic)* 11

V. Ciuperca
COMPLICAŢIILE DEZVOLTATE DUPĂ ENDOPROTEZAREA ARTICULAŢIILOR ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR OASELOR MEMBRULUI INFERIOR (ANALIZA PACIENŢILOR DIN CLINICA ONCOLOGIE GENERALĂ) 20

С.И. Мура, И.И. Дэскэлюк, В.Г. Капитан, Д.П. Бутучел
МЕЖЛОПАТОЧНО-ГРУДНАЯ АМПУТАЦИЯ И МЕЖЛОПАТОЧНО-ГРУДНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛОПАТКИ 21

S. Ţurcan
EVALUAREA CICATRIZĂRII PLĂGILOR DUPĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL PRIN METODA APRECIERII LIMITELOR ELECTROEXCIZIEI ŞI VACUUM-ELECTROEXCIZIE A MELANOMULUI MALIGN CUTANAT 25

I.Mereuţă, A.Popovici, O.Boneţkaia-Ivanova
PARTICULARITĂŢILE ASISTENŢEI ANESTEZIOLOGICE LA PACIENŢII CU TUMORI ALE APARATULUI LOCOMOTOR 27

I. Mereuţă, N. Piterschii, A. Buzu, V. Prohorenco, V.Horoş, A. Popovici, O. Boneţcaia
PRINCIPIILE ASISTENŢEI PERIOPERATORII ÎN ONCOLOGIE 28

V. Prohorenco
PRINCIPIILE DE PROFILAXIE ŞI TRATAMENT A ACCIDENTELOR HEMOSTAZICE LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR DE VÎRSTĂ SENILĂ OPERATE PENTRU TUMORI MASIVE CU PROGRESARE LOCALĂ 33

CONTENTS

E. Tcacenco
MANAGEMENT OF EARLY DETECTION OF SKIN'S TUMOURS IN THE CONDITIONS OF PARTNERSHIP BETWEEN STATE MEDICAL INSTITUTION AND PRIVATE MEDICAL CENTER

D. Butucel, S. Mura
THE METHOD OF PLASTIC OF GREAT DEFECTS OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN REGIO HYPOGASTRICA

V. Capitan
THE METHOD OF THORACOPLASTY AFTER EXTIRPATION OF TUMOR'S AND PSEUDOTUMORS OF THORACIC CAVITY WALL

O. Pihut
MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH METASTATIC CANCERS OF UNKNOWN PRIMARY SITE *(Bibliographical study)*

V. Ciuperca
COMPLICATIONS APPEARED AFTER APPLICATION OF ENDOPROTHESIS IN THE TREATMENT OF TUMORS OF THE BONES OF THE LOWER LIMBS

S.I. Mura, I.I. Dascaliuc, V.G. Capitan, D.P. Butucel
INTERSCAPULOTHORACIC AMPUTATION AND INTERSCAPULOTHORACIC RESECTION AS METHODS OF TREATMENT IN MALIGNANT TUMORS OF THE SCAPULA

S. Turcan
THE ESTIMATION OF WOUND CICATRIZATION AFTER SURGICAL TREATMENT USING THE METHOD OF DETERMINATION OF ELECTROEXCISION LIMITS IN CUTANEOUS MALIGNANT MELANOMA

I.Mereuta, A.Popovici, O.Boneţkaia-Ivanova
THE ANESTHESIOLOGY ASSISTANCE PECULIARITIES BY PATIENTS UNDER SURGERY

I. Mereuta, N. Piterschii, A. Buzu, V. Prohorenco, V.Horoş, A. Popovici, O. Bonetcaia
THE PRINCIPLES OF PERIOPERATIVE ASSISTANCE IN ONCOLOGY

V. Prohorenco
THE PROPHYLAXIS AND TREATMENT PRINCIPLES OF HAIETOMOSTATIC ACCIDENTS IN ELDERLY BREAST CANCER PATIENTS OPERATED FOR LOCAL PROGRESSIVE MASSIVE TUMORS

A. Badan
OPTIMIZAREA ASISTENŢEI PREOPERATORII LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR SUPUSE RADIOTERAPIEI ŞI CHIMIOTERAPIEI
36
A. Badan
THE OPTIMIZATION OF PREPARATIVE ASSISTANCE OF PATIENTS WITH BREAST CANCER WHO UNDERWENT RADIOTHERAPY AND CHEMOTHERAPY

D. Harştea
PILOMATRIXOMUL – TUMOARE CUTANATĂ DE ORIGINE PILARĂ: REVISTA LITERATURII
40
D. Harstea
PILOMATRIXOMA – A CUTANEOUS TUMOR OF PILAR ORIGIN: A BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

V. Platon, Marietta Bucinscaia, N. Piterschii
STATUTUL SOMATO-FUNCŢIONAL ŞI ASIGURAREA PERIOPERATORIE A PACIENTELOR CU NEOPLAZME GENITALE
42
V. Platon, Marietta Bucinscaia, N. Piterschii
SOMATOFUNCTIONAL STATUS AND PERIOPERATIVE SUPPLY OF PATIENTS WITH GENITAL NEOPLASM

I. Mereuţă, A. Buzu, V. Iudin, V. Pascaru, M. Sinicliu, M.V. Bolohan
"EFICACITATEA ALIMENTĂRII PARENTERALE LA PACIENŢII CU NEOPLASM AL TRACTULUI DIGESTIV"
47
I. MereuTA, A. Buzu, V. Iudin, V. Pascaru, M. Sinicliu, M.V. Bolohan
THE EFFECTIVENESS OF PARENTERAL ALIMENTATION IN PATIENTS WITH TUMORS OF DIGESTIVE SYSTEM

A. Buzu, M. Sinicliu, V. Iudin, V. Pascaru
ANESTEZIA ÎN STĂRILE TOXICO-SEPTICE LA BOLNAVII ONCOLOGICI
48
A. Buzu, M. Sinicliu, V. Iudin, V. Pascaru
ANESTHESIA IN TOXIC-SEPTIC CONDITIONS IN ONCOLOGICAL PATIENTS

V. Pascaru, A. Buzu, M. Sinicliu, V. Iudin
ASISTENTA PREOPERATORIE LA PACIENTI CU CANCER CEFALOPANCREATIC, COMPLICAT CU ICTER MECANIC
50
V. Pascaru, A. Buzu, M. Sinicliu, V. Iudin
THE PREOPERATIVE ASSISTANCE OF PATIENTS WITH CACNER OF THE HEAD OF PANCREAS COMPLICATED BZ OBSTRUCTIVE JAUNDICE

I. Mereuţă, A.Buzu, M.Colodrovschi, M.Sinicliu, V.Pahomi
PARTICULARITĂŢILE ASISTENŢEI PREOPERATORII LA PACIENŢII SUPUŞI OPERAŢIILOR URGENTE ÎN ONCOPROCTOLOGIE
51
I. Mereuta, A.Buzu, M.Colodrovschi, M.Sinicliu, V.Pahomi
PECULIARITIES OF PREOPERATIVE ASSISTANCE OF PATIENTS SUBJECTED TO URGENT SURGERIES IN ONCOPROCTOLOGY

A. Buzu, S. Curasevici, S. Cirlig, Natalia Bursacovschi
PARTICULARITĂŢILE ASISTENŢEI PREOPERATORII LA BOLNAVII CU CANCER RENAL
55
A. Buzu, S. Curasevici, S. Cirlig, Natalia Bursacovschi
PECULIARITIES OF PREOPERATIVE ASSISTANCE OF PATIENTS WITH KIDNEY CANCER

С. Курасевич, С. Кырлиг
РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ
58
S. Kurasevici, S. Carlig
PERIDURAL ANESTHESIA - A RATIONAL ANESTHETIC METHOD DURING SURGICAL INTERVENTION ON URINARY BLADDER IN PATIENTS WITH HIGH ANESTHETIC RISK

S.Cîrlig, S. Curasevici, A. Buzu
OPTIMIZAREA ASISTENŢEI ANESTEZICE LA PACIENŢI IMPUŞI OPERAŢII TIP BRICHER
59
S.Cirlig, S. Curasevici, A. Buzu
THE OPTIMIZATION OF ANESTHETIC ASSISTANCE OF PATIENTS UNDERGOIND BRICKER OPERATION

I. Mereuţă, N. Piterschii, A. Buzu, V. Pascaru, A. Badan, A. Popovici
ORGANIZAREA SERVICIULUI ATI PACIENŢILOR ONCOLOGICI ÎN R.MOLDOVA
62
I. Mereuta, N. Piterschii, A. Buzu, V. Pascaru, A. Badan, A. Popovici
THE MANAGEMENT OF THE ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE SERVICE OF THE ONCOLOGICAL PATIENTS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

A.Badan, V.Cojocaru
PATOLOGIA CARDIACĂ LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR ÎN PERIOADA PREOPERATORIE
62
A.Badan, V.Cojocaru
HEART DISEASES IN PATIENTS WITH BREAST CANCER DURING THE PREOPERATIVE PERIOD

A. Badan, V. Cojocaru
CARACTERISTICA HEMOGRAMEI LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR ÎN PERIOADA PREOPERATORIE
63
A. Badan, V. Cojocaru
HEMOGRAM VALUES OF THE PATIENTS WITH BREAST CANCER IN THE PREOPERATIVE PERIOD

N. Piterschii, V. Prohorenco, A. Piterschii, Livia Badan
ASISTENTA PERIOPERATORIE LA BOLNAVII ONCOLOGICI DE VÂRSTĂ SENILĂ CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ ÎN OPERAŢIILE PLANICE 64
N. Piterschii, V. Prohorenco, A. Piterschii, Livia Badan
THE PERIOPERATIVE ASSISTANCE OF ELDERLY ONCOLOGICAL PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN PLANNED SURGERIES

A. Soltan, N. Piterschii, V. Cotelnic, A. Badan, V. Horoş
CAZ CLINIC DE REPLEŢIE VOLEMICĂ LA PACIENT CU HEMORAGIA MASIVĂ PROFUZĂ INTRAOPERATORIE 65
A. Soltan, N. Piterschii, V. Cotelnic, A. Badan, V. Horos
CLINICAL CASE OF REPLETION OF CIRCULATING VOLUME IN A PATIENT WITH MASSIVE PROFUSE HAEMORRHAGE

A. Soltan, V. Cotelnic, V. Pahomi
ANESTEZIA TOTALĂ INTRAVENOASĂ CU SODIUM OXIBUTIRAT ÎN ASOCIAŢIE CU ANALGETIC CENTRAL MORFINĂ LA INTERVENŢIILE CHIRURGICALE EXTINSE LA PACIENŢI CU CANCER LOCAL RĂSPÂNDIT AL LARINGELUI 66
A. Soltan, V. Cotelnic, V. Pahomi
TOTAL INTRAVENOUS ANESTHESIA USING SODIUM OXYBUTYRATE IN ASSOCIATION WITH A CENTRAL ANALGESIC - MORPHINE, DURING EXPANDED SURGERIES IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED LARYNGEAL CANCER

N. Piterschii, V. Prohorenco, A. Piterschii, L. Badan, V. Horoş
STATUSUL SOMATO - FUNCŢIONAL ŞI ASISTENŢA PREOPERATORIE LA BOLNAVII DE CANCER TIROIDIAN DE VÂRSTĂ SENILĂ 67
N. Piterschii, V. Prohorenco, A. Piterschii, L. Badan, V. Horoş
THE SOMATIC AND FUNCTIONAL STATUS AND THE PREOPERATIVE ASSISTANCE OF ELDERLY PATIENTS WITH THYROID CANCER

A. Badan, N. Piterschii, V. Prohorenco, Livia Badan
ANESTEZIA GENERALĂ TOTALĂ INTRAVENOASĂ LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR PE FON DE TRATAMENT CU BLOCATORI AI CANALELOR DE CALCIU, NIFEDIPINĂ 67
A. Badan, N. Piterschii, V. Prohorenco, Livia Badan
GENERAL INTRAVENOUS ANESTHESIA IN PATIENTS WITH BREAST CANCER ON THE BACKGROUND OF THE TREATMENT WITH CALCIUM CHANNEL BLOCKERS, NIFEDIPINE

V. Cojocaru, A. Badan, Doriana Cojocaru
ANESTEZIA INTRAVENOASĂ TOTALĂ LA BOLNAVĂ DE CANCER MAMAR CU ASOCIEREA LEZIUNII PULMONARE ACUTE POSTRADICE (CAZ CLINIC) 68
V. Cojocaru, A. Badan, Doriana Cojocaru
TOTAL INTRAVENOUS ANESTHESIA IN A PATIENT WITH BREAST CANCER IN ASSOCIATION WITH ACUTE POSTRADIATION PULMONARY AFFECTION (CLINICAL CASE)

V. Platon, Marietta Bucinscaia
ASISTENŢA ANESTEZICĂ LA PACIENTELE CU CANCER DE COL UTERIN, ASOCIAT CU GRAVIDITATE ÎN TERMEN 69
V. Platon, Marietta Bucinscaia
THE ANESTHETIC ASSISTANCE OF PATIENTS WITH CANCER OF THE UTERINE CERVIX IN ASSOCIATION WITH PREGNANCY AT TERM

M. Bucinscaia, V. Platon, N. Piterschii
TERAPIA PREOPERATORIE ŞI ASISTENŢA ANESTEZICĂ LA PACIENTELE CU CANCER OVARIAN AVANSAT, COMPLICAT CU POLISEROZITE 70
M. Bucinscaia, V. Platon, N. Piterschii
THE PREOPERATIVE THERAPY AND ANESTHETIC ASSISTANCE OF PATIENTS WITH ADVANCED OVARIAN CANCER, COMPLICATED WITH POLYSEROSITIS

Iu. Ţurcanu, Alina Andreeva, Olga Golovataia
ACTUALITĂŢI ÎN CLASIFICAREA ŞI DIAGNOSTICUL SARCOAMELOR ŢESUTURILOR MOI 71
Iu. Ţurcanu, Alina Andreeva, Olga Golovataia
A MODERN APPROACH TO CLASSIFICATION AND DIAGNOSIS OF SOFT TISSUE SARCOMAS

I. Dăscăliuc
TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUMORILOR MALIGNE ALE OASELOR BAZINULUI 77
I. Dascaliuc
THE SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF THE BONE OF THE PELVIS

JUBILEU 81
Petru MOROZ la 70 de ani
Petru MOROZ'S
70TH ANNIVERSARY

CERINŢELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR 83
PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Ecaterina Tcacenco, medic oncolog, doctorand, Institutul Oncologic din Moldova

MANAGEMENTUL DEPISTĂRII PRECOCE A TUMORILOR PIELII ÎN CONDIŢIILE PARTENERIATULUI CMP-IMSP

The Partnership between state medical institution and private medical centre must be based on the knowledge in a specific domain and the responsibilities, wich are set by the law.

The Partnership between given medical units lead to an increase of work's quality, for example diagnostic and treatment and solution of the problems in the identical services. The Partnership is based on medicosocial collaboration and on the identification of problems of the same interest.

Key words: Partnership, state medical institution, private medical centre.

În Republica Moldova s-au creat premisele pentru piaţa serviciilor de sănătate. Au fost adoptate un set de acte legislative şi normative ce reglementează activitatea medicală. În urma reformei au fost create instituţiile medico-sanitare publice care mai au statut de instituţii publice, avînd ca fondatori atît ministerul de resort cît şi autoadministraţiile locale. Paralel legislaţia a permis dezvoltarea medicinii private. Toate acestea au determinat formarea Pieţii Medicale inclusiv şi a pieţii serviciilor de sănătate. Legislaţia a determinat atît drepturile cît şi responsabilităţile atît a pacienţilor, cît şi a lucrătorilor medicali. În aşa mod pentru sănătate trebuie să răspundă atît pacientul, cît şi instituţia medicală indiferent de forma ei de proprietate şi, evident, statul. Pacientul are dreptul să-şe aleagă atît medicul de familie, cît şi instituţia unde doreşte să-şi amelioreze sănătatea. Acest proces în mare măsură a fost determinat şi de introducerea medicinii prin asigurare. Instituţiile medico-sanitare publice, cît şi cele private, în urma eevaluării şi acreditării pot să încheie contracte cu CNAM.

Deşi în majoritatea ţărilor cu sisteme mixte de sănătate, maladiile sociale, inclusiv bolnavii cu tumori au fost apreciaţi şi asiguraţi cu asistenţă medicală garantată de stat prin programe naţionale. În RM bolnavii cu cancer au fost acreditaţi în asigurări medicale atît pînă la stabilirea diagnosticului, cît şi după, urmînd ca finanţarea serviciilor de sănătate să fie din partea CNAM.

În condiţiile medicinii private, bolnavul achită costul serviciilor de sănătate în casa CMP. Este foarte important, ca în condiţiile atît a IMSP cît şi a CMP, să nu se încalce canoanele oncologice. Cercetările noastre au demonstrat că greşelile la acest compartiment ating 13%. Între IMSP şi CMP nu există parteneriate în interesul bolnavului. Concurenţa şi competitivitatea are scopul profitului, şi nu integral al bolnavului.

Cercetările noastre au evidenţiat că în CMP cel mai important factor de asigurare a bolnavilor sunt garanţiile/responsabilităţile în 80% cazuri. Un rol important în ierarhia celorlalţi factori au avut inofensivitatea serviciilor medicale în 52%, intervalul dintre momentul adresării şi începerea tratamentului 50%, investigaţiile necondiţionate 48% şi altele.

Respondenţii au opinat în 96% că cel mai adecvat model de parteneriat între IMSP şi CMP sunt relaţiile bazate pe cunoştinţe de domeniu şi aprecierea competenţelor apreciate de lege. Acordurile de parteneriat au fost evidenţiate în 78,2%, iar dintre direcţiile posibile mai frecvent – elaborarea planurilor comune 41,2%, coordonarea condiţiilor şi aprecierea competenţelor – 41,3%, realizarea în comun a cercetărilor ştiinţifice 36,2% şi altele. Toate acestea au şi apreciat metodologia şi procesul de planificare în comun IMSP şi CMP în doemniul Parteneriatului medical.

Parteneriatul medical a fost evidenţiat ca necesar în 91%, iar peste 90% dintre CMP au considerat că parteneriatul între IMSP şi CMP contribuie şi facilitează eficenţa lucrului curativ-diagnostic în rezolvarea problemelor serviciilor omogene. Anume parteneriatul contribuie în 68,3% la îmbunătăţirea relaţiilor, aplanarea conflictelor şi ameliorarea rezultatelor serviciilor medicale,

În studiu au fost incluse 531 CMP, 360 manageri, IMSP IOM, CMP „Galaxia", 243.162 bolnavi care au fost consultaţi în condiţiile CMP „Galaxia" în perioada anilor 2000-2008.

Studiul efectuat a demonstrat că tumorile pielii ocupă locul II-III în structura morbidităţii oncologice în diferite ţări, inclusiv şi în RM. Morbiditatea în unele ţări europene atinge cca 35‰, iar în RM 22,5‰, şi 2,2‰ melanomul malign. Se atestă şi

o creştere a grupei clinice IV cu 2% pentru cancerul cutanat şi cu 5,8% la melanomul malign.

Pronosticurile savanţilor arată că morbiditatea prin tumorile pielii, inclusiv cancerul cutanat şi MM va spori către anul 2015 cu 3,8%. Rolul principal în depistarea precoce a tumorilor, inclusiv şi a pielii, îl deţine controlul medical, depistarea activă, examenul oncologic şi sreening-ul precoce. Depistarea activă a TP în condiţiile CMP şi evident IMSP trebuie efectuată prin diferite modalităţi, dar baza trebuie să fie screening-ul oncodermatologic, care include în sine examenul medical primar şi periodic (4 ori pe an pentru vigilenţa oncologică în patologiile pielii şi 3 ori/an în activitatea medicală de oncoprevenţie pentru patologiile care se dezvoltă pe mucoase), examenul clinic oncologic al pielii şi mucoaselor şi screening-ul integral oncoderamtologic. Aceasta apreciază şi criteriile managementului monitorizării bolnavilor cu tumori.

Cele exspuse mai sus au şi determinat cercetarea şi impunerea depistării active şi precoce a tumorilor pielii inclusiv a cancerului cutanat şi a melanomului malign. Acest principiu este oportun şi pentru IMSP şi CMP.

Au fost examinaţi primar sub aspect al vigilenţei oncologice 243.162 bolnavi, dintre care la 13.137 bolnavi a fost depistată patologia pielii, ce constituie 5,4%, iar la 4.650 (1,91%) specialistul dermatolog a suspectat patologie oncologică.

Este semnificativ că 63,6±2,2 au fost din spaţiul urban, iar 36,3±2,4 din localităţile rurale ce a constituit corelativ 2961 şi 1689 bolnavi.

Localizarea tumorilor cutanate au fost preponderent tegumentele extremităţii cefalice 1844 (39,6%). Semnificativ este faptul că din tumorile cutanate facultatice ce au constituit 2725 (100%) mai frecvent s-a depistat papilomul verucos 387 (14,2±2,2%) şi mai puţin hamortromul fibrozat a nou-născutului 6 (0,21±0,02%). Aceste date corespund şi cu alţi autori din Europa şi CSI. Important e faptul că din 154 bolnavi cu suspiciune la melanom malign la 59 s-a confirmat diagnosticul morfologic.

În dinamică din cei 243.162 bolnavi incluşi în studiu, specialiştii CMP „Galaxia” au consultat specialistul dermatolog la 13137 (53,4%) iar ulterior la 4650 (17,0±0,8%) s-a suspectat patologie cutanată ce a necesitat consultaţia dermatologului şi efectuarea dermatoscopiei computerizate. Dermatologul a suspectat patologie oncodermatologică la 180 bolnavi (0,65±0,02%) iar confirmarea a fost la 68 bolnavi, ce constituie 0,26±0,07%. Acest indice este argumentat şi de specialiştii în epidemiologie oncologică din CSI.

În aceste condiţii este oportun şi managementul monitoringului bolnavilor cu TP în condiţiile CMP, care include autocontrolul tegumentelor, examenul tegumentelor şi mucoaselor 3-4 ori/an, DC – 1dată/an, examinarea mucoaselor genitale 4 ori/an, examenul oftalmologic 1 dată/an, ce constituie baza screening-ului dermatologic. Anume aceste deziderate a apreciat necesitatea monitoringului TP şi a Programului Naţional de Supraveghere.

În condiţiile pieţii serviciilor de sănătate bolnavul poate alege atît medicul cît şi instituţia medicală. Este important ca în aceste condiţii să nu fie denaturate canoanele oncologice. Este necesar un parteneriat continuu mai ales în acordarea asistenţei medicale şi a serviciilor omogene.

În ierarhizarea importanţei factorilor de asigurare a deservirii bolnavilor CMP se situează garanţiile şi responsabilităţile părţilor, cu un coeficient de responsabilitate 8,68. Acordurile în parteneriat apreciate de respondenţi 78,2%, în condiţiile coordonării condiţiilor de colaborare şi a aprecierii competenţelor 41,3%, elaborarea planurilor de interes comun între CMP şi IMSP 41,2% şi se termină cu armonizarea obiectivelor părţilor – 1,8%.

Cercetarea Parteneriatului IMSP-CMP a apreciat şi procesul de planificare în comun – colaborare medico-socială şi identificarea problemelor de interes comun.

Bibliografie:

1. Baza de date OESR, 1990.
2. Cecan M. Sistemul de sănătate publică la etapa de tranziţie spre relaţiile economiei de piaţă.//Curierul med. — 1993. — nr. 3-4. — p. 12.
3. Concepţia medicinei publice: aspecte de actualitate şi de perspectivă, adoptată la I Congres al Asociaţiei Medicale din Republica Moldova la 27.11.1996 (sub redacţia Mereuţă I., Ţîbîrnă Gh.).//Moldova Suverană. — 1997. — 4 martie. — p. 3-4.
4. Eţco C. Reformarea procesului de conducere a instituţiei medicale — un pas spre succes.//Materialele Congr. II al specialiştilor în domeniul sănătăţii publice şi managementului sanitar. — p. 83.
5. Mereuţă I. Aspectele concenptuale ale reformei sistemului sănătăţii în Republica Moldova.//Materialele Congr. II al speicaliştilor în domeniul sănătăţii publice şi managementului sanitar. — p. 91.
6. Nicolaescu D. Probleme ale schimbului sistemului public de îngrijiri pentru sănătate. //Viaţa medicală. — 14 martie. — 1997. — p. 4.

Dumitru Butucel, Sergiu Mura, IMSP Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

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

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

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

Regiunea hipogastrică a peretelui abdominal anterior are unele particularităţi anatomice care o deosebesc de regiunea mezogastrică şi epigastrică. Fiecare *m.rectus abdominis* se află în teaca dreptului abdominal, care se formează din aponevrozele celor 3 muşchi laţi ai peretelui abdominal anterior. Teaca dreptului abdominal are perete anterior şi posterior, iar peretele posterior este prezent numai la nivelul a 2/3 proximale a *m.rectus abdominis*; în treimea inferioară, mai jos de *linia arcuata* peretele posterior al tecii dreptului abdominal lipseşte şi aici *mm.recti abdominis* cu suprafeţele lor posterioare sunt aşezaţi pe *fascia transversalis. Linia arcuata* este situată la 4-5 cm mai jos de ombilic. Mai sus de această linie peretele anterior al tecii dreptului abdominal se formează din foiţele aponevrozei *m.obliquus externus abdominis* şi foiţa anterioară a aponevrozei *m.obliquus internus abdominis*, iar peretele posterior – din foiţa posterioară a aponevrozei *m.obliquus internus abdominis* şi aponevroza *m.transversus abdominis.*

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

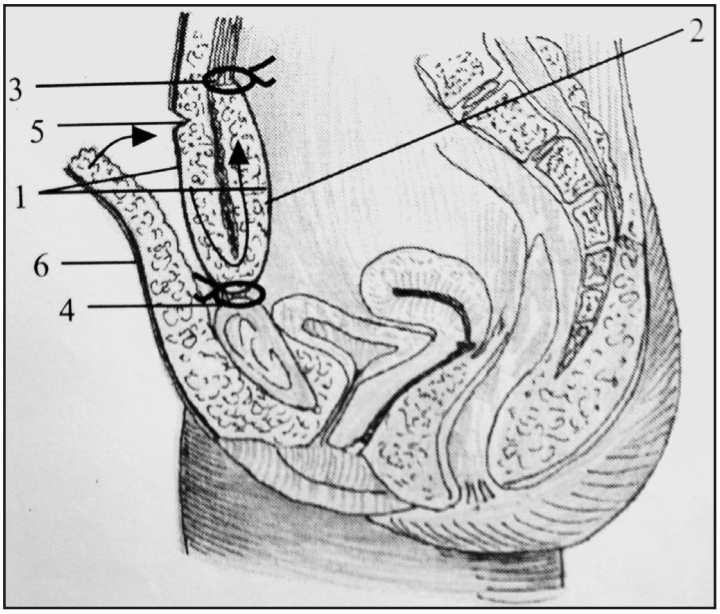
În tumorile voluminoase ale ţesuturilor moi ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică se impune necesitatea exciziei lărgite a tumorilor împreună cu segmente de muşchi, teci musculare, aponevroze, în rezultatul căreea se formează defecte mari tisulare, care din cauza particularităţilor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

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

Aceste metode sunt aplicate în cazul când muşchii peretelui abdominal nu sunt lezaţi şi contribuie la restabilirea complexului morfo-funcţional al acestei regiuni. Însă, după înlăturarea tumorilor voluminoase ale ţesuturilor moi cu implicarea în proces a muşchilor, tecilor, aponevrozelor peretelui abdominal în hipogastrie se impune necesitatea rezecării lor segmentare, care complică posibilităţile de restabilire a peretelui abdominal în regiunea dată.

În legătură cu aceasta a fost elaborată o metodă de plastie pentru închiderea defectelor mari ale peretelui abdominal anterior în această regiune. Esenţa metodei propuse de plastie constă în faptul că după înlăturarea tumorii defectul tisular format este închis prin utilizare în calitate de material plastic a trei lambouri pluristratificate din însuşi peretele abdominal: printr-o incizie modificată tip Pfannenstiel de la *spina iliaca anterior superior dextra* până la *spina iliaca anterior superior sinistra* se disecă pielea, ţesutul adipos subcutan, tecile *mm.recti abdominis* şi aponevrozele celor oblici, se înlătură tumora într-un bloc unic cu ţesuturile adiacente

implicate în procesul tumoral fără a deschide neoformaţiunea. Defectul tisular format este substituit în modul următor (des.1):



Des. 1

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

Exemplu 1: Bolnava S., 45 ani, fişa de observaţie Nr.11715-515, a fost internată cu diagnosticul: Tumor al ţesuturilor moi ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică. În timpul intervenţiei chirurgicale a fost depistată o neoformaţiune a ţesuturilor moi care ocupa regiunea inferioară mezogastrică şi cea hipogastrică de mărimi 20x15 cm şi care concreştea m.drept abdominal şi cei oblici pe dreapta şi parţial pe stânga. Pe cale oarbă şi prin secţionare tumora a fost decolată de pe vezica urinară şi s-a înlăturat într-un bloc unic împreună cu segmentele de muşchi, teci şi aponevroze implicate în proces. S-a format un defect 20x25 cm. La bolnavă era un perete abdominal flax, extins. Măsurând preventiv în care măsură poate fi întins peretele abdominal anterior, care după înlăturarea tumorii, a segmentelor musculare ţi aponevrotice era format din piele, ţesut adipos subcutan şi parţial din din aponevroze s-a efectuat plastia defectului după metoda descrisă. Perioada postoperatorie a decurs fără complicaţii. La examenul histologic Nr.45279-82/07 – Fibrom. Bolnava a fost externată în stare satisfăcătoare la domiciliu peste 16 zile după operaţie.

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

Această metodă de plastie a peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică poate fi aplicată cu succes atât în tratramentul chirurgical al tumorilor ţesuturilor moi, cât şi în herniiile mari ventrale, mai ales la pacienţii cu perete abdominal flax. Aplicând anume trei lambouri pluristratificate din însuşi peretele abdominal este posibilă o fixare mai sigură a peretelui abdominal anterior, ceea ce protejază pacienţii de intervenţii chirurgicale repetate.

Bibliografie:

1. Е.Н.Любых. Способ ушивания срединных операционных ран брюшной стенки в гипогастрии. – авторское свидетельство RU 2021763 C1.
2. О.Г.Бабаев и др. Способ лечения срединных вентральных грыж. – авторское свидетельство SU 1657157 A1.
3. В.В.Кованов. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Москва."Медицина". 1978. С.157.
4. I.C.Voiculescu, I.C.Petricu. ANATOMIA ŞI FIZIOLOGIA OMULUI. Editura medicală – Bucureşti, 1971, p.284-287.

Valentin Capitan, d.ş.m., IMSP Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

METODE DE TORACOPLASTIE DUPĂ ÎNLĂTURAREA TUMORILOR ŞI FORMAŢIUNILOR TUMORIFORME ALE CUTIEI TORACICE

It was proposed new variants of toracoplasty and the new surgical access for exterpation of I, II rib's tumors, which permited of covering of different defects of thoracic cavity.

Key words: thoracoplasty, ribs, sternum, defect of thoracic wall

Tratamentul chirurgical al bolnavilor cu tumori şi formaţiuni tumoriforme ale coastelor şi sternului prezintă dificultăţi majore, constituind o problemă foarte complicată şi multilaterală.

Particularităţile structurii anatomo-fiziologice ale cutiei toracice creează dificultăţi în diagnosticul precoce al neoformaţiunilor acestei localizări. Aspectul exterior al bolnavilor cu tumori şi afecţiuni tumoriforme ale coastelor şi sternului adeseori este amăgitor, deoarece dimensiunile tumorii exterior pot fi mult mai mici decât creşterea ei în cutia toracică. Dimensiunile neoformaţiunii se determină prin tomografia computerizată şi rezonanţa magnito-nucleară. Uneori creşterea internă a tumorii în cavitatea toracică implică în procesul neoplazic organele de importanţă vitală, ceea ce prezintă dificultăţi tehnice majore în timpul intervenţiilor chirurgicale.

Tactica operatorie în cazul tumorilor şi formaţiunilor tumoriforme de dimensiuni mari ale coastelor şi sternului spre deosebire de afecţiunile altor segmente osoase trebuie să fie orientată nu numai spre înlăturarea focarului patologic, dar şi spre profilaxia dezvoltării insuficienţei funcţiei de respiratie şi a funcţiei aparatului cardiovascular, evitarea dezvoltării herniilor postoperatorii ale pereţilor toracic şi abdominal anterior, herniilor diafragmale. Ignorând rezolvarea acestor probleme sortim pacienţii la intervenţii chirurgicale adăugatoare, cauzând scăderea considerabilă a calităţii vieţii. În fiecare caz concret înainte de intervenţia chirurgicală pe cutia toracică este necesar de studiat minuţios posibilităţile păstrării ţesuturilor moi neafectate, de selectat metoda de toracoplastie, care poate fi aplicată în fiecare caz concret. Chirurgul trebuie să creeze condiţii necesare pentru înlăturarea radicală a tumorii, simultan rezolvând problemele profilaxiei apariţiei herniilor postoperatorii în această zonă anatomică, recuperării acestui grup de bolnavi. Asemenea intervenţii chirurgicale trebuie sa se efectueze în instituţiile curative, unde deja există experienţă în acest compartiment al chirurgiei oncologice.

În secţia de tumori ale Aparatului Locomotor a Institutului Oncologic din Moldova în perioada anilor 1985-2006 s-au aflat la investigaţie şi tratament 177 de pacienţi cu diverse tumori şi formaţiuni tumoriforme ale coastelor şi sternului, respectiv 142 şi 35 cazuri.

Studiul materialului clinic ne-a permis să constatăm, că metoda de elecţie pentru efectuarea toracoplastiei în fiecare caz este individuală şi depinde de mai mulţi factori: structura morfologică a tumorii şi gradul de diferenţiere; răspândirea locală şi generală a procesului; localizarea, forma şi dimensiunele defectului format după înlăturarea focarului patologic; starea somatică a pacientului şi patologiile concometente.

Studiind rezultatele pozitive şi negative ale metodelor existente, noi propunem variante noi de toracoplastie, un nou abord transtoracal pentru înlaturarea tumorilor coastelor I şi II. A fost elaborată şi inplementată o nouă construcţie de endoproteză individuală polifuncţională metalică pentru restituirea defectelor cutiei toracice după sternectomii totale şi subtotale.

Aplicând metodele de toracoplastie propuse de noi este posibilă restituirea defectelor cutiei toracice de diverse dimenisiuni, formă, localizare, lărgind posibilităţile înlăturării radicale a tumorilor, diminuând riscul apariţiei recidivilor şi herniilor postoperatorii.

Rezumat:

Au fost propuse noi variante de toracoplastie şi un abord nou pentru înlăturarea tumorilor coastelor I şi II, care au permis suplinirea defectelor cutiei toracice de diferite dimensiuni.

❑

Pihut Oxana, IMSP Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Ştiinţific Oncologie Generală şi ATI

METODE CONTEMPORANE ÎN DIAGNOSTICUL ŞI TRATAMENTUL BOLNAVILOR CU METASTAZE DE TUMORI MALIGNE FĂRĂ FOCAR PRIMAR DEPISTAT

(Studiu bibliografic)

In this article are elucidated the modern aspects of patients examination with metastatic cancers of unknown primary site. For this group of patients there is an algorithm of diagnostic.

Key words: the diagnostic algorithm, metastatic cancers of unknown primary site.

ACTUALITATE

Până în prezent nu există o metodă unică în difinirea „Metastaze de tumori maligne fără focar primar depistat”. Unii autori consideră că acestă diagnoză este competentă în orişice caz, când primele simptoame a îmbolnăvirii sunt determinate de afectarea metastatică. Alţii presupun , că astfel de diagnoză poate fi depistat numai în baza investigaţiilor munițioase, ce includ supravegherea în dinamică de lungă durată şi rezultatele necropsiei. Majoritatea însă consideră abordarea mai raţională, că trebuie de vorbit despre focar primar nedepistat după investigarea momentană a pacientului, ce include analiza, examinarea fizică, renghenologia cutiei toracice, analiza sângelui şi urinei, analiza histologică a tumorii metastatice şi examinarea acelor organe, unde se presupune prezenţa focarului primar în baza anamnezei şi plangerilor pacientului (22, 23, 32, 36, 111, 144, 154).

Creşte interesul faţă de problema dată, datorită noilor posibilităţi în diagnostic şi tratament, ce permit sporirea eficacităţii tratamentului şi prelungirea vieţii bolnavilor din grupul dat. Totodată investigaţia poartă un caracter mai profund, bazânduse pe recomandările contemporane despre creşterea şi metastazarea tumorilor maligne. Optimizarea măsurilor diagnostice presupune micşorarea numărului de bolnavi din categoria dată, însă, cu timpul numărul lor rămâne stabil.

După datele diferitor autori bolnavii cu metastaze de tumori maligne fără focar primar depistat constituie de la 0,5 până la 15% persoane, ce s-au adresat după asistenţă medicală oncologică. Diferenţa mare în indici se lămureşte prin diferite tactici de determinarea acestei forme nozologice (16, 36, 45, 86, 88, 97, 105, 110).

Frecvenţa metastazelor fără focar primar depistat depăşeşte indicii morbidităţii cancerului buzei, vezicii urinare, rinichi, melanomul pielii, tumorile oaselor şi ţesuturilor moi şi esofag. Totuşi, în rapoartele de date de seamă a instituţiilor oncologice aceşti bolnavi nu figurează. În lucrările consacrate morbidităţii tumorilor neoplazice şi mortalităţii din cauza lor a populaţiei se enumără toate tumorile maligne. Excepţie constituie bolnavii cu metastaze fără focar primar depistat. Se crează o părere, că aceşti pacienţii există în realitatea virtuală (6, 23, 111, 117, 122, 146).

În pofida faptului că metastazele fără focar primar depistat se deosebesc prin etiologia lor din diferite organe, comportamentul biologic al lor este aproximativ acelaşi. Forma nozologică dată, după părerea unor autori, reflectă tipul cel mai agresiv al tumorilor maligne, metastazarea cărora apare la cele mai precoce etape de dezvoltare. Din cauza măririi eterogene a tumorii de obicei nu este posibil de determinat din care celulă clon a început metastazarea. Totodată se pierde complexul de simptoame morfologice, ce permit deosebirea celulei tumoprale după originea organului. Aceasta este una din principala cauză a insuccesului în depistarea focarului primar (16, 111).

La fel sa constatat că metastazarea tumorilor la această categorie de pacienţi are loc prin căile ce nu corespun legităţilor de desiminare a tumorilor cu localizare cunoscută. D.A. Casciano a constatat în timpul comparării grupelor persoanelor cu metastaze fără focar primar la care ulterior s-a depistat focarul primar, cu grupa bolnavilor cu localizarea cunoscută a tumorii

primare, că la bolnavii cu cancer pulmonar metastazele în oase s-au depistat în 30-50% de cazuri, iar la pacienţii cu metastaze fără focar primar depistat la care ulterior s-a depistat tumoarea primară în plămâni – numai în 5% de cazuri. În mod egal metastazele în oase s-au depistat la 5-10% de bolnavi cu cancer pancreatic, iar la pacienţii cu metastaze fără focar primar depistat la care ulterior tumoarea primară a fost depistată în pancreas – în 30% de cazuri. Metastaze în plămâni şi ficat se depistează la 15% de bolnavi cu cancer de prostată, iar la pacienţii metastaze fără deistarea tumorii primare la care ulterior focarul primar s-a depistat în prostată – în mai mult de 50% de cazuri. Desiminarea tumorii care evoluiază nu după căile tipice de metastazare fac dificilă depistarea focarului primar şi marea majoritate a cazurilor nu permite cu exactitate de presupus localizarea tumorii conform metatazelor depistate (16).

METODELE DE DIAGNOSTIC

Nu există o părere unică în problema investigării bolnavilor cu metastaze de tumori maligne fără focar primar depistat. Unii consideră inutil petrecerea investigaţiei clinice complexe în cazul rezultatului diagnosticării primar negativ în depistarea focarului primar. Alţii, însă, consideră că investigarea pacienţilor cu metastaze de tumori maligne fără focar primar depistat este necesar de petrecut în aşa fel, ca să se depisteze tumoarea, sensibilitatea la tratament (tumoarea ovarelor, glandei mamare), sau bolnavii ce necesită tratament paliativ(79, 97, 104, 144).

S-a stabilit, că în examinarea munţioasă, ce include tote tipurile de investigaţii, focarul primar poate fi depistat numai la 7,1% bolnavi. Costul examinării unui astfel de pacient în clinica din SUA constituie aproximativ 18000 dolari, pe când supravеţuirea în mediu nu depăşeşte 8,1 luni. În legătură cu aceasta, s-a propus de a folosi metodele costisitoare numai în cazurile când se presupune eficacitatea tratamentului (6, 105, 111).

Mulţi cercetători au încercat de a elabora scheme de investigare, ce ar permite cu exactitate şi în scurt timp, fără folosirea procedurilor de diagnostic complicate, de a depistat focarul de tumoare primar (29, 35, 66, 102, 115). Se presupune, că diagnostica sistemică în metastaze de tumori fără focar primar depistat trebuie să se bazeze pe folosirea metodelor de diagnostic stricte în ordine cuvenită, examinarea sigură a organelor concrete în corespundere cu localizarea metastazelor, ţinânduse cont de căile limfatice şi metastazarea hematogenă, construcţia tumorii metastatice. Algoritmul diagnostic include în sine acumularea munţioasă a anamnezei, examinarea şi palpitaţia organelor respiratorii superioare, organelor genitale, rectoscopia, analizele de laborator, examinarea rengenologică a cutiei toracice,urografia, irigografia, mamografia. Examenul ultrasonografic a organelor cavităţii abdominale, glandei tiroide şi glandelor mamare, la fel şi scintegrafia tuturor organelor se complectează la necesitate cu puncţia sau biopsia (materialul se examinează histologic, electromo-microscopic la componenţa receptorilor hormonali) (39, 45, 146).

O deosebită atenţie se acordă testelor la marcherii tumorali, cât şi la tomografia computerizată şi diagnostica radionucleară, cu ajutorul căruia se examinează pancreasul, ficatul, ovarele, rinichii, plămânii, suprarenalele, căile biliare şi stomacul (14, 36, 66). Tomografia computerizată se consideră metoda standard de investigare a organelor cavităţii abdominale, iar tomografia rezonanţă-magnetică şi metodele invazive de diagnostic se folosesc în cazurile, când depistarea focarului tumoral primar poate considerabil schimba tactica şi metodele de tratament (91, 111).

Este contradictorie părerea diferitor autori despre eficacitatea metodelor de diagnostic în căutarea focarului primar. Unii cercetători acordă TC un rol esenţial în indentificarea focarului primar în pancreas, plămâni şi rinichi. Alţii vorbesc despre o importanţă vădit exagerată a TC şi TRM în diagnosticul focarului primar, nemicşorând rolul lor în aprecierea răspândirii procesului tumoral (65, 91). Unii autori apreciază pozitiv eficacităţii mamografiei în depistarea focarului primar în glanda mamară, specificarea căruia constituie 73% (13, 73).

În cerectările Leonard şi al. (75) s-au apreciat metodele de diagnostic renghenologic. Cu ajutorul renghenografiei de contrast a esofagului, stomacului, intestinului gros şi urografia internă în 50% de cazuri a fost depistat focarul tumoral primar. Examinarea renghenologică a organelor cutiei toracice, după părerea a mai multor autori, posedă o mai mică sensibilitatea şi spicificare, deoarece din 27 pacienţi cu focarul primar în

plămâni, depistat la necropsie, diagnoza de cancer pulmonar după rezultatele renghenografiei a fost stabilit numai la 6 bolnavi. La restul pacienţi concluzia renghenologică era următoarea: pleurit – la 8, afectarea metastatică a ganglionilor mediastinali – la 12, infiltrat – la 1 bolnav. Pentru o mai efectivă depistare a foctarului primar în plămâni autorii recomandă efectuarea bronhoscopiei.

Mulţi cercetători internaţionali apreciază metoda de diagnosticare ultrasonografică în depistarea focarului primar în glanda tiroidă, ficat, ovare, prostată, sensibilitatea cărora, după datele diverşi autori, constituie de la 30 până la 75% (66, 132, 144, 156).

Deseori tumoarea primară este confundată cu metastaz. În 12 cazuri de canceromatoză abdominală la necropsie a fost depistat tumoare a cavităţii abdominale şi spaţiul retroperitonial . În cazul a 20 pacienţi operaţi cu tumoarea glandei salivare (carcinom bine diferenciat) la 3- afectarea apreciată morfologic ca metastaz fără focar primar depistat (146).

În rezultatul examinării clinic complexe după datele Leonard şi al., focarul tumoral primar a fost depistat în 18% de cazuri, în pancreas – în 20%, în ficat – în 11%, intestinul gros – în 10%, stomac – în 8%, rinichi – în 6% de cazuri. (75).

Maiche A.G. afirmă următoarele date despre depistarea tumorii primare: în plămâni – 20%, în rinichi – 9%, în pancreas – 6% (79).

Daugaard G. comunică despre rezultatele a 436 necropsii, în care tumoarea primară a fost găsită în pancreas – 22% de cazuri, în plămâni – 20%, în rinichi – 5%, în prostată – 3% de cazuri (27).

Ovarele, pancreasul, stomacul şi vezica biliară (pe măsura micşorării) erau mai des localizarea tumorii primare, depistat la necropsii. Diferenţa în localizarea metastazelor şi tipurilor histologice de tumori în comparaţie cu grupul de control nu a fost depistat. În 190(11,2%) de cazuri focarul primar a fost depistat la necropsie (80). Însă, chiar şi după efectuarea necropsiei în 15-25% de cazuri focarul primar nu a fost posibil de depistat (27, 89, 111, 144).

Majoritatea oncologilor ajung la o părere comună în ce priveşte efectuarea biopsiei, iar materialul de examinat histologic, imunohistochimic şi la microscopul electronic (52, 56, 97, 144). În examinarea histologică a metastazelor fără focar primar depistat în 80-93% de cazuri este posibil stabilirea gradului de diferenciere şi provenenţa histogenetică a celulelor tumorale, iar în 25-78% de cazuri – de a presupule localizarea tumorii primare (136, 141, 148, 159).

După datele Bernal şi al. printre metastazele maligne de tumoare fără focar primar depistat adenocarcinomul constituie 58%, carcinom nedeferinciat – 22,2%, carcinom paviementos - 1,8% (16). Rezultate asemănătoare a publicat Krulik: adenocarcinoma – 60%, carcinom nedeferenciat – 30%, carcinom pavimentos – 5-10% (72).

În cercetările Frost şi al. adenocarcinoma constituie aproximativ 85% supraveghere, sarcoma – mai puţin de 5%, carcinomul pavimentos mai des se întâlneşte în afectarea ganlionilor limfatici cervicali (36). Gil şi al. la fel axentuiază adenocarcinoma ca tip histologic dominant printre metastazele fără focar primar depistat, ce după datele lor, constituie 48%, adică aproximativ de două ori mai puţin decât la autorii precedenţi (40).

În cercetarea a 26050 de cazuri a metastazelor de cancer fără tumoarea primară depistată, verificate histologic, s-a stabilit, că adenocarcinoma constituia 55%, carcinoma epidermoidă şi carcer fără stabilirea histogenezei – câte 14% corespunzător. (86)

Maiche A. comunică despre următoarea distribuire a metastazelor maligne fără focar primar depistat după structura histologică: adenocarcinoma – 34%, carcinom nedeferinciat – 28%, .carcinom pavimentos – 31%, melanom – 4% (79).

Metastaze de melanom fără focar primar depistat se întâlnesc în 4% de cazuri. La 65% de pacienţi s-a depistat metastaze de melanom izolate în ganglionii limfatici, la 28% - în combinaţiecu organele afectate, la 8% - în combinaţie cu metastaze intracutane (7, 76, 90).

În cazurile, când în legătură cu starea grea a bolnavului nu e posibil efectuarea biopsiei deschise a tumorii metastatice, cât şi la prima etapă a examinării clinice complexe, majoritatea oncologilor recomandă petrecerea biopsiei punctate cu examinarea citologică, veridicitatea căruia, după părerea diferitor autori este de 48 – 90% (111, 131, 149,152). Însă, depistarea localizării focarului primar în baza examinării

citologice este posibilă în 10-51% de cazuri (130, 153, 158). După părerea mai multor oncologi, metodele citologice şi histologice se complectează una pe alta în procesul căutării focarului primar. Un rol important în stabilirea histogenezei metastazului, diferencierea celulelor tumorale, presupunerea localizării focarului primar i se atribuie examinării electrono-microscopice, în deosebi, în depistarea simptoamelor specifice ultrastructurale, caracteristice carcinomului pavimentos, tumorilor de geneză neuroendocrină, adenocarcinomului şi melanomului nepigmentat (41, 46, 49, 54, 84, 99).

În ultimul timp mai răspândite sunt metodele histochimice şi imunohistochimice, care după părerea unor autori, concomitent cu aprecierea histogenezei, diferencierii şi imunofenotipului celulelor tumorale permit depistarea focarului primar. Însă, în diagnosticarea diferenciată a limfomului şi carcinomului slab diferenciat se foloseşte metoda imunomorfologică (57, 67, 78, 82, 111.

În ultimul timp masi des apar articole despre examinarea molecular-genetică a metastazelor de tumoare fără focar primar depistat (59, 78, 84, 94, 111). Motzer eşi al. au cercetat la nivel molecular-genetic cariotipul metastazelor celulelor tumorale slab diferenciate la 40 bolnavi, în rezultatul căruia în 42% de cazuri s-a stabilit diagnoza morfologică: la 30% - tumoarea germibnogenă extragonadală , la 12% - depistaţi alte cariotipuri de tumoare – neuroepitelioma, limfoma, melanoma, sarcoma. Se presupune, că în viitor îmbunătăţirea diagnosticării să fie posibilă pe contul studierii caracteristicii moleculare a tumorii (74).

MARCHERII TUMORALI

Unele celule tumorale cu diferit grad de diferenţiere formează substanţe numite marcheri tumorali. În calitate de ultimii pot fi albumine, fermenţi, antigeni. Depistarea lor în serul sanguin a bolnavilor, lichidul pleural sau ascitic cu ..... indică tipul tumorii şi răspândirea ei. Unul din cei mai răspândiţi marcheri tumorali – PSA – se determină la 12-30% bolnavi cu cancer de prostată în stadiul I şi 85-95% bolnavi cu metastaze (15, 50). În afară de aceasta, o largă folosire au alifa-fetoproteina (AFP), atigenul cancero-embrional (ACE), horiogonadotropina (HG), antigenii carbonogidraţi (CA-19-9, CA 125) (26, 51, 134).

În ultimii ani s-au elaboratnoi metode de testare legate de antigenii tumorali şi marcherii tumorali specifici. În cancer mamar des se folosesc CA 15-3, nivelul cărora în serul sangvin a persoanelor sănătoase e de doar 0,8% (10). În lipsa metastazelor la bolnavii de cancer mamar concentraţia marcherilor creşte până la 27,4%, în metastaze la distanţă – 79,1%, pe când în afectarea benignă a glandei mamare acest indice constituie 3,7%. Examenul nivelului tireoglobulinei se socoate important în depistarea localizării focarului primar în glanda tiroidă (112).

De obicei în clinică se întrebuinţează 2-3 marcheri tumorali, specifici pentru determinarea anumitor timpuri de tumoare. În caz de suspiciu la cancer gastric se determină nivelurile CA 19-9, REA, CA 72-4, tumorile ficatului – AFP şi REA, cancerul colorectal – PA şi CA 19-9, tumoarea germibnogenă extragonadală AFP şi HG (17, 38, 60, 75, 103).

Yam şi al. confirmă, că aproximativ la 3% bolnavi cu metastaze de tumori maligne fără focar primar depistat ulterior se determină cancer de prostată (126). În legătură cu aceasta bărbaţilor cu preponderenţa afectării metastatice în oase se recomandă de investigat la antigenii specifici de prostată (PSA) (100).

Pentru determinarea localizării focarului primar au fost studiaţi un şir de marcheri la pacienţi cu diferite localizări a adenocarcinomului. Mai informativi au fost REA, CA 19-9, CA 125 şi BCA 225. Panoul procentajului acestor marcheri (66% cazuri) corect au indicat localizarea focarului primar, ceea ce permite să sperăm la sporirea eficacităţii măsurilor diagnostice prin combinarea testelor cu investigaţiile clinico-morfologice (20).

RĂSPÂNDIREA PROCESULUI TUMORAL

Cel mai des întâlnite localizări de afecţiune metastatică fără focar primar depistat aparţin ganglionilor limfatici, plămâni, oase (64, 145). Afectarea multiplă a ganglionilor limfatici, organelor şi ţesuturilor se întâlnesc în mai mult de 50% cazuti (81).

După datele Bernal şi .al. afecţiunii metastatice a ganglionilor limfatici se întâlneşte în 36,4% cazuri, plămâni – 20,3%, oase – în 16,6%, ficat – în 9,2%, ţesutul celular subcutan, creer – în 2,4%, formaţiune tumorală a cavităţii abdominale şi bazinului mic se constată în 6,7% cazuri (16). Afecţiunea metastatică a ganglionilor limfatici, izolarea sau în combinare cu afecţiunea

altor organe şi ţesuturi, se întâlneşte în cazul nedepistării focarului primar de la 37% până la 49% (25).

Printre toate grupurile de ganglioni limfatici, după informaţia mai multor autori, mai des metastazele afectează ganglionii cervicali şi supraclaviculari, totodată focarul primar se întâlneşte în 40-62% cazuri, în deosebi, în regiunea capului şi gâtului, la fel în plămâni (121, 137, 157, 159). Ganglionii limfatici axilari izolat sunt afectaţi rar şi mai rar – inghinali (50).

Aproximativ la 5% de pacienţi cu focar tumoral depistat în regiunea capului şi gâtului simptomul primar îl constituie mărirea în volum a ganglionilor limfatici cervicali, totodată în 10% cazuri se remarcă afecţiune bilaterală (28, 58, 159). Metasteze în ganlionii limfatici apărea ortograd, cât şi retrograd, iar în blocada căilor directe – indirect şi căi crucişate, deaceea este evidentă corelaţia anatomo-topografică comlicată şi încurcată. Regiunea gâtului este punctul central în procesul metastazelor de tumori maligne pe cale limfatică. Localizarea tumorii primare în viaţa bolnavului se stabileşte în 40-62% cazuri, în deosebi în tumorile capului şi gâtului (141, 159).

După datele unui şir de autori în investigaţiile morfologice metastaze în ganglionii limfatici cervicali mai des întâlnit este cancerul microcelelar – 19,6 – 50%, adenocarcinoma 20,6-27,2%, cancer nediferenciat – 23,7-25,8%, melanom – 1,1-3,9% (121, 136, 159).

În algoritmul cercetării diagnostice la pacienţii cu afecţiune metastatică în ganglionii limfatici cervicali paralel de investigaţiile renghenologice, endoscopice şi alte investigaţii de rutină unii autori recomandă de inclus TC şi RM, angiografia şi aprecierea titrelor antitel Epstain-Barr (30, 33, 119).

Printre bolnavii cu afecţiune metastatică a ganglionilor limfatici pacienţi cu metastaze în ganglionii limfatici axilari, după datele diferitor autori, constituie de la 4 până la 26% (24, 76, 114).

Cea mai des întâlnită sursă a metastazării în ganglionii limfatici este tumoarea glandei mamare, însă, în ei la fel se întâlnesc metastaze de cancer a organelor tractului gastro-intestinal, plămâni, sistemului urogenital. Sunt stuiate 96 cazuri de patologie a ganglionilor limfatici axilari la 94 pacienţi, depistaţi la mamografie. Limfoadenopatia nespecifică se constată la 22(29%), metastaza cancerului glandei mamare – la 20(26%), limfoleucemie – la 13(17%). Alte morbidităţi (la 21 pacienţi) reprezintă colageneza vasculară, limfoame, metastaze de cancer a altor localizări, metastaze fără focar primar depistat, sarcoame. Sunt obţinute rezultate veridice în dependenţă de mărimea ganglionilor limfatici şi procesului malign. Dacă ganglionului este mai mare de 33 mm, atunci procesul malign (cpecific – 97%, sensibilitatea – 31%). Însă nu e suficient numai în baza datelor mamografiei determinarea procesului malign (128).

Unii autori confirmă, că metastaze în ganglionii limfatici axilari e necesar de examinat ca manifestarea cancerului mamar, indiferent de prezenţa la mastectomie, şi de a se dezice de procedurile de diagnosticare în depistarea focarului primar (53, 93). Însă, majoritatea oncologilor sunt de părerea de a efectua un complex de investigaţii clinice cu mamografie, ultrasonografie, termografie şi termografia glandei mamare cu precedarea înfăptuirii rezecţiei sectorale a glandei mamare şi limfoadenectomia axilară (31, 126, 137, 155). Dacă tumoarea în glanda mamară nu e posibil de depistat e necesar de a continua investigarea bolnavului, luânbduse în consideraţie datele investigaţiilor morfologice şi electonomicroscopice. În cazul când focarul primar rămâne necunoscut, iar rezultatele morfologice a metastazelor şi aprecierea nivelului receptorilor hormonali pot demonstra prezenţa „ascunsă” a cancerului mamar, se recomandă efectuarea chimioterapiei şi radioterapiei.

Presupun, că afecţiunea metastatică a ganglionilor limfatici fără focarului primar depistat cu alţi ganglioni limfatici colectori constituie de la 2,7% până la 10,3% (47, 141). După datele Guarischine şi al cancerul nedeferinciat s-a întâlnit în 42% cazuri, cancer pavimentos – în 19,6%, adenocarcinoma şi melanoma – câte 16,1% (44). Mai frecvent sursele de metastaze în ganglionii limfatici inghinali au fost tumorile organelor urogenitale şi ale intestinului rect deaceea un rol important în diagnosticl primar ocupă examenul clinic muniţios şi metodele endoscopice cu biopsia concomitentă a zonelor suspecte. Afectarea izolată a ganglionilor limfatici din spaţiul retroperitonial se întâlne.te foarte rar şi constituie de 1,5 la 6% din afectarea tuturor grupurilor de ganglioni limfatici. În aceste condiţi e necesar de investigat muniţios intestinul şi organele urogenitale (46, 56, 151).

În cazurile când are lor afectarea ganglionilor limfatici mediastinali la pacienâii cu vârsta până la 50 de ani se combină cu metastaze ale ganglionilor limfatici retroperitoniali şi altor grupuri de ganglioni limfatici, inclusiv, avînd o structură de cancer nediferenţiat testat histologic, mulţi autori consideră necesară efectuarea investigaţiilor imunomorfologice şi testarea nivelului marcherilor tumorali, şi dacă nivelul CH şi ACT în serul sangvin este ridicat şi testul imunohistochimic la CH şi ACT este pozitiv aceşti bolnavi sunt consideraţi pacienţi cu tumori germinogene negonadice (46, 48).

Conform datelor Bernal şi al. din toate localizările metastazelor de tumori maligne fără focar primar depistat, pulmonii ocupă al doilea loc – 20,3% (16). Mai frecvent în pulmoni metastazează tumorile glandei mamare – de la 15 la 19%, sistemului hematopoietic – 12-15%, ovarelor – 12-14%, renale – 10-12%, prin urmare anume aceste organe e necesar de a fi examinate foarte atent (91, 143).

Destul de frecvent în 10-25% cazuri prima manifestare a procesului malign sunt metastazele în oase, în aceste cazuri la aproximativ 20-30% de bolnavi focarul primar rămâne nedepistat (19, 29, 123, 138, 162,163). Conform datelelor a mai multor autori mai frecvent în oase metastazează cancerul hipernefroic renal, cancerul glandei mamare, cancerul pulmonar (29, 129, 130, 162).

Frecvenţa afecâiunilor metastatice cerebrale fără focar primar constituie 2,4 – 9,1%. Cel mai frecvent metastazele cerebrale apar în cancer pulmonar, cancerul mamare, melanom malign (16, 37, 130, 139).

Afectarea izolată metastatică a ficatului se întâlneşte în 3-19% cazuri din grupul localizărilor metastazelor fără focar primar (79, 97). Cel mai frecvent în ficat metastazează tumorile pancreasului, vezicii biliare, stomacul, esofagul şi plămînul (97, 143).

FACTORII DE PROGNOSTIC

În literatura de ultima oră au apărut lucrări care ilucidează factorii de progostic la pacienţii cu metastaze ale tumorilor maligne fără focar primar depistat (3, 45, 47, 123, 140, 142).

Guthrie şi al evidenţiează două subgrupe de bolnavi, pacienţii cu prognostic favorabil: cu metastaze de cancer pavimentos în ganglionii limfatici cervicali, axilari şi inghinali şi pacienţii cu metastaze unice de cancer de diferite structuri histolice în viscere în condiţiile unei stări generale satisfăcătoare ale pacienţilor (45).

Abbruzzese şi al. consideră drept factori favorabili de prognostic afectarea metastatică a ganglionilor limfatici şi originea neuroendocrină a tumorii, drept factori nefavorabili de prognostic sunt consideraţi – genul mascului, numărul mare de organe afectate, tipul histologic – adenomu şi afectarea metastatică a ficatului (1, 3).

Van der Gaast şi al. în urma cercetărilor efectuate a constatat că un rol imortant în prognosticul evoluţiei bolii joacă starea generală a bolnavului, tipul histologic al tumorii, przenţa metastazelor în oase şi ficat, nivelul fosfotazei alcaline şi ACT în serul sangvin. Însă prin analiza factorilor multipli s-a constatat o importanţă mai evidentă a doi factori: starea generală a pacientului şi nivelul ACT-lui (124).

Pasterz şi al evidenţiază în calitate de factori favorabili de prognostic: starea generală a pacientului satisfăcătoare, afectarea izolată a ţesutului adipos subcutanat şi afecatrea ganglionilor limfatici periferici (92).

În Republica Moldova problema a fost studiată parţial de unii cercetători (117, 122).

În concluzie constatăm ca, până în prezent nu a fost elaborat un algoritm de diagnostic pentru depistarea tumorii primare la bolnavii cu metastaze de cancer fără focar primar depistat, nu există o difinire adecavtă a diferitor metode de diagnostic în procesul de depistare a focarului primar şi în determinarea răspândirii procesului metastatic. Nu există o părere unică în difinirea celor mai favorabili factorilor de prognostic în evoluţia bolii la această categorie de bolnavi gravi.

Cece relatate mai sus confirmă actualitatea temei şi cautarea de noi soluţii. Este o cercetare stiinţifică selectivă.

Bibliografie:

1. Abbruzzese J.L., Abbruzzese M.C., Hess K.R., et al. Unknown primary carcinoma: natural history and prognostic factors in 657 consecutive patients. J.Clin.Oncol.1994.-V.12, #6,p.1272-1280.
2. Abbruzzese J.L.et.al. The biology of unknown primary tumors. Semin.Oncol.20:238, 1993.
3. Abbruzzese J.L., Raber M.N., Frost P. An effective strategy for the evaluation of unknown primary tumors.// Cancer Bull. - 1989.-V.41,#3.p.157-161.
4. Almeida P.C., Pestana C.B. Immunogistocemical markers in the identification of metastatic breast cancer.//Breast Cancer Res.Treat.-1992.-V.21, N3.-p.201-210.
5. Altman E., Cadman E. An analysis of 1539 patients with cancer of unknown primary site. // Cancer 1986, 57(1):120-124.
6. American Cancer Society. Statistics for 2007 American Cancer Society Statistics. July 11.2007.

7. Anbari K.K., Schunter L.M., Buky L.P. et al. Melanoma of unknown primary site: presentation, treatment and prognosis – a single institution study. University of Pennsylvania Pigmented Lesion Study Group. Cancer. 1997 May 1 79:9 p.1816-1821.

8. Armstrong A.S., Blackhall F.H. Management of cancer from an unknown primary.// Expert Opin Pharmacother. 2007 Mac., 8(4), p.445-455 (Review).

9. Ashicari R, Rosen P.P. et al. Breast cancer presenting as axillary mass// Ann. Surg.-1976. N9.- p.415-417.

10. Baier M. Application fur tumormarker.// Mitt.Dtsch.Klin.Chem.-1989.-V.20,#2.-p.54-57.

11. Barlogie B., Drewinko B., Schumann J. et al. Cellular DNA content as a marker of neoplasia in a man.-Amer. J.Med., 1980,N69,195-203.

12. Baron P.L., Gandara I. Et al. Bony metastases as the first manifestation of a tumor.//Int. Ortop..-1991.-V.15N4.-p.373-376.

13. Baron P.L., Moore M.P. et al. Occult breast cancer presenting with axillary metastasis.//Arch.Surg.-1990.-V.125,#2.-p.210-214.

14. Bates S. E. Clinical applications of serum tumor markers./ /Ann.Int.Med.-1991.-V.115,N8.-p.623-638.

15. Bates S. E. The use and potential of serum tumor markers, new and old.//Drugs.-1989.-V.38,N1.-p.9-18.

16. Bernal M.P., Cazar E.L., Estevez R.A., Uboldi J.R. Tumor primitivo disconocido// Rev. Latinoamer. oncol. clin.-1988.-v.20, 35.-p.5-19.

17. Braud F., Sarraf M. Diagnosis and management of squamots cell carcinoma of unknown primary tumor site of the neck.//Sem.Oncol.-1993.-v.20,31.-p.273-278.

18. Bittner H., Rosanowski F., Pottek T. Et al. Metastases of germ cell tumors to the ENT area – a rare differential diagnosis of lymph node metastases in unknown primary tumor. Laryngorhinootologie. 1996 Oct. 75:10 p.616-618.

19. Bordel Gomez M.T., Used Aznar M.M. Cutaneous metastases from adenocarcinoma of unknown primary site. Actas Dermosifiliogr., 2006 Dec; 97(10): 662-665.

20. Brown R.W., Campagna L.B., Dunn J.K. et al. Immunohistochemical identification of tumor markers in metastatic adenocarcinoma . A diagnostic adjunct in the determination of primary site. Am.J.Clin. Pathol. 1997 Jan.107:1 p.9-12.

21. Cardano S., Cornaglia G., Monteverde A.I. A worrisome scintigraphy. Recenti Prog. Med. 2006 Jul-August; 97(7-8): 393-396.

22. CastiatoD.A.,Chapter 103, Metastasis of unknown origin. In Haskell, C.M.(ed). Cancer treatment (4th ed.)Philadelphia: W.B. Saunders,1994.

23. Castiato D.A., Lowitz B.B. Manual of Clinical Oncology.(Third edition) Boston- New York-Toronto-London,1995,625p.

24. Chee C.P. Brain metastasis of unknown origin.// Sing.Med.J.- 1990.- V.31,32.-p.48-50.

25. Chevalier T.L., Cvitcovic E., Caille P., Harvey J., Contesso G., Spielmann M., Rouesse J. Early metastatic cancer of unknown primary origin presentation. A clinical study of 302 consecutive autopsied patients. Arch. Intern. Med.1988,V.148, p.2035-2039.

26. Cohen A.D., Neuman A., Cohen Y. Serum tumor markers in the diagnosis of cancer of unknown primary site. Harefuah, 1995, Oct., 129:7-8h.279-282.

27. Daugaard G. Unknown primary tumours.//Can.Treat.Rev.-1994.-V.20.-p.119-147.

28. De Santo L.W., Neel H.B. Squamous cell carcinoma: metastasis to the neck from unknown or undiscovered primary.// Otolaryng.Clin.N.A.-1985.-V.18,N3.-p.505-513.

29. Destombe C., Botton E., Le Gal G., Roudant A., Jousse Joulin S., Devanchelle-Pensec V., Saranx A. Investigations for bone metastasis from an unknown primary. Joint Bone Spine. 2007 Jan; 74(1): 85-89.

30. De Vit R., Hoek F.J., Bakker P.R., Veenho C.H. The value of MCA, CA 15-3, CEA and CA-125 for discrimination between metastatic breast cancer and adenocarcinoma of other primary sites.//J.Int.Med.-1991.-V.229,#5.-p.463-466.

31. Ellerbroek N., Holmes F. Et al. Treatment of patients with isolated axillary nodal metastases from an occult primary carcinoma consistent with breast origin.// Cancer.-1990.-V.66,#7.-p.1461-1467.

32. Farag S.S. et al. Delay by internists in obtaining diagnostic biopsies in patients with suspected cancer. Ann. Intern. Med. 116:473, 1992.

33. Feienmesser R., Feienmesser M. et al. Detection of occult nasopharyngeal primary tumors by means of in situ hybridization./ /J. Laryngol/Otol.-1992.-V.106,#4.- p.345-348.

34. Feun L.G, Savarag N. Detection of occult bone metastasis by MRI scan.//J.Fl.Med.Assoc.-1990.-V.77, N10.-p.881-883.

35. Font W.F., Cordies J.N., Diaz S.C., Solano L.P. Sistematica diagnostica frente a una metastasis sin tumor primario conocido./ /Rev.cub.oncol.-1989.-v.5,#1-2.-p.9-15.

36. Frost P., Raber M., Ambbrtzzese J.L. Unknown primary tumors as a unique clinical and biologic entity a hypothesis. Cancer Bull., 1989, 41-3,p.139-141.

37. Gambardella G., Santamaria L.B et al. Brain metastases: surgical versus conservative treatment. //J. Neurosurg.-1990.-v.34,#3-4.-p.309-314.

38. Gamble A.R, Bell J. A. et al. Use of tumour marker immunoreactivity to identify primary site of metastatic cancer.// B.M.J.-1993.-V.306, N1.-p.295-298.

39. Gatter K, Alcock C, Heryet A, Mason D. Clinical importance of analysing malignant tumors of uncertain origin with immunogistological techniques.//The Lancet.-1985, N6.-p.1302-1305.

40. Gil G.M., Vadell N.C., Farbegat M.X. et al. Yield of diagnostic tests in neoplasms of unknown origin. A retrospective study.// Rev. Clin. Esp.-1990.-V.186(6),#4.-p.252-258.

41. Giuffri G., Muscarella A. Malignant hypomelanotic melanoma of mules. A histologic, immunohistochemical and ultrastructural study of a case with unknown primary site and widespread metastases. Pathologica. 1995 Feb. 87:1 p.100-104.

42. Gluckman J.L., Robbins K.T., Fried M.P. Cervical metastatic squamous carcinoma of unknown or occult primary source.//Head-Neck.-1990.-V.12,N5.-p.440-443.

43. Greco F. A., Hainsworth J.D. Tumors of unknown origin. // CA. Cancer J. Clin.- 1992.-v.42,#2.-p.96-115.

44. Guarishi A., Keane T.J., Elhacim T. Metastatic inguinal nodes from an unknown primary neoplasm: a review of 56 cases./ /Cancer.-1987.-v.59,#3.-p.572-577.

45. Guthrie T.H. Treatable carcinoma of unknown origin.// Amer.J.Med.Sci.- 1989.-v.298,#2-p.74-78.

46. Hainsworth J.D., Greco F. A. Poorly differentiated carcinoma and poorly differentiated adenocarcinoma of unknown primary site.// Sem.Oncol.- 1993. – v.20,#6.—p.279-286.

47. Hainsworth J.D., Greco F. A. Treatment of patients with cancer of unknown primary site.// Imp. Adv.Oncol.-1991.- p.173-190.

48. Hamann G., Meier T., Schimrigk K. Brain metastases as an initial manifestation of tumor disease.// Nerv.- 1993.-v.64,#2—p.54-57.

49. Hanna W.M., Kahn H.J. The ultrastructure of metastatic adenocarcinoma in serous fluids: an aid in identification of primary site of the neoplasm.//ACTA Cytol.1985.-V.29, N3.p.206-210.

50. Harper C.L., Lofts F.J., Otter M. et al. Prostate- specific antigen (PSA) immunohistochemistry in the presence of a normal serum PSA as an aid to diagnosis of adenocarcinoma of unknown primary site.// Br.J.Hosp.Med.1996 Mar.20-Apr.2 55:6 p.367-368.

51. Haseman M.K., Brown D.W. et al. Radioimmunodetection of occult carcinoembryonic antigen- produting cancer.// L.Nucl.Med.- 1992.- v.33,#10.-p.1750-1756.

52. Haskell C.M., Cochran A.J., Barsky S.H. et al. Metastasis of unknown origin.//Current Problems in Cancer.-1988.-V.12,N1.-p.1-58.

53. Haupt H.M., Rosen P.P., Kinne D.W. Breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases.//Am.J.Surg.Path.-1985.-v.9,#3.-p.165-175.
54. Herrera G.A., Reimann B.E. Electron microscopy in determing origin of metastatic adenocarcinomas.//S.Med.J.-1984.-v.77,#12.-p.1557-1566.
55. Hess K.R., Abbruzzece M.C., Lenzi R., Raber M.N., Abbruzzece J.L. Classification and regression tree analysis of 1000 consecutive patients with unknown primary carcinoma.// Clin. Cancer Res., 1999 Nov.., v.5 #11 p 3403-3410.
56. Hewitt M.J., Anderson K., Hall G.D., Weston M., Hutson R., Wilkinson N., Perren T.J., Lane G., Spenser J.A. Women with peritoneal carcinomas of unknown origin: Efficacy of image-guided biopsy to determine site-specific diagnosis. BJOC 2007 Jan; 114(1):46-50.
57. Holderman W.H., Jacques J.M., Blackstone M.O., Brasitus T.A. Prostate cancer metastatic to the stomach. Clinical aspects and endoscopic diagnosis.//J/Clin/Gastroenterol.-1992.-V.14,N3.-p.251-254.
58. Homan M.R., Gharib H., Goellner J.R. Metastatic papillary cancer of the neck: a diagnostic dilemma.//Head-Neck.-1992.-v.14, 32.-p.113-118.
59. Ilson D.H., Motzer R.J., Rodrguiez E. Et al. Genetic analysis in the diagnosis of neoplasms of unknown primary site. // Semin. Oncol.-1993.-v.20, N6.-p.229-237.
60. Ishihara T. et al. Pancreas cancer and tumor markers.// Curr.Med.-1989.-V.36, N3.-p.433-444.
61. Jackson B., Scott-Corner C., Moulder J. Axillary metastasis from occult breast carcinoma: diagnosis and management.// Am.SSurg.1995 May 61:5 p.431-434.
62. Jacobsen J.H., Johansen J., Jorgansen K.E. Neck lymph nodes metastases from an unknown primary tumor.//Ugerskr-Laeger.-1991.-v.153,#4.-p.428-430.
63. Jerusalem G., Rorive A., Ancion G., Hustiux R., Fillet G. Diagnostic and therapeutic management of carcinoma of unknown primary: radio-imaging investigations. //Ann.Oncol.,2006 Sept; 17 Suppl 10:x p.168-176. Review.
64. Jungi W.F.,Osterwalder B. Approach in metastasis with unknown primary tumor .//S.Med.Woch.-1990.-v.120,#9-p.1273-1279.
65. Karsell P.R., Sheedy P.F., Connell M.J. Computed tomography in search of cancer of unknown origin.//J.A.M.A.-1982.-v.248.-p.340-343.
66. Kato S., Yasuda K., Nishino Y., Ohori H., Takahashi M., Takahashi S., Yamamura G. et al. Clinical characteristics of cancer of unknown primary (CUP) – a summary of 22 cases. Gan To Kagaku Ryoho.201227-31.
67. Kaufmann O., Deidesheimer T., Muehlenberg M. et al. Immunohistochemical differentiation of metastatic breast carcinomas from metastatic adenocarcinomas of other common primary sites. Histopatology. 1996 Sept.29:3 p.233-240.
68. Khansur T., Routh A., Hickman B.J. Braian metastases from unknown primary site. State Med.Assoc.1997 Jul. 38:7 p.238-242.
69. Knapper W.H. Management of occult breast cancer presenting as an axillary metastasis.//Sem.Surg.Oncol.-1991.-V.7, N5.-p.311-313.
70. Kohdono S., Ishida T., Fukuyama Y. et al. Lymph node cancer of the mediastinal or hilar region with an unknown primary site.//J.Surg.Oncol. 1995 Mar. 58:3 p.196-200.
71. Kole A.S., Nieweg O.E., Pruim J., Hoekstra H.J., Koops H.S., Roodenburg J.L et al. Detection of unknown occult primary tumors using positron emission tomography.// Cancer,1998 Mac., 82(6), p.1160-1166.
72. Krulik M. Metastatic cancers of unknown primary site. Press. Med. 1996 Nov. 16 25:35 p.1754-1758.
73. Leibman A.J., Kossoff M.B. Mammography in women with axillary lymphadenopathy and normal breasts on physical examination: value in detecting occult breast carcinoma.// A.J.R. 1992.-v.159.-p.493-495.
74. Lembersky B.C., Thomas LC. Metastases of unknown primary site.//Med.Clin.North.Am. 1996 Jan. 80:1 p.153-171.
75. Leonard R.J., Nystrom J.S. Diagnostic evaluation of patients with carcinoma of unknown primary tumor site.// Sem. Oncol.-1993.-v.20,#3.-p.244-250.
76. Lewis K.D., Dollarhide S., Fitzpatrick J.E., Gonzales R., High W.A., McCarter M.D., Olsen C., Raben D. Metastatic malignant melanoma from an unknown primary presenting as a large axillary mass. Oncology(Williston Park). 2006 Jun; 20(7); 763-770.
77. Lobius R., Floyd J. Small cell carcinoma of unknown primary.// Semin. Oncol. 2007 Feb., 34(1);P.39-42.Review.
78. Mackay B., Ordonez N.G. Pathological evaluation of neoplasms with unknown primary site.// Sem.Oncol.-1993.-V.20, N3.-p.206-228.
79. Maiche A.G. A retrospective study based on 109 patients./ /Am. J. Clin. Oncol.-1993.-v.16,#1.-p.26-29.
80. Mandai K., Moriwaki S., Yamagami K., Saeki T. Et al. An analysis of autopsy cases with cancer of unknown primary site. Rinso Byori 1994 Jan 42:1 p. 75-82.
81. Martinez-Bruna M.C., Vellila-Alcubilla J.P. Solitary metastases of unknown origin.//An.Med.Int.-1992.-V.9, N11.-p.543-546.
82. Matthews P., Ellis I.O. Use of immunocytochemistry in the diagnosis of metastatic carcinoma. Ann. Med. 1996 Aug.28:4 p. 297-300.
83. Montoro A.F., Ferreira C.A. et al. Occult cancer as a special form of breast cancer.// Rev.Assoc.Med.Braz.-1990-v.36,#3-4.-p.124-127.
84. Motzer R.J., Rodriguez E., Reuter V.E. et al. Molecular and cytogenetics studies in the diagnosis of patients with poorly differentiated carcinomas of unknown primary site.// J.Clin. Oncol. – 1995, v.13,#1.-p.274-282.
85. Muggia F.M., Baranda J. Management of peritoneal carcinomatosis of unknown primary tumor site.//Sem.Oncol.-1993.-V.20, N3.-p.268-272.
86. Muir C. Cancer of unknown primary site. Cancer 1995 Jan. 1 75:1 Suppl. P.353-356.
87. Narsi S., Namazie A., Dulguerov P. et al. Malignant melanoma of cervical and parotid lymph nodes with an unknown primary site.//Laryngoscope 1994 Oct. 104:10 p.1194-1198.
88. Nicolosi A., Massidda B., Rais M., Addis E., Tarquini A. Progress in the diagnosis of unknown primary neoplasms.//Minerva Chir.-1990.-N11-p.1343-1346.
89. Nystrom J.S. et al. Metastatic and histologic presentations in unknown primary cancer. //Sem. Oncol.- 1977.-v.4,#1.-p.53-58.
90. Pappo A.S., Kuttesch J.F., Kaste S.C. et al. Malignant melanocytic lesions of unknown primary site in children and adolescents. Med. Pediatr. Oncol.1995 May 24:5 p.315-320.
91. Parini C.L., Mathis D., Leath C.A. Occult metastatic lung carcinoma presenting as locally advanced uterine carcinosarcoma on positron emission tomography/computed tomography imaging. Int. J Ginecol. Cancer, 2007 May-June; 17(3): 731-34.
92. Pasterz R., Savaraj N., Burgess M. Prognostic factors in metastatic carcinoma of unknown primary.// J.Clin. Oncol. –1986.-v.4,#11.- p.1652-1657.
93. Patel J., Nemoto T., Rosner D. Et al. Axillary lymph node metastasis from an occult breast cancer. // Cancer(Philad.)-1981.-v.47.-p.2923-2926.
94. Pavlidis N., Briasoulis E., Hainsworth J. et al. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary.// En.J Cancer, 2003 Sept., 39(14): p.1990-2005.
95. Pavlidis N., Fizazi K.Cancer of unknown primary.Crit. Rev. Oncol. Hematol, 2005 Jun:54(3),p.243-250.
96. Pentherondakis G., Briasoulis E., Pavlidis N. Cancer of unknown primary site: missing primary or missing biology?// Oncologist , 2007 Apr., 12(4), p.418-425, Review.

97. Perchalski G.E., Hall K.L., Dewar M.A. Metastasis of unknown origin. // Primary Care.- 1993.-#12.-p.747-757.

98. Percodani J., Serrano E., Woisard V. et al. Metastatic cervical adenopathies of unknown primary site. Long-term course./ /Ann. Otholaryngol. Chir. Cervicofac. 1996 113:4 p.212-218.

99. Pereira T.C., Saad R.S., Liu Y., Silverman J.F. The diagnosis of malignancy in effusion cytology: a pattern recognition approach. Adv. Anat. Pathol. 2006 Jul; 13(4): 174-84. Review.

100. Rich A.R. On the frequency of occurrence of occult carcinoma of the prostate (1934 cases), Int J. Epidemiol.2007 April; 36(2):274-277.

101. Ringerberg Q.S. Tumors of unknown origin. // Med.Ped.Oncol.- 1985.-V.13, N5.-p.301-306.

102. Ritzel R.M., Ruf C., Schlegeh H.M. Backache as main symptom of unknown primary cancer syndrome with a particularly severe course. Rofo 2007 Feb; 179(2): 173-175.

103. Ruddon R.W., Northon S.E. Use of biological markers in the diagnosis of cancers of unknown primary tumors.//Sem.Oncol.- 1993.-V.20, N3.-p.251-260.

104. Saengnipanthkul S., Cowsuwon W. et al. Clinical diagnosis for metastatic adenocarcinoma of spine of unknown origin.//Spine.-1991.-V.16, N4.-p.473-474.

105. Schapira D.V., Jarrett A.R. The need to consider survival, outcome and expense when evaluating and treating patients with unknown primary carcinoma. Arch.Intern.Med. 1995 Oct.23 155: 19 p. 2050-2054.

106. Schiff D., O'Neill B.P., Suman V.J. Spinal epidural metastasis as the initial manifestation of malignancy: clinical features and diagnostic approach.//neurology 1997 Aug. 49:2 p.452-456.

107. Schlag P.M., Hanerbein M. Cancer of unknown primary site.//Ann.Chir.Gynaecol.1994 83:1 p.8-12.

108. Schmalbach C.E., Miller F.R. Occult primary head and neck carcinoma.// Curr.Oncol. Rep., 2007 Mar.; 9(2),p. 139-146. Review.

109. Scott R.G., Doll D.C. et al. Malignant ascites for unknown origin.//Cancer.-1990.-V.64, N3.-p.753-755.

110. Seddon D.J., Williams E.M. Data quality in population-based cancer registration: an assessment of the Merseyside and Cheshire Cancer Registry. Br.J.Cancer. 1997 76:5 p 667-674.

111. Seve P., Stankovic K., Broussolle C. Carcinoma of unknown primary site. Rev.Med.Interne. 2006 July; 27(7): 532-45. Review.

112. Shad D.H., Kumar A., Vijayan U. Et al. Clinical utility of serum thyroglobulin in metastatic disease. Indian J. Med. Res. 1994 Nov. 10, p 232-236.

113. Shaw P.H., Adams R., Jordan C., Crosby T.D. A clinical review of the investigation and management of carcinoma of unknown primary in a single cancer network.// Clin. Oncol.(R Coll Radiol.) 2007 Feb., 19(1): p.87-95.

114. Sheeber S., Strumberg D. Metastases with CUP syndrome.// Urologe A, 2006 May: 45(5):p.614-619. Review.

115. Shetty M.R. Skin metastases as a primary manifestation of latent human malignancy.// Cancer Bull.-1989.-V.41, N3.-p.181-183.

116. Shimko M.S., Jacobs S.C., Phelan M.W. Renal metastasis of malignant melanoma with unknown primary.// Urology, 2007 Feb., 69(2): 384, p.9-10.

117. Sofroni D., Cernat V., Ţîbîrnă Gh., Godoroja N. Aspecte ale asistenţei medicale consultative oncologice acordate populaţiei în Republica Moldova. Congresul II Naţional de Oncologie.Chişinău 2005; p.4-13.

118. Stanley M.W., Bardales R.S., Farmer C.E. et al. Primary and metastatic high-grade carcinomas of the salivary glands: a cytologic - histologic correlation study of twenty cases. Diagn. Cytopathol. 1995 Jul. 13:1 p 37-43.

119. Steinkamp H.J. et al. Lymph node metastases of the neck in unknown primary tumor: is there a differential imaging diagnosis? // Laryng.- 1993.v.72,#2.-p.78-85.

120. Strand C.M., Grosh W.W. et al. Peritoneal carcinomatosis of unknown primary site in women.// Ann. Int.Med.-1989/-V.111.- p.213-217.

121. Tagawa T., Tomita T., Yamaguchi H., Ozawa H., Sakamoto K., Ogawa K., Fujii M. Clinical study of 28cases of cervical lymph node metastasis from an unknown primary carcinoma. Nippon Jibiinkoka Gabaki Kaiho.2007 July;110(7):506-12.

122. Ţîbîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie. Chişinău 2003, 828p.

123. Ulmar B., Huch K., Kocak T., Catalkaya S., Naumann U., Gesstner S., Reichel H. The prognostic influence of primary tumour and region of the affected spinal segment in 217 surgical patients with spinal metastases of different entities. Z. Orthop. Ihre G(1): 31-38.

124. Van der Gaast A., Vermeij J. et al. Carcinoma of unknown primary: identification of treatable subset? //Ann. Oncol.-1990.- v.1, N2.-p.119-122.

