

EVOLUȚIA ISTORICĂ A CHIRURGIEI ONCOLOGICE DIN REPUBLICA MOLDOVA

^{1,2}**Gheorghe ȚÎBÎRNĂ** - dr. hab. șt. med., prof. univ., acad. AȘM,

¹**Eva GUDUMAC** - dr. hab. șt. med., prof. univ., acad. AȘM,

^{1,3}**Ion MEREUȚĂ** - dr. hab. șt. med., prof. univ.,

¹**Mircea SOFRONI** - dr. hab. șt. med., prof. univ.,

¹**Andrei ȚÎBÎRNĂ** - dr. șt. med., conf. univ. ,

¹**Lilian BEJENARU** - medic rezident

¹IP USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova,

²IMSP Institutul Oncologic

³Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie al AȘM

tel.: +373 690 92 390, gh_tsibirna@yahoo.com

Rezumat

Metoda chirurgicală în oncologie este obligată nu numai ca metodă de tratament ci și cu scopuri profilactice și diagnostiche. Operațiile oncologice se deosebesc de operațiile chirurgiei generale prin aceea că nu sunt operații de organ, ci de teritoriu limfatic. Chirurgia cancerului impune în mod obligatoriu respectarea principiului ablastiei și antiblastiei. Activitatea chirurgicală în oncologie a început în octombrie 1960 când a fost organizat Institutul de Cercetări Științifice în domeniul oncologiei sub conducerea lui G.B. Honelidze. În ultimele decenii se observă o creștere a indicilor morbidității prin cancer în mai multe țări europene inclusiv și în țara noastră. În 1980 au fost luați la evidență 5680 pacienți primari ce constituie 149,0 la 100000 de populație. Apoi în perioada de peste 35 ani în 2019 numărul pacienților a crescut până la 10112 ce constituie 284,9 la 100000 mii de locuitori.

În prezent tratamentul chirurgical anual 7980 pacienți (87,7% al cancerului) este folosit în clinica chirurgicală a I.O. și 5 clinici universitare a USMF „N. Testemițanu” 1120 pacienți (13,3%).

În rezultat se propune de a introduce în actualul nomenclator al Ministerului Sănătății, Supra specializarea de chirurgie oncologică. De organizat catedra de chirurgie oncologică în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu”.

Cuvinte-cheie: Statistica; istoria chirurgiei oncologice ; clinica universitară; catedra de chirurgie oncologică.

Summary: The historical evolution of oncological surgery from Republic of Moldova

The surgical method in oncology is are using not only as a method of treatment but also as prophylaxis and diagnosis purposes. Oncological surgery have a difference from general surgery because that it should to be as an organ operations, and also as a lymphatic drainage remove. Cancer surgery need to be consideration for the principles of ablation and antia-blation. Since october 1960 oncological activity began their activity when the Institute of Scientific Research in Oncology was organized under the leadership of G.B. Honelidze. In recent decades there has been an increase morbidity of cancer rates in several European countries, including our country. In 1980, 5,680 primary patients were registered, representing 149.0 per 100,000 population. Then in the period of over 35 years in 2019 the number of patients increased to 10112 which is 284.9 per 100,000 population.

Currently the annual surgical treatment of 7980 patients (87.7% of cancer) is used in the surgical clinic of I.O. and 5 university clinics of SUMPh *Nicolae Testemitanu* 1120 patients (13.3%).

As a result, it is proposed to introduce in the current nomenclature of the Ministry of Health, specialization in oncological surgery. To organize the oncology surgery department within SUMPh *Nicolae Testemitanu*.

Key-words: Statistics, the history oncological surgery, university clinic, department of oncological surgery.

Резюме. Историческая эволюция онкологической хирургии в Республике Молдова

Хирургический метод в онкологии применяется не только как метод лечения, но и в целях диагностики и профилактики онкологических заболеваний. Онкологические операции отличаются от общих хирургических тем, что они носят помимо органного характера, ещё территориально-лимфатический характер. Главной особенностью онкологических операций является принцип абластичности и антибластичности.

Хирургическая онкология в Республике Молдова начало развиваться с 1960 года, когда под руководством канд. мед. наук Г. Б. Хонелидзе был организован Научно-Исследовательский Институт Онкологии.

За последние десятилетия отмечается рост показателей заболеваемости злокачественных опухолей во многих странах, и в том числе в Республике Молдова.

Если в 1980 году были взяты 5860 первичных больных 189‰, то в 2019 году их количество возросло до 10112 (284‰).

В настоящее время в Институте Онкологии Республики Молдова подвергается хирургическому лечению ≈ 7980 больных (87,7%) и 13,3% в Клинике Государственного Медицинского и Фармацевтического Университета им. Николая Тестемицану.

В связи с этим, считаем целесообразным и необходимым ввести в номенклатуру Министерства Здравоохранения Республики Молдова курсы по усовершенствованию и специализации хирургической онкологии для врачей хирургов общей сети (общего профиля). Учитывая тот факт, что за последние годы хирургические операции по поводу рака проводятся во многих частных клиниках общими хирургами, считаем, что при Медицинском Университете им. Николая Тестемицану следует организовать отдельную кафедру хирургической онкологии, которая будет готовить квалифицированных хирургов онкологов.

Ключевые слова: Статистика, история онкологической хирургии, клиника университета, кафедра онкологической хирургии.

Metodele chirurgicale de tratament în oncologie.

* Chirurgia în oncologie este aplicată nu numai ca metodă curativă ci și cu scopuri profilactice și diagnostice.

* Referitor la profilaxie trebuie menționate în primul rând intervențiile chirurgicale pentru stările precanceroase cu scop de a preîntâmpina transformarea malignă a precancerelor. Ca exemplu ar putea servi polipoza multiplă de colon. Femeile cu risc crescute care au avut rude de gradul I cu cancer mamar diagnosticat premenopauzal, de asemenea pot fi supuse mastectomiei profilactice. Pacienții cu MEN (multiple endocrin neoplasia) care prezintă celule C hiperplazice și un nivel crescut al tirocalcitoninei pot fi supuși tiroidectomiei cu scop profilactic.

Chirurgia diagnostică se aplică pe larg pentru colectarea materialului biptic, pentru a diagnostica unele stări patologice asociate, pentru precizarea diagnosticului stadial, laparascopiile permit cunoașterea diseminării peritoneale, etc.

Biopsia chirurgicală cere în mod obligatoriu respectarea câtorva reguli:

1. Linia de incizie trebuie aleasă în așa fel ca să permită excizia definitivă a tumorii în caz de necesitate.

2. Procedura trebuie efectuată cu precauție pentru a evita diseminarea celulelor canceroase. Dacă se cere colectarea materialului biptic din mai multe zone de fiecare dată excizia trebuie efectuată cu instrumente curate.

3. Tehnica biopsiei trebuie să fie precisă pentru ca piesa operatorie să aibă dimensiunile adecvate unui examen histologic corect.

Chirurgia ca metodă de tratament include în sine:

1. Tratament radical al tumorilor strict localizate.

2. Rezecția curativă a metastazelor regionale (cervicale, axilare, inghinale), hematogene (pulmonare, hepatice în cancer colo-rectal).

3. Tratamentul urgențelor oncologice (ligarea vaselor magistrale mari, traheostomia, intervenții în perforații digestive).

4. Chirurgia paliativă (intervenție în dureri mari, intervenții în caz de obstrucții).

5. Chirurgia de reconstrucție și reabilitare.

Tratamentul chirurgical în oncologie are indicații speciale și utilizarea lui este condiționată de situații concrete când:

1) Tumoarea este localizată în limitele organului afectat (lob, segment, sector) și nu se răspândește în afara capsulei organului. În caz de infiltrare sau răspândire metastatică metoda chirurgicală poate fi aplicată dar nu garantează vindecarea;

2) Tumoarea are un caracter de creștere exofită, are contururi clare și este delimitată de țesuturile învecinate. În caz de tumori cu caracter infiltrativ este greu de stabilit limita țesuturilor sănătoase și pentru a asigura ablazia se cere respectarea marjei de asigurare;

3) Tumoarea are un grad înalt de diferențiere his-

tologică și, deși țesuturile afectate, sunt modificate, ele păstrează într-o măsură oarecare semnele morfologice și funcționale ale țesutului sănătos și invers, cu cât scade gradul de diferențiere celulară cu atât se reduce eficiența metodei chirurgicale;

4) Tumoarea progresează lent, fapt ce se constată din anamneză, observare, prin compararea radiogramelor în timp. De obicei, tumorile cu evoluție lentă au un grad de diferențiere celulară mai înalt și prognosticul tratamentului chirurgical e mai favorabil.

Dacă se constată ca în unele localizări sau stadii ale tumorilor, există șanse egale de vindecare prin alte metode decât cea chirurgicală nu se va recurge la intervenție.

*Intervențiile chirurgicale sînt contraindicate dacă tumoarea se află la momentul depistării în faza evolutivă, riscul de diseminare fiind foarte mare. În aceste cazuri prima măsură terapeutică este menită să oprească evoluția procesului tumoral, în acest scop folosindu-se radio- și chimioterapie, hormonoterapie în funcție de cazul concret.

