

Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori M. EFTODI, Șt. GAȚCAN, V. GHERMAN
Asistenți ai redactorului L. MUNTEANU, St. ȚURCAN, V. CARAUȘ
Redactor tehnic L. AXINTE
Asistent V. ȘVEȚ

Colegiul de redacție:

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

Adresa redacției:

MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie, et.5
prof. univ. Ion Mereuță, tel. 85.24.14
www.ionmereuta.md, e-mail: info@ionmereuta.md

Rechizite bancare:

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

CUPRINS
CONTENTS

| | | |
|---|----|--|
| <i>Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, Sergiu Mura, Valentin Căpitan, Stela Țurcan, Oxana Pihut, Dumitru Butuceș, Diana Harștea, Daniela Andronache, Victor Ciupercă</i> ACTIVITATEA CLINICĂ ȘI ȘTIINȚIFICĂ A CLINICII ONCOLOGIE GENERALE, USMF "NICOLAE TESTEMIȚANU", IMSP IOM (2010) | 3 | <i>Ion Mereuta, Ion Dascaluic, Sergiu Mura, Valentin Capitan, Stela Turcan, Oxana Pihut, Dumitru Butuceș, Diana Harstea, Daniela Andronache, Victor Ciupercă</i> CLINICAL AND SURGICAL ACTIVITY OF THE CLINIC OF GENERAL ONCOLOGY STATE MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY "N. TESTEMIȚANU", INSTITUTE OF ONCOLOGY OF MOLDOVA (2010) |
| <i>I.M. Draguța</i> UNELE PARTICULARITĂȚI ALE METABOLISMULUI PACIENȚILOR CU LITIAZEI RENALĂ DE DIFERITĂ VÂRSTĂ (CERCETARE BIBLIOGRAFICĂ) | 10 | <i>I.M. Draguta</i> THE METOBLOSIM'S PARTICULARITIES OF THE PATIENTS WITH KIDNEY STONES OF DIFERENT AGE (BIBLIOGRAPHIC SURVEY) |
| <i>Ștefan Gațcan, Elena Luchian</i> MINILAPAROMIA – ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE ÎN CHIRURGIA MINIMINVAZIVĂ | 12 | <i>Ștefan Gatcan, Elena Luchian</i> MINILAPAROTOMY – ACTUAL VIEWS AND PERSPECTIVES IN THE MINI-INVASIVE SURGERY |
| <i>Stela Țurcan</i> ASPECTE CLINICO-DIAGNOSTICE ȘI DE TRATAMENT CHIRURGICAL ALE TUMORILOR VÊTEBRĂLE (STUDIUL BIBLIOGRAFIC) | 15 | <i>Stela Turcan</i> THE CLINICO-DIAGNOSTIC ASPECTS AND SURGICAL TREATMENT OF THE VERTEBRAL TUMOR'S (THE BIBLIOGRAFIC REVUI) |
| <i>Ion Dăscăliuc, Ion Mereuță, Daniela Andronachi, Valentin Căpitan, Oxana Pihut, Dumitru Butuceș</i> TEHNOLOGII NOI ÎN SUPLINIREA DEFECTELOR DUPĂ ÎNLĂTURAREA TUMORILOR OASELOR BAZINULUI | 19 | <i>Ion Dascaluic, Ion Mereuta, Daniela Andronachi, Valentin Căpitan, Oxana Pihut, Dumitru Butuceș</i> THE NEW TEHNOLOGIES USING IN THE DEFFECTS SUBSTITUTION AFTER REMOVING OF THE PELVIS BONES TUMOURS |
| <i>Ion Mereuță, Iraida Iacovlev, Diana Harștea</i> SARCOAMELE VASCULARE ALE PIELII | 20 | <i>Ion Mereuta, Iraida Iacovlev, Diana Harstea</i> VASCULAR SARCOMAS OF THE SKIN |
| <i>O. M. Пухут, И. Е. Мереуцэ, И.И. Дэскэлюк, Д.Г. Андронаку</i> МЕТАСТАЗЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА (результаты применения диагностического алгоритма в условиях специализированного стационара) | 23 | <i>O. M. Pihut, I. E. Mereuta, I.I. Dascaluic, D.G. Andronachi</i> METASTATIC CANCERS OF UNKNOWN PRIMARY SITE (DIAGNOSED IN ONCOLOGICAL HOSPITAL) |
| <i>Dumitru Butuceș, Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, Valentin Căpitan, Sergiu Mura</i> METODĂ DE PROFILAXIE A PROCESELOR SUPURATIVE DUPĂ AMPUTAȚIA MEMBRULUI INFERIOR LA NIVELUL GAMBEI | 27 | <i>Dumitru Butuceș, Ion Mereuta, Ion Dascaluic, Valentin Capitan, Sergiu Mura</i> THE PROPHYLAXES METHOD OF SUPPURATIVE PROCESSES AFTER AMPUTATION OF INFERIOR EXTREMITY AT CRURAL LEVEL |
| <i>Valentin Căpitan, Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, Sergiu Mura, Dumitru Butuceș</i> METODE DE TORACOPLASTIE DUPĂ ÎNLĂTURAREA TUMORILOR CUTIEI TORACICE | 28 | <i>Valentin Capitan, Ion Mereuta, Ion Dascaluic, Sergiu Mura, Dumitru Butuceș</i> THE METHOD OF THORACOPLASTY AFTER EXTIRPATION OF TUMOR'S OF THORACIC CAVITY WALL |
| <i>S. Mura, I. Mereuță, V. Căpitan, D. Butuceș</i> METODA DE ENDOPROTEZARE LA BOLNAVII CU TUMORI ALE METAEPIFIZEI PROXIMALE A OSULUI HUMERAL | 29 | <i>S. Mura, I. Mereuta, V. Capitan, D. Butuceș</i> THE METHOD OF ENDOPROTEZATION OF THE PATIENTS WITH PROXIMAL METHAEPIPHYSIS HUMERAL BONE TUMOURS |
| <i>Furtună Ludmila</i> PROBLEMA CICATRICILOR: SUPRAVEGHEREA ȘI TRATAMENTUL BOLNAVELOR (cercetare bibliografică) | 32 | <i>Furtuna Ludmila</i> SCAR ISSUE: OBSERVATION AND TREATMENT OF PATIENTS (literature review) |
| NOUTĂȚI ÎN ONCOLOGIE | 41 | ONCOLOGY NEWS |
| JUBILEU <i>Ștefan GAȚCAN la 50 de ani</i> | 42 | <i>Ștefan GATCAN</i> 50 TH ANNIVERSARY |
| CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR | 44 | PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS |

Articolele au fost recenzate de specialiști de notorietate din domeniu

Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, Sergiu Mura, Valentin Căpitan, Stela Țurcan, Oxana Pihut,
Dumitru Butucel, Diana Harștea, Daniela Andronache, Victor Ciupercă

ACTIVITATEA CLINICĂ ȘI ȘTIINȚIFICĂ A CLINICII ONCOLOGIE GENERALĂ, USMF "NICOLAE TESTEMIȚANU", IMSP IOM (2010)

809 patients with tumours of the skin, soft tissues and bones have been treated in the clinic of general oncology during the year 2010. 824 surgical interventions have been performed, thus the surgical activity constituted 96,4% and preoperative bed-days – 3,7. These have been registered 372 (43,9%) malignant tumours and 51 (6,0%) – non-oncological. The mortality rate constituted 0,8%.

Key-words: general oncology, skin tumours, soft tissue tumours, bone tumours, surgical treatment, complex and combined treatment, rehabilitation.

Secția Oncologie Generală este amenajată pe 45 paturi. Ocupă două părți – partea septică și aseptică. Sunt 18 saloane pentru bolnavi, 2 săli de pansamente, sală de ghips, 1 sală de proceduri. Separarea bolnavilor septici de cei aseptici ne-a permis să preîntâmpinăm la mulți bolnavi complicațiile purulente postoperatorii.

În această perioadă în secție au activat: Conducătorul științific al secției d.h.ș.m., I. E. Mereuță, șeful secției. d.ș.m. I. I. Dăscăliuc, 3 medici și 5 colaboratori științifici.

Toți colaboratorii au teme științifice. Colaboratorii cu practică de lucru mai mare de 5 ani, sunt apreciați prin categoria II, I și superioară, consultă bolnavii la Policlinica Oncologică, alte spitale orășenești și republicane.

În secție sunt instruiți în baza cursurilor de perfecționare medicii-traumatologi la compartimentul "Diagnosticul și tratamentul contemporan al tumorilor oaselor", iar la compartimentul "Diagnosticul și tratamentul tumorilor pielii și țesuturilor moi" sunt instruiți medicii dermatovenerologi, oncologi, chirurgi-generalști, medicii de familie.

1) Au fost prelungite cercetările în domeniul elaborării metodei noi de înlăturare chirurgicală a tumorilor maligne cutanate cu ajutorul aparatului-vacuum.

2) Au fost prelungite cercetările în domeniul elaborării unei endoproteze noi pentru pacienții cu distrucția totală a osului femural, pentru copii și adolescenți la care e posibilă creșterea piciorului sănătos și va fi nevoie de alungirea piciorului operat.

3) A fost elaborată o metodă nouă de suplinire a defectelor care apar în urma înlăturării tumorilor benigne și afecțiunilor pseudotumorale ale oaselor tubulare.

4) A fost elaborată o nouă metodă de suplinire a defectelor care apar în urma înlăturării tumorilor benigne și afecțiunilor pseudotumorale ale oaselor bazinului.

5) Pentru prima dată în Moldova au fost utilizate în endoprotezarea articulației cotului la pacienții cu tumori situate în 1/3 distală a osului humeral, endoproteze de cot tip InMed confecționate în Ucraina.

6) Pentru suplinirea defectelor 1/3 proximale a osului radial a fost confecționată și implementată în practică o nouă endoproteză metalică.

7) Pentru prima dată a fost efectuată o amputație de tip nou a labei piciorului cu păstrarea suportului pe membrul operat.

8) A fost prelungită implementarea în practică a endoprotezelor genuchilui tip InMed confecționate în Ucraina.

Pe parcursul anului situația sanitar-igienică în secție s-a menținut în stare satisfăcătoare, maladii infecțioase nu s-au înregistrat.

Numărul bolnavilor internați s-a mărit în comparație cu aceeași perioadă a anului 2009 cu 3 de la 855 până la 858 în 2010. Cu 57 s-a mărit numărul bolnavilor externați de la 782 în 2009 până la 839 în 2010. Din totalul pacienților internați (858), 43 de pacienți cu tumori maligne au fost transferați în alte secții a IMSP IO: chimioterapie – 22, hematologie - 10, radioterapie – 6, tumori ovariene – 1, oncopediatrie – 1,

Indicii activității secției în anul 2010 (comparativ cu anul 2009)

| Nr. d/o | Indicii activității | Perioada de studio | |
|------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------|
| | | 2010 | 2009 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Numărul real al paturilor | 45 | 50 |
| 2 | Pacienți internați | 858 | 855 |
| 3 | Pacienți externați | 839 | 782 |
| 4 | Lucrul patului în mediu | 313 | 281,9 |
| 5 | Rulajul patului | 19,1 | 17,1 |
| 6 | Aflarea pacientului la pat | 16,7 | 18,0 |
| 7 | Zilele de lucru a patului | 14086 | 14098 |
| 8 | Pacienți decedați | 7 | 1 |
| 9 | Mortalitatea | (0,8 %) | (0,1%) |
| 10 | Tumori maligne | 372 (43,9%) | 360 (45,9%) |
| 11 | Precancer | 28 (3,30%) | 200 (25,5%) |
| 12 | Benigne | 395 (46,6%) | 184 (23,4%) |
| 13 | Neonco | 51 (6,0 %) | 39 (4,9%) |
| Din tumori maligne | | | |
| 14 | Total | 372 | 360 |
| 15 | Primari | 329 | 319 |
| 16 | Secundari | 43 | 41 |
| După stadii | | | |
| 17. | I | 19 | 28 |
| 18 | II | 85 | 101 |
| 19 | III | 112 | 123 |
| 20 | IV | 156 | 108 |
| La pacienții externați | | | |
| 21 | Numărul bolnavilor operați | 809 | 720 |
| 22 | Numărul bolnavilor decedați | 7 | 1 |
| 23 | Numărul operațiilor | 824 | 731 |
| 24 | Activitatea chirurgicală | 96,4% | 92,0% |
| 25 | Numărul complicațiilor | 5 (0,6 %) | 1 (0,1 %) |
| 26 | Pat-zile preoperatorii | 3,7 | 4,1 |

radioginecologie – 1, ginecologie – 1, chirurgie toracică - 1.

Rulajul patului s-a mărit cu 2,0 de la 17,1 în 2009 până la 19,1 în 2010.

În legătură cu reparația efectuată în secție zilele de lucru a patului au alcătuit 14086 cu 12 mai puțin decât anul – 2009 (14098). Aflarea, în mediu, a pacientului la pat s-a micșorat cu 1,3 zile, în 2009 fiind de – 18,0 , iar în anul 2010 – 16,7.

Numărul de bolnavi cu tumori maligne în această perioadă s-a mărit cu 12 de la 360 (45,9%) în 2009 până la 372 (43,9%), numărul bolnavilor cu tumori benigne s-a mărit de la 184 în 2009 până la 395 în 2010 cu 211. S-a mărit

numărul pacienților cu tumori maligne primari cu 10 ce la 319 în 2009 până la 329 în 2010. S-a mărit considerabil numărul pacienților internați cu tumori maligne, stadiul IV de la 108 în 2009 până la 156 în 2010, iar numărul pacienților cu tumori maligne în stadiul I; II, III s-a micșorat. Numărul pacienților cu tumori maligne în stadiul I s-a micșorat de la 28 în 2009 până la 19 în 2010, în stadiul II de la 101 în 2009 până la 85, iar în stadiul III de la 123 în 2009 până la 112. Numărul pacienților cu maladii precanceroase s-a micșorat considerabil cu 172, de la 200 (25,5 %) în 2009 până la 28 (3,3%) în 2010.

După părerea noastră aceasta se explică prin activarea lucrului sanitar-profilactic a

colaboratorilor institutului și a secției noastre în prealabil dus în presă, la radiou, televiziune și drept rezultat – sporirea vigilenței oncologice în rândurile populației.

Grupul acestor bolnavi activ se tratează și la chirurgii-generalști, traumatologi, specialiști ale multiplelor nou deschise saloane și cabinete cosmetologice, dermatovenerologi și inclusiv în alte secții a IOM. Însă aceasta are unele consecințe pentru bolnavi. La unii din ei sunt comise erori în diagnostic și prin urmare un tratament incorect, ceea ce micșorează numărul de pacienți tratați radical, mărește durata tratamentului pre- și postoperator, aduce la malignizarea tumorilor benigne și micșorează activitatea chirurgicală.

Numărul pacienților neoncologici s-a mărit cu 12, fiind de 39 (4,9 %) în 2009, iar în 2010 – 51 (6,0%). Numărul mare de maladii neoncologice se datorează patologiilor cronice ce afectează zone anatomic dificile, la care este complicat de confirmat diagnosticul morfologic prin efectuarea puncției sau biopsiei în condiții de ambulator.

Activitatea chirurgicală s-a mărit, fiind de 92% în 2009, iar în 2010 – 96,4%. S-a mărit numărul intervențiilor chirurgicale de la 731 în 2009 pînă la 824 în 2010. Numărul pacienților operați s-a mărit de la 720 în 2009 pînă la 809 în 2010.

Bolnavii cu tumori maligne alcătuiesc în total 372 (43,9 %).

Din totalul de pacienți cu tumori maligne la oase (24 cu tumori primare și 55 cu tumori secundare) externați au fost: sarcom osteogenic – 5, sarcom Ewing – 3, condrosarcom – 6, fibrosarcom – 2, histiocitom fibros malign – 4, tumoare neuroectodermală cu afectarea osului – 1, mielom multiplu – 3, metastaze în oase – 55. La pacienții cu metastaze în oase (55) focarul primar a fost depistat doar la 36: cancer pulmonar – 10, cancer renal – 4, cancer al prostatei – 8, cancer al sigmei – 1, cancer al rectului – 1, cancer al glandei mamare – 5, cancer al vezicii urinare – 2, cancer pulmonar – 4, cancer hepatic - 1. O parte din pacienții cu tumori maligne la oase după stabilirea diagnosticului au fost transferați în secțiile de chimioterapie și radioterapie.

Bolnavilor cu tumori maligne la oase au fost efectuate următoarele operații: amputații și exarticulații a membrilor - 5, rezecții segmentare cu endoprotezarea articulației genunchiului – 2,

rezecții segmentare ale coastelor - 3, laparotomie cu excizia metastazelor retroperitoneale și rezecția lamei interne a osului iliac - 1. Toți bolnavii au fost supuși trepanobiopsiei.

Bolnavi cu tumori maligne ale țesuturilor moi (56 pacienți) au fost: sarcom sinovial – 6, histiocitom fibros malign – 6, limfosarcom – 9, neurosarcom – 2, fibrosarcom – 10, liposarcom – 10, angiosarcom – 2, rhabdomyosarcom – 3, leiomyosarcom – 1, sarcom polimorfocelular – 2, sarcom clar-celular – 1, sarcom fibromixoid – 1, fibromatoză agresivă – 3.

La bolnavii cu tumori maligne din țesuturile moi au fost efectuate următoarele operații: excizia și electroexcizia tumorilor – 32, dintre care cazuri paliative - 2, cu rezecția osului adiacent – 2, operația Duken – 1, exenterația fosei axilare - 2, laparo- și/sau lumbotomie – 5, amputații – 5. Toți bolnavii au fost supuși trepanobiopsiei sau biopsiei deschise.

Pacienți cu tumori maligne ale pielii (216 pacienți) au fost: cancer al pielii – 28, bazaliom – 48, melanom – 83, histiocitom fibros malign – 2, sarcom Capoși – 4, cancer din anexele pielii – 5, dermatofibrosarcom – 4, metastaze de melanom în țesuturile moi – 6, metastaze de melanom și cancer în ganglionii limfatici inghinali – 16, tumoare din celule Merkel – 3, metastaze de melanom și cancer în ganglionii limfatici axilari - 17.

În cazul tumorilor maligne ale pielii au fost efectuate următoarele operații: excizii – 45 și electroexcizii - 112, din ele cu autodermoplastie - 42, tratament crio-chirurgical – 11, operația Duken – Melnicov - 3, operația Duken – 16 cazuri, exenterația fosei axilare – 17, excizia și electroexcizia metastazelor și recidivelor de cancer sau melanom – 5, exarticularea degetelor – 4, amputarea și exarticularea membrilor - 5.

Au fost tratate 6 cazuri cu tumori retroperitoneale maligne și 5 cazuri cu tumori retroperitoneale benigne. Au fost internați în secție și tratați pacienți cu următoarele patologii oncologice: cancer al sigmei, cancer al glandei tiroide, cancer al colului uterin, cancer renal, cancer al penisului, adenom al glandei parotide, cancer al prostatei, metastaze în ganglionii limfatici FFPD, cancer pulmonar, limfosarcom, mielom multiplu, seminom retroperitoneal.

Bolnavi cu tumori benigne și afecțiuni pseudotumorale în total s-au tratat 423 cazuri.

Au fost tratați 95 pacienți cu tumori benigne ale oaselor: osteocondroame – 22, osteoame-osteoid – 9, chisturi – 11, encondroame ale falangelor – 4, exostoze osteo- cartilaginoase – 9, osteoblastoclastoame – 17, displazie fibroasă – 9, condrodizplazia procesului xifoid – 3, condromatoză a articulațiilor – 1, condroblastom – 2, condrodizplazia coccisului – 3, hemangiome ale corpurilor vertebrale – 1, osteofii după intervenții chirurgicale oncologice – 1, hordom – 1, fibrom condromixoid – 2, .

În cazul tumorilor benigne la oase s-au efectuat următoarele operații: rezecția marginală - 37, rezecții marginale cu aloplastie - 13, rezecția și exarticularea coastelor – 6, rezecția procesului xifoid – 4, înlăturarea coccisului – 3, rezecție segmentară cu endoprotezare – 5, în 7 cazuri au fost efectuate trepanobiopsii și în 20 cazuri - biopsii deschise ale tumorilor.

Au fost tratați 172 pacienți cu tumori benigne ale țesuturilor moi: lipom – 86, sinoviom – 5, lipofibrom – 6, neurofibrom – 12, condrom extraosal – 3, higrom – 8, lipogranulom – 6, tumoare gigantocelulară a țesuturilor moi – 10, chist – 3, hemangiom – 11, fibromatoză – 4, fibrom – 6, desmoid – 6, limfangiom – 5, mixom – 1.

În cazul proceselor benigne și afecțiunile pseudotumorale ale țesuturilor moi au fost efectuate operații de excizie și electroexcizii ale tumorilor – 172 cazuri.

Pacienți cu tumori benigne și precancere ale pielii au fost - 156: nevi pigmentați – 47, displazie melanocitară – 6, siringoepiteliom – 4, corn cutanat – 3, epiteliom Malerb – 7, papilom – 6, dermatofibrom – 14, hemangiom – 16, chist epidermal – 11, cheratom – 25, cheratoacantom - 14, cheloid – 3.

În cazul tumorilor benigne și precancerelor pielii au fost efectuate operații de excizie 112 și electroexcizii ale tumorilor - 44 cazuri.

Procesele neoncologice au fost depistate în 51 cazuri: osteocondroză – 3, hematom posttraumatic – 2, spondilopatie dishormonală – 6, chist hidatic retroperitoneal – 2, osteomieliță – 5, cheloid – 2, gonartroză – 2, corp străin – 1, corticalită – 1, limfadenită - 4, ulcer trofic – 1, osteoartroză deformantă – 2, chist pilonidal - 3, osteodistrofie paratiroidiană – 2, coxartroză – 4, hidradenită – 1, chist presacral – 1, epidurită – 1,

flegmon – 2, periosită – 2, necroză aseptică a capului osului femural – 2, fractură posttraumatică – 2.

În 2010 au fost tratate paciente cu cancer al glandei mamare – 15, FA – 4, lipom al glandei mamare – 2, lob accesoriu – 1 și 3 pacienți cu ginecomastie.

Pe parcursul perioadei date în clinică au fost efectuate: mastectomii – 15, rezecții sectorale a glandei mamare – 7, amputare subareolară - 3.

Cazuri de deces -7.

În decursul anului starea sanitar-epidemiologică în secție a fost satisfăcătoare, maladii infecțioase n-au fost depistate. Cu puterile proprii și ajutorul sponsorial a fost efectuată reparație cosmetică în sălile de proceduri, pansamente, băi, coridoare și majoritatea saloanelor. Însă este necesar de a prelungi reparația. Desigur este necesar de reînnoit mobilierul secției cu dulapuri, noptiere, frigider, mese pentru pacienți și personal. În sălile de pansamente este urgent necesar de a aproviziona cu instrumentariu chirurgical pentru a acorda asistență medicală calitativă.

Inovații:

1. Remediul și metoda de tratament al stărilor precanceroase. Brevet de invenție nr.3972. MEREUȚĂ ION, HARȘTEA DIANA, ȚURCAN STELA, ȘVEȚ VERONICA.

2. Metodă de tratament a telarhiei la fetițe. Inovația nr.4820, 24.01.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, CAPROȘ HRISTIANA, BEȘLIU ELENA.

3. Metodă de clasificare etiopatogenetică a mastopatiilor difize. Inovația nr.4821, 24.01.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, CAPROȘ HRISTIANA, BEȘLIU ELENA.

4. Puncția citologie cu vacuum-aspirație și ghidată ecografic. Inovația nr.4825, 24.01.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, CAPROȘ HRISTIANA, BEȘLIU ELENA.

5. Metodă complexă de tratament a mastopatiilor difuze cu administrarea antiestrogenilor. Inovația nr.4819, 24.01.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

„Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, CAPROȘ HRISTIANA, BEȘLIU ELENA.

6. Metodă de tratament a mastopatiilor difuze ale glandelor mamare secretinde. Inovația nr.4818, 30.01.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, CAPROȘ HRISTIANA, BEȘLIU ELENA.

