

**Introducere:** Limfoamele non-Hodgkin constituie 7-10% din totalitatea tumorilor maligne la copii. Riscul apariției limfoamelor este mai frecvent la copiii în vârstă de 5-9 ani. Tractul digestiv și ganglionii limfatici abdominali sunt afectați în 30-45%. Mai frecvent este afectat segmentul terminal al ileonului și colonul ascendent. Limfomul se dezvoltă din stratul subseros iar în cazul implicării mezoului în procesul tumoral se asociază mase tumorale abdominale masive, care avansat îngustează lumenul intestinal cu risc crescut pentru apariția ocluziei intestinale. Wood a remarcat 4 forme macroscopice ale limfomului intestinal: aneurismatic, constrictiv, polipoid și ulcerativ. În formele ulcerative ale limfomului intestinal cu implicarea mezoului în regiunea afectată se pot asocia fistulele interne intestinale – între intestin și masele tumorale abdominale.

**Scopul** acestei lucrări este analiza eficienței și siguranței diagnosticului complicațiilor limfoamelor abdominale non-Hodgkin la copii.

**Material și metode:** Cazuistica noastă pe parcursul a 10 ani (2005-2015) în CNȘP de chirurgia pediatrică „Natalia Gheorghiu” a inclus 3 copii cu limfom non-Hodgkin cu afectarea intestinului și mezoului cu sindrom subocluziv și asocierea fistulelor interne. Pacienții au fost de sex masculin, cu vârsta sub 10 ani.

**Rezultate:** Manifestările clinice și examinările paraclinice (ecografia abdominală, radiografia toracică, tomografia computerizată, examinările biologice ale sângelui, urinei, a secretelor tumorale, cât și explorările histopatologice) au fost concludente în stabilirea bolii non-Hodgkin. Masa tumorală cu segmentul purtător de fistulă a fost rezecată cu aplicarea enterostomei terminale. La a 10-a zi postoperator copii au fost transferați pentru tratament specializat la Institutul Oncologic.

**Concluzii:** Limfoamele non-Hodgkin reprezintă 10% din limfosarcoamele maligne, iar boala Hodgkin – 40%, cu o frecvență maximă în jurul vârstei de 5-9 ani și mai rar sub vârsta de 2 ani. Semnele clinico-paraclinice apar la asocierea complicațiilor. Tratamentul chirurgical și terapia cu multiple combinații de preparate chimioterapice poate controla boala.

### RISK OF INTESTINAL FISTULA IN THE ABDOMINAL MASSES – NON-HODGKIN'S LYMPHOMAS IN CHILDREN

**Introduction:** Non-Hodgkin's lymphomas constitute 7-10% of all malignancies in children. The risk of lymphoma is higher in children of 5-9 years old. In 30-45% non-Hodgkin's lymphoma is localized in the digestive tract and intraabdominal lymph nodes, often localized in the distal ileum and ascending colon. Lymphoma develops from subserous layer and, with involvement of the mesentery in the abdominal cavity; massive tumor develops that greatly narrow the lumen of the intestine with an increased risk of intestinal obstruction. Wood identified four macroscopic form of intestinal lymphoma: aneurysmatic, constrictive, polypous and ulcerative. In ulcerative intestinal form of lymphoma involving the mesentery, the intestinal fistula in affected area may be formed between the intestine and abdominal mass.

**The purpose** of this paper was to analyze the quality and accuracy of diagnosis of complications of abdominal form of non-Hodgkin's lymphoma in children.

**Material and methods:** The experience of our clinic for 10 years (2005-2015) in the National Centre of Pediatric Surgery „Natalia Gheorghiu” includes 3 children with non-Hodgkin's lymphoma with involvement of the intestine and mesentery, with symptoms of partial obstruction and the formation of intestinal fistula. Patients were male, under the age of 10 years.

**Results:** Clinical and laboratory examinations (abdominal ultrasound, chest X-ray, CT-scan, blood tests, urine tests, tumor secrets, as well as histological examination) were conclusive for diagnosis of non-Hodgkin's lymphoma. The tumor mass with fistula was resected with formation of terminal enterostomy. On the 10<sup>th</sup> day after operation children were referred for specific treatment in the Institute of Oncology.

**Conclusions:** The non-Hodgkin's lymphomas represent 10% of malignant lymphosarcoma, Hodgkin's disease – 40%, with a maximum incidence around the age of 5-9 years, and rare – before the age of 2 years. Clinical and laboratory signs arise in the development of complications. Surgical treatment in combination with chemotherapy can control that disease.

### COMPLICAȚIILE CICATRICIALE ALE ENTEROCOLITEI ULCERONECROTICE LA NOU-NĂSCUȚI

GUDUMAC E, PISARENCO A, SINIȚÎNA N, REVENCO I, MANIUC A

**Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică, USMF „Nicolae Testemițanu”, Secția chirurgia nou-născuți, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova**

**Introducere:** Enterocolita ulceronecrotică fiind o patologie severă, frecvent necesită tratament chirurgical, în special la prematuri. În funcție de etapa clinico-evolutivă și terapia conservativă efectuată în 15-48% se pot dezvolta stenoze cicatriciale intestinale, ca rezultat al modificărilor structurale anatomice.

