

6. *Лечение и реабилитация онкологических больных* (Под ред. Г.А.Цыбырнэ), Кишинев, 1988, 270 с.
7. Мереуца И.Е., Чернат В.Ф., Унту Б.П., *Реабилитация и паллиативная помощь онкологическим больным*, Кишинэу, 1999, 244 с.
8. Тхостов А.Ш., *Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных*, в кн.: „Реабилитация онкологических больных”, М.: Медицина, 1988, с.33-46.
9. Цыбырнэ Г.А., *Современное состояние и проблемы лечения больных опухолями головы и шеи*, Кишинэу, 1997, 80 с.

Rezumat

Eficacitatea tratamentului în caz de cancer al pielii depinde de aprecierea formei histologice, stadiului, procesului neoplazic, gradului de răspândire, de asemenea și a organelor critice vitale afectate. La pacienții oncologici după tratamentul radical este necesar a aplica un sistem complex și individual de reabilitare medico-socială pentru reintegrarea socială, habituală și profesională.

Summary

The efficacy of skin cancer treatment depends from appreciation of histopathologic form, stadium of neoplasm's process, the degree of spreading, inclusive into critical vital affected organs. The oncological patients after radical treatment need the application of a complex and individual system of medico-social rehabilitation directed for improving social, habitual and professional reintegration.

ASPECTE NOI ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI BUZEI LOCAL-AVANSAT ($T_3N_0M_0$ - $T_4N_0M_0$)

Andrei Doruc, dr. în medicină, Institutul Oncologic din Moldova

Tratamentul criogenic s-a dezvoltat pe calea perfecționării metodei și tehnicii operațiilor criogenice. Succesul lui a fost determinat de aparatul criogenic medical modern și de elaborarea teoriei criogenice în medicină.

Conform cerințelor medico-biologice, criodistrucția trebuie deplin să asigure devitalizarea celulelor canceroase, iar ablatica să nu ducă la progresarea Ca locoregional și general. Concluzionăm că metoda aplicată în tratament trebuie să fie prevăzută în devitalizarea maximală a celulelor canceroase în limitele țesuturilor normale (Gh. Țîbîrnă, A. Doruc, 1978, Т.П. Птуха, В.В. Шенталь, 1978, Т.Д. Таболиновская, 1980).

Factorul principal de care depinde calitatea și volumul distrucției țesuturilor biologice sunt parametrii termici aplicați: viteza de congelare și dezghețare, expoziția de acțiune cu temperaturi joase. Schimbând acești parametri, se poate de dirijat procesul de crioacțiune.

Analiza datelor din literatura de specialitate arată că tratamentul criogenic în tratamentul cancerului buzei local avansat, metodica și tehnica tratamentului criogenic se folosesc insuficient. Aceasta ne-a determinat să realizăm acest studiu pentru a obține o metodă rațională de tratament criogenic, să evidențiem indicațiile și contraindicațiile privitor la această metodă.

Tratamentul criogenic l-am aplicat în secția tumori ale capului și gâtului a Institutului Oncologic din Moldova din 1977 până în 2004.

Metoda combinată cu folosirea factorilor fizici a fost aplicată la 160 de bolnavi (cu cancerul buzei inferioare local avansat), dintre care 15 (9,4%)- femei și 145 (90,6%)- bărbați, cu vârsta de la 30 până la 89 de ani. (tab. 1)

Tabelul 1

Repartiția după vârstă și sex a bolnavilor cu Ca buzei inferioare în lotul de cercetare

Sexul	Vârsta (ani)								
	ABS	%	16-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-...
Bărbați	145	90,6	-	1	5	32	59	40	8
Femei	15	9,4	-	-	1	2	7	5	-
În total	160	100	-	1 (0,6%)	6 (3,7%)	34 (21,3%)	66 (41,3%)	45 (25,7%)	8 (5,4%)

153 de bolnavi (96,3%)

119 bolnavi (74,4%)

După cum se vede din tabel, prevalează bărbații, cei mai afectați având vârsta de 50-70 de ani. Metoda combinată elaborată de noi, constă în următoarele procedee curative:

1. Radioterapie preoperatorie - la aparatul „ROCUS”, 20 de ședințe a câte 2Gy, DS=10Gy.

2. Criodistrucție – la aparatul „KP-02”, la temperatura de 195°C, cu viteza de înghețare 200°C/min. (4 ședințe a câte 10-15 min.)

3. Ultrasunet – la aparatul „UZT-1.01 F”, cu intensitatea de lucru de 0,6-0,7 Wt/cm² expoziția de 3 min.

4. Hipertermie – la aparatul „Plot”, 2 ședințe, la frecvența 915 MHz, intensitatea de 25 mA, t°C= +42-42,5°C, expoziția 60 min.