7. Metodă de tratament a mastopatiilor diabetice și metabolice. Inovația nr.4824, 24.01.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, CAPROȘ HRISTIANA, BEȘLIU ELENA.

8. Model al criteriului integral de eficiență a tratamentului cicatricelor postcombustiționale, cheloide și hipertrofe. Inovația nr. 4903 din 1.10.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, FURTUNĂ LUDMILA, ȘVEȚ VERONICA, DOLGANIUC NICOLAE.

9. Metodă și metodologii de tratament conservativ al cicatricelor postcombustiționale și cheloide. Inovația nr. nr.4899 din 27.09.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, FURTUNĂ LUDMILA, ȘVEȚ VERONICA.

10. Remediul și metodă de tratament al cicatricelor postcombustiționale, cheloide, hipertrofe și stărilor precanceroase. Inovația nr. nr.4898. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, FURTUNĂ LUDMILA, ȘVEȚ VERONICA, ȚURCAN STELA.

11. Algoritmul screeningului persoanelor cu risc sporit de cancer ereditar al organelor reproductive la femei. Inovația nr. 4859 din 5.05.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, TRIPAC IRINA, DOLGANIUC NICOLAE, SOFRONI DUMITRU, BELEV.

12. Metodă și tehnologii de dezvoltare a negocierilor în parteneriatul medical public-privat și de comerț. Inovația nr. 4867 din 14.06.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, SARGU LILIA, COJOCARU VADIM, MEREUȚĂ ROMAN, TCACENCO ECATERINA.

13. Remediul medicamentos pentru tratamentul și profilaxia “ochiului uscat”. Inovația nr. 4907 din 27.10.2010. Universitatea de

Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, GUZUN IRINA.

14. Managementul tratamentului profilactic al sindromului “ochiului uscat” în condiții rurale. Inovația nr. 4907 din 27.10.2010. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. MEREUȚĂ ION, GUZUN IRINA.

Monografii:

1. Ion Mereuță, Nicolae Bucun; Ghenadie Rotaru. **Aspecte medico-sociale a sănătății judecătorilor în Republica Moldova.** Chișinău, „Infohandi” SRL, 2010.-120p.

Lucrări științifice:

1. Anatolie Soltan, Dorina Cojocar, Vorel Cotelnic. Particularitățile asistenței anesteziologice pereoperatorii în chirurgia cancerului local răspândit în regiunea capului și gâtului.//Congresul III Național de Oncologie, Chișinău 2010. p. 388-392.

2. N. Piferschii, A.Badan, D.Cojocar, L.Badan. Asistența perioperatorie la bolnavii oncologici cu patologii cardiovasculare în operațiile planice.// Congresul III Național de Oncologie. p. 394-395.

3. N. Piferschii, A.Badan, S. Cîrlig, V.Țîrșu. Particularități ale asistenței perioperatorii în chirurgia glandei tiroide.//Congresul III Național de Oncologie. p. 393-394.

4. A. Badan, D. Cojocar, N. Piferschii, L. Badan. Evaluarea terenului cardiorespirator la bolnavii oncologici pentru stabilirea riscului anesteziico-chirurgical.// Congresul III Național de Oncologie. p. 385-387.

5. V. Cojocar, I. Mereuță, S. Cîrlig, Dorina Cojocar, Lilia Rusu. Analgezia epidurală postoperatorie prelungită potențiată cu Raviten la pacienți supuși intervenției chirurgicale pe motiv de cancer al vezicii urinare.//Congresul III Național de Oncologie.

6. Marietta Bucinscaia, V. Platon. Terapia preoperatorie și asistența anestezică la pacientele cu cancer ovarian complicat cu poliserozie.// Congresul III Național de Oncologie. p.392-393.

7. V. Platon, Marietta Bucinscaia. Asistența anestezică la pacientele cu cancer de col uterin, asociat cu graviditate în termen.//Congresul III Național de Oncologie. p.395-397.

8. I.Mereuță, N. Piferschii, A. Badan, A. Buzu. Metode și metodologii ATI la bolnavii oncologici.// Congresul III Național de Oncologie. p. 387-388.

9. I.E. Мереуцэ, О.М. Пихут, С.И. Мура, В.Г. Капитан, С.Д. Цуркан, Д.В. Харштя, Д.П. Бутучел, В.Х. Чуперкэ, Д.Г. Андронаки, А.М. Попович. Резултаты применения диагностического алгоритма в условиях онкологического стационара.//Congresul III Național de Oncologie. p. 219-220.

10. Dumitru Butucel. Tratamentul chirurgical al tumorilor peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică și metodă de plastie a defectelor formate.//Congresul III Național de Oncologie. p. 191-192.

11. Diana Harștea, Ion Mereuță, Iraida Iacovlev, Ion Dăscăliuc, Stela Țurcan, Veronica Șveț.//Particularitățile clinico-diagnostice ale dermatofibro-sarcomului protuberans.//Congresul III Național de Oncologie. p.199-201.

12. Valentin Capitan. Particularitățile tratamentului chirurgical al pacienților cu tumori de dimensiuni mari ale sternului.//Congresul III Național de Oncologie. p.192-193.

13. Diana Harștea, Ion Mereuță, Iraida Iacovlev. Viziuni contemporane asupra epidemiologiei sarcomului Kaposi.//Congresul III Național de Oncologie. p.196-199.

14. I. Mereuță, S. Țurcan. Recidivele după tratamentul chirurgical al melanomului malign cutanat.//Congresul III Național de Oncologie. p.201-203.

15. Valentin Capitan, Ion Mereuță, Sergiu Mura, Dumitru Butucel. Dificultăți în diagnosticul și tratamentul tumorilor de dimensiuni mari ale coastelor și sternului.//Congresul III Național de Oncologie. p.219.

16. Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, Dumitru Butucel, Sergiu Mura, Valentin Capitan, Stela Țurcan, Diana Harștea, O. Pihuț, V. Ciupercă, A. Popovici, O. Bonețcaia, D. Andronachi. Metodă de profilaxie a complicațiilor postoperatorii după amputația membrului inferior la nivelul gambei.//Congresul III Național de Oncologie. p.221-222.

17. I. Mereuță, V. Ciupercă. Experiența clinică în endoprotezarea bolnavilor cu tumori ale oaselor membrului inferior.//Congresul III Național de Oncologie. p.220-221.

18. Ion Dăscăliuc. Principiile de diagnostic și tratament al tumorilor oaselor locomotorului.//Congresul III Național de Oncologie. p.215-219.

19. Ion Dăscăliuc, Boris Topor, Daniela Andronachi. Materialul bioplastic – oportunitate

nouă în suplینirea defectelor după înlăturarea tumorilor oaselor bazinului.//Congresul III Național de Oncologie. p.193-195.

20. Ion Dăscăliuc, Daniela Andronachi. Posibilitatea apariției tumorilor pe fundalul maladiei Recklinghausen.//Congresul III Național de Oncologie. p.195-196.

21. Ion Mereuță, Ecaterina Tcacenco. Managementul depistării precoce a tumorilor pielii în condițiile perteneriatului Centrul Medical Privat (CMP) – Instituția Medico-Sanitară Publică (IMSP).//Congresul III Național de Oncologie. p.210-212.

22. С.И. Мура, И.Е. Мереуцэ, И.И. Дэскэлюк, В.Г. Капитан, Д.П. Бутучел, О.М. Пихут.

Возможности хирургической реабилитации после удаления всей плечевой кости в блоке с плечевым суставом и лопаткой.//VI Съезд Онкологов и Радиологов стран СНГ, Душанбе.

23. Дэскэлюк И.И., Мереуцэ И.Е., Мура С.И., Капитан В.Г., Бутучел Д., Попович А.М., Дороган А., Рэчилэ С., Дэскэлюк В.И. Метод пластики костей таза после резекции их по поводу опухолей.//VI Съезд Онкологов и Радиологов стран СНГ, Душанбе.

Analiza cazurilor clinice la conferințele clinico-anatomice, 2010

1. Pacientul Panfilov G. S., a. n. 1930 internat de la 03.03.10 pînă la 11.03.10 cu diagnosticul la internare: Mt în vertebrele L3-L5 cu fractură patologică FFPD. La examenul radiologic al cutiei toracice s-a determinat afectarea plămînuului stîng cu atelectază, cu suspiciu la cancer pulmonar central pe stînga. La 10.03.10 s-a efectuat bronhoscopie, unde s-a depistat îngustarea și infiltrarea BLI pe stînga, s-a prelevat biopsie din tumoare. Pe 11.03.10 la 20.00 la pacient s-a produs o hemoragie profuză din căile respiratorii cu moarte subită. Diagnostic postmortem: Cancer pulmonar periferic lobului inferior plămînuului stîng cu Mt în corpul vertebrelor L3-L5 cu fractură patologică. T4NxM1 st IV. Hemoragie pulmonară profuză. Șoc hemoragic.

2. Pacientul Melentiev E. A., a.n. 1935 a fost internat de la 24.05.10 pînă la 26.05.10 cu diagnosticul: Mt multiple în oase FFPD. TxNxM1 Sindrom hemoragic. Insuficiență hepato-renală. Intoxicație endogenă. Pacientul a fost internat în stare gravă, prin secția de internare. La exament scintigrafic al scheletului s-a determinat multiple focare de afectare în oasele scheletului. Pe

parcursul aflării în secție starea pacientului progresiv s-a agravat, cu intensificarea sindromului hemoragic, decompensare hepato-renală. Pe 26.05.10 a survenit decesul. Cauza decesului: progresarea și decompensarea maladiei de bază. Insuficiență hepato-renală.

3. Pacienta Rutcovscaia L. V., a.n. 1955 a fost internată de la 02.08.10 pînă la 09.09.10 cu diagnosticul: Histiocitom fibros malign al țesuturilor moi regiunii talo-cruale stîngi. Stare după tratament chirurgical neradical cu anestezie locală, la locul de trai. Stare după 2 cure PCT. Progresare. Creștere continuă. Distrucția tumorii. Hemoragie. Pe 12.08.10 i s-a efectuat operația: Amputarea membrului inferior stîng la nivelul 1/3 medii a gambei. În perioada postoperatorie a survenit necroză marginală totală a plăgii, cu răspîndire pe întregul bont, apoi supurația plăgii cu dehiscentă totală a plăgii postoperatorii. La ultimul pansament a survenit hemoragie abundentă din plagă. Pe 09.09.10 s-a efectuat operația: Prelucrarea secundară a plăgii postoperatorii. Necrectomie. Reamputarea bontului. Drenare. Suturi secundare. Postoperator a survenit decesul. Cauza decesului: Insuficiență cardio-vasculară acută. Infarc miocardic.

4. Pacienta Rîbaltovscaia L. A., a.n. 1947 a fost internată de la 28.09.10 pînă la 13.10.10 cu diagnosticul: Cancer pancreatic cu metastaze multiple în g/l mezenteriali, ficat, oasele scheletului. T3N2M1. st. IV. Fractură patologică C2, C6. Efect compresiv anterior-posterior, sindrom algic pronunțat. Pareza membrului superior și inferior stîng. Diagnosticul a fost stabilit în baza datelor clinice și paraclinice. Starea pacientei de la internare fiind extrem de gravă, pe 13.10.10 s-a agravat și pacienta a decedat. Cauza decesului: Avansarea maladiei de bază. Insuficiență poliorganică.

5. Pacienta Pîrlea E. S., a.n. 1934 a fost internată de la 15.09.10 pînă la 1.10.10 cu diagnosticul la internare: Cancer bazocelular al pielii gambei drepte. Concomitent: Cardiopatie dismetabolică și hipertensivă. IC II NYNA. Polichistoză renală bilaterală. Pielonefrită cronică în remisie incompletă. Insuficiență renală cronică subcompensată. Anemie ferodeficitară gr II. Starea pacientei la internare satisfăcătoare. Pe 23.09.10 cu anestezie locală i s-a efectuat operația: Excizia tumorii pielii gambei drepte. Pe 27.09.10 starea s-a agravat prin cefalee, pierderea cunoștinței. A fost transferată în secția

Reanimare, a fost consultată de neurolog și s-a stabilit Boala cerebro-vasculară, accident cerebral vascular, tip hemoragic cu erupție în sistemul ventricular, coma I. Necătfînd la măsurile de tratament aplicat pe 1.10.10 a survenit decesul. Cauza decesului: Boala cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral tip hemoragic cu erupție în sistemul ventricular.

6. Pacienta Lucașevici A. A., a. n. 1961 a fost internată de la 29.06.10 pînă la 03.07.10 cu diagnosticul: Mt multiple în oasele scheletului FFPD. TxNxM1 st IV. Fractură patologică C2 efect compresiv antero-posterior, sindrom algic pronunțat. Tetrapareză. Pneumonie hipostatică lobului inferior plămîinului stîng. Pacienta a fost internată în stare gravă, conștiința obnubilată. În staționar a fost investigată paraclinic: analizele clinice și biochimice ale sîngelui și urinei, radiografia cutiei toracice, USG org. cavității abdominale, consultată de neurolog, pulmonolog, chimioterapeut, radioterapeut. Pe 03.07.10 a survenit decesul. Cauza decesului: insuficiență poliorganică pe fondalul decompensarea maladiei de bază.

Propuneri pentru ameliorarea situației existente

1. Secția necesită urgent reparație capitală: schimbarea linoleului, ușilor, ferestrelor, teracotei, prizelor, întrerupătoarelor electrice, lămpilor din sălile de pansamente, instalarea lavuarelor. Reînnoirea mobilierului din secție: dulapuri, mese, scaune, noptiere.

2. Reînnoirea utilajului medical existent în secție: schimbarea dulapurilor de sterilizare a instrumentelor medicale, complectarea setului de instrumente chirurgicale în sălile de pansamente.

3. Secția necesită urgent 4 brancarde, cărucioare – 2, suporturi Beler – 4.

4. În sala de operație: renghen-monitor, mase de operații (traumatologică) – 2, set chirurgical traumatologic, aparat pentru prelucrarea oaselor.

5. Reparația sistemului de aprovizionare cu oxigen.

6. Secția necesită endoproteze metalice oncologice: a ricalției genunchiului – 10, a articulației coxo-femorale – 6, a articulației umărului – 2, a articulației cotului – 1.



I.M. Draguța, medic-urolog categorie superioară, Spitalul Clinic Militar Central MA RM

UNELE PARTICULARITĂȚI ALE METABOLISMULUI PACIENȚILOR CU LITIAZEI RENALĂ DE DIFERITĂ VÂRSTĂ (*cercetare bibliografică*)

Urolithiasis is a pathology, which mostly affects the young generation. Uroliths' formation is associated with a variation of biochemical changes in the urine. In this article are described a varieties of the opinions on the particularity of the metabolism disorders of the patients of diferent ages.

Key words: urolithiasis, metabolism, oxalate, uric acid.

La momentul actual urolitiaza este răspândită la circa 1-5% locuitori ai Terei afectând majoritar populația de vîrstă tînară [1,2,3,4]. Parcursul patologiei date este caracterizat de o rată majoră a recidivelor care atinge 10%, după episodul incipient, în primul an, 35% pe parcursul a primilor 5 ani și 50% în primul deceniu [5,6]. Conform datelor unor autori E. Worcester, H. Kodama, et al [7, 8], recidivele pot atinge, în dependență de perioada de observație, cota de 75%.

În rezultatul impactului factorilor exogeni, endogeni, dereglărilor genetice se produc schimbări metabolice în mediul tisular care sunt însoțite, la rîndul lor, de creșterea concentrației substanțelor litogene în serul sangvin. Fenomenul dat induce o excreție excesivă a acestor substanțe în mediul urinar, facilitînd calculogeneza [9,10].

La pacienții cu urolitiază, cea mai frecventă anomalie metabolică este hipercalciuria, caracterizîndu-se de cantități elevate ale excreției calciului (mai mult de 300mg în 24 ore la bărbați, 250 mg/24 ore la femei) [11]. Mecanismul exact al acestui fenomen este neclar, însă posibil poartă un caracter eriditar care se realizează prin hipersensibilitatea mucoasei intestinale la vitamina D [12].

Unul din factorii centrali – modulatori ai homeostazei calciului este reprezentat de forma hormonal-activă a vitaminei D. Influența substanței date este moderată de receptorii celulari specifici (VDR), care fiind sensibilizați, inițiază sinteza proteinelor cu un spectru larg de acțiune. Genele influențate de receptorii vitaminei D determină producția parathormonului, calcitoninei, osteopontinei, metabolismul citratului [13-15].

Conform datelor lui G. Mossetti et al. [16], gradul de severitate a semnelor clinice, frecvența recidivelor litiazei renale, sunt dependente de polimorfismul VDR.

C. Lui et al în timpul investigării pacienților cu calculi renali la subiectul polimorfizmului VDR au observat o particularitate interesantă: pacienții cu FF genotip a VDR aveau o vîrstă considerabil mai tînară decît pacienții cu ff genotip, la fel bolnavii de vîrsta tînară aveau o rată statistic veridică mai ridicată a frecvenței recidivelor patologiei în cauză [17].

Unele particularități ale metabolismului calciului specific suferinșilor de urolitiază, pe diferite categorii de vîrstă, sunt relatate în lucrările lui T. Yasui et al. [18], care a monitorizat gradul calcifierii aortei prin intermediul tomografiei computerizate la 181 pacienți divizați în 3 grupe de vîrstă - pînă la 20 ani, 20-40 ani, după 40 ani, înregistrînd majorarea veridică a calcifierii aortei la bărbații cu vîrsta 20-40 ani și la femei după 60 ani. Constatări similare au fost făcute și de savanții H.Tsuji et al. [19], care investigînd printr-o metodă imagistică performantă, absorbțiomtria radiologică (X-rai absorbtiometry), 310 pacienți cu urolitiază de vîrstă diferită au remarcat o scădere majoră a densității țesutului osos la bărbații cu vîrstă 20-59 ani și la femeile după 40 ani.

Oxalatul este un component majoritar în cel mai frecvent tip ai calculilor renali, în special, concremențele de calciu-oxalat. Hiperoxaluria induce cristalizarea excesivă, afectează epiteliul tuburilor renali, facilitează fenomenul nucleației și adepției [20].

Particularități ale metabolismului oxalaților la bolnavii de diferite vîrste cu urolitiaza au fost

remarcate de E. Taylor et al, care afirmă că la fiecare 5 ani de avansare a vârstei nivelul oxalatului urinar scade cu 0,6 mg-zi. La fel, autorii susțin că folosirea în alimentație a produselor bogate în oxalați este un factor de risc pentru litiaza renală la bărbați și femeile vârstnice, pe când la femeile tinere acest fenomen nu se atestă. [21]

Deregările metabolismului acidului uric ocupă un loc important în etiopatogeneza litiazei renale. Acidul uric este produsul final al metabolismului purinelor. Concrementele din acid uric au o incidență de 10-15% în structura urolitiază H. K. Açıkdı et al. [22], care mai frecvent se depistează la persoanele vârstnice [23,24].

G. Curhan relatează despre influența diferită a hiperuricosuriei asupra riscului apariției litiazei renale la persoane cu vârstă diferită. Totalizând rezultatele investigațiilor metabolice a 3300 pacienți cu nefrolitiază ei au remarcat că nivelul sporit al acidului uric în urină se asociază cu un risc mediu al dezvoltării patologiei în cauză la bărbați, risc minor la femeile tinere și absența influenței asupra riscului nefrolitiază la femeile vârstnice [25].

La suferinții de urolitiază este remarcată întrebunțarea subnormală a potasiului comparativ cu persoanele sănătoase. Ingestia scăzută a acestui elementului (mai puțin de 74mmol-24ore) mărește concentrația calciului urinar și coboară nivelul citratului, fapt care facilitează calculogeneza [26].

Conform cercetărilor E. Taylor et al. [27], întrebunțarea alimentelor bogate în kaliu se asociază cu coborîrea riscului urolitiază la bărbații și femeile vârstnice, cu absența influenței asupra riscului nefrolitiază la femeile tinere.

Autorii M. Daudon et al relatează despre importanța dereglărilor metabolismului glucidelor în geneza urolitiază în urma analizei componenței a 2464 uroliti la pacienții cu diabet zaharat tip II și 2192 calculi la pacienții cu urolitiază fără diabet. Proporția calculilor urați, la pacienții cu diabet zaharat și fără, a fost corespunzător de 35,7% și 11,3%. Prezența diabetului influența semnificativ parcursul litiazei renale în special la persoanele tinere [28].

B. West et al [29], apreciază particularități de vârstă la bolnavii cu sindrom metabolic și nefrolitiază, iar patologia concomitentă (urolitiază) a fost apreciată la persoanele cu vârstă mai înaintată - 56,3 ani comparativ cu 47,7 ani.

Observații similare au fost relatate și A.Ю. Чиглинцев [30].

S. Simić-Ogrizović et al. [31] relatează despre dereglările metabolice care însoțesc urolitiază. Testînd gradul derulării maladii la 134 pacienți (criterii de activitate- recidivă a nefrolitiază, mărirea în dimensiuni, creșterea numerică a urolitilor timp de 2 ani), conform opiniei savanților forma activă a patologiei s-a stabilit la persoanele cu debut la o vârstă mai tînără, la fel și la persoanele din grupul dat care aveau elevați indicii creatininei serice, dar diminuată concentrația citratului urinar comparativ cu grupa pacienților cu patologia în fază neactivă. Dereglări metabolice mai frecvente în timpul recidivării urolitiază la bolnavii de 31-40 ani, comparativ cu alte grupe de vârstă, sînt relatate de autorii С.И. Сулейманов [32].

Analiza publicațiilor referitoare pacurgerii litiazei renale la pacienți de diferite vârste a relevat un volum redus de informații. Luînd în considerare creșterea progresivă a incidenței litiazei renale, prelungirea duratei medii a veștii populației, sunt necesare investigații suplimentare pentru aprecierea particularităților de vârstă a patologiei în cauză. O elucidare mai aprofundată a problemei, posibil, va permite elaborarea unor conduite clinice selective a pacienților cu urolitiază de diferite vârste.

Bibliografie:

1. Руководство по урологии: В 3-х т. / Под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Медицина, 1998.- Т. 2.- 693 С.
2. Tănase A., Dumbrăveanu I., Barsan M. Urologie și nefrologie chirurgicală:(curs de prelegeri pentru studenti si rezidenti). Chișinău : Medicina; 2005. 224p.
3. Теодорович О. В. Чрескожная пункционная нефростомия, нефро- и уретеролитотомия под рентгенологическим и ультразвуковым контролем : Автореф. дис. канд. мед. наук. - М, 1990. -22с.
4. Stechman MJ, Loh NY, Thakker RV. Genetic causes of hypercalciuric nephrolithiasis. *Pediatr Nephrol.* 2009 Dec;24(12):2321-32. Epub 2008 Apr 30.
5. Milliner D.S. Epidemiology of calcium oxalate urolithiasis in men. Khan S.R, ed. *Calcium Oxalate in Biological Systems.* Boca Raton: CRC Press, 1995: 169-188.
6. Reynolds T. M. Chemical pathology clinical investigation and management of nephrolithiasis. *J Clin Pathol.* 2005; 58: 134-140.
7. Worcester E. M., Coe F.L. Clinical practice. Calcium kidney stones. *N Engl J Med.* 2010 ; 363(10); 954 - 963.
8. Kodama H., Ohno Y. Descriptive epidemiology of urolithiasis. *Hinyokika Kyo.* 1989; 35(6) :923-934
9. Литвицкий П. Ф. Патофизиология: Учебник: в 2-х томах.- М.:ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 365с.
10. Hojagaard I., Fornander A.M., Nilsson M.A., Tiselius H.G. Crystallization during volume reduction of solution with a

composition corresponding to that in the collecting duct: the influence of hydroxyapatite seed crystals and urinary macromolecules. *Urol Res* 1999; 27(6): 417-425

11. Воцула И.И.. Мочекаменная болезнь. Этиотропное и патогенетическое лечение, профилактика. Минск: ВЭВЭР, 2006. С.117.

12. Hoopes R. R., Reid R., Sen S., Szpirer C. et.al. Quantitative trait loci for hypercalciuria in a rat model of kidney stone disease. *J Am Soc Nephrol*. 2003; 14(7): 1844-1850.

