

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 antiemeticelelor, 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