

Direcțiile de cercetare științifică ale școlii de chirurgie, fondată în cadrul catedrei Chirurgie nr. 2 a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

V. Hotineanu

Surgery Department No 2, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu”. Chisinau, Republic of Moldova
Corresponding author: chirurgie2@usmf.md. Manuscript received June 19, 2012; revised October 17, 2012

Directions in scientific research for the surgical school established in the Surgery Department No 2 of State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”

The scientific activity of Professor V. Hotineanu, M.D., Ph.D., has conducted over 35 years. The main areas of his research are as follows:

1. A generalized surgical infection was detected and a hypothesis of the phases inflammation acceleration in extensive abdominal wounds and postoperative peritonitis was reasoned;
2. Abdominal reconstructive surgery in duodenal malrotation in the subcompensated and decompensated phases of evolution allowed the implementation of surgical physiological techniques;
3. Hepatobiliopancreatic surgery has been argued to be a new surgical reconstructive techniques in mechanical jaundice of benign and malignant tumor genesis, iatrogenic genesis, scheduled surgery of chronic pancreatitis, and pancreatic cysts;
4. Endocrine surgery, promotion of operations on endocrine glands, causes the development of myasthenic syndrome in formations of thyroid volume. Implementation of the scientific research results in surgical practice allowed for immediate and remote positive results for more than 45 000 patients operated within 10 years.

Key words: scientific activity, surgery, reconstructive surgery, hepatobiliopancreatic surgery.

Направления научных исследований хирургической школы созданной в департаменте хирургии № 2 Кишиневского государственного университета медицины и фармации имени Н. А. Тестемитану

Главные направления научной деятельности доктора медицинских наук, профессора Владимира Хотиняну на протяжении более 35 лет включают:

1. Генерализованная хирургическая инфекция – создана и аргументирована гипотеза ускорения фаз воспаления обширных гнойных ран мягких тканей при послеоперационном перитоните.
2. Реконструктивная хирургия брюшной полости при мальротации двенадцатиперстной кишки в субкомпенсированной и декомпенсированной фазах – внедрены новые физиологические хирургические вмешательства.
3. Гепатобилиопанкреатическая хирургия – аргументированы и внедрены новые хирургические реконструктивные операции при механической желтухе доброкачественного и злокачественного генеза, ятрогенных повреждениях гепатобилиарной зоны, хроническом калькулёзном панкреатите и кистах поджелудочной железы.
4. Эндокринная хирургия – были разработаны и применены органосохраняющие миниинвазивные операции на эндокринных железах и предложена новая концепция миастенического синдрома при больших новообразованиях вилочковой железы. Внедрение новейших результатов научных исследований в хирургическую практику позволило получить благоприятный исход более чем у 45000 оперированных больных в течение последних 10 лет.

Ключевые слова: главные направления, хирургия, реконструктивная хирургия, гепатобилиопанкреатическая хирургия.

Patologia chirurgicală a tractului digestiv constituie, în continuare, o problemă fundamentală de sănătate pe plan mondial și republican. Ea presupune complicații dintre cele mai grave, uneori ireversibile, o creștere marcantă a factorilor de risc, în special a celor chirurgicali și o mortalitate mare, așa cum o semnaleză, de altfel, și unele centre medicale mari din lume, cum ar fi 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 adresate patologiei chirurgicale a tractului digestiv, mortalitatea generală postoperatorie constituind 3-10% (V. Hotineanu, 2010).

Activitatea științifică a profesorului universitar, doctor Vladimir Hotineanu s-a realizat pe parcursul a 35 de ani. Una din direcțiile principale ale cercetărilor științifice este diagnosticul și tratamentul infecției chirurgicale și, în special, al infecției anaerobe nesperogene. 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”, în care s-au argumentat mecanismele de dirijare ale procesului inflamator prin alterarea fazei I de inflamație și accelerarea fazelor II și III ale 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 detoxicare, substituție volemică, corecție a metabolismului energetic și a statutului imun al organismului.