13. Fraser J. D., Otawara Y., Price P. A. 1,25-Dihydroxyvitamin D3 stimulates the synthesis of matrix gamma-carboxyglutamic acid protein by osteosarcoma cells. Mutually exclusive expression of vitamin K-dependent bone proteins by clonal osteoblastic cell lines. *J Biol Chem*; 1988; 263(2): 911-916.

14. Naveh-Many T., Silver J. Regulation of calcitonin gene transcription by vitamin D metabolites in vivo in the rat. *J Clin Invest*. 1988; 81(1): 270-273.

15. Russell J., Lettieri D., Sherwood L. M. Suppression by 1,25(OH)2D3 of transcription of the pre-proparathyroid hormone gene. *Endocrinology*. 1986; 119(6): 2864-2866.

16. Mossetti G., Rendina D., Viceconti R., Manno G. et.al. The relationship of 3 vitamin D receptor haplotypes to urinary supersaturation of calcium oxalate salts and to age at onset and familial prevalence of nephrolithiasis. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19 (9): 2259-2265

17. Liu C.C, Huang C.H., Wu W.J., Huang S.P. et.al.. Association of vitamin D receptor (Fok-I) polymorphism with the clinical presentation of calcium urolithiasis. *BJU Int*. 2007; 99(6): 1534-1538.

18. Yasui T, Itoh Y, Gao B. et al. Aortic calcification in urolithiasis patients. *Scand J Urol Nephrol* .2007; 41(5): 419-421.

19. Tsuji H., Umekawa T., Kurita T., et al. Analysis of bone mineral density in urolithiasis patients. *Int J Urol*. 2005; 12(4): 335-339

20. Jonassen J.A, Cao L.C, Honeyman T., Scheid C.R. Mechanisms mediating oxalate-induced alterations in renal cell functions. *Crit Rev Eukaryot Gene Expr*. 2003; 13(1):55-72.

21. Taylor E.N, Curhan G.C. Determinants of 24-hour urinary oxalate excretion. *Clin J Am Soc Nephrol* . 2008; 3(5):1453-1460

22. Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А. Лечение мочекаменной болезни– комплексная медицинская проблема. <http://www.consilium-medicum.com/medicum/article/14087>

23. Chou Y.H, Li W.M., Li C.C, Huang S.P, Liu C.C, Wu W.J, et al. Clinical study of uric acid urolithiasis. *Kaohsiung J Med Sci*. 2007; 23(6): 298-301

24. Daudon M., Lacour B., Jungers P. Influence of body size on urinary stone composition in men and women. *Urol Res*. 2006; 34(3):193-199.

25. Curhan G.C, Taylor E.N. 24-h uric acid excretion and the risk of kidney stones. *Kidney Int*. 2008; 73(4): 489-496.

26. Lemann J.Jr., Pleuss J.A., Gray R.W., Hoffmann R.G. Potassium administration increases and potassium deprivation reduces urinary calcium excretion in healthy adults. *Kidney Int* 1991; 39 (5): 973-983.

27. Taylor E.N., Fung T.T, Curha G.C. DASH-style diet associates with reduced risk for kidney stones. *J Am Soc Nephrol*. 2009; 20(10): 2253-2259.

28. Daudon M., Traxer O., Conort P., Lacour B., Jungers P. Type 2 diabetes increases the risk for uric acid stones. *J Am Soc Nephrol*. 2006; 17(7):2026-2033.

29. West B., Luke A., Durazo-Arvizu R. A, Cao G., Shoham D, Kramer H. Metabolic syndrome and self-reported history of kidney stones: the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) 1988-1994. *Am J Kidney Dis*. 2008; 51(5): 741-747.

30. Чиглинцев А.Ю. Статистический анализ в эпидемиологическом изучении уролитиаза на Южном Урале. *Урология*. 2007; 2: 9-13

31. Simić-Ogrizović S., Dopsaj V., Jovčić S., Milenković D., Jovanović D., Nesić V. The most important factor for active urinary stone formation in patients with urolithiasis. *Med Pregl*. 2007; 60 Suppl 2:117-120

32. Сулейманов С. И. Ранняя диагностика и профилактика мочекаменной болезни :Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2007. -23с.



Ștefan GAȚCAN, d.ș.m., dierector CM “Extramed”, Elena LUCHIAN, medic obstetrician-ginecolog
Centrul Medical”EXTRAMED”

MINILAPAROMIA – ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE ÎN CHIRURGIA MINIMINVAZIVĂ

During the last 25 years, the mini-invasive surgery has radically changed the clinical practice in gynaecology. The minimal traumatic methods, such as laparoscopy and minilaparotomy arouse great interest. These methods have multiple indications and are differently interpreted and classified by researchers. In order to obtain more advantages, a new laparoscopic technology has been proposed – the so-called „laparoscopy without gas” or minilaparotomy.

Key words: mini-invasive surgery, laparoscopy, minilaparotomy.

Actualitatea

Una dintre realizările cele mai remarcabile ale gineologiei intervenționale de la sfârșitul sec. XX a

fost dezvoltarea și punerea în aplicare în practica medicală a intervențiilor chirurgicale minimin-vazive pe organele genitale interne.

Actualmente, cea mai utilizată metodă miniminvazivă este considerată laparoscopia. Ea a creat o fereastră prin care s-a putut vizualiza direct anatomia pelvină, permițând în același timp realizarea a numeroase intervenții chirurgicale urmate de o morbiditate net inferioară laparatomiei simple.

O altă metodă, dar mai puțin răspândită și mai puțin vizibilă în chirurgia ginecologică miniminvazivă este minilaparatomia – o mică incizie transversală, suprapubiană a peretelui abdominal anterior de 4-6 cm, anatomică, minitraumatică și cosmetică care oferă chirurgului spațiu suficient de lucru în timpul intervenției.

Sunt descrise deja cazuri în literatura de specialitate că aceasta tehnologie permite efectuarea intervențiilor chirurgicale pe organele genitale interne chiar în condiții de ambulator utilizând anestezia locală (sterilizarea chirurgicală, chistectomie ș.a.).

Unii autori au demonstrat că atât laparoscopia, cât și minilaparatomia sunt metode avantajoase din punct de vedere al inofensivității. Noi, în studiul nostru am demonstrat că eficacitatea lor nu este identică.

Spre deosebire de laparoscopie, minilaparatomia are unele avantaje:

- Posibilitatea palpării organelor genitale interne;
- Posibilitatea "disecării țesuturilor" cu degetele (aderențe);
- Posibilitatea utilizării instrumentelor chirurgicale obișnuite;
- Aplicarea suturilor manuale;
- Înlăturarea manuală a țesuturilor din cavitatea abdominală;
- Permite revizia câmpului operator și a organelor bazinului mic;

Pentru practicarea minilaparatomiei chirurgii trebuie să aibă o pregătire profesională specială.

Scopul acestui studiu a fost evaluarea eficacității intervențiilor chirurgicale miniminvazive asupra organelor genitale, și anume a minilaparatomiei.

Materiale și metode

Pentru realizarea scopului propus în cadrul Centrului Medical "Extramed", au fost supuse unui studiu complex 344 paciente cărora li s-a efectuat

intervenție chirurgicală pe organele genitale interne utilizând minilaparatomia ca metodă chirurgicală miniminvazivă. Studiul a inclus: colectarea datelor clinico-anamnestice și anume – evaluarea perioadei postoperatorii, durata aflării în staționar, analiza complicațiilor postoperatorii, apariția procesului aderențial; ecografie preoperatorie și postoperatorie cu transductor vaginal, evaluarea complicațiilor postoperatorii, lipsa prescrierii preparatelor antibacteriene în perioada postoperatorie, evaluarea reabilitării pacientelor după intervenție.

Minilaparatomia s-a efectuat cu ajutorul instrumentariului chirurgical obișnuit, sub anestezie peridurală cu administrarea de bupivocaină, ceea ce a permis acordarea suportului psihoemoțional intraoperator. În timpul intervenției a fost utilizat setul steril jetabil. Mâinile personalului medical au fost prelucrate cu alcool etilic.

Rezultate și discuții

În studiul nostru pacientele care au suportat intervenție chirurgicală pe organele genitale interne prin minilaparatomie au fost repartizate în funcție de:

- Vîrstă
- Diagnoză
- Volumul intervenției chirurgicale
- Durata aflării în staționar
- Conduita perioadei postoperatorii în vederea diminuării complicațiilor și reducerii duratei de spitalizare.

Rezultatele studiului de evaluare eficacității minilaparatomiei în operațiile ginecologice a relevat următoarele:

Pacientele care au suportat intervenție chirurgicală majoritatea aveau vîrsta cuprinsă 20-45 ani - 314 paciente și cu vîrsta de 45-65 ani – 30 paciente.

Indicații pentru minilaparatomie au fost: infertilitatea tubo-peritoneală și ovariană (48.2%), formațiuni ovariene (13.9%), miom uterin (25.1%), endometrioza (7.3%), graviditatea extrauterină (5.5%).

Prin minilaparatomie s-a efectuat: desfacerea aderențelor epiploice și intestinale de la organele genitale, salpingoliza și ovarioliza prin disecarea aderențelor peritubo-ovariene, salpingoplastie, fimbrioliza și fimbrioplastie, chistectomie, incizia cuneiformă a ovarelor, miomectomie conserva-

tivă, histerectomie totală și subtotală cu anexe/ fără anexe, tuboplastie în caz de graviditate extrauterină ș.a.

În 344 (100%) cazuri a fost efectuată minilaparatomia transversală suprapubiană de 4-6 cm, ceea ce diminuează timpul de acces în cavitatea abdominală, reduce traumatizarea țesuturilor, previne hemoragia și necesitatea ligaturării vaselor. De asemenea, incizia respectivă asigură acces suficient pentru exploararea intraoperatorie a organelor genitale interne .

În vederea excluderii sechelelor postoperatorii și formării aderențelor, în cavitatea abdominală au fost injectate 10 ml soluție Dioxidină 10%. Peretele abdominal a fost suturat prin surjet cu catgut. Fiecare strat de țesut a fost irigat cu soluție Dioxidină 10%. Mușchii nu au fost suturați, pe aponevroză s-a aplicat surjet din vicril cu trecere pe țesutul subcutanat. Pielea a fost suturată prin sutură intradermală cu vicril . Sutura au fost prelucrate cu soluție 1% de peroxid de hidrogen, pe suprafața acestora s-a aplicat o compresă sterilă cu sol. Betadină. Durata medie a intervenției chirurgicale a constituit 25 minute, hemoragia s-a încadrat în limitele 10-50 ml. Terapia de infuzie (soluție glucoză 5%, soluție Ringer, soluție fiziologică pînă la 1000 ml) a fost aplicată doar în primele 6 ore. Tratament antibacterian nu a fost administrat la nici o pacientă și rata complicațiilor postoperatorii a fost 0%.

În continuare s-a practicat ridicarea timpurie din pat, conduita activă a perioadei postoperatorii și alimentație completă bogată în calorii.

În toate cazurile perioada postoperatorie precoce a evoluat satisfăcător, fără complicații. Înainte de externare toate pacientele au fost investigate ecografic. Externarea a avut loc peste 3 zile în 98 % cazuri și doar la 4 zi în 2 % cazuri.

Concluzii

Cercetările realizate în cadrul acestui studiu în Centrul Medical "Extramed" ne permit să concluzionăm că:

1. Minilaparatomia - incizie transversală suprapubiană cu lungimea pe piele de 4-6 cm permite exploararea intraoperatorie suficientă a organelor genitale interne și diminuarea hemoragiei intraoperatorii.

2. Minimalizează traumatizarea țesuturilor prin calea de acces în cavitatea abdominală astfel

încât severitatea durerii postoperatorii este minimă și nu este influențată activitatea motorie a pacientelor (conduita activă).

3. Minilaparatomia oferă spațiu suficient de lucru , proiectat direct pe organele genitale interne , care permite chirurgului de a efectua manipulații chirurgicale parțiale și radicale în confort relativ și siguranță.

4. Permite chirurgului palparea directă a organelor genitale interne și folosirea instrumentelor chirurgicale obișnuite, pe cînd la laparoscopie este necesar un set de instrumente speciale.

5. Minilaparatomia a redus durata intervenției chirurgicale.

6. Rata complicațiilor postoperatorii este minimă chiar în condițiile cînd nu se folosesc preparate antibacteriene.

7. Risc minim pentru formarea aderențelor în cavitatea abdominală.

8. Externarea precoce din staționar și reabilitarea postoperatorie de scurtă durată.

9. Aplicarea suturii intradermice a exclus necesitatea scoaterii suturilor de pe piele și avantajos din punct de vedere cosmetic.

10. Costeficiența minilaparatomiei nu depășește 50% din costeficiența laparoscopiei.

Bibliografie

1. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. и др. Настоящее и будущее эндоскопической хирургии в гинекологии // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. М., 2001.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев С.И., Гречихина Н.Ф. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (упрощенная техника операции) // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. М., 2001.
3. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. и др. Современные аспекты эндоскопической хирургии в гинекологии // Журн. акушерства и женских болезней. 2001. Т. L. Вып. III.
4. Волков Н.Н., Тарасова М.А., Кузнецова Д.В. Стерилизация женщин с помощью метода минилапаротомии // Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин. СПб., 1996.
5. Daniel J., Mc Tavish G. Combined laparoscopy and minilaparotomy for outpatient reversal of tubal sterilization // South Med. J. 1995. Vol. 88. а 9.
6. Flynn M., Niloff J. Outpatient minilaparotomy for ovarian cysts // J. Reprod. Med. 1999. Vol. 44. № 5. P. 399-404.
7. Benedetti –Panici P.,Maneschi F.,Scambia G.,M. Songiu, Mancuso С."Минилапаратомия в доброкачественных заболеваний гинекологического. Obstet Gynecol 1996
8. Кравчук О.С., Доброхотова Ю.Э., Бреусенко В.Г. Особенности течения и ведения послеоперационного периода у гинекологических больных, оперированных лапаротомическим и лапароскопическим доступом // Эндоскопическая хирургия. 2002. № 4. С. 32-39.

Stela Țurcan, d.m. Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Oncologic

ASPECTE CLINICO-DIAGNOSTICE ȘI DE TRATAMENT CHIRURGICAL ALE TUMORILOR VERTEBRALE (studiu bibliografic)

Surgical treatment of patients with vertebral tumors consists in radical removal of the tumor(benign tumor), decompression of spinal marrow and radicles, reconstruction and stabilization of spinal column, which leads to good anatomical-functional results.

In cases of metastatic tumors, surgical treatment increases the life quality of the patients.

Key words: vertebral tumors, benign, metastatic, surgical treatment.

Analiza datelor bibliografice confirmă faptul că, tratamentul bolnavilor cu tumori ale vertebrelor a fost și rămâne o problemă complicată și actuală în oncologie. Aproximativ 10% din totalul bolnavilor oncologici supraviețuiesc pînă la apariția compresiei măduvei spinale ca rezultat al afectării metastatice în vertebre. La 10-47% pacienți apariția durerii în urma compresiei extradurale a măduvei spinale este primul simptom de focar tumoral. Conform ultimelor cercetări bibliografice de specialitate afectarea metastatică a vertebrelor constituie 75%, hemangioamele-3,1%, mielomul multiplu-9,4%, condroamele-3,1%, tumorile gigantocelulare-3%, alte tumori-6,2%. După localizare mai frecvent tumorile afectează porțiunea toracică și lombară cu respectiv 38% și 45%, iar porțiunea cervicală - 18%. [1,17]

Tumorile vertebrale se manifestă clinic în primul rând prin asocierea durerii ca simptom principal, cu semne neurologice de compresie medulară și deformarea coloanei vertebrale de către masa tumorală. Durerea este constantă precedând adesea cu mai multe săptămâni precizarea diagnosticului. Ea se datorează infiltrării și distrucției osoase, fracturilor patologice sau compresiei mileoradiculare.

Localizarea durerii corespunde topografiei tumorii, având intensitate progresivă în timp, fiind predominant nocturnă, agravată de poziția declivă și diminuată la mers. Durerea poate fi accentuată de efortul fizic, de tuse sau de defecație.

Semnele neurologice apar tardiv și sunt caracterizate de un deficit motor sau senzitiv, asociat sau nu, cu tulburări sfincteriene. Arareori

tumora vertebrală se manifestă printr-o tumefacție dureroasă palpabilă (sarcomul Ewing), sau poate produce deformări vertebrale de tipul scoliozelor sau cifozelor. [3,14,16]

Bilanțul radiologic este esențial pentru diagnostic, precizând tipul și extensia tumorii intra și extravertebrale și gradul de compresie asupra măduvei și rădăcinilor spinale. [6,10,11,12]

Radiografia vertebrală simplă în incidentele de față, de profil, profil l stînga sau dreapta, ca și *tomografiile convenționale* pot evidenția următoarele aspecte:

- leziuni osteolitice,
- leziuni de osteocondensare,
- tasări vertebrale cu angulații secundare sau
- demineralizări difuze.

Examenul *CT vertebral* permite precizare limitelor superioară și inferioară ale tumorii, extensia intrarahidiană și gradul de invadare paravertebrală. Tumora vertebrală apare ca zonă osteolitică, cu efracția corticalei osoase, cu sau fără reacții de condensare osoasă.

Asocierea mielografiei cu examenul CT vertebral precizează mai bine compresia medulo-radiculară și permite aprecierea pasajului substanței de contrast iodată introdusă intratecal, prin spațiile lichidiene perimedulare.

Scintigrafia osoasă efectuată de obicei cu *Technețiu 99-polifosfat* evidențiază leziunile vertebrale tumorale primare sau metastatice ca zone hipercaptante. Examenul *IRM vertebromedular* este deosebit de performant în aprecierea tridimensională a leziunilor osoase și impactului acestora asupra structurilor medulare și paravertebrale.

Angiografia vertebrală se efectuează preoperator atunci când se presupune că tumora este hipervascularizată (hemangiom, tumoră cu mileoplaxă, metastaze), permițând în anumite situații embolizarea pediculiilor arteriali tumorali, în paralel cu identificarea unor artere nutritive medulare de o deosebită importanță care trebuie conservate intraoperator (artera Adamkiewicz, artera spinală anterioară). [6, 15]

Tumorile vertebrale benigne

1) OSTEOMUL OSTEOLID este o leziune tumorală bine delimitată cu diametre sub 1,5 cm, întâlnită frecvent la tineri cu predominanță pentru sexul masculin. Localizarea preferențială este la nivelul vertebrelor cervicale sau lombare în arcul posterior. *Tabloul clinic* este dominat de durerea vertebrală cu acutizare nocturnă la care se asociază scolioza. Diagnosticul radiologic se efectuează prin radiografii simple și examen CT vertebral, tumora părând că zonă osteolitică radiotransparentă înconjurată de o reacție periferică de osteocondensare, hiperdensă. Scintigrafia osoasă arată leziunea hipercaptantă. Tratamentul este chirurgical, fiind necesară o exereză completă.

2) OSTEOLASTOMUL este o tumoră mai voluminoasă decât osteomul osteoid cu aceleași caractere radiologice. Leziunea este osteolitică și expansivă cu calcificări intratumorale. Localizarea este similară, în arcul vertebral posterior

Tabloul clinic adăugă la durere și scolioza și semne de compresiune medulo-radiculară în 25% din cazuri. Tratamentul este chirurgical fiind necesară o exereză totală, altfel, riscul recidivei este foarte crescut.

3) TUMORA CU CELULE GIGANTE este o tumoră a adolescentului și adultului tânăr făcând parte din complexul numit histiocitoza X. Este localizată în mod frecvent la nivelul sacrului, a corpurilor vertebrale, pe care le invadează atacând toate cele 3 coloane de stabilitate. Tumora are caracter agresiv, provoacă distrugerii osoase întinse și are evoluție capricioasă și imprevizibilă. *Clinica* este dominată de durerea vertebrală sau sacrată cu apariția în evoluție a semnelor de compresiune medulară sau a sindromului de coadă de cal. Investigațiile radiologice evidențiază tumora osteolitică și amplitudinea distrugerilor osoase. Tratamentul

este chirurgical și implică o rezecție cât mai radicală, dat fiind riscul crescut al recidivei. Leziunea beneficiază de radioterapie complementară.

4) HEMANGIOMUL este cea mai frecventă tumoră vertebrală benignă. Leziunea este de obicei unică, dar poate avea localizări multiple. Afectează corpurile vertebrale în special în regiunea toracală. *Tabloul clinic* este variabil, de la asimptomatic până la durere și compresiune medulo-radiculară în situația apariției unor hematoame epidurale. Imaginile radiografice arată patognomonic striații vertebrale care dau corpului un aspect alveolar, cu respectarea integrității corticalei osoase și a discului intervertebral. Tratamentul este chirurgical, vertebroplastie percutană sau radioterapie.

5) OSTECONDROMUL este o tumoră cartilaginoasă benignă care apare la adolescenți afectând arcul vertebral posterior.

6) GRANULOMUL EOZINOFIL este forma cea mai puțin agresivă a histiocitozei X cu predilecție pentru vârsta copilăriei și localizarea în corpurile vertebrale. Tratamentul poate fi chirurgical sau conservator prin imobilizare în corset.

7) ALTE TUMORI BENIGNE sunt: fibromul osos, condroblastomul, fibromul condromixoid. [1,4,10]

TUMORILE VERTEBRALE PRIMITIVE MALIGNNE

1) PLASMOCITOMUL apare de obicei în jurul vârstei de 50 de ani, are localizare vertebrală preponderent toracală în 25-50% din cazuri, leziunea putând fi unică sau multiplă. Face parte din categoria hemopatiilor maligne. Simptomatologia debutează prin dureri vertebrale urmate după un interval de timp de semne de compresiune medulo-radiculară în 25-30% din cazuri. Examenul radiologic evidențiază leziuni osteolitice, iar scintigrafia osoasă poate fi negativă. Tratamentul chirurgical este indicat în cazul tumorilor care produc compresiuni medulare sau distrucții vertebrale ce pun în pericol stabilitatea coloanei. Cazurile fără compresiuni beneficiază de tratament oncologic.

2) MILELOMUL MULTIPLU este forma agresivă de plasmocitom, cu localizări multiple osoase la nivelul vertebrelor și altor porțiuni ale scheletului cu localizări multiple osoase la nivelul

vertebrelor și altor porțiuni ale scheletului, cu leziuni întinse osteolitice, distrucția osoasă fiind manifestarea majoră. La aceasta se adaugă durerile și apariția semnelor de compresiune medulară odată cu deformările vertebrale. Explorările radiologice confirmă leziunile osteolitice multiple de dimensiuni variate, iar testele sanguine și urinare precizează tipul de proteină monoclonală produsă de mielom. Tratamentul este chirurgical în formele cu compresiuni neurologice și asociază de asemenea tratament oncologic pentru consolidarea vindecării și alungirea remisiunilor.

3) CORDOMUL este o tumoră malignă situată de obicei la nivelul liniei mediane a scheletului cu cele mai frecvente localizări în regiunea sacrococcigiană, sfeno-occipitală și mai rară în corpurile vertebrale localizate cranial de sacru (15%). Poate apare la orice vârstă dar frecvența maximă se înregistrează după 50 de ani. Simptomatologia este caracterizată de dureri lombare și sacrate cu agravare progresivă în decurs de câteva luni. Ulterior apar semne de suferință ale cozii de cal cu tulburări sfincteriene (retenție urinară și constipație), tenesme rectale, dureri perineale. Explorările radiologice arată leziuni osteolitice cu dipariția mai multor segmente sacrate sau vertebrale cu reacție de osteocondensare care delimitează periferic lizele osoase. Examenul IRM evidențiază masă tumorală ce infiltrază țesuturile învecinate. Tratamentul constă în ablație chirurgicală lărgită, completată cu radioterapie. Tumora are potențial crescut de recidivă rapidă în pofida tratamentului.

4) OSTEOSARCOMUL cu localizare vertebrală este rar, fiind întâlnit doar la 5% dintre tumorile vertebrale maligne. Simptomele sunt dominate de durere, urmată de apariția deficitelor neurologice. Aspectul radiologic este dominat de asocierea unor leziuni osteolitice cu leziuni de osteocondensare. Tratamentul chirurgical în scop decompresiv se asociază cu radio și chimioterapie.

