

6. Penault-Llorca F., Dauplat M.-M. et Arnould L., *Le point de vue du pathologiste, Cancer du sein*, Paris, 2003, p. 162-174.
- 7 Nos C., Sigal-Zafrani B. et Clough K.-B., *Le traitement chirurgical - Cancer du sein*, Paris, 2003, p. 174-236.
8. Robert E.Mansel, *Ductal carcinoma in situ: surgery and radiotherapy, The breast*, 2003, 12, p. 447-450.

Rezumat

Carcinomul in situ mamar este o maladie, care se depistează tot mai frecvent datorită efectuării pe larg a screeningului mamografic, examenului USG și RMN. Totodată, trebuie să se acorde o atenție sporită tratării corecte a acestor paciente. Tipurile de tratament pentru carcinomul neinvaziv mamar sunt mastectomia, rezecția sectorală combinată cu radioterapia sau doar rezecția sectorală. Carcinomul in situ mamar reprezintă un grup eterogen de tumori și nu o singură entitate independentă, este evident că o singură metodă de tratament nu va fi adecvată pentru toate formele de carcinom mamar neinvaziv.

Summary

Carcinoma in situ represents a breast lesion that is diagnosed with increasing frequency, mainly due to the wide use of screening mammography. Management options include mastectomy, local excision combined with radiation therapy, and local excision alone. Given that carcinoma in situ is a heterogeneous group of lesions rather than a single entity, and because patients have a wide variety of personal needs that must be addressed during treatment selection, it is obvious that no single approach will be appropriate for all forms of carcinoma in situ or for all patients.

CANCERUL ORGANELOR APARATULUI DIGESTIV

Gurie Coșciug, dr. h. în medicină, prof.univ.,
Institutul Oncologic din Moldova

Cancerle gastric, hepatic-pancreatic și al căilor biliare extrahepatice ocupă în structura morbidității oncologice un loc de bază. Orice proces oncologic, indiferent de localizarea lui, pe parcursul anilor își modifică incidența. După ani de ascendență, atinge apogeul, la care se menține timp de 5-10 ani, apoi începe descendența, fapt determinat de transformările factorilor cancerigeni în urma progresului tehnic, a schimbului modului de viață etc.

În structura morbidității oncologice cancerul gastric a ocupat și ocupă unul dintre primele locuri. Timp îndelungat incidența cancerului gastric, în special la populația masculină, era cea mai înaltă. Până în anii 1960-1965 cancerul gastric ocupa primul loc în structura morbidității oncologice și constituia circa 15%. În ultimii ani incidența treptat a scăzut, după anul 2000 alcătuind circa 7%. Astfel, cancerul gastric treptat a cedat primele trei locuri cancerelor mamar, cutanat și pulmonar.

Cu toate acestea, problema își menține și va continua să-și mențină actualitatea și în viitor. Cauzele care determină această situație sunt multiple și diferite. În afară de incidența relativ înaltă, care este în descreștere, există și alte motive:

- evoluția asimptomatică a procesului în perioada incipientă sau cu tablou clinic similar, cu tabloul bolilor benigne (gastrită, ulcer) nu atrage atenția pacientului și întârzie adresarea la medic;
- procentul înalt de bolnavi depistați în stadii avansate cu o mortalitate în decursul primului de peste 50%;
- procentul mic de bolnavi depistați în stadii precoce (I - II) – circa 8%;
- numărul mic de bolnavi care pot conta pe un tratament chirurgical radical; arsenalul limitat de chimioterapate cu eficacitate joasă în tratamentul cancerului gastric;
- rezultatele nesatisfăcătoare la distanță.

Scopul principal în asistența medicală constă în acordarea unui ajutor medical, care să asigure vindecarea stabilă și o durată de viață, pe care ar fi putut conta pacientul fără această boală. Tehnica chirurgicală a atins apogeul și ea nu mai poate contribui la eficacitatea tratamentului. Unica soluție este de a elabora și perfecționa metodele de diagnostic, care ar permite depistarea bolnavilor în stadii precoce, a folosi metodele de tratament combinat, ce ar ameliora rezultatele atât apropiate, cât și la distanță.