125. Van der Gaast A., Vermeij J. et al. Simple prognostic model to predict survival in patients with undifferentiated carcinoma of unknown primary site. // J.Clin.Oncol. –1995. - v.13, N7. - p. 1720-1725.

126. Vezzoni P., Balestrazzi A. et al. Axillary lymph node metastases from occult carcinoma of the breast.// Tum. 1979.- v.65.-p.787-91.

127. Viale G., Mastropasqua M.G. Diagnostic and therapeutic management of carcinoma of unknown primary: histopathological and molecular diagnosis.// Ann.Oncol. 2006 Sept., 17 Suppl 10: p.163-167. Review.

128. Walsh R., Kornguth P.J., Soo M.S. et al. Axillary lymph nodes: mammographic, pathologic and clinical correlation.// AM. J.Roentgenol. 1997 Jan 168:1 p. 33-38

129. Ахмедов Б.П. Метастатические опухоли костей (клиника, диагностика и лечение). - Дисс. канд. мед. наук. - М.:1975г.

130. Ахмедов Б.П. Метастатические опухоли. - М.:Медицина.-1984.-187с.

131. Байрамов Э.Т. « Скрытый» рак щитовидной железы (клиника, диагностика, лечение).- Дисс. канд. мед. наук.- М.:1981.

132. Бальтер С.А., Стрелкова Р.М, Чубарова Н.В. Обзор диссертаций, посвященных применению ультразвуковой диагностики в клинической онкологии за 1981-1985 г.г. Вопросы онкологии.- 1987,-№8.-с.14-20

133. Барышников А.Ю. Диагностические моноклональные антитела института клинической онкологии (ИКО).- Сб. научных трудов ВОНЦ АМН СССР: Диагностика злокачественных новообразований. Москва.-1988.-с.68-70.

134. Бассалык Л.С., Любимова Н.В., Пашинцева Л.П. Клиническое использование опухолевых маркеров.- Обз. инф. м. онкол. (ВНИИ мед. и мед-тех.инф.).-1989.-№1., с.1-76.

135. Бирюков Ю.В., Добровольский С.Г., Григорьева С.А., Паршин В.Д. Хирургия метастатических опухолей легких. - Хирургия.-1990.-№4.-с.8-14.

136. Богданская Н.И. Морфология метастазов недифференцированного рака в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага.- Арх. патологии.-1984.-№5., с.45-50.

137. Власов П.В., Галил-Оглы Г.А., Рожкова Н.И., Либерман Я.Х., Голов Л.Б. Рентгенологические и морфологические особенности непальпируемого рака молочной железы.- Вестник рентген. И радиол.-1984.-№6., с.41-48.

138. Влахов Н., Мирчев Вл. Сцинтиграфия при первичных злокачественных опухолях костей и костных метастазах. - Вопросы онкологии.-1987.-№9., с.102-104.

139. Войнаревич А.О. Метастатическое поражение мозга при мелкоклеточном раке легкого Вопросы онкологии.-1989.- №2.,с.199-203.

140. Гафур-Ахунов М.А. Метастазы злокачественных опухолей в лимфатические узлы без выявленного первичного

очага (клиника, диагностика и лечение). - Дисс. докт. мед. наук.-1992.-355с.

141. Залкинд П.Р. Метастазы рака в рака в лимфатические узлы и другие органы и ткани без выявленного первичного очага. - Дисс. канд. мед. наук.-1981.-148с.

142. Залкинд П.Р. Прогноз метастатических опухолей с невыявленной первичной локализацией. - В кн.: Спец. методы исследования, диагностики и лечения злокачественных опухолей.- Днепропетровск, 1979.-с.273-274.

143. Комов Д.В. Первичные и метастатические опухоли печени (клиника, диагностика и лечение).- Дисс. докт. мед. наук. - Москва.-1985.-340с.

144. Комов Д.В., Комаров И.Г., Подрегульский К.Э. Метастазы рака из невыявленного первичного очага (клиника, диагностика, лечение).- Вестник ВОНЦ АМН СССР.-1991.-№1, 57-60с.

145. Комаров И.Г. Метастазы злокачественных опухолей из невыявленного первичного очага (современные методы диагностики и лечения). Дисс. доктора мед.наук.-2000г.-267с.

146. Комаров И.Г., Комов Д.В. Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага.- М.: Триада-Х,2002.- 140с.

147. Краевский Н.А., Петрова А.С. Современная клиническая онкоморфология. - Вопросы онкологии.-1982.-тю28.-№5, с.12-18.

148. Краевский Н.А., Смолянников А.В., Саркисов Д.С. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. - М.-Медицина.-1982.-511с.

149. Лукина Т.А. Цитологическая диагностика злокачественных опухолей в лимфатических узлах. Методические рекомендации. - М.-1972.-10с.

150. Лыткин М.И., Лесницкий Л.С., Гришаков С.В., Чалисов И.А., Алхазян А.А. Солитарные метастатические опухоли легких. – Вопросы онкологии.-1988.-№7, с.8.

151. Миронова Г.Т., Бачиашвили А.К., Мазаев А.П. УЗ-томография в диагностике забрюшинных неорганных опухолей.- Мед. радиология 1986.-т. XXX1, №7,с.45-58.

152. Овезова Л.Р. Значение цитологического метода в выявлении первичного очага опухоли по метастазам. - Лаб. дело.-1984.-Вып.87,с.471-474.

153. Овезова Л.Р. Цитологическая диагностика метастазов злокачественных новообразований без выявленного первичного очага.- Дисс. канд. мед. наук.-1983.-154с.

154. Подрегульский К.Э. Современные подходы к комплексному обследованию и лечению больных с метастазами рака из невыявленного первичного очага.- Дисс. канд. мед. наук 1992.-140с.

155. Самгина А.А., Ермилова В.Д., Летягин В.П., Филиппова Н.А. Метастазы в подмышечные лимфоузлы как первое проявление опухолевого заболевания. – Вопр. онкологии.-1988.-т. XXXIV, №3,с.341-347.

156. Синюкова Г.Т., Шолохов В.Н. Значение и возможности ультразвукового компьютерного метода исследования в онкологии. - Компьютерные технологии в медицине. 1997.-№1.-с.53-54.

157. Фалилеев Г.В. Состояние и пути улучшения диагностики и лечения внеорганных опухолей шеи. - Опухоли головы и шеи. - 1987.-Вып. У111, с.142-148.

158. Фалилеев Г.В., Федотенко С.П. О выявлении первичных опухолей у больных с метастазами рака в лимфатические узлы. - М.- 1976.- Вып.1,с.42-45.

159. Федотенко С.П. Метастазы рака в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага. (клиника, диагностика, лечение). - Дисс. канд. мед. наук.-1978.

160. Фишер К.С. Секреты гематологии и онкологии М., Бином, 1997, с.473-475.

161. Чевардов Н.И., Иванова Н.К., Дмитриев В.П., Бельских В.М. Метастазы злокачественной опухоли без выявленного первичного очага.// Врач-аспирант№1(10), 2006, с.33-36.

162. Шевченко И.Т., Даштаянц Г.А. Метастатические опухоли костей. - Киев._ Здоровье, 1967.-203с.

163. Ширин Д.Ф. Метастазы в кости без выявленного первичного очага.- Дисс. канд. мед. наук Москва.-1974.- 165с.

❑

Victor Ciuperca, Institutul Oncologic din Moldova
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

COMPLICAŢIILE DEZVOLTATE DUPĂ ENDOPROTEZAREA ARTICULAŢIILOR ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR OASELOR MEMBRULUI INFERIOR

(analiza pacienţilor din clinica oncologie generală)

Suppuration processes reprezent the most common complication (41,46%) after application of the endoprothesis in the treatment of patients with tumors of bones. In most of the cases, these complications are followed by poor functional results of the aperated limb.

Key words: tumors of bones, endoprothesis, complications after application of endoprothesis.

În secţia Oncologia Generală în perioada anilor 1995-2008 la 41 bolnavi s-a efectuat endoprotezarea articulaţiilor mari pentru tumori a diferitor segmente osoase a membrului inferior. S-au implantat 19 endoproteze de şold, 18 endoproteze a articulaţiei genunchiului, 4 endoproteze totale a osului femural cu ambele articulaţii, 1 endoproteză a articulaţiei talo-crurale. La toţi pacienţii endoprotezele au fost confecţionate individual, corespunzător defectelor osoase a segmentelor rezecate.

Complicaţia cea mai des dezvoltată, care este şi cea mai severă, a fost apariţia infecţiei in loja

endoprotezei şi în tesuturile moi adiacente. Ultima s-a dezvoltat corespunzător: articulaţia şoldului-6 cazuri; articulaţia genunchiului-10 cazuri; după endoprotezarea totală a femurului-1 caz. Deci, infectia după endoprotezare s-a dezvoltat la 17 bolnavi, ce a constituit 41,46% din totalul de pacienţi operaţi.

În 2 cazuri de supurare a endoprotezei de şold am recurs la înlăturarea endoprotezei, sanarea completă a ţesuturilor si reimplantarea endoprotezei peste 6-8 luni. În celelalte cazuri s-a efectuat tratament conservativ, care este cu efect rezervat, deoarece apariţia fistulelor supurative este inevitabilă peste careva perioade de timp.

La 3 pacienţi s-au dezvoltat osificate masive în ţesuturile moi adiacente endoprotezei, care au necesitat tratament chirurgical repetat. În 1 caz din aceşti pacienţi s-a efectuat înlăturarea chirurgicală a osificatelor cu schimbarea în acelaş timp a endoprotezei de şold. La un pacient s-a dezvoltat trombembolia masivă a arterelor pulmonare cu exitus letalis în perioada postoperatorie apropiată.

În toate cazurile de supurare a endoprotezelor de genunchi după nereuşita tratamentului conservativ s-a recurs la extragerea endoprotezei, chiar şi atunci cînd plastiile cu lambouri pluristratificate migrate pe peduncul vascularizat nu au permis inlăturarea definitivă a defectelor cutanate şi a infecţiei persistente. Unimomentan s-a efectuat amputarea membrului la diferit nivel a coapsei la 3 bolnavi. Intervenţie schilodantă s-a efectuat şi la supurarea endoprotezei totale a femurului la 1 bolnav – dezarticularea membrului din şold peste 8 luni după endoprotezare.

În 2 cazuri s-a produs slăbirea piuliţelor fixatoare a picioruşului endoprotezelor de şold tip Virabov,care au necesitat intervenţii repetate de corecţie. Tot in 2 cazuri s-a fracturat picioruşul endoprotezelor de acelaş tip,care au fost schimbate, în unul din cazuri-fracturarea s-a produs de 2 ori. La un pacient picioruşul endoprotezei de şold a perforat diafiza femurului. Piesa a fost schimbată şi a fost necesitate de fixare intramedulară cu ciment.

Concluzii: Procesele supurative după endoprotezare s-au dezvoltat la 41,46% de bolnavi operaţi, sunt cel mai des întîlnite şi in marea măsură determină rezultate finale nesatisfăcă-toare cu îndeplinirea intervenţiilor schilodante. Cauzele dezvoltării proceselor supurative sunt des legate de prezenţa infecţiilor latente in organizm, nerespectarea principiilor de aseptică şi antiseptică in timpul intervenţiilor, conduita postoperatorie nechibzuita şi încălcarea regimului de către pacienţi, antibioticoterapie puţin determinată. La endoprotezarea genunchiului componentele tisulare extraosale a tumorii des produc isuficienţă de ţesuturi locale pentru acoperirea endoprotezei, care la rîndul său determină apariţia necrozelor cu supurarea lor ulterioară. Restul complicaţiilor pot fi cauzate de următoarele pricini: greşeli la indicaţie către endoprotezare; nerespectarea tehnicilor chirurgicale în timpul endoprotezării; lipsa instrumentariului necesar pentru o endoprotezare performantă; caracteristicile constructive a endoprotezelor şi alegerea lor incorectă.

❑

С.И. Мура, И.И. Дэскэлюк, В.Г. Капитан, Д.П. Бутучел, Институт Онкологии Молдовы, научная лаборатория Общая Онкология и АР

МЕЖЛОПАТОЧНО-ГРУДНАЯ АМПУТАЦИЯ И МЕЖЛОПАТОЧНО-ГРУДНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛОПАТКИ

The article presents the analysis of 42 cases of the patients suffering from scapula affections, including 17 patients (40,5%) with malignant tumors of the scapula, treated by methods of interscapulothoracic amputation and interscapulothoracic resection followed by application of endoprothesis. There is presented the analysis on the experience of applications of endoprothesis in surgeries of malignant tumors to replace the defects forming from resections of interscapula chest areas and humerascapular resections or to replace the defects forming from removals of scapula, shoulder joint and full humerus.

Key words: scapula, endoprothesis, interscapulothoracic amputation and resection.

В Институте Онкологии Республики Молдова находились на стационарном обследовании и лечении 42 больных с опухолями лопатки, из которых у 17 пациентов встречались злокачественные опухоли лопатки, что составляет 40,5±14,8% от всех поражений лопатки.

Распределение больных по нозологическим формам: первом месте по частоте поражения стоит хондросаркома - 8 случаев (47,1±25,6%) , второе место занимает остеогеная саркома - 6 случаев (35,3±24,5%) , на третьем месте стоит фибросаркома - 2 случая (11,8±16,4%) от общего количества больных со злокачественными опухолями лопатки. Злокачественная остеокластома наблюдалась лишь в 1 случае (5,9±11,9%) . Лица мужского и женского пола поражались злокачественными опухолями примерно одинаково часто - в 8 случаях (47,1±25,6%) и 9 случаях (52,9±25,6%) соответственно. Причем данное распределение сохраняется во всех представленных нозологических формах заболевания, кроме остеокластомы, при которой поражались только женщины. Наиболее часто поражению злокачественными опухолями подвергались лица в возрасте от 41 до 80 лет - 11 случаев (67,4±24,5%) , возрастная группа до 40 лет поражалась почти в два раза реже - 6 случаев (35,3±24,5%). Хондросаркома и остеогеная саркома чаще встречались в возрасте от 51 до 70 лет. Характерную возрастную особенность для больных с фибросаркомой и злокачественной остеокластомой выявить не удалось. Самой младшей среди больных со злокачественными опухолями лопатки была 9-летняя девочка с хондросаркомой, самым пожилым - 81 года мужчина с остеогеной саркомой. При остеогеной саркоме чаще поражалась правая лопатка, при хондросаркоме - левая. При фибросаркоме и злокачественной остеокластоме выявить зависимость от стороны поражения не удалось. В целом, злокачественные опухоли поражали правую лопатку в 8 случаях (47,1±25,6%), а левую - в 9 случаях (52,9±25,6%). Наиболее часто отмечалось по ражение тела лопатки - 6 случаев (23,1±16,9%) и тотальное поражение лопатки - 5 случаев (19,2±15,8%) , нижний угол и верхний край вовлекались в опухолевый процесс лишь в 3 случаях (11,5±12,7%) каждая. Остальные отделы лопатки поражались реже. Причем остеогеная саркома чаще поражала тело, акромиальный отросток и верхний край лопатки, а при хондросаркоме более характерным являлось тотальное поражение всей лопатки или тела последней. Для фибросаркомы и злокачественной остеокластомы какой-либо зависимости от локализации выявить не удалось. У 17 больных со злокачественными опухолями лопаток наблюдалось 26 поражений различных ее отделов. Это объясняется наличием у 1 больного с остеогеной саркомой одновременного поражения акромиального отростка, верхнего края и верхнего угла; у 1 больной с остеогеной саркомой поражение акромиального, клювовидного отростков и верхнего края; у 1 больной с хондросаркомой поражение тела и нижнего угла; у 1 больного с фибросаркомой поражение шейки и латерального угла; у 1 больной со злокачественной остеокластомой поражение тела, шейки, суставной впадины и верхнего края.

По данным литературы по отношению ко всем злокачественным поражениям костей, злокачественные опухоли лопатки встречаются в среднем в 3,5% случаев (Vautilainen A., 1962). Причем тело лопатки поражается в 52,6%, акромиальный отросток в 18,4% , плечевой сустав в 26,3% (Erlemann R. с соавт., 1988).

Одной из наиболее радикальных операций при злокачественных опухолях костей плечевого сустава долгие годы считалась межлопаточно-грудная ампутация.

Межлопаточно-грудная ампутация показана при вовлечении в опухолевый процесс сосудисто-нервного пучка, подозрении на малигнизацию и большом распространении

на мягкие ткани при поражении лопарки, плечевого сустава, проксимального конца плечевой кости.

Межлопаточно-грудная ампутация выполнена 3 больным: 1 больной с хондросаркомой тела и нижнего угла, 1 больной с остеогеной саркомой тела и 1 больному с тотальным поражением лопатки хондросаркомой. При этом применялся как доступ по Farabeuf, так и доступ по Kocher. Во всех случаях опухоль вовлекала в процесс магистральные сосуды и капсулу плечевого сустава. Межлопаточно-грудная экзартикуляция произведена 2 больным с тотальным поражением лопатки остеогеной саркомой и хондросаркомой. В обоих случаях опухоли были больших размеров и вовлекали в

опухолевый процесс сосудисто-нервный пучок и капсулу плечевого сустава. В одном случае был применен доступ по Farabeuf, в другом случае - доступ по Kocher. В целом обе операции выполнены по тем же методикам, что и межлопаточно-грудная ампутация, только с экзартикуляцией ключицы в грудино-ключичном сочленении.

Хорошее кровоснабжение области плечевого пояса, шеи и грудной стенки в этом месте, размеры самого разреза и кровопотеря с большой площади операционного поля за короткий период времени, заставили применить новую тактику в отношении профилактики геморрагического шока. Если переливание крови начинается одновременно с кожным разрезом, то применяемая трансфузия не успевает восполнить кровопотерю. Поэтому, перед межлопаточно-грудной ампутацией или экзартикуляцией, до начала кожного разреза, больному через две вены или подключичную вену в течении 30 - 40 минут вводится 200 - 300 мл крови. За время всей операции переливается до 1500 мл крови. При гигантских опухолях количество переливаемой крови может быть еще больше. Учитывая площадь операционной раны, травматичность операции и незначительное, но продолжающееся кровотечение из резецированной ключицы и мягких тканей, в плане профилактики шока, больным в течении 2-3 дней после операции переливается по 200 мл крови, плазмы и по 400 мл различных электролитов.

Данную методику, предложенную профессором А.М. Цурканом, применяли также после межлопаточно-грудной резекции, операций с эндопротезированием костей плечевого пояса.

Межлопаточно-грудная резекция была произведена 1 больному с тотальным поражением лопатки остеогеной саркомой и 1 больной с фибросаркомой ее шейки и латерального края. При выполнении данной операции не пользовались каким-то одним доступом. Использовались элементы как передних, так и задних доступов, в зависимости от размеров и локализации опухоли. В обоих случаях применены отдельные этапы операций. У больного с остеогеной саркомой оставшийся резецированный конец плечевой кости был подвешен ко II ребру лавсановой лентой, а у больной с фибросаркомой - к III ребру с помощью металлической проволоки. Однако использование металлической проволоки мы не рекомендуем, так как в отдаленные сроки возможно прорезывание ею костной ткани, чего не происходит при применении лавсановой ленты.

Межлопаточно-грудная резекция не лишена ряда недостатков в виде выраженной деформации плечевого пояса, снижение объема пассивных движений в образованном “плечевом” суставе.

Поэтому, 1 больной со злокачественной остеокластомой тела, шейки, суставной поверхности лопатки, а также ее верхнего края была выполнена межлопаточно-грудная резекция с замещением образовавшегося дефекта тотальным (блокированным) металлическим эндопротезом плечевого сустава, предложенным А.М. Цурканом и ИИ. Дэскэлюком (патент N1839625).

Специально для данной операции и данного вида эндопротеза, нами был разработан вариант заднего доступа для одномоментного удаления лопатки, плечевого сустава и проксимального метаэпифиза плечевой кости.

Описание доступа. Разрез начинают в области верхнего угла лопатки, отступя от него медиальнее на 2,0 см, примерно на уровне II ребра, и ведут вдоль медиального края лопатки до нижнего угла, где его овально поворачивают к латеральному краю. Далее вдоль латерального края ведут разрез до латерального угла, переходят на заднюю поверхность плечевого сустава и продолжают его по задней поверхности плеча до нижней границы проксимального метаэпифиза плечевой кости. После разреза кожи, подкожной клетчатки и фасции, начиная от области нижнего угла, производят отсепаровку кожно-подкожно-фасциального лоскута эллипсоидной формы до области верхнего края лопатки и задней поверхности плечевого сустава, и оттягивают его кверху. При этом обнажается задняя группа мышц. От spina scapulae отсекают m. trapezius и m. deltoideus после чего их оттягивают вверх. Далее производят резекцию акромиального отростка ближе к ключично-акромиальному сочленению и отводят его кнаружи. Если в опухолевый процесс вовлечен и акромиальный отросток, то выполняется

субпериостальная резекция латеральной трети ключицы. При этом открывается доступ к aa. et w. transversa et circumflexa scapulae, которые перевязывают. Далее от лопатки отсекаются все прикрепляющиеся к ней мышцы. Лопатка оттягивается от грудной клетки и немного выворачивается кнаружи. При этом открывается доступ к сосудисто-нервному пучку, который очень осторожно и тщательно отсепаровывается и выделяется. После чего перевязывают a. circumflexa humeri posterior. Далее от проксимального метаэпифиза плечевой кости отсекают все прикрепляющиеся в этом месте мышцы и производят его сегментарную резекцию. Препарат удаляют. Следует отметить, что если опухоль не прорастает акромиальный отросток, а поражает только тело лопатки, то резекцию плечевой кости производят выше места прикрепления m. deltoideus. Если acromion поражен, то резекцию следует выполнять ниже места прикрепления m. deltoideus.

Достоинства предлагаемого доступа:

1. достаточно широко обнажается пораженная опухолью лопатка, плечевой сустав и проксимальный метаэпифиз плечевой кости;

2. позволяет достаточно легко и свободно манипулировать в опера ционной ране при установке и фиксации лопаточной части эндопротеза к ребрам и плечевой части эндопротеза к плечевой кости, а также создает возможность быстрого и надежного соединения этих элементов между собой.

Недостатки предлагаемого доступа:

1. данный доступ не является универсальным, так как предложен специально для используемого типа эндопротеза;

2. обнажение сосудисто-нервного пучка во время операции несколько затруднено.

Осложнения после операций наблюдались в 1 случае (8,3±15,5%), в виде ограниченного краевого некроза кожи в области операционной раны у больной после межлопаточно-грудной резекции с эндопротезированием плечевого сустава. По нашему мнению данное осложнение возникло вследствие сильного термического воздействия на кожу и подкожную клетчатку при работе электроножом.

Проведение сохранных операций по выживаемости не уступает ампутациям. 5-летняя выживаемость после межлопаточно-грудной резекции составляет 49,9% (Тришкин В.А. с соавт., 1991). 5-летняя выживаемость после межлопаточно-грудной ампутации составляет 30,0%, причем прогноз не зависит от того насколько дистальнее расположена опухоль (Ham S.J. с соавт., 1993). Рецидивы после этих операций по данным А.Н. Махсона и НЕ. Махсона (1996) возникают в 3,6% случаев.

Отдалённые результаты лечения: наших больных после межлопаточно-грудной ампутации и экзартикуляции: 1-летняя и 2-летняя выживаемость составили 50,0+ 69,3%, 3-летний срок не пережил ни один больной. Для сохранных операций вычислить выживаемость по 1 случаю не удалось.

При остеогеной саркоме: после межлопаточно-грудной ампутации и межлопаточно-грудной экзартикуляции один больной умер на 7-ом месяце наблюдения, другой на 3 году наблюдения. Больной после межлопаточногрудной резекции выбыл из под наблюдения через 6 месяцев после операции.

При хондросаркоме. после межлопаточно-грудной ампутации и межлопаточно-грудной экзартикуляции один больной умер на 22-ом году наблюдения, другой на 3 году наблюдения, третий пациент выбыл из под наблюдения на 2-ом месяце после операции.

При фибросаркоме: больной после межлопаточногрудной резекции умер на 5-ом году наблюдения.

При злокачественной остеокластоме, больная после межлопаточно-грудной резекции с эндопротезированием тотальным эндопротезом плечевого сустава жива после операции более 9 лет.

Следует отметить, что предложенные в настоящее время методы востановления анатомической формы и функции верхней конечности после межлопаточно-грудной резекции с помощью костной пластики и эндопротезирования требуют дальнейшей разработки и усовершенствования.

Анатомические и функциональные результаты после межлопаточно-грудной ампутации и экзартикуляции следует считать неудовлетворительными вследствие полного удаления всего плечевого пояса поражённой верхней конечности. После межлопаточно-грудной резекции наблюдается деформация плечевого пояса и укорочение оперированной конечности, а в образованном “плечевом” суставе сохраняются только часть пассивных движений, что позволило считать анатомические

и функциональные результаты после данной операции удовлетворительными. Отличный анатомический результат получен после межлопаточно-грудной резекции с эндопротезированием тотальным эндопротезом плечевого сустава. Применение данной конструкции эндопротеза позволило полностью восстановить нормальную форму плечевого пояса и длину резецированной плечевой кости. Вместе с тем получен и хороший функциональный результат, пассивные движения в плечевом суставе в полном объёме, активные движения несколько ограничены за счёт отведения - до 30°.

Таким образом, злокачественные опухоли лопатки, вовлекшие в процесс капсулу сустава, но не поражающие сосудисто-нервный пучок, являются показаниями для проведения межлопаточно-грудной резекции.

Литература:

1. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. “Адекватная хирургия у больных с опухолями плечевого и тазобедренного поясов, конечностей.” 1 съезд онкологов стран СНГ. Тез.Докл. 3-6 декабря 1996, М, 1996, 4.2,410-410.
2. Тришкин В.А, Столяров В.И., Кочнев В.А., Корюков А.А. “Межло паточно-грудная резекция в лечении больных опухолями опорно-двигательного аппарата”. Вестник хирургии им. И.И.Грекова, 1991, Nr.3, 24-26.
3. Цуркан А.М., Дэскэлюк ИИ. Эндопротез плечевого сустава. Авторское свидетельство на изобретение Nr. 1839625, 1993.
4. Erlemann R., Davies A.M., Edel G., Wuisman P., Peters P.E., Grundmann E. Tumo-rose Raumforderungen der Skapula. “Radiologe”, 1988, 28, Nr.2, 87-93 (нем.)
5. Ham S.J., Hoekstra H.J., Schraffordt Koops H, Eisma W.H., Oldhoff J. The inter-scapulothoracic amputation in the treatment of malignant diseases of the upper extremity with a review of the literature. “European Journal of Surgical Oncology”, 1993, 19, Nr.6, 543-548.
6. Vautilainen A. The significance of clinical and roentgenological cgenges in the diagnosis of bone sarcoma. “Ann. chir. et gynaecol.” (Fenn), 1962, v.51, 306-319.

Stela Ţurcan, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

EVALUAREA CICATRIZĂRII PLĂGILOR DUPĂ TRATAMENTUL CHIRURGICAL PRIN METODA APRECIERII LIMITELOR ELECTROEXCIZIEI ŞI VACUUM-ELECTROEXCIZIE A MELANOMULUI MALIGN CUTANAT

The analysis of non-plastic wounds’ cicatrization at the 7th-8th day after surgical treatment established that cicatrization is 1,6 times higher in the first and second group of patients in comparison with the witness group. Cicatrization of plastic wounds (free grafting) at the 7th-8th day after surgery is 2,4 times greateer in the second group in comparison with the first group. In the witness group this index is 3,8 times less in comparison with the Ist group and 8,8 times less in comparison with the IInd group, which proves the efficacy of the proposed technologies.

Key words: cutaneous malignant melanoma, surgical treatment, determination of electroexcision limits, vacuum-electroexcision.

În Laboratorul Ştiinţific Oncologia Generală şi ATI au fost elaborate şi implementate în practica chirurgicală oncologică două metode noi în tratamentul chirurgical al melanomului malign cutanat, care sporesc radicalitatea intervenţiei şi îmbunătăţesc condiţiilor de cicatrizare a plăgilor postoperatorii.

Pentru evaluarea rezultatelor cicatrizării plăgilor au fost studiate 3 loturi de bolnavi cu melanim cutanat primar.

I lot constituie 76 bolnavi cu diagnosticul melanom malign tratați prin metoda de apreciere a hotarelor de excizie (metodă propusă de autorii I. Mereuță, Stela Ţurcan. (Brevet de invenţie nr. 5189 din 02.07.2007).

II lot – 76 bolnavi cu diagnosticul melanom malign tratați prin metoda vacuum-electroexcizie, metodă propusă de autorii A. Ţurcan, Stela Ţurcan (Brevet de invenţie nr. G1717 din 2001.08.31).

III lot (de control) include 80 de bolnavi cu diagnosticul melanom malign tratați prin metoda electroexcizie tradiţională (studiu retrospectiv).

Au fost supuse analizei rezultatele obţinute la bolnavii tratați cu diferite tehnologii chirurgicale

fără plastii. S-a obţinut, că cicatrizarea plăgilor la 7-8 zile este de 1,6 ori mai mare în loturile I şi II comparativ cu lotul martor (RR=1,6-95% IÎ:1,2-1,9), iar dintre loturile I şi II nu au fost stabilite diferenţe semnificative (RR=1,0 95% IÎ: 0,6-1,4). La termenii de 9-10 zile în lotul I cicatrizarea apare mai frecvent decât în lotul II (RR=1,3 95% IÎ:1,1-1,5) şi lotul martor (RR=1,4 95% IÎ:1,2-1,6). Între lotul II şi lotul martor nu s-a stabilit diferenţă semnificativă (RR=1,1 95% IÎ:0,7-1,5).

Supravegherea bolnavilor în perioada postoperatorie de 11-12 zile a scos în evidenţă, că procesul de cicatrizarea este cel mai înalt la bolnavii din lotul martor şi constituie 23,5±5,9% (p<0,001). Comparaţia dintre loturi a arătat, că la bolnavii din lotul I acest indicator este de 1,8 ori mai mare decît în lotul II (RR= 1,8 95% IÎ: 1,3-2,3). În loturile I şi II comparativ cu lotul martor, aceşti indicatori sunt mai mici decît 1,0 (RR=0,3 95% IÎ:0,08-0,52 şi RR=0,2 95% IÎ:0,06-0,34 respectiv), ce înseamnă că aplicarea tehnologiilor chirurgicale elaborate este un factor de protecţie puternic. La termen de 13-14 zile s-au primit rezultatele analogice: cea mai mare frecvenţă pentru lotul martor (21,5±5,8%, p<0,001), riscul relativ dintre loturile I şi II este ega RR=0,5 (95% IÎ:0,01-0,99), ceea ce înseamnă că bolnavii din lotul II cu un factor de protecţie moderat comparative cu bolnavii din lotul II. Comparaţia dintre lotul I şi lotul martor a stability, că bolnavii din lotul I au un factor de protecţie moderat pentru cicatrizarea plăgii fără plastie comparative cu lotul martor (RR=0,4 95% IÎ:0,02-0,78) şi un risc redus dintre loturile II şi martor (RR=0,7 95% IÎ:0,08-1,32).

Prezintă interes clinic şi comparaţia după tipul regenerării. S-au stabilit diferenţe semnificative statistice dintre cicatrizarea primară şi secundară în loturile de studiu (p<0,001). În cicatrizarea primară dintre loturile I şi II nu a fost determinată diferenţa statistică (p>0,05). În cicatrizarea secundară dintre loturile de studiu nu au fost determinate diferenţe semnificative (p>0,05). (tab.1).

Au fost analizate rezultatele cicatrizării plăgilor la bolnavii trataţi cu tehnologiile chirurgicale elaborate de noi, la care au fost aplicate plastii cu grefă liberă. S-a stabilit, că cicatrizarea plăgilor la 7-8 zile este de 2,4 ori mai mare în lotul II comparativ cu lotul I (RR=2,4 95% IÎ:1,2-3,6), iar în lotul martor acest indicator este de 3,8 ori mai mic comparativ cu lotul I (RR=3,8 95% IÎ:1,8-5,6) şi de 8,8 ori cu lotul II (RR=8,8 95% IÎ:4,7-12,9). Este important de menţionat că la acest termen area plăgilor s-a stabilit la fiecare al treilea bolnav din lotul I (30,4±17,4%, p<0,05), la 70,5±13,3% (p<0,001) de bolnavi din lotul II şi numai la 6,8±17,8% (p>0,05) de bolnavi din lotul martor. La termen de 9-10 zile şi 11-12 zile rezultatele au fost primite pentru bolnavii din lotul I şi lotul martor. S-a determinat risc redus pentru bolnavii din lotul I de 0,6 (RR=0,6 95% IÎ:0,3-0,9) la 9-8 zile şi de 0,5 (RR=0,5 95% IÎ:0,2-0,7) la 11-12 zile pentru cicatrizarea plăgilor postoperatorii la bolnavii, cărora li-a fost aplicată plastia cutanată cu grefă liberă. La termen de 13-14 zile după operaţie s-a determinat, că probabilitatea de cicatrizare este de 1,8 ori mai mare în lotul I comparativ cu lotul II (RR=1,8 95% IÎ:1,1-2,5), iar în comparaţie cu lotul martor s-a stabilit, că acest indicator este de 0,8 (RR=0,8 95% IÎ:0,04-1,56) pentru lotul I şi de 0,5 (RR=0,5 95% IÎ:0,02-0,98). S-a observat, că la acest termen cicatrizare s-a produs la fiecare al doilea bolnav din lotul I (52,1±14,4% p<0,001), la fiecare al treilea din lotul II (29,4±20,4%, p>0,05) şi în 62,0±11,4% (p<0,001) de bolnavi din lotul martor.

Pe parcusrul supravegherii în perioada postoperatorie s-au observat următoarele complicaţii: necroza marginală, detaşarea lamboului şi supurarea plăgii. Riscul apariţiei necrozei marginale în lotul I este de 1,5 ori

Tabelul 1

Frecvenţa cicatrizării primare şi secundare a plăgilor postoperatorii fără plastii

Tipul cicatrizării	Lotul I (53)		Lotul II (59)		Lotul martor (51)		I/II		I/M		II/M	
	c.a.	**P_1±ES%**	**c.a.**	**P_2±ES%**	**c.a.**	**P_3±ES%**	t	p	t	p	t	p
Primară	50	94,3±3,2	56	95,0±2,9	40	78,4±6,5	0,2	*	2,2	**	2,3	**
Secundară	3	5,6±13,3****	3	5,0±12,6****	11	21,6±12,3****	0,1	*	0,9	*	0,9	*

*p>0,05 **p<0,05 ****p<0,001

(RR=1,5 95% IÎ:1,2-1,8) mai mare. Comparativ cu lotul martor în lotul I acest indicator este de 2,0 (RR=2,0 95% IÎ:1,4-2,6) şi în lotul II de 1,4 (RR=1,4 95% IÎ:1,1-1,7) mai mare. Detaşarea lamboului s-a determinat numai în lotul I şi în lotul martor RR=0,6 (95% IÎ:0,3-0,9), ce înseamnă, că bolnavii operaţi după vacuum-electroexcizie au un factor de protecţie pentru această complicaţie. Supurarea plăgii are un risc redus de apariţie în loturile I şi II comparativ cu lotul martor (RR=0,3 95% IÎ:0,1-0,5) şi (RR=0,2 95% IÎ:0,01-0,39).

Concluzii: Analiza cicatrizarii plăgilor fără plastii la 7-8 zi după tratamentul chirurgical a evidenţiat că cicatrizarea este de 1,6 ori mai mare în loturile I şi II comparativ cu lotul martor (RR=1,6 95% IÎ:1,2-1,9), iar dintre loturile I şi II nu s-a stabilit diferenţe semnificative (RR=1,0 95% IÎ:0,6-1,4). Cicatrizarea plăgilor cu plastii (grefă liberă) la a 7-8 zi după operaţie este de 2,4 ori mai mare în lotul II comparativ cu lotul I (RR=2,4 95% IÎ:1,2-3,6), iar în lotul martor acest indicator este de 3,8 ori mai mic comparativ cu lotul I (RR=3,8 95% IÎ:1,8-5,6) şi de 8,8 ori mai mic comparativ cu lotul II (RR=8,8 95% IÎ:4,7-12,9), ceea ce confirmă eficacitatea tehnologiilor propuse.

Bibliografie:

1. Adam I. Riker, Frank Glass, Griana Perez, Jane Messina, Vernon K.Sondak Cutaneous melanoma:methods of biopsy and definitive surgical excision, Dermatologic Therapy Vol.18, 2005, 387-393, Florida.
2. Ariel IM. Malignant melanoma of the trunk: a retrospective review of 1128 patients. Cancer. 1982;49:1070-1078.
3. Cruse CW, Reintgen D. Treatment of primary malignant melanoma: a review. Semin Surg Oncol. 1993;9:215-218.
4. Faries MB, Morton DL. The promise of metastasectomy in melanoma. Ann Surg Oncol. 2006 May;13(5):607-9. Epub 2006 Mar 13.
5. Fisher S.C. Safe Margin for Melanoma Excision. Ann. Plast. Surg. 1985, v.14. p.158.

❑

I.Mereuţă, A.Popovici, O.Bonețkaia-Ivanova, Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul Oncologie Ďenerală şi ATI

PARTICULARITĂŢILE ASISTENŢEI ANESTEZIOLOGICE LA PACIENŢII CU TUMORI ALE APARATULUI LOCOMOTOR

The anesthesiology assistance peculiarities by patients under surgery in General Oncology Department is assist by big blooding and intraoperatory trauma. In a lot of cases the patient is in inconvenient fixed position. The preoperatory treatment, intraoperatory monitoring, the anesthesiology request, postoperatory treatment permit to decrease considerably the anesthetic risk.

Key word: anesthesiology assistance, intraoperatory trauma.

Chirurgia în secţia Oncologie Generală este caracterizată prin localizări diverse, volum lărgit, traumatism major, şi durată mare a operaţiei, care sunt la baza determinării individuale a metodei de protecţie anesteziologică a pacienţilor în dependenţă de forma intervenţiei chirurgicale. Un alt factor determinant în actul enestetic este maladia de bază şi bolile concomitente.

În secţia Oncologie Generală se îndeplinesc mai mult de 350 denumiri de intervenţii chirurgicale. Durata operaţiilor variază larg şi constituie de la 5-10 min pînă la 6-7 ore. Operaţiile în oncologie sunt caracterizate printr-un traumatism sporit şi în combinaţie cu limfadenectomii diverse, uneori cu rezecţie a organului şi ţesuturilor adiacente, cu afectare traumatică a inervaţiei şi, nu arareori, cu hemoragii masive pînă la 50% din volumul sîngelui circulant.

Ultimii ani din tot spectrul de bolnavi oncologici mai mult de 2/3 se adresează cu tumori în stadiu III-IV, adică cu procese local avansate sau cu metastaze la distanţă. O astfel de răspîndire a procesului este asociată cu intoxicaţie endogenă şi consecinţele acţiunii toxice a chimio- şi radioterapiei. La majoritatea din aceşti bolnavi este prezentă hipovolemia, hipoproteinomia, anemia, hipocoagularea, inclusiv şi tromboza venelor profunde. Uneori corejarea acestor dereglări este imposibilă fără efectuarea intervenţiei chirurgicale, ceea ce sporeşte riscul anesteziologic operator.

Examenul preoperator:

- anamneza deplină, examenul clinic şi laborator după schema standard;
- determinarea stării de hidratare; la necesitate se administrează terapie infuzională pentru rehidratare;
- estimarea posibilităților compensatorii ale sistemului cardio-vascular şi respirator;
- pregătirea sîngelui şi plasmei pentru eventuala hemotransfuzie;
- profilaxia trombozelor venelor profunde.

Premedicația:

- sunt administrate antihistaminice şi sedative; la necesitate (prezența sindromului algic cronic) sunt incluse stupifiantele.

Pregătirea sălii de operație:

- în 18,8% pînă la 24,2% din toate intervențiile chirurgicale, efectuate în secția Oncologie Generală, sunt în poziție forțată a bolnavului pe masa de operație, deaceea este necesar de a asigura poziția confortabilă a pacientului, asigurarea cu perne şi fixatoare laterale în locurile de compresie;
- tenperatura în sala de operație – 22 – 24 C, umeditatea relativă a aerului – 50%;
- menținerea temperaturii corpului prin încălzirea soluțiilor transfuzate, utilizarea termoventilatoarelor, încălzirea O2.

Monitoringul:

- TA, Ps; ECG; PVC; Sa O2; temperaturii periferice; hemoragiei şi hidrobalanței; diurezei.

Asistența anesteziologică

Sunt administrate diferite scheme de anestezie generală intravenoasă, iar din anesteziile regionale de preferință este anestezia spinală. Pentru asigurarea anesteziologică a operațiilor lărgite şi traumatice adeseaori este eplicată metoda suplimentară de protecție neurovegetativă (ganglioblocatori). Cu scop de analgezie sunt folosiți analgezici opioizi – Phentanyl, Morphin, iar uneori în intervențiile extrem de traumatice – combinația lor. Pentru inducție şi menținerea anesteziei sunt administrate Calypsol, GOMK în dozele corespunzătoare. Pentru miorelaxare se utilizează Arduan, Dithyllin.

Din tot spectrul de anestezii, efectuate în secția Oncologie Generală, prevalează anestezia generală intravenoasă totală. Metodele regionale sunt aplicate in 10%, uneori cu sedare intravenoasă. Anestezia regională este mai mult aplicată în operațiile ortopedice la membrele inferioare (amputații, dezarticulații). Mai frecvent este utilizată Lidocaina sau Bupivocaina izobarică, iar în calitate de adjuvant – Adrenalina, Phentanyl.

Perioada postoperatorie include monitoringul TA, Ps, PVC (la necesitate), analgezia cu opioizi în combinație cu antiinflamatori nesteroizi, corejarea reologiei sîngelui.

Aşadar, în anesteziologia contemporană sunt utilizate diferite aspecte de determinare a metodei de protecție a pacientului de trauma chirurgicală. Aceasta este determinată de specificul intervențiilor chirurgicale şi particularitățile individuale ale pacianților cu tumori ale aparatului locomotor.

Bibliografie:

1. James Guke. Second Edition. Функция почек и анестезия. стр.280.
2. Phillip A.Role, Frederick M.Galloway. Предоперационная оценка. стр.102.
3. James W Rosher. Операционное положение. стр.138.
4. James P.Rathmell. Regional Anesthesia. p.157-167.

❑

I. Mereuță, N. Piterschii, A. Buzu, V. Prohorenco, V. Horoş, A. Popovici, O. Bonețcaia, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

PRINCIPIILE ASISTENȚEI PERIOPERATORII ÎN ONCOLOGIE

The peculiarities of oncological patients present a high risk in their surgical treatment. An adequate anesthesia and perioperative treatment permit ameliorating the postoperative result.

Key words: oncology, anestezia, intensive care.

Asistența perioperatorie este una din sarcinile şi problemele de bază ale departamentului de anesteziologie şi reanimatologie al IMSPIO. Ea include terapia pre-, intra-, şi postoperatorie şi investigațiile pentru determinarea capacităților funcționale reziduale ale bolnavilor supuşi

intervențiilor chirurgicale.Pentru asigurarea acestui volum de lucru în Institutul Oncologic îşi desfăşoară activitatea departamentul de anesteziologie şi reanimatologie.