În chirurgia abdominală complicațiile postoperatorii de caracter infecțios sunt esențiale. Peritonita postoperatorie este cauza principală de deces postoperator, letalitatea atingând 90% (datele SCR 1985 – 82,5%). Prof. Vladimir Hotineanu a propus și implementat în clinică metoda abdomenului deschis și, în special, tehnica chirurgicală a relaparotomiilor programate – „multiple second luk”. Această metodă a permis dirijarea fazelor inflamației în cavitatea peritoneală și a asigurat

abortarea primei faze a inflamației, obținută prin înlăturarea focarului primar de infecție, accelerarea fazelor II și III ale inflamației, prin lavaj peritoneal continuu, drenarea circulară a cavității peritoneale. În procesul studiului au fost determinate variantele clinico-evolutive ale peritonitelor postoperatorii.

A fost stabilită patomorfogeneza peritonitelor postoperatorii în perioada de tratament prin metoda „abdomenului deschis” în conformitate cu evoluția stadială a procesului de plagă în peritoneu.

A fost argumentat conceptul științific de imunodeficiență secundară bacterială. Tratamentul complex a inclus antibioticoterapia sub controlul concentrației minime de inhibiție a antibioticelor în peritoneu, imunoterapie dirijate, pasivă în primele 30 de zile și, ulterior, activă la necesitate, luând în considerație sindromul imunodeficient bacterial secundar. Corecția metabolismului energetic, detoxicarea corporală și extracorporală, corecția funcțiilor organelor vitale importante 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 ex-sovietic, pentru prima dată, a fost deschisă secția specializată de chirurgie septică abdominală. Cercetările științifice în acest domeniu au fost continuate și reflectate în alte 5 teze de doctor în medicină, susținute de doctoranzii profesorului Vladimir Hotineanu.

În teza „Atitunea chirurgicală asupra focarului de peritonită postoperatorie în dependență de localizarea lui în cavitatea peritoneală” a fost studiat managementul curativ individual asupra sursei de peritonită postoperatorie, cu aplicarea unei tactici diferențiate și a tehnicii operatorii optime, în funcție de localizare în cavitatea peritoneală, în combinație relaparotomiile programate, ceea ce a permis reducerea letalității postoperatorii în peritonitele cu focarul localizat supravezicolar la 23,36%, mediu abdominal – 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. Caragaș, 1994).

Competitorul V. Grădinaru (1994), în disertația sa 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 antibacteriană a peritonitelor grave în proiectul „Antibioticoterapia rațională la bolnavii cu peritonită postoperatorie, tratați prin metoda relaparotomiilor programate” (Gh. Pasesc, 1999), a permis aprecierea comparativă a eficacității de administrare a preparatelor antibacteriene, selectiv intraarterial și intravenos, ceea ce a permis dirijarea concentrației optime a lor în focarul septic.

Studiul științific realizat sub conducerea prof. Vladimir Hotineanu de către Ion Balică (2008) în teza de doctor habilitat „Sepsisul chirurgical. Actualități etiopatogenetice și modalități 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 constituie cauza principală a pierderii capacității de muncă, iar la 15% din 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 a actului terapeutic-chirurgical.

În literatura de specialitate din ultimele decenii se remarcă faptul 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 și care manifestă rezistență terapeutică și, adesea, o evoluție spre complicații majore.

Unul din factorii determinanți în acest aspect este duodenostaza, care într-un șir de patologii chirurgicale digestive se impune ca mecanism etiopatogenic principal. 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, megacoledoc secundar și pancreatită cronică calculoasă, efectuate în Clinica Chirurgie 2 sub conducerea prof. Vladimir Hotineanu (V. Hotineanu, 2005; A. Hotineanu, 2010; A. Cazac, 2005, V. Pripa, 2007). De aceea, domeniul dat constituie una din direcțiile principale de cercetare ale profesorului Vladimir 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 ei în

patologia gastro-duodeno-bilio-pancreatică, posibilitățile radiodiagnosticului modern în depistarea malrotației duodenale și a consecințelor acesteia, impactul malrotației duodenale, asociată 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 ei; diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas.