Toate cercetările științifice au fost orientate anume în această direcție. Pentru selecționarea pacienților în scopul formării grupelor de risc s-au studiat radiosemiotica cancerului gastric incipient, posibilitățile electrogastrografiei în diagnosticul cancerului gastric, aspectul și gradul dereglărilor hormonale la bolnavii de cancer gastric sau cu diferite procese precanceroase, radiotelemetria activității fermentilor în aparatul digestiv, procesele bioenergetice cu scopul aprecierii variantelor patogenetice în evoluția cancerului gastric.

În baza examenelor gastroscopice cu biopsie „țintă” s-au efectuat investigații consacrate precancerului și cancerului gastric. Au fost examinați peste 1200 de bolnavi, care sufereau de gastrită cronică, ulcer gastric, polipoză sau au suportat în trecut (mai mult de 15 ani) rezecții gastrice. S-a constatat că în grupul de bolnavi de gastrită cronică risc oncologic prezintă gastritele atroifice hiperplastice. Din rândul acestor pacienți au fost depistați 4,7% de bolnavi de cancer precoce, inclusiv „in situ”.

Risc oncologic prezintă ulcerele gastrice cronice cu dimensiuni de peste 2 cm în diametru. Cancerul gastric, în special precoce, nu întotdeauna este însoțit de hipo- sau aclorhidrie, care a fost înregistrată numai la 16,0% de bolnavi, hipoclorhidria la 69,0%, secreția normală la 4,3% și hipersecreția la 10,6%.

Din grupul de bolnavi cu polipoză risc prezintă polipii adenomatoși, proliferativi. În malignizarea lor are importanță localizarea și dimensiunile acestora, dacă sunt solitari sau multipli, nivelul secreției gastrice ș.a.

Numărul bolnavilor care în trecut au suportat rezecții gastrice este foarte mare. După datele literaturii, ei prezintă un risc de 3-4 ori mai mare decât populația obișnuită.

Majoritatea bolnavilor de cancer gastric au vârsta de peste 60 de ani, cu patologii asociate, depistați în st. III și IV cu dereglări funcționale pronunțate. Intervențiile chirurgicale radicale, în special gastrectomiile și rezecțiile proximale, sunt traumatice și greu suportabile sau chiar insuportabile pentru bolnavi. Pentru a micșora numărul contraindicațiilor și a ameliora rezultatele postoperatorii au fost studiate indicii operabilității funcționale: dereglări cardiovasculare, indicii homeostatului, indicii de coagulare și ai echilibrului acido-bazic. A fost elaborată o schemă de tratament preoperatoriu în raport cu gradul dereglărilor funcționale.

Toate eforturile depuse de medicii din rețeaua generală și din serviciu oncologic au avut un efect foarte redus. Majoritatea bolnavilor continuă să fie depistați în stadii avansate, când tratamentul chirurgical radical este imposibil. În ultimii ani practicăm gastrectomii și rezecții gastrice (proximale și distale) paliative la bolnavii de cancer gastric avansat, când focarul primar este extirpabil. Motivele sunt următoarele:

- extirparea tumorii primare exclude apariția complicațiilor posibile, ca hemoragia, stenoza sau disfagia;
- scade nivelul intoxicației tumorale;
- se schimbă statutul imun al organismului;
- se poate conta pe o regresie posibilă a metastazelor;
- se poate conta pe o eficacitate mai înaltă a chimioterapiei;
- operația însuflă o anumită speranță celor apropiați în urma ei simțind o oarecare satisfacție și chirurgii.

S-a studiat eficacitatea rezecțiilor și a gastrectomiilor paliative în raport cu diferiți factori determinanți: caracterul tabloului clinic avansat, metastaze, canceromatoză, ascită, vârstă, sex etc. Metodica elaborată ne-a permis a ameliora rezultatele la distanță. Rezecțiile gastrice subtotale distale paliative prelungesc supraviețuirea la 5 ani până la 17,5 luni, polare superioare paliative – la 22,0 luni, gastrectomiile totale paliative – până la 23,8 luni.