5) CONDROSARCOMUL este o tumoră cartilaginoasă a cărei malignitate este variabilă și care se localizează foarte rar la nivel vertebral. Poate avea caracterul unei tumori primitive dar în 20% din cazuri reprezintă degenerarea malignă unui osteocondrom. Examenul radiologic arată aspectul unei leziuni osteolitice cu calcificări

intratumorale situate la nivelul corpurilor vertebrale. Tratamentul este chirurgical, exereza cât mai lărgită scăzând riscul de recidivă locală.

6) SARCOMUL EWING se localizează rară la nivel vertebral și caracterizează vârsta copilăriei și adolescenței. Localizarea cea mai frecventă este sacral, unde apar aspecte radiologice de leziuni osteolitice. Tratamentul este chirurgical și oncologic.

7) ALTE TUMORI VERTEBRALE MALIGNNE cu frecvențe mult mai reduse sunt: limfomul osos, angiosarcomul, hemangiopericitomul, fibrosarcomul, liposarcomul, histiocitomul fibros malign. [3,16,17]

TUMORILE VERTEBRALE SECUNDARE

Metastazele vertebrale sunt cele mai frecvente tumori vertebrale, reprezentând 70% din totalul leziunilor vertebrale tumorale. Leziunea metastatică poate apare la un pacient cu un cancer cunoscut, sau poate releva un cancer ocult. Tumorile primitive care metastazează la nivelul coloanei vertebrale sunt în ordinea frecvenței, următoarele: tumorile mamare, tumorile pulmonare, tumorile prostatice, tumorile renale și mult mai rar, tumorile tiroidiene, digestive și hemopatiile maligne.

Localizarea cea mai frecventă a metastazelor este la nivelul coloanei toracale și lombare. Metastazarea se poate produce pe cale arterială, pe cale venoasă, prin extensie regională și discutabil, pe cale limfatică. Sediul principal al metastazei este de obicei în corpul vertebral unde distruge un mod progresiv structura osoasă producând tasări și luxații cu angulație. Tabloul clinic debutează cu durere vertebrală care precede cu mai multe săptămâni semnele de compresiune medulară. Compresiunea medulară se poate instala progresiv în decurs de zile, sau brutal în 24-48 de ore, ultima variantă fiind specific localizărilor toracale. În momentul de față examinarea IRM este cea mai performanță pentru efectuarea bilanțului leziunilor metastatice vertebrale, putându-se aprecia numărul și localizarea leziunilor, extensiile tumorale, amploarea compresiunilor mielo-radiculare. Tratamentul metastazelor vertebrale este multimodal și implică intervenția chirurgicală, radio și chimioterapia. Indicația terapeutică va depinde pentru fiecare pacient de stare generală de impregnarea neoplazică, de extensia leziunilor și

gradul de afectare neurologică. Rezultatele depind într-o mare măsură de tipul și evoluția tumorii primitive. În metastazele cancerelor pulmonare prognosticul este grav, în leziunile secundare tumorilor mamare evoluția poate fi variabilă uneori cu supraviețuire mai lungă, iar în leziunile prostatice evoluția pe termen lung este cu atât mai bună cu cât tumora este hormono-sensibilă. [1,2,8,12,13,14]

Tratamentul bolnavilor cu tumori vertebrale este dificil și complex chimioterapie, radioterapie, tratament chirurgical, reabilitare.

Indicațiile directe pentru tratamentul chirurgical sînt: prezența și progresarea semnelor neurologice, fracturile patologice ale corpurilor vertebrale cu sindrom de instabilitate, creșterea rapidă a tumorii cu risc înalt de dezvoltare a disfuncțiilor neurologice și fracturilor patologice. [2,16]

În cazul tumorilor benigne, sau metastazelor solitare fără afectarea metastatică a organelor interne sau altor oase, se pot înfăptui următoarele intervenții chirurgicale radicale: corpectomia, spondilectomia, laminectomia cu stabilizarea coloanei, folosind autotransplantate, implantate metalice sau vertebroplastia cu ciment. [2,5,9]

La pacienții cu metastaze vertebrale în cazul diseminării procesului tumoral, cînd sînt metastaze în organele interne sau alte oase ale scheletului, intervenția chirurgicală este direcționată pentru sporirea calității vieții bolnavului și supraviețuirea acestuia. În aceste cazuri tactica intervenției chirurgicale se apreciază individual pentru fiecare pacient în parte. Mai des se efectuează operații de decompresie msdulară și stabilizare a coloanei prin diferite metode. Tatamentul chirurgical este însoțit pre- sau postoperator cu chimioterapie și radioterapie. În majoritatea itervențiilor se utilizează sistemele de stabilizare cu implantate metalice sau plastia cu ciment. [7]

Tratamentul chirurgical al bolnavilor cu tumori vertebrale permite înlăturarea radicală a tumorii(tumorii benigne), decompresia măduvei spinale și a radiculilor, reconstruirea, corecția și stabilizarea coloanei vertebrale, ceea ce oferă rezultate anatomo-fiziologice pozitive. Tratamentul chirurgical în tumorile metastatice vertebrale sporește calitatea vieții pacienților.

Bibliografie

1. Аксель Е.М. Статистика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в 2000 году / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов // Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 году М., 2002. - С.85-106.
2. Алиев М.Д. Современные подходы к хирургическому лечению метастазов злокачественных опухолей в кости / / Практическая онкология, 2004, с738-748, Санкт-Петербург.
3. Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2002. - 912 с.
4. Albrecht S. On spinal osteochondromas // J, Neurosurg. 1992. - Vol. 77. - P. 247.
5. Ардашев И.П. Спондилэктомия при опухолях позвоночника / Кемерово: Современник, 1998. - 152 с.
6. Andreula C.F. La studio RM delle mctastasio sprnale extra durali / C.F. Andreula, A, Carcella H Rivista di Neuroradiotogicji, - 1995. -№8, -P 81.
7. Caproș N. Tratamentul chirurgical în complexul de recuperare al bolnavilor cu diformități scoliotice și posttraumatice ale coloanei vertebrale. Teză de doctor habilitat în medicină. Chișinău 2009.
8. Комаров И.Х. Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага/ И.Г. Комаров, Д.В. Комов. М.; «Триада-Х», 2002. -136с.
9. Корж И.А. Вертебрэктомия при опухолях позвоночника/ Н.А.Корж, Г.Х. Грунтовский, А.И. Продан : Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии: Перв. между нар. с им п. М. 1997. — С- 21.
10. Диагностика первичных опухолей н опухолеподобных заболеваний позвоночника: Методические рекомендации Сост.: В.Н. Бурдыгин, 1999.
11. Иоффе А.З. Особенности рентгенологических проявлений переломов грудного и поясничного отделов позвоночника / А.З.Иоффе, В.В.Некачалов// Вестн. рентгенологии. 1981. - № 3. - с. 11.
12. Мигросев В.А, Диагностика и хирургическое лечение осложненных патологических переломов позвоночника: Дис. канд. мед. наук, Уфа. 2000. 170 с.
13. Пашкевич Л.А. Метастатические опухоли позвоночника / Л.А. Пашкевич Актуальные вопросы травматологии и ортопедии: Материалы докл, научн.-практ.конф,травматол-ортоп.РБ,Минск,1996.-С.108-109.
14. Tokuhashi Y. Scoring system for the preoperative evaluation of metastatic spine tumor prognosis / Y. Tokuhashi, H. Mat&uzaki, S. Toriyama et al Spine. 1990. - Vol. 15.-P. 1110-1113.
15. Виноградов В.Г. Возможности низкопольной магнитно-резонансной томографии в диагностике экстрадуральных опухолей В.Г.Виноградов, В.И.Даншнок, И.В.Данилюк // Магнитно-резонансная томография; Матер. 6-й науч.-практ. конф. М. 2000. - С. 68-71.
16. Weinstein J.N. Differential diagnosis and surgical treatment of primary bening and malignant neoplasms / J.N. Weinstein, J.W. Frymoyer // The adult spine: principles and practice. New York: Raven press. Ltd., 1991.-1738 p.
17. Зайцев В.М. Прикладная медицинская статистика/ В.М.Зайцев, В.Г.Лифлядский, В.И.Маринкин. СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. - 432 с. 25.Зацепин С.Т. Патология кости / С.Т. Зацепин. - М.: Медицина. 1997. -260с.

Ion Dăscăliuc, Ion Mereuță, Daniela Andronachi, Valentin Căpitan, Oxana Pihut, Dumitru Butucel
 IMSP Institutul Oncologic

TEHNOLOGII NOI ÎN SUPLINIREA DEFECTELOR DUPĂ ÎNLĂTURAREA TUMORILOR OASELOR BAZINULUI

The use of bioplastic material in order to supply the defect after the tumours or the pseudotumoural diseases are removed from pelvis bones, is more convenient in comparison with the use of bone transplants. The priority of the bioplastic material is that in can be modeled according to the shape of the defect, which leads to faster formation of the bone callous and faster rehabilitation of the patients.

Key words: pelvis bones tumours, defects substitution, new tehnologies.

Odată cu dezvoltarea osteooncologiei și a metodelor de conservare a oaselor s-a lărgit volumul și radicalismul intervențiilor chirurgicale. Însă cu toate succesele obținute în acest domeniu, se întâlnesc încă multe dificultăți. Înlăturarea radicală a tumorilor benigne și maligne cauzează neapărat formarea defectelor în țesutul osos. Metodele de suplinire a defectelor osoase postoperatorii pînă în prezent nu satisfac pe deplin cerințele chirurgilor. (Марин И. М., 1982; Spiridon G. Handghissalatas, 1995; D. Stănculescu, H. Orban, 1997; Трапезников Н. Н., Еремина Л. А., Амирасланов А. Т., 1986; А. Н. Махсон, 1991, С. Т. Зацепин, 2001).

Scopul lucrării:

Elaborarea unei metode optimale de plastie a defectelor după înlăturarea tumorilor și afecțiunilor pseudotumorale ale oaselor.

Metode de cercetare:

La baza lucrării a stat materialul acumulat în cadrul secției Oncologia Generală a Institutului Oncologic din Moldova. Au fost examinați operați și supravegheați 832 de pacienți cu diverse tumori și afecțiuni pseudotumorale ale oaselor tubulare și 260 de pacienți cu tumori ale oaselor bazinului.

În grupul tumorilor oaselor tubulare au fost incluși 572 pacienți cu tumori benigne și formațiuni pseudotumorale și 260 bolnavi cu tumori maligne.

Aceste tumori au fost întâlnite mai des la bărbați - 58%. Am stabilit că sunt afectate toate vârstele, însă cel mai frecvent copiii și adolescenții. Oasele membrelor superioare erau

afectate în 207 (36,2%) de cazuri, iar cele ale membrelor inferioare în 365 (63,8%) de cazuri.

Din tumorile benigne mai frecvent se întâlneau tumorile cartilaginoase osteocondroame – 39%, condroame – 14%, condroblastoame – 2%. Pe locul 2 s-a situat osteoclastomul (16%).

Din tumorile maligne pe primul loc se afla sarcomul osteogenic (59,6%), pe locul doi condrosarcomul (20,4%), celelalte neoformațiuni fiind întâlnite mai rar.

La bolnavii cu tumori benigne și afecțiuni tumoriforme mai frecvent a fost efectuată rezecția marginală a osului afectat (280 de cazuri), atunci când procesul se localiza în stratul cortical al osului. În cazul tumorilor centrale în special al osteoclastomului, chistului osos, displaziei fibroase, lipomului, condromului ș.a. înlocuirea osteoplastică a defectului osos este obligatorie, fiindcă, de obicei, poate favoriza dezvoltarea fracturii.

La 166 (37,2%) de bolnavi defectele au fost substituite cu alogrefoane conservate în soluție 0,5% formalină. În 50 de cazuri defectele au fost înlăturate cu ajutorul biotransplantelor conservate după metoda prof. B. Topor.

În grupul tumorilor oaselor bazinului au fost incluși 54 pacienți cu tumori benigne și 62 de pacienți cu tumori maligne. Bărbații și femeile au fost în raport egal. Aceste tumori s-au întâlnit mai frecvent la persoanele cu vârsta 30-49 de ani. După localizare pe primul loc se află aripa și corpul osului iliac, pe al doilea vertebrele sacrale. În 22 de cazuri după înlăturarea tumorilor oaselor bazinului au fost folosite alogrefoane corticale și în 16 cazuri material bioplastic.

Rezultate:

Recidive ale tumorilor benigne și afecțiunile pseudotumorale au fost întâlnite în 0,5% cazuri. După suplinirea defectelor cu material bioplastic, recidive nu s-au întâlnit în perioada de la 5 până la 10 ani.

Funcția membrilor operate este bună.

La pacienții cu bioplastie calosul osos s-a format mai repede.

Concluzii:

Utilizarea materialului bioplastic în suplinirea defectelor după înlăturarea tumorilor și afecțiunilor pseudotumorale ale oaselor bazinului este mai convenabilă în comparație cu alogrefoanele corticale din cauza posibilității modelării materialului bioplastic după forma defectului, calosul osos, survenind mai precoce, duce la reabilitarea mai rapidă a pacienților.

Bibliografie selectivă:

1. Spiridon G. Handghissalatas, „Investigații anatomo-patologice în tumorile osoase”, „Editura Medicală”, București, 1995.
2. D. Stănculescu, H. Orban, „Tumorile aparatului locomotor – concepții actuale”, „Editura tehnică”, București, 1997.
3. С.Т. Зацепин, “Сохранные операций при опухолях костей” Москва, «Медицина», 1984.
4. С.Т. Зацепин, «Костная патология взрослых», Москва, «Медицина», 2001.
5. А. Н. Махсон, “Об адекватной хирургии в костной онкологии” Москва, «Медицина», 1991.
6. Трапезников Н. Н., Еремина Л. А., Амирасланов А. Т., «Опухоли костей», Москва, «Медицина», 1986.
7. Трапезников Н. Н., Цуркан А. М., «Сберегательные и восстановительные операции при опухолях костей», Кишинев, Штиинца, 1989.
8. Марин И. М., «Хирургическое лечение в реабилитации больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями костей», Кишинев, Штиинца, 1982.



Ion Mereuță, Iraida Iacovlev, Diana Harștea, IMSP Institutul Oncologic din Moldova

SARCOAMELE VASCULARE ALE PIELII

This article is limited to the malignant vascular tumors of the skin, which are part of the large group of mesenchymal tumors. The study investigates the histopathological and clinical features in different cases of angiosarcoma and Kaposi's sarcoma (cutaneous vascular sarcomas), which are representative for medical practice. The clinical, histopathological, immunohistochemical correlations render possible the differential diagnosis and a proper treatment can be applied to obtain a favorable prognosis.

Keywords: angiosarcoma, Kaposi's sarcoma, vascular sarcomas.

Rezumat:

Acest articol vizează tumorile vasculare maligne ale pielii, care fac parte din grupul mare de tumori de origine mezenchimală. În cadrul studiului au fost investigate particularitățile clinice și histologice ale angiosarcomului și sarcomului Kaposi (sarcoame vasculare cutanate), importante în practica medicală. Corelarea aspectelor clinice, histologice, imunohistochemice permit efectuarea diagnosticului diferențial și administrarea tratamentului adecvat pentru obținerea unui pronostic favorabil.

Tumorile cutanate de origine mezenchimală cuprind o gamă vastă de tumori benigne și maligne cu origine din diverse elemente ale

țesuturilor moi, inclusiv din vasele sanguine. Conform clasificării OMS, din vasele sanguine ale pielii își pot lua originea următoarele neformațiuni maligne:

1. angiosarcomul
2. sarcomul Kaposi

În ultimul timp în literatura de specialitate au fost făcute noi descrieri și precizări cu privire la histogeneza unor tumori vasculare, de exemplu a hemangiopericitomului. De asemenea, au fost evidențiate unele forme noi ale tumorilor vasculare, ce au asemănare histologică cu sarcomul Kaposi, cum ar fi hemangioendoteliomul caposiform, limfangioendoteliomul benign și altele.

Angiosarcomul este o tumoare malignă rară, apărută din celulele endoteliului vaselor sanguine și limfatice [6]. Se caracterizează prin tendință crescută la metastazare și sensibilitate scăzută la tratament. Ponderele acestei tumori în structura sarcoamelor este de 1-4 % [1]. Aproape 60% din angiosarcoame afectează pielea și țesuturile moi, iar 40% - ficatul, oasele, splina, glanda mamară [4]. Clinic se deosebesc 4 tipuri ale angiosarcomului:

- a) angiosarcomul asociat cu stază limfatică cronică a membrelor
- b) angiosarcomul idiopatic al feței și părții piloase a capului
- c) angiosarcomul primar al glandei mamare
- d) angiosarcomul cutanat postradiațional

Angiosarcomului asociat cu stază limfatică cronică a membrelor poate fi întâlnit în literatură cu denumirea: limfangiosarcom, limfangioendoteliom malign, sindromul Stewart-Treves. Sindromul a fost descris în 1948 de oncologii americani Stewart și Treves în baza monitorizării a 6 pacienți cu elefantiazis al membrelor superioare apărut după mastectomie. Staza limfatică de obicei (în 90%) e precedată de mastectomie pe motiv de cancer mamar [2]. Mai rar apare în urma traumei, infecției sau sindroamelor congenitale [10], iar în aceste cazuri se poate localiza pe membrele inferioare. Se presupune că dezvoltarea angiosarcomului pe fonul stazei limfatice e condiționată de unii cancerogeni încă necunoscuți (ce se acumulează în cantități mari în membrul afectat în condițiile drenării limfatice insuficiente, factori angiogeni, dereglarea imunității locale, acțiunii radiației ionizante [13]. Totodată, apariția tumorii în afara ariilor de iradiere sugerează ideea, că radiația ionizantă este doar un co-factor ce mărește riscul dezvoltării stazei limfatice de fon. Conform datelor literaturii de specialitate, angiosarcomul apare la 0,45% femei ce au supraviețuit peste 5 ani după mastectomie [11]. Staza limfatică se dezvoltă pe parcursul primului an după operație, dar tumoarea – peste 1-27 ani (în mediu 10 ani) [10]. Aproximativ în aceiași termeni se dezvoltă angiosarcomul pe fon de stază limfatică după tratamentul maladiei Hodgkin, melanomului sau cancerului de col uterin. Vârsta medie a bolnavilor este 62-68 ani [13]. Angiosarcomul asociat cu staza limfatică cronică se localizează mai des în

regiunile humerală, cubitală, mai rar - pe antebraț uneori pe peretele anterior al cutiei toracice sau membre inferioare [13]. Leziunile pot fi solitare sau multiple. La debutul bolii elementele cutanate au culoare violacee și se aseamănă cu echimoze. Cu timpul leziunile se măresc în dimensiuni, confluează, formează un nodul polipos cu suprafața erodată sau ulcerată, cu eliminări sero-hemoragice. Uneori procesul patologic poate cuprinde toată suprafața umărului și cutiei toracice [14].

Angiosarcomul idiopatic se întâlnește mult mai rar decât primul tip clinic al angiosarcomului, descris mai sus. Pînă în 1983 în literatură au fost descrise pînă la 80 cazuri [7]. Se manifestă printr-un nodul solitar, de formă neregulată, de culoare violacee sau roșie intensă. Se întâlnește mai des pe partea piloasă a capului decât pe față. La periferia tumorii pot apărea noduli sateliți mici. Tumoarea ulcerează, rapid se extinde pe suprafața capului, pe față și gît. Durata medie a vieții este 20 luni după stabilirea diagnosticului [7]. Tumoarea metastazează repede în ganglionii limfatici cervicali, apoi în plămîni și ficat. Histologic la periferia leziunii, elementele tumorale sunt mai diferențiate și formează structuri vasculare, care deseori anastomozează între ele și sunt tapetate cu unul sau mai multe straturi de celule endoteliale mari de formă cubică.

Sarcomul Kaposi (SK) este o tumoare malignă vasculară multifocală, manifestată prin formațiuni multipigmentate ale pielii. Există 4 forme ale SK: clasică, iatrogenă, endemică (Africană) și HIV-asociată. Pentru prima dată SK clasic a fost descris de dermatologul ungar Moriz Kaposi în 1872 [5]. Etiologia tuturor tipurilor clinice și epidemiologice de SK este studiată de mai multe decenii. Descoperirea unui nou tip de virus Herpes în 1994, numit human herpesvirus 8 (HHV) sau herpesvirus asociat cu SK (KSHV), care este un co-factor dobîndit în dezvoltarea SK, a deschis noi orizonturi de cercetare, tratament și prevenire a SK [8]. Co-factorii genetici și/sau de mediu au rol important în declanșarea SK clasic după infectarea cu KSHV, ceea ce modifică legătura între seroprevalența KSHV și incidența SK.

Clinic SK clasic se manifestă primar prin macule bine delimitate, roșu-albăstriei, indolore, apărute în regiunile distale ale membrelor

inferioare. Leziunile inițiale în formă de pată și placă, deseori seamănă cu țesutul de granulație. În majoritatea cazurilor formațiunile cresc lent și pot fuziona formînd plăci mai mari. Totuși, leziunile solitare rareori progresează spre dezvoltarea tumorilor nodulare, fungiforme, de culoare roșie-brună. Acestea se caracterizează prin prezența celulelor fusiforme, ce sînt compresate de spații înguste cu extravazări de hematii [3]. Cu timpul, formațiunile se pot eroda, sîngera și chiar ulceră. La debutul bolii se atestă afectare unilaterală, însă ulterior este tendința de apariție bilaterală și multifocală a leziunilor, cu răspîndire centripetă. Odată cu progresarea bolii, culoarea formațiunilor devine brună și suprafața verucoasă sau hipercheratotică. În stadii avansate se dezvoltă plăci vaste, parțial erodate și ulcerate, ce afectează picioarele, mîinile sau chiar întreaga suprafață a membrilor. Spre deosebire de leziunile „angiomatoase”, ce au consistență moale și spongioasă, tumorile în stadii mai avansate sînt dure și solide. Deseori e prezent edemul țesuturilor înconjurătoare, în special la nivelul membrilor inferioare, care uneori precede leziunile cutanate.

În afară de manifestările cutanate, pot fi afectate mucoasele, mai des a cavității bucale și tractului gastro-intestinal. Implicarea organelor interne în SK clasic este rară, aproximativ în 10% cazuri. Afectarea ficatului, ganglionilor limfatici superficiali și profunzi, splinei, plămînilor și măduvei osoase de asemenea poate fi întîlnită [12]. În cazul localizării osoase, a fost descrisă prezența unor zone circumscrise de osteoporoză

Scopul lucrării: elucidarea particularităților epidemiologice, clinice și histologice ale tumorilor maligne vasculare ale pielii – angiosarcomul și sarcomul Kaposi, inclusiv stabilirea formei clinice predominante și evaluarea particularităților histologice ale tumorii la diferite etape evolutive.

Material și metode:

Grupul de studiu cuprinde 50 cazuri de sarcoame vasculare ale pielii, inclusiv 44 pacienți cu sarcom Kaposi și 6 – cu angiosarcom. Pacienții au fost supuși intervenției chirurgicale în volum de excizie sau electroexcizie a tumorii la IMSP Institutul Oncologic în perioada anilor 2004 – 2009. Materialul postoperator a fost fixat

în formalină, inclus în parafină, apoi colorat cu hematoxilina-eozină pentru examinare histologică.

Rezultate și discuții:

În grupul tumorilor vasculare maligne ale pielii majoritatea tumorilor (88%) a fost constituită din sarcomul Kaposi. Restul 12% au fost reprezentate de angiosarcom.

Raportul bărbați:femei în grupul pacienților cu angiosarcom este 1:2. În majoritatea cazurilor (50%) diagnosticul a fost stabilit la pacienți cu vîrsta cuprinsă între 60 și 69 ani. Conform localizării anatomice, mai frecvent au fost afectate membrele inferioare (66,7%), mai rar – membrele superioare (16,7%) și partea posterioară a toracelui (16,7%).

