

EDITORIAL

**ȘCOALA CHIRURGICALĂ FONDATĂ DE PROFESORUL V. HOTINEANU:
REZULTATE ȘI SPERANȚE**Eva GUDUMAC¹, Vladimir CAZACOV²¹ - profesor universitar, Academician² - conferențiar universitar

Vladimir Hotineanu, medic-chirurg, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, Om Emerit al Republicii Moldova, Laureat al Premiului Național în domeniul științei și tehnicii, are o carieră strălucită, un CV impresionant și un palmares de titluri bine meritat. Ca o personalitate marcantă a chirurgiei moldovenești, este membru al Academiei Jefferson din New York și al Asociației Internaționale de Chirurgie Hepatobiliopancreatică din România și Rusia, al Asociației Chirurgilor „Nicolai Pirogov” din Moscova, membru corespondent al Academiei de Științe și Arte din Paris, Franța etc. Calitățile de chirurg proeminent, de manager responsabil au dus la desemnarea sa, în iunie 1998, în funcția de Viceministru al Sănătății, iar în 2009 – în înalta funcție de Ministru al Sănătății. Cu multă înțelepciune și perseverență conduce Catedra de Chirurgie nr.2. Pentru activitatea prodigioasă și pentru munca sa creatoare este decorat cu mai multe distincții guvernamentale: Meritul Civic (1995), Om Emerit (2000), Laureat al Premiului Național al RM (2004), Medalia „Nicolae Testemițanu” (2005), Ordinul de Onoare (2010).

Profesorul universitar și doctorul V. Hotineanu are o experiență de peste 35 de ani în practicarea chirurgiei și un cuvânt greu de spus atunci când este vorba de sănătatea bolnavilor. Muncește cu drag de profesie, argumentând că succesul apare atunci când muncești și ești bine pregătit în domeniul în care activezi. La aceasta se mai adaugă faptul că este un chirurg de excepție, dotat cu frumusețea și naturalețea gestului chirurgical, dar și un om vertical, drept, ambițios, care lucrează cu mare responsabilitate. În cei 35 de ani de activitate a asigurat asistența medico-chirurgicală diversă, cu toată gama de intervenții chirurgicale de mare anvergură în urgență și programări, reintervenții și operații miniinvasive cu rezultate bune și foarte bune. S-a remarcat printr-o activitate operatorie mai deosebită în chirurgia: hepato-biliară, gastro-duodenală, colonului, intestinului subțire și rectului.

În acest domeniu a modernizat tehnicile de tratament și a adaptat noi tehnici. Implementarea rezultatelor cercetărilor științifice în practica chirurgicală a facilitat obținerea rezultatelor bune imediate și la distanță la peste 45000 de pacienți operați pe parcursul a 10 ani. Reușita intervențiilor chirurgicale a făcut să crească rapid afluența pacienților spre clinica pe care o conduce prof. V. Hotineanu, astfel că numărul operațiilor mari a crescut considerabil în ultimii 10 ani. Fiind adept al ideilor noi și având convingerea că cercetarea nu se poate realiza decât pe baza unei minuțioase documentări, profesorul V. Hotineanu a format un nucleu de chirurghi tineri, pe care i-a ajutat să se specializeze în străinătate, în chirurgia hepatobiliopancreatică.

În calitatea sa de profesor universitar contribuie la formarea tinerilor medici, oferindu-le cu generozitate toate cunoștințele și abilitățile pe care le posedă. În ultimii 35 de ani a participat la o multitudine de foruri științifice internaționale, conferințe, congrese, simpozioane. Lucrările de cercetare, numărul cărora este impresionant, publicate în ediții de carte, studiile și comunicările în reviste medicale din întreaga lume au devenit referințe de notorietate pe plan internațional. În clinică se editează revista medicală de prestigiu: „Arta Medica” – editor șef profesorul Dr. Vladimir Hotineanu (revistă categoria C CNCSIS). Tematica articolelor publicate promovează o politică activă de îmbunătățire a performanțelor, prin evaluarea calității serviciilor acordate, creșterea nivelului pregătirii profesionale, elaborarea de standarde și protocoale terapeutice, dezvoltarea activității didactice și științifice. De numele său este legat, de asemenea, ciclul „Lectură de Iarnă”, fondatorul căruia este profesorul Dr. Vladimir Hotineanu și care are o tematică variată.

Una dintre direcțiile principale ale cercetărilor științifice este diagnosticul și tratamentul infecțiilor chirurgicale și în special al infecției anaerobe nesporogene. Studiile realizate în acest domeniu în anii 1980-85 s-au finalizat cu teza de doctor în științe medicale „Tratamentul plăgilor infectate extinse în mediul abacterial dirijat”, teză în care au fost argumentat mecanismele de dirijare a procesului inflamator prin alterarea fazei I de inflamație și accelerarea fazei II și III a procesului de plagă. S-a accentuat necesitatea abordării complexe a plăgilor extinse infectate care necesită tratament atât local, cât și general, prin terapie intensivă de detoxifiere, substituție volemică, corecție a metabolismului energetic și a statutului imun al organismului. În chirurgia abdominală complicațiile postoperatorii cu caracter infecțios sunt principale. Peritonita postoperatorie este cauza principală a decesului postoperator, letalitatea atingând 90% (datele SCR în anul 1985 – 82.5%). Profesorul V. Hotineanu a propus și a implementat în clinică metoda abdomenului deschis și în special tehnica chirurgicală a relaparatoriilor programate – „multiple second look”. Această metodă a permis dirijarea fazelor inflamației în cavitatea peritoneală și asigură abortarea primei faze a inflamației, obținută prin înlăturarea focarului primar de infecție, accelerarea fazei II și III a inflamației, prin lavaj peritoneal continuu, drenarea circulară a cavității peritoneale. În procesul studiului au fost determinate variantele clinico-evolutive ale peritonitelor postoperatorii.