Ponderea afecțiunilor zonei hepato-biliare a crescut semnificativ în ultimele decenii. Aceste patologii generează situații clinice diagnostic dificile. Succesele imagisticii și a tehnologiilor miniinvazive contemporane au dictat necesitatea revizuirii principiilor de diagnostic și tratament.

Teza de doctor în medicină a competitorului A. Ababii „Tactica chirurgicală în hidatidoza hepatică complicată” (2003), a definit 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 elucidate în disertația doctorului Andon Elvira, care a stabilit calea de abord apreciată preoperator, iar lichidarea cavității fibroase restante din plămân cu fir neîntrerupt exclude formarea fistulelor bronho-pleurale și a cavităților restante posthidatice. S-a concluzionat că intervențiile într-o singură ședință operatorie pe chisturi hidatice hepatice și pulmonare sunt indicate doar bolnavilor tineri cu chisturi fără complicații.

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

În disertația competitorului A. Ferdohleb „Diagnosticul și tratamentul icterului obstructiv benign” (2003), au fost apreciate alterările lezionale și funcționale locale și sistemice, s-a 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 s-a elaborat motivarea etiopatogenetică și clinică a tacticii chirurgicale active amânată de până la 72 de ore, cu definirea certă a termenilor de urgență, ceea ce permite evitarea schimbărilor inflamatorii majore locale, realizarea în acești termeni a colecistectomiei laparoscopice în colecistita acută. S-a demonstrat că tactica activă chirur-

gicală evită progresarea și răspândirea procesului inflamator, dezvoltarea focarelor purulente locale sau difuze, evitând astfel deformările anatomice ale spațiului subhepatic și reduce riscul complicațiilor grave intraoperatorii.

„Diagnosticul și tratamentul endoscopic în obstrucțiile biliare distale complicate cu icter mecanic” (2007) – disertația competitorului A. Cotoneț – a constatat că ERCP este metoda de elecție în diagnosticul obstrucției distale de CBP, iar aplicarea inciziilor prediagnostice endoscopice permite rezolvarea lejeră a sarcinilor diagnostice – managementul miniinvaziv al blocurilor biliare distale cu precizarea indicațiilor și contraindicațiilor, cu finalizarea actului endoscopic prin stentarea CBP sau drenarea nazobiliară. S-a demonstrat că tratamentul endoscopic al obstrucției biliare este un etalon al decompresiei ca o primă fază cu soluționare chirurgicală la etapa a II, 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 decompresiunea arborelui biliar și apreciat locul lor în protocoalele contemporane de tratament. Pentru prima dată s-a propus și implementat în practica *by-pass*-ul extern bilio-jejunal în tratamentul neoplaziilor maligne 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, care constituie mai mult de 70% bolnavi spitalizați, operația paliativă – derivațiile interne biliodigestive colecisto- sau hepaticojejunoanastomoza pe ansa izolată 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, iar în Republica Moldova ea ocupă al treilea loc după patologia cardiacă și traumatisme, constituind 8-15% în structura letalității generale.

În lucrarea competitorului Moraru Viorel „Particularitățile hemodinamicii portale în hipertensiunea portală cirogenă 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 doctorandul S. Pisarenco. În disertația sa, s-au stabilit factorii primordiali ai litogenezei la pacienții cu ciroză hepatică, s-a elaborat algoritmul de diagnostic, s-a prelucrat tactica chirurgicală cu accent hemostatic pentru patul vezicii biliare în aceste situații clinice.

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

Teza, finalizată și aprobată de doctorul habilitat a conferențiarului V. Cazacov „Impactul chirurgical asupra raportului

morfo-funcțional al splenopatiei portale cu component autoimun secundar hipertensiunii portale”, a elucidat mecanismele relaționale morfofuncționale splină-ficat precum și incidența componentului autoimun în ciroza hepatică. S-au argumentat etapele terapiei de corecție pre- și postoperatorii, adresate acestui contingent de bolnavi.

Chirurgia reconstructivă își are rolul său deosebit în tratamentul chirurgical al rectocolitei ulcero-hemoragice, în soluționarea medico-chirurgicale a reconversiei tractului digestiv la pacienții colostomiați, modernizarea protoalelor de tratament al neoplaziei epiteliale a colonului și rectului.

Modernizarea metodelor de diagnostic și tratament al formațiunilor benigne și maligne a glandei tiroide, glandelor suprarenale, formațiunilor de volum al timusului cu diferențiere a sindromului miastenic de *miastenia gravis*, devine oportunitate, dictată de creșterea relativă a morbidității diagnosticate prin metode imagistice moderne. Aspectele expuse au stat la baza dezvoltării chirurgiei reconstructive a tractului digestiv, chirurgiei glandelor endocrine.

Departate de a fi rezolvate sunt problemele legate de corecția reconstructivă operatorie a căilor biliare, a patologiei postoperatorii tardive a stomacului operat și pancreatitei cronice. Patologia căilor biliare, manifestată prin coledocolitiază reziduală, stricturi benigne ale CPB, fistule biliare iatrogenice, megacoledoc secundar, care 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 cu patologia căilor biliare. Se cer a fi menționate aparte pancreatita cronică și complicațiile ei, pseudochistul de pancreas, neoplazmele pancreatice și coledociene, unde complexitatea actului operator ridică foarte multiple 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.

Disertația competitorului Anatol Cazac „Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase” (2005) a elucidat unele mecanisme ale litogenezei pancreatice și rolul calculilor în instalarea hipertensiunii wirsungiene, care determină simptomatologia clinică, s-au stabilit termenii optimi de efectuare a operațiilor de decompresie (4-6 luni după criza de pancreatită acută), endoscopice sau chirurgicale de tip pancreateojunoanastomoză pe ansă à la Roux.

În teza doctorandei Carmen Neamțu (2006) „Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas” s-au elucidat 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 atribuie și malrotația duodenală. Malrotația duodenală este un defect congenital al duodenului instalat ca rezultat al dereglărilor rotației tubului digestiv la primele etape de orga-

nogeneză fetală, care se finalizează cu un duoden defectuos rotat. Ultimul se va manifesta clinic prin ocluzie duodenală acută în perioada copilăriei sau cronică, cu evoluție spre decompensare la maturi (fig. 1).

În disertația V. Pripa “Posibilitățile radiodiagnosticului modern în depistarea malrotațiilor duodenale și a consecințelor acestora” (2006) s-a determinat stadializarea dereglărilor funcționale ale duodenului – fazele compensată, subcompensată și decompensată (tab. 1). În lucrările clinice sunt argumentate operațiile de reconstrucție gastroduodenală.

Reconstrucția chirurgicală colorectală este de o mare importanță în rectocolita ulceroasă hemoragică, boala Crohn, tumorile maligne și benigne colorectale. În disertația „Tratamentul farmacoterapeutic și chirurgical în colita ulceroasă nespecifică”, susținută de T. Timiș (2001), s-au argumentat operațiile rezecționale primare în 1 sau 2 etape, în dependență de formele de evoluție clinică a CUN. Operațiile reconstructive sunt posibile la 85,5 % pacienți 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 s-a argumentat rolul operațiilor reconstructive într-un termen de până la 3 luni după montarea stomei, precum și necesitatea restabilirii funcției segmentului de colon exclus prin hidromasaj preoperator pacienților colostomiați timp de 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. Pali în teza de doctor în medicină „Aspecte de diagnostic și tratament ale neoplaziei epiteliale a colonului și rectului”, a demonstrat aspectul genetic al statutului precanceros al polipilor și polipozei de colon, precum 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 constituie 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, fiind elaborate criteriile de diagnostic al gradului de dezvoltare al schimbărilor autoimune, s-a preluat metoda de modelare a bontului tiroidian restant cu volum de 3-4,5 gr., necesar în profilaxia hipotiroidiei postoperatorii.