Majoritatea pacienților cu sarcomul Kaposi au fost bărbați cu vîrsta după 55 ani. Rata bărbaților a constituit 68,2%. Macroscopic, procesul tumoral s-a manifestat prin macule și papule cutanate, localizate pe membrele inferioare în 47,7% cazuri, membrele superioare în 9,1% cazuri, leziuni multiple pe mai multe regiuni ale corpului - în 36,4% cazuri.

Histopatologic s-a constatat că în forma maculară a sarcomului Kaposi, care se referă la faza evolutivă precoce, se observă afectarea porțiunii subepidermale a dermului reticular, epidermul rămînd intact. În porțiunea afectată a dermului se producea neovascularizarea caracterizată prin apariția vaselor cu pereți fini, constituiți din endoteliocite voluminoase, foarte alungite, care conțin nucleee hiperchromice. Aceste vase cu pereți fini au avut în majoritatea cazurilor un traiect paralel epidermului sau în jurul anexelor cutanate (foliculilor piloși, glandelor sudoripare). La periferia formațiunilor tumorale puteau fi prezente vase cavenoase (sinusoidal dilatate) și pseudoglomeruli – formațiuni conjunctive cu aglomerări de capilare, uneori proeminente în lumenul vaselor dilatate. În spațiile intervasculare erau prezente limfocitele, plasmocitele, eritrocitele, granulele de hemosiderină.

În formele timpurii ale sarcomului Kaposi, în plus la proliferările vasculare, au fost decelate mici aglomerări de celule fusiforme, care pot fi considerate ca structuri caracteristice pentru acest sarcom. Aglomerările respective erau uneori foarte minuscule, depistate cu greu la

examinarea microscopică a tumorii. În aglomerări, printre celulele fusiforme se formau uneori fisuri înguste, în care erau prezente eritrocitele.

Astfel, în formele incipiente de sarcom Kaposi în permanență au fost prezente îngrămădiri de capilare ramificate cu endoteliocite lungi, înconjurate de infiltrat limfo-plasmocitar, și aglomerate mici de celule fusiforme.

Concluzii:

Dintre sarcoamele vasculare ale pielii cel mai frecvent întâlnit este sarcomul Kaposi. Altă tumoare malignă apărută din celulele endoteliului vaselor sanguine și limfatice, dar întâlnită mult mai rar este angiosarcomul. În prezent nu există clasificări histologice acceptate ale sarcomului Kaposi, fiind descrise numai unele corelații clinicomorfologice, particularități histopatologice ale leziunilor cutanate cu diferit aspect microscopic. Manifestările cutanate neobișnuite și cele maculare incipiente ale sarcomului Kaposi necesită examinări minuțioase pentru a nu fi confundate cu alte patologii cutanate.

Bibliografie selectivă:

1. Benda J. Al-jurf A., Benson A., Angiosarcoma of the breast following segmental mastectomy complicated by lymphedema // Am. J. Clin. Pathol. – 1986, vol.87, p. 651-655.

2. Chen K., Hoffman K., Hendricks E. Angiosarcoma following therapeutic irradiation // Cancer. – 1979, vol. 44, p. 2044-2048.
3. Cockerell C.J. Histopathological features of Kaposi's sarcoma in HIV infected individuals. Cancer Surv 1991;10:73-89.
4. Enzinger F., Weis S. Soft tissue tumours // St. Louis: S. V. Mosby, 1988, p.545-580.
5. Kaposi M. Idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut. Arch f Dermatol u Syph 1872;3:265-73.
6. Legase R., Leroy J. Comparative electronmicroscopic study of cutaneous and soft tissue tumors // Ultrastruct. Pathol. – 1987, vol. 11, p. 161-173.
7. Leoni A., Cogo R., Visono A. angiosarcoma of the scalp-face. Dermatologica 1983; 166(5):257-60
8. Levy JA. A new human herpesvirus: KSHV or HHV8? Lancet1995;346:786.
9. Muller R., Hajdu S., Brennan M. Lymphangiosarcoma associated with chronic filarial infections // Cancer, 1987, vol. 59, p. 179-183.
10. Ohsawa M., Naka N., Tomita Y. et al. Use of immunohistochemical procedures in diagnosing angiosarcoma // Cancer, 1995, vol. 75, p.2867-2874.
11. Shriger A. Postoperative lymphedema: etiologic and diagnostic factors // Med. Clin. North. Amer., 1962, vol. 46, p. 1045-1050.
12. Tappero JW, Conant MA, Wolfe SF, Berger TG. Kaposi's sarcoma. Epidemiology, pathogenesis, histology, clinical spectrum, staging criteria and therapy. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 371-95.
13. Woodward A., Fvins J., Souhle E. Lymphangiosarcoma arising in chronic lymphedematous extremities // Cancer, 1972, vol. 30, p. 562-572.
14. Zen H. J., Choti M. A. Angiosarcoma // Cutaneous Oncology / Eds. S.J. Miller, M. E. Malloney. Maiden: Blackwell Science Inc., 1998, p. 861-872.

О. М. Пихут, И. Е. Мереуцэ, И.И. Дэскэлюк, Д.Г. Андронаки.

Отделение Общей Онкологии и Реабилитации, Институт онкологии Молдовы

МЕТАСТАЗЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

(результаты применения диагностического алгоритма
в условиях специализированного стационара)

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.

Метастазы злокачественной опухоли без выявленного первичного очага по данным различных авторов составляют от 3 до 15% онкологических больных, обратившихся за медицинской помощью, причем среди мужчин диагноз метастазов злокачественной опухоли

без выявленного первичного очага встречается несколько чаще, чем среди женщин [1,3,4].

Средний возраст составляет 51 год у мужчин и 52 у женщин. Большинство пациентов в возрасте старше 50 лет [2].

Больные с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага представляют чрезвычайно неоднородную группу, как по локализации и распространенности опухолевого процесса, так и по морфологическому строению метастатической опухоли. Определенные трудности вызывает и отсутствие классификаций при метастазах без выявленного первичного очага [5, 6, 7].

В зависимости от локализации и распространенности метастатического поражения больных делят на следующие группы:

1. Пациенты с изолированным поражением лимфатических узлов (единичным или множественным в пределах одного коллектора) — шейных, подмышечных, паховых, медиастинальных, забрюшинных.

2. Пациенты с изолированным поражением органов и тканей (единичным или множественным) – костей, легких, печени, мягких тканей, головного и спинного мозга и др.

3. Пациенты с поражением нескольких коллекторов лимфатических узлов, сочетанное поражение лимфатических узлов и/или органов.

Специфических клинических проявлений данной патологии нет. Симптоматика зависит от локализации очагов метастатического поражения и распространенности опухолевого процесса. При обращении за медицинской помощью часто встречаются следующие изменения: наличие того или иного опухолевого образования, боль, увеличение печени, боли в костях, патологические переломы, респираторные нарушения, потеря веса, неврологические расстройства.

При данном диагнозе в определенном количестве случаев (20 – 35%) удается установить первичную опухоль. У этой категории больных первичная опухоль легкого составляет 20%, поджелудочной железы 25%. Первичные опухоли молочной железы, яичников, желудка, предстательной железы, кишечника также выявляются в значительном проценте случаев.[1]

Обследование больных с метастазами злокачественной опухоли является сложной проблемой. Несмотря на внедрение в практику четкого алгоритма обследования в достаточном

количестве случаев первичный очаг не удается найти. Это связано с тяжестью состояния больного, не позволяющей выполнить весь комплекс необходимых обследований.

Главная задача исследования данной категории пациентов направлена на выявление больных для проведения специфической терапии.

В отделении общей онкологии и реабилитации Института Онкологии Молдовы за период с 2001 по 2009 годы было обследовано 399 больных, поступивших с диагнозом метастазы злокачественной опухоли без первичного очага.

Больные были в возрасте от 16 до 89 лет. Средний возраст пациентов составил 59,8 лет. Больные распределялись по половому признаку следующим образом:

Мужчины - 223 (55,9%) пациента.

Женщины - 176 (44,1%) пациентки.

По локализации вторичных метастатических поражений при поступлении в ИОМ больные распределялись на 2 группы: солитарные метастазы (кости, печень, легкие, лимфатические узлы, мягкие ткани) – 171 (42,9%) пациент; синхронные метастазы в органы, ткани и/или в лимфатические узлы – 228 (57,1%).

Наиболее часто встречались метастазы рака различной структуры - 62,6% морфологически верифицированных случаев, метастазы злокачественной меланомы – 11,45% случаев, метастазы злокачественной опухоли без определенного гистогенеза – 3,05% случаев.

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

1. Предварительная дифференцировка и оценка общего состояния.

2. Оценка распространенности опухолевого поражения.

3. Получение материала для морфологического исследования.

4. Поиск первичного очага.

В процессе обследования пациенты последовательно проходили все этапы. Предварительная дифференцировка осуществлялась на основании изучения

сопроводительной документации, в результате чего из дальнейшего обследования исключались пациенты с неонкологической патологией. Больные с проявлениями опухолевого поражения подлежали обследованию на следующем этапе.

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

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

На четвертом этапе осуществлялся поиск первичной опухоли в соответствии с ее гистологической структурой и распространенностью поражения. Эти два фактора существенно влияли на индивидуальную программу обследования конкретного пациента.

В группе больных с метастазами меланомы основное внимание уделялось анамнезу и обследованию кожи и видимых слизистых. При выявлении первичной опухоли проводилось соответствующее диагнозу лечение. Если первичная опухоль не была обнаружена,

лечение включало по возможности полное иссечение метастазов, лучевое воздействие и химиотерапию.

Диагностическая тактика в группах «рак» и «злокачественная опухоль» сходна и основывалась на данных о преимущественном метастазировании опухоли той или иной локализации в различные группы лимфоузлов. В группе «злокачественная опухоль» дополнительно выполнялся ряд исследований на предмет исключения лимфопролиферативного заболевания и герминогенной опухоли. Если первичная опухоль не была выявлена, лечение заключалось в сочетании химиотерапии с лучевым воздействием и в случаях, когда это возможно – в иссечении метастазов. В дальнейшем пациенты с метастазами без выявленного первичного очага подлежали динамическому наблюдению, в процессе которого возможно выявление первичной опухоли.

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

У 248 (62,2%) пациентов удалось диагностировать первичный очаг. Наиболее часто встречающиеся первичные поражения отмечались в легких – 67 (27,0%), гематологические заболевания – 51 (20,6%) и злокачественные поражения кожи – 34 (13,77%) пациента. У 151 (37,8%) пациентов верифицировать первичный очаг не удалось. В большинстве случаев это было обусловлено тяжестью состояния пациентов, выраженным болевым синдромом и, к сожалению, отказом больного или его близких от дальнейшего обследования и лечения.

Выбор лечебной тактики у данной категории больных представляет собой проблему,

Таблица 1.

Локализация первичной опухоли

| <i>Локализация</i> | <i>Число больных</i> | <i>%</i> |
|-----------------------------|----------------------|----------|
| Легкие | 67 | 27,0 |
| Молочная железа | 12 | 4,8 |
| Щитовидная железа | 2 | 0,8 |
| Гематологические поражения | 51 | 20,6 |
| Простата | 15 | 6,0 |
| Женская половая сфера | 8 | 3,22 |
| Толстая кишка | 8 | 3,22 |
| Почка | 17 | 6,9 |
| Желудок | 6 | 2,4 |
| Печень | 7 | 2,8 |
| Кожа | 34 | 13,77 |
| Поджелудочная железа | 6 | 2,4 |
| Опорно-двигательный аппарат | 6 | 2,4 |
| Мочевыделительная система | 4 | 1,6 |
| Плевра | 1 | 0,4 |
| Яичко | 3 | 1,2 |
| Гортань | 1 | 0,4 |

решаемую в индивидуальном порядке для каждого пациента. Лечебная тактика определяется с учетом общего состояния больного, локализации метастазов, распространенности опухолевого процесса, морфологического строения метастатической опухоли, предполагаемой локализации первичного очага [5, 7].

Пациентам с изолированным поражением периферических лимфатических узлов выполнялась лимфаденэктомия с последующей лучевой и/или химиотерапией в зависимости от гистологического диагноза. У пациентов с поражением костей проводилась лучевая терапия, а в случае сочетанного поражения костей и других органов присоединялись курсы химиотерапии и гормонотерапии. Часть пациентов отказалась от любых видов лечения и была выписана на симптоматическую терапию по месту жительства.

Больные с метастазами злокачественной опухоли без выявленного первичного очага подлежат диспансерному наблюдению с периодичностью в 3–6 мес. При динамическом наблюдении возможно выявление первичной опухоли, что позволит более целенаправленно проводить лечебные мероприятия.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

✓ наиболее полноценное обследование больного с подозрением на метастазы злокачественной опухоли может быть проведено только в условиях специализированного стационара.

✓ обследование данной категории пациентов должно проводиться по четкому алгоритму.

✓ тяжесть состояния больного резко ограничивает возможность проведения полноценного обследования.

✓ необходимо проводить работу по повышению уровня онкологической настороженности среди врачей общей лечебной сети.

Литература:

1. American Cancer Society. Statistics for 2007 American Cancer Society Statistics. July 11. 2007.
2. Armstrong A.S., Blackhall F.H. Management of cancer from an unknown primary. // Expert Opin Pharmacother. 2007 Mar., 8(4), p.445-455 (Review).
3. Jerusalem G., Rorive A., Ancion G., Hustiu 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.
4. Pavlidis N., Briasoulis E., Hainsworth J. et al. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary. // En. J Cancer, 2003 Sept., 39(14): p.1990-2005.
5. Seve P., Stankovic K., Broussolle C. Carcinoma of unknown primary site. Rev. Med. Interne. 2006 July; 27(7): 532-45. Review.
6. Țibîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie. Chișinău 2003, 828p.
7. Комаров И.Г., Комов Д.В. Метастазы злокачественных опухолей без выявленного первичного очага. - М.: Триада-Х, 2002.- 140с.

Dumitru Butucel, Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, Valentin Capitan, Sergiu Mura,
IMSP Institutul Oncologic, Laboratorul Oncologie Generală și ATI

METODĂ DE PROFILAXIE A PROCESELOR SUPURATIVE DUPĂ AMPUTAȚIA MEMBRULUI INFERIOR LA NIVELUL GAMBEI

A method of prophylaxis of suppurative process after amputation of inferior extremity at crural level is proposed and consists in the following: the auto transplant prepared from fibula cut 5 cm proximally by the level of tibia resection and is pumped into medullar canal of tibia, which excludes the elimination from medullar tibiae canal.

Key words: inferior extremity, amputation, prophylaxis, suppurative process.

Este cunoscută metoda de amputație a membrelor inferioare, care în scopul micșorării hematomului postoperator din canalul osteomedular și a numărului de supurații se separă periostul proximal la 5 cm circular, apoi se taie osul și cu acest periost se închide canalul osteomedular [1]. Dezavantajul acestei metode constă în faptul că nu întotdeauna este posibilă separarea în întregime a periostului ca el să fie suficient pentru închiderea canalului osteomedular și, mai mult, periostul poate fi sursa unor osteofite în capătul distal al bontului.

E cunoscută de asemenea metoda de amputație osteoplastică la nivelul oaselor tubulare lungi, care în scopul unei plombări mai compacte a canalului osteomedular și al profilaxiei dezvoltării unelor hematoame sunt utilizate autotransplante din falangele degetelor, oasele metacarpiane și metatarsiene [3]. Dezavantajul acestei metode constă în faptul că nu întotdeauna este posibilă prepararea acestor autotransplante și nu întotdeauna diametrul autotransplantelor corespunde diametrului canalului osteomedular al osului amputat și durata intervenției chirurgicale este mai mare. În acest scop a fost elaborată o metodă de amputație a membrelor inferioare la nivelul gambei pentru combaterea proceselor supurative și ameliorarea proceselor regenerative.

Esența metodei constă în incizia pielii și a țesuturilor moi printr-un mijloc sub formă de paletă de tenis după Farabef sau în lambou. Se rezeacă pielea, țesutul adipos subcutan și fascia, se prepară lambourile cutaneo-subcutaneo-fasciale și se întorc proximal. Între ligaturi se secționază vasele magistrale și nervii. Mai proximal de locul inciziei fasciei cu 2-3 cm cu cuțitul de amputație se rezeacă mușchii împrejur

până la oase, ulterior cu fereștrăul se taie tibia la nivelul treimeii proximale, apoi se taie fibula mai distal cu 5 cm de tăietura tibiei și proximal, de asemenea, se taie la 5 cm. Țesuturile moi se taie și se înlătură preparatul.

Hemostază. În segmentul ramas al tibiei se introduce compact autotransplantul pregătit din fibulă, astfel se plombează canalul osteomedular al tibiei. Ulterior lungimea suplimentară a segmentului de fibulă introdus în tibie se taie la nivelul tăieturii acesteia. Hemostază repetată, apoi se aplica suturi stratificate la plagă, pansamentul aseptice și imobilizarea membrului.

Exemplu: Bolnava S., 43 ani, fișa de observație nr.14752 s-a aflat la tratament cu diagnosticul: carcinom pavimentos ulcerat al pielii regiunii calcaneale pe stânga cu concreșterea osului calcaneu stâng. La internare pe pielea regiunii calcaneale stângi se determina o formațiune ulcerată multinodulară, imobilă, proeminentă deasupra pielii, 12x14 cm, de culoare vișinie, cu supurație. La examenul Ro-grafic s-a depistat concreșterea tumorii în osul calcaneu. Amputația membrului s-a efectuat după metoda descrisă mai sus. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Plaga cicatrizată per primam. La examenul histologic nr. 49879 - carcinom pavimentos bine diferențiat.

Bibliografie:

1. Волков М.И., *Костная патология детского возраста*. // Москва, 1968. стр. 486.
2. I. Dăscăliuc., *"Particularitățile tratamentului chirurgical și posibilitățile recuperării chirurgicale la bolnavii cu tumori și afecțiuni tumoriforme ale oaselor tubulare"*. // Teza de doctor în științe medicale. Chișinău, 1999.
3. Цуркан А.М., Дэскэлюк И.И., *Способ ампутации конечностей*. // Авторское свидетельство №1425896 от 22.05.88.

Valentin Capitan, Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, Sergiu Mura, Dumitru Butucel,
IMSP Institutul Oncologic, Laboratorul Oncologie Generală și ATI

METODE DE TORACOPLASTIE DUPĂ ÎNLĂTURAREA TUMORILOR CUTIEI TORACICE

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

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

Tratamentul chirurgical al bolnavilor cu tumori și formațiuni tumoriforme ale coastelor și sternului prezintă dificultăți majore, prezentind o problemă complicată și complexă.

Particularitățile structurii anatomico-fiziologice ale cutiei toracice creează dificultăți în diagnosticul precoce al neoformațiilor acestei localizări. În cazurile avansate tumora cu raspindire internă în cavitatea toracică, implică în procesul neoplazic organele de importanță vitală, ceea ce prezintă dificultăți tehnice majore în timpul intervențiilor chirurgicale.

Localizarea și dimensiunile neoformațiilor se determină prin tomografia computerizată și rezonanța magnito-nucleară.

Tactica operatorie în cazul tumorilor și formațiilor tumoriforme de dimensiuni mari ale coastelor și sternului spre deosebire de afecțiunile altor segmente osoase trebuie să fie orientată nu numai spre înlăturarea focarului patologic, dar și spre profilaxia dezvoltării insuficienței funcției sistemelor respiratoriu și cardiovascular, evitarea dezvoltării herniilor postoperatorii ale pereților toracic și abdominal anterior, herniilor diafragmale. Ignorând rezolvarea acestor probleme, sortim pacienții la intervenții chirurgicale suplimentare, cauzând scăderea considerabilă a calității vieții.

În fiecare caz concret anterior de intervenția chirurgicală pe cutia toracică este necesar de selectat metoda de toracoplastie, care poate fi aplicată în fiecare caz concret, de studiat minuțios posibilitățile păstrării țesuturilor moi neafectate. Chirurgul trebuie să creeze condiții necesare pentru înlăturarea radicală a tumorii, simultan rezolvând problemele profilaxiei apariției herniilor

postoperatorii în această zonă anatomică, recuperării acestui grup de bolnavi. Asemenea intervenții chirurgicale trebuie să fie efectuate în instituțiile curative, unde există experiență în acest compartiment al chirurgiei oncologice.

În secția de tumori ale Aparatului Locomotor a Institutului Oncologic din Moldova în perioada anilor 1989-2009 s-au aflat la investigație și tratament 179 de pacienți cu diverse tumori și formațiuni tumoriforme ale coastelor și sternului, respectiv 144 și 35 cazuri.

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

Studiind rezultatele pozitive și negative ale metodelor existente, noi propunem variante noi de toracoplastie, un nou abord transtoracic pentru înlăturarea tumorilor coastelor I și II. A fost elaborată și implementată o nouă construcție de endoproteză individuală polifuncțională metalică pentru restituirea defectelor cutiei toracice după sternectomii totale și subtotale.

Aplicând metodele de toracoplastie propuse de noi este posibilă restituirea defectelor cutiei toracice de diverse dimensiuni, formă, localizare, lărgind posibilitățile înlăturării radicale a tumorilor, diminuând riscul apariției recidivilor și herniilor postoperatorii.



S. Mura, I. Mereuță, V. Capitan, D. Butucel

METODA DE ENDOPROTEZARE LA BOLNAVII CU TUMORI ALE METAEPIFIZEI PROXIMALE A OSULUI HUMERAL

The Tikhoff–Linberg procedure and its modifications are limb-sparing surgical options for selected patients with bone and soft-tissue tumors in and around the shoulder girdle. Today, approximately 95% of patients with tumors of the shoulder girdle can be treated by a limb-sparing procedure. Function of the forearm, wrist, and hand should be nearly normal following a limb-sparing shoulder girdle resection. A stable shoulder and elbow flexion and extension are achieved without the need for an orthosis.

Key words: tumor of humerus, endoprosthesis of shoulder girdle bones.

Tratamentul chirurgical al tumorilor centurii scapulare este o problemă dificilă și diversă, de care depinde atât prognosticul tratamentului tumorii, cât și rezultatele reabilitării anatomice, funcționale, cosmetice, psihologice, sociale și economice a bolnavilor.

După datele Institutului Oncologic din Moldova tumorile benigne și afecțiuni tumoriforme a osului humeral se întâlnesc în 79,5% din toate afecțiuni a osului humeral, și în 65,7% din toate afecțiuni ale oaselor centurii scapulare. Mai frecvent se întâlnesc bolnavii cu osteohondrom și exostoze osteocartilaginoase – 32,7%, chist osos anevrizmal – 11,3%, chist osos solitar – 10,1%, osteoclastom – 10,1%. Tumorile benigne și afecțiuni tumoriforme a osului humeral mai frecvent se întâlnesc la bărbați – 64,2% decât la femei – 35,8%. Tumorile maligne ale osului humeral se întâlnesc la 20,5% din toate afecțiunile osului humeral, și în 16,9% din toate afecțiunile a oaselor articulației umărului. Mai frecvent se întâlnesc: sarcomul osteogenic – 51,2%, condrosarcomul – 12,2%, fibrosarcomul – 9,8%, osteoclastom malign – 7,3%. Persoanele de gen feminin mai mult erau afectate cu tumori maligne ale osului humeral – 56,1%, decât persoane de gen masculin – 43,9%.

Un loc important în tumorile benigne ale scapulei și ale osului humeral ocupă rezecția marginală și cea segmentară, inclusiv cele cu transplantarea alotransplantelor masive (2, 3). Transplantarea capetelor articulare în multe cazuri permite evitarea operațiilor schilodante (amputații și exarticulații) și rezecții lărgite cu păstrarea extremității în funcție (2, 3). Însă transplantarea

alosemiarticulațiilor și mai ales alotransplantelor masive nu sunt lipsite de un șir de neajunsuri. Imobilizarea îndelungată a extremității, rezultatele funcționale nesatisfăcătoare, procesele neregulate de rezorbție și reparare, a impus chirurgii în multe cazuri să refuze la aloplastii și să substituie defectele cu endoproteze metalice (4, 5).