Istoricul:

În 2005 ISMPIO a împlinit 45 de ani de aniversare.Serviciul de anesteziologie inițial activa în componența dispanserului de oncologie, care includea câțva medici anesteziologi, pe urmă secție de anesteziologie ,în prezent funcționează departamentul de ATI, care include secțiile ATI 1şi ATI 2.

Fondatorul serviciului de ATI in Institutul Oncologic a fost profesorul Iacob Camâşov. Şcoala, fondatâ de D-lui a fost cunoscută în fosta Uniune Sovietică. Profesorul Iacob Camâşov a colaborat în IO din 1960 până în 1994. Aproximativ în acelaş timp în IO au început activitatea sa Domnul Trofim Guțu, puțin mai tîrziu Ion Paruş, care a fost primul şef al secției ATI.

Din 1994 până în 1996 serviciul ATI a fost condus de V.Eftodii, care în prezent este Vice Director al IO.

Din 1996 Departamentul a fost condus de prof. V.Cojocaru. Datorită D-lui a fost shimbată atitudinea față de serviciul anesteziologic radical. Au fost create şi aprobate la consiliul ştiințific al IO algoritmele de conduită perioperatorie a pacientului oncologic, care funcționează până in prezent facilitând deservirea pacienților oncologici, totodată ridicînd nivelul de acordare a asistenței anesteziologice în IO. Datorită D-lui a fost reorganizată structura Departamentului creînd 2 secții de anesteziologie şi reanimatologie care asigură continuitatea pe deplin a asistenței perioperatorii, pentru ceia cei aducem mulțumiri şi recunoştințe.

Din 2007 până în prezent în fruntea Departamentului ATI stă prof. I. Mereuță.

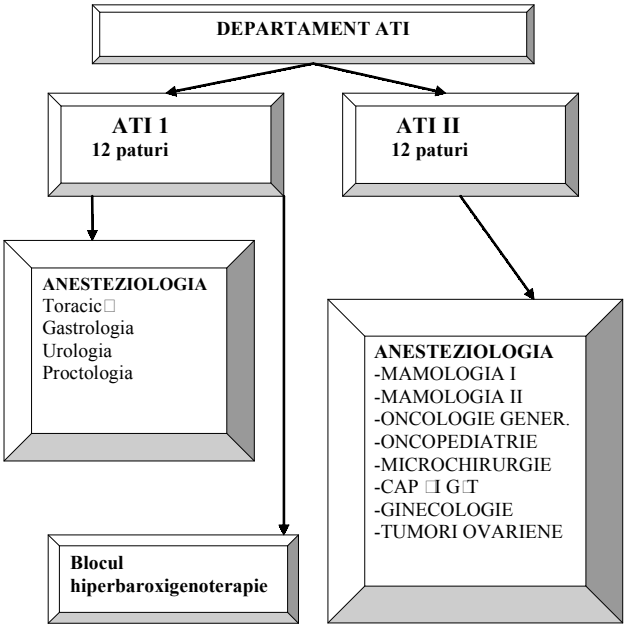
Nu putem trece cu vederea fără ca să menționăm munca, obnegația, devotamentul față de profesie şi slujirea cauzei Nobile-sănătatea pacientului, acelor colegi, care cu regret au plecat în lumea celor drepți Trofim Guțu, Elena Gudima.

În prezent IO dispune de un staționar de 1000 paturi dintre care 500 paturi chirurgicale, trei blocuri de operație în care funcționează 15 mese de operație.

Activitatea anesteziologică este efectuată de 24 de colaboratori:

1 Doctor în medicină
16 medici-categoria superioarî
4 medici categoria 1
4 medici categoria 2

Structura serviciului ATI în IMSPIO



Secțiile sunt dotate cu umătorul aparataj de ventilație, diagnostic şi tratament:

RESPIRATOARE	CARDIOMONITOARE
PO6-16 unități 1986-1989 БРИЗ-5uniti-2003 AYKA-100- 1unitate 1996	SC6000-2UNITĂȚI 1995 SC9000- 1 1997 RECORDER 6 UNITĂȚI 1990
FAZA 9 1 unitate 1998	RECORDER +DEFIBRILATOR 2
SERVOVENTILATOR 300-1 1995	PASKARD 1 UNITATE 1990
DEFIBRILATOARE	
DU-C.O4 6 UNITĂȚI ANUL PRODUCERII 1988	

Activitatea de bază a serviciului ATI este desevirea bolnavilor oncologici prin îmbunătățirea indicilor de acordare a asistenței anesteziologice şi perfecționarea metodelor de anestezie şi tratament prin:

1. Micşorarea contraindicațiilor către anestezie
2. Înbunătățirea indicilor de calitate a a cestor servicii
3. Şi nu în ultim plan al rezultatelor îndepărtate

Criteriul de operabilitate al bolnavilor oncologici depinde nu numai de gradul de răspândire şi extindere a proceselor tumorale dar şi de patologiile concomitente al acestor bolnavi, de tratamentele antineoplazice preoperatorii

administrate(radi-şi chimioterapia) care pe lângă efectul lor curativ prezintă un şir de factori adverşi ridică riscul intervențiilor anestezico-chirurgicale de la sine totodată agravând maladiile coexistente al pacienților oncologici.

În anul 2006- 2007 în sectorul anesteziologic au fost efectuate 12742 anestezii.

Conform metodelor de anestezie a predominat anestezia generală totală i/v:

Tabelul 1

Conform metodelor de anestezie

Anestezie generală i/v totală 96,8%
Anestezie loco-regională 3,2%
Intubaţia traheii prin:
-cavitate bucală 98%
-prin traheostomă-1,1%
-prin căile nazale-0,9%

Din numărul total de anestezii generale mai frecvent a fost utilizată combinația Ketaminei şi ataracticelor, aproximativ în 80 % cazuri (tabelul 2).

Tabelul 2

Caracterul asocierii preparatelor anestezice şi hipnotice

Calipsol şi ataractice	79,1%
Calipsol şi Na Oxibutirat	5,2%
Na Oxibutirat şi ataractice	2,2%
Barbiturice şi ataractice	12,2%
Propofol	1,3%

Analgezicul de bază, mai frecvent utilizat a fost Fentanilul în 71% cazuri (tabelul 3).

Tabelul 3

După caracterul preparatului analgetic utilizat

Morfină	14%
Fentanil	71%
Morfină şi Fentanil	9%
Promedol	4%

Din numărul total de bolnavi operaţi patologie asociată a fost depistată la 59,7%(Risc ASA III-IV la 49,2%) care ulterior au beneficiat de radio-şi polichimioterapie.Deseori unul şi acelaş pacient poate prezenta un specru larg al maladiilor concomitente (2-5maladii,tabelul 4).

Tabelul 4

Structura maladiilor concomitente

Patologia concomitentă	%
HTA	21,2
Dereglări de ritm şi conducere	7,9
Valvulopatii	11,1
Hepatopancreatită	24,8
Insuficienţă renală	0,8
Flebotromboze	16,7
Alergii polivalente	2,2
Miocardite şi pericardite	9,2
Carenţă nutritivă	4,2
Obezitate	11,6
Diabet zaharat	6,2
Ateroscleroză cerebrală	11,6
Stare după ictus cerebral	2,2
Encefalopatie	9,6
BPOC inclusiv fibroză postradică	37,5
Astm bronşic	2,2
C.P.I	51,2

În perioada analizată cazuri de deces pe masa de operație n-au fost însă 7 bolnavi au fost amânați de la intervențiile chirurgicale din cauza complicațiilor survenite în timpul inducțieiin anestezie şi intubației traheii.Complicațiile legate de anestezii ce au avut final pozitiv s-au înregistrat la 2,43% (tabelul 5).

Tabelul 5

Complicațiile legate de anestezii ce au avut final pozitiv 2,43%

Complicaţii	% din N total de anestezii
Intubaţii deficilă	0,29
Hipoxie în timpul anesteziei	0,11
Restabilirea lentă a conştiinţei	1,27
Dereglarea circulaţiei periferice	1,96
Şoc hemoragic	0,31
Dereglări de ritm cardiac	1,97
HTA	4,92

În perioada analizată în secțiile de terapie intensivă au fost tratați 7927 bolnavi.

Procentul complicațiilor postoperatorii în secțiile ATI este de **1,88 %** care după structura lor sunt reprezentate în tabelul 6.

Tabelul 6

Nozologii	%
Insuficienţă vasculară periferică	3,1
Şoc posthemoragic	0,42
Reacţii alergice	0,69
Dereglări de ritm cardiac	1,42
Hipoxie	0,54
Complicaţii septicopurulente	1,72
Tromboza ramurilor arterei pulmonare	0,11
Reacţii psihoemoţionale	0,19
Insuficienţă coronariană	0,37

Tabelul 7

Pe parcursul anului 2006-2007 în secţiile ATI au decedat 32 bolnavi, rocentul deceselor constituind 0,82%:

Structura deceselor in secţiile ATI anul 2006-2007	
Stări toxico- septice	11
Insuficienţă cardio pulmonară	6
Progresarea maladiei de bază	7
Şoc posthemoragic	6
TEAP	2

Tabelul 8

Indici de bază a activităţii Departamentului ATI

Numărul de paturi	24
Pacienţi internaţi	3888
Pacienţi externaţi	3856
Pacienţi decedaţi	32
Mortalitatea	0,82
Lucrul patului în mediu	167,3
Rulajul patului	164,5
Aflarea pacientului la pat	2,1

Trebuie de menţionat că pe lângă particularităţile generale specifice maladiei oncologice la bolnavii de cancer sunt prezente particularităţi specifice localizării şi tratamentului antineoplazic administrat. Noi am efectuat o analiză a particularităţilor de conduită perioperatorie fiecărei nozologii în parte .

Intervenţiile chirurgicale la pacienţi cu cancer esofagian sunt unele din cele mai traumatice şi de lungă durată.Una din particularităţi este necesitatea abordării chirurgicale laporotomic şi toracotomic. Traumatismul intraoperator, necesitatea limfodisecţiei lărgită este o cauză care duce la dezvoltarea distres sindromului respirator a adulţilor în perioada postoperatorie precoce. Anastamoza gastroesofagianâ este amplasată în mediastin şi cavitatea pleurală.

În perioada postoperatorie pacienţii necesită ventilaţie mecanică prelungită timp de 10±2 ore. O altă particularitate este malnutriţia(pierderi ponderale 10-30%) ce necesitâ o pregătire preoperatorie calitativă.

Pacienţii în perioada postoperatorie necesită hrană parenterală în mediu 7-8 zile.Din spectrul larg a preparatelor pentru hrane parenterală mai des se utilizează Infezol 100.

Cancerul bronhopulmonar invadează plămânul şi produce restricţii anatomo funcţionale ale parenchimului pulmonar provocând tulburări de ventilaţie, perfuzie şi difuziune alveolo-capilară. Consecinţa este hipoxemia prin insuficienţă pulmonară cronică, atelectazie.

Particularităţile intervenţiilor chirurgicale în oncopulminologie:intervenţii laborioase şi traumatice, pierderi masive sanguine, citoliză masivă, intervenţii combinate, necesitatea limfodisecţiei lărgite.

Afectarea canceroasă a stomacului, pancreasului,ficatului aduc la malnutriţie, dereglări proteice, hipovolemie, anemie, CID cronic,dezechilibre ionice,insuficienţă hepatică e.t.c. Pacienţii necesită pregătire minuţioasă de corecţie a acestor dezechilibre. In secţia de gastrochirurgie se efectuză intervenţii chirurgicale voluminoase traumatice şi combinate. Gasterctomie des în combinaţie cu splenectomie , rezecţii pancreatice,colonului transvers, limfodisecţii lărgite ovarectomii, în cazurile de metastazare.Uneori gastrectomia se efectuază prin abordul toracoabdominal.De asemenea în gastrochirurgie se efectuază splenectomii la pacienţi hematologici cu limfoame Non Hodjcin, anemii şi trombocitopenii autoimune, aplazii medulare. Aceşti bolnavi timp îndelungat sunt trataţi cu doze mari de corticosteroizi ce în perioada postoperatorie neceită administrarea strictă a acestor preparate, transfuzii de plasmă proaspăt congelată la necesitatea concentratului de plachete, eritrocite spălate. O altă particularitate prezintă pacienţii cu afectarea canceroasă a pancreasului, ichter mecanic. Pacienţii sunt ichterici intens, sindrom de impregnare neoplastică, anorexie, diaree

grăsoasă, piedere ponderală, evoluție progresivă, deficit pancreatic extern li intern cu tulburări homeostazice şi insuficiență hepatorenală.

Pacienții necesită pregătire preoperatorie de detoxicare inclusiv plasmofereză, corecția sistemului de coagulare ş.a. Particularitățile intervențiilor chirurgicale în gastrologie oncologică: intervenții voluminoase (gastrectomii, splenectomii ş.a, intervenții combinate pe stomac şi intestine, hemoragii masive în rezecțiile de ficat). Cancerul de colon des este asociat cu ocluzia intestinală cronică şi acută dezvoltând perturbări hidrosaline marcate, malnutriții, peritonite, anemii toxice, intoxicații, CID cronic. Deseori este limitată excursia diafragmei ceia ce provoacă dereglări respiratorii. Implimentarea tratamentului de pregătire adecvat şi optimizarea strategiei şi a tacticii chirurgicale-anestezice permite reducerea ratei complicațiilor postoperatorii. În urologie în ultimul timp se efectuază operațiile tip BRIKER, ce constă în cistpiostatectomie cu formarea din intestinul subțire rezervoarului şi implantarea ureterelor.Operațiile de acest gen sunt traumatice şi de lungă durată în mediu 300±30 min.

Cancerul sistemului reproductiv ocupă unul din primele locuri în morbiditatea şi mortalitatea la femei. Incidența cancerului mamar în RM în ultimii ani a crescut vădit fiind 40 cazuri la 10 000 populație. Mai mult de 60% din bolnavele de cancer mamar sunt paciente cu vîrsta de peste 50 de ani,cu o incidență crescută a maladiilor concomitente.Pentru ultimii ani este caracteristic o creştere a cazurilor de cancer mamar în stadiile avansate 3 şi 4 ,care inițial are un şir de maladii concomitente,dar pe fon de tratament anticanceros unele din ele se acutizează altele duc la decompensarea funcției. Pacientele în perioada preoperatorie sunt supuse tratamentului antineoplazic radioterapie şi chimioterapie ,care pe lîngă efectul lor curativ prezintă repercusiuni severe asupra organelor şi sistemelor :c/v,bronhopulmonar, hepatorenal gastrointestinal, statusului fluido-cuagulant care necesită o atîrnare deosebită în perioada preoperatorie,intra şi postoperatorie. Pentru cancerul mamar sunt efectuate un şir de nozologii chirurgicale: (Mastectomie Patey, Maden, Pirogov, Holsten, simplă), care intraoperator afectează aproape 18% din suprafața corpului şi prezintă un traumatizm sporit care necesită o protecție anestezică adecvată pe parcursul a 90±20 minute în mediu. În secțiile de mamologie sunt în plan de desfăşurare lucrări pentru ameliorarea asistenței preoperatorii la bolnavele de cancer mamar. Au fost elaborate algoritme de conduită preoperatorie la bolnavele cu teren tarat de patologiile sistemului cardiovascular; bronhopulmonar,cu dereglări a hemostaziei şi măsurile de contracarare a acestor perturbări. Aceste algoritme de conduită au ameliorat asistența perioperatorie la pacientele de cancer mamar. Pentru tumorile organelor genitale sunt aplicate următoarele intervenții chirurgicale: operația Werthaim; histerectomia totală cu anexe sau fără anexe, histerectomia subtotală cu anexe sau fără anexe, anexectomia, vulvectomia simplă sau lărgită. 20-25% din pacientele supuse intervențiilor chirurgicale prezintă anemie fie că posthemoragică fie că toxică. Terapia preoperatorie la bolnavele de cancer ovarian avansat prezintă particularități condiționate de administrarea chimioterapiei uneori în combinație cu hiperglicemie indusă. Tumorile regiunii capului şi gîtului: laringelui, orofarigiale, sinusurilor, glandei tiroide, glandei parotide, ochiului şi orbitei. Tumorile laringiene în 90% duc la stenoză cu dereglări repiratorii ce necesită traheostomie des în mod urgent ca prima etapă de tratament. Anesteziologul des se întâlneşte la aceşti pacienți cu problema căilor respiratorii dificile. Uneori este necesar efectuarea intubației traheale prin căile nazale. La o parte de pacienți în preoperator se efectuază fibrolarigoscopia în poziția culcată şi şezîndă. La etapa intubației traheii este necesară prezența endoscopistului.Tumorile glandei tiroide duc des la disfuncții de la mixedemă pînă tireotoxicoză. Un lucru inportant pe care îl efectuază secțiile ATI este deservirea bolnavilor prin secțiile terapeutice –radio- şi chimioterapie. La aceşti bolnavi ca de obicei li se acordă ajutorul de urgență medical, li se indică tratament de susținere şi simptomatic şi suprimare a sindromului algic caracteristic pacientului oncologic mai ales când tratamentul poartă caracter paliativ.În acest caz tratarea sindromului algic este decisiv pentru pacient care are tangență directă asupra calității vieții.

Concluzie: Asistența perioperatorie la bolnavii oncologici necesită standarde concrete în toate perioadele acestui proces. Schemele standard permit crearea condițiilor optime pentru

individualizarea terapiei. Asistenţa perioperatorie a bolnavilor oncologici este un proces complex şisolicită atenţie continuie a medicului anesteziolog reanimatolog.

Bibliografie:

1. Departamentul ATI Institutul Oncologic din Moldova. Dare de seamă pe tema ştiinţifică de stat finisată. Complicaţiile postoperatorii la bolnavii oncologici (cancer gastric, pulmonar, esofagian, al aparatuli lococmotor): probleme de profilaxie şi tratament în perioada pre-, intra-, şi postoperatorie.", Chişinău, 2001, p.37-47.
2. Cojocaru V., Sofroni D., Buzu A. Argumentarea riscului anestezic chirurgical la bolnavele operate de cancer genital. Conferinţa practico- ştiinţifică consacrată a 25 ani de la fondarea catedrei anesteziologie –reanimatologie, Chişinău, 2000, p. 115-118.
3. Cojocaru V, Sofronii D., Tica A., S.Sofronie .Conduita perioperatorie în condiţiile riscului chirurgical-anestetic avansat ,Chişinău ,2003, p.44-138.
4. Brauwald E. Tratat de boli cardiovasculare. Editura M.A.S.T.2000,Vol.I-II p.877, 1289 ,1404, 1786, 1809.
5. Baer G.A., Paloheimo M., Randell T. Postoperative cognitive dysfunction in the elderly surgical patient .Br. J. Anaesth.- 1999.,V. 82, N5.- p.812-813.
6. Bădulescu F. Recomandări pentru tratamentul pleureziei, pericarditei şi ascitei. Ghid terapeutic de referinţă în oncologia medicală. Ed. medicală, Bucureşti, 2002, p.261-263.
7. Departamentul ATI Institutul Oncologic din Moldova. Dare de seamă pe tema ştiinţifică de stat finisată. Complicaţiile postoperatorii la bolnavii oncologici (cancer gastric, pulmonar, esofagian, al aparatuli lococmotor): probleme de profilaxie şi tratament în perioada pre-, intra-, şi postoperatorie.", Chişinău, 2001, p.37-47.
8.Подольцев Э.И. Профилактика и лечение гематологических осложнений химиотерапии у онкологических больных. Журнал - Практическая онкология ,2000, с.31.
9. *Волков В.Н., Овчинников В.А.* Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы после первого этапа радикальной лучевой терапии рака легкого. Гродненский государственный медицинский университет. Материалы конференции, 2003, с.61-64.

Prohorenco Vladimir, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

PRINCIPIILE DE PROFILAXIE ŞI TRATAMENT A ACCIDENTELOR HEMOSTAZICE LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR DE VÎRSTĂ SENILĂ OPERATE PENTRU TUMORI MASIVE CU PROGRESARE LOCALĂ

Patientswith progressive breast cancer, frequently complicated by destruction, have a large spectrum of disorders in the coagulation system. The correction of these disorders in usually difficult because of a large variety of complications induced by cancer, as well as by tumor intoxication syndrome. A multidirectional approach based on prophylaxis and treatment is required in solving these problems.

Key words: breast cancer, preoperative assistence, progressive massive tumor.

Actualitatea:

Vârsta senilă a bolnavelor de cancer mamar tratate în IO este de aproximativ 20%, aceste paciente având o adresare tardivă cu teren somatic compromis de maladiile concomitente (stare deplorabilă economică şi cultura joasă a populaţiei). Abordarea acestui compartiment a fost condiţionat de creşterea frecvenţei adresărilor tardive în stadii avansate cu progresare locală, deseori cu hemoragie, distrucţie, intoxicaţie generală, anemie toxică , care pe fondalul statusului somatic compromis atât de particularităţile de vârstă cât şi repercursiunile cancerului sporesc rata complicaţiilor tromboembolice şi trombohemoragice, deseori având final tragic pentru aceşti pacienţi. Aceste perturbări impun o atârnare multidirecţională pentru contracararea lor cu sistematizarea măsurilor de conduită perioperatorie axate atât pe profilaxie cât şi pe tratament.

Materiale şi metode:

Obiectul de studiu al acestor investigaţii l-au alcătuit 86 paciente supuse mastectomiei, care au beneficiat de anestezie generală în Laboratorul Ştiinţific Anesteziologie-Reanimatologie a Institutului Oncologic din Republica Moldova pe parcursul anilor 2002-2007, conform gradului de răspândire a procesului tumoral toate bolnavele au fost în stadiul IIIb.

Coagulograma şi tulburările de coagulare au fost studiate prin determinarea următoarelor teste:

Tabelul 1

Caracteristica statusului fluidocoagulant la pacientele de cancer mamar avansat

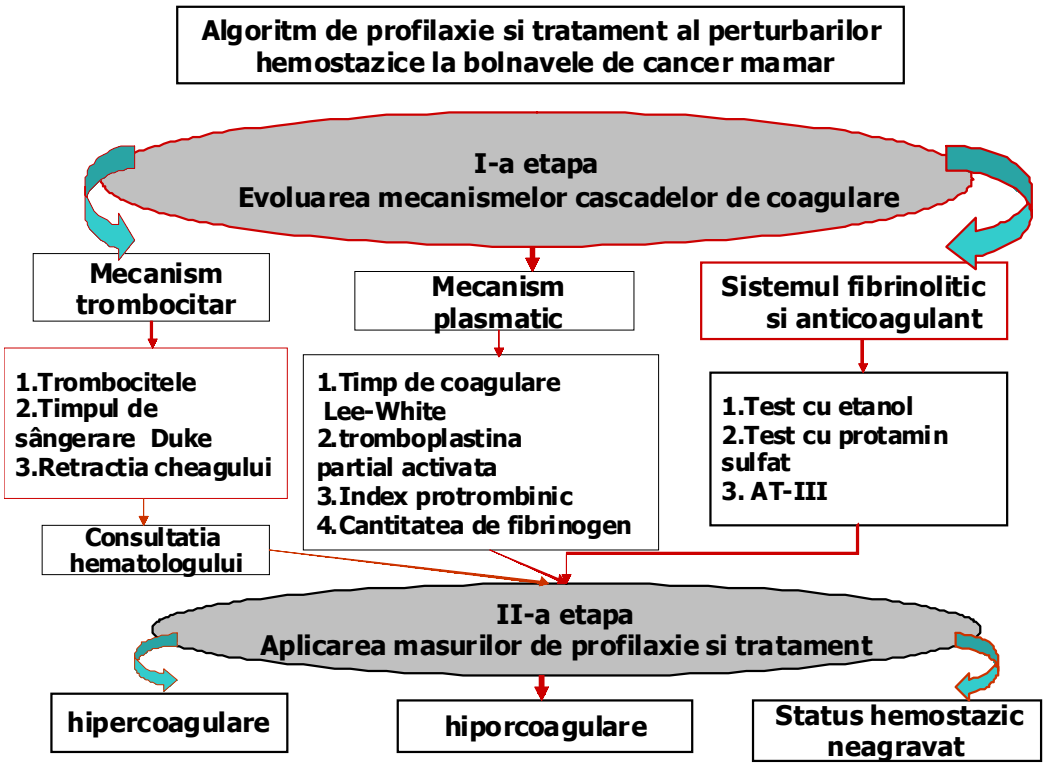
Indici	Valori	Extinderea procesului tumoral	
		Stadiul IIIb n=86	
Numărul de trombocite	< 180 × 10 ^{9}/l	7	8,2±2,9
	180 – 320 × 10 ^{9}/l	74	86,0±3,7
	>320× 10 ^{9}/l	5	5,8±2,5
Valoarea timpului de sângerare Duke	< 2 min ?	2	2,3±1,6
	2 – 4 min	81	94,2±2,5
	> 4 min ?	3	3,5±1,9
	35 – 43 % ?	6	6,9±2,7
Valorile retracţiei cheagului	44 – 55 %	66	76,8±4,5
	56 – 66 % ?	14	16,3±3,9
	< 5min ?	20	23,2±4,5
Timpul de coagulare Lee-White	5 –1 2 min	52	60,5±5,3
	> 12 min ?	14	16,3±3,9
	31-37% ?	7	8,1±5,3
Tromboplastina parţială	38-47%	73	84,9±3,9
	>55% ?	6	7,0±2,7
	45-56 ?	22	25,6±4,7
Timpul activat de recalcificare	57-60	61	70,9±4,9
	>60?	3	4,5±1,2
	< 60 ?	1	1,2±1,1
Indexul protrombinic	70-85	72	83,7±3,9
	86-105 ?	13	15,1±3,9
	< 2 ?	10	11,6±3,4
Fibrinogenul	2,4-4,2	21	24,4±4,6
	4,3-6	8	9,3±3,1
	6,1-8,0 ?	47	54,7±5,4
	++	1	3,1±2,5
Testul cu etanol	+++	8	25,0±4,7
	++++	23	71,9±6,7
	++	2	6,2±3,6
Testul cu protamin sulfat	+++	7	21,9±6,2
	++++	23	71,9±6,7
	60-80 ?	3	3,5±3,0
AT-III (%)	80-100	32	37,2±5,3
	100-120 ?	8	9,3±4,7

timpul de coagulare, timpul tromboplastinei parţial active, timpul activat de recalcificare, indicele protrombinic,t impul de trombină, fibrinogenul,. ATI III, testul cu etanol,.testul cu protamin sulfat.

Rezultate şi discuţii:

Studiind statusul fluido-coagulant la bolnavele de cancer mamar avansat cu progresare locală, am determinat perturbări în toate mecanismele de coagulare.

În 12 (14%±2,9) cazuri s-au constatat variaţii de la limitele normale ale trombocitelor. Aceste variaţii s-au confirmat şi prin prezenţa schimbărilor timpului de sângerare Duke şi valorilor retracţiei chiagului. Mai semnificative au fost schimbările timpului de coagulare Lee-White 34 (39,5%±3,9),



dintre care la 20 (23,2%±4,5) bolnave s-a atestat hipercoagulare iar la 14 (16,3%±3,9) hipocoagulare.

Studiul fibrinogenemiei a constatat prezenţa schimbărilor cantitative la un grup impunător de paciente 65 (75,6%±4,9): hiperfibrinogenemia la 55 (64,0%±2,8) şi hipofibrinogenemia la 10 (11,6%±3,4). Fibrinogenul în limitele normale 21 (24,4%±4,6) la aceste bolnave este un indice relativ şi nu reflectă pe deplin starea de normocoagulare deoarece la unele paciente efectuarea acestui test poate coincide cu procesul de cădere a hiper- în hipofibrinogenemie (procesul coagulopatiei de consum).

Testele cu etanol şi protamin sulfat au fost pozitive la toate bolnavele incluse în studiul acestor indici.

Hipoantitrombinemia III s-a depistat la 3 (3,5%±3,0), posibil argumentată prin declanşarea sindromului de coagulare diseminată. Hiperantitrombinemia III s-a înregistratla majoritatea bolnavelor , posibil vorbind de un sindrom CID cronic hipercompensat.

Aceste valori ne confirmă că cancerul mamar în stadii avansate provoacă perturbări severe ale statusului hemostazic ca răspuns al intoxicaţiei cu produşii de degradare tumorală, stări septice cauzate de tumori masive în distrucţie cu prezenţa fibrinmonomerilor activi in patul vascular. (tabelul1)

După cum am menţionat mai sus, parametrii statusului hemostazic au fost variaţi atestând la unele bolnave stare normală de coagulare la altele perturbări hemostazice manifestate prin hipercoagulare sau hipocoagulare. Algoritmul profilaxiei complicaţiilor tromboembolice a fost creat în dependenţă de statusul coagulant coordonat cu patologia concomitentă favorizantă riscului trombotic:

Concluzii:

1. La bolnavele cu grade avansate de extindere a proceselor tumorale se atestă perturbări în toate mecanismele de coagulare.

2. Elaborarea şi utilizarea algoritmelor de pregătire preoperatorie permite reducerea numărului total de complicaţii intra şi postoperatorii.

Bibliografie:

1. Badan Andrei „Optimizarea asistenţei preoperatorii la bolnavele operate pentru cancer mamar supuse radioterapiei şi chimioterapiei”, Teza de doctor în medicină.

2. Cojocaru V., Sofroni D. Stări critice în hemostazie şi actul chirurgical-anestetic, Chişinău, 2001, p.99-139.

3 Подольцев Э.И. Профилактика и лечение гематологических осложнений химиотерапии у онкологических больных. Практическая онкология, 2000, с.31.

A. Badan, d.i.m., Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

OPTIMIZAREA ASISTENŢEI PREOPERATORII LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR SUPUSE RADIOTERAPIEI ŞI CHIMIOTERAPIEI

There has been estimated the somatic status of patients with breast cancer suspected to antineoplastic treatment and created algorithms of perioperative assistance, which allow decreasing the anesthetic-surgical risk and the incidence of complications in this group of patients.

Key words: breast cancer, preoperative assistance.

Actualitatea:

Actualmente tratamentul cancerului mamar beneficiază de o gamă vastă de măsuri antineoplazice cu includerea polichimioterapiei, radioterapiei dar metoda de bază rămâne cea chirurgicală efectuată pe fondal de teren somatic agravat de terapia cu raze şi citostatice, de maladiile concomitente. Deci în aceste cazuri operaţia nu contează suferinţa cardiovasculară, bronhopulmonară, nutriţia alterată şi riscul de complicaţii sporit. Acest argument nea servit pentru abordarea acestei lucrări.

Scopul lucrării:

Evaluarea factorilor favorizanţi creşterii riscului anestezic şi elaborarea algoritmelor de asistenţă preoperatorie la bolnavele de cancer mamar supuse tratamentului cu citostatice şi/sau radioterapie.

Obiectivele lucrării:

Estimarea statusului somatic în corelare cu tratamentul anticanceros şi elaborarea algoritmelor de asistenţă preoperatorie în corelare cu factorii ce determină creşterea riscului anestezic.

Structura grupului de studiu:

Obiectul de studiu l-au constituit 570 paciente devizate în trei grupuri, în dependenţă de tratamentul anticanceros aplicat preoperator:

Grupul I a inclus 80 bolnave la care diagnosticul de cancer mamar a fost confirmat doar după examenul morfopatologic intraoperator. Bolnavelor grupului dat nu li s-a administrat tratament anticanceros, formînd grupul de control.

Grupul II a inclus 55 paciente de cancer mamar, la care preoperator a fost aplicată radioterapie cu regimuri de iradiere hiperdozate

Grupul III a inclus 435 bolnave de cancer mamar la care în perioada preoperatorie a fost administrat tratament asociat radioterapeutic şi polichimioterapie.

Rezultatele studiului:

Studiul a fost iniţiat cu evaluarea terenului nutriţional, unde 30,9 la sută din paciente au prezentat sindrom de malnutriţie: 10,0%- pierderi ponderale şi 20,9 % obezitate. Pierderile ponderale au avut o creştere relevantă în progresie aritmetică, odată cu avansarea procesului tumoral.

Patologia bronhopulmonară s-a înregistrat la bolnavele grupului II şi III de 1,6 ori mai frecvent, decât la pacientele grupului de control. (33,1% şi 20%). Acest fenomen se explică prin apariţia noilor nosologii: pneumonite, pleurezii şi acutizarea proceselor cronice pulmonare.

Caracteristica terenului nutriţional

Grupurile bolnavelor		Pierdere ponderală >10%	Obezitate	În total
		%	%	%
gr.I	2,5±1,7	80	22,5±4,5	25,5±4,8
gr.II	5,5±3,0	55	25,5±5,9	30,1±6,1
gr. III	12,0±1,5	435	20,0±1,9	31,9±1,9
În total	10,0±1,2	570	20,9±1,7	30,9±2,0

Frecvent este însoţită şi de perturbări respiratorii confirmate spirografic: obstructive înregistrate în toate grupurile, la bolnavele grupului II şi III, se adaugă şi dereglările restrictive.

Patologia bronhopulmonară coexistentă la pacientele cu cancer mamar

Forma nozologică	gr.I(n=80)	gr.II(n=55)	gr.III(n=435)	Total(n=570)
	%	%	%	%
Bronşită cronică	15,0±3,9	21,7±5,5	14,1±1,7	5,6±0,9
BPOC	5,0±2,4	5,5±3,0	11,7±1,5	10,2±1,2
Bronşită cronică (acutizare)	-	1,8±1,8	2,8±0,8	2,3±0,6
Pleurezie	-	3,6±2,5	3,4±0,8	3,0±0,7
Pneumonită	-	1,8±0,8	1,1±0,5	1,0±0,4

Perturbări respiratorii determinate spirografic la bolnavele de cancer mamar

Dereglările respiratorii	Bolnavele de cancer mamar			
	grupul I n=80	grupul II n=55	grupul III n=435	În total n=570
	%	%	%	%
Obstructive	12,5±3,6	12,7±4,5	14,5 ±1,7	14,0±1,4
Restrictive	0	14,6±4,7	8,5±1,3	7,9±1,1
Cu caracter mixt	0	0	4,6±1,0	3,5±0,8
Total	12,5±3,6	27,3±6,0	27,6±2,1	25,4±1,8

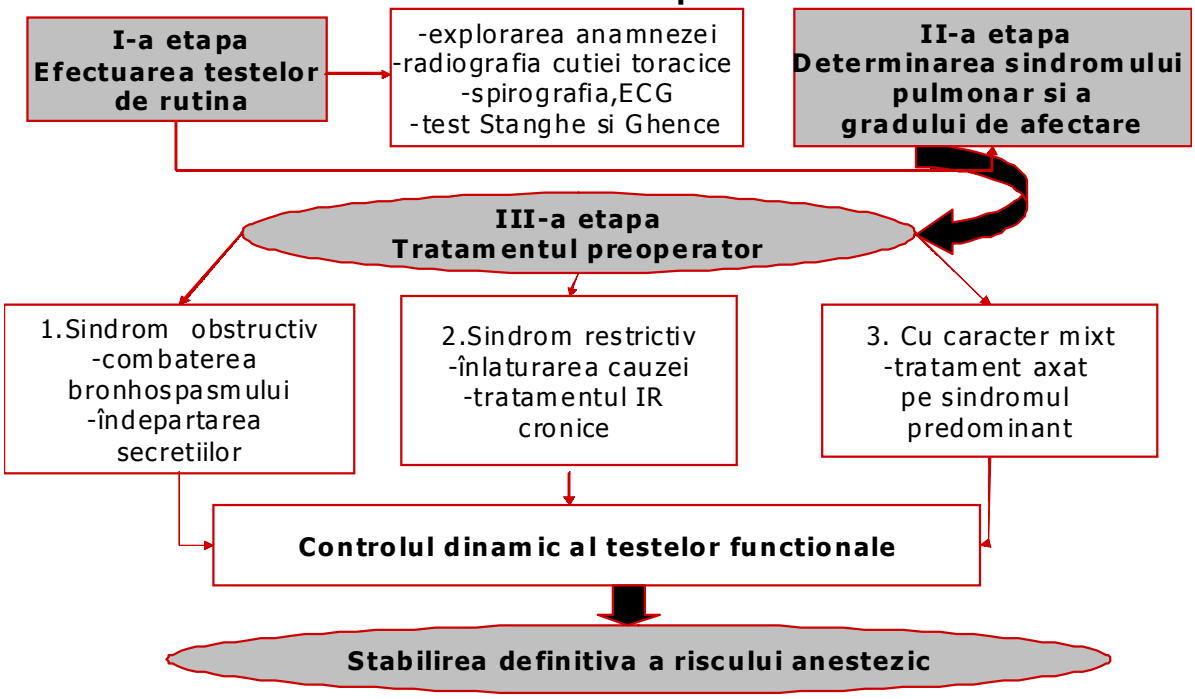
Următoarea etapă a cercetărilor a fost determinarea coexistenţelor patologice cardiovasculare, care sau manifestat printr-un spectru larg de nosologii.

Frecvenţa patologiei cardiace la bolnavele de cancer mamar

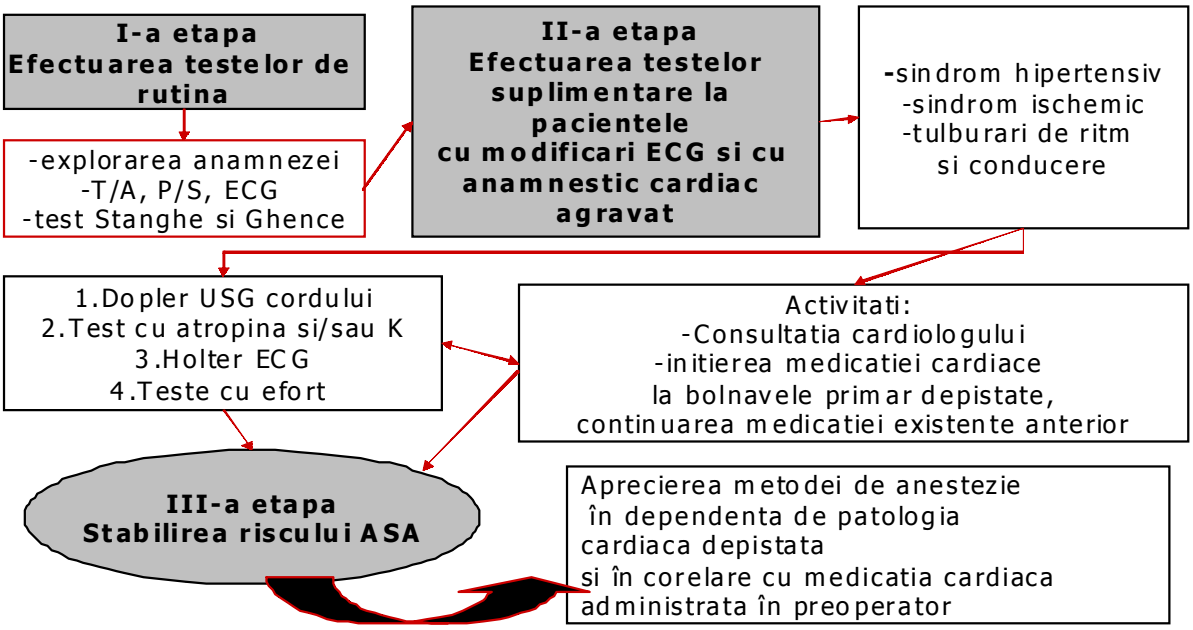
Afecţiunea cardiacă	Bolnavele de cancer mamar			
	grupul I n=80	grupul II n=55	grupul III n=435	În total n=570
	%	%	%	%
Hipertensiune arterială	20,0±4,4	32,7±6,3	24,8±2,1	24,9±1,8
Cardiopatie ischemică	3,8±2,1	10,9±4,2	26,0±2,1	21,4±1,7
Tulburări de ritm şi conducere	3,7±2,1	21,8±5,6	21,1±1,9	19,5±1,6
Valvulopatii	3,7±2,1	5,5±3,1	13,3 ±1,6	11,2±1,3
Insuficienţă cardiacă	2,5±1,7	10,9±4,2	24,8±2,1	20,2±1,7
Miocardite	0	0	1,6±0,6	1,2±0,4
Pericardite	0	0	1,6±0,6	1,2±0,4

Astfel aproape 60% bolnave au prezentat patologie cardiacă manifestată la 24,9%- prin HTA, la 21,4%- prin cardiopatie ischemică, la 19,5%- prin tulburări de ritm şi conducere, la 11,2% -prin valvulopatii, la 20,2% - prin insuficienţă cardiacă, şi la câte 1,2%- miocardite şi pericardite, mai multe din bolnave prezintă două şi mai multe afecţiuni cardiace. Frecvenţa mare a patologiei cardiorespiratorii cu grade înalte de severitate ne - a servit drept argument pentru elaborarea unor algoritme de conduită preoperatorii:

Algoritm de evaluare si pregatire a bolnavelor de cancer mamar cu tare bronhopulmonare



Algoritm de evaluare si pregatire a bolnavelor de cancer mamar cu tare cardiovasculare



Elaborarea şi aplicarea algoritmelor de asistenţă preoperatorie a micşorat letalitatea de 2,8 ori, a permis reducerea complicaţiilor perioperatorii: bronhopulmonare de 1,9 ori, cardiovasculare de 1,8 ori, hemostazice de 2,8 ori. Dacă până la pregătire din cele 570 paciente 67,0 % prezentau risc avansat de grad III-IV, după aplicarea algoritmelor de pregătire acest indice a ajuns la valorile 52,8%, iar diferenţa dintre numărul de bolnave clasate în gradul de risc IV a scăzut după pregătire de 1,5 ori. Aplicarea algoritmelor de asistenţă preoperatorie a permis ridicarea gradului de operabilitate a bolnavelor de cancer mamar, asigurând trecerea pacientelor din grupul practic inoperabile (din cauza statusului somatic compromis de maladiile concomitente) în grupul de bolnave condiţionat operabile cu risc major.

Dinamica riscului ASA la bolnavele de cancer mamar iniţial şi după administrarea tratamentului de pregătire preoperatorie

ASA	grupul I n=80	grupul II n=55	grupul III n=435	Total n=570	
				Iniţial	După pregătire
	%	%	%	*%*	%
I	16,3±4,1	18,2±5,2	9,0±1,4	***10,9±1,3***	11,9±1,4
II	70,0±5,1	45,5±6,7	10,3±1,5	***22,1±1,7***	35,3±2,0
III	13,7±3,8	36,3±6,5	50,1±2,4	***43,7±2,1***	37,4±2,0
IV	0	0	30,6±2,2	***23,3±1,8***	15,4±1,5

Concluzii:

1. Bolnavele de cancer mamar supuse radio- şi chimioterapiei prezintă risc anestezic avansat (III-IV ASA) prin frecvenţa înaltă a carenţei nutritive, terenului somatic tarat, prezenţa multiplelor dereglări hemostazice şi intervenţii chirurgicale laborioase.

2.Radioterapia şi chimioterapia aplicată bolnavelor de cancer mamar, prin efectele lor nocive, acutizează patologia bronhopulmonară şi cardiovasculară coexistentă, declanşează noi nozologii respiratorii (pleurezii, pneumonite) şi cardiace (miocardite, pericardite), majorând de 6,6 ori (P>0,001) numărul de bolnave cu risc anestezic avansat (III-IV ASA).

3. Bolnavele de cancer mamar supuse radioterapiei şi chimioterapiei, datorită incidenţei înalte a patologiei bronhopulmonare şi cardiovasculare, solicită aplicarea standartelor de asistenţă perioperatorie pentru bolnavul cardiac supus intervenţiilor chirurgicale noncardiace.

Bibliografie:

1.Cojocaru V., Piterschi N. Principiile asistenţei perioperatorii în Institutul Oncologic. I- ul Congres Naţional de Oncologie, Chişinău, 2000, p. 307-309.

2. Cojocaru V., Piterschi N. Metoda de pronostic al gradului de risc al anesteziei la pacienţii oncologici de vîrsta inaintată. Invenţie. Agentia de stat pentru protectia proprietatii. Chişinău, 1999.

3. Hurkmans C., Borger J., Bos L. Cardiac and lung complication probabilities after breast cancer irradiation. Radiother Oncol., 2000, p.145-51.

4. Muren L.P., Maurstad G., Hafslund R. et al. Cardiac and pulmonary doses and complication probabilities in standard and conformal tangential irradiation in conservative management of breast cancer .Source Radiotherapy Oncol, 2002, vol.62(2), p.173-83.

5. Добренький М.Н., Шабаева М.М., Нидюлина Б.В. Осложнения при химиотерапии злокачественных опухолей. Методические рекомендации. Астрахань, 2002, 24 стр.

6. Сергоманова Н.Н. Состояние сердечно-сосудистой системы в процессе и после окончания лучевой терапии рака молочной железы. Вестник медицины N 5, 2005, с.67-73.

❑

Diana Harştea, IMSP Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

PILOMATRIXOMUL – TUMOARE CUTANATĂ DE ORIGINE PILARĂ:
(studiu bibliografic)

In this review the normal histology of the skin adnexal structures is reviewed, and the classification of the benign and malignant tumors and tumor-like lesions of pilosebaceous origin is given. Pilomatrixoma or Malherbe's calcifying epithelioma is the most common type of pilar tumors. It is a benign neoplasm that arises from hair follicle matrix cells. The tumor can cause diagnostic difficulty not only for the clinician but also for the pathologist. Also clinical and histopathological features of pilomatrixoma is reviewed with literature.

Key words: skin adnexae, hair follicle, pilomatrixoma.

Glandele sudoripare ecrine şi apocrine, glandele sebacee şi foliculii piloşi alcătuiesc anexele pielii, localizate în straturile profunde ale dermei şi uneori în hipodermă, cu variată distribuţie regională pe suprafaţa corpului. Complexul pilosebaceu (foliculul pilos şi glandele sebacee) are originea în epidermă din germenii primari proliferativi, care prezintă o colecţie de celule înalt bazofile din stratul bazal al epidermei, unit cu stratul papilar al dermei prin joncţiunea dermo-epidermală. Foliculul pilos este o invaginare tubulară cuprinzînd firul de păr, care în profunzime se numeşte colet, iar la suprafaţă – infundibul. Partea liberă a părului, vizibilă la suprafaţă, e formată din tijă, iar cea profundă e reprezentată de rădăcină, care se dilată în profunzime şi poartă numele de bulb pilos, responsabilă de creşterea firului de păr. Bulbul se termină prin papila firului de păr unde se află vasele sanguine ce alimentează părul şi alcătuieşte porţiunea inferioară a foliculului pilos. Celulele mitotic active, ce formează partea internă a papilei, sînt supuse cheratinizării pentru a forma teaca internă a rădăcinii şi tija părului. Rădăcina firului de păr e formată din măduvă, cortex, tecile internă şi externă ale rădăcinii. Teaca internă are 3 straturi: cuticulă, strat Huxley (conţine granule de cheratohialină), strat Henle (strat unicelular) (fig. 1).

Datorită structurii complexe a foliculului pilos, există o varietate mare de tumori şi leziuni pseudotumorale ce se dezvoltă din aceste elemente şi deseori sînt clasificate conform părţii foliculului pilos din care a evoluat tumoarea (infundibul, matricea foliculară, teaca externă a rădăcinii etc.):

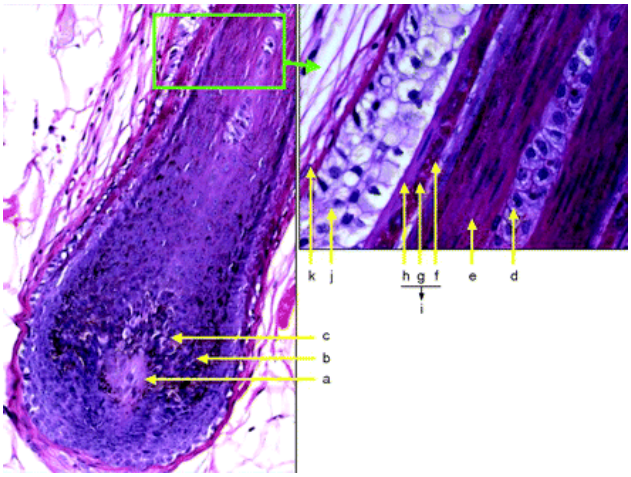


Fig.1 Structura bulbului pilos
a-papila dermală, b-matricea foliculară, c-melanocite, d-măduvă, e-cortex, f-cuticulă, g-strat Huxley, h-strat Henle, i-teaca internă a rădăcinii, j-teaca externă a rădăcinii, k-membrana bazală

I Tumori cu diferenţiere din germenele pilar
- o Trihoepiteliom
- o Trihoepiteliom desmoplastic
- o Trihofoliculom
- o Trihoblastom

II Tumori cu diferenţiere infundibulară
- o Trihoadenom
- o Acantom al tecii pilare
- o Tumoare a infundibulului pilar

III Tumori cu difernţiere din teaca externă a rădăcinii pilare
- o Triholemom
- o Carcinom triholemal
- o Chist triholemal proliferant

IV Tumori cu diferenţiere matriceală

- o Pilomatrixom
- o Carcinom pilomatriceal

V Tumori cu diferenţiere foliculară mezenchimală

- o Trihodiscom (fibrofoliculom)
- o Fibrom perifolicular
- o Hamartom neurofolicular

În laboratorul Oncologie Generală şi ATI au fost supuşi studiului 59 pacienţi cu tumori ale anexelor pielii trataţi chirurgical şi verificaţi morfologic. În componenţa tumorilor benigne, cele dezvoltate din glande sudoripare constituie 50%, din glande sebacee – 18%, din foliculi piloşi – 32%. Tumorile dezvoltate din foliculi piloşi sînt reprezentate în cea mai mare parte (75%) de pilomatrixom, mult mai rar – trihofoliculom, trihoepiteliom, epiteliom chistic tip Brooke.

Conform datelor literaturii, pilomatrixomul este cea mai răspîndită tumoare pilară [17], care se dezvoltă din matricea foliculară. În literatura de specialitate, pilomatrixomul este întîlnit şi cu denumirile: epiteliom calcifiant al lui Malherbe, epiteliom Malherbe, epiteliom calcifiant benign, tumoare Malherbe, trihomatrixom, epiteliom pilomatriceal.

Iniţial tumoarea a fost descrisă de Malherbe şi Chenantais în 1880 [5], care au sugerat ipoteza dezvoltării acesteia din glandele sebacee. În 1961, Forbis şi Helwig [6], au revăzut 229 tumori prin metode histochimice şi microscopie electronică şi au stabilit originea pilomatrixomului din teaca externă a rădăcinii. În 1973, Moehlenbeck [7] a efectuat un studiu a 140000 tumori cutanate şi a apreciat că pilomatrixomul alcătuia 0,12% din acestea.

Tumoarea se prezintă de obicei printr-o leziune solitară. Leziuni multiple se întîlnesc în »3,5% cazuri [7,18]. Rareori se întîlneşte pilomatrixom multiplu în asociere cu unele patologii cu transmitere autosomal-dominantă: distofia miotonică [1,13], sindrom Rubinstein-Taybi [2,15], sindrom Turner [2], sindrom Gardner [13]. Recent s-a depistat că în tumorigeneza pilomatrixomului au loc mutaţii la nivelul â-cateninei [4]. Pilomatrixomul familial şi pilomatrixomul multiplu familial se întîlnesc extrem de rar [8]. Tumoarea afectează preponderent copiii şi tinerii adulţi, însă poate fi întîlnită la orice vîrstă. Conform unor date ale literaturii, totuşi 40% cazuri se întîlnesc pînă la vîrsta de 10 ani şi 60% cazuri pînă la vîrsta de 20 ani [9], cea mai mare incidenţă fiind la pacienţi de 8-13 ani. Se constată afectarea preponderentă a sexului feminin faţă de cel masculin, raportul fiind 3:2. conform unor cercetări, s-a apreciat morbiditate mai înaltă la persoanele de naţionalităţi caucaziene [7].

Clinic pilomatrixomul prezintă un nodul solitar, rareori – multiplu, de formă rotungită, net delimitat, cu dimensiuni de obicei între 0,5 cm şi 3 cm [10,11,12], indolor, cu creştere lentă, elevat la suprafaţa pielii. Palpator este tumoare mobilă, de consistenţă dură, neaderată de ţesuturile adiacente. Pielea ce acoperă tumoarea are culoare neschimbată sau cu nuanţă cianotică. Se localizează preponderent pe cap şi regiunea cervicală, mai rar- membre superioare, trunchi, membre inferioare [6,7]. Cele mai afectate regiuni ale capului sînt: temporală, frontală, periorbitală şi preauriculară [11,12]. Distribuirea leziunilor nu este în concordanţă cu densitatea firelor de păr pe suprafaţa corpului. Totuşi, se întîlneşte mai frecvent la graniţele zonelor pilare, fapt ce poate prezenta o importanţă etiologică [19]. Pilomatrixomul nu este întîlnit pe palme şi plante datorită lipsei foliculilor piloşi în aceste regiuni.

Diagnostiucul pilomatrixomului poate fi stabilit în baza datelor clinice şi confirmat prin analiza histologică. Cercetările anterioare au arătat, că rata stabilirii corecte a diagnosticului preoperator variază între 0% şi 30% [9,11]. Acest fapt poate fi explicat prin incidenţa mică a tumorilor anexelor cutanate şi familiarizarea insuficientă a medicilor privind aceste patologii. Investigaţiile paraclinice nu sunt concludente în stabilirea diagnosticului, doar puncţia tumorii cu examen citologic poate fi considerată metodă preoperatorie de diagnostc. În cazul tumorilor masive, USG este metodă rapidă şi neinvazivă în stabilirea adîncimii şi volumului tumorii [12]. Radiografic şi prin tomografie computerizată pot fi vizualizate leziuni subcutanate cu diverse cantităţi de calcificate [14].

Malignizarea pilomatrixomului este rară [11]. Carcinomul pilomatriceal apare mai des în regiunea cervicală posterioară şi partea superioară a spatelui la bărbaţi de vîrstă medie, raportul bărbaţi:femei fiind 4:1 în comparaţie cu 2:3 pentru tumorile benigne [7]. În caz de excizie neradicală a tumorii, recidive se constată în »60% cazuri [15]. Tratamentul constă în excizia lărgită a tumorii. În literatură sînt raportate puţine cazuri de metastazare a carcinomului pilomatriceal [16].

Tratamentul standard al tumorii benigne de asemenea este chirurgical: excizia în limitele securităţii oncologice. Recidivele după operaţie sunt rare, în literatură fiind întîlnite date de la 0% pînă la 3% [6,10,11,12,14]. În caz de recidivă poate fi suspectat carcinom pilomatriceal.

Bibliografie:

1. Geh JL, Moss AL. Multiple pilomatrixomata and myotonic dystrophy: a familial association. *Br J Plast Surg* 1999; 52:143–5.
2. Bayle P, Bazex J, Lamant L, *et al.* Multiple perforating and non perforating pilomatricomas in a patient with Churg–Strauss syndrome and Rubinstein-Taybi syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:607–10
3. Noguchi H, Kayashima K, Nishiyama S, *et al.* Two cases of pilomatrixoma in Turner's syndrome. *Dermatology* 1999;199:338–40.
4. Xia J, Urabe K, Moroi Y, *et al.* beta-Catenin mutation and its nuclear localization are confirmed to be frequent causes of Wnt signaling pathway activation in pilomatricomas. *J Dermatol Sci* 2006;41:67–75.
5. Malherbe A, Chenantais J. Note sur l'epithelioma calcifie des glandes sebacees. Prog Med 1880;8:826-8.
6. Forbis R, Helwig EB. Pilomatricoma (calcifying epithelioma) Arch Dermatol 1961;83:606-18.
7. Moehlenbeck FW. Pilomatricoma (calcifying epithelioma): a statistical study. *Arch Dermatol* 1973;108:532-4.
8. Hills RJ, Ive FA. Familial multiple pilomatrixomas. *Br J Dermatol* 1992;127:194-5.
9. Knight PJ, Reiner CB. Superficial lumps in children: What, when, and why? *Pediatrics* 1983;72:147-53.
10. Yencha MW. Head and neck pilomatricoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;57:123-8.
11. Cohen AD, Lin SJ, Hughes CA, An YH, Maddalozzo J. Pilomatrixoma in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127:1481-3.
12. Thomas RW, Perkins JA, Ruegemer JL, Munaretto JA. Surgical excision of pilomatrixoma of the head and neck. *Ear Nose Throat J* 1999;78:541-8.
13. Pujol RM, Casanora JM, Egido R, Pujol I. Multiple familial pilomatrixoma: a cutaneous marker for Gardner syndrome? *Pediatr Dermatol* 1994;12:331-5.
14. Agarwal RP, Jandler SD, Mattews MR, Carpentieri D. Pilomatrixoma of the head and neck in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125:510-5.
15. Sau P, Lupton GP, Graham JH. Pilomatrix carcinoma. *Cancer* 1993;71:2491-8.
16. Niedermeyer HP, Peris K, Hofler H. Pilomatrix carcinoma with multiple visceral metastases: report of a case. *Cancer* 1996;77:1311-4.
17. Curran RC, Crocker J. Skin. In: Curran's Atlas of Histopathology, 4th Revised edition, Harvey Miller Ltd. Oxford University Press. 255.
18. Reddy SS, Gadre SA, Adegboyega P, Gadre AK. Multiple pilomatrixomas: case report and literature review. *Ear Nose Throat J.* 2008; 87(4):230-3.
19. Noguchi H, Hayashibara T, Ono T. A statistical study of calcifying epithelioma focusing on the sites of origin. *J Dermatol.* 1995; 22(1):24-7.

❑

V. Platon, Marietta Bucinscaia, N. Piterschii, Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

STATUTUL SOMATO-FUNCŢIONAL ŞI ASIGURAREA PERIOPERATORIE A PACIENTELOR CU NEOPLAZME GENITALE

Many operative risk factors have been detected during the research based on somatofunctional status of patients with malignant tumors of genitals. Correct estimation of risk factors allows to carry out adequate preoperative preparation and provide patients' safety during pre- and postoperative period. Success constituients during preoperative period among patients with neoplasms are: meticulous examination, correction of existing disturbances, adequate anesthesia method selection and during pre-, peri- and postoperative period.

Key words: somatofunctional status, malignant tumors of genitals, risk factors.

În structura morbidităţii oncologice, în general, afecţiunile oncologice ale organelor reproductive la femei în Republica Moldova ocupă un loc deosebit. Anual în republică se depistează primar circa 3500 femei cu aceste patologii.

Afecţiunile oncologice ale organelor reproductive alcătuiesc în total circa 21% din toate patologiile oncologice depistate la populaţia feminină.

În structura morbidităţii tumorilor maligne ale organelor genitale în Republica Moldova situaţia se prezintă astfel:

Pe primul loc se stabileşte cancerul colului uterin, care este una dintre cele mai

frecvente maladii tumorale la organele genitale ale femeilor. Conform statisticilor OMS, în întreaga lume se depistează anual mai mult de 500000 de bolnave. În ţara noastră acest indice alcătuieşte circa 320 la 100000 femei. Cel mai des sunt afectate de această maladie femeile în vârsta de 45-59 ani. Statistica indică în ultimul timp o oarecare reducere a morbidităţii de cancer al colului uterin, fapt condiţionat de organizarea controalelor profilactice cu aplicarea obligatorie a examenului citologic. Totalizarea datelor epidemiologice, clinico-morfologice demonstrează rolul infecţiei virotice transmise pe cale sexuală în etiologia şi patogeneza displaziei şi cancerului colului uterin (Bohman Ia.V.1981).

Locul doi îl ocupă cancerul corpului uterin.

În Moldova la 100000 femei revin aproximativ 220 bolnave de cancer al corpului uterin.

Particularităţile cancerului corpului uterin constau în faptul, că la majoritatea bolnavelor tumoarea se dezvoltă pe fonul tulburărilor endocrino-metabolice ale organismului sub aspect de anovulaţie în îmbinare cu deficitul progesteronului, sterilitate, obezitate, diabet zaharat, boală hipertonică. Particularităţile patogenezei cancerului corpului uterin sunt determinate de asemenea de factorii endogeni (tulburări endocrino-metabolice). Un exemplu de raporturi reciproce între tulburările hormonale şi metabolice serveşte obezitatea.

Pe locul trei se situează cancerul ovarian.

Problema tumorilor ovariene este una dintre cele mai actuale şi dificile în oncologia clinica. In Moldova morbiditatea cancerului ovarian alcătuieşte 190 cazuri la 100000 femei. Diagnosticul precoce rămâne a fi o dificultate, 70% din cazurile de îmbolnăvire fiind descoperite la stadii foarte avansate III-IY. Cancerul ovarian face parte din categoria neoplasmelor hormono-dependente. Deseori ovarele devin un teren pentru localizarea metastazelor cancerului gastric şi a colonului (tumoarea Krukenberg), cancerul glandei mamare şi a corpului uterin. O particularitate caracteristică cancerului ovarian este prezenţa poliserozitelor, ca un semn clinic prezent aproape în toate cazurile, mai ales în cazurile de depistare tardivă. Frecvente sunt cazurile de acumulare a lichidului în cavitatea abdominală (ascita), cea pleurală (hidrotorax), mai rar în pericard.

Concepţia actuală a tratării bolnavelor cu cancer ovarian constă în complexul tratamentului chimioterapic şi cel chirurgical. După caz, chimioterapia se combină cu hiperglicemia (28-30 mmol/l), iar medicamentul se administrează şi intracavitar, intraabdominal, intrapleural). De obicei tratamentului chirurgical premerg 1 - 3 cure de PCT, care acţionează negativ asupra procesului canceros cât şi a organismului în întregime.

Pe locul patru se plasează cancerul vulvei şi alte localizări genitale.

Cancerul vulvei afectează de cele mai dese ori pacientele de vârsta înaintată (după 55 ani) care, paralel cu prezenţa afecţiunii oncologice, mai prezintă o combinaţie vastă de patologii coexistente extragenitale (CPI, hipertensiune arterială, maladii ale sistemului bronhopulmonar, diabet zaharat, obezitate), ce fac necesare examinarea şi pregătirea preoperatorie minuţioasă, alegerea metodei optime de anestezie (generala sau loco-regională).

Conform datelor Cancer - Registrului Republicii Moldova (1999) la evidenţă se află circa 8500 femei cu tumori maligne ale organelor reproductive, inclusiv cancer a colului uterin - 5117 (60,2%), cancer al corpului uterin - 2219 (26,1%), cancer ovarian - 912 (10,8%).

Un indice caracteristic eficacităţii tratamentului specific este supravieţuirea de 5 ani şi mai mult. Nivelul acestor indicatori, în 1998, în mediu a constituit 60%, inclusiv în cazul cancerului colului uterin - 67,6%, cancerului corpului uterin - 49,6%, cancerului ovarian - 46,3%. Aceste date ne demonstrează însemnătatea şi specificul metodelor de diagnosticare, tratament şi profilaxie a afecţiunilor oncologice ale organelor reproductive în Republica Moldova.

MATERIALE ŞI METODE

A fost analizat un lot de 797 bolnave, supuse tratamentului chirurgical în secţia onco-ginecologie a Institutului Oncologic din Republica Moldova. Vârsta medie a pacientelor a constituit 57±10 ani şi au suportat următoarele intervenţii chirurgicale (tab.1).

În 72,2% cazuri la pacientele supuse tratamentului chirurgical a fost diagnosticată patologia concomitentă care a influienţat asupra riscului anestezic, care în final a alcătuit gradul III-IV ASA în 47,9% din cazuri.

Tabelul 1

Repartizarea pacientelor conform intervenţiilor chirurgicale

Histerectomie totală cu anexe	520
Operaţia Wertheim	57
Vulvectomie simplă	31
Vulvectomie largită	3
Histerectomie subtotală cu rezecţia omentului	139
Operaţii de citoreducere	47

Tabelul 2

Structura maladiilor concomitente

Patologia concomitentă	**%**
Cardiopatie ischemică	51,4
Hipertensiune arterială	21,7
Dereglări de ritm si conducere	7,9
Miocardite şi pericardite	7,1
Valvulopatii	11,1
BPOC şi fibroze postradiante	37,6
Astm bronşic	2,1
Encefalopatie	9,7
Aterosclerozş cerebrală	11,7
Stare după ictus cerebral	2,1
Diabet zaharat	6,1
Carenţă nutritivă	3,9
Obezitate	11,9
Boală varicoasă a membrelor inferioare	16,9
Alergie medicamentoasă	4,1
Hepato-pancreato-colecistită cronică	24,7
Pielonefrită cronică, insuficienţă renală	0,9

In unele cazuri la o pacientă s-au depistat 2 si mai multe patologii concomitente.

După caracterul anestetic şi asocierea drogurilor anestezice, toate anesteziile s-au divizat conform tabelei nr 3.

Tabelul 3

Drogurile anestezice	**%**
Ataractice, ketamina	80,1
Na oxibutirat, ketamina	3,2
Na oxbutirat, ataractice	1,2
Barbiturice, ataractice	14,4
Propofol	1,1

Anestezia generală cu intubarea traheei şi respiraţie artificială a plămânilor s-a efectuat la 92% de pacienţi, 8% - anestezii s-au efectuat cu păstrarea respiraţiei spontane. Intraoperator pentru realizarea relaxaţiei musculare s-au utilizat relaxante de tip concurent (arduan), la etapa intubării traheei – relaxante neconcurente (ditilin, listenon). Ventilaţia artificiala a plămânilor s-a efectuat cu aparatul de ventilare mecanică (БРИЗ).

După caracterul preparatului analgezic utilizatanesteziile s-au repartizat în conformitate cu tabelul nr 4.

Tabelul 4

Morfină	9%
Fentanyl	83%
Morfină, fentanyl	6%
Promedol	2%

Complicaţii ale anesteziei cu final pozitiv s-au înregistrat in 1,67% cazuri care sunt ilucidate în tabelul de mai jos.

Tabelul 5

Intubarea traheei dificilă cu complicaţii	0.34%
Complicaţii laringiene	0,12%
Hipoxie intraoperatorie	1,41 %
Hipertensiune intracraniană	0,21%
Reacţii emoţionale postoperatorii	1.17%
Restabilirea lentă a conştiinţei	2,42%
Dereglări ale circulaţiei periferice	4,61%
Şoc posthemoragic	0,91%
Dereglări a ritmului cardiac	2,74%
Hipertensiune arterială	4,61%
Alergii medicamentoase	1,74%

La 3 paciente actul chirurgical a fost amânat din cauza complicaţiilor severe, survenite în timpul inducţiei şi intubării traheei.

O atenţie deosebită s-a acordat corecţiei hemoreologiei sanguine şi profilaxiei complicaţiilor trombembolice la pacientele cu neoplasme genitale.

A fost analizat decursul perioadei intra şi postoperatorii precoce la un lot de 48 paciente cu vârsta de 42-74 ani cu diagnosticul verificat morfologic, care au fost supuse tratamentului chirurgical radical.

La 78% din paciente au fost depistate maladii concomitente:

- Hipertensiune arterială -15%
- Diabet zaharat -12%
- Obezitate – 41%
- Boala varicoasă a venelor membrelor inferioare – 10%

Patologia concomitentă menţionată, prezenţa procesului canceros, localizarea procesului în regiunea bazinului mic sunt factori de risc în apariţia complicaţiilor trombembolice în perioada preoperatorie.

În lotul de studiu s-au examinat în dinamică următorii indici: timpul de coagulare Lee-White, timpul de recalcificare, timpul de trombină, indexul protrombinic, fibrinogenul, antitrombina-III, activitatea fibrinolitică, trombocitele, testul cu etanol şi protamin sulfat.

- La toate pacientele din lotul de studiu s-a administrat corecţia medicamentoasă, ce include anticoagulante directe cu masa moleculară mică (fragmină 5000) cu 10 ore înainte de intervenţia chirurgicală subcutan.
- Aspenter (ac. acetilsalicilic) 75mg per os – din ziua internării
- Plasmă proaspăt-congelată 4-5 ml/kg/zi, pe parcurs a 3 zile intra- şi postoperator.
- Antiagreganţi – trental, dipiridamol - pre şi postoperator.
- Spasmolitici cu acţiune vasculară (papaverină, drotaverină)
- Tratament cu fluide (hemodiluţie dirijată) – cristaloizi, reovazante (pre- şi postoperator)
- Bandaj elastic a membrelor inferioare.

Administrarea în complex a corecţiei medicamentoase şi plasmei proaspăt- congelate au permis normalizarea indicilor coagulogramei preoperator şi scăderea nivelului de complicaţii tromboembolice în perioada postoperatorie precoce.

REZULTATE ŞI DISCUŢII

Aprecierea nivelului de risc s-a efectuat conform gradaţiei asociaţiei americane a anesteziologilor (ASA).

- Probabilitatea apariţiei complicaţiilor în primul grup ASA este neînsemnată, deaceia aceşti pacienţi nu necesita examinare minuţioasă şi pregătire preoperatorie specială.
- Frecvenţa complicaţiilor în grupurile II-III ASA este destul de înalta şi conform indicelui DETSKY este de 25% şi mai mult. Conform datelor primite, constituie 27,3 %.
- Pacienţii din grupul IV ASA sunt funcţional inoperabili în mod planic şi pot fi supuşi intervenţiilor chirurgicale de urgenţă, după indicaţii vitale, iar intervenţia chirurgicală este un element de resuscitare.
- În calitate de remedii pentru pregătirea preoperatorie au fost folosite doze standart-terapeutice de nitrate, â-blocante, antagonişti a canalelor de calciu, inhibitori a enzimei de conversie, cardioprotectori, sedative, vasodilatanţi si antioxidanţi.
- Din observaţiile noastre administrarea de durată a â-blocantelor au avut o acţiune nefastă asupra decursului ulterior a anesteziei generale, deaceia este preferabil de a administra preparate cardioselective sau de a contramanda

Tabelul 6

Dinamica indicilor coagulogramei

Indicii examinaţi	La internare	Preoperator	Postoperator
T.C. Lee-White	7 ± 1,5	8 ± 1	8,5 ±1
Timpul de recalcificare (sec.)	45 ±1	57 ±2	56 ±2
Timpul de trombină (sec)	21 ±1	27 ±3	30 ±1
Indexul protrombinic (%)	101 ±2	97 ±3	98 ±2
Fibrinogen (gr/l)	4 ±0,6	2,8 ±0,3	4,2 ±0,3
Activitate fibrinolitică (min)	120	45 ±10	43 ±5
AT-3 (%)	78 ±5	98 ±4	90 ±3
Testul cu etanol	+	-	+
Testul cu protamin sulfat	++	-	+
Trombocite	230 ±20*10/9	270 ±20*10/9	270 ±30*10/9

beta-blocantele cu 12 ore până la intervenţia chirurgicală.

Terapia antiagregantă este binevenită, deoarece majoritatea pacienţilor oncologici sunt de vârstă înaintată, cu o stare de hipercoagulare şi hemoconcentrare iniţială şi necesită administrarea heparinelor oligomoleculare.

Pregătirea nemijlocită către intervenţia chirurgicală a inclus vagolitici, sedative si antihistaminice. Pentru inducţia şi menţinerea componentului hipnotic al anesteziei la 61% pacienţi s-a folosit diazepam, iar in 39% cazuri - medazolam. În calitate de remediu anestetic de bază în toate cazurile s-a folosit ketamina în dozaj 1,0-1,5 mg/kg/corp, deoarece este lipsit de efect depresiv asupra sistemului cardiovascular. Dintre analgezicele opioide preferabil a fost fentanylul în 98% cazuri şi numai în 2% cazuri celelalte. Pentru relaxare musculară în 92% cazuri s-au folosit relaxante nedepolarizante şi numai în 8% cazuri la pacienţi cu dificultăţi de intubare a traheei suplimentar s-a administrat succinilcolină. VAP în regim de normo-ventilare, în postoperator la 37 % pacienti – trezire lentă şi VAP prelungită pe parcurs a 180 ± 30min. Preoperator monitoring continuu: TA sistolică, diastolică, medie, F.C.C., PS, SpO2, E.A.B., cardioscopie, diureza, PVC, dinamica indicilor Hb, Er, Ht, timp de coagulare Lee-White.

CONCLUZII

În baza evaluării statutului somato-funcţional a pacientelor cu tumori maligne a organelor genitale s-au evidenţiat următorii factori de risc preoperatorii:

- prezenţa cardiopatiei ischemice şi ischemiei miocardice de până la 6 luni;
- tulburări de ritm şi conducere;
- insuficienţă cardiacă NIHA gr. III;
- diabet zaharat tip. II, complicat cu polineuro- şi angiopatie;
- administrarea în preoperator a radioterapiei şi polichimioterapiei;
- vârsta pacientelor mai mare de 70 ani.

Aprecierea corectă a gradului de risc, permite administrarea terapiei preoperatorii adecvate şi asigurarea securităţii pacientei în perioada intra- şi postoperatorie. Conceptul reuşitei în perioada preoperatorie la pacientele cu neoplasme ale organelor genitale include:

- examinarea minuţioasa şi complexă preoperatoriu;
- aprecierea adecvată a rezervelor funcţionale a pacientei;
- corijarea dereglărilor funcţionale prezente, cu implicarea specialiştilor - consultanţi (cardiolog, endocrinolog, neurolog, s.a.);
- alegerea metodei de anestezie de preferinţă şi supravegherea pacientului la etapele pre-, intra-, şi postoperatorii.

Bibliografie:

1. D. Sofroni. Structura morbidităţii maladiilor oncologice ale organelor reproductive la femei in RM (Simpozion National / Diagnosticul tratamentul si profilaxia afecţiunilor precanceroase si a cancerului organelor reproductive la femei). *Chişinău 1999.*

2. V. Cojocaru, D. Sofroni, A. Tica, S. Sofronie. Conduita preoperatorie în condiţiile riscului chirurgical-anestezic avansat. *Chişinău 2003.*

3. I. Acalovschii. Anestezie clinica. Cluzium. *Cluj-Napoca, 2001.*

4. I. Cristea, M. Ciobanu. Noul ghid de anestezie şi terapie intensiva.

5. Профилактика и диагностика послеоперационных тромбэмболических осложнений. В.Г. Рябцев, П.С. Гордеев *"Медицина 1997".*

6. D.Setlacec. Terapia pre-,intra- si postoperatorie a bolnavului chirurgical. *Bucureşti 1998.*

7. M. Cucuianu, I. Trif, A. Cucuianu. Hemostaza, biochimie, fiziopatologie clinica. *Editura Dacia Cluj-Napoca 1994*.

8. M. Serban, W. Schramm. Hemostaziologie clinică. *Timişoara 2001.*

9. Gh. Ţibârna, I. Mereuţa. Cancerul. Vigilenta oncologica in activitatea medicului de familie. *Chişinău 1997.*

10. Clinical Gynecologic Oncology by Philip J. DiSaia, William T. Creasman, 2007.

11. Handbook of Gynecologic Oncology, 2nd edition by Richard R. Barakat, Michael W Bevers, David M. Gershenson, William J. Hoskins, 2002.

❑

Mereuţă I., Buzu A., Iudin V., Pascaru V., Sinicliu M., m.r. Bolohan M.V.,
Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

"EFICACITATEA ALIMENTĂRII PARENTERALE LA PACIENŢII CU NEOPLASM AL TRACTULUI DIGESTIV"

Patients with tumors of the digestive system present a complex deficit of blood-coagulation factors, ferments and mediators, which increases the risk of multiple organ failure during intra- and postoperative period.

Key words: nutritional deficiency, parenteral alimentation, aminoacids, lipidic emulsion.

La bolnavii cu neoplasm al tractului digestiv foarte des apar complicaţii cum ar fi: disfagie, caşexie, stenoză pilorică, ocluzie intestinală cronică etc., care provoacă dereglări grave în echilibrul acido-bazic şi hidro-salin.În ameliorarea acestor dereglări nu în ultimul loc îl ocupă alimentarea parenterală atît preoperator cît şi perioada postoperatorie.

Infuzia soluţiilor de glucide nu permite aprovizionarea organizmului cu cantitatea adecvată de calorii,cauza fiind-conţinutul destul de mic al caloriilor în soluţiile izotonice: de exemplu Sol.Glucosae 5% conţine doar 190 kkal/l. Pe de altă parte administrarea soluţiilor concentrate de glucide pot provoca flebite şi tromboflebite .Soluţii de alcool în prezent nu se administrează (1 gr de spirtus etilicus 96% conţine numai 9 kkal/l).

Alimentaţia parenterală proteică pînă nu demult se efectua prin infuzii de plazmă, albumină. Actualmente se cunoaşte, că preparatele sanguine se utilizează relativ îndelungat (18-20 zile). Ştiinţa modernă a permis sintezarea soluţiilor de aminoacizi (Aminoplasmal 10%"B/Braun"; Infezol 100 „Berlin-Chemie" etc.). Pentru aprovizionarea organismului cu calorii au fost sintetizate emulsii lipidice pe baza uleiului de soie-Intralipid şi uleiului de bumbac – Lipofundin; Sol. Lipofundin 20% conţine 2000 kkal/l iar de 15% -1750kkal/l.Indicaţiile pentru infuzia emulsiilor lipidice şi soluţiilor de amioacizi sunt destul de vaste. În perioada preoperatorie sunt: prezenţa ocluziei cronice de geneză neoplastică la diferit nivel al tractului digestiv; anorexia,sindromul dereglării absorbţiei la insuficienţa funcţiei pancreasului; caşexie canceroasă. După părerea noastră aceste indicaţii sunt bine venite şi în cazul aplicării chimio- şi radioterapiei,care se complică cu anorexie, greţuri, vomă, diaree.

Contraindicaţii absolute pentru alimentarea parenterală cu infuzii de emulsii lipidice şi soluţii de aminoacizi sunt hiperlipidemia şi hiperproteinemia alimentară.

În practica noastră am folosit emulsii lipidice Lipofundin 20% „B/Braun" şi soluţii de aminoacizi, Aminoplasmali10% „B/Braun"; Infesol 100 „Berlin-Chemie". În 2007 alimentarea parenterală a fost aplicată la 127 bolnavi, dintre care 42-după gastrectomie; 37-după rezecţie gastrică subtotală; 5-cu cancer a 1/3 inferioară a esofagului; 27- după operaţii biliodigestive; 16- după hemicolonectomie lărgită. La 17 pacienţi alimentarea parenterală a fost efectuată în perioada preoperatorie.

Pentru utilizarea mai efectivă a emulsiilor lipidice şi pentru profilaxia flebitelor şi tromboflebitelor la fiecare ml de Lipofundină se adaugă cîte 5 UA Heparină. Viteza infuziei în primele 30 min nu depăşea 20 picături pe minută,ulterior viteza fiind mărită pînă la 60 picături pe minută. Infuzia se efectua prin venepuncţie cu angiocat sau prin cateter subclavicular. Pînă şi după infuzie au fost analizaţi următorii indici: proteinatotală, albumina, Na, ureea, creatinina, alfa-amilaza, glucoza sîngelui, bilirubina, Ht, EAB, coagulograma, protrombina, evidenţa diurezei.

La finisarea curei de alimentare parenterală se mărea cantitatea proteinei totale şi albuminei creştea conţinutul lipidelor a acizilor graşi neesterificaţi şi a â-lipidelor, puţin se ridica nivelul hematocritului, în acelaşi timp indicii hemoglobinei, eritrocitelor, leucocitelor şi VSH nu se modifica, iar nivelul de Na şi K sau schimbat nesemnificativ. Schimbări deosebite al indicilor sistemei de coagulare a sîngelui nu sau observat –moderat a crescut nivelul fibrinogenului şi a protrombinei; şi a scăzut activitatea fibrinolitică. Iar probele

funcţionale hepatice (transaminazele, bilirubina, aldolaza, fosfataza bazică) nu sau modificat.

Bolnavii au menţionat ameliorarea subiectivă a stării generale, apariţia poftei de mîncare şi a noilor puteri.

La administrarea infuziilor cu Lipofundini 10%; Aminoplasmali 10%; Infezol 100 nu s-a înregistrat nici un caz de complicaţii severe,precum ar fi creşterea şi scăderea bruscă a TA;dispnee marcată, tromboembolie ş.a. În 10 cazuri după infuzia cu Lipofundin 10% sau observat hiperemia tegumentelor feţii, creşterea t°C pînă la 38°C, greţuri, vomă, urticarii. La 10 min după întreruperea infuziei aceste efecte negative dispăreau. La infuzii Aminoplasmal 10% şi Infezol 100 reacţii adverse nu au fost.

Reeşind din cele expuse, alimentarea parenterală cu soluţii de aminoacizi şi emulsii lipidice acordă noi posibilităţi pentru anesteziolog şi chirurg în vederea lărgirii indicaţiilor către intervenţii chirurgicale la pacienţii oncologoci. Administrarea acestor preparate pot ajuta la micşorarea perioadei pregătirii preoperatorii, la diminuarea complicaţiilor postoperatorii şi micşorarea letalităţii înperioada postoperatorie.

Concluzii:

1.Infuzia Aminoplasmal10% şi Infesol 100 fără reacţii adverse. La infuzia Lipofundin 10% în 10 cazuri sau observat creşterea t°C pînă la 38°C, hiperemia tegumentelor feţei,greţuri,urticarii.

2.Administrarea soluţiilor de aminoacizi şi emulsii lipidice duce la sporirea inicilor proteinei totale şi albuminei;şi în acelaşi timp nu modifică nivelul Na şi K, EAB, indicilor coagulogramei; probele funcţionale a ficatului nu suferă schimbări.

3.Contraindicaţie absolută pentru alimentarea parenterală cu emulsii lipidice şi soluţii de aminoacizi este hiperlipidemia şi hiperproteinemia alimentară.

Bibliografie:

1. «Интенсивная терапия при неогложных состояниях» Черния: проф Новиковой.
2. «Интенсивная терапия при неотложнои хирургий» Братусов, Бутылин.
3. «Terapia Intensivă». Cristea Cobanu.
4. „Anestezie clinică" I. Acalovschi.

❑

A. Buzu, M. Sinicliu, V. Iudin, V. Pascaru, Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

ANESTEZIA ÎN STĂRILE TOXICO-SEPTICE LA BOLNAVII ONCOLOGICI

The toxic-septic conditions can be found in oncology more frequently than in other medical fields and are imposed by the immune deficiency of oncological patients. General anesthesia involves a high risk in this group of patients.

Key words: toxic-septic shock, sepsis, peritonitis.

Stările toxico-septice la bolnavii oncologici reprezintă o problemă majoră de sănătate, cu o in-cidenţă in crestere si o mortalitate extrem de ridicată.

Asigurarea anesteziei la un bolnav oncologic in stare toxico-septică reprezintă o adevărată provocare.Efectele multiple ale substanţelor si tehnicilor anestezice se intersecteaza în mod complex cu multiplele modificări fiziopatologice, plurisistemice, în special cele cardiovasculare, respiratorii metabolice, volemice, hidroelectrolitice si endocrinologice. Alterările volemice, hidroelectrolitice, acido-bazice şi de permeabilitate vasculară determină pe de altă parte modificări importante de farmaco-cinetică ce impune adaptarea tehnicii anestezice.

La pacienţii oncologici în stările toxico-septice modificările fiziopatologice pot fi, în special cele cardio-vasculare: vasodilitare prin scăderea rezistenţei vasculare periferice, asociată cu rezistenţa la acţiunea agenţilor vasoactivi, diminuarea volumului intravascular cu creşterea permeabilitaţii capilare, creşterea capacităţii venoase prin vasodilataţie, creşterea pierderilor insensibile etc, disfuncţii cardiace; cele pulmonare: ARDS-forma severă de insuficienţă

respiratorie acută care determină creşterea mortalităţii; cele renale: insuficienţa renală acută, care la rândul ei determină creşterea mortalităţii; cele gastro-intestinale: ulcerul gastric de stres, afectarea motilităţii gastro-intestinale, colestază intrahepatică, hipoxie intestinală cu creşterea permiabilităţii intestinale.

Multiplele schimbări fiziopatologice in stările toxico-septice la bolnavii oncologici determină in final alterări ale transportului si consumului de O2 cu suferinţă tisulară şi instalarea disfuncţiilor de organe şi sisteme. Substanţele anestezice influinţează la rândul lor transportul si consumul de O_2. Astfel, majoritatea anestezicilor determină depresia sistemului cardiovascular,pe de altă parte anestezicele determină scăderea consumului tisular de O_2 prin diferite mecanisme.

Au fost incluşi în studiu 57 de pacienţi cu diferite patologii oncologice, care s-au agravat cu stare to-xico-septică (peritonite purulente difuze – 30; abscese a cavităţii abdominale – 15; paranefrite purulente – 4; dehiscenţa anastamozei – 3; abscese pulmonare – 3; empiema pleurei – 2). La examinarea clinică si paraclinică a pacienţilor s-a stabilit următoarele: intoxicaţie endogenă, temperatura corporală>37^{0}C,ritmul cardiac > 90/min,frecvenţa respiratorie > 20/min, hipovolemie (VCS 68 ±5% de la N), PVC(< 0-5mm a coloanei de H_2O), leucocitele sanguine > 12000/mmc.

Pregătirea preoperatorie nu a depăşit 3-4 ore şi a inclus infuzii de crioplasmă,dextrane si cristaloizi in volum de 40-45 ml/kg corp cu monitoring TA, PS, PVC si diurezei. De asemenea s-au administrat corticosteroizi, antioxidanţi, preparate cardiotrope, la necesitate doze moderate de diuretici.

Toţi pacienţii au prezentat risc anestezic gr. VII ASA. Pacienţii au fost supuşi intervenţiei chirurgi-cale de urgenţă cu aplicarea anesteziei generale totale i/v cu VAP. Basis anestetic-Ketamina(1,5mg/ kg corp), analgetic opioid-Fentanil, mioplegia-Ditilin (1mg/kg corp), Arduan (0,7-0,8mg/kg corp).

Pacienţii au fost transferaţi în perioada postoperatorie la VAP prelungită cu restabilirea lentă în salonul ATI.

In asistenţa anestezică perioperatorie cea mai mare importanţă o au efectele anestezicelor asupra sistemului cardiovascular. Majoritatea anestezicelor determină agravarea modificărilor hemodina-mice in stările toxico-septice, scăzând rezistenţa vasculară periferică si având efect deprimant pe sistemul cardiovascular. Studiile experimentale efectuate arată că drogul anestezic cu cel mai adecvat profil cardiovascular in stările toxico-septice este Ketamina. Drogurile opioide au un impactminorasupra stabilitaţii hemodinamice, dar în asociere cu benzodiazepinele pot determina modicări importante.