Teza doctorandului Andrei Tibîrnă „Particularitățile epidemiologice, clinico-morfologice și chirurgicale ale adenomului și cancerului glandei tiroide” (2010) a constatat 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 stabilit indicațiile pentru tratamentul

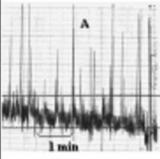

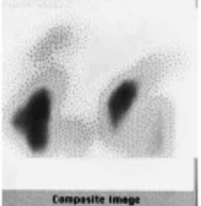
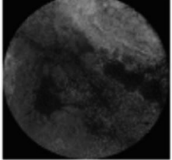
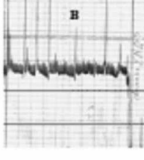


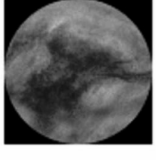
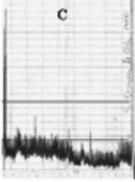
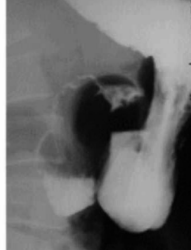
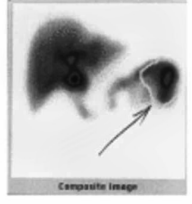
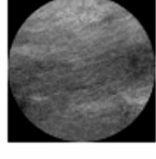
Stadializarea dereglărilor funcționale a duodenului în malrotație duodenală	Reținerea H ⁺ ioni în duoden	Manometrie	Radiografia duodenului cu masă baritată	Scintigrafia duodenului	Morfologie
Compensată		Normală 		Normal 	Normal. 
Subcompensată	> 5 min	Inhibată 	Reținerea Ba în D3 stomac. Mișcări pendulare.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

Fig. 1. Stadializarea MRD.

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 timomă 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 argumentată timectomia ca procedeu radical chirurgical în tratamentul acestor bolnavi. În lucrarea „Atitudinea diagnostic-curativă în tratamentul formațiunilor de volum ale glandelor suprarenale” Mariana Bujac (2009), s-au argumentat indicațiile pentru operațiile organomenajante pe glanda suprarenală, în dependență de forma morfologică a tumorilor suprarenale.

Aspecte postoperatorii precoce au fost analizate în teza D. Cojocaru „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 ar fi cele recon-

structive digestive. S-a stabilit managementul efectiv al acestor complicații postoperatorii.

Astfel, actualitatea evidentă a direcțiilor științifice impune inițierea de noi cercetări științifice îndreptate spre ameliorarea diagnosticului și tratamentului acestor afecțiuni digestive, care necesită reintervenții chirurgicale de mare amploare.

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.

Impactul științific al rezultatelor rezultă din elucidarea factorilor etiopatogenici ai bolii ulceroase a stomacului și duodenului, duodenostazei instalate pe fundal de MD, litiazei biliare, patologiei pancreasului, ficatului, a patologiei coloretale, patologiei organelor endocrine, elaborarea algoritmului de diagnostic și tratament al acestor patologii, ceea ce a permis perfecționarea tehnicilor chirurgicale aplicate.

Implementarea rezultatelor cercetărilor științifice în

practica chirurgicală a facilitat obținerea rezultatelor bune imediate și la distanță la peste 45 000 pacienți operați pe parcursul a 10 ani.

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.