În anul 1991 de Malawer M.M., Meller I., Dunham W.K. a fost propusă o clasificare originală a rezecțiilor centurii scapulare (Tab.1)(1), care evidențiază starea structurilor înlăturate (osul, mușchi abductori), tipul rezecției (în limitele structurilor anatomice sau cu ieșirea din limitele lor), implicarea în procesul tumoral articulației umărului și omoplatului.

Rezecțiile de Tip I, II și III se efectuează în tumori benigne și tumori maligne de înaltă diferențiere ale porțiunii proximale a osului humeral ori omoplatului. Operațiile de Tip IV, V și VI mai des se efectuează în caz de sarcom cu grad mic de diferențiere a omoplatului ori porțiunii proximale al osului humeral.

După operațiile sus numite se formează defecte postrezecționale mari, care necesită suplینirea lor. Ca o metoda de elecție de reabilitare chirurgicală adecvată se aplică metoda de endoprotezare a oaselor articulației umărului.

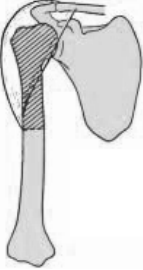
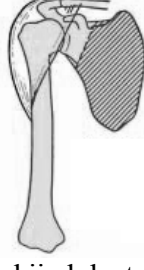

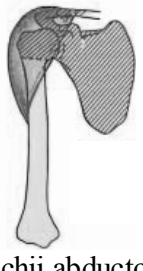
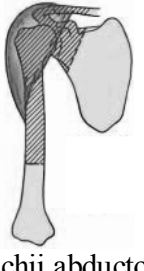
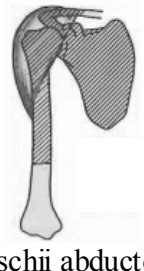
În cazuri tumorilor capului și treimeii proximale a osului humeral se aplică:

1. endoproteze monopolare;
2. endoproteze totale neblocați (tip neforțat);
3. endoproteze totale blocați (tip forțat)

Endoproteze monopolare, care sunt formate din cap și picioruș, sunt simple în construcție și

Tabelul 1

Clasificarea chirurgicală a rezecțiilor centurii scapulare

| | | |
|---|---|---|
| <p>Tip I Rezeția proximală intraarticulară a osului humeral</p>  <p>A. Mușchii abductori sunt păstrați B. Mușchii abductori sunt rezețați</p> | <p>Tip II Rezeția parțială a omoplatului</p>  <p>A. Mușchii abductori sunt păstrați B. Mușchii abductori sunt rezețați</p> | <p>Tip III Înlăturarea totală intraarticulară a omoplatului</p>  <p>A. Mușchii abductori sunt păstrați B. Mușchii abductori sunt rezețați</p> |
| <p>Tip IV Rezeția extraarticulară a omoplatului și capului osului humeral</p>  <p>A. Mușchii abductori sunt păstrați B. Mușchii abductori sunt rezețați</p> | <p>Tip V Rezeția extraarticulară a osului humeral și porțiunii articulare a omoplatului</p>  <p>A. Mușchii abductori sunt păstrați B. Mușchii abductori sunt rezețați</p> | <p>Tip VI Rezeția extraarticulară a osului humeral în bloc cu totul omoplatul</p>  <p>A. Mușchii abductori sunt păstrați B. Mușchii abductori sunt rezețați</p> |

pe larg aplicate în tumorile benigne și tumorile maligne cu grad înalt de diferențiere a metaepifizei proximale ale humerusului. Ele sunt aplicate de obicei la rezecțiile Tip I. Și pot fi confecționate total din metal, materiale polimerice, sau prin combinarea lor.

Însă a selecta capul artificial al endoprotezei osului humeral, care necesită se fie coegruentă cu suprafața articulară a scapulei, la fiecare bolnav practic este imposibil, ceea ce poate duce la lăcușii, instabilitate în articulație, limitarea mișcărilor.

În Institutul Oncologic din Moldova se aplică endoproteza metalică monopolară a porțiunii proximale a osului humeral, elaborată în IOM. Ca exemplu, suplinirea defectului cu endoproteza

dată s-a efectuat la pacientul cu condroblastom al metaepifizei proximale a osului humeral drept.

Bolnavul B., 20 ani, a fost internat în IOM cu acuze la dureri în treimea proximală a brațului drept, care se acutizau în timpul mișcărilor. Se socotea bolnav când au apărut dureri în regiunea umărului drept. Nu s-a tratat. Durerile s-au agravat, s-a adresat la medic la locul de trai, care a îndreptat pacientul în IOM, unde pe a fost efectuată trepanobiopsia tumorii. Rezultatul histologic: nr. 42996-8/90 – Condroblastom. Bolnavului i-a fost comandată o endoproteză metalică a porțiunii proximale a osului humeral drept. Status localis: în treimea proximală a brațului drept în proiecția m. deltoideus se palpează o formațiune tumorală de consistență

densă, fără conturi regulate, care provine din osul humeral; mișcările în articulația humerală practic lipsesc. La Ro-grafie: se determină distrucția porțiunii proximale a humerusului drept, cu o periostită pronunțată: fisura articulară îngustată. Concluzie: Condrioblastom al porțiunii proximale a humerusului drept.

În acest aspect a fost efectuată rezecție segmentată a porțiunii proximale a osului humeral drept cu suplinirea defectului cu endoproteză individuală metalică monoplaraală. Perioada postoperatorie fără complicații. Plaga cicatrizată primar. Histologic: Condrioblastom. Pacientul lucrează instructor de parașutism.

În endoprotezele totale neblocați (tip neforțat), suprafața articulară a omoplatului este suplinită cu component metalic (4, 5) sau din materiale polimere (6). Fixarea componentului scapular la omoplat se efectuează cu ciment (7) sau cu șurupuri (8). Însă utilizarea cimentului după părerea (4, 7) frecvent duce la instabilitatea protezei în joncțiunea cimentului cu suprafața articulară a scapulei. Chiar și respectarea congruenței suprafețelor articulare în aceste construcții, componentele scapulare și humerale nu sunt unite, ceea ce duce la diminuarea stabilității articulației, luxații, micșorarea amplitudinii mișcărilor. Aceste proteze ale articulației humeroscapulare în practica noastră nu au fost aplicate.

Endoproteze totale blocate (tip forțat), capul humeral al endoprotezei se menține în componentul scapular cu ajutorul inelului stopor, sau a alte aplicații, care formează o construcție fixă.

În aceasta construcție membrul superior este fixat stabil din contul fixării scapulei endoprotezei, dar nu din contul aparatului ligamento-muscular.

În Institutul Oncologic din Moldova se folosește endoproteza metalică totală blocate (tip forțat) a porțiunii proximale al osului humeral, articulației umărului și omoplatului, elaborată în IOM.

Ca exemplu, suplinirea defectului cu endoproteza dată la pacienta cu osteoclastom malign al metaepifizei osului humeral cu creșterea în capsula articulației umărului și omoplat.

Bolnava T., 22 ani internată în IOM cu acuze la prezența formațiunii tumorale în regiunea capului osului humeral stâng, care iradiază pe partea posterioară a articulației humero-scapulare, dureri violente în această regiune care se agravează timp

de 4 luni, când au apărut dureri în articulația umărului stâng. Aproximativ cu 3 luni în urmă a observat formațiunea regiunii centurii scapulare pe stânga. Formațiunea dată accelerat s-a mărit în volum, au apărut dureri în articulația umărului stâng. Formațiunea dată accelerat s-a mărit în volum, au apărut dureri violente. S-a adresat la medic la locul de trai și a fost îndreptat la IOM. Status localis: în regiunea articulației umărului stâng se determină formațiune tumorală, care este violent dureroasă la palpare, de consistență dură cu hotare greu determinate, concreșcut în scapulă. La examenul R-logic în regiunea capului osului humeral se determină un defect osos în formă destrămată, cu spicule, și component moale de dimensiuni mari. Concluzie: Sarcoma articulației umărului stâng. Bolnavei i-a fost efectuată trepanobiopsia tumorii: osteoclastom malign. După pregătire bolnavei s-a efectuat operația: rezecția humeroscapulară pe stânga cu restabilirea defectului cu proteză metalică total blocate a articulației umărului. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Rezultatul histologic postoperator: osteoclastom malign. Bolnava supravețuiește mai mult de 9 ani. Semne de recidivă nu sunt. Pacienta lucrează la fabrica de păsări.

Endoproteze totale blocate (tip forțat) se aplică la operații de tip IV, V și VI.

Bibliografie

1. Malawer MM, Meller I, Dunham WK. A new surgical classification system for shoulder-girdle resections. Analysis of 38 patients. Clin. Orthop., 1991 Jun; (267), p. 33-44
2. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001, 640 с.
3. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. Адекватная хирургия у больных с опухолями плечевого и тазового поясов конечностей. 1 Съезд онкологов стран СНГ: Тез. Докл. 3-6 декабря 1996, м., 1996, ч. 2, 410-410
4. Henshaw RM, Jones V, Malawer MM. Endoprosthetic replacement with the modular replacement system: survival analysis of the first 100 implants with a minimum 2-year follow-up. Presented at the Combined Meeting of the American and European Musculoskeletal Tumor Societies, 6-10 May, 1998; Washington, DC.
5. Malawer M.M., Sugarbaker P.H. Musculoskeletal Cancer Surgery: Treatment of Sarcomas and Allied Diseases. New York, Kluwer Academic Publishers, 2001, 606 p.
6. Huckstep R.L., Sherry E. Replacement of the proximal humerus in primary bone tumours. Australian and New Zealand Journal of Surgery, 1996, 66, a2, 97-100
7. Asavamongkolkul A, Eckardt JJ, Eilber FR, et al: Endoprosthetic reconstruction for malignant upper extremity tumors. Clin Orthop 360:207-220, 1999.
8. А.Н.Махсон, Н.Е.Махсон. Адекватная хирургия конечностей.-М.: Реальное время, 2001.-168 с.

Furtună Ludmila

PROBLEMA CICATRICILOR: SUPRAVEGHEREA ȘI TRATAMENTUL BOLNAVELOR (cercetare bibliografică)

Conducători științifici – prof. univ. N. Taran, prof. univ. I. Mereuță

The study has been carried out on the basis of Medline and Embase data. Specialized publications on clinical evolution of scars have been reviewed, as well as articles on treatment of keloid and hypertrophic scars have been studied. The latest local and foreign results of clinical and research activities have been pointed out.

Key words: scars, observation, treatment.

Dispoziții generale

-Abordarea cea mai rezonabilă în tratamentul cicatricelor cheloide și hiperpertrofice este profilactica precoce a cicatrizării patologice. Mult mai eficientă este prevenirea apariției cicatricelor patologice decât tratarea celor de acum existente. Trecerea de la prevenire la tratament are loc la etapa când se pune diagnosticul de cicatrice cheloide sau hiperpertrofice.

- Evaluarea eficienței diverselor metode de tratament a cicatricelor patologice și datele obținute în cercetările clinice trezesc unele dificultăți, deoarece până acum nu există nici o abordare unanimă în metodele de evaluare a rezultatelor terapeutice.

- Există doar două metode în tratamentul cicatricelor, eficacitatea cărora a fost confirmată și controlată prin studii randomizate:

1. utilizarea de gel din silicon / acoperire
2. injectarea de corticosteroizi în zona de cicatrizare

Tipuri de cicatrici și caracteristicile lor

- Cicatrice matură - cicatrice densă plată cu ten deschis

-Cicatrice imatură - cicatrice de un roșu-deschis, uneori dureroasă sau însoțită de prurit, ușor proeminentă deasupra suprafeței pielii în timpul maturizării. Multe din cicatricile imature în cele din urmă devin plate și capătă o culoare apropiată de culoarea pielii din jur, deși pot fi un pic mai deschise sau mai întunecate.

- Cicatrice liniară hipertrofică (formată după traumatism sau incizie chirurgicală) - roșie,

proeminentă deasupra suprafeței pielii, uneori însoțită de prurit, nu iese dincolo de granițele inciziei chirurgicale. De obicei, aceste cicatrici se dezvoltă în câteva săptămâni după operație, pot repede crește în dimensiune în decurs de 3-5 luni, și apoi, după faza statică încep să regreseze. La etapa de maturizare iau forma unui garou deasupra suprafeței pielii de o lățime variată. Procesul de maturizare poate dura până la 2 ani.

- Cicatrice hipertrofică difuză (formată după arsuri) - difuze, proeminente deasupra suprafeței pielii, uneori însoțite de prurit, de culoare roșie, nu depășește zona arsurii.

- Cheloid de dimensiuni mici- proeminent deasupra suprafeței pielii, cicatrice cu senzația de prurit care se extinde peste țesutul sanatos din jur. Se dezvoltă de obicei în termen de un an de la traumatism și de la sine nu involuează. După excizia chirurgicală adesea recidivează. Probabil există o predispoziție genetică de dezvoltare a cheloidelor. Localizarea tipică - pavilionul urechii.

- Cicatrice cheloide mari - proeminează mai mult de 0,5 cm deasupra suprafeței pielii, uneori dureroase sau cu senzația de prurit, care se extinde asupra țesutului sănătos. Deseori apare după leziuni minore, poate crește ani de zile.

Tratamentul chirurgical

Excizia chirurgicală a cicatricelor hipertrofice și cheloide este utilizată pe scară largă în practica medicală, în combinație cu injecții de steroizi sau gel din silicon. Excizia izolată de cheloidi, fără tratament suplimentar are o mare rată de recidivă (45-100%).

Utilizarea de steroizi după exciziile chirurgicale pot reduce rata de recidive la mai puțin de 50%, dar o combinație de radioterapie și intervenție chirurgicală este însoțită de o recidivă de doar 10%. Cu toate acestea, cea din urmă opțiune este de obicei utilizată doar în cazuri când alte metode s-au dovedit a fi ineficiente.

Cicatricile hipertrofice formate ca urmare a întinderii excesive de țesut, sau complicate prin vindecarea secundară a rănilor (de exemplu, plăgi infectate) pot fi tratate cu succes prin excizia și utilizarea ulterioară a gelului din silicon. În cazul în care cicatricea sa format ca urmare a întinderii excesive de țesut este necesar un tratament de recuperare. Autorii au fost de acord că cea mai eficientă metodă este aplicarea suturii intradermice a cicatricei în cel puțin 6 săptămâni, iar în regiunile anatomice în care țesutul este în mod constant expus la tracțiune - până la 6 luni. Efect favorabil cosmetic și fără insuficiență funcțională (activitate locomotoră) în tratamentul cicatricelor postcombustionale cu contractură au o utilizare largă astfel de tehnologii cum ar fi plastia în formă W și Z, dar acestea nu se aplică în cazul cicatricilor hipertrofice imature.

Corticosteroizi injectabili

În ciuda faptului că sunt relativ puține studii randomizate în utilizarea steroizilor pentru tratamentul cicatricelor, există opinia unanimă a experților cu privire la eficacitatea acestor metode de tratament. Injectarea de triamcinolon este considerată ca terapia de primă linie pentru tratamentul cheloizilor și ca o a doua linie - pentru tratamentul cicatricelor hipertrofice în cazul ineficienței altor metode. În pofida utilizării largi a steroizilor în tratamentul cicatricelor de la mijlocul anilor 1960 mecanismul lor de acțiune nu este pe deplin explorat. Frecvența succesului în tratament e de la 50 la 100%, frecvența recidivelor - 9 - 50%. Rezultatele tratamentului sunt mai bune când se combină cu alte metode, de exemplu, cu intervenție chirurgicală sau crioterapie.

Injectarea corticosteroizilor în zona cicatricelor este dureroasă. Chiar și în doze standard recomandate (40 mg / ml triamcinolon) în aproximativ 65% din pacienți au efecte secundare, cum ar fi atrofia pielii, depigmentare, telangiectazii. Sunt date cu privire la aplicarea locală de unguente care conțin steroizi, cu efecte

favorabile diverse, dar absorbția lor prin intermediul epitelului intact în straturile profunde ale dermului este limitată.

Studiile randomizate prospective au arătat că utilizarea topică a steroizilor nu frânează formarea cicatricelor după arsuri.

Utilizarea gelului din silicon

De la începutul anilor 1980 pansamentele cu gel din silicon sunt utilizate pe scară largă pentru a trata cicatricile cheloide și hipertrofice. La început, atitudinea față de acest tip de tratament a fost sceptică, dar la ziua de azi există dovezi convingătoare ale eficienței sale.

Utilizarea gelului din silicon a devenit o procedură standard în practica chirurgului plastician. Rezultatele din 8 studii controlate randomizate și meta-analiza a 27 de studii clinice, au confirmat că gelul din silicon este o metodă inofensivă și eficientă în terapia cicatricelor hipertrofice și cheloide. La fel nu a fost confirmată eficacitatea bandajelor ocluzive cu folie de polietilen și pelicule de poliuretan care oferă o ocluzie parțială. Datele privind eficacitatea altor materiale non-silicon sunt foarte contradictorii.

Utilizarea gelului din silicon sunt recomandate în primul rând la copii și la pacienții care slab tolerează proceduri dureroase. Cele mai convingătoare studii au fost efectuate cu un gel din silicon curat.

Astfel necesită clarificare întrebarea, cât de corectă este extrapolarea rezultatelor obținute de către alte materiale de silicon cu proprietăți non-adezive.

Terapia de presiune pe zona cicatricii

Terapia de presiune se utilizează pentru tratarea cicatricelor hipertrofice și cheloide începând cu anii 1970 și în multe instituții este considerată la moment de primă linie.

Pentru un efect maxim, se recomandă de a menține un nivel de presiune de 24-30 mm Hg în termen de 6-12 luni, deși datele recomandate ar trebui să fie considerate empirice. Sunt date contradictorii cu privire la schimbarea gradului de respectare a recomandărilor medicale cu trecerea timpului. Conformitatea în acest caz este un factor-cheie, pentru că sunt toate datele de a considera că eficiența depinde în mod direct de durata tratamentului.

Sunt contradictorii datele cu privire la viteza de maturizare a cicatricelor și probabilitatea de realizare a efectelor cosmetice favorabile. De exemplu, într-un studiu prospectiv randomizat, care a inclus 122 pacienți cu arsuri, bandajele de presiune nu au contribuit la maturizarea cicatricilor și nu au redus durata de spitalizare.

Radioterapia

Radioterapia pentru tratamentul cicatricelor cheloide și hipertrofice este folosită ca monoterapie sau în combinație cu intervenția chirurgicală. Cu toate acestea, utilizarea metodei este controversată datorită comunicărilor cu privire la capacitatea sa de a stimula cancerogeneza. Răspunsul la radioterapie, fără tratament suplimentar apare la 10-94% din pacienți, frecvența recidivelor cheloide este de 50-100%.

Această rată mare de recidivă este argumentată având în vedere rezistența cicatricelor la alte metode de tratament. Cele mai bune rezultate au fost obținute atunci când sau folosit doze de radiații 1500-2000 rad în 5 sau 6 sedinte în perioada precoce postoperatorie. Potrivit unor surse, frecvența răspunsului pozitiv în aplicarea radioterapiei după excizia chirurgicală este de la 25 până la 100%. Eficacitatea radioterapiei este dificilă a fi estimată, deoarece în majoritatea cercetărilor retrospective, nu au fost clar definite criteriile de "recidivă", autorii au utilizat diferite metode de radiații și au evaluat efectul în diferite perioade de observare (6-24 luni). Nu a fost un studiu prospectiv randomizat cu evaluarea rezultatelor pe termen lung a tratamentului. Majoritatea cercetătorilor sunt de acord cu faptul că radioterapia poate fi utilizată numai la pacienții adulți a căror forme de cicatrici sunt rezistente la alte metode de tratament. Cu toate acestea, radioterapia, cu condiția informării și consimțământul pacientului la tratament și oferind o protecție adecvată pentru organele sănătoase, rămâne din punct de vedere clinic un mod special de tratament pentru cazurile severe de cheloizi.

Terapia laser

Terapia cu laser este utilizată pentru distrugerea nespecifică a țesutului, în scopul de a reduce probabilitatea cicatrizării patologice, dar a fost considerabil discreditată după publicarea

rezultatelor de cercetare a eficienței tratamentului cu laser argon și CO₂. CO₂ laser inițial a demonstrat rezultate promițătoare în extirparea de cheloizi, dar mai târziu nu a confirmat capacitatea lor de a inhiba creșterea și recidiva cheloizilor.

Acum se folosesc două tipuri noi de lasere CO₂. Studii mici necontrolate, în lipsa de observații pe termen lung au permis sugerarea că laserurile CO₂ de energie mare de frecvență joasă și laserurile CO₂ cu unde continue sunt eficiente în tratamentul postoperator al cicatricelor hipertrofice și cheloide, formate în urma traumelor, acnee sau varicelei. Laserele de CO₂ sunt folosite pentru a trata cicatricile postcombustionale, dar nu s-a reușit demonstrarea efectului favorabil al lor. Toate rezultatele studiilor primare nu au fost confirmate în timp, și la moment laserele de CO₂ nu sunt recomandate pentru tratamentul cheloizilor datorită frecvenței înalte de recidive.

Laserele Argon au fost utilizate prima dată în 1970 pentru tratamentul de cheloizi, dar studiile nu au dovedit îmbunătățirea rezultatelor clinice. Ele produc mai multe leziuni tisulare termice, comparativ cu laserele CO₂ și aplicarea lor are o înaltă frecvență de recidivă a cheloizilor.

Laserele moderne la o anumită lungime de undă (lasere granat pe ittrium-aluminiu și impulsuri laser cu coloranți) sunt utilizate pentru ablația selectivă a vaselor de sânge. Frecvența răspunsului la tratament variază între 36-47%. Într-un studiu recent, care a inclus 17 pacienți cu cheloizi, la 60% de pacienți s-a observat aplatizarea cicatricelor după prima sesiune. La pacienți nu s-a observat nici o recidivă în timpul perioadei de observare, care a durat de la 18 luni până la 5 ani. La 7 pacienți a fost necesar sesiuni suplimentare de terapie cu laser și injecții de steroizi pentru realizarea completă a aplatizării cicatricilor. Recidive au fost observate la 3 pacienți, toate acestea au răspuns la terapia ulterioară cu laser.

Încă un studiu care a inclus 36 de pacienți a arătat că terapia cu puls laser cu erbiu-ittrium-aluminiu-granat este un mod eficient și inofensiv în tratamentul cicatricelor hipertrofice și atrofile. Sunt necesare studii suplimentare pe această temă cu perioadă de timp suficient pentru observație.

Un alt tip de laser (un laser cu colorant cu pompă de la tub puls) a arătat multe rezultate promițătoare în tratarea cicatricelor hipertrofice și atrofice, înlăturarea eritemului și aplatizarea lor. Sursele de lumină de intensitate înaltă sunt de obicei considerate ca fiind analogi al laserelor cu impulsuri pe coloranți. Îmbunătățirea aspectului exterior al cicatricelor hipertrofice și cheloide au fost remarcate în 57-83% dintre pacienți, iar combinația terapiei laser cu injecții de steroizi a dus la îmbunătățirea în continuare a rezultatelor. Unele studii au arătat că lazeroterapia combinată cu injecții de steroizi în regiunea cicatricei este eficace pentru tratamentul formelor precoce rezistente la tratament a cicatricelor cheloide. Recent, într-un studiu care a implicat 106 pacienți (171 de cicatrici cu localizări diferite), a arătat că laser terapia contribuie la dispariția rapidă a eritemului și o scădere a densității cicatricii, iar utilizarea a laserului pe bază de colorant cu pompă de la tub puls începută în decurs de 2 săptămâni după intervenția chirurgicală previne cicatrizarea patologică. Cu toate acestea, un alt studiu randomizat pe pacienți cu cicatrici hipertrofice nu au demonstrat dinamica pozitivă după terapia cu laser. Insuficiența studiilor controlate cu evaluarea rezultatelor pe termen lung al tratamentului nu poate cu exactitate determina locul terapiei cu laser în tratamentul cicatricelor, de aceea este necesară cercetarea științifică în continuare.