O serie de cercetări au avut drept obiect de studiu cancerul pancreatic. S-a studiat, în special, semiotica laparoscopică a cancerului pancreatic și a căilor biliare extrahepatice, în baza rezultatelor obținute fiind editate un atlas laparoscopic și o monografie.

Cancerul hepatic reprezintă o problemă foarte serioasă nu atât în ceea ce privește diagnosticul, cât tratamentul. Aproape toți bolnavii decedază în decursul primilor 6 luni. Chirurgia ficatului prezintă obstacole serioase legate de complicații postoperatorii, ca hemoragia și secreția biliară cu consecințe grave. În ultimii ani în republică s-a înregistrat o creștere substanțială a incidenței cancerului hepatic. Drept rezultat al cercetărilor efectuate s-a constatat că nivelul înalt al incidenței este o consecință a epidemiilor hepatitelor virale, a contactului cu substanțele chimice toxice, folosite în agricultură. Nu se exclud și consecințele catastrofei nucleare de la Cernobîl.

Cercetările realizate au făcut posibilă elaborarea criteriilor de diagnostic clinic, paraclinic, funcțional. S-a stabilit că tabloul clinic se manifestă prin dureri sub rebordul costal drept – 92,5%, grețuri, vomă – 64,0%, febră – 35%, hepatomegalie – 94,4%, anemie, VSH mărită – 95,0%, leucocitoză – 45,6%. Scintigrafia, ecografia, tomografia computerizată asigură veridicitatea diagnosticului la 95 – 99% din bolnavi.

Rezecțiile hepatice sunt posibile la circa 8-9% din totalul bolnavilor și asigură o supraviețuire de la 6 până la 49 luni, în medie 18 luni. Polichimioterapia rămâne elementul incontestabil în tratamentul complex al bolnavilor de cancer hepatic.

Bibliografie selectivă

1. *Cancerul gastric. Enciclopedia nucleară*, vol. 13, Cluj-Napoca, 1984.
2. Г.Д. Кошуг, *Первичный рак печени*, Кишинэу, „Штиинца”, 1976.
3. М.А. Муреșану, „*Chirurgia oncologică*”, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2001.
4. Sitzmann J.V., Abrams R., *Improved survival for hepatocellular cancer with combination surgery and multimedical treatment*” *Annals of Surgery*, 1993, p. 217 (2), 149-154.

Summary

The stomach cancer morbidity gradual decreasing from 17,8% to 10,4% per 100000 habitants had been registered from 1980 to 2004. In the North regions of the Republic the morbidity level is higher than in the South regions, for example, the morbidity level: in Soroca is 21,4% and 6,7% - in Basarabeasca. At the same time, the early diagnosis level has been decreased from 17,6% in 1980 to 8,1% in 2004.

The late diagnosis level has been raised in this period from 39,0% to 53,2%. The morbidity in the first year is maintained at a high level and oscillates from 50,3 to 53,4%.

The radical surgical treatment has been fulfilled in the Oncological Institute (61,6% of the operated patients) and in other medical institutions (36,3% of the operated patients).

ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ ИНФИЦИРОВАННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* В РАЗВИТИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Ана Донская, др. хаб., мед. наук, **Гурий Кошуг**, др. хаб. мед. наук, проф.,
Ираида Яковлева, др. хаб. мед. наук, **Лилиан Антоц**, др. мед. наук,
Витор Катринич, др. мед. наук, Институт Онкологии Молдовы

Заболееваемость раком желудка, несмотря на снижение ее уровня последние десятилетия остается достаточно высокой, составляя около 10% в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируется 900000 новых случаев рака желудка (А.Ф.Черноусов, К.Е.Вольник, 2004). К сожалению 75-80% случаев регистрируются в запущенных стадиях, когда проведение адекватного лечения практически невозможно. В США раннее выявление рака желудка составляет 16%.