A fost determinată morfopatogeneza peritonitelor postoperatorii în perioada de tratament prin metoda „abdomenului deschis”, în conformitate cu evoluția stadială a procesului de plagă în peritoneu. Ulterior s-a descris și argumentat conceptul

științific de imunodeficiență secundară bacterială, fenomen particular legat de particularitățile statutului imun, secundare inflamației. Tratamentul complex a inclus antibioticoterapie complexă sub controlul concentrației minimale de inhibiție a antibioticelor în peritoneu, imunoterapie dirijată - pasivă în primele 30 de zile și ulterior activă la necesitate, luând în considerație sindromul de imunodeficit bacterial secundar. Corecția metabolismului energetic, detoxifierea corporală și extracorporală, corecția funcțiilor organelor vitale sunt componente primordiale ale tratamentului complex al acestor pacienți. Implementarea realizărilor științifice a permis reducerea letalității de la 82,5% la 30%. La finalizarea acestui proiect de cercetare în SCR, de altfel și în tot spațiul sovietic, pentru prima dată a fost deschisă secția specializată de chirurgie septică abdominală, care funcționează de la înființare ca un prestigios centru de învățământ postuniversitar pentru medicii secundari și instruire în cadrul rezidențiatului de chirurgie și a specialităților chirurgicale. **Rezultatele cercetărilor științifice** continui și tradiționale se materializează prin participarea la Congrese, Conferințe, Simpozioane, prin Publicații de articole și cărți: monografii, tratate, capitole în *Tratate esențiale*, dar și *Invenții și Inovații*.

Cercetările științifice la această temă au fost prelungite, temele de cercetare fiind reprezentate de probleme majore ale peritonitei postoperatorii și făcând parte din tematica de cercetare a Clinicii. O parte din tezele de doctorat, susținute sub conducerea prof. V. Hotineanu, prin valoarea teoretică și practică a acestora au devenit lucrări de referință în problema studiată. În acest domeniu au fost elaborate 5 teze de doctorat.

În teza „Atitudinea chirurgicală asupra focarului de peritonită postoperatorie în dependență de localizarea acestuia în cavitatea peritoneală” a fost studiată atitudinea curativă individuală asupra sursei de peritonită postoperatorie cu aplicarea unei tactici diferențiate și a tehnicii operatorii optime, în funcție de localizarea în cavitatea peritoneală, în combinație cu tratamentul prin relaparatomii programate, ceea ce a permis reducerea letalității postoperatorii în peritonitele cu focarul localizat supravezicolar la 23,36%, în mediu abdominal – la 19,7% și pelvin – până la 18,9%, (V. Bogdan, 2007). „Diagnosticul și corecția sindromului de intoxicație în peritonitele postoperatorii grave”, proiect de cercetare în care au fost stabilite rolul, sensibilitatea și veridicitatea metodelor contemporane de diagnostic și control postoperator al sindromului de intoxicație, s-a evidențiat complexitatea etiopatogeniei sindromului de intoxicație și dificultățile diagnostice, impuse de marea variabilitate a manifestărilor clinice.

A fost propusă și utilizată în practică o modificare proprie a clasificării variantelor evolutive ale sindromului de intoxicație: regresivă, intermitentă, persistentă. A fost perfecționată și valorificată metoda de terapie enterală la bolnavii cu peritonite postoperatorii grave. Terapia complexă, inclusiv a sindromului de intoxicație, a redus letalitatea de la 39,7% la 22,4%, (A. Iliadi, 1999). În acest context a fost studiată și funcția ficatului în peritonita postoperatorie (Z. Caragaț, 1994). Competitorul V. Grădinaru (1994) în disertația cu tema „Anestezia cu Ketamină la bolnavii cu peritonită postoperatorie difuză” a argumentat necesitatea acestei anestezii la etapele de tratament prin metoda „abdomenului deschis”. De asemenea, a fost optimizată necesitatea anesteziei prelungite în perioada precoce postoperatorie în condiții de insuficiență multiplă de organe.

Terapia antibacterială a peritonitelor grave în proiectul „Antibioticoterapia rațională la bolnavii cu peritonită postoperatorie, tratați prin metoda relaparatomii programate” (Gh. Pasescic, 1999) a permis aprecierea comparativă a eficacității de administrare a preparatelor antibacteriene selectiv intra-arterial și intravenos, ceea ce a permis dirijarea concentrației optime a acestora în focarul septic.

Studiu științific realizat sub conducerea prof. V. Hotineanu de către Ion Balică (2008) în teza de Doctor Habilitat „Sepsisul chirurgical. Actualități etiopatogenetice și modalitățile de ameliorare a rezultatelor tratamentului” a demonstrat particularitățile clinico-evolutive ale sepsisului abdominal la pacienții cu peritonite generalizate și pancreatite acute grave. Au fost apreciați parametrii de severitate ai dereglărilor fiziologice ale răspunsului de fază acută și disfuncție multiplă de organe la pacienții cu sepsis abdominal. Au fost determinate principalele cauze ale letalității în sepsisul abdominal.

Chirurgia programată a celor mai răspândite boli digestive chirurgicale (boala ulceroasă a stomacului și duodenului, litiaza biliară, patologia pancreasului, ficatului și colo-rectală, patologia organelor endocrine) constituie până la 30-35% din numărul total de operații efectuate anual în Republică (cca 72 000). Statisticile estimează că 17-19% dintre bolnavii operați dezvoltă postoperator, precoce sau tardiv, diverse complicații cu implicații terapeutice importante: în circa 13,8% acestea sunt cauza principală a pierderii capacității de muncă, iar la 15% dintre bolnavi – cauza invalidizării. Progresele științei medicale fundamentale și a dezvoltării furtunoase a tehnicii medicale au determinat necesitatea reevaluării fundamentale a multor concepții etiopatogenetice, diagnostice, inclusiv și a actului terapeutic-chirurgical. În literatura de specialitate din ultimele decenii se remarcă că, în pofida standardelor și protocoalelor farmacoterapeutice moderne, au survenit schimbări radicale în tabloul clinic și particularitățile de decurgere a bolilor chirurgicale ale stomacului și duodenului, ficatului și pancreasului, care manifestă rezistență terapeutică și adesea evoluție spre complicații majore.

Din cele analizate și studiate în Clinică, sub conducerea profesorului Vladimir Hotineanu, a fost dedus un moment semnificativ: duodenostaza este unul dintre factorii determinanți care într-un șir de patologii chirurgicale digestive se impune ca mecanism etiopatogenic principal. Datele afișate în literatura modernă de domeniu. În literatura de specialitate nu au fost găsite informații cu referire la incidența patologiei date. Patologia a fost menționată doar în lucrările de specialitate, în cadrul studierii diagnosticului imagistic al duodenostazei pe fundal de MD, megacoledocului secundar și a pancreatitei cronice calculoase efectuate în Clinica nr.2 de Chirurgie, sub conducerea prof. V. Hotineanu (V. Hotineanu, 2005; A. Hotineanu, 2010; A. Cazac, 2005; V. Pripa, 2007). De aceea domeniul dat constituie una dintre direcțiile principale de cercetare ale prof. V. Hotineanu.

Studiile științifice de evaluare în acest domeniu a unor metode moderne de diagnostic și tratament, incluse în experiența noastră, acoperă domenii chirurgicale variate – starea morfo-funcțională a duodenului și impactul acesteia în patologia gastro-duodeno-bilio-pancreatică, posibilitățile radiodiagnosticului modern în depistarea malrotației duodenale și a consecințelor acesteia, impactul malrotației duodenale asociate cu duodenostază asupra căilor biliare principale, diagnosticul

și tratamentul megacoledocului, diagnosticul și tratamentul endoscopic în obstrucțiile biliare distale complicate cu icter mecanic, diagnosticul și tratamentul complex al pancreatitei cronice și complicațiilor acesteia, diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas.

Ponderea afecțiunii zonei hepato-biliare a crescut semnificativ în ultimele decenii. Patologia chirurgicală a tractului digestiv constituie în continuare o problemă fundamentală de sănătate pe plan mondial și republican. Aceasta este însoțită de complicații dintre cele mai grave, uneori ireversibile, de o creștere marcantă a factorilor de risc, în special a celor chirurgicale, și de o rată înaltă a mortalității, așa cum o semnalează de altfel și unele centre medicale mari din lume, ca cele din Statele Unite, Franța și Japonia. În structura mortalității generale patologia tractului digestiv ocupă locul IV. Conform datelor MS al Republicii Moldova, anual în țara noastră se efectuează peste 25 000 de operații ale patologiei chirurgicale a tractului digestiv, mortalitatea generală postoperatorie constituind 3- 10% (V. Hotineanu, 2010). Există o preocupare permanentă a echipei de chirurghi conduse de profesorul V. Hotineanu pentru autoperfecționare și introducerea celor mai noi tehnici chirurgicale în tratamentul pacienților, vizând în special tehnicile miniinvazive care asigură un traumatism chirurgical mai mic și o vindecare mai rapidă. Tehnicile chirurgicale deosebite practicate în clinica condusă de Dl Prof. V. Hotineanu sunt legate de patologii digestive: colecistectomiile laparoscopice, colectomiile laparoscopice în cazul cancerelor de colon, splenectomia laparoscopică, colangiopancreatografiile, papilosfincterotomiile și litextracțiile endoscopice, tratamentul laparoscopic al herniilor hiatale și achalaziei cardiei, puncția și drenajul percutan ghidat ecografic al abceselor hepatice și al cavității abdominale.

În cursul ultimei decade, chirurgia hepato-bilio-pancreatică a evoluat rapid spre intervenții complexe ca hepatectomiile majore, duodeno-pancreatectomia cefalică. În departamentul de chirurgie hepato-bilio-pancreatică, deschis de profesorul V. Hotineanu, se practică pe larg următoarele intervenții în aceste domenii:

- Rezecții hepatice minore pentru leziuni localizate în segmentele II, III, IVb, V, VI, adresate tumorilor benigne (solide, chistice) și maligne (hepatocarcinom, metastaze hepatice),
- Pancreatectomii caudale cu prezervarea splinei, rezecții pancreatice, derivații bilio-digestive în tumori inoperabile,
- Colecistectomii, derivații bilio-digestive.

Aceste patologii generează situații clinic-diagnostice dificile. Succesele imagisticii și a tehnologiilor miniinvazive contemporane au dictat necesitatea revizuirii principiilor de diagnostic și tratament.

La teza de doctor în medicină a competitorului A. Ababii „Tactica chirurgicală în hidatidoza hepatică complicată” (2003), a fost definită tactica chirurgicală, în chistul hidatic supurat, punând accentul pe înlăturarea radicală a focarului purulent. S-au individualizat tehnicile miniinvazive endoscopice pentru tratamentul erupției chistului hidatic în CBP.

Diagnosticul și tratamentul complicațiilor toracice ale chistului hidatic hepatic (2003) au fost abordate în disertația doctorului Andon Elvira. S-a demonstrat că calea de abord este apreciată preoperator, iar lichidarea cavității fibroase restante din plămân cu fir neîntrerupt exclude formarea fistulelor bronhopleurale și a cavităților restante posthidatice. S-a ajuns

la concluzia că intervențiile într-o singură ședință operatorie la chisturi hidatice hepatice și pulmonare sunt indicate doar bolnavilor de vârstă tânără, cu chisturi fără complicații.

Un ciclu de lucrări este dedicat Megacoledocului ideopatic. Între anii 2000-2005, pentru prima dată s-a definit noțiunea de megacoledoc ideopatic, a fost studiată etiopatogenia și s-a propus modalitatea optimă de diagnostic și tratament chirurgical. Au fost studiate schimbările anatomo-morfologice în megacoledocul ideopatic, care sunt exprimate prin vacuolizarea și fragmentarea sistemului nervos submucos. S-au stabilit manifestările clinice ale megacoledocului în dependență de schimbările morfofuncționale în peretele coledocian. S-a argumentat exereza supraduodenală de coledoc cu implantarea lui în ansa jejunului a la Roux.

Un ciclu de lucrări este dedicat Diagnosticului și tratamentul icterului mecanic. În disertația competitorului A. Ferdohleb „Diagnosticul și tratamentul icterului obstructiv benign” (2003) au fost apreciate alterările lezionale și funcționale locale și sistemice, a fost definit tratamentul în dependență de cauza etiologică, având ca bază principiul de tratament în 2 etape: decompresia miniinvazivă a arborelui biliar și soluționarea chirurgicală a obstacolului la rece cu o compensare somatică adecvată.

În teza „Tactica activă în tratamentul chirurgical al colecistitei acute calculoase” (2006) a doctorandului Mohamed Hussein Al-Haduri a fost elaborată motivarea etiopatogenetică și clinică a tacticii chirurgicale active, cu definirea certă a termenelor de urgență amânată cu până la 72 de ore, ceea ce permite evitarea schimbărilor inflamatorii majore locale, fapt care permite realizarea în aceste termene a colecistectomiei laparoscopice în colecistita acută. S-a demonstrat că tactica activă chirurgicală evită progresarea și răspândirea procesului inflamator, dezvoltarea focarelor purulente locale sau difuze, evitând deformări anatomice ale spațiului subhepatic, și reduce riscul complicațiilor grave intraoperatorii. „Diagnosticul și tratamentul endoscopic în obstrucțiile biliare distale complicate cu icter mecanic” (2007) este disertația competitorului A. Cotoneț. În lucrare a fost constat faptul că ERCP este metoda de elecție în diagnosticul obstrucției distale de CBP, iar aplicarea inciziilor prediagnostice endoscopice permite soluționarea cu ușurință a sarcinilor diagnostice – managementul miniinvaziv al blocurilor biliare distale, cu precizarea indicațiilor și contraindicațiilor, cu finalizarea actului endoscopic prin stentarea CBP sau drenare nazobiliară. S-a demonstrat că tratamentul endoscopic al obstrucției biliare este etalon al decompresiei ca prima etapă, cu soluționare chirurgicală la etapa a II-a, în mod miniinvaziv laparoscopic sau chirurgical clasic.

„Tactica chirurgicală în tratamentul paliativ la bolnavii cu ictere obstructive tumorale” (2002) este elaborată în disertația doctorandului Sadek Al-Fakih. Au fost standardizate metodele miniinvazive în decompresia arborelui biliar și apreciat locul acestora în protocoalele contemporane de tratament. Pentru prima dată s-a propus și implementat în practica by-pass extern bilio-jejunal în tratamentul neoplaziilor maligne ale CBP.

Doctorandul Mutahar Quasem Mohsem Al-Ameer în teza de doctor în medicină „Tactica în diagnosticul și tratamentul tumorilor ampulare și a papilei duodenale mari” (2006) a argumentat operațiile radicale – duodenopancreatectomia cefalică în cazurile rezecabile, iar în tumorile depășite, ce constituie mai mult de 70% dintre bolnavi spitalizați, operația paliativă

– derivațiile interne biliodigestive colecisto- sau hepaticojejunanoanastomoza pe ansa izolată a la Roux. Cercetările științifice în domeniul hipertensiunii portale sunt realizate pe parcursul a 20 de ani și sunt motivate de incidența în ascensiune a cirozei hepatice, Republica Moldova ocupând primul loc în Europa în structura letalității în rezultatul acestei maladii. Chirurgia hipertensiunii portale, domeniu abordat în țara noastră numai în cadrul a două centre, a constituit o preocupare care a impus și ea precizarea tuturor elementelor care permit realizarea ei: metode de diagnostic, atitudine terapeutică, terapie pre- și postoperatorie, tehnica utilizată.