Cu toate acestea, mulți medici dermatologi și inclusiv unii autori ai recenteii publicații confirmă o resorbție accelerată a cicatricelor hipertrofice hiperemice sub influența laser terapiei și, probabil, îmbunătățirea asociate cu el al rezultatului final.

Crioterapie

Utilizarea izolată a 2 sau mai multe sesiuni de crioterapie conduce la o aplatizare a cheloizilor la 51-74% de pacienți. Sa demonstrat eficacitatea metodei în tratamentul cicatricelor formate în zonele de acnee. Limitarea în utilizarea crioterapiei este durata prelungită (până la câteva săptămâni) a vindecării rănilor, și, adesea, dezvoltarea hipopigmentării la locul de impact. Este posibil la fel apariția altor reacții adverse: hiperpigmentare, atrofia pielii de severitate moderată, sindrom algic.

Ca rezultat, crioterapia este utilizată de obicei în tratamentul cicatricelor de dimensiuni mici.

Acoperire cu hîrtie adezivă microporoasă

Autorii au ajuns la concluzia despre oportunitatea utilizării hîrtiei adezive în plagile proaspete chirurgicale pentru câteva săptămâni după intervenția chirurgicală. Mecanismul de acțiune al acestei metode de tratament rămâne neclar, posibil, parțial din cauza stresului mecanic (ca în utilizarea unui bandaj compresiv), sau ocluziv (ca în utilizarea gelului din silicon). Cu toate acestea, eficiența metodei a fost confirmată doar prin două studii clinice necontrolate. Autorii sugerează de asemenea că acest tip de terapie este mai puțin eficient decât alte tehnologii disponibile, în special, gelul din silicon, dar poate fi utilizat pentru prevenirea cicatrizării patologice la pacienții din grupurile cu risc scăzut, sau pînă la utilizarea gelului de silicon pe o rană proaspătă post-operatorie. Având proprietăți elastice acoperirea poate fi utilă pentru cicatricile situate în regiunile articulațiilor.

Alte tipuri de tratament

Există, de asemenea, rapoarte despre utilizarea altor metode de tratament al cicatricilor, dar cantitatea lor nu este suficientă pentru o evaluare obiectivă a eficacității și inofensivității lor. Astfel de metode pot fi împărțite în trei grupuri.

1. Metode terapice a căror eficiență nu a fost confirmată prin studii randomizate (sau având referință despre ineficacitatea utilizării acestora în unele lucrări):

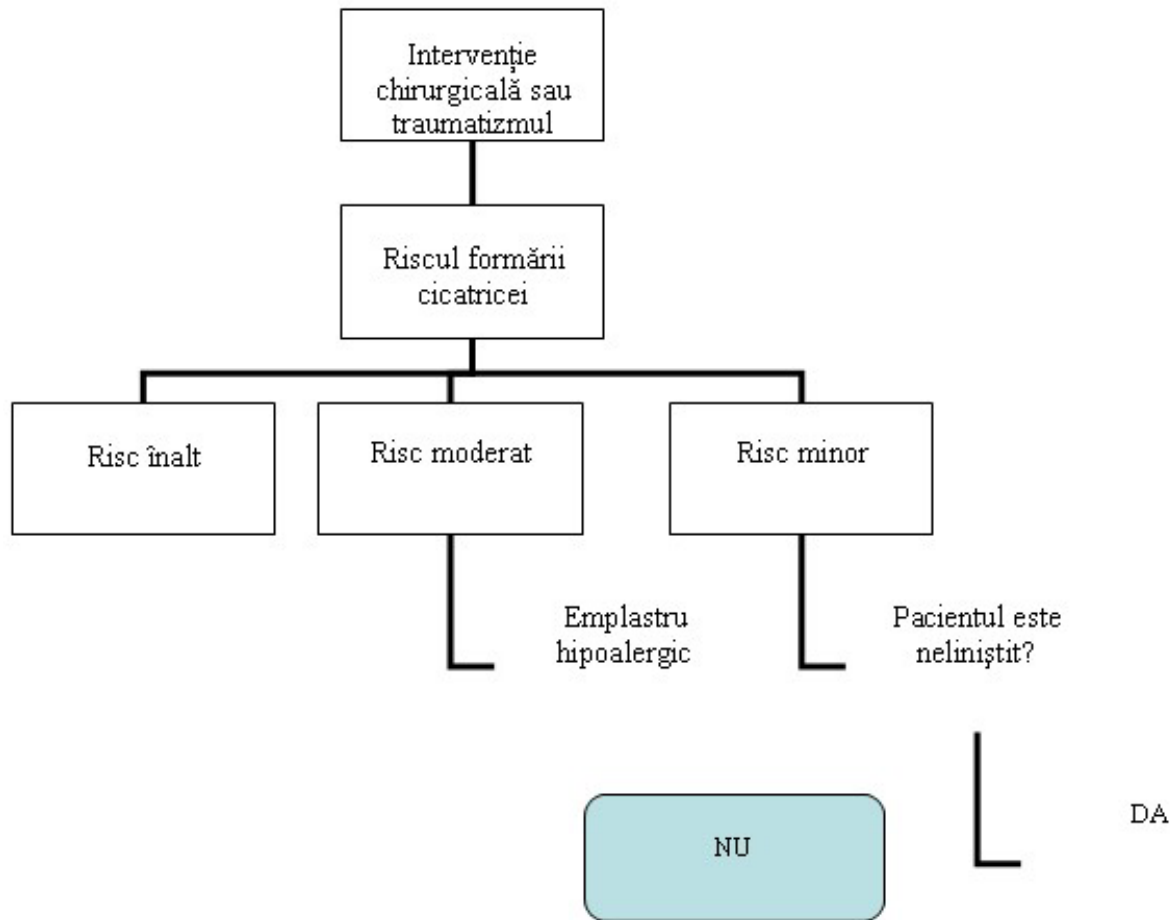
- Aplicarea topică a vitaminei E
- Gel ce conține extract de ceapă
- gel cu alantoina-sulfomucopolisaharidă
- Creme cu extracte din plante (Bulbine frutescens, Centella asiatica)

2. Metode cu eficacitate dovedită, dar cu frecvență mare de reacții adverse:

- Utilizarea acidului retinoic
- Utilizarea de colchicină
- Sistemic administrarea preparatelor antihistaminice

3. Noi metode de tratament care nu au o utilizare îndelungată în practică:

- Utilizarea pielii sintetizate în mod artificial
- Utilizarea de ciclosporină
- Injecțiile de verapamil în zona afectată



Se folosesc, de asemenea, tehnici de fizioterapie, hidroterapie, masaj, terapie cu ultrasunete și stimularea cu impulsuri electrice. Hidroterapia sub presiune este utilizată pe scară largă în unele țări europene pentru tratamentul cicatricilor postcumbustionale.

În mod similar, diverși specialiști medicali des utilizează masajul.

Cu toate acestea, pentru a efectua o concluzie cu privire la eficacitatea acestor metode este necesară cercetarea rezultatelor la distanță..

Metodele de tratament aflate la etapa de studiu

La ziua de azi trei metode de tratament sunt în stadiul de cercetare

1. interferonii (alfa, beta și gamma);
2. iniecții cu 5-fluoruracil în zona afectată
3. iniecții de bleomicină.

A fost demonstrat că interferonii măresc gradul de scindare a colagenului. Tredget et al. au constatat că iniecțiile de interferon á 2b 3 ori pe săptămână duc la îmbunătățirea semnificativă

a stării cicatricelor hipertrofice analizate comparativ cu tratamentul placebo, precum și reducerea nivelului în ser a factorului de creștere - a, care a fost, de fapt observat și la finele tratamentului. Recidiva de cheloizi sa dovedit a fi cu mult mai rară după iniecțiile de interferoni în comparație cu utilizarea triamcinolonei (18,7% versus 58,5%) . Efectul negativ constă în prezența durerii în timpul injectării de aceea uneori este necesară anestezia locală.

Injectarea de 5-fluoruracil în zona afectată cu succes a fost utilizată pentru tratamentul cicatricelor hipertrofice și cheloide atât ca monoterapie și în combinație cu iniecții de steroizi. Medicii care au folosit injectarea de 5-fluorouracil au rămas entuziasmați de rezultatele obținute și de nivelul scăzut al reacțiilor adverse. Astfel există un substrat temeinic pentru utilizarea lui în practica medicală.

Probabil că după un studiu minuțios în continuare, aplicarea 5-fluoruracilului va fi recomandată pe scară mai largă ca o alternativă în cazurile greu tolerate la injectarea de steroizi.

Iniecțiile de bleomicină au demonstrat eficacitatea lor în tratamentul cicatricelor hipertrofice apărute

În urma intervențiilor chirurgicale și leziunilor traumatiche. Pacienții cu cicatrici rezistente la terapia steroidiană au arătat rezultate satisfăcătoare la injectarea de 0,1% bleomicină fiecare 3-4 săptămâni.

Un studiu pilot recent care a inclus 13 pacienți a arătat o aplatizare completă (la 6 pacienți) sau semnificativă (mai mult de 90%, 6 pacienți) al cicatricilor hipertrofice și cheloide, după introducerea a 1.5 U / ml de bleomicină prin metoda injectării multiple punctiforme.

Deși publicații pe această problemă nu sunt suficiente, în unele țări europene există o experiență practică de utilizare a bleomicinei destul de convingătoare. Există aproximativ aceeași explicație a efectului bleomicinei și 5-fluoruracil, care și servește ca fundament în aplicarea lor clinică. Ar fi binevenit un studiu comparativ al acestor preparate chimioterapice cu terapia steroidiană.

Nu au fost raportate cazuri de apariție a efectelor adverse în tratamentul cicatricilor cu bleomicină; în utilizarea preparatului pentru tratamentul verucilor sau observat cazuri de cădere a unghiilor și dezvoltarea sindromului Raynaud.

Unii autori al acestei publicații posedă o experiență bogată în utilizare preparatelor injectabile de bleomicină și 5-fluoruracil în zonele afectate. În ciuda faptului că există o argumentare teoretică convingătoare sunt totuși necesare studii prospective pe o perioadă de observație adecvată înainte ca aceste metode să fie considerate ca metode standard.

Suplimentar există rezultate experimentale efectuate pe animale, care sugerează că un anumit rol în formarea cicatricilor este asumată modulatorilor factorului de creștere de transformare. Factorul de creștere- α de transformare participă în formarea fibrozei pulmonare, glomerulonefritei și cicatrizării cutanate. Există 3 izoforme al acestui factor și se pare că corelația între ele este factorul cheie în optimizarea prognozei gradului de cicatrizare. În afară de blocarea factorului de creștere- α de transformare de către anticorpi, cercetătorii au propus blocarea activării lui prin intermediul

receptorilor manozo-6-fosfat și adăugarea izoformei a α 3-factor de transformare. Aceste abordări au dovedit, de asemenea, eficacitatea lor în experimente pe animale; și se planifică efectuarea studiilor pe voluntari.

O altă direcție de cercetare este studiul oportunităților în a influența sinteza colagenului. Penicilaminul și alți agenți nespecifici sau folosit ca inhibitori de creștere a colagenului, dar utilizarea lor sa dovedit a fi inacceptabilă din cauza toxicității înalte. În ultimii ani, unele companii au încercat elaborarea unor inhibitori specifici de sinteză a colagenului cu o toxicitate redusă pentru uz local. Studiile pe animale au arătat rezultate încurajătoare. În general, industria farmaceutică depune eforturi mari pentru sinteza unor preparate capabile să răspundă la cerințele contemporane de tratament al cicatricilor patologice. Există motive să presupunem că ele vor apărea în practica medicală deja în următorii 5 ani.

Recomandări de gestionare a pacienților cu cicatrici

Recomandările sunt formulate pe baza datelor reprezentare mai sus privind eficiența diverselor metode de prevenire și tratament al cicatricilor patologice precum și în baza experienței practice căpătată de către experți.

- este necesar de a lua măsuri precoce îndreptate spre prevenirea formării cicatricilor hipertrofice și cheloide după intervenție chirurgicală și traumatisme.

- importanță deosebită o are practica chirurgicală calitativă și profilactica eficientă de prevenire a infectării plăgilor postoperatorii

- o atenție deosebită trebuie acordată pacienților din grupul de risc major: care au în anamneză cicatrici patologice sau care au suportat intervenții, caracterizate prin frecvența înaltă de cicatrizare patologică (de exemplu, pe glandele mamare, în regiunea cutiei toracice). Nu există date obiective cu privire la existența unei legături între prognoza cicatrizării și factorului specific de risc.

Recomandările referitor la prevenirea cicatrizării patologice sunt bazate pe următoarele principii:

1. Utilizarea hîrtiei adezive microporoase câteva săptămâni după o intervenție chirurgicală.

Procedura este un standard pentru majoritatea autorilor acestui publicații. Cu toate că nu au fost efectuate studii prospective promițătoare care ar confirma eficacitatea acestei tehnici, autorii sunt unanim de acord cu oportunitatea metodei.

2. Utilizarea gelului din silicon ca remediu de prima linie.

Se recomandă începerea aplicării gelului din silicon cât mai curând posibil, imediat după închiderea completă a plăgii, și să se continue tratamentul cel puțin timp de o lună. Gelul trebuie să fie aplicat pe zona afectată în fiecare zi, dacă este posibil 2 ori pe zi.

3. Injectarea de steroizi în zona cicatrizată - terapia de linia a doua, în cazurile grave.

Oportunitatea folosirii metodelor alternative de tratament este confirmată de puține cercetări clinice.

Pacienții cu risc scăzut de cicatrizare patologică trebuie să respecte măsurile standarde de igienă. La necesitate ei pot fi consultați despre formarea cicatricilor dacă această problemă îi deranjează.

Tratamentul pacienților cu cicatrici hipertrofice și cheloide.

Selectarea metodei adecvate de tratament al cicatricilor deja formate se efectuează în funcție de tipul lor și datelor anamnestice a pacientului. Tipul cicatricii este factorul primordial pentru stabilirea tacticii de tratament. Datele anamnestice pot oferi informații valoroase despre riscul cicatrizării patologice, despre tratamentul administrat anterior, plîngerile potențiale a pacientului. Severitatea eritemului este considerat un factor important pentru prognosticul caracterului dezvoltării cicatricii și răspunsul său la tratament.

Simptoame concomitente

Procesul de cicatrizare adesea se asociază cu simptoame cum ar fi durerea și pruritul. Există cazuri unice care confirmă eficacitatea unor metode de ușurare a senzației de prurit. Cu acest scop poate fi utilizat puls laser pe bază de colorant, deși la această etapă este de preferat aplicarea tehnologiilor cu cost mai mic pentru a obține efectul dorit (relația "cost-eficiență"). A fost demonstrat că utilizarea substanțelor hidratante, gelului din silicon, antihistaminice de uz systemic,

antidepresantelor, precum și corticosteroizi topici, masaj, hidroterapia ușurează starea pacienților, diminuează severitatea pruritului. Cu toate acestea, este necesar de a lua în considerație posibilitatea hipersensibilității la substanțele hidratante, în special, care conțin lanolină.

Cicatrice hipertrofică imatură (de culoare roșie)

În practică, adesea este destul de dificil de a identifica, se va rezorbi o astfel de cicatrice sau se va transforma în una hipertrofică. Din experiența autorilor, este binevenită respectarea tacticii descrisă în capitolul "Profilaxie". Dacă eritema persistă timp de 1 lună riscul dezvoltării cicatricii hipertrofice crește; în acest caz se recomandă utilizarea metodelor descrise în capitolul "cicatrice hipertrofică liniară și difuză"

Cicatrice hipertrofică liniară formată după o intervenție chirurgicală sau traumatism (de culoare roșie, proeminentă deasupra suprafeței pielii)

Ca tratament de prima linie este rezonabil de a fi folosit gelul din silicon, după cum reiese din rezultatele studiilor randomizate. În cazul în care cicatricea este rezistentă, nu răspunde la tratamentul cu gel din silicon sau este însoțită de un prurit marcat se recomandă terapia ulterioară cu iniecții de corticosteroizi. Poate fi luată în considerație posibilitatea de a fi folosite alte metode de tratament descrise mai sus ca mijloace adjuvante în formele grave severe.

Dacă în decurs de 12 luni de tratament conservator nu sa obținut efectul necesar prin utilizarea gelului din silicon, pansamentelor compresive și injecțiilor de steroizi, ar putea fi luată în considerare metoda exciziei chirurgicale a cicatricii, urmată de aplicarea profilactică a gelului din silicon.

În cazurile severe, este posibilă excizia chirurgicală repetată a cicatricii, prelucrarea plăgii cu triamcinolon acetat, păstrarea îndelungată a suturilor intradermice și injectarea ulterioară de corticosteroizi. Unii autori au o experiență de succes în aplicarea terapiei laser de undă lungă și crioterapiei, dar aceste metode mai necesită studiere ulterioară.

Cicatrice hipertrofică difuză (formată după arsuri) - de culoare roșie, proeminente deasupra suprafeței pielii

Frecvent întâlnită cicatricea hipertrofica, formată după arsuri, urmează a fi tratată în primul rând cu ajutorul gelului din silicon și utilizarea pansamentului compresiv, deși eficacitatea ultimei metode nu este suficient dovedită. Tratamentul cicatricilor postcombustionale este dificil și necesită adesea utilizarea metodelor combinate: bandaje compresive alese în mod individual în dependență de tipul cicatricei, fizioterapia, utilizarea gelului din silicon, preparate injectabile de corticosteroizi în zonele greu supuse tratamentului, tratamentul chirurgical (plastia în formă de Z, excizia cicatricei, transplantul de piele, diverse lambouri). Suplimentar se utilizează masajul, soluții de coloizi, antihistaminice pentru ameliorarea senzației de prurit.

Probabil impact pozitiv o poate avea terapia cu laser impuls pe bază de coloranți.

Cheloizi de dimensiuni mici

Analiza datelor publicate și experiența personală a autorilor a arătat că tratamentul de prima linie a cheloizilor de dimensiuni mici este combinarea gelului din silicon și injectarea corticosteroizilor în zona cicatricei. În caz de ineficiența acestei tehnici, se va recurge la excizia chirurgicală cu utilizarea ulterioară a corticosteroizilor (preparate injectabile în zona de cicatrizare), și aplicarea gelului din silicon. În unele studii s-a demonstrat efectul pozitiv al terapiei prin presiune locală.

Excizia chirurgicală a cicatricei fără o supraveghere aprofundată și tratament suplimentar este însoțită de o rată mare de recidivă. Dacă în timp intervenției nu a fost luată în considerare păstrarea normală a arhitectonicii țesutului se poate forma o cicatrice patologică chiar mai pronunțată decât cea înainte de intervenția chirurgicală. Este preferabilă excizia parțială a cicatricei decât provocarea deformării acestuia. Experiența autorilor arată că încoronată de succes este excizia cheloidului recidivant cu ulterioara transplantare de piele liberă și aplicarea imediat după intervenție a radioterapiei. Importanță are aprecierea rațională a riscurilor potențiale al expunerii la radiație.

Cheloizi mari

Cheloizii mari reprezintă cea mai dificilă problemă clinică, multe dintre ele sunt rezistente la toate formele disponibile de tratament.

Înainte de a lua decizia preoperatorie este important de a informa pacientul despre existența probabilității înalte de apariție a recidivei.

Pentru unii pacienți, unica metodă de tratament o reprezintă doar terapia simptomatică cu antihistaminice și respectarea normelor de igienă a cicatricei. Prin utilizarea radioterapiei se ia în considerare probabilitatea lipsei efectului pozitiv.

Noile metode de tratament, ca iniecțiile cu bleomicină sau 5-fluoruracil pot fi utile pe viitor, precum și cercetările asupra posibilităților de influență a factorului de creștere și sinteza colagenului. Pacienții cu cheloizi mari ar trebui să fie tratați de către medici care se ocupă minuțios de această problemă. Un factor important îl reprezintă monitorizarea constantă a stării pacienților și consultarea lor pe problema profilacticii și prevenirii cicatrizării patologice.

CONCLUZIE

Alegerea modului de tratament a cicatricilor patologice trebuie să fie bazat pe dovezile științifice disponibile despre eficiența fiecărei metode în parte și să țină cont de cerințele individuale ale pacienților.

Este necesar de a continua cercetarea tuturor metodelor existente în studii clinice randomizate formarea sistematică a rapoartelor despre eficacitatea acestora precum și implementarea noilor metode cu scop de a îmbunătăți calitatea și obținerea rezultatelor bune în tratamentul cicatricilor patologice.

Bibliografie

1. Mereuță Ion, Furtună Ludmila, Șveț Veronica, Țurcan Stela. Remediul și metoda de tratament a cicatricilor post-combustionale, cheloide și hipertrofe și a stărilor precanceroase. Chișinău, 2010.
2. Mereuță Ion, Furtună Ludmila, Șveț Veronica. Metoda și metodologiile de tratament conservativ al cicatricilor și cheloide. Chișinău, 2010.
3. Mereuță Ion, Furtună Ludmila, Șveț Veronica, Dolganiuc Nicolae. Model al criteriului integral de eficiență a tratamentului cicatricilor post-combustionale, cheloide și hipertrofe. Chișinău, 2010. USMF „N. Testemițanu”.
4. Guyatt, G. H., Sackett, D. L., Sinclair, J. C. et al. User's guides to the medical literature: TX. A method for grading Healthcare recommendations. J.A.M.A. 274: 1800. 1995.
5. Piantadosi. S. David Byar as a teacher. Control. Clin. Trials 16: 202, 1995.
6. Olkin, I. Statistical and theoretical considerations in meta analysis. Clin. Epidemiol. 48; 133, 1995.
7. Davey, R. B., Sprod, R. T., and NeUd, T. O. Computerised colour: A technique for the assessment of burn scar hypertrophy. A preliminary report. Burns 25:207, 1999.
8. Powers, P.S., Sarkar, S., Goldgof. D. B., Cruse, C.W. and Tsap, L. V. Scar assessment' Current problems and future