***Operațiile oncologice se deosebesc de operațiile chirurgiei generale prin aceea că nu sînt operații de organ, ci de teritoriu limfatic.**

Principiul de teritoriu limfatic este indicat mai ales în cancerele limfocitare, care diseminează pe cale limfatică și cu evoluție loco-regională. Astfel de cancere sînt cancerele de sân, cancerul gastric, de colon, rect, tiroidian, ale organelor capului și gâtului.

*Chirurgia cancerului impune în mod obligatoriu respectarea principiului ablastiei și antiblastiei.

***Ablastie** înseamnă excizia tumorii în limitele țesutului sănătos respectând principiul zonei anatomice și principiul „spațiului închis” sau extirparea organului respectiv și a pachetului de ganglioni „în teacă”.

O zonă anatomică din punct de vedere oncologic înseamnă un sector de țesuturi biologice integre, format din:

- a) organul întreg sau o parte a lui;
- b) ganglionii limfatici loco-regionali;
- c) alte structuri anatomice în calea răspândirii procesului tumoral. (țesuturile sau organele învecinate).

Limitele externe ale zonei anatomice o constituie aponeurozele fasciale, peritoneale, țesutul adipos toate împreună alcătuiesc „teaca” și determină volumul operației. Așadar, extirparea tumorii se va face în bloc unic în limitele unei zone anatomice respectând principiul de extirpare „În teacă”. Vasele sangvine se rezectează înafara zonei anatomice.

***Antiblastia** – include în sine un șir de măsuri pentru evitarea diseminării sau *lăsării* în plagă a celulelor canceroase viabile.

Principiile de ablastie și antiblastie impun respectarea următoarelor reguli:

1. În timpul intervenției trebuie evitată apăsarea, tracțiunea, secțiunea tumorii. Tumoarea se va extirpa cu mișcări moi, delimitând mai mult digital tumorile încapsulate.

2. Înainte de a extirpa organul afectat de cancer la toate vasele sangvine ce intră și mai ales cele care iese din zona respectivă, se vor aplica ligaturi și numai după aceasta ele se vor secționa.

3. În cancerul infiltrativ al mucoaselor regiunii capului și gâtului, cancerul vulvar, anorectal, în melanom malign ș.a. este preferabil bisturiul electric.

4. În unele localizări ale cancerului se recomandă radioterapia preoperatorie, care diminuează vitalitatea celulelor tumorale prin sclerozarea acestora.

5. Riscul de diseminare intra-operatorie mai poate fi scăzut și cu ajutorul citostaticelor aplicate pe cale sistemică intra- și post-operator. Metoda este încă departe de a fi eficientă din cauza diversității tumorilor maligne și lipsei unor citostatice electice.

Măsurile antiblastice mai prevăd și spălarea repetată a *mâinilor* de către chirurg în timpul operației, schimbarea echipamentului și a lenjeriei, utilizarea șervețelilor, tampoanelor, penselor de unică folosință.

Metode chirurgicale speciale de tratament în oncologie

Metode chirurgicale speciale:

1. Electrochirurgia 2. Criochirurgia 3. Laserochirurgia.

1. Electrochirurgia – se aplică curent electric de frecvență înaltă care produce efect termic. Ca sursă electrică se utilizează generatoare cu scântei și electrice.

Efectul termic apare în rezultatul rezistenței pe care o opun țesuturile la trecerea curentului prin ele.

Țesuturile se încălzesc până la stadiul de carbonizare și coagulare a proteinelor. Temperatura la capătul electrodului ajunge la 100°.

Efectul termic se produce doar în limitele 1 cm (în adâncime), după care temperatura scade și efectul curativ dispare.

Acțiunea curentului de frecvență înaltă se manifestă prin:

- deshidratarea tumorii;
- carbonizarea și coagularea tumorii;
- pentru incizia țesuturilor din jurul tumorii și evitarea acesteia.

Există 2 metode de aplicare a curentului electric în tratamentul chirurgical

- unipolar: un electrod activ, al doilea contactează cu solul;

- bipolar: cu doi electrozi activi.

Celulele tumorale au termorezistență mai mică decât cele sănătoase, la t^o de 60^o celulele tumorale se distrug ireversibil timp de 5 min.

Deosebit de puternic acționează curentul electric asupra țesuturilor și celulelor cu un conținut mare de apă.

În țesuturile supuse electroacțiunii se formează 3 zone:

- zona de crustă
- zona de destrucție
- zona de reacție.

Metoda electrochirurgicală asigură o ablastie mai înaltă a operațiilor însă are și dezavantaje care limitează indicațiile. Unul din cele mai serioase dezavantaje este destrucția termică a țesuturilor sănătoase adiacente și ca rezultat epitelizare secundară prin asociere cu infecția.

2. Criochirurgia

A fost utilizată pentru prima oară în scopul înghețării tumorii de către Cooper în 1962.

S-a constatat că celulele tumorale se distrug sub influența temperaturilor joase.

La momentul actual criochirurgia se aplică ca:

- tratament radical
- tratament paliativ.

Sub acțiunea temperaturilor joase are loc devitalizarea lentă a țesuturilor cu formarea liniei de demarcaj fără zonă largă de inflamație reactivă (spre deosebire de acțiunea temperaturilor înalte).

Acțiunea distructivă începe de la -10^oC .

Mecanismul acțiunii criodestructive constă în spasmarea și paralizia pereților vaselor sangvine, apariția stazei, ischemiei și în consecință a necrozei țesuturilor.

La -196^oC (temperatura folosită în criochirurgie) azotul lichid provoacă procese distructive în scurt timp prin înghețarea apei protoplasmatică, lezarea membranei nucleului, denaturarea proteinelor, distrugerea mitocondriilor, ribosomului, liposomului etc.

Tehnica criochirurgiei este destul de simplă, nu cere utilaj complicat, se folosește un aparat cu tub prin care azotul lichid ajunge la tumoare. Temperatura azotului poate fi modificată pe parcursul acțiunii.

În zona aplicării apare ca și în electroacțiune zona de crustă dar în termeni mult mai scurți, cicatricea fiind mai fină.

Criochirurgia se aplică mai mult în tratamentul formelor vizuale de cancer, în special în cancer cutanat.

Fiind aplicată în scopuri paliative criochirurgia produce următoarele efecte:

- încetinirea creșterii tumorii;
- micșorarea și chiar rezorbția metastazelor pulmonare, osoase.

Se presupune că un atare efect se datorează creșterii imunității anticancer sub acțiunea crioterapiei. Mecanismul acestui efect nu este încă clar.

În secția „Chirurgia tumorilor capului și gâtului” a Institutului Oncologic din Moldova criochirurgia a început să fie aplicată din 1978. Până în prezent metoda a fost aplicată pe un lot de 15000 bolnavi, rezultatele fiind satisfăcătoare (Gh. Țăbîrnă, A. Doruc).

Avantajele metodei:

- metoda este simplă în aplicare;
- sinecostul mic al intervenției;
- posibilitatea de a fi folosită în condiții de ambulator;
- dă o șansă bolnavilor care nu pot fi operați prin metoda chirurgicală clasică.

Dezavantajul principal este sfera restrânsă de aplicare.

3. Laserchirurgia

S-a constatat că laserul (un fascicul concentrat de lumină) are o acțiune distrugătoare asupra celulelor tumorale, având o acțiune selectivă asupra celulelor cu un conținut crescut de pigment.

În dependență de sursă laserul exercită o acțiune biologică diferită. Astfel, laserul de argon decolorează eritrocitele fără a le distruge, laserul de rubin este absorbit de clorofilă și distruge celulele vegetale ș.a.m.d.

Acțiunea laserului se compune din:

- acțiune termică
- acțiune electromagnetică
- acțiune fotoelectrică
- acțiune electrochimică
- acțiune fizică (de lovitură) etc.

Acțiunea laserului este cu atât mai puternică cu cât mai pigmentată este celula.

Acțiunile laserului este asemănătoare cu cea termică.

Iradieră se face într-un seans de pe un singur câmp dacă tumoarea nu este mare și în câteva ședințe de pe mai multe câmpuri dacă tumoarea este mai mare.

La a 3-4-a zi se formează crusta care cade la 3-4 săptămâni lăsând o cicatrice fină.

Se utilizează mai mult pentru tratarea melanomelor, mai puțin pentru tratamentul cancerului cutanat.

Aplicarea fasciculului laser (bisturiu-laser) pentru evidarea tumorii a demonstrat unele avantaje ale acestei metode:

- sterilitate în operație
- grad înalt de ablastie
- operații fără hemoragii pronunțate
- existența unei bariere pe marginea plăgii,

care împiedică pătrunderea conținutului plăgii în țesuturile sănătoase.

Se aplică relativ rar din cauza indicațiilor speciale și cere continuarea cercetărilor.

*Chirurgia oncologică nu poate fi privită ca o simplă multitudine de tehnici operatorii, ci doar ca o parte componentă a unui tratament complex, bazată pe principii biologice, pe cunoașterea cât mai profundă a biologiei bolii canceroase, a anatomiei topografice.