Trebuie de menţionat că in stările toxico-septice apar o serie intreagă de modificări care influenţează farmacocinetica anestezicelor: hipovolemia intravasculară, creşterea volumului de lichid în spaţiul trei, tulburări acido-bazice, electrolitice, afectarea funcţiei renale, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, afectarea hepatică etc. Înainte de demararea anesteziei trebuie de ţinut cont de interacţiunile medicamentoase multiple, ce pot apărea la pacienţii în stare toxico-septică,caracterizată de o terapie complexă.

Concluzii:

1. Anestezia la un pacient oncologic in stare toxico-septică reprezintă o provocare chiar şi pentru un anestezist cu experienţă.
2. Ketamina este drogul anestezic de preferat in inducţia la pacientul in stare toxico-septică.
3. Se impune continuarea terapiei intensive si monitorizarea intraoperatorie.
4. Inainte de inducţie este esenţial de a asigura o expansiune volemică adecvată.
5. Schimbările de farmacocinetică in starea toxico-septică impun reducerea dozelor obişnuite de anestezie.
6. In realizarea actului anestezic trebuie ţinut cont de multiplele interacţiuni medicamentoase posibile.

Bibliografie:

1. В.И.Черня, Р.И.Новикова “Избранные вопросы анестезиологии ”, Киев, “ Здоров’я”, 2004.
2. Н.И.Гуменюк, С.И.Киркилевский “Инфузионная терапия”, Киев, “Книга плюс”, 2004.
3. The ICU Book Paul L.Marino, Москва “Медицина”, 1998.
4. А.А.Бунятян “Руководство по анестезиологии”. Москва, “Медицина”, 1997.
5. G.Edward Morgan, Maged S.Mikhail. “Clinical Anesthesiology”, 2004.
6. David M.Gaba; Kevin J.Fish; Steven K.Howard. “Crisis management in anesthesiology”, 2000.

Vitalie Pascaru, Anatolii Buzu, Mihail Sinicliu, Vadim Iudin, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

ASISTENTA PREOPERATORIE LA PACIENTI CU CANCER CEFALOPANCREATIC, COMPLICAT CU ICTER MECANIC

Patients with cancer of the head of pancreas present a severe somatic status, aggravated bz obstructive jaundice. The use of antiferments and antiagregants, as well as of the fresh froyen plasma in the preoperative period, permit considerably ameliorating the somatic status and proceeding to surgical treatment.

Key words: anesthesia, cancer of the head on pancreas, obstructive jaundice.

Icterul mecanic este un sindrom, caracterizat prin apariţia unui obstacol intrinsec pe traiectul caii biliare principale si printr-o hiperbilirubinemie rezultata pe seama bilirubinei conjugate. Aceste forme clinice de icter zise si "prin retenţie " – se mai numesc si ictere chirurgicale pentru ca tratamentul lor comporta totdeauna o sancţiune chirugicală.

Una din cauzele icterului mecanic este cancerul de cap de pancreas. Anual in IO se efectuează circa 70 intervenţii chirurgicale biliar - digestive cauzate de icter mecanic.

Cancerul de cap de pancreas este evocat de următoarele circumstanţe: bărbat adult, fără trecut digestiv care devine intens icteric, precedat de un prurit feroce. Local: sindrom Couvoisier-Terrier (icter hepatomegalie, V.B. palpabila), sindrom de impregnare neoplazica: anorexie, diaree grasoasă, pierdere ponderala, evoluţie progresiva continua, fără febra, fără dureri a icterului la instalarea icterului, deficit pancreatic extern si intern.

Diagnosticul icterului mecanic îmbarca un caracter de urgenta pentru următoarele motive:

- retenţie biliara afectează după o perioada scurta funcţia hepatica primitive normala;
- aceasta justifica tratamentul chirurgical in scopul înlăturării obstacolului.

Pregătirea preoperatorie trebuie sa fie complexa şi a cuprinde atât unele masuri generale necesare oricărei intervenţii chirurgicale cât si particulare dictate mai ales de consecinţele fiziopatologice si metabolice ale retenţiei biliare.

Acesta antrenează totdeauna in grade diferite, ce depinde de durata şi intensitatea icterului, o co-afectare hepatică, care se poate manifesta fie prin alterarea numai a unor anumite funcţii (coagularea, metabolism protidic, etc.) fie printr-o insuficienţă globala. Unul dintre cele mai bune mijloace de re-echilibrarea preoperatorie este regimul alimentar care va fi adaptat la gravitatea icterului. Trebuie sa fie lacto –fructo - vegetarian, netoxic, uşor tolerat. Deficitul proteic poate fi acoperit prin perfuzii cu hidrolizate de proteine. Un asemenea regim nu trebuie sa fie prea îndelungat şi a întârzie intervenţia chirurgicala pentru ca ea reprezintă singurul tratament cauzal si eficient.

Tratarea infecţiei este un alt obiectiv necesar al pregătirii preoperatorii pentru ca bolnavii icterici prezintă un grad variabil de angeocolita ca efect al stazei biliare. Aceasta poate lua o forma grava daca se asociază cu insuficienta renala. Febra de tip septic este semnul cel mai important a infecţiei biliare. Ea trebuie tratata cu antibiotice care se elimina preponderant pe cale biliara (vibramecina, colimicina, preferabil injectabile). Trebuie sa reţinem insa ca de multa ori aceasta antibiotico-terapie este ineficace atâta timp cât se menţine icterul si in această situaţie intervenţia se impune fără întârziere.

Tulburările de craza sanguina trebuie tratate susţinut, daca ele exista in perioada preoperatorie. Obstacolele mecanice împiedică scurgere bilei in intestine si perturba grav absorbţia intestinală a grăsimilor fapt ce se va repercuta direct asupra resorbţiei vitaminelor liposolubili dintre care vitamina K este responsabila de procesul de coagulare. Eficacitatea tratamentului preventive al hemoragiilor prin hipovitaminoza vitamina K este ghidata de determinarea cantităţii de protrombina in sângele bolnavului. Se apreciază ca există risc de hemoragie intra – sau post operatorie in toate cazurile de icter unde valoarea timpului de protrombina este de 80% si mai jos. Din acest motiv se administrează pre-operator

vitamina K injectabila, urmând in mod repetat valoarea indicelui de protrombina care trebuie sa ajungă cit mai apropriat de cea normala (100%). Nici in acest scop, durata tratamentului pre-operator nu trebuie mult prelungita si nu trebuie administrate doze excesive de vitamina K pentru ca se poate ajunge la efecte contrarii.

Terapia infuzională cu soluţii cristaloide in volum de 2.5 l – 3l sub controlul diurezei. Sunt binevenite 3 – 5 şedinţe de plasmofereză pre-operator.

In concluzie se poate afirma ca rolul tratamentului pre- operator bine condus este de a ameliora diagnosticul actului chirurgical la aceşti bolnavi pluritaraţi si tratamentul de detoxifiere intravenoasa 5 – 6 zile, antibiotico terapie, tratarea tulburărilor de craza sanguina, plasmofereza, profilaxia insuficienţei hepato-renale. Terapia se recomanda a fi efectuata timp de 3 – 6 zile.

Bibliografie:

1. Fane Ghelase, Ion Georgescu, Radu Nemes. " Chirurgie Generala".
2. Victor Cojocaru. "Conduita preoperatorie innconditii riscului chirurgical- anesthetic avansat".
3. Ziliber "Fiziologie clinica".

Ion Mereuţă, A.Buzu, M.Colodrovschi, M.Sinicliu, V.Pahomi, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

PARTICULARITĂŢILE ASISTENŢEI PREOPERATORII LA PACIENŢII SUPUŞI OPERAŢIILOR URGENTE ÎN ONCOPROCTOLOGIE

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

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

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

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

În Republica Moldova cancerul colo-rectal se situează pe locul I în structura maladiilor oncologice ale tractului digestiv, înregistrînd morbiditatea în 2006 de 23,8 la 100.000 de locuitori. Conform datelor statistice la circa 40-89 % din toţi pacienţii cu cancer colonic se întîlnesc unele sau altele complicaţii cu diferit grad de manifestare clinică.

Către complicaţiile cancerului colonic se referă:

a) ocluzie intestinală;

b) procesele inflamatorii intratumorale şi peritumorale (6%-49%);

c) perforaţia intestinului în regiunea tumorului sau perforaţia diastatică a intestinului proximal de tumori (4%-15%, mortalitatea de 40%-50%);

d) extinderea tumorii asupra organelor şi ţesuturilor adiacente (10%-48,2%, mortalitatea de 5,9%-12%);

e) hemoragia din tumoare (2,9%-13,2%).

Letalitatea postoperatorie înregistrează cote foarte înalte atingînd cifrele de 15-55 % (P. Rusu, 2003). În ultimii ani cauzele principale ale letalităţii postoperatorii de rînd cu procesele septico-purulente, sunt complicaţiile de origine trombohemoragie şi dereglările cardiovasculare (V. Cojocaru, 2006).

Complicaţiile cancerului colonic au drept consecinţă dezvoltarea perturbărilor grave ale metabolismului proteic, volemie şi hemostazie, care agravează considerabil evoluţia perioadei postoperatorii, majorînd frecvenţa complicaţiilor. Aceste dereglări necesită utilizarea unui tratament comlex şi adecvat preoperator, orientat spre minimalizarea complicaţiilor intra- şi postoperatorii.

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

Tabelul 1

Secreţiile digestive:

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

Tabelul 2

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

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

Tabelul 3

Devierea valorilor indicilor volemici în dependenţă de forma complicaţiei:

Indicii volemici analizaţi	Deficitul indicilor volemici (% de la N)		
	Forma toxico-anemică (29)	Ocluzie intestinală(34)	Component inflamat. (35)
Volum sangvin circulant (ml/kg)	↓ 31.7	↓ 24.9	↓16.7
Volumul plasmei (ml/kg)	↓ 25.4	↓ 21.4	↓19.3
Volumul proteinei circulante (ml/kg)	↓ 30.9	↓ 25.2	↓15.5
Volumul Hb circulante (g/kg)	↓ 48.9	↓ 34.7	↓ 23.2
Volumul globular (ml/kg)	↓ 48.3	↓ 38.5	↓ 35.2
Hb (g/%)	↓ 39.0	↓11.7	↓6.8
Ht (%)	↑ 7.2	↑ 6.1	↑ 4.5

Tabelul 4

Algoritmul corecţiei perturbărilor proteino-volemice la bolnavii de cancer colonic complicat:

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

Echilibrarea hidro – electrolitică

Obişnuit deshidratarea fiind izotonă sau uşor hipotonă. Cristaloizii reuşesc echilibrarea eletrolitică rapidă a interstiţiului şi a fluidului intravascular fără să provoace volumetrie periculoasă.

Practic, se perfuzează soluţie salină izotonă sau soluţie Ringer pînă la stabilizarea diurezei orare normale, după care se administrează soluţie de glucoză 5% 1/2 din cantitatea necesară, în continuare, adăugîndu-se NaCl pentru evitarea hipotoniei plasmatice, în funcţie de pierderile estimate. Soluţia Ringer – lactat recomandată de Hartmann conţine: 132 mEq/l Na^+, 4 mEq/l K^+, 4 mEq/l Ca^{++}, 110 mEq/l Cl^-, pare să reechilibreze cel mai bine spaţiul extracelular, nu creşte acidoza lactică (dimpotrivă reuşeşte o permeabilizare a ciclului Cori în ficat) şi nu favorizează hidratarea plămînilor, mai ales dacă i se asociază soluţie de albumină de 5%.

Bolile cardiace, vîrsta înaintată nu sunt motive de reţinere exagerate în faţa perfuziei, pînă la stabilirea normală a diurezei, PS, TA, sub controlul PVC. Perioperator volumul de apă administrat trebuie să asigure o diureză de 14-20 ml/kg şi să acopere o respiraţie de 15 ml/kg, în total aproximativ de 30 ml/kg. Totalul de lichide administrate ajunge astfel, în prima zi, la 40-50 ml/kg. Nereluarea adecvată a diurezei în p/o necesită administrarea de furosemid (preferabilă manitolului).

Administrarea excesivă a cristaloizilor, mai ales pe fonul unei carenţe proteice (înregistrată frecvent în patologie canceroasă a colonului), poate conduce la apariţia ARDS.

Repleţia volemică poate fi efectuată prin administrarea coloidelor (dextrani cu moleculă mică [Reopoliglucină, Dextran-40, Reomac-rodex]; moleculă medie [Religlucină, Dextran-70]. Aceste preparate menţin hemodinamica, au efect reologic, reduc hypoxia tisulară şi contracarează procesul de hipercoogulare. (D-40 ameliorează fluxul capilar, împiedicînd aglutinarea hematică şi fenomenul de sludge; D-70 au efect antitrombotic, prin absorbţia moleculelor lor pe suprafaţa externă a trombocitelor reducînd agregarea acestora).

În şoc, infuzia de dextrani nu trebuie să depăşească 20 ml/kg sau 1500 ml/24h. Fiind soluţie hiperoncotice, administrate în cantităţi mari măresc rezistenţa periferică şi postsarcina, precipitînd IC şi (sau) declanşînd hemoragii (per. p/o).

Hemodiluţia provocată de administrarea cantităţilor mari de cristaloide poate agrava şi sindromul anemic la bolnavii de cancer colonic complicat de anemii toxice, Concentratul eritrocitar este indicat în anemiile severe cu indicii HB<80 g/l. la pacienţii cu disfuncţii poliorganice şi sindrom anemic pronunţat sunt recomandate eritrocitele spălate.

Plasma proaspăt congelată este un remediu de elecţie în asistenţa perioperatorie a pacienţilor cu cancer colonic complicat, deoarece are proprietăţi de repleţie volemică, este sursă de factori de coagulare şi mai ales a AT III, are calităţi osmotice. La bolnavii cu anemii toxice volumul plasmei transfuzate necesită să fie de 2 ori mai mare decît la ceilalţi bolnavi. Această doză este argumentată de diminuările pronunţate ale tuturor indicilor volemici şi de o concentraţie scăzută a proteinelor serice şi fracţiilor lor. Transfuzia 5,0-10,0 ml/kg.

Albumina, fiind un preparat stabil din plasma umană, are calităţi reologice împortante şi putere osmotică valoroasă. Cercetările effectuate de Klimanski V.A., au demonstrate că transfuzia de albumină de 10 %, în cantitate de 5 ml este echivalentă cu administrarea a 500 ml de plasmă, datorită declanşării procesului de reinvazare a lichidelor interstiţiale, proces, condiţionat de forţa oncotică a albuminei. Posedă capacităţi reologice, transportă diferite substanţe, medicamente.

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

Ca. colonic complicat şi intervenţiile chirugicale practicate în acest caz pot avea drept consecinţă dereglări homeostazice ale hemostaziei. Sistema hemostaziei la bolnavi cu cancer suferă de direcţia activaţiei prin formarea unei stări de hiperadghezivitate şi hiperagregabilitate, această stare avînd ca rezultat hipertrombocitoza cu hipermegacariocitoză prin consumul exagerat al factorilor plasmatici, atît ai sitemului de coagulare, cît şi plasminică. În acelaşi timp se epuizează şi anticoagulanţii naturali din organism. Procesele menţionate formează esenţa unui sindrom al coagulării diseminate (CID).

Intervenţia chirugiclă urgentă, fără o pregătire preoperatorie, poate duce la decompensare CID-ului. O manifestare deosebită este formarea de microcheaguri, care duc la microtorbmoze în organelle vitale necesare (ficat, rinichi, plămîni). Asocierea microtrombozelor cu dereglările ionice, endocrine şi citochine provoacă sindroamele associate: insuficienţă poliorganică, ARDS, insuficienţă hepato-renală.

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

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

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

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

• Reopoliglucină nu mai mult de 20 ml/kg/24h.

• Dezagregante (Dipiridamol, Trental) inhibitor de fosfodiesterază cu $\uparrow AMP_C$ inhibitor al adenozindezominazei $\Rightarrow\uparrow ADP$; scade RVP, stimulează hiosinteza P_c.

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

• Spasmolitice.

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

• Etamsilat;

• Vixasol;

• $CaCl_2$ 10%;

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

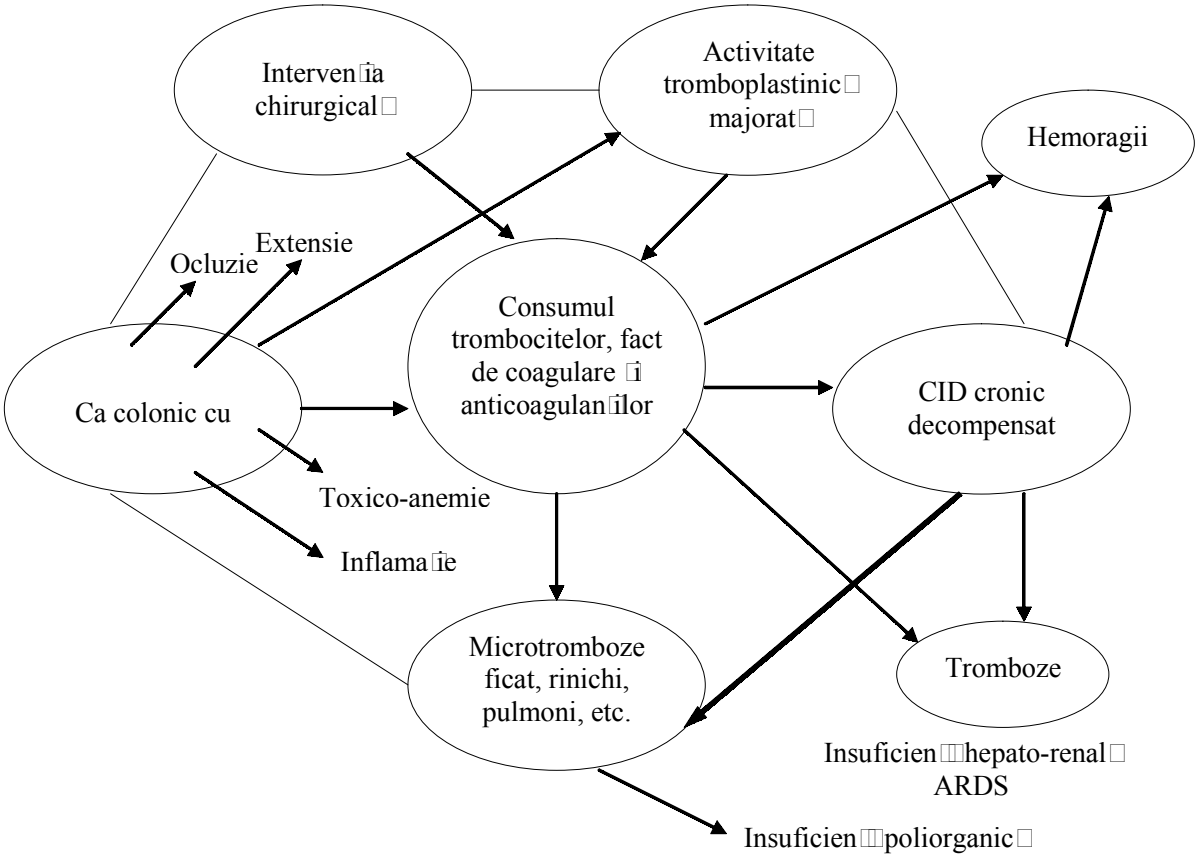
Antibiotarapia pre-, intra-, postoperatorie.

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

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

În acelaşi sens acţionează lavajul larg peritoneal, i/operator şi postoperatorie prin care se obţine detoxificare evidentă, reluarea precoce a tranzitului intestinal şi diurezei.

Antibioterapia instituită imediat, empiric, trebuie să cuprindă o cefalosporină cu spectru larg şi ultralarg, să fie activă pe toţi germenii penicilino-sensibili, pe stafilococul penicilino-



rezistent, pe bacili G(-), înclusiv Bacteraides fragilis şi piocianic $\rightarrow +$ Metronidazolul.

• Corecţia acidozei.

• Corticoterapia: Dozele crescute de corticoizi au efect de stabilizare a aparatului membranar celular, efect α - lizic (blocant), scad permiabilitatea intestinală; pe lîngă întroducerea aminoacizilor în reacţiile neoglucogenezei, favorizează în hepatocit şi neoglucogeneza din lactat, asigură cuplarea fosforilării cu dehidrogenările şi refacerea ATP-ului, opunîndu-se acţiunii glicolitice şi hipolitice exercitale de epinefrină.

Dozele mici, medii $\rightarrow$ prin activ gluconoegen, permite musculaturii netede vasculare să facă faţă unei contracţii susţinute. Refac reactivitatea arteriolelor şi a sfincsterelor precapilare la catecolamine.

D mici - Cortizonul 100-150 mg.

D medii

D mari – Cortizonul 3-5 g.

Megadoze 30-50 mg/kg.

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

Administrarea α - blocantelor şi β - blocantelor sub umplere vasculară corectă şi eventual administrarea de tonicardice este utilă, datorită actţiunii simpatoadrenergice asupra circulaţiei viscerale, de reacţie la şoc, cu reversarea reacţiei tubului digestiv în stres, cu notă asupra circulaţiei hepatice şi pulmonare. Consecinţelemajore ale reluării precoce a peristaltismului TG sunt dispariţia distensiei – staziei, protejarea suturilor, prevenirea acolării intestinelor, reversarea catabolismului atît prin stimul catabolic, cît şi prin posobilitatea reluării precoce a alimentaţiei.

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

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

• Alimentaţia parenterală (hiperalimentaţia calorico-protidică i/v).

Bibliografie:

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

❑

A. Buzu, S. Curasevici, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

PARTICULARITĂŢILE ASISTENŢEI PREOPERATORII LA BOLNAVII CU CANCER RENAL

The preoperative assistance of patients with kidney cancer is essential for good results in the postoperative period. In the article there is described the optimal tactics of preoperative assistance, anesthetic management and postoperative intensive care, which permit performing surgery in high risk patients.

Key words: anesthesia, urology, intensive care, kidney cancer.

Tratamentul cancerului renal până în prezent este una din problemele importante ale oncologiei. Cancerul renal este o problemă majoră a sănătăţii publice. Actualitatea ei este determinată pe de o parte, de persistenţa tendinţei spre majorarea indicilor morbidităţii şi mortalităţii prin cancer, pe de altă parte adresarea tardivă a bolnavilor in instituţiile curative.

In ultimii ani s-au elaborat metode complexe de tratament a cancerului renal, care includ asocierea tratamentului chirurgical, cu raze, hormononi şi citostatice utilizate simultan sau succesiv. Dat fiind faptul, că chimioterapia şi radioterapia sunt metode agresive de tratament, care provoacă schimbări profunde in homeostazie, actul chirurgical la bolnavi cu cancer al renului supuse în preoperator acţiunii razelor ionizante şi chimioterapiei este însoţit de un şir de probleme în ceea ce priveşte asigurarea asistenţei anestezice.

Scopul lucrării

Estimarea factorilor de risc în evoluţia actului chirurgical anestetic la paciente operate pentru cancerul renal.

Materiale şi metode

Studiul s-a efectuat pe un lot de 136 pacienti cu cancer al rinichiului care au fost tratati în Institutul Oncologic în perioada anilor 2003-2007. Factorii de risc au fost determinaţi prin evaluarea terenului somatic şi indicilor paraclinici. Terenul somatic a fost studiat la internare şi dupa aplicarea tratamentului chimeoterapeutic şi radioterapeutic în preoperator. Terenul somatic a fost evaluat prin explorarea anamnezei şi evidenţa indicilor paraclinici: spirometria, ECG, dopler ECG T\A, P\S, analiza biochimică a sângelui, urinei, analiza generală a sângelui, coagulograma, testele funcţionale ale capacităţii reziduale cardiorespiratorii (Stanghe, Ghence, ECG în efort). Diagnosticul miocarditelor s-a bazat pe constatarea simptoamelor şi semnelor care constitue (sindromul miocardic), semne de insuficienţă cardiacă, tulburări de ritm şi conducere, semne de mărire a inimii, oboseală, dispnee, palpitaţii, genă precordială, tahicardie, zgomotul intii estompat. La ECG subdenivelarea segmentului S-T, aplatizarea undei T, tulburări de ritm şi conducere.

Pericarditele s-au diagnosticat la pacienti care au prezentat durere, modificări electrocardiografice (supradinivelarea segmentului S-T cu unda T plată sau bifazică) şi lichid în cavitatea pericardului la ehocardiografie.

Valvulopaţiile s-au diagnosticat în rezultatul explorării anamneziei, examenelor electrocardiografie şi ehocardiografie.

Hipertensiune arterială a fost constatată la pacienti cu tensiunea sistolică >160 şi diastolică >95 mm Hg. Stadiul hipertensiunii a fost stabilit conform clasificării OMS. Stadiul 1 - lipsa unor modificări organice obiective, Stadiul 2 - prezenţa atingerii organice, in primul rând hipertrofia ventriculară stângă, apoi îngustare generalizată sau focală a arterelor retiniene, proteinurie, şi-sau uşoară creştere a creatininei serice. Stadiul 3 - simtoame şi semne de atingere viscerală ca insuficienţa cardiacă stângă, hemoragii la fundul ochiului.

Hemostazia a fost studiată prin determinarea timpului de coagulare Lee-White, timpului de trombină, fibrinogenul, indicele protrombinic, testele cu etanol şi protamin sulfat, numărul de trombocite.

Radioterapia cu doze mari la nivelul toracelui pentru tratamentul neoplasmului de ren, al metastazelor pulmonare sau a altor maladii cu localizare mediastinală, determină leziuni ale plămânului care poartă denumirea de pneumonii de iradiere. Simptomul principal este dispnea cu caracter de efort, care are la bază insuficienţa de tip restrictiv. Intensitatea dispneii este proporţională cu suprafaţa teritoriului iradiat şi intensitatea iradierii, dispneia este însoţită adesea de tuse cu caracter iritativ şi, uneori de disfagie. Semnele fizice şi generale sunt absente. Examenul radiologie evidenţiază umbre neomogene, de intensitate subcostală, localizate in câmpul pulmonar mediu.

Bronşita cronică - tuse, dispnee la efort, reducere moderată a volumelor şi debitelor respiratorii, acutizări în sezonul rece, o uşoară scădere a indicelui de permiabilitate bronşică \Tiffeneau\.

Emfizem pulmonar - simptomatologie bronho-pulmonară mixtă, la inspecţie torace în but antero-posterior mărit cu coastele orizontale, cu unghiul epigastric obtuz, cu spaţii intercostale lăr; k hipersonoritate. Examenul radiologic evidenţiază hipertransparenţa difuză şi distentie pulmonară. La spirografie scăderea semnificativă *,* creşterea volumului rezidual şi capacităţii rezidise

Rezultate şi discuţii. Examinarea terenului constituţional a constatat că vârsta pacientelor variază între 27 şi 84 ani (vîrsta medie 66,3+4,5) 55,1% sunt pacienti, care au vârsta peste 60 ani, deci au o capacitate biologică scăzută.

La 215 (49,5%) pacienti s-a constatat obezitate, dintre care obezitate de grad avansat la 52 (12,2%). Scăderea ponderală mai mult de 10,3% s-a înregistrat la 29 (6,8%) paciente. După

tratamentul chimioterapeutic şi radioterapeutic preoperator numărul bolnavilor cu carenţă nutritivă s-a ridicat pînă la 55 (12,8%) cazuri. Explorarea anamnezei la momentul stabilirii diagnosticului a atestat diverse maladii coexistente. Evaluarea terenului pulmonar la spitalizare, cu accent la depistarea preexistentei bolilor cronice bronhopulmonare a constatat prezenţa bronşitei cronice la 17,4 %, astmului bronşic la 3,9%, emfizemului pulmonar la 3,2% bolnave (tab.2).

În preoperator (după polichimioterapie şi radioterapie), rata afecţiunilor pulmonare s-a mărit cu 4,6%. Acest fenomen s-a argumentat prin prezenţa pleureziei la 3,5% paciente, pneumoniei radiante la 1,1 % şi semnelor de acutizare a bronşitei cronice la 4,6%. Tarele respiratorii prezente la paciente au presupus dereglări ventilatorii cu schimbări în terenul indicilor volumetrici, statici şi dinamici.

La spitalizare dereglările respiratorii obstructive au constituit 36,2%, restrictive 22,5%, cu caracter mixt 8,3%. După tratamentul chimioradioterapeutic aceşti indici au constituit respectiv 38,5%, 35,8%, 18,3%, care posibil sunt argumentate prin leziuni radiante şi chimiotoxice ale căilor aeriene periferice. O importanţa deosebită în evoluţia benefică a actului anestetic o are estimarea aparatului cardiovascular cu scopul de a evidenţia patologia cardiacă care poate să influenţeze asupra evoluţiei actului chirurgical-anestetic. In cercetările noastre a fost inclusă patologia cardiacă care direct sau tangenţial poate influenţa asupra anesteziei.

Cardiopatia ischemică a fost înregistrată la 38,9% la spitalizare şi resprctiv la 47,2% pacienti, în preoperator dintre care 72,2% au prezentat angor la efort intens, 25,1% angor nocturn şi 2,9% infarct miocardic anterior.

Tulburările de ritm şi conducere în preoperator au fost înregistrate la 9,2% pacienti. Menţionăm că rata tulburărilor de ritm după terapia cu raze şi citostatice s-a ridicat pîna la 24,7%. Hipertensiunea arterială a fost prezentă la 19,8%. Chimioterapia şi radioterapia nu au provocat schimbări esenţiale în incidenţa hipertensiunii arteriale. Date clin:, paraclinice care ar indica prezenţa miocarditelor la bolnave la prima etapă de cercetări nu au fost depistate. După chimioterapie şi radioterapie au fost constatate miocardite la 6.6% paciente, manifestate clinic (dispnee pronunţata, dureri surde în regiunea cordului, ECG supdenivelarea intervalului ST, dereglări de ritm), la ECG dopler dilatarea moderată a cavităţilor cordului, deminuarea forţei contractile a miocardului. Acest fenomen ne-a sugerat ideea de estimare separată a leziunilor postradice în dependenţă de locul aplicării razelor: pe renul drept sau cel stâng.

Studiul structurii patologiei cordului ne-a demonstrat incidenţa sporită la bolnavi iradiati pe stânga a dereglărilor de ritm şi conducere (de 1,8 ori), tulburări metabolice a miocardului (de 2 ori) .

Statutul somatic agravat a afectat şi capacităţile funcţionale reziduale ale organismului. Testele Stanghe şi Ghence la bolnave în timpul spitalizării au avut valorile de 45-35 secunde şi respectiv 25,3+2,5 secunde. După tratamentul chimio-radioterapeutic aceşti indici au deminuat pîna la, respectiv 31,2+2,4 şi 21,5+3,2 secunde.

Perturbările patologice prezente la pacienti cu cancer renal au presupus devieri ai indicilor hemostaziei. Studiid coagulograma, trombocitele, timpul de coagulare Lee-Waite am constatat la 12,5% bolnavi semne de hipercoagulare. Menţionăm, că semnele de hipercoagulare au fost mai pronunţate la pacienti după aplicarea terapiei cu citostatice şi raze.

Rezultatele investigaţiilor terenului constituţional au constatat sporirea numărului de paciente cu carenţa nutritivă pronunţată. Progresarea deficitului nutriţional posibil este argumenat prin agresia cancerogenă. Nu se exclude scăderea ponderală cauzată şi de afecţiunile toxice provocate de chimioterapie asupra aparatului digestiv. Majoritatea pacientilor pe timpul chimioterapiei au prezentat dispepsie (greţuri, diaree, inapetenţă).

Incidenţa patologiei coexistente respiratorii, la pacientele cu cancer renal, la spitalizare corespunde cu rata acestor maladii la persoanele de referinţa. Terapia cu raze şi citostatice aduce nu numai la sporirea maladiilor pulmonare, dar si la dereglări esenţiale in funcţiile ventilatorii ale sistemului respirator. Incidenţa sporită a patologiei cardiace la bolnavi cu cancer renal şi suprapunerea acţiunilor nocive ale radioterapiei şi chimioterapiei asupra cordului conduc la o scădere a funcţiei cardiovasculare. Aplicarea concomitentă a chimioterapiei şi radioterapiei a sporit incidenţa miocarditelor şi dereglărilor de ritm şi conducere. Radioterapia aplicată pe stânga toracilui a provocat

apariţia tulburărilor de ritm şi conducere, posibil, argumentată prin acţiunea razelor asupra ţesuturilor automatismului cardiac şi de conducere. Această diminuare a funcţiei a fost argumentată prin diminuarea vădită a indicilor funcţionali reziduali.

Concluzie

1. Bolnavii cu cancer renal prezintă statut somatic agravat prin incidenţă sporită a maladiilor cardiovasculare şi bronhopulmonare coexistente.

2. Factorii de risc în evoluţia actului chirurgical anestezic prezintă terapia cu raze şi citostatice preoperatorii.

3. Bolnavii cu neoplasme ale renului necesită investigarea cît mai amplă a parametrilor capacităţilor reziduale a funcţiei cardio-respiratorii.

4. Perturbările în hemostazie la bolnavi cu cancer renal necesită tratament complex în preoperator şi profilaxie a trombozelor intra- şi postoperator.

❑

С. Курасевич, С. Кырлиг, Институт Онкологии Молдовы, научная лаборатория Общая Онкология и АР

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Bladder cancer causes severe general disorders, which make difficult the possibility to perform a surgical operation on it. According to the study carried out on 120 patients with bladder cancer the epidural anesthesia takes priority over the other types of anesthesia in this group of patients.

Key words: urinary bladder cancer, epidural anesthesia, high anesthetic risk.

Перидуральная анестезия в настоящее время всё больше привлекает внимание анестезиологов в обеспечении обезболивания хирургического вмешательства у больных с высоким риском. Совершенствование техники, инструментов, использование новых местных анестетиков и физиологии перидурального пространства привело к учащению использования перидуральной анестезии.

Клинические и экспериментальные исследования (Bonica, Bromage, Moore, Lund и др.) доказали что, перидуральная анестезия является надёжным способом и обеспечивает отличную безопасность и условия хирургического вмешательства.

Открытие в 1979 г. морфино-рецепторов на медуллярном уровне, предоставило анестезиологам новые преимущества, превратив в один из наиболее часто используемых способов анальгезии и региональной анестезии.

Цель исследования

В определении эффективности комбинации местных анестетиков и морфиномиметиков при перидуральной анестезии у больных раком мочевого пузыря, на фоне хронической почечной недостаточности.

Материалы и методы

Было исследовано 120 пациентов с раком мочевого пузыря, которым выполнена расширенная резекция мочевого пузыря. По типу применённой анестезии пациенты были разделены на 6 групп, по 20 в каждой.

В первой группе использовался лидокаин - 5 мг/кг; вторая группа - бупивакаин 2 мг/кг; третья группа - лидокаин -5 мг/кг и морфин - 0,12 мг/кг; четвертая группа - лидокаин -5 мг/кг и фентанил - 0,001 мг/кг; пятая - бупивакаин - 2 мг/кг и морфин -0,12 мг/кг; шестая - бупивакаин - 2 мг/кг и фентанил - 0,001мг/кг.

Анестезия выполнена путём пункции перидурального пространства на уровне L1-L2, в положении на боку. Во время оперативного вмешательства использовано внутривенно инфузионная терапия физиологического раствора, исследовались сатурация - O^2, АД, пульс. Производился контроль эффективности анестезии (сенсорная блокада, мышечная релаксация, уровень глюкозы крови, дыхание).

Результаты и обсуждение

Существенные различия возраста, веса тела и роста в исследуемых группах не выявлены. Возраст выше 60 лет у большинства пациентов обусловило у многих, наличие сопутствующей патологии. В результате обследования анамнеза , клинических и параклинических данных, с целью определения соматического статуса у исследуемого контингента, у всех пациентов выявлены сопутствующие заболевания с значительными нарушениями жизненных функций. У 1/3 пациентов выявлено 2-3 нозоологические формы. Более частыми были заболевания 2 сердечно сосудистой системы и 1 хроническая почечная недостаточность. Анестезио-логический риск соответствовал 111 -IV классу по ASA.

Анестезия оценивалась по длительности сенсорной и моторной блокады. Длительность сенсорного блока отличалась в зависимости от использованного анестетика. Данные показывают что, длительность сенсорного блока было в 1,5 раза больше у пациентов, которым вводился бупивакаин. Эпидуральное введение морфиномиметиков уменьшило в 2 - 4 раза время наступления анальгезии. Опиоиды приводили к увеличению длительности сенсорного блока у больных которым вводился лидокаин.

Изучая свойства моторного блока, выявлено что, у больных подверженых анестезии лидокаином , полный моторный блок наступал на 3 мин. Позже чем при использовании бупивакаина. Выявлено увеличение длительности моторного блока у пациентов, которым вводились местные анестетики в комбинации с морфином.

Общеизвестно что, эндокринная система отвечает на болевое раздражение повышением глюкозы в крови. Изучая концентрацию глюкозы в крови, мы выявили у пациентов с моноанестезией значительный рост глюкозы(1, 5 раза). У больных получивших комбинированную анестезию, отмечался более низкий уровень глюкозы в крови (в 1,2 раза).

Интра и в постоператорном периоде отмечено 12 случаев гипотонии на 20% от исходных цифр. Все пациенты были из групп которым вводился морфин. У двух пациентов из 1 группы анальгезия была поверхностной, из-за чего вводились **анальгетики внутривенно.**

Выводы

Перидуральная анестезия с использованием комбинации местных анестетиков и морфиномиметиков расширяет показания к хирургическому вмешательству и может быть использована пациентам с высоким анестезиологическим риском.

Морфиномиметики введенные перидурально, потенцируют сенсорный и моторный блок. Введение морфина вызывает артериальную гипотонию чаще, чем фентанил. Перидуральная анестезия с местными анестетиками уменьшает эндокринный ответ лишь частично.

❑

S.Cîrlig, S. Curasevici, A. Buzu, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

OPTIMIZAREA ASISTENŢEI ANESTEZICE LA PACIENŢI IMPUŞI OPERAŢII TIP BRICHER

The article presents the results carried out on patients with urinary bladder cancer, who underwent Bricker operation. A new method of combined anesthesia (intravenous and peridural) has been proposed by the team of anesthetic department in order to provide patients with adequate intra- and postoperative protection.

Key words: urinary bladder cancer, Bricker operation, epidural anesthesia.

In cadrul patologiei tumorale a tractului urinar, tumorile vezicale sunt cele mai frecvente, reprezentând aproximativ 50%. Sunt de circa trei ori mai frecvente la bărbaţi de cât la femei (raportul bărbaţi/femei fiind de 2,7/1), menţionându-se faptul că această afecţiune are o incidenţă mult

mai ridicată la albi decât la negri. Vârsta medie în momentul diagnosticului este de 65 de ani, etapa în care circa 85% din tumori sunt localizate strict la vezica urinată, iar 15% prezintă deja extenzie limfoganglionară sau metastaze la distanță.

Hematuria. Reprezintă semnul cel mai frecvent, dominant, prezent la 85-90% din pacienţicu cancer vezical. Are în general, caracterele hematuriei provocate de tumori; variabilă ca intensitate, capricioasă ca orar, uneori fără marcă de organ, dar adesea însoţită de semne şi simptome care atrag atenţia asupra vezicii urinare. Caracteristicile hematuriei provocate de tumorile vezicale, ca de altfel întreaga simptomatologie a acestora, sunt condiţionate de infiltraţie şi de complicaţii. Într-un număr important de cazuri, hematuria constitue semnulcare conduce la diagnostic şi poate rămâne singurul pe toată perioada evoluţiei clinice. Piuria. Se întâlneşte ca semn izolat dar prezenţa ei trădează tumori infiltrative. Polakiuria, dizuria, durerea pelviană, cistita tumorală, sânt la fel simptome caracteristice tumorilor vezicale.

Constituie modalitatea terapeutică principală a tumorilor vezicale, adaptat stadiului, gradului, numărului, mărimii tumorilor, potenţialului evolutiv récidivant şi infiltrativ etc.. adaptat deci unei întregi serii de parametri obiectivi. Tratamentul chirurgical cuprinde:

1. Electrorezecţia transuretrală reprezintă modalitatea iniţială şi foarte adesea principală, de tratament a tuturor tumorilor vezicale. Electro-rezecţia endoscopică se efectuează până la ţesut sănătos, în profunzime şi lăţime.
2. Cistectomia totala tip Brikker.

2. Anestezia epidurala

Anestezia peridurală (extradurală, epidurala) este o tehnică de anestezie regională, realizată prin introducerea analgezicului în spaţiul virtual dintre dura mater şi canalul osos rahidian.

Este o anestezie tronculară , spre deosebire de rahianestezia care este o anestezie radiculară (Dogliotti A. M. 1930, 1931).

Spaţiul peridural este un spaţiu virtual, cuprins între cele 2 foiţe ale durei mater craniene. Are o capacitate de cea 50 - 90 ml. In interior se găsesc următoarele: grăsime semilichidă, plex venos avalvular (plex Batson), arterele măduvei spinării, limfatice, trunchiurile nervilor rahidieni formate din unirea celor 2 rădăcini ale fiecărui nerv.

Anestezicul injectat în spaţiul peridural nu realizează un contact direct cu trunchiurile nervoase, deoarece acestea sunt acoperite de pia mater, arahnoidă, prelungirile durale perinervoase.

In spaţiul epidural, există în 80% din cazuri o presiune mai mică decât cea atmosferică. Valoarea acestei presiuni este de minus 1-18 mm. Hg toracic şi 1,8 - 2 mm Hg lombar.

Din această cauză, soluţia injectată peridural toracic se extinde către zona cervicală şi nu către cea lombară şi sacrală.

După introducerea în spaţiul peridural a lichidului analgezic, acesta suferă mai multe procese importante: difuziune în interiorul spaţiului peridural, difuziune în spaţiul paravertebral, difuziune către LCR prin dura mater, fixare pe trunchiurile nervoase şi absorbţia în sângele venos din plexul paravertebral şi de aici în circulaţie.

Absorbţia plasmática. Doza maximă de Lidocaină recomandată: 200 mg fără adrenalină (Europa) şi 300 mg în SUA nu poate obţine anestezie de plex brahial şi nici bloc extradural chirurgical.

Lidocaină cu adrenalină 500 mg. Este o recomandare ilogică care s-a făcut în 1957 şi nu corespunde astăzi (Scott D. B., 1989).

Concentraţia plasmática toxică este de 5mg/ml s-nge venos. Studii efectuate pe voluntari nu au fost suficient de concludente.

Lidocaină pe cale lombară, soluţie 1,5% cu adrenalină 1/200000, doză unică de 4-5,6 mg/kg, realizează concentraţie plasmática de 3,1 u.g/ml (Mazze R.I., 1966).

După 200 mg, concentraţia plasmática venoasă medie : 1,5 |ag/ml, după 600 mg se ajunge la 4 u.g/ml (Covino B.G., Scott D.B,1985).

Absorbţia este egală ca viteză , indiferent de calea utilizării: cervicală, toracică lombară.

În anestezia peridurală continuă, o cantitate de Lidocaină de 300 mg, fără adrenalină realizează o concentraţie sanguină de 3 u,g/ml, dar fiecare 100 mg lidocaină suplimentară poate creşte concentraţia plasmática cu până la 1 ug/ml.

Efectele anesteziei peridurale. Au origine dublă:

- prin modificări fiziopatologice (simpatectomiea preganglionară), venodilatație;

- prin efectul pe care îl are analgezicul absorbit în sânge. Hipotensiunea arterială depinde de gradul până unde se extinde simpatectomia, că şi de starea pacientului, efectele hemodinamice sînt variabile.

În peridurală lombară care se extinde până la T/5-6, se notează uşoară hipotensiune (sub 20% din valoarea preanestetică), uşoară tendință la bradicardie, prelungirea timpului de circulație.

Debitul cardiac scade (debitul/bătae şi debitul/minut) la valori nepericuloase. Acest efect se datoreşte mai multor cauze: scăderea întoarcerii

venoase prin imobilizarea sângelui în masa musculară, acțiunea anestezicului resorbit în sânge asupra miocardului, starea volemiei.

O compensare parțială poate rezulta din vazopresorul care se adaugă anestezicului local şi care poate în oarecare măsură realiza o absorbție lentă cu o concentrație relativ mică a anestezicului în sânge.

Difeturul în doza de 5mg/kg, la fel ca şi izoturonul pe fundalul blocării selective a a-1 adrenoreceptorilor, creşte semnificativ presiunea arterială. Rezultatele acestor cercetări au evidențiat, că acțiunea antihipotensivâ a izoturonului şi difeturului nu este blocată de antagoniştii selectivi ai cti-adrenoreceptorilor (prazosin), fapt ce demonstrează că efectul vasoconstrictor al acestor substanțe nu se realizează prin stimularea receptorilor a-1-adrenergici postsinaptici dar, posibil, printr-un alt mecanism de acțiune .

O analiză comparativă a derivaților izotioureici asupra funcției motorie a organelor cu musculatură netedă a fost făcută de Muhin E. A.(1967). După opinia lui E.A.Muhin şi colab., (1983), mecanismul acțiunii musculotrope a izoturonului nu este datorată influenței sale asupra sistemului colinergic sau adrenergic şi nici nu depinde de acțiunea sa asupra sistemului histaminergic sau serotoninergic. Rezultatele obținute de autori confirmă datele autorilor de mai sus. Cercetările efectuate a 6 derivații izotioureici (etiron, propilon, alilizotiuron, butilizotiuron, amilizotiuron, AET) au demonstrat că toți compuşii stimulează într-o măsură mai mare sau mai mică activitatea contractilă a intestinului şi uterului, pe fondai de blocaj a structurilor colinergice, histaminergice, serotoninergice şi adrenergice. Autorii concluzionează că în musculatura netedă a intestinului la iepure sînt structuri speciale, prin intermediul cărora derivații izotioureici îşi manifestă acțiunea. In legătură cu faptul, că la schimbarea în structura chimică a lanțului de hidrocarburi efectul stimulant a compuşilor asupra funcției motorie a intestinului şi uterului se păstrează acțiunea responsabilă o manifestă grupa amidinică, Deacea presupune autorul că în intestin şi uter ar fi prezenți aşa numiții receptori amidinici. Deoarece derivații izotioureici în ultimul timp datorită noilor proprietăți avantajoase descrise, recent, capătă o utilizare tot mai largă în practica medicală, iar succintele rezultate obținute anterior în descrierea mecanismului de acțiune nu permit întru-totul de a le lămuri, a apărut ca scop efectuarea unor cercetări speciale în studierea aprofundată a modului de acțiune şi posibilelor mecanisme de acțiune a compuşilor izotioureici şi alchilizotioureici asupra activității contractile a organelor cu musculatură neted.

Concluzie

1. Utilizarea derivatilor izotiureici in anestezia peridurala la operatia Brikker, optimizeaza decursul anesteziei si perioadei postoperatorii.

2. Bolnavii cu cancer al vezicii urinare prezintă statut somatic agravat prin incidență sporită a maladiilor cardiovasculare şi bronhopulmonare coexistente.

3. Factorii de risc în evoluția actului chirurgical anestezic prezintă insuficienta renala cronica preoperatorie.

4. Bolnavii cu neoplasme ale vezicii urinare supusi operatiei Brikker necesită investigarea cît mai amplă a parametrilor capacităților reziduale a funcției cardio-respiratorii.

5. Perturbările în hemostazie la bolnavi cu cancer vezicii urinare necesită tratament complex în preoperator şi profilaxie a trombozelor intra- şi postoperator.

❑

I. Mereuţă, N. Piterschii, A. Buzu, V. Pascaru, A. Badan, A. Popovici,
Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

ORGANIZAREA SERVICIULUI ATI PACIENŢILOR ONCOLOGICI ÎN R.MOLDOVA

The work is dedicated to the management of anesthesiology and intensive care of the oncological patients. There are described the kez practices in the assistance of these patients in order to improve the results of the complex therapy.

Locul de bază în tratamentul pacienţilor oncologici îl ocupă metodele chirurgicale.

Intervenţiile chirurgicale, în majoritatea cazurilor, reiese din necesitatea înlăturării nu numai a organului afectat de tumoare, dar şi ţesuturilor şi deseori organelor implicate în procesul turnoral, efectuarea limfodisecţiei lărgite. Această problemă devine mai actuală la pacienţii, care în perioada preoperatorie au fost supuşi tratamentului radio- şi chimioterapeutic, care acţionează nu numai asupra tumorii, dar şi afectează organizmul în ansamblu.

Sarcina de bază a Laboratorului ştiinţific ATI constă în înbunătăţirea rezultatelor tratamentului pacienţilor oncologici prin elaborarea şi perfecţionarea metodelor de asistenţă anesteziologo-reanimatologică. În prezent IO dispune de un staţionar de 1000 paturi, dintre care 500 paturi chirurgicale, trei blocuri de operaţie în care funcţionează 15 săli de operaţie, două secţii ATI cu 24 paturi, şi un bloc baroterapeutic. În centrul hematologic funcţionează secţii de terapie intensivă. Activitatea anesteziologică-reanima-tologică este efectuată de către 24 colaboratori, dintre care 15 sunt cu categorie superioară de atestare. Anual în IO se efectuază peste 5500 anestezii, 79% din tote anesteziile efectuate, sunt generale i/v totale cu ventilaţie mecanică. În rest se efectuază anestezii i/v totale cu păstrarea respiraţiei spontane şi loco-regionale. În ultimii 5 ani, complicaţii legate de anestezii sunt 2,43%. În saloanele de reanimare şi terapie intensivă, anual primesc tratament peste 4000 de pacienţi. Complicaţii postoperatorii au constituit circa 1,88%, cu o letalitate postoperatorie în ultimii 5 ani ce a fost 0,82%. Un lucru important, pe care-l efectuiază secţia ATI, este deservirea bolnavilor prin secţiile terapeutice, radio- şi chimioterapie, hematologie de copii şi maturi, la aceşti pacienţi, ca de obicei, se acordă ajutor de urgenţă medicală, li se indică tratament de susţinere şi simptomatic, suprimarea sindromului algic caracteristic pacientului oncologic mai ales când tratamentul poartă caracter paliativ. În acest caz tratarea sindromului algic este decisiv pentru pacienţi care are tangenţa directă asupra calităţii vieţii.

Concluzie: Conduita perioperatorie corectă cu determinarea metodelor de asistenţă anestezio-logică şi măsurilor de tratament al maladiilor concomitente preoperator, permite efectuarea intervenţiilor chirurgicale laborioase şi contribue la înbunătăţirea rezultatelor tratamentului complex la pacienţi cu neoplazm, şi îmbunătăţirea calităţii vieţii.

❑

A.Badan, V.Cojocaru, Institutul Oncologic din Moldova, Clinica 2 ATISCR,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

PATOLOGIA CARDIACĂ LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR ÎN PERIOADA PREOPERATORIE

There has been carried out a research study on 570 patients with breast cancer in order to estimate their cardiovascular status. The aim of the study is to increase the vigilance during the preoperative assistance.

Bolnavele de cancer mamar cu patologie cardiacă compensată, supuse tratamentului cu citostatice şi radioterapie în perioada preoperatorie, deseori nu fac faţă solicitărilor crescute în timpul actului anestezico-chirurgical, în cazul când evoluţia actului operator este complicată de aritmii, ischemie miocardică şi/sau insuficienţă miocardică.

Scopul studiului: Evaluarea patologiei c/v la bolnavele de cancer mamar pe fondalul administrării tratamentului antineoplazic.

Materiale: Obiectul de studiu l-au alcătuit 570 paciente supuse mastectomiei. Grupul 1-80 bolnave la care nu s-a administrat tratament anticanceros (grupul de control). Grupul 11-55 paciente la care a fost aplicată radioterapie. Grupul III-435 la care a fost administrat tratament asociat radio-şi polichimioterapie.

Rezultate: Incidenţa crescută a HTA la aceste bolnave se explică, prin stresul provocat de aşteptarea diagnosticului final (morfologic) şi fenomenul „halat alb". Acest fenomen a fost confirmat prin studiul ulterior a gradului de severitate a HTA la aceste paciente. La bolnavele de cancer mamar supuse tratamentului combinat radio-chimioterapeutic incidenţa patologiei cardiace s-a stabilit la valorile 328 (57,5%±4,3). Majoritatea bolnavelor de cancer mamar au patologie cardiacă, deoarece spectrul acestui indice în grupurile bolnavelor de cancer mamar este divers: în grupul I predomină HTA la 16 (20,0% ±4,4), grupul II - 18 (32,7%±6,3) HTA şi 12 (21,8%±5,6) (p<0,001) tulburări de ritm şi conducere, în grupul III - HTA 108 (24,8±2,1), tulburări de ritm şi conducere 96 (21,1±1,9), IC a fost determinată la 108 (24,8±2,1) (p<0,001). Intoxicaţia canceroasă, prezentă la pacientele de cancer mamar, cu procese tumorale cu diferit grad de extensie locală, are o acţiune cardiotoxică sporind rata nozologiilor cardiace prin HTA de la 10 (18,1%±5,2) la 45 (52,3%±5,4) (p<0,001), CI de la 9 (16,4±4,9) la 63 (73,2±4,8) (p<0,001), tulburărilor de ritm şi conducere de la 11 (20,0%±5,4) la 42 (48,8%±5,4) (p<0,001), IC 10 (18,1%±5,2) la 30 (34,9%±5,1) (p<0,01), pericarditelor la 4 (4,6±2,2) şi miocarditelor la 2 (2,3±1,6) (p<0,05) acestea fiind determinate doar în grupul de paciente cu cancer mamar cu procese extinse şi local avansate stIIIb. Studiul incidenţei patologiei cardiace la diferite categorii de bolnave de cance mamar, ne permit să afirmăm că toate pacientele supuse în perioperator tratamentului radioterapeutic şi chimioterapeutic necesită atenţia bolnavului cardiac.

❑

A. Badan, V. Cojocaru, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

CARACTERISTICA HEMOGRAMEI LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR ÎN PERIOADA PREOPERATORIE

Red blood results of the patients with breast cancer are frequently outside of the normal range and need to be corrected. Classification of these disorders and their correction are the key factors in this scientific work.

Lipsa unor studii aprofundate referitor la dinamica componenţei celulare în sângele periferic la bolnavele supuse mastectomiei ne-a servit drept argument pentru cercetarea parametrilor sângelui circulant la această categorie de bolnave, inclusiv în condiţiile aplicării radioterapiei şi chimioterapiei. În acest context am studiat modificările indicilor sângelui roşu, leucocitelor şi VSH la bolnavele de cancer mamar în perioada perioperatorie.

Scopul: Studiul evoluţiei indicilor hemogramei-preoperator în dependenţă de tratamentul anticanceros administrat preoperator.

Materiale: Obiectul de studiu l-au alcătuit 570 paciente supuse mastectomiei. Grupul I - 80 bolnave la care nu s-a administrat tratament anticanceros (grupul de control).Grupul II -55 paciente la care a fost aplicată radioterapie. Grupul III - 435 bolnave, la care a fost administrat tratament asociat radio-şi polichimioterapie.

Rezultate: Valorile hemoglobinei la bolnavele supuse radioterapiei şi chimioterapiei suportă o

creştere până la 131,3 ± 2,8 g/1, iar numărul eritrocitelor creşte de la 4,08±0,06x10^{12}/l până la 4,9±0,15x10^{12}/1. Creşterea eritroblaştilor este argumentată prin accelerarea din rândul eritrocitar a mitozei celulelor în măduva osoasă sub acţiunea preparatelor chimice deoarece la bolnavele supuse doar radioterapiei aceşti indici nu suportă relevante schimbări. Un rol important în rezistenţa organismului îl joacă leucocitele, posedând proprietăţi bactericide, citotoxice şi chiar citolitice, în aşa mod participând în multe reacţii intercelulare şi umorale. Leucograma, la pacientele supuse tratamentului radioterapeutic şi chimioterapeutic, suportă esenţiale perturbări. Are loc o leucopenie pronunţată (numărul leucocitelor se micşoreză de două ori (p<0,001). Este caracteristic devierea formulei leucocitare spre stânga, argumentată de ieşirea în sângele periferic a celulelor tinere, cauzată de activarea bruscă a metabolismului. Datele leucoformei relevant ne indică la micşorarea nesegmentatelor, segmentatelor şi a euzinofilelor. Remarcabil este faptul că puţin creşte numărul absolut al limfocitelor. Coraportul procentual în formula leucocitară la pacientele supuse tratamentului radioterapeutic şi chimio-radioterapiei este vădit deviat spre mărirea numărului de limfocite. Viteza de sedimentare a hematiilor este o reacţie nespecifică reflectând prezenţa la individ a unei patologii care a produs perturbări în reologia vasculară. Creşterea relevantă a acestui indice la bolnavele grupului III poate fi explicată prin pătrunderea în sânge a produselor apărute în rezultatul citolizei care măresc vîscozitatea sângelui.

❑

N. Piterschii, V. Prohorenco, A. Piterschii, Livia Badan, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI, IMSP SCMC „V. Ignatenco”, Republica Moldova

ASISTENTA PERIOPERATORIE LA BOLNAVII ONCOLOGICI DE VÂRSTĂ SENILĂ CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ ÎN OPERAŢIILE PLANICE

The study has been carried out on 721 elderly patients with various heart diseases. There is underlined the importance of estimation of the functional and somatic status of the elderly patients and the risks related with heart disorders during the perioperative period.

Medicaţia anesteziologică în mare măsură are efect depresiv asupra sistemului cardiovascular şi îndeosebi asupra miocardului. Conform datelor Institutului Oncologic cele mai frecvente complicaţii perioperatorii sunt cauzate de coexistenţele patologice cardiovasculare.

Materiale şi metode: Studiului au fost expuşi 721 bolnavi de cancer cu vârsta de la 62 până la 81 ani, la care au fost efectuate intervenţii chirurgicale în volum radical. În urma evaluării statusului cardiovascular aproximativ la 55% s-au determinat una, deseori două nosologii cardiovasculare.

Suportul anesteziologic: Anestezie generală totală i/v cu protezarea căilor respiratorii (ataractice - Dormicum, Apaurin; anestezice - Ketamin, Theopental; analgetic - Fentanil; mioplegie - Arduan, Ditilin. Postoperator - trezire lentă, VAP - 90 ± 20 min).

Monitoring perioperator: T/As ; T/Ad; T/Amed; FCC; SpO2; PVC; diureză orară; din ianuarie 2007 - EAB.

Rezultate şi discuţii: Toţi pacienţii au avut o evoluţie postoperatorie lină, fără complicaţii, cazuri letale nu au fost. Pe baza analizei efectuate la factorii de risc ai apariţiei complicaţiilor cardiovasculare putem atribui: BIC cu ischemie a miocardului până la 6 luni, dereglări de ritm şi conducere, IC II-III NYHA, diabet zaharat la pacienţii >70ani şi tratamentul cu raze şi citostatice.

Aşadar, conceptul decurgerii perioadei perioperatorii fără complicaţii în grupul de bolnavi analizaţi este condiţionat de: estimarea minuţioasă a statusului cardiovascular preoperator cu axarea atenţiei nu numai asupra

modificărilor organice dar şi funcţionale, cu corecţia lor preoperatorie şi în deosebi selectarea metodei de asistenţă anesteziologică cu administrarea terapiei cardiotrope pe toată perioada perioperatorie dependentă de nosologia cardiovasculară prevalentă, individual.

❑

A. Soltan, N. Piterschii, V. Cotelnic, A. Badan, V. Horoş, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

CAZ CLINIC DE REPLEŢIE VOLEMICĂ LA PACIENT CU HEMORAGIA MASIVĂ PROFUZĂ INTRAOPERATORIE

It is presented a clinical case of success treatment of intraoperator massive impetuous hemorrhage. It was settled the measures of prophylaxis of intraoperator hemorrhagic shock and presented the volume and quality of infusion treatment.

Hemoragia masivă intraoperatorie prezintă o problemă importantă în toate domeniile chirurgiei, îndeosebi în oncologie. Se prezintă un caz de tratament reuşit a hemoragiei masive profuze intraoperator.

Bolnavului C., 39 ani, cu diagnosticul: Neurinom malign gigant (dimensiunile 54x37cm) al regiunii cervicale posterioare, s-a efectuat intervenţia chirurgicală în volum de înlăturarea desfăşurată a tumorului. La pacient, conform calculelor standarde, volumul circulant sangvin iniţial a constituit 4970 ml. Durata intervenţiei 187 min. Volumul total a hemoragiei, determinat gravimetric, constituia 2700 ml, 54,3% din VCS iniţial. La mobilizarea peretelui posterior al tumorului şi înlăturarea lui, timp de 32 min., a avut loc o hemoragie profuză de 1600 ml, 32,1% din VCS iniţial. Prevăzând o hemoragie masivă, aportul infuzional a fost efectuat prin 2 vene magistrale şi 2 vene periferice. Pentru a stabiliza indicii hemodinamici intraoperator şi a preîntâmpina dezvoltarea şocului hemoragic, înainte de începutul intervenţiei s-a transfuzat în get 525 ml de concentrat eritrocitar deplazmatizat, 500 ml de plazmă proaspătă congelată şi 500 ml de Refortan 6%, ce a permis de a crea la pacient o hipervolemie relativă. Volumul compuşilor transfuzaţi a constituit 6077ml: concentrat eritrocitar deplazmatizat 1050ml, masă eritrocitară 527ml, plazmă proaspătă congelată 1500 ml, Refortran 6% 500ml, Gelofuzin 1000ml, Clorură de Sodiu 0,9% 1500ml. Intraoperator permanent s-a monitorizat TA (sistolică, diastolică, medie), FC, Ps, SpOa (pulsometric), PVC, hemograma, diureza oră, echilibrul acido-bazic, timpul de coagulare Lee-White. Intra- şi postoperator indicii monitorizaţi au fost stabili, cu schimbări în limitele normei. Realizarea, măsurilor enumerate a permis de a evita complicaţiile severe posibile şi a efectua cu succes intervenţia chirurgicală.

Concluzii:

1. Intervenţiile chirurgicale, care prevăd o hemoragie masivă profuză, necesită un aport infuzional ca minimum prin 2 vene magistrale şi 2 vene periferice.

2. Pierderile sanguine necesită o compensare cu masă eritrocitară şi plazmă proaspătă congelată 50% din volumul compuşilor transfuzaţi în rest raportul soluţiilor infuzate cristaloide şi coloide va constitui 1:1.

3. Transfuzia de masă eritrocitară şi plazmă proaspătă congelată este necesar de a o efectua înainte de începutul intervenţiei chirurgicale cu risc înalt de hemoragie masivă profuză, pentru a crea la pacient o hipervolemie relativă.

❑

Anatolii Soltan, Viorel Cotelnic, Viorel Pahomi, Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

ANESTEZIA TOTALĂ INTRAVENOASĂ CU SODIUM OXIBUTIRAT ÎN ASOCIAŢIE CU ANALGETIC CENTRAL MORFINĂ LA INTERVENŢIILE CHIRURGICALE EXTINSE LA PACIENŢI CU CANCER LOCAL RĂSPÂNDIT AL LARINGELUI

The course of general intravenous sodium oxibutirat anesthesia with the usage of central analgetic morphin during extended operations of 136 patients with locally disseminated cancer of the larynx has been analysed. The results of the investigation have shown that this method is characterized by small toxicity steady analgetic effect and can be a method of choice in treatment of oncological patients with cancer of the larynx.

Operaţiile radicale în regiunea laringelui sunt extrem de traumatice şi de lungă durată. Majoritatea pacienţilor sunt de vârstă înaintată cu afecţiuni coexistente cardio-pulmonare.

Preoperator, în plan de tratament combinat, ei primesc şedinţe de radioterapie, ce semnificativ scade statutul imunologic al organismului. Anestezicele volatile nu sunt ideale pentru acest grup de bolnavi, deoarece scade performanţa miocardică, tensiunea arterială şi debutul cardiac.

Metoda propusă este o variantă de anestezie totală intravenoasă acceptabilă în timpul intervenţiilor chirurgicale extinse în regiunea laringelui. Studiul a fost efectuat la 136 pacienţi. Pe parcursul anesteziei au fost monitorizate schimbările de hemodinamică şi funcţiei cardiace (ECG), de asemenea schimbările indicilor glucozei sângelui, echilibrului acido-bazic, bilanţului electrolitic.

Schema anesteziei este prezentată mai jos. Premedicaţia: 10 mg morfină, 0,5-0,8 mg atropină, 10 mg dimedrol. Inducţia: sodium oxibutirat 70 mg/kilocorp şi diazepam 0,3 mg/kilocorp. După introducerea relaxanţilor musculari, intubaţia traheii, cu administrarea consecutivă a morfinei 0,3-0,5 mg/kilocorp. Peste fiecare 40-50 min şi în momentele cele mai traumatice, menţinerea analgezii cu jumătate din doza administrată. Efectul hipnotic s-a întreţinut cu sodium oxibutirat 40 mg/kilocorp.

Durata medie a intervenţiilor chirurgicale au constituit 160 min. Consumul sumar a sodiumului oxibutirat 6±0,5gr (90/110 mg/kilocorp), iar doza medie a morfinei 40±10mg (1-1,5 mg/kilocorp).

S-a constatat că pe parcursul etapelor anesteziei funcţia cardio-vasculară a fost stabilă. Tensiunea arterială sistolică şi diastolică cu tendinţa spre hipertensiune moderată (7-11% de la nivelul iniţial). Frecvenţa cardiacă cu scădere de 6-9%, dar cu un caracter de ritm neschimbat. Studierea echilibrului acido-bazic a demonstrat, că utilizarea acestei metode nu aduce la schimbări esenţiale a proceselor respiratorii şi metabolice. Eficacitatea anesteziei a fost apreciată după nivelul glucozei în sânge, care nu a ieşit din limitele normei fiziologice. La 8% din pacienţi, în perioada postoperatorie precoce, s-a apreciat o hiperglicemie moderată (până la 6,7±0,3 mmol/1). Bilanţul electrolitic fără schimbări esenţiale.

Trezirea timp de 15-20 min. Perioada postoperatorie cu un nivel suficient de analgezic, cu necesitatea de a introduce un analgetic peste 4 ore.

Concluzii:

- anestezia totală intravenoasă cu sodium oxibutirat în asociaţie cu analgetic central morfină se caracterizează prin toxicitate minimală, un efect analgetic stabil şi poate fi recomandată ca o metodă de alegere la pacienţi oncologici cu cancer al laringelui;
- administrarea morfinei în doză de 1-1,5 mg/kilocorp nu influenţează considerabil asupra hemodinamicii şi funcţiei cardiace.

❑

N. Piterschii, V. Prohorenco, A. Piterschii, Livia Badan, V. Horoş,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI a IOM

STATUSUL SOMATO - FUNCŢIONAL ŞI ASISTENŢA PREOPERATORIE LA BOLNAVII DE CANCER TIROIDIAN DE VÂRSTĂ SENILĂ

According to the study concerting the status of 71 elderly patients with thyroid cancer, a correct preoperative preparation permits increasing the indications for surgery and decreasing the complications.

În tratamentul bolnavelor de cancer tiroidian una de metodele de bază rămâne cea chirurgicală.

Materiale şi metode: Noi am efectuat analiza decursului anesteziei şi perioadei postoperatorii precoce la 71 bolnavi de cancer a glandei tiroide cu vârsta medie de 65±7 ani care au primit pregătire preoperatorie şi au fost supuşi intervenţiei chirurgicale radicale. La toţi pacienţii a fost efectuată anestezie generală totală intravenoasă cu mioplegie şi ventilaţie artificială a plămânilor. Preoperator au fost studiaţi următorii parametri: fracţia de injecţie (FE), tensiunea în artera pulmonară (ŢAP), tensiunea arterială sistolică (TA sis), diastolică (TAd.) şi medie (TA med), forţa contracţiilor cardiace (FCC), saturaţia cu oxigen (SpCh) şi parametrii hemostaziogramei şi bilanţul hidroelectrolitic.

Rezultate şi discuţii: În rezultatul analizei statistice a fost determinat: micşorarea nesemnificativă a FE - 50,7 ±2,1, creşterea ŢAP - 27 ± 7mm.Hg, TA - 170 ± 30 mm.Hg, FCC - 92±7 bătăi pe minut, SpOi - 95%±4, tahicardie neînsemnată. Indicii coagulogramei erau cu tendinţă spre creştere şi hipercoagulare (fibrinogen 5,7±1,2 gr/1); bilanţul hidroelectrolitic -hipocaliemie şi hipocalciemie.

Rezultatele obţinute ne-au servit ca argument pentru întreprinderea măsurilor de pregătire preoperatorie urmărind scopul minimalizarea riscului anestezic şi a complicaţiilor intra- şi postoperatorii. Pregătirea preoperatorie a fost efectuată pe parcursul a cinci-şapte zile care a inclus remedii medicamentoase cardiotrope (preparate care îmbunătăţesc trofica muşchiului cardiac, coronarodilatatoare, aspirină în doze antlagregante, antioxidanţi, inhibitori ai agregaţiei trombocitare preparate hipotensive, spasmolitice, sedative.

Tratamentul de pregătire aplicat a permis la 61% bolnavi îmbunătăţirea indicilor hemodinamicii centrale şi periferice şi îmbunătăţirea reologiei sanguină, care a permis micşorarea complicaţiilor intra- şi postoperatorii cu 21%.

Concluzie: În aşa mod putem constata că pregătirea preoperatorie permite lărgirea indicaţiilor către tratamentul chirurgical a bolnavilor de cancer tiroidian de vârstă senilă cu minimalizarea complicaţiilor perioperatorii.

❑

A. Badan, N. Piterschii, V. Prohorenco, Livia Badan, Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI, IMSP SCMC „V.Ignatenco”

ANESTEZIA GENERALĂ TOTALĂ INTRAVENOASĂ LA BOLNAVELE DE CANCER MAMAR PE FON DE TRATAMENT CU BLOCATORI AI CANALELOR DE CALCIU, NIFEDIPINĂ

The patients with breast cancer, undergoing antineoplastic treatment, usually have severe somatic status, aggravated by heart diseases, which complicate the anesthetic assistance. The administration of calcium channel blockers leads to the stabilization of blood test results of the patients with breast cancer.

Actualitatea:

Tratamentul chirurgical este metoda principală în terapia cancerului de sân. Dar în majoritatea cazurilor operaţia este efectuată pe fon de teren somatic afectat de patologia cardiovasculară. Conform ultimelor studii clinico-epidemiologice 35-50% din bolnavii chirurgicali suferă de patologie cardiovasculară. Acest procent la bonavele de cancer mamar în mare parte constituie pacientele cu HTA.

Scopul lucrării:

Studiul influienţei consumului îndelungat al blocatorilor canalelor de Ca^{2}+(Nifedipină) asupra evoluţiei actului anestezico-chirurgicai la bonavele de cancer mamar.

Materiale şi metode:

Studiul a fost iniţiat în baza a 98 bolnave de cancer mamar care au fost divizate în două grupe: I-ul grup 58 de bolnave care timp îndelungat au primit Nifedipină, al II-lea grup 40 bolnavele de cancer mamar cu anamnestic de hipertensiune netratată care şi a servit ca grupă de control. La ambele grupe de bolnave a fost efectuată anestezie generală totală i/v cu Diazepam, Oxibutirat de Na, Fentanil, Arduan, Ditilin în doze standarte. în ajun la toate pacientele a fost administrată premedicaţia: Diazepam, Dimedrol, Platifilin. Intra- şi postoperator în perioada precoce s-au monitorizat indicii hemodinamici (T/As; T/Ad; T/Amed. [T/Amed.=l/3T/A puls.+ T/Ad]; FCC; RCV [indicele cardiac, produsul dintre T/As şi FCC, care indică nivelul de hipoxie miocardică]).

Rezultate şi discuţii:

Analizînd indicii hemodinamici la bolnavele din ambele grupe am determinat că la pacientele grupului de control a persistat tahicardie mai pronunţată cu 11,6% decât la bolnavele care au primit tratament preoperator cu blocatori ai canalelor de calciu: FCCmed. 83,3±4,9 la bolnavele din grupul Nifedipinei şi FCCmed. la bolnavele grupului de control 94,9±3,5($p<0,05$).

Modificarea indicilor hemodinamici cercetaţi în grupa de control a fost mai semnificativă (15-20%, $p<0,05$). Indicii reacţiilor cardiovasculare (RCV) în grupul de bolnave pe fon de Nifedipină este de 1,2 ($p<0,05$) mai mare. Indicele reacţiei cardiovasculare nu influienţează prognosticul în apriţia ischemiei cardiace şi a necesităţilor miocardului în oxigen dar serveşte drept indice în tratamentul cardiopatiei ischemice.

Concluzii:

1. Anetezia generală totală intravenoasă la bolnavele de cancer mamar, pe bază de Oxibutirat de Na pe fondai de tratament cu Nifedipină decurge lin cu indici hemodinamici stabili pe toată perioada perioperatorie.
2. Această schemă de anestezie poate fi recomandată pentru pacienţii care primesc Nifedipină timp îndelungat.

Bibliografie:

1. Brauwald E. Tratat de boli cardiovasculare Vol. I-II P.877.,1289.,1404,1786,1809-editura M.A.S. T.2000.
2. V.Cojocaru, D.Sofroni, A.Tica, S.Sofronie. Conduita perioperatorie în condiţiile riscului chirurgical-anestezic avansat. Chişinău 2003. p. 32-62.
3. Garezynski R.J., Shaffer J.E., Lee R.J. Pharmacology of ASL - 8052, a novel beta-adrenergic receptor antagonist with an ultrashort duration of action. J. Cardiovasc. Pharmacol., 1985, 5:668-77.

❑

V. Cojocaru, A. Badan, Doriana Cojocaru, Clinica 2 ATISCR, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

ANESTEZIA INTRAVENOASĂ TOTALĂ LA BOLNAVĂ DE CANCER MAMAR CU ASOCIEREA LEZIUNII PULMONARE ACUTE POSTRADICE

(caz clinic)

There is presented a clinical case of a patient with postradiation pulmonitis developped after radiotherapy. There are described some procedures of the preoperative assistance of the patients from this group.

Bolnava L., 50 ani, f/o 14988/664 internată în secția mamologie pentru tratament chirurgical cu diagnosticul CGM dextra (T2N1MO st.IIb). La internare bolnava prezenta tusă chinuitoare, cu eliminări seroase neînsemnate, dispnee în efort fizic minimal, auscultativ în plămâni se determina respirație aspră moderat diminuată în lobii inferiori pulmonari, mai accentuat pe hemitoracele drept, raluri uscate în ambii pulmoni, zgomote cardiace ritmice asurzite. La radiografia cutiei toracice au fost depistate opacități difuze bilaterale. Spirograma cu dereglări moderate cu caracter mixt (FR-20; VR-1100ml; CV 242 (3,28)-74%; VEMS 162 (231)-70%; VEMS/CV (Tiffeneau)-67%), coraportul $Fi0_2/PaO_2$ - 250, coagulograma-index protrombinic 60%, fibrinogen 6,7g/l. În momentul stabilirii diagnosticului de cancer mamar bolnava nu prezenta acuze care să indice prezența unei patologii pulmonare (radiografia toracică fără patologie pulmonară. Bolnava a fost supusă tratamentului cu citostatice (ciclofosfan 2,8 gr, metotrexat 100 mg, fluoruracil 1,5gr) în două şedințe cu intervalul dintre ele de 21 zile. Ulterior, la a 19-a zi după a doua şedință de Pht bolnavei i s-a administrat RT cu fracții obişnuite în doze totale de 47 Gr pe ggl. regionali şi 43 Gr pe glanda mamară dreaptă. În timpul radioterapiei local s-a determinat epidermită. Cu scop de pregătire preoperatorie timp de şapte zile a fost administrat tratament cu mucolitice, expectorante, antitusive, bronhospasmolitice, imunomodulatoare, antibiotice, tratament fizioterapeutic, drenaj postural. Starea generală a pacientei s-a ameliorat, coraportul FiO_2/PaO2 - 250. La a 10-a zi a fost efectuată operația (mastectomie tip Madden pe dreapta) pe bază de anestezie generală totală intravenoasă cu protezarea respirației (în premedicație seara tab. Xanax 0,25mg per os, sol. Fragmini 2500 UA s/c, cu 30 min înainte de operație atropină 0,1%-0,5ml, dexametazonă 4 mg, diazepam 10 mg i/m, pentru inducție ketamină 200mg, diazepam 10 mg, mioplegia arduan, ditilină în doze standarte, analgetic opioid fentanil 0,005 mg/kg/oră, menținerea ketamină). Monitoring: TA-160/90mm Hg, Ps 92 băt/min, SpO2 96%. Durata actului chirurgical-anestezic 100 min. După operație bolnava a fost transferată în secția terapie intensivă cu reflexe musculare puțin diminuate, TA 150/90mmHg, Ps 95 băt/min, SpO2 97%, pe sondă orotraheală şi detubată peste 45 min. A doua zi în stare relativ satisfăcătoare bolnava a fost transferată în secția de profil cu indicațiile de prelungire a tratatamentului efectuat în secția de reanimare.

❑

V. Platon, Marietta Bucinscaia, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

ASISTENȚA ANESTEZICĂ LA PACIENTELE CU CANCER DE COL UTERIN, ASOCIAT CU GRAVIDITATE ÎN TERMEN

The article provides an overview on anesthetic assistance of patients with cancer of the uterine cervix in association with pregnancy at term. In order to minimalize the negative drug effects on the fetus, the Ist surgical stage (Cesarean operation) is proposed to be protected by local-regional (epidural) anesthesia, but the IInd stage (Whertheim operation) includes total intravenous anesthesia with artificial lung ventilation. This anesthetic approach assures fetus viability and adequate anesthesia during the radical oncogynecological operation.

Cancerul de col uterin (CCU), asociat cu graviditate, reprezintă o problemă majoră multiplanică. Cancerul colului uterin este una dintre cele mai frecvente maladii tumorale la organele genitale ale femeilor. Conform statisticilor OMS, în întreagă lume se depistează anual mai mult de 500 000 bolnavii cu acest diagnostic. În Republica Moldova acest indice e de circa 320 la 100 000 femei. La prima vedere, frecvența asocierii CCU cu graviditate, printre bolnavele cu CCU, este comparativ redusă variind, conform datelor din diferite clinici, de la 0,5% la 3,1%, în Institutul Oncologic R.Moldova circa 0,7%. Acest indice creşte vădit la

examinarea pacientelor cu CCU de vîrsta reproductivă şi constituie 3,1%.

Tactica curativă la cancerul de col uterin asociat cu graviditate se bazează pe un plan individual în funcţie de termenul sarcinii, stadiul procesului oncologic, vîrsta bolnavei. De obicei în trimestrele I şi II de graviditate se efectuează întreruperea sarcinii cu tratament specific complex ulterior.

Lotul nostru de studii a constituit 7 paciente cu CCU st I în asociaţie cu graviditate în termen (36-38 săptămîni), în vîrsta de 24-36 ani. Pacientele din lot au fost supuse intervenţiei chirurgicale combinate: I etapă - operaţia Cezariană; II etapă - operaţia Wertheim (histerectomia abdominală lărgită cu evidarea ganglionară a celor trei staţii (ileo-lombo-pelviană) şi ţesutul conjunctiv pelvian. Pentru asigurarea securităţii mamei şi fătului în procesul de tratament au fost prezente cîteva echipe medicale: ATI, obstetricieni, oncoginecologi, neonatologi-reanatologi.

Cu scop de minimalizare a acţiunii medicamentoase negative asupra fătului la I etapă chirurgicală (Cezariană) s-a recurs la anestezia loco-regională (epidurală) la nivel LII- LIII cu administrarea Lidocainei 2%, în doză de 400-500mg, şi Fentanilei 0,1mg. Bloc sensorial adecvat peste 20-30 min. S-a manifestat o hipotensiune neînsemnată (circa 20% din valorile iniţiale), care nu a necesitat corejarea medicamentoasă şi nu a afectat hemocirculaţia placentară. În toate cazurile noi-născuţii au fost viabili cu apricierea după scara Apgar 7-8. După extragerea fătului s-a recurs la etapa II a intervenţiei chirurgicale (Wertheim) cu modificarea metodei de anestezie: anestezia generală intravenoasă cu VAP. Premedicaţia s-a efectuat cu Atropină 0.5mg, Dimedrol 20mg, Fentanil 0,1mg. Inducţia: Diazepam 0,3-0,4mg/ Kg corp, Ketamin 1,5-2mg/ Kg corp. Intubaţia orotraheală (Ditilin-lOOmg, Arduan 0,8-0,9 mg/ Kg corp) cu VAP, Fi O2. 50%. Menţinerea anesteziei s-a efectuat cu bazis-anestetic Ketamin şi analgetic opioid Fentanil în doze adecvate.

Aceasta tactică anestezică a fost impusă de insuficienţa mono anesteziei (loco-regionale), efectuată anterior din cauza volumului, traumatismului şi duratei intervenţiei oncochirurgicale. De obicei durata asemenelor intervenţii este de 3-4 ore. Pierderile volemice constitue aproximativ nu mai puţin de 20% din VSC iniţial, care necesită restituirea cu volume însemnate de substituenţi sanguini şi preparate de sînge (masa eritrocitară, crioplasma).

Tactica anestezică selectată (anestezia epidurală la operaţia Cezariană şi anestezia generală intravenoasă cu VAP la operaţia Wertheim) permite minimalizarea acţiunii medicamentoase a anestezicelor, analgeticilor opioizi, miorelaxantelor asupra fătului la I etapă a intervenţiei chirurgicale, asigurînd viabilitatea fătului şi asistenţa anestezică adecvată la operaţia oncoginecologică radicală.

❑

Marietta Bucinscaia, V. Platon, N. Piterschii, Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul Oncologie Generală şi ATI

TERAPIA PREOPERATORIE ŞI ASISTENŢA ANESTEZICĂ LA PACIENTELE CU CANCER OVARIAN AVANSAT, COMPLICAT CU POLISEROZITE

The treatment of the patients with advanced ovarian cancer includes 1-3 preoperative session of polychemotherapy. during the preoperative period, the patients are on infusing therapy, including aminoacids, fresh frozen plasma, solutions of dextrans, cristaloids, under the monitoring of pulse, blood pressure and diuresis. The proposed method of perioperative assistance gives the possibility to perform radical surgery in patients with ovarian cancer of IVth stage, avoiding vital risks.

Incidenţa morbidităţii cancerului ovarian este de 190/100000 femei, în ultimul timp a crescut numărul pacientelor cu cancer ovarian avansat - stadii III-IV.

Tratamentul contemporan al cancerului ovarian constă în complexul tratamentului chimioterapeutic şi chirurgical. Ca regulă,

tratamentului chirurgical premerg 1-3 cure de PCT, care în dependenţă de caz pot fi combinate cu hiperglicemie (28-30 mmol/1), iar medicamentul poate fi administrat şi intracavitar (pleural, abdominal, în caz de poliserozite). La o cură de tratament se administrează Cisplatin 120 mg, Doxorubicin 30 mg, Ciclofosfan 600mg. Preparatele chimioterapeutice au o acţiune nefastă atît asupra procesului canceros, cît şi asupra organismului în întregime, care trebuie luată în consideraţie în momentul pregătirii preoperatorii şi selecţie metodei de anestezie.

Grupul de paciente, selectat pentru studiu, a constituit 37 femei în vîrstă de 32-61 ani cu cancer ovarian avansat, verificat morfologic, complicat cu poliserozite (pleurezii uni- şi bilateral - 72%, ascite - 100%, pericardite exudative - 1%, depistate la USG cordului, cantitatea de lichid, constituind 2-5 mm.

La examinarea clinică şi paraclinică a pacientelor s-a stabilit următoarele: intoxicaţie endogenă, insuficienţă nutritivă (M corp. 66±6% de la N), hipovolemie (VCS 72±5% de la N), PVC (6-10 mm a coloanei H_20), hipoproteinemie (proteina totală 62±0,4 g/1), insuficienţă renală moderată (epuraţia ureei cu 9-12% supraN).

În timpul examinării radiografîce s-au depistat pleurezii unilaterale la 25 paciente şi bilaterale - la 2 femei, cu nivelul a lichidului pînă la coasta IV. Spirografic - diminuarea CVP pînă la 39-44%.

Tratamentul preoperator a durat 5-7 zile. Terapia infuzională a inclus aminoacizi, crioplasmă, dextrane şi cristaloizi în volum de 35-40 ml/Kg corp în 24 de ore cu monitoring TA, PS, PVC şi diurezei. De asemenea s-a administrat corticosteroizi, antioxidanţi, preparate cardiotrope, diuretici în doze moderate.

Pacientele cu ascite şi pericardite exudative n-au necesitat tratament specific preoperator (laparacenteză, puncţia pericardului). Pacientele cu pleurezii în ajunul intervenţiei chirurgicale au fost supuse puncţiei pleurale cu evacuarea lichidului în cantitatea 800-1000 ml, cu control radiografie şi spirografic ulterior. La spirografie s-a manifestat sporirea indicilor CVP cu 37-42%.

Toate pacientele din lot au prezentat risc anestezic gr IV AŞA.

La pacientele, supuse intervenţiei chirurgicale a fost aplicată anestezia generală intravenoasă cu VAP. Bazis anestezic – Ketamin (l,5 mg/Kg corp), analgetic opioid - Fentanil, mioplegia-Ditilin (1mg/Kg corp), Arduan (0,7-0,8mg/ Kg corp).VAP s-a efectuat cu aparatul „Briz" în regim de ventilaţie IV-350-450 ml, VIM- 7,5-8,5 1/min, FiO_2-60-65%. Majoritatea pacientelor au fost transferate în perioada postoperatorie la VAP prelungită cu restabilirea lentă în salonul ATI.

În timpul VAP şi după restabilirea respiraţiei spontane s-a efectuat monitoringul gaselor sanguine, ce n-a depistat stări hipoxice majore (Sp 62 > 80mm Hg, Sp CC>2<45 mm Hg).

Tactica propusă de asistenţa perioperatorie la asemenea paciente cu includerea preoperator a terapiei infuzionale echilibrate calitativ şi cantitativ, puncţiei pleurale la interval de timp optimal cu control radiografic, selectarea corectă a dozelor anestezicelor, analgeticelor şi miorelaxantelor, regimelor de VAP, au permis efecturea intervevţiilor chirurgicale oncoginecologice radicalie la pacientele cu cancer ovarian gr IV fără complicaţii vitale.