- solutions./Burn Care Rehabil. 20: 54, 1999.
9. Beausang, E., Floyd, H., Dunn, K. W., Orton, C. I., and Ferguson, M. W. A new quantitative scale for clinical scar assessment. *Plait. Recoratr. Surg.* 102: 1954, 1998.
 10. Yeong, E. K., Mann, R., Engrav, L. H., et al. Improved bum scar assessment with use of a new scar-rating scale/ Burn Care Rehabil. 18: 353, 1997.
 11. Sullivan, T., Smith, J., Kermod, J., et al. Rating the bum scar./Burn Care Rehabil 11: 256, 1990.
 12. Baryza, M. J., and Baryza, G. A. The Vancouver Scar Scale; An administration tool and its interrater reliability./Burn Care Rehabil. 16: 535, 1995.
 13. Nedelec, B., Shankowsky, A., and Tredgetl, E. E. Rating the resolving hypertrophic scar: Comparison of the Vancouver Scar Scale and scar volume./Bunt Can Rehabd. 21: 205, 2000.
 14. Berman, B., and Bielely, H. C. Adjunct therapies to surgical management of keloids. *Dermatol. Surg.* 22: 126, 1996.
 15. Darzi, M. A., Chowdri, N. A., Kaul, S. K., et al. Evaluation of various methods of treating keloids and hypertrophic scars: A 10-year follow-up study. *Br.J. Plast. Surg.* 45: 374, 1992.
 16. Lawrence, W. T. In search of the optimal treatment of keloids: Repor of a series and a review of the literature. *Plat. Surg.* 27: 164, 1991.
 17. Berman, B., and Bielely, H. C. Keloids./Am. Al:IUL *Dermatol.* 33: 117, 1995.
 18. Urioste, S. S., Arridt, K. A., and Dover, J. S. Keloids and hypertrophic stars: Review and treatment strate gies. *Sum in. Cutan. Mrd. Smg.* 18: 159, 1999.
 19. Sherris, D. A., Larrabee, W. F. Jr. and Murakami, C. S. Management of scar contractures, hypertrophic scars and keloids. *Otolaryngol Glin.* 28:1057, 1995.
 20. Rockwell, W. B., Cohen. I. K., and Ehilich, I. P. Keloids and hypertrophic scars: A comprehensive review. *Plait. Surg.* 84: 827, 1989.
 21. Niessen, F. B., Sbauwen. P. H. M., Schalkwijk, M. On the nature of hypertrophic scars and keloids: A review. *Surg.* 101: 1435, 1999.
 22. Alster, T. S., and West, T. B. Treatment of scars: A review. *Ann, Ptast. Surg.* 39: 418, 1997.
 23. Murray, J. C. Keloids and hypertrophic scars. *Clin. Dermatol.* 12: 27, 1994.
 24. Kelly, A. P. Keloids. *Dermatol.* 6: 413, 1988.
 25. Murray, J. C. Scars and keloids. *Dermatol. Clin.* 11:1597, 1993.
 26. Griffith, B. H., Monroe, C. W., and McKinney, P. II follow-up study on the treatment of keloids with triamernoione aceronitle. *Plast. Surg.* 46: 145, 1970.
 27. McCoy, B. J., Diegelmann, R. F., and Cohen, I. K. In vitro inhibition of cell growth, collagen synthesis and prolyl hydroxylase activity by iriamcinolone acetoneide. *Pro: SV. Exp. Biol. Med.* 163: 216, 1980.
 28. Ketclium.L. D. Smith, I., Robinson, D. W., et al. The treatment of liyperu opine scar, keloid and star contracture by acetoneide. *Plast. Surg.* 38: 209, 1996.
 29. Tang, Y. W. Ivitia-and postoperative steroid injections for keloids and hypertrophic stars. *Br. Plait. Surg.* 45: 371, 1992.
 30. Hirshowite, B., Liemer, D., and Moscona, A. R. Treatment of keloid scars by combined surgery and intralesional dorticosteroids. *Plat. Surg.* 6: 153, 1982.
 31. Whang, K. K., Pak, H. J., and Myung, K. B., The clinical analysis of the combination of cryosurgery and intralesional corticosteroid for keloid or hypertrophic scars. *Korean J. Dermatol.* 35: 450, 1997.
 32. Sproat, J. E., Dakin, A., Weitauev, N., and Roberts, R. S. Hypertrophic Eternal scars: Silicone gel sheeting versus kenalog injection treatment. *Flint. RKCOIA. Surf.* 90: 988, 1992.
 33. Yu, N. W., and Frame, J. D. Evaluation of cynthaskih and topical steroid in the treatment of hypertrophic scars and keloids. *J. Plm. Surg.* 19: 112, 1996.
 34. Alexander, J. W., MacMillan, B. G., et al. Failure of topical and vitamin E to reduce postoperative Bear formation following reconstructive surgery./Bup Care Rehabil., 7: 309, 1986.
 35. Perkins, K., Davy, R. B., and Wallis, K. A. Silicone gel: A new treatment for burn scars and contractures. *Inj.* 9: 201, 1983.
 36. Sawada, Y., and Solle, K. Treatment of scars and keloids with a cream containing silicone oil. *Br. J. Plast. Surg.* 43: 683, 1990.
 37. Chang, C. C., Kilo, Y. F., Chin, H., et al. Hydration, not silicone, modulates the effects of keratinocytes on full roblasts./ *Surg. Res.* 59: 705, 1995.
 38. Camey,S.A., Cason, C.G., Gowar, J. P. Caregel sheeting in the management of hypertrophic scarring. *Bit.* 20: 163, 1994.
 39. Branagan, M., Chenery, D. H., and Nicholson, S. Use of the infrared attenuated total reflectance spectroscopy for the in vivo measurement of hydration level and silicone distribution in die stratum corneum following skin coverage by polymeric dressings. *Skin Pharmacol. Appi Skin Physiol.* 13: 157, 2000.
 40. Suetake, T., Sasai, S., Zhen, Y. X., and Tagami, H. Effects of silicone gel sheet on the stratum corneum hydration, *Br. J. Surg.* 53: 503, 2000.
 41. Poston, J. The use of silicone gel sheeting in the management of hypertrophic and keloid scars. *Wound Cn.9;* 10, 2000.
 42. Su, C. W., Alizadeh, K., Boddie, A., and Lee, R. C. The problem scar. *Clin. Plant. Surg.* 25: 451, 1998.
 43. Kaiz, B. E. Silicone gel sheeting in scar therapy. *Cutis* 56: 65, 1995.
 44. Herman, B., and Flores, F. Comparison of a silicone gel-filled cushion and silicone gel sheeting for the treatment of hypertrophic or keloid scars. *Dermalol. Surg.* 25; 484, 1999.
 45. Gold, M. H. A controlled clinical trial of topical silicone gel sheeting in the treatment of hypertrophic scars and keloids./ *Am. Acad. Dermatol.* 30: 506, 1994.
 46. Cruz-Korchin, N. I. Effectiveness of silicone sheets in the prevention of hypertrophic breast scars. *Ann. Plast. Surg.* 37: 345, 1996.
 47. Agarwal, U. S, Jain, D., Gulati, R., et. al. Silicone gel sheet dressings for prevention of post-minigraft cob-blestoning in vitiligo. *Dermatol. Surg.* 25: 102, 1999.
 48. Ann, S. T., Monaf, W. W., and Mustoe, T. A. Topical silicone gel for the prevention and treatment of hypertrophic scars. *Ann. Surg.* 126: 499, 1991.
 49. Ann, S. T., Monaf, W. W., and Mustoe, T. A, Topical ; silicone gel: A new treatment for hypertrophic scars. *Surgay* 106: 781, 1989.
 50. Gold, M. H. The role of CICA-CARE in preventing scars following surgery: A review of hypertrophic and keloid scar treatments. Oral presentation at the Annual Meeting of the American Academy of Dermatohogy, San Francisco, Calif., March 10-15, 2000.
 51. Borgognoni, L., Martini, L., Chiarugi, C., Gelli, R., and Reali, U. M. Hypertrophic scars and keloids: Immunophenotypic features and silicone sheets to prevent recurrences. *Ann. Burns J. Disasters* 8: 164, 2000.
 52. Quinn, K. J. Silicone gel in scar treatment. *Burns* 13:33, 1987.
 53. Morris, D. E., Wu, L., Zhao, L. L., et al. Acute and chronic animal models for excessive dermal scarring: Quantitative studies. *Flust. Surg.* 100: 674, 1997.
 54. Baum,T. M., and Busuito, M. J. Use of a glycerin-based gel sheeting in scar management. *Adv. Wound Care* 11:40, 1998.
 55. Phillips, T. J., Gerstein, A. D., Jordan, V., et al. A randomized controlled trial of hydro colloid dressing in the treatment of hypertrophic scars and keloids. *Dervtatol. Surg.* 22: 775, 1996.
 56. Wong,T. W., Chiu, H. C., Chang, C H., et al. Silicone cream occlusive dressing: A novel non-invasive regimen in the treatment of keloid. *Dermatology* 192: 329, 1996.
 57. Staley, M.J., and Richard, R. L. Use of pressure to treat hypertrophic burn scars. *Adv. Wound Care:* 44,1997.
 58. Fricke, N. B., Omnell, M. L, Dutcher, K. A., Hollender, L. G. Skeletal and dental disturbances in children after facial bums and pressure garment use: A 4-year follow-up. *J. Burn Care Rehabil.* 20: 239, 1999.
 59. Ward, R. S. Pressure therapy for the control of

hypertrophic sear formation after burn injury: A history and review. *Burn Care Rehabil.* 12: 257, 1991.

60. Tredget, E. E. Management of the acutely burned upper extremity. *Hand Clin.* 16: 187, 2000.

61. Nedelec, B., Ghahary, A., Scott, P., and Tredget, E. Control of wound contraction: Basic and clinical features. *Hand Clin.* 16: 289, 2000.

62. Agrawal, K., Panda, K. N., and Arumugam, A. An inexpensive self-fabricated pressure clip for the ear lobe. *BT.J. Plast. Surg.* 51: 122, 1998.

63. Linares, H. A. From wound to scar. *Burns* 22: 339, 1996.

64. Rayner, K. The use of pressure therapy to treat hypertrophic scarring. *Wound Care* 9: 151, 2000.

65. McMahon, S., and Shukalak, B. Rehabilitation of til burned upper extremity. *Hand Clin.* 16:303, 2000.

66. Johnson, J., Greenspan, B., Gorga, D., et al. Compliance with pressure garment use in burn rehabilitation. *J. Burn Care Rehabil.* 15: 180, 1994.

67. Kealey, G. P., Jensen, K. L., Laubenthal, K. N., and Lewis, R. W. Prospective randomised comparison of two types of pressure therapy garments. *J. Burn Care Rehabil.* 11:334, 1990.

68. Rose, M. P., and Deitch, E. A. The clinical use of tubular compression bandage, Tubigrip, for burn scar therapy: A critical analysis. *Burns Inc. Therm. Inj.* 12: 58, 1985.

69. Chang, P., Laubenthal, K. N., Lewis, R. W., et al. Prospective, randomized study of the efficacy of pressure garment therapy in patients with burns. *J. Burn Cort. Rehabil.* 16: 473, 1995.

70. Norris, J. E. Superficial X-ray therapy in keloid management: A retrospective study of 24 cases and literature review. *Plast. Reconstr. Surg.* 95: 1051, 1995.

71. Cosman, B., Crikelair, G. F., Ju, D. M., et al. The surgical treatment of keloids. *Plast, Reconstr. Surg.* 27: 335, 1961.

72. Brown, L. A. Jr., and Pierce, H. E. Keloids: Scar revision. *Dermatol. Surg. Oncol.* 12: 51, 1986.

73. Levy, D. S., Salter, M. M., and Roth, R. E. Postoperative irradiation in the prevention of keloids. *A.J.R. Am. J. Roentgenol.* 127: 509, 1976.

74. Edsmyr, F., Larson, L. G., Onyango, J., et al. Radiotherapy in the treatment of keloids in East Africa. *East Afr. Med.J.* 50:457, 1973.

75. Bailin, P. Use of the CO laser for non-PWS cutaneous lesions. In K. A. Amdt, J. M. Noe, and S. Rosen (Eds.), *Cutaneous Laser Therapy: Principles and Methods*. New York: John Wiley, 1983. p. 187-200.

76. Apfelberg, D. B., Maser, M. R., White, D. N., et al. Failure of carbon dioxide laser excision of keloids. *Lasers Surg. Med.* 9: 382, 1989.

77. Norris, J. E. The effect of carbon dioxide laser surgery on the recurrence of keloids. *Plast. Reconstr. Surg.* 87: 44, 1991.

78. Bernstein, L. J., Kauvar, A. N., Grossman, M. C. et al. Scar resurfacing with high-energy short-pulsed and flash scanning carbon dioxide lasers. *Dermatol. Surg.* 24: 101, 1998.

79. Kamor, C.R., Wheland, R. O., Bailir, F. L., et al. Treatment of earlobe keloids with carbon dioxide laser excision: A report of 10 cases. *Dermatol. Surg. Oncol.* 11: 1063, 1985.

80. Sheridan, R.L., Lydon, M. M. Laserablation of burns: Initial clinical trial. *Surgery* 125:92, 1999.

81. Huisbergen-Henning, J. P., Rojskam, Y., and van Gemeit M. J. Treatment of keloids and hypertrophic scan with an argon laser. *Lasers Surg. Med.* 6: 72, 1986.

82. Abergel, R. P., Meeker, C. A., and Dwyel, R. M. Control of connective tissue metabolism by lasers: Recent developments and future prospects. *Am. Acad. Dermatol.* 11: 11-12, 1984.

83. Kumar, K. Kapuor. B. S., Rai, P., and Shukki, H. S. In situ irradiation of keloid scars with Nd: YAG laser. *WoundCare* 9: 213, 2000.

84. Kwon, S. D., and Kye, Y. C. Treatment of scars with a pulsed Er:YAG laser. *Laser Ther.* 2: 27, 2000.

85. Alster, T. S. Improvement of cry then latous and hypertrophic scars by ilu-585 Bashlamp pulsed dye laser. *Ann. Plast. Surg.* 32: 186, 1994.

86. Alster, T. S., Kurban, A. K., Grovt. G. L., et al. Alteration of argon induced scars by the pulsed dye laser. *Lasm Surg. Med.* 13: 368, 1995.

87. Pierick, C., Goldman, M. P., and Fuzpatrick, R. E. Laser treatment of crytheinatous/hypertrophic and pigmented scars in 26 patients. *Plast. J.*, 8-1, 1995.

88. Goldman, M., and Fitzpatrick, R. E. Laser treatment of scars. *Dermatol. Surg.* 21: 685, 1995.

89. McCraw, J. B., McCraw, J. A. McMellm, A., and Bettencourt, N. Prevention of utifavorable scars using ear dye laser treatments: A preliminar report. *Ann. Surg.* 42: 7, 1999.

90. Zouboulis, C. Blume, U., Bultner, P., and Orlanos, C. L. Oniromes of cryosurgery in keloids and hypertrophic scars: A prospective, consecutive trial of case series. *Arch. Dermatol.* 12: 1146, 1999.

91. Rusciani, L., Rosse, C, and Bono, R. Use of cryotherapy in treatment of keloids. *Dermatol. Surg.* 19: 329, 1993.

92. Davey, R. B., Wallis, K. A., and Bowering, K. Adhesive contact media: An update on graft fixation and burn scar management. *Bts.* 17: 313, 1991.

93. Havlik, R. J. Vitamin E and wound healirtg: Safety and efficacy reports. *Plasty Reconstr. Surg.* 100: 1901, 1997.

94. Widgerow, A. D., Chait, L. A., Stals, R., and Stals, P. J. New innovations in scar management. *Aesthetic Plast. Surg.* 24: 227, 2000.

95. Peacock, E. E., Jr. Pharmacologic control of surface scarring in human beings. *Ann. Surg.* 193: 592, 1981.

96. Topol, B. M., Lewis, V. L., Jr., and Beneviste, K. The use of antihistamine to retard the growth of fibroblasts derived from human skin, scar and keloids. *Plast. Reconstr. Surg.* 68:227, 1981.

97. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция. Санкт-Петербург, 2005, 115стр.

98. Болховитинова М.Г., Павлова М.Н. Келоидные рубцы. М.: Медицина, 1997. 136стр.

Noutăți în oncologie

Tratamentul cu escozul

Escozul sau Vidatox-ul este un produs natural de tratament împotriva cancerului, când celelalte tratamente convenționale (chimioterapie, radioterapie, tratamente combinate și complexe nu au dat efect pozitiv). Este un medicament cubanez, cu acțiune anticancerogenă de origine naturală, obținut din veninul scorpi- onului albastru, care se găsește numai în Cuba.

Cercetările clinice efectuate în ultimii ani de către savanții de la Institutul LABIOFARM, Havana, Cuba cu Institutul Oncologic și Radiologic (INOR) au fost demonstrate rezultate remarcabile în tratamentul cancerului în stadii inițiale și în stadii avansate, cu o eficacitate de 90%, cu îmbunătățirea calității vieții bolnavului. Labiofarm este singura instituție cubaneză autorizată de Guvernul Cubei să producă și să distribuie Escozul.

Domnul
ȘTEFAN GAȚCAN
savant, doctor în medicină
Om de Omenie –
50 de ani
de la naștere



Ștefan GAȚCAN s-a născut pe 8 aprilie 1961, în localitatea Molovata, raionul Dubăsari, pe malul stîng al Nistrului, a fost al șaptelea copil într-o familie de țărani înstăriți, cea a lui Vasile și Maria Gațcan. Copilăria și-a petrecut-o în satul Ciuciuleni, raionul Nisporeni.

Absolvește cu mențiune în 1978 școala medie din satul Ciuciuleni. În același an a fost înmatriculat la Institutul de Stat de Medicină "N. Testemițanu" din or. Chișinău. Fiind student, s-a manifestat prin calități deosebite în domeniul științific și practic, participînd la diferite concursuri și cercuri științifice atît în cadrul Institutului, cît și în alte instituții superioare de învățămînt. În 1984 a absolvit cu succes facultatea de Medicină a Institutului de Stat de Medicină "N. Testemițanu".

În perioada anilor 1984-1985 activează ca medic-intern în obstetrică și ginecologie la Spitalul Clinic Nr.1 din or. Chișinău.

În 1985 își începe activitatea ca medic obstetrician-ginecolog în Spitalul Raional Ungheni, la început ca ordinator. În același an este numit șef de secție al Maternității din Spitalului Raional Ungheni.

În 1986, prin ordinul șefului de spital, este numit în funcția de Specialist Principal în domeniul Obstetricii și Ginecologiei din r. Ungheni.

În 1999, Ștefan GAȚCAN împreună cu o echipă de medici profesioniști, pun bazele primei maternități private din Moldova – "Extramed". Aici își continuă activitatea pînă în prezent în funcție de director și medic obstetrician-ginecolog, ecografist. Bogata experiență profesională și managerială l-au impus în domeniul medical

privat din Moldova datorită acordării serviciilor medicale la standarde înalte.

În 2001 devine doctorand fără frecvență la catedra Economie, Management și Psihopedagogie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

În 2001 absolvește Academia de Administrare Publică din Republica Moldova.

În 2002 își începe activitatea pedagogică la catedra de Radiologie și Imagistică Medicală în calitate de asistent universitar.

În 2005 susține cu succes teza de doctor în medicină care a fost realizată la catedra Economie, Management și Psihopedagogie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova. Conducător științific i-a fost Constantin Ețco, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar. Tema – „Managementul instituțiilor obstetricale în condițiile economiei de piață și medicinei private”.

În 2007 este licențiat în drept după absolvirea Universității de Studii Europene din Republica Moldova. Din 2002 pînă în prezent este vicepreședinte al Asociației Medicilor Privați din Republica Moldova.

În 2010 a absolvit Școala de Aviație din R. Moldova, este pilot amator.

Este autorul a mai multor publicații, monografii – 9, brevete de invenție – 9, articole în revistele de specialitate naționale.

Contribuie permanent la prosperarea științei medicale. Este activ în viața publică și cea medicală.

| | |
|--------------------------------|---|
| Nume | GATCAN |
| Prenume | Ștefan |
| Abilități lingvistice: | Româna, rusa, engleză |
| Data nașterii | 08 aprilie 1961, Dubăsari, s. Molovata |
| Starea civilă: | Căsătorit |
| Adresa la serviciu | 2028, Republica Moldova, m. Chișinău, str. Grenoble 27 Centrul Medical "EXTRAMED" |
| Telefon: | 84-30-18; 84-30-17 ; 069127474 |
| Studii | |
| 2001 | USMF „N. Testemițanu”, Catedra Sănătate Publică, Management și Psihopedagogie, doctorant |
| 1998-2001 | Academia de Administrare Publică |
| 2003-2007 | Universitatea de Studii Europene RM-licențiat în drept |
| 1984-1985 | Internatura la specialitatea Obstetrică și Ginecologie la Spitalul Clinic nr.1 din or. Chișinău |
| 1978-1984 | Facultatea de Medicină a Institutului de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu" din R. Moldova, profil general |
| 1968 -1978 | Școala primară din or. Nisporeni |
| Experiența profesională | |
| 2002 - prezent | Asistent la Catedra Imagistică a USMF „N. Testemițanu” |
| 2002 - prezent | Vice-președintele Asociației Medicilor Privati din Republica Moldova |
| 1999 - prezent | Director general al CM "EXTRAMED" |
| 1985-1999 | Specialist principal în domeniul obstetricii și ginecologiei, șef al Maternității din or. Ungheni |
| Specializări | |
| 1988; 2001 | Laparoscopie |
| 2001 | Cursuri de operator al tehnicii de calcul |
| 1990; 1991; 2001 | USG, Colposcopie |
| 1989 | Crioterapie |
| 1988, 1992, 1998 | "Cicluri de perfecționare în obstetrică și ginecologie" "Ocrotirea sănătății și igiena socială" |
| Categorii de calificare | |
| 1984 | Calificarea de medic obstetrician-ginecolog |
| 1996 | Categoria superioară în obstetrică-ginecologie |
| 2002 | Categoria superioară ecografist |
| 2003 | A obținut titlul de doctor în științe medicale |
| Lucrări publicate | Lucrări științifice – 38, inclusiv brevete de invenție – 6 Monografii – 9 |

CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

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

1. FOAIA DE TITLU este necesar să includă prenumele, numele, gradul științific al autorului, instituția ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon și adresa electronică.

2. ARTICOLELE ȘTIINȚIFICE (în volum de pînă la 15 pagini) vor fi structurate în funcție de schema standard: introducere, materiale și metode, rezultatele studiului, discuții, concluzii și recomandări. Publicațiile de reviu și cele farmaceutice nu vor depăși ca volum 20 de pagini și 50 de referințe.

3. REFERATELE (în volum de pînă la 200 cuvinte) se prezintă în limba originalului și, de asemenea, în engleză, și trebuie să includă 3-6 cuvinte-cheie, la final.

4. TABELELE se prezintă pe foi separate, la două intervale, numerotate prin cifre romane, legenda fiind plasată la baza tabelului.

5. DESENELE. Pe verso pozei se indică numărul de ordine, denumirea articolului și numele autorului. Legendele desenelor se prezintă pe foi separate în conformitate cu numărul pozelor.

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

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.

- Pe dischetă anexată se indică datele despre autor, denumirea articolului și a fișierelor.

- Materialele prezentate spre publicare urmează să fie însoțite de o scrisoare de motivare a autorului responsabil, care vine să confirme acordul tuturor semnătarilor asupra conținutului și a caracterului inovator al publicației.

- Publicațiile vor fi prezentate pe numele redactorului șef, prof. Ion Mereuță.

ADRESA: MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30, Institutul Oncologic din Moldova,

Clinica oncologie-microchirurgie, et.3

prof. Ion Mereuță, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

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

1. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ должен включать фамилию, имя, степени и звания автора, название учреждения, из которого работа выходит, адрес, номер телефона и электронный адрес.

2. НАУЧНЫЕ СТАТЬИ (до 15 страниц) должны включать: введение, материалы и методы, результаты, обсуждения, выводы и рекомендации. Обзорные и фармакологические статьи не превысят 20 страниц и 50 источников.

3. РЕФЕРАТЫ (до 150-200 слов) представляются на языке оригинала и на английском языке. В конце рефератов приводят ключевые слова, от 3 до 6.

4. ТАБЛИЦЫ подаются на отдельных листах, через 2 интервала, обозначены римскими цифрами, с пояснениями снизу.

5. РИСУНКИ. На оборотной стороне фотографии указывается порядковый номер, название статьи, фамилию автора. Пояснения к фотографиям приводятся на отдельных листах, в соответствии с номером.

6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ приводят на отдельных листах, в соответствии с ссылками в тексте.

- Рукописи приводятся в трех экземплярах.

- На представленной дискете указывается имя автора, название статьи и файлов.

- Рукописи подаются с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о согласии всех авторов с содержанием и о первичном опубликовании материала.

- Рукописи подаются на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

АДРЕС: MD 2025, Кишинев, ул. Тестемитану, 30, Онкологический Институт Республики Молдова,

Клиника онкологии и микрохирургии, эт.3

профессор Ион Мереуцэ, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md.

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

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

1. THE COVER PAGE should include the author's name and scientific degrees, name of the institution presenting the paper, address, telephone number and E-mail.

2. THE SCIENTIFIC ARTICLES (up to 15 pages) should be structured according to the standard scheme: - introduction, materials and methods, results of the survey, discussions, conclusions and recommendations. Review papers and pharmacy articles should not exceed 20 pages and 50 references.

3. EXECUTIVE SUMMARY (up to 200 words) should be in the original language and English and should include 3 to 6 key words in the end.

4. TABLES should be presented on separate sheets with double line spacing and Roman numerals numbering; the legend should be placed at the foot of the table.

5. FIGURES. The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article and the author's name.

Figure legends should be presented on separate sheets in accordance with the number of figures.

6. REFERENCES are listed on separate pages, as they appear in the text, with double line spacing.

- Three copies of the papers proposed for publication should be submitted;

- The floppy disk attached should contain data about the author, title of the article and files;

- Materials proposed for publication should be accompanied by the author's letter of intent confirming the approval of the signatories on the content and the innovative character of the publication.

- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

ADDRESS: Moldovan Oncology Institute, Oncology-Microsurgery Clinics,

30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

email: lax@mail.md.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate