

REZUMAT

În rezultatul investigațiilor efectuate s-a demonstrat că atrezia congenitală intestinală are ca factor cauzal morfogeneza vicioasă-primară a intestinului, fapt confirmat de tulburările morfologice a componentelor structurale anatomice în special cel angio-neurotic, de morfogeneza a mucoasei, etc. Ca afirmație servesc prezența zonelor de aganglioză, disganlioză, aspectul monstruos pseudoadenomatos a criptelor, absența aparatului imunoprotector – a plăcilor Payer precum și prezența unor procese sclero-cicatricale sau de tipul „mezenchimozelor” ca rezultat a accidentelor vasculare din perioada embrio-fetală. Toate aceste modificări antrenează dificultăți medico-chirurgicale, deoarece peristaltismul intestinal diminuat favorizează o anastomoză sau stomă nefuncțională, iar procesul de exudație exagerat duce la dezvoltarea de peritonită și de procese aderențiale. Studiul relevă că complicațiile și mortalitatea postoperatorie au fost dependente de gradul de imaturitate a intestinului afectat, de potențialul funcțional al tractului digestiv, iar prognosticul a depins de 3 factori: localizarea atreziei intestinale (un pronostic mai rezervat în cazul atreziilor jejunale se explică prin dificultăți tehnice de anastomoză și frecvența înaltă a atreziilor de tip III, multiple și de pagodă). terenul pacientului (gradul de hipotrofie, prematuritate, anomalii asociate etc.). calitatea capătului proximal și lungimea intestinului restant.

A fost evaluată dinamica parametrilor stresului oxidativ, precum și ale unor citokine pro- și anti-inflamatorii la copii cu diferite variante ale malformațiilor reno-urinare. S-a stabilit, că stresul oxidativ care se manifestă printr-un dezechilibru între sistemele generatoare de radicali liberi ai oxigenului, pe de o parte, și sistemele endogene enzimatică protectoare antioxidante, pe de altă parte, este un element patogen important în autoîntreținerea și exacerbarea răspunsului inflamator sistemic cu potențial de generare a sindromului de disfuncție organică multiplă. Rezultatele studiului nostru au evidențiat semnificația diagnostică și prognostică a determinării markerilor stresului oxidativ și a moleculelor de semnalizare intra/inter-celulare în monitorizarea intervențiilor chirurgicale și evoluția procesului patologic renal. În baza rezultatelor proprii obținute prin explorările histomorfologice, imagistice s-a constatat că modificările evaluate în diverse etape de contaminare, caracterizate prin implicarea în diferit raport atât a arborelui bronhic (bronhiile segmentare, subsegmentare și bronhiiolele terminale), cât și a parenchimului pulmonar prin aparatul respirator propriu-zis și conform mecanismelor patogenetice pot fi divizate în trei grupe principale: displazice, de dismaturitate și inflamatorii. O altă semnificație a studiului dat a fost evaluarea particularităților malformative vasculare ca patologie prioritară de sine stătătoare în cadrul altor malformații, precum și determinarea particularităților patogenetice în evoluția atelectaziilor, distelectaziilor ce duc la prezența unui proces cronic infecțios. Remarcăm și faptul că, studiile clinico-morfologice în curs, la subiectul

abordat și sinteza rezultatelor obținute, a relevat noi date ce completează cunoștințele despre patogeneza, morfopatologia și evoluția MCBP și care dezvăluie unele avantaje ale diagnosticului instrumental-morfologic preoperatoriu și intraoperator în optimizarea algoritmului medico-chirurgical și terapeutic oportun.

Au fost confirmate două forme clinico-evolutive ale procesului displazic: I – stabilă și II – instabilă. În baza studiului indicilor radiometrici s-a stabilit că pentru forma instabilă sunt caracteristice majorarea semnificativă a dezechilibrului lombo-sacrat, devierea bazinului de la verticală, creșterea gradului de inclinare a suprafeței superioare a sacrului față de orizontală, modificări ale gradului lordozei lombare. Diferențele determinate între formele procesului displazic se explică printr-un mecanism divers de evoluție a procesului displazic, corelația criteriilor radiologice în variantele stabilă și instabilă de dezvoltare a procesului displazic au permis argumentarea unui model conceptual, elaborat pentru geneza diferitelor forme de proces vertebral displazic. Putem concluziona că expresia clinică a procesului displazic lombo-sacrat la copii se caracterizează printr-un sindrom algic moderat și apariția primară a dereglărilor neurologice reflectoare și tonice.