***Un chirurg general cât de virtuos nu ar fi nu poate ține concurență unui chirurg oncolog în problema vindecării cancerului.**

ASPECTE ISTORICE ȘI DE MANAGEMENT

Serviciul Oncologic în Republica Moldova a început să se dezvolte din anul 1945 după Hotărârea Guvernului fostei URSS despre organizarea asistenței oncologice pentru populație (75 ani de la fondarea serviciului oncologic).

Hotărârea în cauză prevedea organizarea unei rețele de instituții oncologice: dispensare, secții, cabinete, puncte medicale specializate.

S-a propus să fie organizate dispensare de 4 categorii: I – 80 paturi, II – 50 paturi, III – 30 paturi, IV – 25 paturi.

Aceste dispensare urmau să efectueze **examene profilactice în masă** a bărbaților peste 35 de ani și a femeilor peste 30 de ani pentru a depista stările precanceroase și neoplaziile, a le lua la evidență și a stabili unde urmează să fie tratați acești pacienți.

În fișa medicală a fost introdusă o pagină specială pentru a nota rezultatele examenului profilactic efectuat de diverși specialiști (ORL, ginecologi, terapeuți, chirurghi etc.).



Rubașov S.M.

Examele profilactice se efectuau și la unitățile de producție, uzine, fabrici, colhozuri, sovhozuri etc. Pe prim plan se aflau întreprinderile cu risc crescut (factori cancerigeni). Exista o formă unică de statistică. Procesul clinico-diagnostic ulterior era asigurat de către clinicile și spitalele de profil general.

Pe lângă Ministerul Sănătății de atunci al RSS Moldovenești a fost creat un comitet de combatere a cancerului sub conducerea șefului de catedră de chirurgie prof. Rubasov S.M.

Pe lângă clinica de chirurgie (spitalul orașenesc nr. 4) a fost organizat un staționar de 20 de paturi condus de Goldștein E.I., care deținea și funcția de oncolog principal al orașului Chișinău. În această secție se efectuau operații de tip Vanah, Diffenbach, mastectomie, evidări de ganglioni limfatici.

Către anii '50 s-a format dispensarul de pe strada Pirogov.

Aici s-a organizat un bloc operator staționar de 80 de paturi, secție metodică, registratura și 2 cabinete de ambulator, două cabinete de Roentgenterapie, un laborator morfopatologic.

Astfel, în republica noastră au început să fie introduse principiile și metodele de tratament actuale la acea vreme. Medic-șef al acestui dispensar a fost numit Sorocean I.C. Serviciul morfopatologic era condus de N.P. Grigorieva, cabinetul de Roentgenterapie – dl Notman C.A., după care a urmat Novicov N.V.

Secția de ginecologie era condusă de Talda V.C., Cabinetul metodic – dl Pinski L.H., în calitate de soră-șefă a lucrat Leibovici B.L., care făcuse 3 ani de facultate la Institutul de Medicină din Iași. Acest om a fost o personalitate de excepție care a contribuit mult la organizarea procesului curativ în dispensar, practic dânsul era adjunctul neoficial al medicului-șef în lucrul curativ. Încă mulți ani în continuare dumnealui a educat asistente medicale, ocupându-se de pregătirea lor profesională și etică.

Pe parcurs dispensarul și-a întărit corpul de specialiști cu noi cadre cum ar fi șefa secției de chirurgie Fedotova A.C., discipola lui N.N. Petrov, patriarhul oncologiei sovietice. În același timp au activat ca specialiști medicii Muhina V.P., Madonova N.M., Mîslina I.N. ș.a.

În octombrie 1954 conducerea Dispensarului Oncologic Republican a fost preluată de către Honelidze G.B., care și-a făcut studiile în ordinatura clinică la Institutul de Medicină din Chișinău între anii 1949-1952.

În 1956 a fost organizată I Conferința Republicană a Oncologilor în asociere cu roentgenoradiologii din republică, la care au luat parte oncologi de vază din URSS ca Racov A.I., Lazarev, Novicova L.A., Pogoseanț ș.a.

Permanent se dezvoltă baza tehnico-materială a dispensarului.

A fost instalat un aparat cu încărcătură de cobalt radioactiv (unul dintre primii în fosta URSS). A fost pregătită special pentru lucrul cu acest aparat medicul Mîslina I.N.

În 1957 ca șef de secție de chirurgie oncologică a fost numit Crivoșeev S.V., care a perfecționat metodele operațiilor în cancer rectal.

În 1959 a fost organizată a doua Conferință a oncologilor de aceeași amploare ca și prima.

În acest timp în republică a fost organizată o rețea întreagă de instituții medicale cu profil oncologic: dispensarele oncologice din Soroca și Bălți secția de oncologie din Tiraspol cabinete oncologice în Chiși-

nău, Orhei, Bender, Cahul, Râbnîța, cabinete pentru examinare profilactică pe lângă policlinicile raionale și ambulatoriile rurale.

În fiecare raion activa câte un medic răspunzător de asistența oncologică.

La dispensarul din Soroca a activat fructuos doctorul Zisman S.A., care a implementat metoda de electrorezeecție a stomacului, obținând rezultate frumoase. În același dispensar medicul Balter S. a introdus mamografia fără contact (în continuare acest medic a activat în Centrul Oncologic din Moscova).

Perioada înainte de organizarea Institutului Oncologic ar putea fi caracterizată prin următoarele realizări:

1. s-a perfecționat metoda examenelor profilactice cu introducerea pe larg a citodiagnosticului;
2. au fost organizate cabinete speciale de examinare a femeilor pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin;
3. evidența maladiilor oncologice;
4. studii epidemiologice inițiale în colaborare cu Institutul din Leningrad: s-a înregistrat morbiditate înaltă prin cancer de col uterin și piele și morbiditate joasă prin cancer gastric.



G.B. Honelidze

În octombrie 1960 a fost organizat Institutul de cercetări științifice în domeniul oncologiei sub conducerea lui G.B. Honelidze.

A început pregătirea cadrelor de medici-oncologi în cadrul Institutului de medicină din Chișinău. Astfel, s-au încadrat specialiștii ca B.B. Chicerman, P. V. Martîniuk, I. F. Zisman, Corlățan V.V., Cucută B.G., Ravidina H.G., Tâgan V.M., Iamșicova N.I. ș.a.

Pe lângă Institutul de Medicină din Chișinău a fost organizată internatura și cursurile de specializare și perfecționare în domeniul oncologiei.

Institutul Oncologic a devenit bază pentru instruirea studenților și medicilor specialiști.

Un aport serios în organizarea asistenței oncologice în anii '70 au adus ministrul sănătății din acea perioadă N.A. Testemițanu și rectorul Institutului de Medicină V.C. Anestiadi.

Institutul Oncologic a devenit cu adevărat un centru științific, în care se efectuau cercetări științifice, se făcea lucrări de doctorat.

S-a implementat în practică lucrul în teritoriu organizat sub formă de brigăzi mobile de specialiști.

Prin examenele efectuate de aceste brigăzi s-a pus baza epidemiologiei cancerului în Republica Moldo-

va, a fost elaborată harta solurilor din republică, s-a constatat cauza incidenței înalte a cancerului gastric în sudul republicii (magneziul din făina de porumb, vinurile seci produse în condiții casnice) ș.a. cercetări.

Activitatea științifică a căpătat amploare din momentul venirii în funcție de director-adjunct în problemele științei a prof. Iacovleva I.A.

Cadrele practice și științifice s-au întărit cu venirea medicilor Coșciug G. Dm., Grinberg A.A., Camâșov I.M., Ciuvașov V.I., Țurcan A.M.



I.A. Iacovleva

Un eveniment de o mare importanță a fost încadrarea în activitatea institutului a tinerilor doctori în medicină (oncologie) care și-au făcut studiile în instituțiile de prestigiu din Moscova, St.Petersburg, Obninsk, Kiev ș.a.: Bulbuc Gr., Monul F.A., Țăbărnă G.A., Corcimar I.T., Ciornii A.P., Bideac I.V., Moiş I.I. ș.a. – acești specialiști apoi, devenind șefi de departamente: A. Cernii – șef Departament de patomorfologie, F. Monul – șef departament de chimioterapie, I. Moiş – toracală.

În 1972 a fost înființată secția „Chirurgia tumorilor capului și gâtului” condusă până în prezent de către prof. Gh. Tăbărnă.

Structural componența Serviciului Oncologic din R. Moldova (schema) era alcătuită:

1. Cabinete oncologice cu specialiști oncologi la nivel de sector, județ;
2. Secții municipale, Chișinău, Tiraspol;
3. Dispensare oncologice, or. Bălți, Tiraspol;
4. Institutul Oncologic.

Conducerea Serviciului Oncologic era efectuată de Ministerul Sănătății – prin Specialistul principal.

În anul 1991 a fost organizat Centrul de hematologie sub conducerea prof. Corcimar I. La ziua de azi Institutul Oncologic din Republica Moldova este un centru cu un mare potențial clinic științific și didactic.

În cadrul Institutului activau cca 1600 colaboratori, dintre care 22 doctori habilitați, 60 doctori în medicină, 1 membru corespondent și 1 membru titular ai AȘM.

În componența Institutului intră clinica cu 1005 paturi și policlinica cu aproape 760 vizite pe zi.

În 1990 a fost dat în exploatare un bloc modern de chirurgie cu secții chirurgicale specializate ca: proc-turologie, mamologie, gastrologie, ginecologie, tumori ale capului și gâtului, microchirurgie etc., cu 20 de săli de operație și 24 paturi de reanimare, și secția de morfofpatologie.

Institutul dispune de 3 secții de chimioterapie, 3

secții de radioterapie, laboratoare clinice și diagnostice, secție de prelucrare a informației etc.

Policlinica Institutului Oncologic desfășoară activitate amplă de diagnostică curativă de ambulator și metodică. Un aport deosebit în organizarea și desfășurarea activității Policlinicii Oncologie din Republica Moldova l-a efectuat primul ei șef – **doctor în medicină A. Grinberg**.

Din momentul înființării Institutului Oncologic până la ziua de azi a crescut cu mult potențialul științific al acestei instituții.

Scopul de bază al științei oncologice indiferent de caracterul ei fundamental sau aplicativ a fost elaborarea și perfecționarea metodelor de profilaxie, diagnostic și de tratament al maladiilor canceroase, metodelor de reabilitare fizică și psiho-socială a pacienților oncologici și de pronostic.

În cadrul activității de combatere a cancerului în institutul nostru s-au realizat și continuă să fie realizate următoarele cercetări:

- depistarea factorilor genetici implicați în cancerul de colon și a grupurilor de risc familial;
- alcătuirea cancer-registrului;
- stabilirea criteriilor pentru grupul de risc de cancer gastric în baza investigațiilor endoscopice morfologice; (**G. Hohelidze**)
- studierea epidemiologiei neoplaziilor sistemului limfatic și hematopoietic. A fost creat un **centru clinico-științific de hematologie**, care asigură dispensarizarea pacienților, asistența diagnostică și curativă a pacienților oncologici;
- a fost elaborată o metodă eficientă de examene profilactice în masă mai ales a populației feminine cu testarea citologică în zonele endemice;
- concomitent cu serviciul fiziologic în republică s-a introdus examenul fluorografic obligatoriu cu scopul depistării cancerului pulmonar;
- s-au studiat factorii și criteriile de estimare a riscului de cancer mamar în diferite grupuri etnice a populației R. Moldova;
- a fost elaborat Programul republican de depistare precoce a proceselor pretumorale;
- în anul 1998 a fost elaborat Programul Național de Combatere a Cancerului, care este în proces de realizare (**Gh. Țâbârnă**).

În problemele diagnosticului au fost realizate următoarele:

- s-au implementat pe larg metodele de fibrogastroscopie, colonoscopie cu biopsie, care au permis elaborarea criteriilor de diagnostic morfologic precoce al stărilor pretumorale și cancerelor „în situ” al colonului și stomacului;
- s-a executat un șir de lucrări de cercetare a ca-

racteristicilor proceselor tumorale și canceroase ale stomacului, uterului, intestinului, țesutului limfoidal. Au fost elaborat modele de concluzii citologice unificate și standardizate;

- în baza cercetărilor morfologice, histogenetice, histochimice a precancerului și cancerului de col uterin a fost elaborată o clasificare morfologică a proceselor respective;

- s-a efectuat un ciclu de investigații fundamentale și s-au obținut date noi despre histogeneza cancerului de col uterin (displazii) și a unelor forme de cancer uterin (cancer pavimentos metaplastic) (**prof. I. Iacovleva**).

S-au elaborat criterii morfologice de diagnostic diferențiat al displaziilor și cancerului „în situ” de col uterin. Au fost obținute date noi, necunoscute până acum despre tulburările procesului de reorganizare a microcontactelor intercelulare în celulele tumorale, despre dereglarea formării membranelor bazale ale acelorasi celule tumorale (**prof. A. Cernâi**);

- s-au studiat ultrastructura epiteliului de tranziție sau joncțional al colului uterin, al canalului anal, al nazofaringelui, ca fiind o zonă de protecție.

În baza acestui studiu a devenit posibilă determinarea histogenezei tumorale:

- a fost perfecționată metoda diagnosticului diferențial al limfoamelor maligne de alte limfadenopatii cu caracter benign;

- au fost elaborate metode de termografie activă și în asociere cu ecotomografia ce a facilitat diagnosticul diferențiat al maladiilor glandei mamare (**prof. V. Mazurin**);

- termografia activă a contribuit la diagnosticul melanoamelor cutanate, tumorilor osoase;

- a fost elaborată metoda de bronhoscopie sub narcoză pentru diagnosticul cancerului pulmonar în condiții de ambulator, ceea ce a permis reducerea hiperdiagnosticului cancerului pulmonar în 50% cazuri (**E. Malai, I. Moiş, I. Bideac, I. Camîşov**);

- au fost alcătuite atlasuri de investigație laparoscopică și roentgenologică de contrast (**E. Covali**);

- au fost elaborate metodice de depistare a tumorilor nepalpabile ale sânelui.

Realizările savanților institutului nostru în ce privește tratamentul și reabilitarea pacienților au fost următoarele:

- au fost elaborate tehnici de operații largite și combinate în tumori maligne local-avansate ale mucoasei cavității bucale, laringelui, glandei tiroide cu recuperare plastică a defectelor prin diverse lambouri regionale (**prof. Gh. Țâbârnă**);

- s-a efectuat analiza complexă a lambourilor pediculare și microchirurgicale în recuperarea plastică după operațiile largite în regiunea capului și gâtului (**Gh. Țîbîrnă, N. Antohii, A. Bejan**);

- a fost elaborată metodica criochirurgicală în tumori local-avansate cutanate și ale buzei inferioare. În baza acestor investigații au fost elaborate algoritmi de modelare, optimizare și dirijare prin mașina de calcul a proceselor criodestructive în diverse țesuturi: tumorale în regiunea capului și gâtului (**Gh. Țîbîrnă, A. Doruc**);

- s-a propus o metodă de hipertermie în asociere cu chirurgia și radioterapia în tratamentul cancerului de sân (**V. Jovmir**);

- s-au determinat criteriile patomorfologice pentru acțiunea hipertermiei;

- au fost elaborate metodice de operații lărgite și combinate în cancer de rect cu aplicarea radioterapiei pre- și postoperatorii (**S. Coșciug**);

- s-a studiat eficiența metodei asociate de tratament chirurgie+crioterapie în cancer de rect;

- a fost efectuată estimarea clinico-morfologică a terapiei cu progestine sintetice în cancer de col uterin (**L. Potapova**);

- au fost elaborate scheme de tratament hormonal al proceselor hiperplazice ale endometriului și reabilitare medicală;

- s-au studiat particularitățile manifestărilor clinico-morfologice în limfogranulomatoză, evoluția clinică și rezultatele tratamentului în diverse categorii de vârstă; (**I. Corcimaru**);

- au fost studiate particularitățile evoluției clinice ale diverselor variante morfologice ale limfoamelor non-Hodgkin;

- s-a stabilit dependența patomorfozei acestor maladii de localizarea primară a tumorii, au fost pre-

zentate rezultatele imediate și tardive ale diferitor metode de tratament în funcție de stadiu și de tipul histologic al limfoamelor non-Hodgkin; a fost estimat rolul terapiei de susținere în perioada de remisie în evoluția de mai departe a maladiilor în stadiile generalizate (**M. Robu**);

- a fost elaborat un complex de operații recuperative originale în tumori osoase; s-au propus endoproteze de tip nou, cu folosirea metaloconstrucțiilor (**A. Țurcan, I. Dascalu**);

- s-a efectuat un studiu comparativ de influență a imunomodulatorilor nespecfici de origine anti- și neantigenă asupra rezistenței antitumorale a organismului și în baza acestor investigații a fost propus spre testare clinică imunomodulatorul bufostimulina (**G. Bulbuc**);

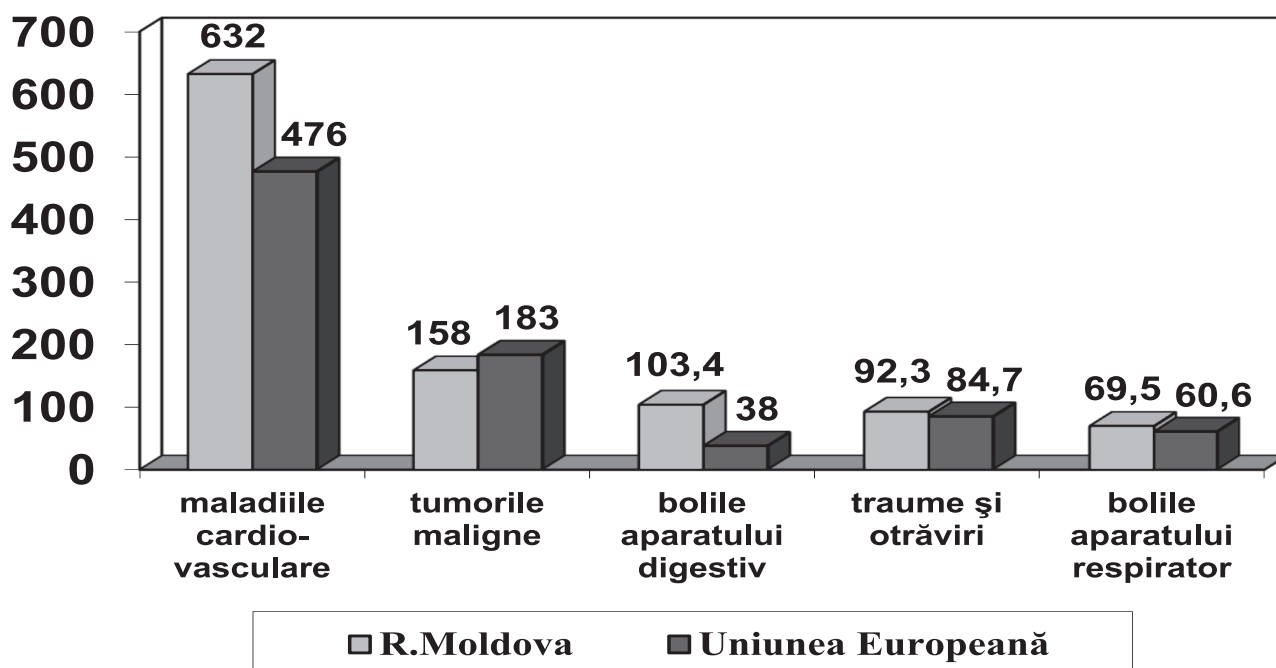
- a fost studiată starea receptorilor și a verigii efectoare în feed-back-ul imun la pacienții oncologici; s-a demonstrat că rezistența imună joasă se explică prin insuficiența componentei efectoare a sistemului imun;

- o serie de lucrări sunt consacrate problemei de reîncadrare profesională a pacienților oncologici după tratamente radicale;

- au fost elaborate metode originale și eficiente de analgezie nemedicamentoasă la pacienții incurabili (**I. Camășov, I. Mereuță**);

Rezultatele cercetărilor științifice au fost prezentate la diverse congrese și conferințe științifice atât în țară, cât și peste hotare, au fost publicate 35 monografii, 15 culegeri de articole, recomandări metodice.

Indicii mortalității după principalele cauze de deces în Republica Moldova în comparație cu Uniunea Europeană (anul 2018, cazuri la 100.000 populație)



Tabelul 1

Incidența, mortalitatea și prevalența bolnavilor cu maladii oncologice în Republica Moldova

Anii	Incidența		Mortalitatea		Prevalența	
	C.A.	%ooo	C.A.	%ooo	C.A.	%ooo
1980	5860	149,0	3515	90,5	26715	668,3
1990	7819	178,4	5625	130,3	36691	840,0
2000	6350	148,3	5448	127,1	39545	923,6
2010	7852	220,2	5632	158,1	43799	1229,6
2019	10112	284,9	6548	184,8	60291	1698,7

Colaboratorii institutului au obținut 27 brevete de invenție;

- la expozițiile naționale și internaționale lucrările de valoare ale colaboratorilor institutului au fost menționate cu medalii de bronz și argint, cu diplome speciale;

- Institutul Oncologic din Moldova pe parcurs a organizat 9 conferințe oncologice și 4 congrese.

În baza datelor prezentate în acest tabel se pot face următoarele concluzii:

1) În Republica Moldova indicii mortalității prin patologia cardio-vasculare sunt mai înalți comparativ cu Uniunea Europeană (632 la 100.000 de populație și respectiv 476 la 100.000 de populație).

2) Pe locul doi se plasează mortalitatea prin tumori maligne, indicii în Uniunea Europeană fiind mai înalți (158 la 100.000 de populație în R. Moldova și 183 în UE);

3) Mortalitatea prin bolile aparatului digestiv este mai înaltă în R.Moldova (103,3 la 100.000 de populație 38,0 în UE);

4) Indicii mortalității prin traume și otrăviri

sunt nesemnificativ mai înalți în R.Moldova (92,3 la 100.000 în R. Moldova și 84,7 în UE);

Mortalitatea prin bolile aparatului respirator este mai înaltă în R. Moldova, unde indicii mortalității constituie 69,5 la 100.000 populație comparativ cu 60,6 la 100.000 populație în UE);

La ora actuală, legislația din Uniunea Europeană facilitează recunoașterea specialităților legate de cancer, inclusiv a chirurgiei oncologice.

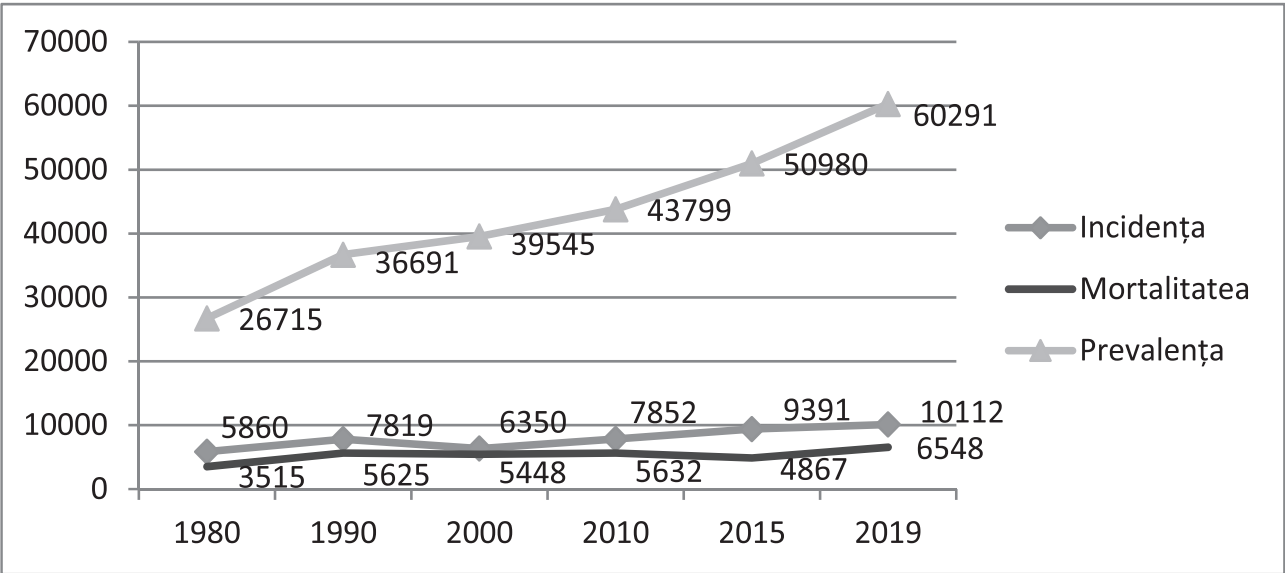
Existența Societății Europene de Chirurgie Oncologică (ESSO), precum și a Federației Mondiale a Societăților de Oncologie Chirurgică (WFSOS) confirmă recunoașterea specialității de chirurgie oncologică.

În ultimele decenii se observă o creștere a indicilor morbidității și mortalității prin cancer în mai multe țări europene inclusiv și în țara noastră.

Drept cauze ale unei atare situații sunt considerate: dezastrul ecologic ca rezultat al activității umane, abuzul de alcool, alimentația incorectă, fumatul, stresul psiho-social, creșterea longevității oamenilor.

Diagrama 1

Incidența, mortalitatea și prevalența bolnavilor cu maladii oncologice în Republica Moldova.



Tabelul 2

Ponderea tumorilor maligne la cele mai frecvente localizări în Republica Moldova, anii 2000- 2019

Anii	Localizările									
	Colorectal	Sân	Pulmonar	Piele	He- mo-blas- toze	Stomac	Prostata	Gl. Tiroi- dă	Col. Uterin	Ficat
2000	10,9	10,9	11,3	9,7	6,2	7,4	1,7	1,5	5,4	2,7
2005	12,4	11,3	10,0	10,2	6,1	6,5	3,2	2,6	4,7	3,8
2010	13,1	10,6	10,9	9,0	5,8	6,3	3,7	3,0	3,6	3,3
2015	12,9	10,9	9,5	9,8	7,1	5,0	4,5	3,3	3,1	2,9
2016	12,9	11,9	9,5	10,7	6,7	4,3	4,7	4,1	3,4	3,2
2017	12,5	11,3	8,6	10,5	8,1	4,1	5,2	4,1	3,2	2,6
2018	13,3	11,2	9,2	9,8	6,1	4,4	5,9	2,5	2,7	2,8
2019	13,4	11,6	8,2	12,1	6,2	3,9	5,6	2,9	3,1	2,3

Astfel, problema cancerului a depășit demult cadrul pur profesional al medicinei și a devenit o problemă a întregii societăți la nivel statal și chiar global.

Indicii incidenței, mortalității și prevalenței sunt reprezentate în tabelul și diagrama 1.