Bibliografie selectivă

1. Хотиняну В. Лечение обширных гнойных ран мягких тканей в управляемой абактериальной среде: Дисс. кандидата медицинских наук. Москва, 1983;144.
2. Хотиняну В. Открытый метод лечения послеоперационного перитонита: Дисс. кандидата доктора медицинских наук. Москва, 1990;185.
3. Gradinaru Victor. Anestezia cu ketamină în tratamentul deschis al peritonitelor postoperatorii: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 1994;149.
4. Caragaț Zinaida. Starea morfo-funcțională a ficatului la pacienții cu peritonită postoperatorie, tratați prin abdomen deschis: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 1994;134.
5. Pasesinic Ghenadie. Antibioticoterapia rațională la bolnavii cu peritonită postoperatorie, tratați prin metoda laparotomiilor programate: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 1999;92.
6. Iliadi Alexandru. Diagnosticul și corecția sindromului de intoxicație în peritonitele postoperatorii grave: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 1999;156.
7. Timiș Toader. Tratamentul farmaco-terapeutic și chirurgical în colita ulcerosă nespecifică: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2000;136.
8. Moraru Viorel. Particularitățile hemodinamicii portale în hipertensiunea poartală cirogenă și splenectomie cu deconectare azygo-portală: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2002;113.
9. Ababii Andrei. Tactica chirurgicală în hidatidoza hepatică complicată: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2003;144.
10. Al Fakhir Sadek. Tactica chirurgicală în tratamentul paliativ la bolnavii cu ictere obstructive tumorale: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2003;127.
11. Ferdohleb Alexandru. Tactica chirurgicală în icterul benign: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2003;130.
12. Andon Elvira. Diagnosticul și tratamentul complicațiilor toracice ale chistului hidatic hepatic: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2003;125.
13. Cazac Anatol. Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2003;130.
14. Palii Lucian. Aspecte de diagnostic și tratament ale neoplaziei epiteliale colorectale: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2003;127.
15. Neamțu Carmen. Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2003;180.
16. Dubinin Oleg. Tratamentul chirurgical al maladiilor hiperplastice benigne ale glandei tiroide asociate cu schimbări autoimune în țesut tiroidian: Teză de doctor în medicină. Chișinău, 2003;134.
17. Al Ameer Mutahar. Tactica în diagnosticul și tratamentul tumorilor ampulei și a papilei duodenale mari: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2006;131.
18. Stasiuc Maxim. Aspecte de diagnostic și tratament la pacienții cu timoma în asociere cu sindrom miastenic: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2006;128.
19. Al Haduri Mohamad Hussein. Tactica activă în tratamentul chirurgical al colecistitei acute calculoase: Autoref. al tezei de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2006;131.
20. Bendelic Valentin. Tactica chirurgicală de reconversie a colonului la pacienții colostomiați în raport cu particularitățile morfo-funcționale ale ansei excluse: Teză de doctor în medicină. Chișinău, 2006;114.
21. Cotoneț Alic. Diagnosticul și tratamentul endoscopic în obstrucțiile biliare distale complicate cu icter mecanic: Teză de doctor în medicină. Chișinău, 2007;128.
22. Pripa Valeriu. Posibilitățile radiodiagnostiului modern în depistarea malrotăției duodenale și a consecințelor acesteia. Imagistică medicală: Teză de doctor în medicină. Chișinău, 2007;109.
23. Bogdan Valeriu. Atitudinea chirurgicală asupra focarului de peritonită postoperatorie în dependență de localizarea lui în cavitatea peritoneală: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2007;148.
24. Bujac Mariana. Atitudinea medico-chirurgicală în tratamentul tumorilor suprarenale: Teză de doctor în medicină. Chișinău, 2007;112.
25. Cojocar Dorian. Optimizarea diagnosticului precoce și tratamentului la bolnavii cu leziune pulmonară acută/sindrom de detresă respiratorie acută (LPA/SDRA): Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2008;164.
26. Gonța Aurel. Managementul diagnostic și chirurgical în ocluzia de genезă tumorală a colonului: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2008;128.
27. Anghelici Gheorghe. Diagnosticul și tratamentul chirurgical al complicațiilor cirozei hepatice: Teză de doctor habilitat în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2008;254.
28. Balica Ion. Sepsisul chirurgical. Actualități etiopatogenetice și modalități de ameliorare a rezultatelor tratamentului: Teză de doctor habilitat în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2008;257.
29. Pisarenco Serghei. Particularitățile evoluției bolii litiazice la bolnavii cu ciroză hepatică: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2009;129.
30. Țăbărnă Andrei. Particularități epidemiologice, clinico-morfologice și chirurgicale ale adenomului și cancerului glandei tiroide: Teză de doctor în medicină. USMF "Nicolae Testemițanu". Chișinău, 2010;161.
31. Pădure Andrei. Analiza medico-legală a deficiențelor admise în asistența medicală pentru profil chirurgical: Teză de doctor habilitat în medicină. Chișinău, 2011;182.