În lucrarea competitorului Moraru Viorel „Particularitățile hemodinamicii portale în hipertensiunea portală cirogenă la și splenectomie cu deconectare azygo-portală” (2002) sunt detaliat studiate modificările hemodinamicii portale la pacienții cirolici cu hipertensiune portală și patogenice argumentate operațiile de decompresie portală.

Particularitățile evoluției bolii litiazice la bolnavii cu ciroză hepatică (2009) au fost studiate de către doctorandul S. Pisarenco. În disertație s-au stabilit factorii primordiali ai litogenezei la pacienții cu ciroză hepatică, a fost elaborat algoritmul de diagnostic, a fost prelucrată tactica chirurgicală cu accent hemostatic pentru patul vezicii biliare în aceste situații clinice.

„Diagnosticul și tratamentul chirurgical al complicațiilor cirozei hepatice” (2008) este teza de doctor habilitat al lui Gheorghe Angelici. În lucrare au fost stabilit particularitățile de diagnostic și tratament adresate hemoragiilor variceale și sindromului ascitic. A fost propusă și realizată în practica endoscopică hemostaza varicelor esofagiene cu adeziv fibrinic.

Teza finalizată și aprobată de doctor habilitat a conferențiarului V. Cazacov „Impactul chirurgical asupra raportului morfo-funcțional al splenopatiei portale cu component autoimun secundare hipertensiunii portale” a elucidat mecanismele relaționale morfofuncționale splină-ficat, cât și incidența componentului autoimun în ciroza hepatică. Au fost argumentate etapele terapiei de corecție pre- și postoperatorie adresată acestui contingent de bolnavi.

DL profesor V. Hotineanu, chirurg de excepție, dotat cu manualitatea, frumusețea și naturalețea gestului chirurgical, a modernizat tehnicile de tratament și a adaptat noi procedee chirurgicale reconstructive în tratamentul chirurgical al rectocolitei ulcero-hemoragice, în soluționarea medico-chirurgicală și reconversia tractului digestiv la pacienții colostomiați, modernizarea protocoalelor de tratament al neoplaziei epiteliale a colonului și rectului.

Modernizarea metodelor de diagnostic și tratament al formațiunilor benigne și maligne ale glandei tiroide, glandelor suprarenale, formațiunilor de volum ale timusului cu diferențiere a sindromului miastenic de miastenia gravis, devine o oportunitate dictată de creșterea relativă a morbidității diagnosticate prin metode imagistice moderne. Aspectele expuse au stat la baza dezvoltării chirurgiei glandelor endocrine. Volumul activității chirurgiei endocrine a crescut an de an, fiind concretizat în creșterea numărului pacienților tratați. De asemenea, toți ceilalți parametri au avut un trend ascendent (numărul și calitatea personalului, competența acestuia, complexitatea cazurilor rezolvate, nivelul rezultatelor obținute).

Chirurgia reconstructivă a tractului digestiv. Departe de a fi rezolvate sunt problemele legate de corecția reconstructivă operatorie a afecțiunilor biliare operați, a patologiei postoperatorii tardive a stomacului operat și pancreatitei cronice.

Patologia căilor biliare, manifestată prin coledocolitiază reziduală, stricturi benigne a CPB, fistule biliare iatrogenice, mega-coledoc secundar, devine o afecțiune din ce în ce mai frecventă și prezintă dificultăți serioase atât de ordin diagnostic, cât și de ordin chirurgical. Rămân nesoluționate problemele ce țin de corecția reconstructivă operatorie a pacienților cu sindrom postcolecistectomic, care alcătuiesc cca 2-3% din numărul total de bolnavi invalizi pentru patologia căilor biliare.

Trebuie menționate aparte pancreatita cronică și complicațiile acesteia, pseudochistul de pancreas, neoplasmul pancreatic și coledociene, unde complexitatea actului operator ridică foarte multe probleme de diagnostic și tratament în raport cu varietatea și stadiul lezional. Constatăm că acest fapt determină o incidență mare a complicațiilor și necesită elaborarea unor metode raționale de tratament chirurgical și monitorizare. În disertația sa „Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase” (2005) competitorul Anatol Cazac a elucidat unele mecanisme ale litogenezei pancreatice și rolul calculilor în instalarea hipertensiunii wirsungiene, care determină simptomatologia clinică, au fost determinate termenele optime de efectuare a operațiilor de decompresie (4-6 luni după atacul de pancreatită acută), endoscopice sau chirurgicale de tip pancreatojejunanoanastomoză pe ansă a la Roux.

În teza doctorandei Carmen Neamțu (2006) „Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas”, au fost elucidate fazele de maturare morfologică a peretelui chistului și argumentate operațiile paliative sau radicale în dependență de comunicare a chistului cu sistemul ductal pancreatic.