Pentru o analiză mai amplă am studiat acești indici în perioada anilor 1980-2019. Astfel în perioada aceasta se observă o creștere vădită a indicilor morbidității prin tumori maligne în R. Moldova. În 1980 au fost luați la evidență 5860 pacienți primari ce con-

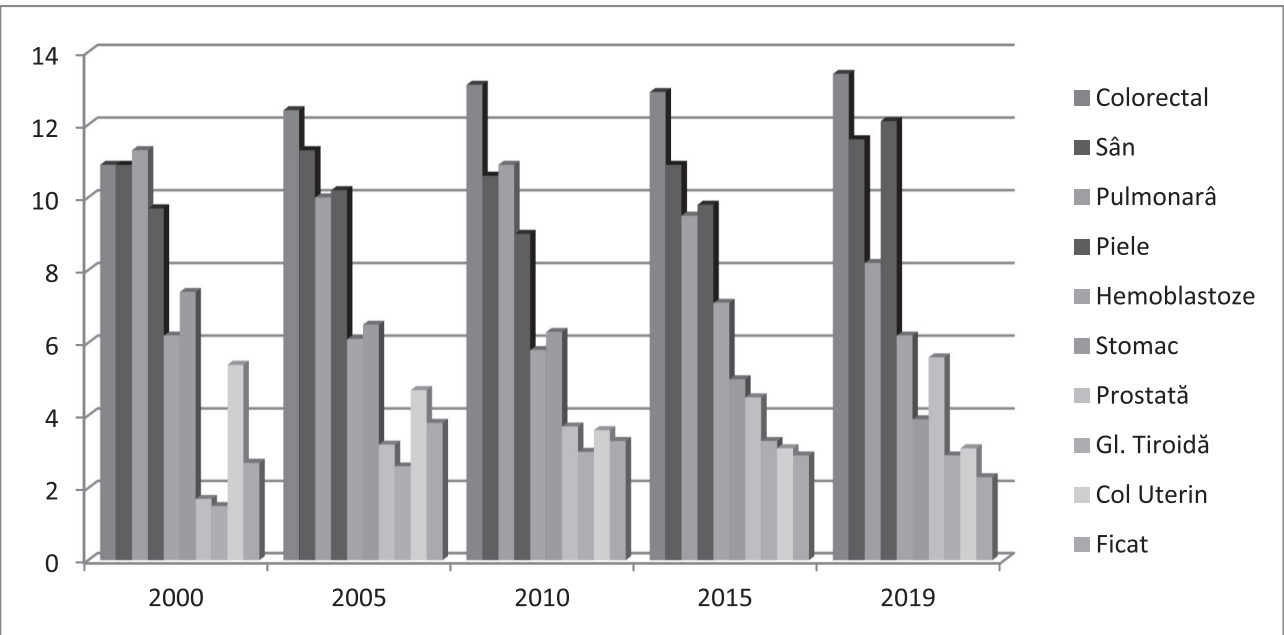
stituie 149,0 la 10 000 populație. Apoi în perioada de peste 35 ani în 2019 numărul pacienților a crescut până la 10112 ce constituie 284,9 la 100 000 mii locuitori.

În ce privește mortalitatea în această perioadă observăm o creștere stabilă în anul 1980 au decedat 3515 bolnavi cu tumori maligne ce constituie 95,0 la 100000 mii populație, în anul 2019 indicii mortalității au crescut până la 6548, ceea ce constituie 184,8 la 100000 mii populație.

În ce privește indicii prevalenței trebuie de men-

Diagrama 2

Ponderea tumorilor maligne la cele mai frecvente localizări în Republica Moldova, anii 2000- 2019



ționat, că în anul 1980 în Cancer-Registru al Republicii Moldova au fost luați la evidență **26715 pacienți (668,3‰000)**. În 2019 indicii prevalenței s-au dublat – **60291 (1698,7 ‰000)**. Acest indice ne dovedește eficiența asistenței oncologice, oferită de colectivul Institutului Oncologic în tratamentul cancerului în Republica Moldova.

Din punct de vedere structural dinamica morbidității în R. Moldova în anii 2000 -2019 se repartizează în felul următor: pe primul loc în anul 2000 s-a aflat cancerul pulmonar ce constituia 11,3%, după care glanda mamară - 10,9%, cancerul colorectal - 10,9%, pielea - 9,7%, stomacul - 7,4% și hemoblastozele - 7,2%.

Evolutiv în anul 2010 primul loc a ocupat cancerul colorectal 13,1%, după care cancerul pulmonar 10,9%, glanda mamară 10,6%, pielea 9,0 și hemoblastozele 5,8.

Trebuie de menționat că în 2019 indicii sunt repartizați astfel: pe primul loc cancerul colorectal 12,9%, glanda mamară 10,9%, pielea 9,8%, cancerul pulmonar 9,5%, hemoblastozele 7,1%, glanda tiroidă 3,3 %.

La ora actuală de tratamentul chirurgical al cancerului în R.Moldova se ocupă:

- Clinica chirurgicală a Institutului Oncologic (500 paturi).
- Clinica Universitară (Spitalul Clinic Republican nr.1, **Prof. V.Hotineanu, Prof. V. Caza-cov, Prof. N.Gladun**).
- Clinica Universitară (IMSP Institutul de Medicină Urgentă, *Acad. Gh.Ghidirim, Prof. Ro-jnoveanu Gh, Conf. Iu.Glavan*).
- Clinica Universitară (Spitalul municipal Chișinău „Sf. Treime”, **Prof. C. Țibîrnă, d.h.m. Gh.Anghelici**).
- Clinica Universitară (Institutul de neurologie și neurochirurgie, *Prof. G.Zapuhlii, Prof. V.Timirgaz, conf. univ. I. Glavan, A. Crihan*).
- Centrul Republican de Chirurgie Pediatrică „N.Gheorghiu”, Clinica Catedrei Cranio-maxilo-facială (*Acad. Eva Gudumac, Conf. univ. Silvia Railean*).
- Secția oncologică (Spitalul municipal or. Bălți).

Managementul bolnavilor primari cu tumori maligne tratați chirurgical în Republica Moldova. (2018)

Instituția	c.a.	%
Institutul Oncologic	7980	87,7%
Clinica Universitară (SCR-1)	158	1,7%
Clinica Universitară (IMSP Institutul de Medicină Urgentă)	89	1,0%
Clinica Universitară (Spitalul municip. „Sf. Treime”)	67	0,7%
Clinica Universitară (Institutul de neurologie și neurochirurgie)	101	1,1%
Secția oncologică (Spitalul municipal or. Bălți)	114	1,3%
Spitalele Centrale Raionale	65	0,7%
Peste hotarele Republicii	39	0,4%
Total în alte instituții	488	5,4%
Total pe Republică	9101	100%

Structura intervențiilor chirurgicale practicate în Clinica Oncologică se referă la diferite localizări ale cancerului.

Predomină intervențiile chirurgicale:

Tumori ale regiunii capului și gâtului	- 1797pacienți (22,5%)
Cancerul glandei mamare	- 1380 pacienți (17,3%)
Tumori digestive	- 1236 pacienți(15,5%)
Ginecologie	- 1364 pacienți (17,1%)
Urologie	- 926 pacienți (11,6%)
Tumori cutanate și de țesuturi moi	- 894 pacienți (11,2%)
Toracice	- 184 pacienți (2,3%)
Oncopediatrie	- 151 pacienți (1,9 %)
Criochirurgie	- 48 pacienți (0,6 %)
TOTAL	- 7980 pacienți (100%)

Letalitatea postoperatorie în clinica oncologică a constituit în anul 2018 nivelul de 0,5% (55 de pacienți), (după operații radicale – 14 bolnavi; după operații paliative – 41 bolnavi).

În Clinicele Universitare prevalează intervențiile chirurgicale în următoarele tumori:

Tumori digestive	- 205 pacienți (34,2%)
Tumori plămânilor	- 35 pacienți (5,8%)
Tumori creierului	- 120 pacienți (20%)
Oncopediatria	- 240 pacienți (40%)
TOTAL	- 600 pacienți (100%)

Mortalitatea postoperatorie în clinicele universitare fiind numai de 0,7%.

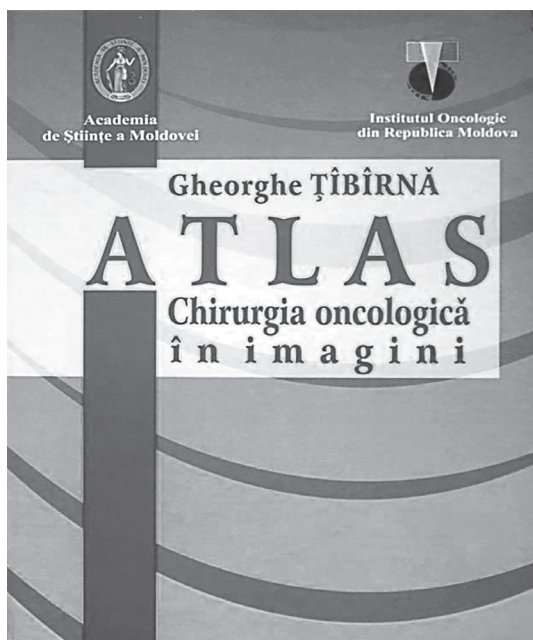
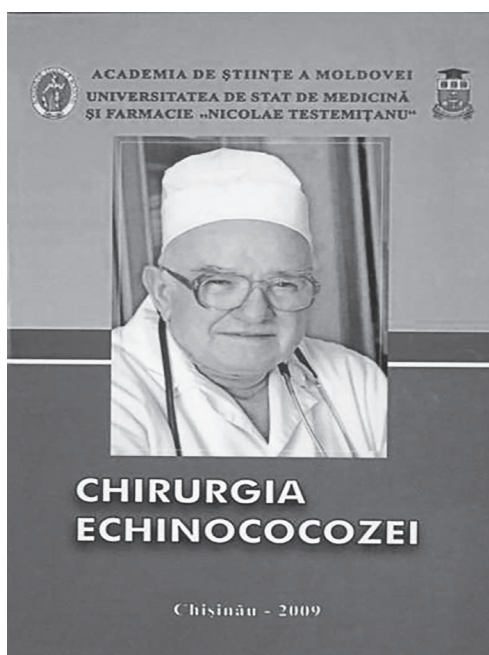
Ne oprim mai profund la analiza activității școlilor chirurgicale din Republica Moldova, care se ocupa permanent cu perfecționarea tratamentului chirurgical al cancerului.