5. Laseroterapia la aparatul „ULF-01” (aparat de laser fizioterapeutic Helin-Neon) cu lungimea de undă λ=0,63 mkm, cu puterea emițătorului de unde laser de 20 mW, în medie 10-15 ședințe cu expoziția de 10 min. După următoarea schemă: 2 ședințe până la criodistrucția câmpului tumoral. Următoarele ședințe fiind aplicate pe câmpul operator sau pe linia de suturare.

6. Exereza tumorii cu plastie primară/secundară.

Bolnavii au fost cu procese local-avansate în stadiile IIIa, IVa și cu recidive local-avansate, apărute după radioterapie. Toți s-au adresat târziu după ajutor medical.

Cancerul a fost verificat morfologic în toate cele 160 de cazuri (100%).

Tabelul 2

Repartiția bolnavilor după formele morfologice și clinice de dezvoltare a cancerului buzei inferioare în lotul experimental

	Papilară	Ulceroinfiltrativă	Ulcerosă	ABS	%
Carcinom pavimentos keratinizat	31	69	36	136	85
Carcinom pavimentos nekeratinizat	-	7	17	24	15
În total	31(19,4%)	76(47,5%)	53(33,1%)	160	100

Din tabel reiese că mai frecvent se întâlnește carcinomul plat pavimentos cu keratinizare -136 (85%), după creștere prevalează forma ulcerosă infiltrativă -76 (47,5%).

Bolnavii din lotul de cercetare au suferit și de maladii asociate: boala ischemică a cordului - 50 (31,2%); boala hipertonică - 26 (16,3%); boala varicoasă a vaselor membrelor inferioare - 21 (13,1%); maladii cronice pulmonare - 17 (10,7%); hepatită cronică - 15 (9,3%); tuberculoză pulmonară - 8 (5,0%).

În urma aplicării metodei combinate cu utilizarea factorilor fizici au fost obținute rezultate favorabile de supraviețuire la 5 ani de 82,4%, comparativ cu 42,8% în metoda combinată clasică. (tab. 3).

Supraviețuirea bolnavilor de cancer al buzei inferioare în funcție de răspândirea procesului, tratați după metoda nouă

Răspândirea procesului	1 an				3 ani				5 ani			
	<i>Abs</i>	<i>Vii</i>	<i>Săn</i>	<i>%</i>	<i>Abs</i>	<i>Vii</i>	<i>Săn</i>	<i>%</i>	<i>Abs</i>	<i>Vii</i>	<i>Săn</i>	<i>%</i>
Ca buzei inf. st.IIIa, T ₃ N ₀ M ₀	112	112	112	100	112	110	105	93,7	99	97	90	90,9
	-				$\Delta = \pm 5,6$				$\Delta = \pm 2,7$			
Ca buzei inf. st.IVa, T ₄ N ₀ M ₀	33	33	33	100	33	31	28	84,8	26	22	18	69,2
	-				$\Delta = \pm 9,2$				$\Delta = \pm 15,2$			
Recidive local-avansate	15	15	15	100	15	14	12	80,0	12	8	5	41,6
	-				$\Delta = \pm 13,6$				$\Delta = \pm 11,6$			
În total	160	160	160	100	160	155	145	90,6	137	127	113	82,4
	-				$\Delta = \pm 9,8$				$\Delta = \pm 9,6$			

Dacă tumoarea se răspândește pe verticală cu afectarea ramurii orizontale a mandibulei, se recomandă în cadrul metodei combinate propuse, ca etapă de exereză a tumorii, să fie inclusă și rezecția mandibulei cu plastia țesuturilor moi prin lambou deltopectoral.

Din 160 de pacienți pe parcursul primilor 2 ani au apărut metastaze în ganglionii limfatici cervicali în 22 de cazuri (13,7%). Au decedat în primii 5 ani 23 de pacienți (14,4%), dintre care 9 (5,6%) drept rezultat al progresării cancerului, iar 14 (8,7%) din cauza bolilor asociate.

Complicațiile:

În urma tratamentului cancerului buzei inferioare prin metoda combinată cu aplicarea factorilor fizici s-au produs următoarele complicații:

I. De ordin local:

1. Edeme pronunțate ale țesuturilor moi în regiunea bărbiei, cavității bucale- la 150 de bolnavi (93,7%).

2. Necroza țesuturilor moi adiacente – 34 de cazuri (21,3%).

3. Hemoragii capilare -120 de cazuri (75,0%).

4. Hemoragii arteriale – 12 cazuri (7,5%).

5. Recidive locale -15 cazuri (9,4%).

II. De ordin general:

1. Pneumonie – 2 pacienți (1,25%).

2. Insuficiență cardiacă – 8 pacienți (5,0%).

Bibliografie selectivă

1. Г.А.Цыбырнэ, А.С.Дорук, *Криотерапия местно-распространенных опухолей головы и шеи*, в книге: „Лечение местно-распространенного рака головы и шеи”, Кишинев, «Штиинца», 1987, стр. 216-242.