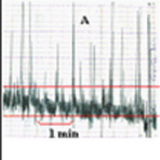

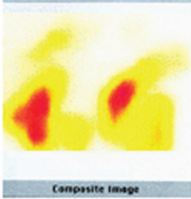
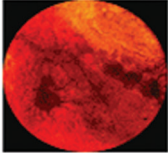
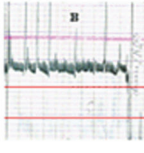
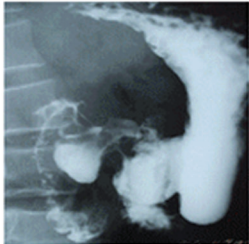
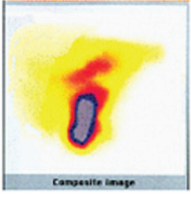
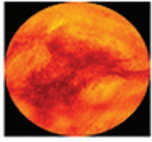
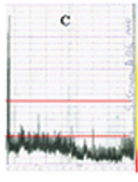
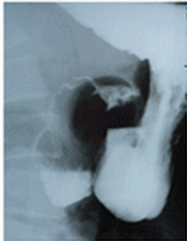
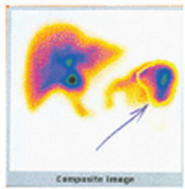
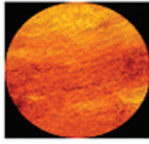
Chirurgia reconstructivă abdominală este în special indicată în patologia gastroduodenală congenitală, la care se referă și malrotația duodenală. A fost acordată o atenție deosebită organizării Serviciului de Urgență. În cadrul chirurgiei abdominale a acordat o deosebită importanță complicațiilor și sechelelor post-operatorii și, în acest sens, a acordat asistență bolnavilor proveniți din alte unități; a considerat aceasta și o modalitate de a menține legătura cu foștii cursanți. În același scop a acordat asistență deplasându-se la unități din localitățile rurale pentru cazuri dificile și grave.

Considerând că asistența medicală nu se limitează numai la investigații și terapeutică, s-a preocupat, în cadrul clinicii, și de problemele organizatorice care privesc asistența medicală. Una dintre activitățile de pionierat ale marelui chirurg, profesorul V. Hotineanu, este patologia chirurgicală gastro-duodenală. Înțelegând chirurgia ca pe o disciplină complexă de orientare fiziologică, sub conducerea sa se efectuează un studiu complex al malrotației duodenale – defect congenital al duodenului, instalat ca rezultat al dereglărilor rotației tubului digestiv la primele etape de organogeneză fetală, care se finalizează cu un duoden defectuos rotat.

În disertația lui V. Pripa “Posibilitățile radiodiagnosticului modern în depistarea Malrotațiilor duodenale și a consecințelor acesteia” (2006) a fost determinată stadializarea dereglărilor funcționale ale duodenului – fazele compensată, subcompensată și decompensată (tab. 1).

Tabelul 1

Stadializarea MRD

Stadializarea dereglărilor funcționale a duodenului în malrotație duodenală	Reținerea H ⁺ ioni în duoden	Manometrie	Radiografia duodenului cu masă baritată	Scintigrafia duodenului	Morfologie
Compensată		Normală 		Normal 	Normal. 
Subcompensată	> 5 min	Inhibată 	Reținerea Ba în D3 stomac. Mișcări pendulare. 	Retenție în duoden. 	Zone aganglionare 
Decompensată	> 30 minute	Atonică 	Nivel orizontal în D3, stază permanentă. 	Reflux în stomac. 	Fragmentare 

În lucrările clinice sunt argumentate operațiile de reconstrucție gastroduodenală. Actualitatea evidentă a direcțiilor științifice impune inițierea a noi cercetări științifice, orientate spre ameliorarea diagnosticului și tratamentului acestor afecțiuni digestive, care necesită intervenții chirurgicale de mare amploare. Impactul științific al rezultatelor rezultă din elucidarea factorilor etio-patogenici ai bolii ulceroase a stomacului și duodenului, duodenostazei instalate pe fundal de MD, litiazei biliare, patologiei pancreasului, ficatului, patologiei colo-rectale, patologiei organelor endocrine, elaborarea algoritmului de diagnostic și tratament al acestor patologii, ceea ce a permis perfecționarea tehnicilor chirurgicale aplicate. S-au făcut unele îmbunătățiri de tehnică în chirurgia eventrațiilor mari, pancreatitelor acute supurate, s-au propus metode noi și „artificii” tehnice în chirurgia ulcerelor postbulbare. Este necesar a fi subliniat faptul că activitatea chirurgicală în Clinica condusă de către acesta pe parcursul anilor a avut un caracter constant ascendent. Este suficient să reamintim că în acești ani, în practica chirurgicală au fost implementate noi operații în patologia tractului digestiv. În chirurgia ulcerului gastro-duodenal au fost introduse diverse operații menajante, asociate vagotomiei și operațiilor de drenaj gastric. Timp de 35 de ani au fost efectuate peste 6000 de operații ale ulcerului gastro-duodenal,

peste 300 – pentru boala stomacului operat, peste 7000 de operații – pentru litierea biliară. În acest capitol au fost incluse și operații miniinvasive (laparoscopice, endoscopice) pentru litiaza biliară. Au fost introduse metodele de explorare nucleară, endoscopice, imagistice etc. Funcționând ca serviciu chirurgical de urgență, colectivul clinicii s-a preocupat de problemele ridicate de diagnosticul și tratamentul abdomenului acut chirurgical. În cadrul clinicii au fost efectuat numeroase reintervenții venite din republică.

Reconstrucția chirurgicală colorectală este de mare importanță în Rectocolita ulceroasă hemoragică, Boala Crohn, tumorile maligne și benigne colorectale. În disertația „Tratamentul farmacoterapeutic și chirurgical în colita ulceroasă nespecifică” T. Timiș (2001) a argumentat operațiile rezecționale primare în a sau 2 etape, în dependență de formele de evoluție clinică a CUN. Operațiile reconstructive sunt posibile la 85.5% dintre pacienții cu CUN.