De ce Oncologie? - Fiindcă Constantin Țîbîrnă a fost un chirurg oncolog de talie internațională. A elaborat diverse metode de tratament chirurgical al tumorilor ficatului și regiunii toraco-abdominale

Chirurgie



Constantin ȚÎBÎRNĂ, - ilustru chirurg, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, academician al AȘM



Îmi este nespus de greu să vorbesc despre fratele meu, academicianul Constantin Țîbîrnă, pentru că și acum îi simt prezența în tot ce fac.

Aminirile mele personale despre Costică încep cu anii lui de studenție, când venea vara în vacanță din Chișinău, de la Institutul de Medicină – la baștină, la Sîngerei. Copilăria mea a trecut sub steaua fratelui Costică, de care era mândră toată familia noastră, iar mama Maria în mod deosebit.

Cred că nu exagerez dacă spun, că este unul din puținii medici, care a trăit respectând „buchia” juraământului lui Hipocrate. Într-un interviu, el a spus: „Medicina este o artă. Ea are nevoie de oameni care iubesc omul și își iubesc profesia. În medicină trebuie să lucrezi fără pauză, în orice zi”.

O altă trăsătură, care mă încântă, a fost dragostea lui de adevăr. Întotdeauna avea curajul să spună lucrurilor pe nume și abia acum, de la înălțimea vârstei mele, îmi dau seama cât de greu i-a fost să-și păstreze

principialitatea și verticalitatea (schița biografică a pregătit-o fratele Gheorghe Țîbîrnă).

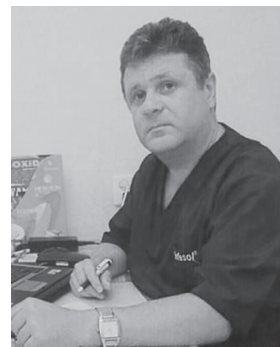


G. Ghidirim

Împreună cu acad. Gh. Ghidirim am elaborat și implementat metode de tratament chirurgical al gușei toxice difuze, care este un proces pretumoral de fond.



G. Zapuhlîh



V. Timergaz



V. Hotineanu

Împreună cu prof. Vl. Hotineanu am elaborat și implementat noi metode chirurgicale miniinvazive în tratamentul proceselor nodulare și cancerului incipient al glandei tiroide.

Împreună cu colegii de la Institutul Național de Neurologie și Neurochirurgie se elaborează și se implementează metoda chirurgicală de tratament a tumorilor cu invadarea bazei craniului



N. Gladun

Prof. N. Gladun. Împreună am elaborat și implementat noi metode chirurgicale în tratamentul cancerului local-avansat al glandei tiroide cu afectarea mediastinului



Conf. Iulian Glavan



E. Gudumac



S. Răilean

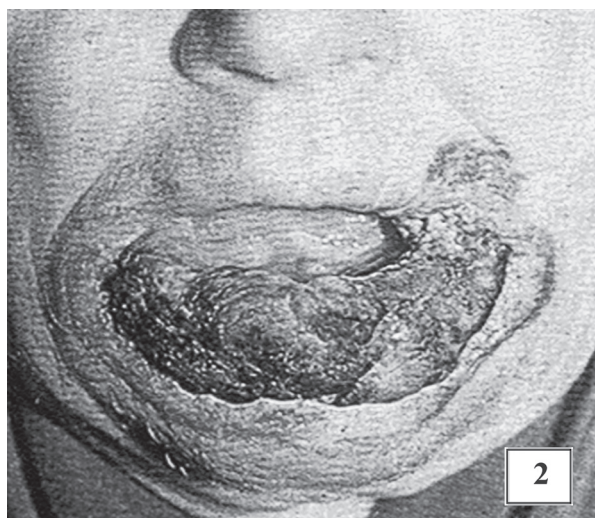
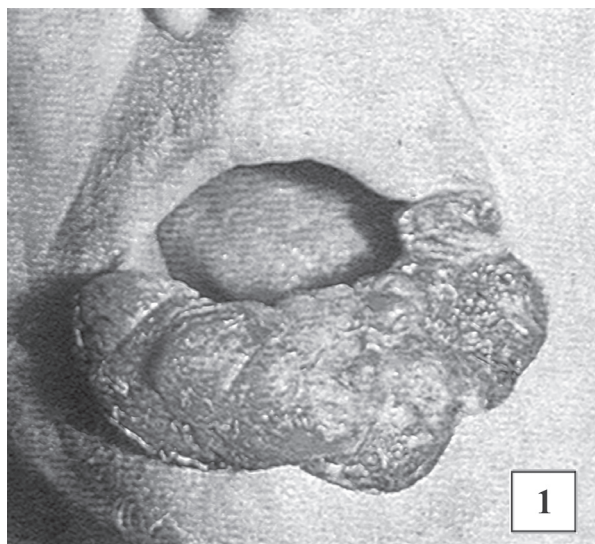
Împreună cu acad. E. Gudumac și conf. univ. S. Răilean am elaborat și implementat metode moderne de tratament chirurgical al tumorilor benigne și maligne la copii, îndeosebi în regiunea oro-maxilo-facială și baza craniului.

Doctorul în medicină, conf. Iulian Glavan activează la Catedra de Neurologie și Neurochirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu” (șef de catedră acad. St. Groppa.) Perfecționează permanent metoda chirurgicală a tumorilor intracraniene și bazei craniului. Deseori ia parte activă în intervențiile chirurgicale în regiunile de frontieră a bazei craniului.

Cazuri clinice

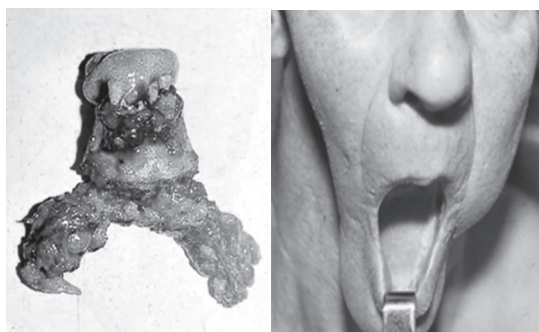
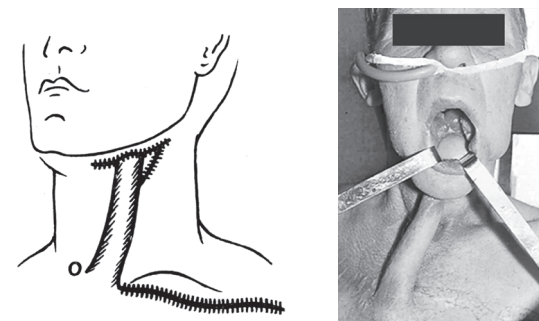
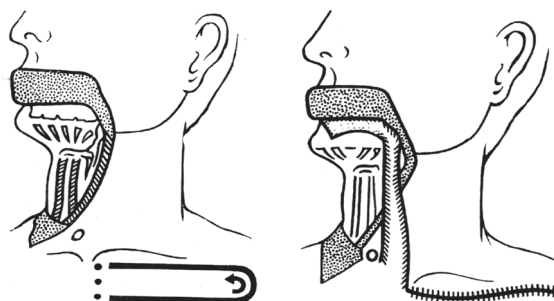
Pacienta E, 70 ani, «Carcinomul buzei inferioare Stadiul IV, T4N0M0».

1. Pînă la tratament
2. A treia zi după criodestrucția tumorii, se evidențiază marjă de necroză a tumorii.
3. 10 ani după tratament.