❑

Iu. Ţurcanu, Alina Andreeva, Olga Golovataia – medici-rezidenţi, Catedra Hematologie şi Oncologie, Institutul Oncologic din Moldova, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI
Cond.ştiinţific, d.h.m., prof. univ. Ion Mereuţă

ACTUALITĂŢI ÎN CLASIFICAREA ŞI DIAGNOSTICUL SARCOAMELOR ŢESUTURILOR MOI

Malignant soft tissue tumors are a heterogeneous group of neoplasm, with the highest incidence in adults 20 to 50 years of age. Early diagnosis of sarcomas of soft tissue is imperative for adequate treatment. This paper is a review of contemporary literature on clinical evaluation of a patient with malignant soft tissue tumor. The work includes the contemporary (2002) histological and GTNM classification of soft tissue sarcomas.

Key-words: sarcoma, tumor, soft tissue, diagnosis, classification

Actualitatea temei: Sarcoamele ţesuturilor moi reprezintă un grup heterogen de tumori, atît din punct de vedere histologic, cît şi clinico-evolutiv. Aceste tumori constituie aproximativ 1% din totalitatea de tumori maligne ale adultului. Preponderent sînt afectate persoanele cu vîrsta cuprinsă între 20 – 50 ani. Evoluţia agresivă a acestor tumori, şi varietatea mare a substratului histologic, subliniază importanţa unui diagnostic precoce al sarcoamelor de ţesuturi moi.

Materiale şi metode: Prezenta lucrare este un reviu al literaturii contemporane de specialitate. Sînt trecute în revistă clasificările histologică şi GTNM din 2002, metodele contemporane de diagnostic clinic, paraclinic, instrumental şi se propune un algoritm de diagnostic al sarcomelor ţesuturilor moi.

Sarcoamele ţesuturilor moi prezintă un grup heterogen de tumori maligne, ce constitui 1% din neoplaziile adultului. În Republica Moldova sarcoamele ţesuturilor moi constituie 2,5%. Aceste tumori afectează, în special populaţia aptă de muncă (20 – 50 ani). Bărbaţii sînt afectaţi ceva mai des decît femeile. Conform repartizării topografice sarcoamele de ţesuturi moi îşi iau începutul în: membrele inferioare – 45%, membrele superioare – 15%, cap şi gît – 10%, retroperitoneu – 15%, trunchi – 10%. sarcoamele ţesuturilor moi cu debut din viscere sînt foarte rare.

Etiologie: Factorul genetic pare a fi important în dezvoltarea sarcoamelor de ţesuturi moi. Astfel studiile citogenetice au arătat asocierea unor forme histologice de sarcoame cu diverse aberaţii cromosomiale.

Aberaţii citogenetice caracteristice tumorilor ţesuturilor moi

Tumor malign	Aberaţia citogenetică	Frecvenţa
Sarcom cu celule clare	t(12;22)(q13;q12)	>75%
Dermatofibrosarcoma protuberans	Cromosom inelar 17	>75%
Sarcom Ewing	t(11;22)(q24;q12)	95%
Condrosarcom mixoid extrascheletal	t(9;22)(q31;q12)	50%
Liposarcom mixoid	t(12;16)(q13;p11)	75%
Liposarcom înalt diferenţiat	Cromosom inelar 12	80%
Rabdomiosarcom alveolar	t(2;13)(q35;q14)	80%
Sarcom sinovial	t(X;18)	95%

Alţi factori implicaţi în geneza sarcoamelor ţesuturilor moi sînt:

- radiaţia ionizantă – perioada de latenţă 10 - 15 ani
- limfedem cronic – poate aduce la apariţia limfangiosarcoamelor
- carcinogeni din mediu – s-a demonstrat riscul sporit de dezvoltarea a angiosarcomului în intoxicaţiile cronice cu polivinilclorid, arseniu şi dioxid de toriu
- infecţia virală – sarcom Kaposi asociat cu infecţia cu herpesvirus tip 8 la pacienţii imunocompromişi (HIV)

Clasificarea tumorilor ţesuturilor moi (OMS 2002)

Tumori din adipocite

Benigne
- Lipom
- Lipomatoză
- Lipomatoza trunchiurilor nervoase
- Lipoblastom/lipoblastomatoză
- Angiolipom
- Miolipoma
- Lipom chondroid
- Angiomiolipom extrarenal
- Mielolipom extra-adrenal
- Lipom din celule fusiforme/pleomorf
- Hibernom

Intermediare (local agresive)
- Tumoră lipomatoasă cu atipie/ liposarcom înalt difereniat

Maligne
- Liposarcom dediferenţiat
- Liposarcom mixoid
- Liposarcom cu celule rotunde
- Liposarcom pleomorf
- Liposarcom mixt-celular
- Liposarcom neclasificat

Tumori din fibroblaşti/miofibroblaşti

Benigne
- Fasciita nodulară
- Fasciita proliferativă
- Miosita proliferativă
- Miosita osificantă
  - Pseudotumor fibro-osos al degetelor
- Fasciita ischemică
- Hamartom fibros al copiilor
- Miofibrom/miofibromatoza
- Fibromatoză cervicală
- Fibromatoză hialinizantă juvenilă

Fibromatoză de corp străin
Fibrom al tendonului
Fibroblastom desmoplastic
Miofibroblastom tip mamar
Fibrom aponeurotic calcificant
Angiomiofibroblastom
Angiofibrom celular
Fibrom tip nuchal
Fibrom Gardner
Tumor fibros calcificant
Angiofibrom cu celule gigante
Intermediare (local agresive)
fibromatoză superficială – palmară/ plantară
Fibromatoză tip desmoid
Lipofibromatoză
Intermediare (cu metastazare rară)
Tumor fibros solitar şi hemangiopericitom - inclusiv hemangiopericitom lipomatos
Tumor miofibroblastic inflamator
Sarcom miofibroblastic
Sarcom fibroblastic mixoinflamator
Fibrosarcom infantil
Maligne
Fibrosarcom al adultului
Mixofibrosarcom
Sarcom fibromixoid
Tumor hialinizant cu celule fusiforme
Fibrosarcom epitelioid sclerozant
Tumori fibrohistiocitare
Benigne
Tumor giganto-celular al tendonului
Tumor giganto-celular tip difuz
Histiocitom fibros benign profund
Intermediare (cu metastazare rară)
Tumor fibrohistiocitic plexiform
Tumor giganto-celular al ţesuturilor moi
Maligne
Fibrohistiocitom malign pleomorf/ sarcom pleomorf nediferenţiat
Fibrohistiocitom malign giganto-celular/ sarcom pleomorf nediferenţiat giganto-celular
Fibrohistiocitom malign inflamator/ sarcom pleomorf nediferenţiat cu component inflamator
Tumori din celule musculare netede
Angioleiomiom
Leiomiom profund
Leiomiom genital
Leiomiosarcom – cu excepţia pielii
Tumori pericitare (perivasculare)
Tumori glomice (şi variantele lor)
Tumori glomice maligne
Miopericitom
Tumori din muşchii scheletului
Benigne
Rabdomiom
Adult
Fetal
Tip genital
Maligne
Rabdomiosarcom emdrionar – inclusiv cu celule fusiforme, botrioid, anaplastic
Rabdomiosarcom alveolar - inclusiv solid şi anaplastic
Rabdomiosarcom pleomorf
Tumori vasculare
Benigne
Hemangiome subcutanate şi ale ţesuturilor profunde
Capilar
Cavernos
Arteriovenos
Venos
Intramuscular
Sinovial
Hemangiom epitelioid
Angiomatoză
Limfangiom
Intermediare (local agresive)
Hemangioendoteliom Kaposiform
Intermediare (cu metastazare rară)
Hemangioendoteliom retiform
Angioendoteliom intralimfatic papilar
Hemangioendoteliom comlex
Sarcom Kaposi
Maligne
Hemangioendoteliom epitelioid
Angiosarcom al ţesuturilor moi
Tumori osteo-cartilaginoase
Benigne
Condrom al ţesuturilor moi
Maligne
Condrosarcom mezenchimal
Osteosarcom extrascheletal
Tumori de origine neclară
Benigne
Mixom intramuscular
Mixom juxta-articular

Angiomixom "agresiv" profund
Tumor hialinizant pleomorf angiectatic
Timom hamartomatos ectopic
Intermediare (cu metastazare rară)
Histiocitom fibros angiomatoid
Tumor fibromixoid osificant – inclusiv atipic/malign
Tumori mixte
Mioepiteliom/paracordom
Maligne
Sarcom sinovial
Sarcom epitelioid
Sarcom alveolar
Sarcom al ţesuturilor moi cu celule clare
condrosarcom mixoid extrascheletal - tip "Cordoid"
Tumori neuroectodermale primitive (TNEP)/tumor Ewing extrascheletal
TNEP periferic
Tumor Ewing extrascheletal
Tumor desmoplastic cu celule rotunde mici
Tumor rabdoid extra-renal
Mezenchimom malign
Neoplasme cu diferenţiere celulară epitelioidă perivasculară
Tumor miomelanocitar cu celule clare
Sarcom al intimei

Clasificarea OMS 2002 a tumorilor ţesuturilor moi presupune repartizarea acestora în patru grupuri:

• Benigne – Recurenţele locale după exereza tumorii sînt rare. Dacă acestea, totuşi, apar ele sînt perfect curabile chirurgical. Au creştere locală, non-distructivă. Cazuistic tumorile morfologic benigne metastazează la distanţă. Determinarea acestui subgrup de tumori benigne prim metode de diagnostic contemporane este imposibilă.

• Intermediare (local agresive) – Aceste tumori au caracter de creştere local distructiv, infiltrativ. Deşi recurenţele locale sînt mai frecvente, aceste tumori nu metastazează. Aceste tumori cer exereză lărgită pentru a preveni recurenţele.

• Intermediare (cu metastazare rară) – Aceste tumori au crestere local-agresivă, cu tendinţă de a produce metastaze la distanţă (de regulă ganglioni limfatici sau pulmoni). Ricul este mic (<2%), dar nepredictibil din punct de vedere histomorfologic.

• Maligne - Tumori cu creştere local-distructivă, potenţial de recurenţe locale şi metastazare foarte înalt. În dependenţă de forma histologică potenţialul de metastazare variază de la 20% la 100%.

Clasificarea GTNM a tumorilor ţesuturilor moi:

G – Gradul de diferenţiere
G1 – Înalt diferenţiate
G2 – Moderat diferenţiate
G3 – Slab diferenţiate
T – Tumora primară
T1 – Tumoră <5cm. în cel mai mare diametru
T2 - Tumoră >5cm. în cel mai mare diametru
N – Ganglionii limgatici regionali
N0 – Absenţa metastazelor în ganglionii limfatici regionali
N1 – Metastaze verificate în ganglionii limfatici regionali
M – Metastaze la distanţă
M0 - Absenţa metastazelor la distanţă
M1 - Metastaze verificate la distanţă

Stadializarea sarcoamelor ţesuturilor moi

Stadiu	Gradul de diferenţiere	Tumora primară	Ganglionii limfatici regionali	Metastaze la distanţă
Stadiu IA	G1	T1	N0	M0
Stadiu IB	G1	T2	N0	M0
Stadiu II A	G2	T1	N0	M0
Stadiu IIB	G2	T2	N0	M0
Stadiu IIIA	G3	T1	N0	M0
Stadiu IIIB	G3	T2	N0	M0
Stadiu IVA	orice G	orice T	N1	M0
Stadiu IVB	orice G	orice T	oriceN	M1

Tablou clinic:

Prezenţa tumorii palpabile este semnul clinic de bază al sarcoamelor ţesuturilor moi,

constituind , de regulă, şi motivul adresării la medic. De regulă, formaţiunea este indoloră. Uneori, însă, cînt tumora este situată în aprorierea trunchiurilor nervoase şi/sau vaselor magistrale eceasta provoacă sensaţii neplăcute ce variază de la discomfort la mişcare pînă la parestezii, disestezii, şi durere de diferit grad de intensitate.

Rata rapidă de creştere a tumorii este motiv de suspectare a unei neoplazii.

Examenul obiectiv poate relata informaţii despre dimensiunea tumorii, consistenţă, gradul de mobilitate faţă de structurile adiacente. Tumorile ce întrec în dimensiuni 5 – 7 cm. şi sînt localizate profund de ţesutul adipos subcutanat se consideră clinic suspecte la malignizare. Examenul ganglionilor limfatici regionali este indispensabil.

Investigaţii de laborator:

Nu există modificări specifice în probele clinice şi biochimice sugestive pentru prezenţa unei tumori de ţesuturi moi.

Minimum de investigaţii de laborator pentru pacienţii cu tumori ale ţesuturilor moi include: sumarul sîngelui, sumarul urinei, glicemia, probele hepatice, á-amilaza, ionograma, coagulograma, detreminarea grupei sangvine şi Rh-factorului. După caz vor fi indicate şi alte investigaţii.

Studii imagistice:

Studiile imagistice în deplin volum vor fi efectuate pînă la biopsia tumorii. Biopsia tumorii fără studii imagistice adecvate este inadmisibilă din două motive: biopsia ”oarbă” poate fi neinformativă, şi poate pune în pericol posibilitatea efectuarii unei intervenţii organomenajante pe viitor. Studiile imagistice nu oferă informaţii ce ar permite presupunerea histogenezei procesului tumoral, dar sînt esenţiale pentru aprecierea exactă a localizării, dimensiunilor, gradului de extindere a tumorii şi implicării structurilor adiacente (vase, nervi, oase).

CT – este esenţială pentru evaluarea tumorii primare şi a gradului de răspîndire a procesului tumoral. Această metodă este mai informativă pentru aprecierea implicării osoase. Evaluarea unui pacient cu sarcom al ţesuturilor moi presupune efectuarea CT toracelui, abdomenului şi spaţiului retroperitoneal, şi, după necesitate CT cerebral.

RMN – este standardul de aur în diagnosticul sarcomelor ţesuturilor moi. IMR permite aprecierea gradului de implicare în proces a structurilor adiacente de importanţă funcţională majoră – vase, nervi, oase şi permite planificarea operaţiei. Datorită capacităţii înalte de rezoluţie a aparatelor contemporane RMN a înlocuit angiografia pentru aprecierea gradului de impicare vasculară. Deşi în plan diagnostic RMN este superioară CT, standardele moderne prevăd efectuarea ambelor investigaţii, cu contrapunerea datelor obţinute în rezultat.

PET – tomografia cu emisie de pozitroni este o metodă imagistică nouă, care nu şi-a găsit, încă, locul în protocoalele clinice, dar este utilizată cu scopuri ştiinţifice. Această metodă pare a fi promiţătoare în evaluarea gradului de extindere a sarcoamelor ţesuturilor moi ale regiunii capului şi gîtului.

Examenul Doppler 3D al vaselor magistrale se va efectua după caz pentru aprecierea gradului de implicare al vaselor magistrale din regiunea respectivă.

Aprecierea potenţialelor evocate de la trunchiurile nervoase din vecinătatea tumorii se va efectua cînd se suspectează concreşterea acestora de către tumoare.

Scintigrafia scheletului – oferă date despre metastazele în oase.

USG organelor cavităţii abdominale şi ale bazinului mic este utilă în aprecierea gradului de extindere al procesului tumoral.

Evaluarea morfologică a tumorii:

Procesul de diagnostic al unui sarcom al ţesuturilor moi nu poate fi considerat finalizat fără confirmare morfolgică. Biopsia este indicată pentru toate tumorile ţesuturilor moi cu dimensiuni mai mari de 5 cm., ce persistă mai mult de 6 săptămîni, cît şi pentru tumorile cu creştere rapidă şi simptomatice. Există mai multe modalităţi de diagnostic morfologic:

1. Puncţia-biopsie aspirativă cu ac supţire – permite obţinerea fragmentelor microscopice din tumori şi a celulelor separate pentru investigaţiei citologică. Materialul obţinut poate fi investigat la microscopul optic, pot fi efectuate studii citogenetice şi electrono-optice. Metoda este utilă pentru diagnosticul citologic al tumorilor cu localizare superficială. La necesitate investigaţia poate fi efectuată sub control ecografic. Conform datelor contemporane riscul de diseminare a celulelor tumorale este practic inexistent. Metoda este minimal traumatică.

2. Biopsia ”core” cu ac gros – permite obţinerea unui stîlp de ţesut tumoral de dimensiuni 1*10 mm. Această metodă permite aprecierea histologică a tumorii, a gradului de diferenţiere tumorală. Sensibilitatea şi specificitatea acestei metode sînt > 90%. Riscul de contaminare tumorală este mai mare, din care motiv operaţia ulterioară va include şi excizia traiectului de biopsie. Biopsia ”core” poate fi efectuată şi pentru tumori situate profund, cu ghidaj imagistic (CT, RMN, USG).

3. Biopsia incizională – este cea mai frecventă metodă de obţinere a materialului tumoral pentru investigaţii. Permite obţinerea unei cantităţi mare de material, din diferite zone ale tumorii. Inciziile pentru biopsii se vor efectua astfel ca traiectul biopsiei să fie înlăturat integral în timpul intervenţiei cu intenţie de radicalitate. Hemostaza minuţioasă diminuiază riscul de diseminare tumorală în timpul biopsiei.

4. Biopsia excizională – este recomandată doar pentru formaţiuni mici, situate superficial, care pot fi înlăturare radical, cu marje de siguranţă suficiente.

5. Examenul histologic intraoperator se utilizează rar în cazul tumorilor ţesuturilor moi, dar, în cazuri selectate, este o metodă utila de diagnostic.

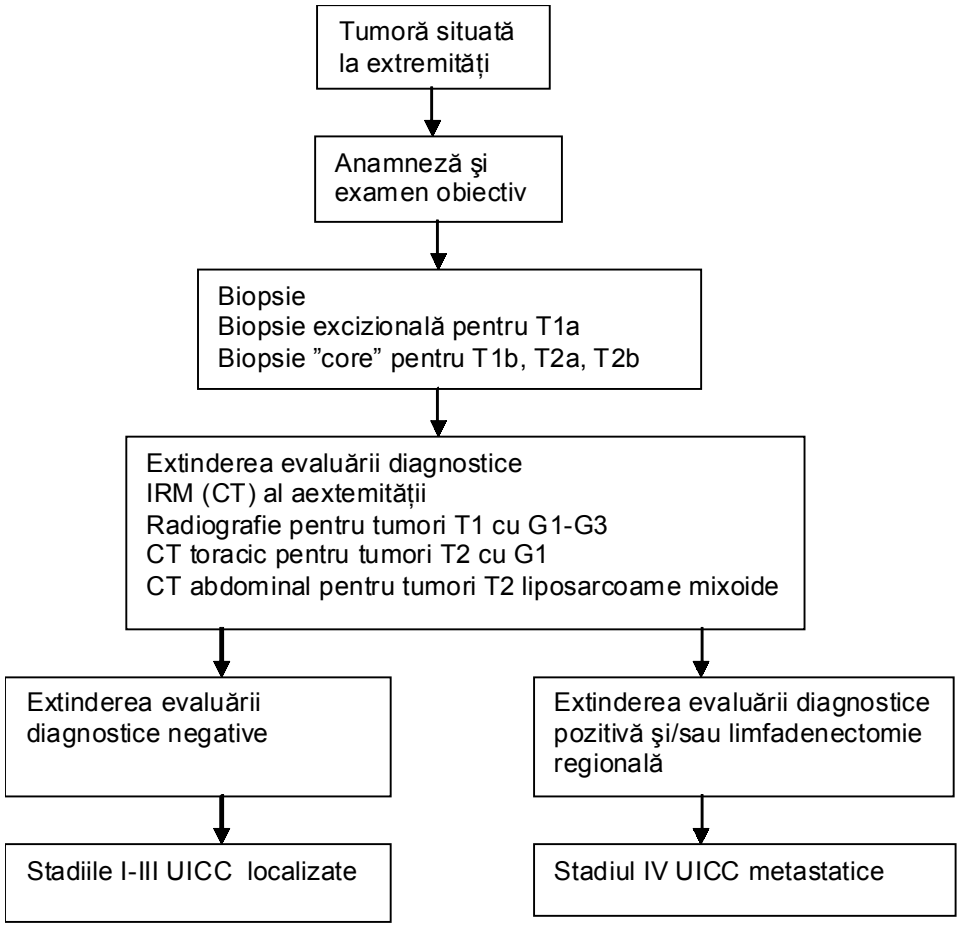
Concluzii:

1. Evaluarea clinică minuţioasă a pacienţilor cu suspecţie la sarcoame ale ţesuturilor moi permite selectarea pacienţilor ce vor necesita investigaţii ulterioare.

2. Pacienţii cu sarcoame ale ţesuturilor moi necesită investigaţii imagistice contemporane (CT, RMN) pentru aprecierea extinderii locale a tumorii şi a existenţei metastazelor la distanţă.

3. Confirmarea morfologică a procesului tumoral este indispensabilă pentru planificarea tratamentului ulterior, inclusiv celui chirurgical.

4. Evaluarea pacientului cu tumori ale ţesuturilor moi trebuie efectuată conform unui plan



Algoritm de diagnostic al tumorilor ţesuturilor moi ale extremităţilor (după Abeloff, MD, Clinical Oncology, Second ed., 2000)

prestabilit: tablou clinic – examen obiectiv – imagistică – confirmare morfologică.

Bibliografie:

1. Costa MJ, Campman SC, Davis RL. Fine-needle aspiration cytology of sarcoma: retrospective review of diagnostic utility and specificity. *Diagn Cytopathol*. Jul 1996;15(1):23-32
2. Dal Cin P. Soft tissue tumors: an overview. *Atlas Genet Cytogenet Oncol Haematol*. January 2003
3. Jensen OM, Hogh J, Ostgaard SE. Histopathological grading of soft tissue tumours. Prognostic significance in a prospective study of 278 consecutive cases. *J Pathol*. Jan 1991;163(1):19-24
4. Sarcoamele de părţi moi ale adultului, în *Terapia Cancerului, elemente fundamentale de diagnostic şi tratament multimodal,* Bild E. şi al, Iaşi 2003
5. Gh. Ţîbîrnă, *Ghid clinic de oncologie,* pag. 132 – 154, Chişinău 2003
6. Franz M. Enzinger, Sharon W. Weiss, *Soft Tissue Tumors, Second ed.,* 1988
7. Ball AB, Fisher C, Pittam M. Diagnosis of soft tissue tumours by Tru-Cut biopsy. *Br J Surg*. Jul 1990;77(7):756-8
8. Barth RJ, Merino MJ, Solomon D. A prospective study of the value of core needle biopsy and fine needle aspiration in the diagnosis of soft tissue masses. *Surgery*. Sep 1992; 112(3): 536-43

Ion Dăscăliuc – doctor în medicină, Laboratorul Oncologie Generală şi ATI a Institutului Oncologic

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUMORILOR MALIGNE ALE OASELOR BAZINULUI

The surgical treatment of bone tumors of the pelvis is considerably lagging behind the other branches of oseooncology. The low surgical activity on this area is caused by anatomic-physiological particularites of the pelvis, the presence of multiple great vessels and nerve trunks, specific topography of the organs in the pelvic cavity and presence of numerous massive muscles.

Actualitatea temei: Tratamentul bolnavilor cu tumori maligne ale oaselor bazinului este o problemă complicată şi multilaterală. Deşi referitor la această problemă s-a adunat o informaţie considerabilă, ea rămâne să atragă atenţia cercetătorilor, mai ales a celor ce studiază oncologia oaselor şi chirurgia osteoplastică atât la maturi, cît şi copii. (Демичев Н. П. 1981; Ведзижев Г. М. 1982; Цуркан А. М. 1982; Аршад Р. М. 1984; Зацепин С. Т. 1984; Волков М. В. и др. 1985; Сахнов Т. К. 1985; Бережной А. П. 1986; Лубегина З. П. и др. 1986; Трапезников Н. Н. и др. 1986; Амирасланов А. Т. 1987; Щербаков С. Д. 1988; Трапезников Н. Н., Цуркан А. М. 1989; Сягайло П. Т. и др. 1990, 1991; Джугань Т. И. 1992; S. Huvos 1979; C. A. Peimer et al. 1980; K. D. Harrington 1981; K. B. Keneth et al. 1982; E. Huraj 1984; J. T. Makley 1985; W. Mnaymneh et al. 1985; J. Lefranc 1985; J. Gekeler 1985; J. Eulert 1985.)

Cu toate succesele obţinute în acest domeniu, în chirurgia tumorilor oaselor bazinului se întâlnesc încă multe greutăţi. Încă nu sînt precizate suficient indicaţiile către unele operaţii. Metodele de operaţii sînt grele, masive şi traumatice. În unele cazuri se folosesc metode vechi, care istoric şi practic şi-au pierdut valoarea din cauza numeroaselor recidive şi malignizări ale tumorilor benigne.

La localizarea tumorilor în zone bogate cu nervi şi vase magistrale necesită perfecţionarea acceselor chirurgicale, fiindcă din accesele liniare în aceste regiuni este dificil de a limita tumoarea de la pediculele vasculo-nervoase, de a stopa hemoragia, de a efectua plastii în caz de necesitate.

Înlăturarea radicală a tumorilor benigne şi maligne cauzează neapărat formarea defectelor în ţesutul osos. Întrebuinţarea autotransplantelor lungeşte şi complică operaţiile, iar posibilităţile aloplastiei în restituirea defectelor mari şi a extremităţilor articulare se reduc considerabil.

Cea mai optimă metodă de restituire a acestor defecte este aloplastia. Însă aplicarea alotransplantatelor masive este însoţită de unele dificultăţi: reacţiile imunologice de incompatibilitate tisulară încetinesc procesul de consolidare a alotransplantului la osul recipient, provocând fragmentarea şi resorbţia alotransplantului. Toate acestea măresc durata de

imobilizare a extremităţii operate şi perioada de reabilitare. (Трапезников Н. Н., Цуркан А. М. 1989; Зацепин С. Т. 1984, 2001).

În cazul tumorilor maligne numărul operaţiilor mutilante este încă mare.

Defectele mari cosmetice, dificultăţile care se întâlnesc la protezarea extremităţii înlăturate, complicaţiile în timpul operaţiilor şi în perioada postoperatorie, nivelul înalt de invaliditate aduc la aceea că unele variante de operaţii aplicate până în prezent nu satisfac doleanţele medicilor şi pacienţilor.

Problemele menţionate determină studierea şi elaborarea unor metode noi de intervenţii chirurgicale mai econome, mai puţin traumatice, mai recuperatoare, care ar îmbunătăţi calitatea vieţii şi ar micşora perioada de reabilitare a pacienţilor atât la operaţiile de păstrare a membrelor, cât şi la operaţiile mutilante.

Elaborarea unor operaţii de păstrare şi reabilitare, perfecţionarea metodelor vechi de tratament chirurgical, menite să păstreze extremităţile, să micşoreze invaliditatea bolnavilor şi să contribuie la o reabilitare mai rapidă, este una din problemele actuale ale oncologiei.

Tratamentul chirurgical al tumorilor oaselor bazinului şi articulaţiei coxo-femurale este o problemă complexă. Chirurgia oaselor bazinului a rămas în urmă considerabil de chirurgia altor localizări ale scheletului, aceasta este condiţionat de particularităţile anatomo-fiziologice ale bazinului, prezenţa unui număr mare de vase magistrale şi trunchiuri nervoase, topografia specifică a organelor cavităţii bazinului şi prezenţa numeroşilor muşchi masivi. (Чаклин В. Д. 1966, 1974; Красовитов В. К. 1966; Корж А. А. и Талышинский Р. Р. 1967, 1968; Махсон Н. Е. 1970; Григорова Т. М .1973, 1976; Корж А. А. и Кулиш Н. И. 1977; Трапезников Н. Н. 1978; Цуркан А. М. 1979, 1982). Toţi aceşti factori fac dificile efectuarea nu numai a operaţiilor mutilante, dar în deosebi a operaţiilor organ-menajante, econome, ce au scopul să păstreze integritatea inelului pelvian, suportul şi funcţia membrului inferior (Григорова Т. М .1973, 1976; Корж А. А. и Кулиш Н. И. 1977; Трапезников Н. Н., Цуркан А. М. 1989).

Aceste date mărturisesc despre actualitatea problemei studiate şi despre necesitatea elaborării unor variante noi de intervenţii chirurgicale sau perfectarea operaţiilor existente, îndreptate spre lărgirea indicaţiilor către tratamentul chirurgical, îmbunătăţirea ablasticii, păstrarea sau restabilirea integrităţii inelului osos al bazinului, articulaţiei coxo-femurale şi extremităţii funcţionale.

Scopul lucrării: Compararea rezultatelor tratamentului chirurgical după diferite tipuri de operaţii şi precizarea indicaţiilor către aceste operaţii.

Materiale şi metode: În calitate de suport metodologic au servit fişele de observaţie la 62 de pacienţi cu tumori maligne ale oaselor bazinului care s-au tratat în secţia Oncologie Generală a Institutului Oncologic, în perioada 1990 – 2006. Din acest grup de pacienţi 25 (39,6%) au fost cu condrosarcom, pe locul doi s-au plasat pacienţii cu sarcom osteogenic 14 (22,5%), mai rar s-au întîlnit pacienţi cu fibrosarcom 9 (15,4), osteoclastom malignizat 8 (13,5%). Alte nozologii (sarcom osteogenic paraostal, mielomul solitar, liposarcomul) s-au întâlnit în cazuri unice.

Raportul bărbaţi : femei este de 1,5 :1.

În dependenţă de vârstă tumorile maligne ale bazinului se întâlnesc: în limita de vârstă 16-29 de ani – 19,4%, 30 – 39 de ani - 20,5%, 50 – 59 de ani - 22,5%.

În 58% tumorile se localizau în aripa şi corpul osului iliac. Toţi pacienţii au fost supuşi tratamentului chirurgical. Volumul operaţiilor se hotăra în fiecare caz individual în dependenţă de structura morfologică a tumorii, gradul de diferenţiere, localizare, dimensiunile, implicarea în proces a organelor bazinului mic, pachetelor vasculo-nervoase, de vârsta şi starea generală a pacientului, de patologia concomitentă.

În cazul localizării procesului în osul pubian sau ischiatic se înlătură total aceste oase, în cele mai multe cazuri fără plastia defectului. De această tactică ne conducem în cazul înlăturării vertebrelor coccigiene şi în cazul înlăturării parţiale a sacrului. Tehnic este posibil de înlăturat o parte a osului sacral nu mai sus de mijlocul vertebrei III-a a sacrului. În cazul afectării tumorale a simfizei pubiene, segmentul dat se înlătură totalmente. Aceasta este important mai ales în cazul fibrosarcoamelor. Atunci când de către tumoare este afectat osul pubian sau ischiatic simfiza pubiană se înlătură împreună cu osul afectat în limitele ţesutului sănătos. Iar dacă sunt afectate ambele oase pubiene şi ischiatice se înlătură tot semiinelul anterior al bazinului. În cazul localizării condrosarcomului, fibrosarcomului,

liposarcomului, osteoclastomului malignizat în aripa şi corpul osului iliac s-a efectuat înlăturarea aripii şi corpului osului iliac cu păstrarea punţii între osul iliac şi sacru. În 2 (3,2%) cazuri de condrosarcom al aripii şi corpului osului iliac acest segment a fost înlăturat cu păstrarea articulaţiei coxo-femurale. Rezecţia aripii, corpului osului iliac şi articulaţiei sacro-iliace a fost efectuată în 2 (3,2%) cazuri şi defectul a fost suplinit cu xeno-alo-autogrefoane. La 2 (3,2%) pacienţi a fost rezecată aripa, corpul osului iliac cu o porţiune din fosa acetabulară, la 1 (1,6%) din aceşti pacienţi plastia defectului a fost efectuată cu auto-alogrefoane. Hemipelviectomia a fost efectuată unei (1,6%) paciente cu condrosarcom al corpului osului iliac. Rezecţia inter-ilio-abdominală a fost efectuată în cazul afectării oaselor ce formează fosa acetabulară. În cazul afectării de către tumoare a capsulei articulaţiei coxo-femurale a fost efectuată rezecţia după Maxon, cu înlăturarea semiinelului anterior, fosei acetabulare, corpului şi o parte din aripa osului iliac, împreună cu extremitatea proximală a osului femural. Astfel de operaţii au fost efectuate la 2 (3,2%) pacienţi. La 5 (8%) pacienţi capsula articulaţiei coxo-femurale nu era afectată, în aceste cazuri a fost efectuată rezecţia inter-ilio-abdominală cu păstrarea capului şi colului osului femural, astfel evitând scurtarea considerabilă a membrului operat. După cum se ştie în cazul tumorilor masive ale corpului, aripii osului iliac şi articulaţiei coxo-femurale unica şi cea mai radicală operaţie, în afară de hemicorporectomia (amputaţia translumbală), este considerată amputaţia inter-ilio-abdominală (efectuată în 9 cazuri(14,5%) sau dezarticulaţia inter-ilio-abdominală (efectuată în 7 cazuri (11,2%).

În cazul tumorilor masive ale corpului, aripii osului iliac şi articulaţiei coxo-femurale cu concreştere în osul ischiatic, pubian şi articulaţia sacro-iliacă, în porţiunea laterală a sacrului sau când tumoarea se suprapune pe articulaţia sacro-iliacă se efectuează amputaţia inter-ilio-abdominală transsacrală. Prin această metodă au fost operaţi 3 (4,8%) pacienţi cu condrosarcom.

2. Clasificarea histologică (O. M. S., 2002)

I. Tumori formatoare de cartilaj
1. Osteocondromul
2. Condromul
3. Encondromul
4. Condrom periostal
5. Condromatoză multiplă
6. Condroblastomul
7. Fibromul condromixoid
8. Condrosarcomul
   - central (primară, secundară)
   - periferic
   - dediferenţiat
   - mezenchimal
   - clar-celular

II. Tumori formatoare de os
1. Osteomul osteoid
2. Osteoblastomul
3. Osteosarcomul (sarcomul osteogenic)
   - simplă
   a. condroblastică b. fibroblastică
   c. osteoblastică
- teleangiectazică
- cu celule mici
- cu grad scăzut de malignizare, centrală
- secundară a. paraostală b. periostală
- cu grad înalt de malignizare, superficială

III. Tumori din ţesut fibros
1. Fibrom desmoplastic
2. Fibrosarcom

IV. Tumori fibrohistiocitare
1. Histiocitom fibros benign
2. Histiocitom fibros malign

V. Sarcom Ewing (tumoarea ectodermală primitivă) Sarcom Ewing

VI. Tumori hematopoietice
1. Mielom plasmocelular
2. Limfom malign

VII. Tumoare gigantocelulară
1. Tumoare gigantocelulară
2. Tumoare gigantocelulară malignă

VIII. Tumori cordale
1. Cordom

IX. Tumori vasculare
1. Hemangiom
2. Angiosarcom

X. Tumori ale musculaturii netede
1. Leiomiom
2. Leiomiosarcom

XI. Tumori lipogene
1. Lipom
2. Liposarcom

XII. Tumori din ţesut nervos
1. Neurilemoma

XIII. Alte tumori
1. Adamantinoma
2. Metastaze în oase

XIV. Afecţiuni pseudotumorale
1. Chist osos aneurismal
2. Chist osos simplu
3. Displazie fibroasă
4. Displazie osteofibroasă
5. Histiocitoză
6. Boala Erdheim-Chester
7. Hamartom al cutiei toracice

XV. Afecţiuni articulare
1. Condromatoza articulară

Concluzii:

1. Volumul intervenţiilor chirurgicale se determină la fiecare caz individual în dependenţă de sediul tumorii, dimensiunile, varianta morfologică, gradul de diferenţiere, raportul cu organele bazinului mic şi pachetele vasculo-nervoase, vârsta pacientului şi patologia concomitentă.

2. În cazul afectării pachetelor vasculo-nervoase se efectuează operaţii mutilante.

3. La afectarea aripii şi corpului osului iliac de către condrosarcom, sarcom osteogenic paraostal, osteoclastom malignizat este indicată rezecţia acestui segment cu păstrarea punţii între corpul osului iliac şi sacru.

4. În cazul dereglării integrităţii inelului pelvian se efectuează plastia acestuia.

5. La afectarea oaselor ce formează semiinelul anterior al bazinului se efectuează rezecţia acestuia sau amputaţia inter-ilio-pubiană.

6. Concreşterea tumorii în articulaţia sacro-iliacă determină efectuarea amputaţiei inter-ilio-abdominale transsacrale.

Bibliografie:

1. Handghissalatas Spiridon G., *Investigaţii anatomo-patologice în tumorile osoase*, Editura Medicală, Bucureşti, 1995.

2. Stănculescu D., Orban H., *Tumorile aparatului locomotor – concepţii actuale*, Editura tehnică, Bucureşti, 1997.

3. Демичев Н. П., Гончарова А. А., Сабодашевский В. И. Диагностика и лечение опухолей костей, осложненных патологическими переломами. /Вестник хирургии/ 1981 С. 62-657. 4.Трапезников Н.Н., Еремина Л.А., Амирасланов А.Т., *Опухоли костей*, Москва, «Медицина», 1986.

5. Трапезников Н. Н., Цуркан А. М. Сберегательные и сберегательно-восстановительные операции при опухолях костей Кишинев Щтиинща 1989

6. Трапезников Н.Н., Амирасланов А. Т., Щербаков С. Д., Органосохраняющие и реконструктивные операции в онкологии Тезисы доклада Всесоюзной конференции Томск 1991 С. 129-131

7. Махсон А. Н., Об адекватной хирургий в костной онкологий, Москва, «Медицина», 1991.

8. Зацепин С. Т., Бурдыгин В. И. Тотальное удаление бедренной кости с последующим замещением дефеста металлическим эндопротезом. /Хирургия/ 1993 С. 9-12

9. Зацепин С.Т., *«Костная патология взрослых»*, Москва, «Медицина», 2001.

10.Нейштадт Э. Л., Маркочев А. Б. «Опухоли и опухолеподобные заболевания костей». Санкт-Петербург. 2007 С. 341

❑

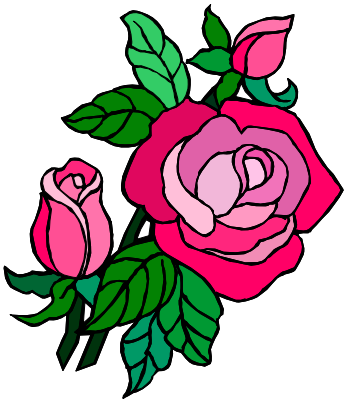
Domnului Petru Moroz,

doctor habilitat în medicină,
profesor universitar,
şef al catedrei ortopedie,
traumatologie, chirurgie şi
anesteziologie pediatrică

cu ocazia jubileului de 70 ani

În 1938 la 12 iulie sau luna lui cuptor
Barza albă în familia Moroz a adus un puişor, cu numele de Petrişor,
Scumpul mamei odoraş,
Ce semăna cu-n îngeraş!
Frageda copilărie i-a trecut prin vremuri grele,
Ani de război, secetă, foamete şi alte rele.
Tăticu Toader, fiind mobilizat la război a fost rănit
Şi invaliditate de primul grad i s-a conferit,
Iar fratele Ştefan pe câmpul de luptă a decedat
Şi în oraşul Bixta din Letonia a fost înmormântat!
Tăticu micuţului Petrică mereu îi povestea
Despre greutăţile de pe front şi din spital, ce le-ntâlnea!
Petrică la toate nevoile a rezistat
Şi din ele, cu greu, dar a scăpat,
Părinţii îndemnându-l mai departe la învăţat
Şi şapte clase în satul natal Iabloana cu menţiune feciorașul a finisat!
Ulterior şcoala medie din raionul Glodeni a urmat
La finisarea căreia actele, după sfatul tăticului, la Facultatea Pediatrie le-a-naintat,
Pe care în 1961 studiile cu menţiune le-a finisat
Şi în calitate de medic ordinator, ulterior şef secţie Ortopedo-neurologie din Sergheevca a activat
Cu Petrică chiar din primul an de studii ne-am împrietenit,
Deoarece trei ani împreună într-o odaie în cămin am trăit.
Era un student ca pâinea cea albă, deştept, stăruitor şi la nevoie săritor,
Mai ales când aveai nevoie de vre-un ajutor!
Fiind student d-nul P.Moroz cercetări aprofundate în cercul studenţesc de chirurgie a efectuat
Ba chiar şi o lucrare ştiinţifică la Tbilisi a publicat.
În 1963 specializarea primară în domeniul ortopediei pediatrice în Institutul din Harkov a urmat,
Iar în 1963-1966 studiile în doctorantura de ortopedie pediatrică la ICTO din Moskova le-a efectuat.

În 1966 doctorantura cu susţinerea tezei de doctorat cu succes s-a finisat
Şi în calitate de asistent universitar la catedra de chirurgie pediatrică a ISM din Chişinău a fost angajat
Ulterior încă 21 ani în acelaşi post la catedra de traumatologie, ortopedie şi chirurgie de campanie a activat
Iar în 1988 a susţinut strălucitor teza de doctor habilitat.
Iar în 1989 titlul de profesor universitar i s-a conferit
Şi în acest post la catedra de Chirurgie pediatrică a fost numit.
Un an ca şef de curs de ortopedie, traumatologie, chirurgie şi anesteziologie pediatrică la FPM a activat,
Care din 1997 în catedra cu acelaşi nume şi şef s-a transformat.
Domnia sa are peste 240 de lucrări ştiinţifice publicate,
Inclusiv şi două monografii în specialitate.
În timpul anilor ce s-au perindat
În palmaresul propriu 34 de invenţii şi 83 inovaţii a acumulat,
Ce, pe bună dreptate, poate fi invidiat!
A dirijat cu 4 teze de doctorat
Şi încă două, fiind în stadiul aproape finisat.
În 2002 a devenit fondatorul şi primul Preşedinte al Societăţii de ortopedie pediatrică din Republica Moldova,
Unde activează mai mult cu fapta, decât cu vorba!
Pe scara ierarhică omagiatul s-a urcat încet,
Cu toate că el permanent a fost un om ager şi excelent.
În schimb de fiica Argentina mult s-a bucurat,
Când a susţinut în a tăticului specialitate teza de doctorat
Şi ulterior rapid titlul de conferenţiar i s-a acordat.
Pentru eforturile depuse, succesele obţinute în activitatea de invenţie şi raţionalizare
A fost destins cu multiple de aur, argint şi de bronz medalie,
Însă de al nostru Stat
Numai cu medalia „Meritul civic” a fost omagiat,
Ceea ce e foarte puţin, drăguţă frate
Pentru astfel de prodigioasă activitate!
Domnule profesor P.Moroz, azi ne rugăm lui Dumnezeu, să-ţi de o mai trainică sănătate,
Iar şefilor – iertare de păcate!
Sperăm că meritele tale vor fi mai apreciate
Şi bunul Dumnezeu îţi va face mai multă dreptate!
La mulţi ani, dragă bădie,
Fii mereu cel mai luminos Luceafăr în pediatrica traumatologie şi ortopedie!
Soţia, fiicele şi nepoţii la mulţi ani să-ţi trăiască
Şi Dumnezeu întreaga familie Moroz de medici, să vă ocrotească!
În acest an pentru voi jubiliar
Ridicăm toţi, cu vin câte un păhar!
La mai mult şi la mai mare
S-aveţi înainte numai zile cu soare!



12.07.2008

Cu profund respect,
prietenul, colegul de studii şi profesorul universitar la
catedra Boli infecţioase, tropicale şi parazitologie medicală,
Om emerit al Republicii Moldova Constantin Andriuţă

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