

the diagnosis of intestinal neural dysplasia (DNI) and colonic aganglionosis associated with these malformations.

Purpose: Presentation of our clinical experience in the diagnosis and treatment of neural intestinal lesions associated with anorectal malformations.

Methods and materials: The study included 16 children in the neonatal and infant period operated for anorectal malformations, which postoperatively presented chronic constipation, refractory to conservative treatment. The follow up at distance of the constipated children had an average length of 8 ± 2 years. Patients were clinically and paraclinically examined by barium enema, anorectal and colonic manometry, electromyography of external anal sphincter, complex histomorphologic examination, including histochemical and immunohistochemical testing of colon biopsy.

Results: Following the study, we discovered signs of mega dolicolon in all evaluated children by barium enema. Anorectal manometry allowed the detection of rectal inhibition reflex (RRAI) in 10 cases and the absence of RRAI in 6 cases. All children were subjected to full-length biopsy from the neorectum, by performing the histo- and immunohistochemical examination of the biopsy that found: aganglionosis - 2 cases; DNI - 7 cases; neuronal plexus immaturity - 3; submucosal plexus heterotopia - 2 cases; hypoganglionosis - 2 cases, which confirmed the association of intestinal neuronal lesions in MAR. Subsequently, nine children with intestinal neuronal lesions underwent colon resection on the left, with neofunction of the rectal ampoule.

Conclusion: Taking into account the probability of the association between DNI and MAR, we should consider the colon biopsy (sigma, rectum ampule) in the application of colorectal or perineal plaster of anorectal malformations. If primary aganglionosis is detected, primary colon resection during proctoplasty is recommended. DNI is not an indication for primary resection of the colon during proctoplasty and these children should be monitored.

Keywords: Anorectal malformation; Intestinal neural dysplasia; Colonic aganglionosis

GREȘURILE ȘI VĂRSĂTURILE POSTOPERATORII ÎN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ

BOLEAC DIANA¹, LOZINSCHI A¹, ȘANDRU S¹, ROJNOVEANU GH²

¹Catedra de anesteziologie și reanimatologie nr. 1 ”Valeriu Ghereg”, ²Catedra de chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Greșurile și vărsăturile postoperatorii (GVPO) constituie un efect secundar postoperator minor, dar care prin amplitudinea consecințelor sale clinice poate afecta evoluția și satisfacția pacientului. Factorii determinanți: sexul feminin, nefumatori, istoric de GVPO, rău de mișcare, opioizii, volatilele, durata și tipul intervenției. Măsurile de profilaxie a GVPO: combinarea antiemeticelor, evitarea opioizilor, mobilizarea și alimentația enterală precoce în postoperatoriu.

Material și metode: Studiu prospectiv, la baza clinicii Anestezie și Terapie Intensivă, IMSP IMU, pe un grup de 109 pacienți la care s-a practicat colecistectomie laparoscopică electivă, cu anestezie generală, pivot volatil. Au fost studiate 2 loturi de pacienți la care s-a aplicat profilaxia GVPO: Lotul I (65 pacienți), cărora li s-a administrat Dexametazonă 4 mg intravenos, în cadrul premedicației și Lotul II (44 pacienți), care au consumat în seara operației, la orele 21:00, 100-150ml ceai+15mg zahăr. Intervenția chirurgicală a debutat la 8-8,5 ore de la consumul ceaiului. GVPO au fost evaluate în intervalul de până la 3 ore și până la 24 ore postoperatoriu.

Rezultate: În Lotul I – 49%(32 pacienți) au manifestat GVPO, în Lotul II – 66% (29 pacienți). Rata GVPO la intervalul de până la 3 ore în Lotul I a fost 49%, în Lotul II – 66%, majoritatea fiind vomeele. Rata GVPO la intervalul de până la 24 ore în Lotul I a fost 75%, în Lotul II – 85%. GVPO s-au manifestat în 70% cazuri la femei.

Concluzii: Pacienții care au beneficiat de profilaxia GVPO cu Dexametazonă 4mg intravenos în premedicare, au avut o rată mai scăzută a GVPO.

Cuvinte cheie: Greșuri; Vărsături; Colecistectomie; Anestezie

POST OPERATIVE NAUSEA AND VOMITING IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Background: Postoperative nausea and vomiting (PONV) are a minor postoperative side effect, but they can affect the patient's evolution and satisfaction due to the magnitude of its clinical consequences. Determinants: female gender, non-smokers, PONV history, motion sickness, opioids, volatile, time and type of intervention. PONV prophylaxis: combination of antiemetics, avoidance of opiates, early mobilization and early enteral nutrition in postoperative period.

Methods and materials: Prospective study of 109 patients, underwent an elective laparoscopic cholecystectomy, at Anesthesiology and Intensive Care Clinic, Emergency Medicine Institute, with general anaesthesia, volatile anaesthetics. Two groups of GVPO prophylaxis patients: Group I (65 patients) received Dexamethasone 4 mg intravenously in premedication and Group II (44 patients), consumed in the evening before the surgery (at 21:00) 100-150ml of tea with 15mg of sugar. The surgery started on 8-8.5 hours after. PONV evaluated over a period of up to 3 hours and up to 24 hours postoperatively.

Results: In Group I - 49%(32 patients) revealed PONV, in Group II - 66%(29 patients). The PONV rate of up to 3 hours in Group I was 49%, in Group II - 66%, most of them presenting vomiting. The PONV rate up to 24 hours in Group I was 75%, in Group II - 85%. The majority of patients with PONV were women – 70%.

Conclusion: Patients received GVPO prophylaxis with Dexamethasone 4 mg intravenously in premedication, they revealed a lower rate of GVPO.

Keywords: Nausea; Vomiting; Cholecystectomy; Anesthesia

TRAUMATISMUL CORDULUI ȘI AORTEI. PREZENTARE DE CAZURI

BOSTAN GH¹, MANOLACHE GH¹, MANIUC L¹, REPIN O¹, BARNACIUC S¹, MOROZAN V¹, MARGINEAN A¹, CIUBOTARU A¹

¹Secția Chirurgie Cardiacă a Viciilor Dobândite, IMSP Spitalul Clinic Republican ”Timofei Moșneaga”, Chișinău, Republica

Moldova

Introducere: Traumatismele cordului și aortei reprezintă 2,7-3,2% din urgențele cardiochirurgicale. Complexitatea cazurilor sunt extrem de variate. Indicația operatorie poate fi necesară atât în traumatisme penetrante cât și nepenetrante. Din trauma cordului penetrant doar 35% din pacienți supraviețuiesc pînă la unitatea de gardă.

Material și metode: În cadrul clinicii s-au studiat 7 cazuri operate cu traumatismul cordului și aortei. În 2 cazuri intervenția fiind secundară, efectuată pe cord deschis cu by-pass cardiopulmonar, pentru rezolvarea defectelor restante postpenetrante. Trauma aortei în toate cazurile a fost nepenetrantă, ce a condus la declanșarea anevrismului de aortă.

Rezultate: Pacienții operați au o supraviețuire de 100%. În cazurile intervențiilor pe cord deschis s-a efectuat și corecție valvulară. La pacienții cu anevrism de aortă s-a efectuat protezarea segmentului aortic, în dependență de localizarea anevrismului operația s-a efectuat cu by-pass cardiopulmonar sau cu șunt de ocolire.

Concluzii: Intervenția primară de urgență majoră pentru trauma cordului penetrant este vital necesară, dar în dependență de gravitatea leziunii unele defecte necesită reintervenție secundară pe cord deschis.

Cuvinte cheie: trauma cordului, trauma aortei, anevrism posttraumatic de aortă

TRAUMA OF THE HEART AND THE AORTA. CASE'S REPORT

Introduction: Heart and aortic trauma represents for 2.7-3.2% of cardiac surgery. The complexity of the cases is extremely varied. The operative indication may be required both in penetrating and non-penetrating traumas. From penetrating heart trauma, only 35% of patients survive to the on-call unit.

Materials and methods: In the clinic, was studied 7 cases of heart and aortic trauma. In 2 cases, the intervention was secondary, performed on open heart with cardiopulmonary bypass, to solve post penetrating defects. The aortic trauma in all cases was non-penetrating, which led to the onset of aortic aneurysm.

Results: Operated patients have a survival of 100%. In cases of open heart surgery, valvular correction was also performed. In patients with aortic aneurysm, aortic segment prosthesis was performed, depending on the location of the aneurysm, the operation was performed by cardiopulmonary bypass or bypass shunt.

Conclusions: The primary emergency intervention for penetrating heart trauma is vital, but depending on the severity, some defects require secondary open-heart re-insertion.

Key words: heart trauma, aortic trauma, post-traumatic aortic aneurysm

ANALIZA COMPARATIVĂ A COMPLICAȚIILOR POSTOPERATORII DUPĂ TRATAMENT CHIRURGICAL A BOLII HEMOROIDALE

BOUR A^{1,2}, GUGAVA V^{1,2}, COJOCARU CRISTINA^{1,2}

¹Catedra de chirurgie nr. 5, Facultatea stomatologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

²Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: În prezent, aproximativ ¼ din populația țărilor dezvoltate suferă de boala hemoroidală, iar o proporție semnificativă reprezintă persoanele de vârstă activă. O mare parte dintre acești pacienți necesită corecție chirurgicală.

Material și metode: După analiza datelor de literatură și experiența noastră modestă, considerăm că hemoroidectomiile tradiționale sunt însoțite de sindromul dolo mai pronunțat, risc de hemoragie (03-6%, ~2%), dizurie (3-50%, ~15%), stricture (1-7,5%, ~4%), insuficiența canalului anal (7,5%), abcese (0,5-4%, ~1%), apariția fisurilor și fistulelor, constipații severe (15-30%). Metodele minim invazive într-o măsură mult mai mică predispon spre apariția complicațiilor severe. Dar în același timp sunt mai eficiente în stadiile inițiale ale hemoroizilor și în stadiile ulterioare sunt de obicei caracterizate de o frecvență mai mare de recidivă.

Rezultate: În stadiile avansate a bolii hemoroidale metoda HAL-RAR (*Hemorrhoidal Artery Ligation with mucopexy*) este însoțită de apariția plicelor ano-cutanate (skin tags), apariția prolapsului (~7%). Procedura poate fi asociată cu dificultatea urinării, apariția nodurilor trombozați și hemoragie ușoară (~6%). *Rubber band ligation (RBL)*. Sângerările (1,4-4%), durerea (~5,8%), simptomele vaso-vagale (~4%), hemoroizii trombozate, alunecarea benzilor și priapismul (~4,7%), retenția urinară, fistula și fisura anală (0,4%), sepsisul pelvian pînă la deces (7 cazuri), recidivă (6,6-18%, ~11%) sunt complicații raportate. *Metoda Longo (Prolapse Procedure for Hemorrhoids: PPH)*. Sângerare rectală (1-11%, ~9,6%) și incontinență fecală (2,5-4,9%), durere cronică (1,6-31%), hemoroizii trombozate (5,9%), stenoză anală (1,6-8,8%, ~2,6%), perforare a rectului, fistula rectovaginală (0,2%), aplicarea stomei (0,45%), complicațiile raportate din ce în ce mai mult după aceste noi operații și ar putea fi efectul unei curbe de învățare.

Concluzii: Considerăm, că abordarea diferențiată, complexă și individuală la pacienți tratați chirurgical cu diagnosticul de boală hemoroidală diminuează riscul aparițiilor complicațiilor postoperatorii.

Cuvinte cheie: Boala hemoroidală; abordarea diferențiată, tratament

COMPARATIVE ANALYSIS OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDAL DISEASE

Background: At present, approx. ¼ of the population in developed countries suffers from hemorrhoidal disease; and a significant proportion is in active age. Most of these patients require surgery.

Methods and materials: After analyzing the literature data and our modest experience, we consider that traditional hemorrhoidectomies are accompanied by more pronounced pain syndrome, hemorrhage risk (03-6%, ~ 2%), dysuria (3-50%, ~ 15%), stricture (1-7.5%, ~ 4%), anal canal incontinence (7.5%), abscesses (0.5-4%, ~ 1%), fissures and fistulas, severe constipation (15-30%). Minimally invasive methods to a lesser extent predispose severe complications. But at the same time they are more effective at the initial stages of hemorrhoids, and in later stages they are usually characterized by a higher frequency of relapse.