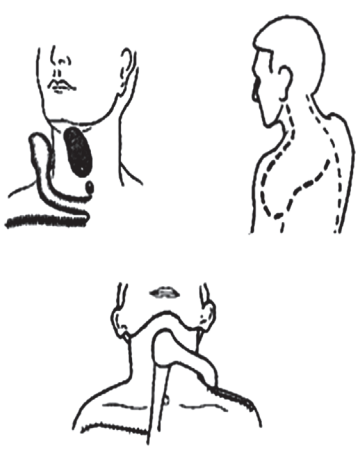
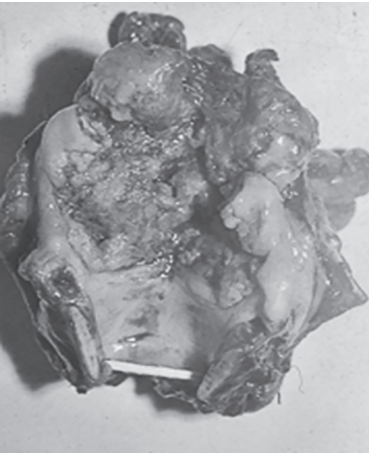
Pacientul N, 58 ani, «Carcinomul mucoasei cavității orale, st. IV, T₄N₀M₀», înainte de tratament combinat cu aplicarea plastiei primare

1. Etapa de intervenție plastică
2. Macropreparat.
3. A 10 zi după plastia defectului cu lambou delto-pectoral.
4. Patru ani după tratament.

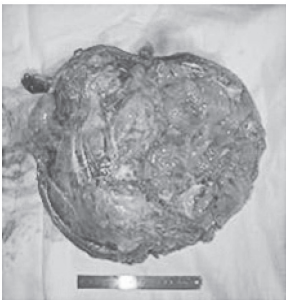
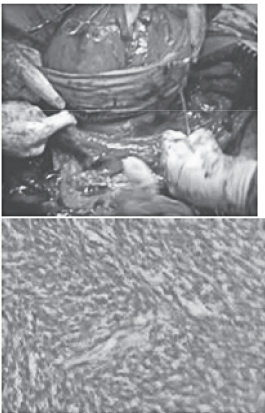
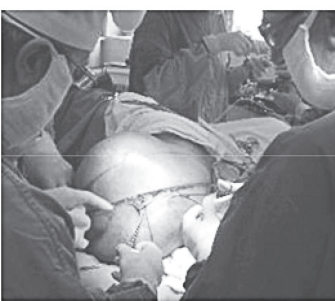


Pacientul M, 58 ani, «Cancer de hipofaringe st. IV, T₄N₀M₀, Etapele de tratament combinat faringostomă plană.».

1. Macropreparat.
2. Aspect a defectului post-operator (faringo-esofagostomă.
3. Schema de plastică combinată al faringo-esofagostomei.
4. A 5-a zi după operația ploastică combinată cu două lambouri (humoral+deltopectoral).
5. 7 ani după tratament.



**Tehnologii noi avansate în tratamentul chirurgical
al tumorilor local-răspândite ale regiunii capului și gâtului**



Bolnavul C, 48 ani.

Diagnoza „*Neurofibrom malign gigant al regiunii cervicale posterioare și suprascapulare pe dreapta*”.

1. Dimensiunile tumorii 35 x 40 cm, masa tumorii de 21 kg.

2. Poziția bolnavului pe masa de operație.

3-5. Etapele intervenției chirurgicale.

6. Macropreparat.

7. Bolnavul a treia zi după operație.

8. Bolnavul la trei luni după operație.

9. Micropreparat.

10. Rezultatul patomorfologic postoperator – neurofibrom malign cu invazie în toate țesuturile adiacente.

mixt masiv a glandei parotide pe dreapta. Malignizare?, cu evoluție lentă .

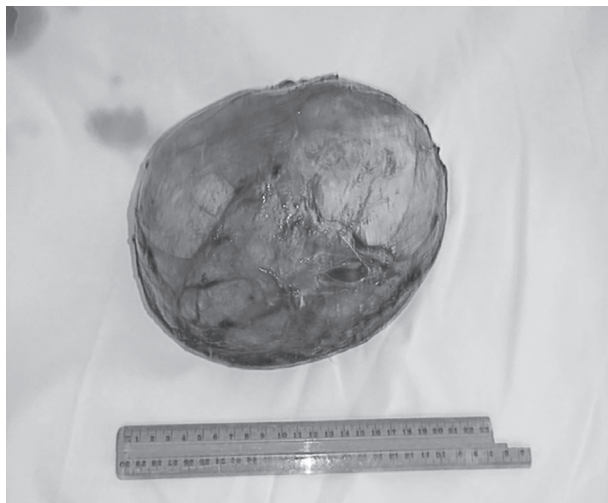
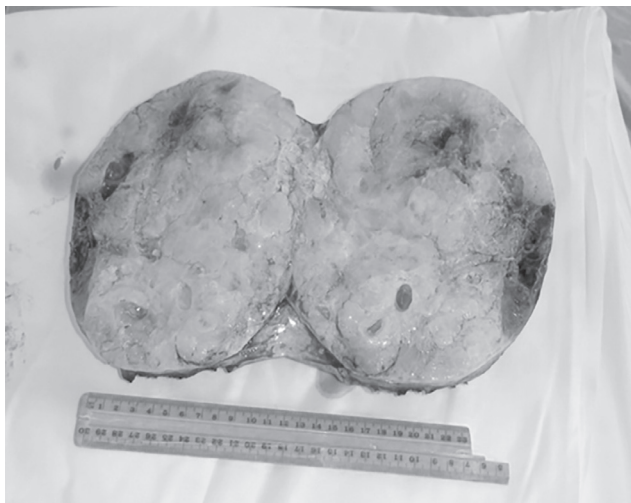
**Pacienta T., 82ani.**

S-a internat în secția cap și gât pe data de 20/05/2019 până la 31/05/2019, cu diagnosticul de: Tumor mixt masiv a glandei parotide pe dreapta. Malignizare?, cu evoluție lentă.

Bolnavă timp de 10 ani. În luna martie, se adresează la medic la locul de trai. Este îndreptată la IMSP IO. Examinat în CCD, stabilit diagnosticul de Tumor

Sa efectuat operația: Înlăturarea tumorii masive cu excizia pielii, țesuturilor moi și parotidectomie pe dreapta cu păstrarea nervului facial. (etapele intervenției chirurgicale)





Macro preparatul, tumoarea masivă înlăturată.

Diametru 25x21x18 cm, greutate de 7kg

Descriere microscopica și concluzia histopatologică: Adenom pleomorf de glanda salivara, cu zone masive de necroza și prevalarea componentului mezenchimal



Pacienta peste 1 an postoperator

Concluzii:

Un mare număr din cazurile ajunse la tratament sunt în stadii avansate ale bolii (28% în stadiul IV), din cauza lipsei programelor în masă de profilaxie primară și secundară și a insuficienței rețelei de diagnostic precoce;

Programul de oncologie actual al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Compania Națională de Asigurări în Medicină nu alocă nici un leu pentru investigațiile de profilaxie, diagnostic precoce și **profilaxie chirurgicală** (tratamentul chirurgical activ al proceselor pretumorale și factorul genetic

în oncologie) decât pentru tratamentul cu citostatice.

Propuneri:

De elaborat criteriile de obținere a competenței de a practica chirurgia oncologică:

- De organizat un *Centru de Chirurgie Oncologică* (pe baza clinicii chirurgicale a Institutului Oncologic).
- Acest centru trebuie atestat de Academia de Științe a Moldovei și Ministerul Sănătății (componentul științific și organizațional).
- Centrul de pregătire trebuie să asigure resursele necesare pentru cercetare și documentare științifică;
- Centru trebuie să aibă o experiență chirurgicală adecvată și să dețină resurse necesare tratamentului specializat chirurgical în chirurgia tumorilor;
- De a introduce în actualul nomenclator al Ministerului Sănătății – „**Supra specializarea de chirurgie oncologică**” care va crea cadrul legal al funcționării acestei specialități.
- De organizat Societatea de Chirurgie Oncologică din R.Moldova și **catedra de chirurgie oncologică** în cadrul USMF “N. Testemițanu”.

Bibliografie

1. Baciuc Gh. Istoricul medicinei și al învățământului medical, pe plaiul basarabean, Chișinău, 2016, Com. Poliografie 262p.
2. Hotineanu V., Chirurgie, curs selectiv, Chișinău 847p.
3. Moldovanu M., Moraru A.- monografie- Istoria serviciului medical din Chișinău, Chișinău 2015, Tip. Centrală - 188p.
4. Paladi Gh. - Ginecologie, Chișinău, 1997, 483p.
5. **Țîbîrnă Gh.**, „Ghid Clinic de Oncologie”, Ed. Universal, Chișinău, 2003, 828p.
6. **Țîbîrnă Gh.**, **Atlas chirurgia oncologică în imagini**, Chișinău, Europress 2011, 228p.
7. **Țîbîrnă A.**, „Cancerul glandei tiroide”, Chișinău, Universul, 2017, 320p.
8. Vorodi V., Studii comparative ale metodelor imagistice în stadializarea cancerului de col uterin. Universitatea de Medicină și farmacie „Iuliu Hoțieanu” Cluj-Napoca, 2010, 206p.
9. **Блохин Н.Н., Петерсон Б.Е.**, „Клиническая онкология”, Медицина, Москва, 1971, 432 стр.
10. **Пачес А.И.**, „Опухоли головы и шеи”, Медицина, Москва, 1983, 414 стр.
11. **Стручков В.И., Стручков Ю.В.**, „Общая хирургия”, Медицина, Москва, 1988, 478 стр.