Reconversia reconstructivă colonică este abordată în disertația lui V. Bendelic „Tactica chirurgicală de reconversie a colonului la pacienții colostomiați în raport cu particularitățile morfofuncționale ale ansei excluse” (2006). Prin cercetările funcționale ale ansei excluse au fost argumentate operațiile reconstructive până la 3 luni după

montarea stomei, cât și necesitatea restabilirii funcției segmentului de colon exclus prin hidromasaj preoperator la pacienții colostomiați mai mult de 6 luni.

Intervențiile chirurgicale reconstructive radicale sunt argumentate științific în disertația lui Aurel Gonța (2008) „Managementul diagnostic și chirurgical în ocluzia de geneză tumorală a colonului”. L. Palii, în teza sa de doctor „Aspecte de diagnostic și tratament ale neoplaziei epiteliale a colonului și rectului” a demonstrat genetic statutul precanceros al polipilor și polipozei de colon, cât și importanța profilactică și curativă a polipectomiei endoscopice și a rezecțiilor segmentare de colon cu reconversie primară digestivă.

O direcție prioritară în activitatea științifică o reprezintă și patologia chirurgicală și operațiile reconstructive ale organelor endocrine. În disertația competitorului Oleg Dubinin (2006) „Tratamentul chirurgical al maladiilor hiperplastice benigne ale glandei tiroide, asociate cu schimbări autoimune în țesutul tiroidian” au fost stabilite schimbările autoimune ale țesutului tiroidian în maladiile hiperplastice benigne, au fost elaborate criteriile de diagnosticare a gradului de dezvoltare a schimbărilor autoimune, s-a prelucrat metoda de modelare a bontului tiroidian restant cu volum de 3-4.5 gr., necesar în profilaxia hipotireozei postoperatorii.

Teza doctorandului Andrei Tîbîrnă „Particularitățile epidemiologice, clinico-morfologice și chirurgicale ale adenomului și cancerului glandei tiroide” (2010) a elucidat că diferențierea funcțională a tireocitelor în carcinoame nu întotdeauna este definitivă, fiind manifestată prin producerea tireoglobulinei în tireocite și lipsa transferului acesteia în lumenul folicular. S-au precizat indicațiile pentru tratament chirurgical organomenajant în cancerul tiroidian instalat pe fundalul adenomului tiroidian.

În lucrarea de doctorat a competitorului Maxim Stasiuc „Aspecte de diagnostic și tratament la pacienții cu timoma în asociere cu sindrom miastenic” (2007) pentru prima dată a fost definită noțiunea de „Sindrom Miastenic”, complex de simptome prezent la pacienții cu formațiuni de volum timice neînscrise în miastenia gravis, și a fost argumentată timentomia, ca procedeu chirurgical radical în tratamentul acestor bolnavi.

În lucrarea „Atitudinea diagnostic-curativă în tratamentul formațiunilor de volum ale glandelor suprarenale” (2009) Mariana Bujac a argumentat indicațiile pentru operațiile organomenajante pe glanda suprarenală, în dependență de forma morfologică a tumorilor suprarenale.

Aspecte postoperatorii precoce au fost analizate în teza lui D. Cojocar „Optimizarea diagnosticului precoce și tratamentul la bolnavii cu leziune pulmonară acută/sindrom de detresă respiratorie acută (LPA/SDRA)”, 2008. Studiul este important pentru pacienții cu operații laborioase, cum sunt cele reconstructive digestive. A fost stabilit managementul efectiv al acestor complicații postoperatorii.

Mulțimea de articole publicate în revistele prestigioase de specialitate, în număr de 501, dovedesc activitatea de cercetare științifică și preocupările permanente ale D-lui prof. Vladimir Hotineanu. Activitatea de cercetare este orientată, pe de o parte, spre elucidarea mecanismelor patogenetice ale unor afecțiuni chirurgicale și, pe de altă parte, spre evaluarea unor metode de diagnostic și tratament chirurgical, riguros și comparativ urmărit în timp. Este autorul a 6 manuale, 6 suporturi de curs, 2 ghiduri și 2 îndrumări metodice, precum și a multor protocole clinice tematice pe patologii chirurgicale, inclusiv 9 monografii, 14 inovații, 4 invenții. Întreaga activitate a prof. Hotineanu dovedește devotamentul său pentru omul bolnav, pentru formarea tinerelor generații din învățământul medical și pentru dezvoltarea școlii de chirurgie autohtone. Profesorul Vladimir Hotineanu a reorganizat clinica, activitatea didactică de chirurgie și cercetare științifică, în cadrul concepției care privește sănătatea ca pe o problemă publică de stat, având grijă să acorde asistență medico-chirurgicală de calitate, pusă în permanență în slujba omului bolnav. Impactul socio-economic derivă din diminuarea numărului de zile/pat și respectiv minimalizarea cheltuielilor pentru tratament, revenirea cât mai rapidă a pacienților la activitățile anterioare, îmbunătățirea calității vieții, micșorarea numărului cazurilor de invalidizare a pacienților.

În Clinica de Chirurgie se pregătesc în fiecare an, în medie, 12 medici rezidenți, ce reprezintă viitorul profesiei, cu o pregătire și un devotament profesional impresionant. Prin această activitate didactică susținută s-au format de-a lungul anilor numeroși medici ce fac parte la oră actuală din echipele medicale ale multor servicii de specialitate din toată țara.