2. Птуха Т.П., Шенталь В.В., *Современное состояние криогенного метода лечения в онкологии*, в книге: „Криогенный метод лечения опухолей головы и шеи”, М.: «Медицина» 1978, стр. 6-23.

3. Т.Д.Таболиновская, *Методика и техника криогенного лечения рака нижней губы*, в книге: „Опухоли головы и шеи”, Выпуск IV, Москва, 1980, стр. 85-87.

Rezumat

Tratamentul combinat cu aplicarea factorilor fizici (criodistrucție, ultrasunet, hipertermie și laseroterapie) într-un lot de 160 de bolnavi cu cancerul buzei inferioare la stadiile IIIa, IVa și cu recidive locale după radioterapie a permis obținerea unei rate de vindecare de 82,4%, comparativ cu 42,8% la bolnavii tratați prin metoda combinată clasică.

Metoda nouă are o eficacitate cu 16% mai mare decât metoda clasică.

Summary

The combined method of treatment with physical aids use (cryosurgery, supersound hyperthermal treatment, laserotherapy) applied to 160 patients with locally spread cancer of the lower lip of the 3rd and 4th stage enables us to obtain 5-years cure in 82,4% of cases.

This method improves 5-years treatment by 16% in comparison to with the classical method.

CHIRURGIA FIBROENDOSCOPICĂ ÎN LEZIUNILE BENIGNE ȘI PRECANCEROASE ALE LARINGELUI

Petru Gurău, dr. în medicină,
Spitalul Clinic Republican

Intervenții endoscopice s-au efectuat la 155 de pacienți cu leziuni benigne și precanceroase ale laringelui.

Patologia benignă a fost reprezentată de următoarele leziuni: noduli vocali (36), fibrom și angiofibrom (53), polip angiomas (4), lipom (1), granulom nespecific (8), chist al plucei vocale (6), boala Reincke (9).

Leziunile precanceroase au fost reprezentate de următoarele patologii: laringită cronică hiperplastică cu hiperkeratoză (2), leucoplazie și leucokeratoză (7), pahidermie (9), papilom și papilomatoză (20).

Intervențiile se efectuau sub anestezie locală, în unele cazuri cu premedicație prealabilă, utilizând fibrobronhoscopul firmei "Olympus". Scopul intervenției chirurgicale în toate cazurile a fost ablația totală a leziunii patologice vizibile.

S-au aplicat următoarele tipuri de intervenții chirurgicale: ablația mecanică a neoformațiunii (cu forcepsul) – la 26 (16,8%) de pacienți, fotodistrucția (cu ajutorul laserului Nd:YAG) – la 63 (40,6%) de pacienți, diatermoexcizia (cu ajutorul ansei) – la 14 (9,0%) pacienți, intervenții combinate efectuate în una sau în câteva ședințe – la 52 (33,6%) de pacienți (ablație mecanică în combinație cu fotodistrucție – la 36 (23,2%), diatermoexcizie în combinație cu fotodistrucție – la 15 (9,7%), ablație mecanică combinată cu diatermoexcizie și fotodistrucție – la 1 (0,7%) pacient.

Numărul ședințelor de endoscopie chirurgicală, necesare pentru eradicarea completă a leziunii patologice vizibile, depindea de extinderea leziunii și de tolerarea individuală a intervenției chirurgicale de către pacient și oscila de la 1 până la 9 (în medie 1,3). În 72,3% din cazuri tratamentul s-a efectuat în condiții de ambulator.

Rezultatele tratamentului depindeau de caracterul și de extinderea afecțiunii patologice (termene de observație de la 1 lună până la 6 ani).

În toate cazurile s-a reușit eradicarea completă a leziunii patologice vizibile. În majoritatea cazurilor, în același timp, s-a obținut și un efect funcțional bun.

În urma observației dinamice în grupul pacienților cu patologie benignă, recidive au fost depistate în 2 cazuri (fibrom – 1 și granulom nespecific – 1), în grupul pacienților cu diskeratoze laringiene – într-un caz (leucokeratoza porțiunii glotice a laringelui). În toate cazurile pacienților li s-au efectuat intervenții endoscopice repetate cu efect bun. În papilomul solitar a fost observată o tumoare recidivantă peste 51 de luni după ablația mecanică. În papilomatoza difuză la 5 din 9 pacienți periodic (de la 4 până la 14 luni după ultima intervenție) se depistau neoformațiuni recidivante, în legătură cu aceasta fiind efectuate ședințe repetate de eradicare endoscopică.

Rezultatele obținute permit să afirmăm că chirurgia fibroendoscopică, având unele avantaje față de metodele tradiționale de tratament (efect economic, traumatism minim), poate fi utilizată ca metodă de elecție în leziunile benigne și precanceroase ale laringelui.