Planurile de viitor includ oferirea de servicii chirurgicale de excelență, diversificarea patologiei abordate, perfecționarea pregătirii personalului, dezvoltarea unui mediu corespunzător pentru desfășurarea activităților zilnice (atmosferă prietenoasă, respect reciproc, întărirea colaborării interdisciplinare, promovarea unui comportament profesionist), sporirea prestigiului clinicii, a spitalului, a activității chirurgicale în general.

Bibliografie

1. V. Hotineanu - Лечение обширных гнойных ран мягких тканей в управляемой абактериальной среде. Москва, 1983.
2. V. Hotineanu - Открытый метод лечения послеоперационного перитонита. Москва, 1990.
3. Victor Gradinaru – Anestezia cu ketamină în tratamentul deschis al peritonitelor postoperatorii. 1994. USMF “Nicolae Testemițanu”
4. Zinaida Caragaț – Starea morfo-funcțională a ficatului la pacienți cu peritonita postoperatorie, tratați prin abdomen deschis. 1994. USMF “Nicolae Testemițanu”
5. Ghenadie Pasecinic – Antibioticoterapia rațională la bolnavii cu peritonită postoperatorie, tratați prin metoda laparotomiilor programate. 1999. USMF “Nicolae Testemițanu”;
6. Alexandru Iliadi – Diagnosticul și corecția sindromului de intoxicație în peritonitele postoperatorii grave. 1999, USMF “Nicolae Testemițanu”
7. Toader Timiș – Tratamentul farmaco-terapeutic și chirurgical în colita ulceroasă nespecifică” 2001, USMF “Nicolae Testemițanu”;
8. Viorel Moraru – Particularitățile hemodinamicii portale în hipertensiunea portală cirogenă și splenectomie cu deconectare azygo-portală, 2002. USMF “Nicolae Testemițanu”;
9. Andrei Ababii – Tactica chirurgicală în hidatidoza hepatică complicată – 2003, USMF “Nicolae Testemițanu”;
10. Sadek Al Fakih – Tactica chirurgicală în tratamentul paliativ la bolnavii cu ictere obstructive tumorale – 2003, USMF “Nicolae Testemițanu”;
11. Alexandru Ferdohleb – Tactica chirurgicală în icterul benign, 2003, USMF “Nicolae Testemițanu”;

12. Elvira Andon – Diagnosticul și tratamentul complicațiilor toracice ale chistului hidatic hepatic, 2003, USMF “Nicolae Testemițanu”;
 13. Anatol Cazac – Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase”, 2005, USMF “Nicolae Testemițanu”;
 14. Lucian Palii – Aspecte de diagnostic și tratament al neoplaziei epiteliale colorectale”, 2005, USMF “Nicolae Testemițanu”;
 15. Carmen Neamțu – Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas”, USMF “Nicolae Testemițanu”, 2006.
 16. Dubinin Oleg – Tratamentul chirurgical al maladiilor hiperplastice benigne ale glandei tiroide asociate cu schimbări autoimune în țesutul tiroidian, iulie 2006.
 17. Mutahar Al Ameer – Tactica în diagnosticul și tratamentul tumorilor ampulei și a papilei duodenale mari, iulie 2006.
 18. Maxim Stasiuc – Aspecte de diagnostic și tratament la pacienții cu timomă în asociere cu sindrom miastenic, iulie 2006.
 19. Mohamad Hussein Al Haduri – Tactica activă în tratamentul chirurgical al colecistitei acute calculoase” pentru susținerea titlului de doctor în medicină a doctorandului, iulie 2006.
 20. Valentin Bendelic – Tactica chirurgicală de reconversie a colonului la pacienții colostomiați în raport cu particularitățile morfo-funcționale ale ansei excluse”, septembrie 2006.
 21. Alic Cotoneț – „Diagnosticul și tratamentul endoscopic în obstrucțiile biliare distale complicate cu icter mecanic”, 2007.
 22. Valeriu Pripa – „Posibilitățile radiodiagnosticului modern în depistarea malrotației duodenale și a consecințelor acesteia”, 14.00.19, Imagistică medicală, 2007.
 23. Valeriu Bogdan – „Atitudinea chirurgicală asupra focarului de peritonită postoperatorie în dependență de localizarea acestuia în cavitatea peritoneală”, 2007.
 24. Mariana Bujac – „Atitudinea medico-chirurgicală în tratamentul tumorilor suprarenale”, 2007.
 25. Doriană Cojocaru – Optimizarea diagnosticului precoce și tratamentul la bolnavii cu leziune pulmonară acută/sindrom de detresă respiratorie acută (LPA/SDRA) – 2008. 14.00.37
 26. Aurel Gonța – Managementul diagnostic și chirurgical în ocluzia de geneză tumorală a colonului, 2008
 27. Gheorghe Anghelici – Diagnosticul și tratamentul chirurgical al complicațiilor cirozei hepatice - 2008
 28. Ion Balica – Sepsisul chirurgical. Actualități etiopatogenetice și modalități de ameliorare a rezultatelor tratamentului – 2008.
 29. Serghei Pisarenco – Particularitățile evoluției bolii litiazice la bolnavii cu ciroză hepatică, 2009.
 30. Andrei Țăbărnea – Particularități epidemiologice, clinico-morfologice și chirurgicale ale adenomului și cancerului glandei tiroide. 14.00.14. 2010.
 31. Andrei Pădure – Analiza medico-legală a deficiențelor admise în asistența medicală pentru profilul chirurgical – 2011 (Consultant științific)
-