**Scopul:** De a ameliora rezultatele tratamentului chirurgical al nou-născuților cu enterocolită ulceronecrotică.

**Material și metode:** În perioada 2010-2014, au fost tratați 72 nou-născuți cu enterocolită ulceronecrotică. În 29 cazuri greutatea la naștere a constituit 1000-1600 gr, termenul de gestație 29-32 săptămâni; la 38 – greutatea era 2000-2600 gr, termenul de gestație 32-41 săptămâni. Infecția intrauterină a fost prezentă la 48 nou-născuți. La 16 – diagnosticate malformații congenitale cardiace; la 19 – omfalită, la 57 – diverse afecțiuni în sarcină.

**Rezultate:** Tratamentul conservator a fost efectuat la 25 nou-născuți, la 42 – tratament chirurgical. Tehnicile chirurgicale: rezecția segmentară de intestin afectat cu anastomoză primară – 5, rezecție segmentară de intestin cu aplicarea stomei și refacerea amânată a continuității intestinale – 30, lavajul și drenarea cavității abdominale – 7. La 5 pacienți s-a dezvoltat stenoza cicatricială a intestinului după tratamentul conservativ, complicată cu ocluzie intestinală mecanică. Examenul histopatologic al intestinului afectat a stabilit atrofia mucoasei, hiperplazia foliculilor plicelor Peyer, tunica musculară cu dismaturitatea structurilor ganglioneuronale, pe alocuri cu disganglionoză segmentară.

**Concluzii.** Enterocolita ulceronecrotică în stadiul II și III necesită tratament chirurgical – rezecția segmentară a intestinului afectat, deoarece modificările morfopatologice ale intestinului devin ireversibile, cauzând ocluzie intestinală mecanică la distanță. Pacienții cu enterocolită ulceronecrotică cu peritonită sau perforație pot avea un pronostic rezervat pentru viață.

### CICATRICIAL COMPLICATIONS OF NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

**Introduction:** Necrotizing enterocolitis is a severe pathology, frequently require surgical treatment, especially in preterm infants. Depending on the clinical stage and performed conservative therapy in 15-48% of cases the cicatricial intestinal stenosis may develop, resulting in anatomical structural changes.

**Purpose:** To improve the results of surgical treatment of newborns with necrotizing enterocolitis.

**Material and methods:** In the period 2010-2014 72 newborns with necrotizing enterocolitis were treated. In 29 cases weight at birth constituted from 1000 to 1600 g, gestational age 29-32 weeks; in 38 cases weight was 2000-2600 g, gestational age 32-41 weeks. Intrauterine infection was present at 48 newborns. In 16 cases the cardiac malformations were diagnosed; in 19 – omfalytis and in 57 – different disorders in pregnancy.

**Results:** Conservative treatment was performed at 25 neonates; at 42 was performed surgical treatment. Surgical techniques: segmental resection with primary anastomosis – 5, segmental bowel resection and stoma application with delayed restoration of intestinal continuity – 30, lavage and drainage of the abdominal cavity – 7. At 5 patients cicatricial bowel stenosis developed after conservative treatment, complicated with mechanical intestinal obstruction. Histopathologic examination of affected bowel demonstrates mucosal atrophy, hyperplasia of Peyer follicles, muscular layer with immaturity of ganglioneuronal structures, sometimes with segmental disgangliosys.

**Conclusions:** Necrotizing enterocolitis in stage II and III requires surgery – resection of affected bowels, because changes of diseased intestine become irreversible causing intestinal mechanical occlusion. Patients with enterocolitis complicated with peritonitis and perforation have a reserved prognosis for life.

## METODELE CONSERVATIVE CONTEMPORANE ÎN TRATAMENTUL BOLII HEMOROIDALE

**GUGAVA V, BOUR A, TARGON R, BAZELIUC I**

**Curs chirurgie generală al facultății stomatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Spitalul clinic central feroviar, Chișinău, Republica Moldova**

**Introducere:** În prezent, există un număr mare de medicamente pentru tratamentul bolii hemoroidale. Toate preparatele pot fi împărțite în două grupe: sistemice (pastile, capsule, injecții etc.) și locale (supozitoare rectale, unguente, creme, uleiuri, microclistere etc.). Tratamentul eficient al hemoroizilor presupune abordare individuală și complexă. Componența preparatelor depinde de efectul dorit.

**Material și metode:** Actualmente multe medicamente conțin componente din diferite grupe farmacologice. Angioprotectoare. Medicamentele din acest grup normalizează permeabilitatea vaselor sangvine, micșorează edemul țesuturilor, ameliorează microcirculația și procesele metabolice în pereții vasculari. Efect angioprotector dețin preparatele din diferite grupe chimice, inclusiv flavonoizii din grupa vitaminei P – rutina, troxerutina, diosmina și hesperidina (îndeosebi, fracția purificată micronizată) și de asemenea acidul ascorbic, extractul de ginkgo biloba, pentoxifilina, preparatele antiinflamatorii nesteroidiene. Anticoagulante. Substanțele de origine chimică sau naturală, care micșorează activitatea de coagulare a sîngelui, favorizează resorbția cheagurilor de sînge și previne formarea lor. Cel mai frecvent sunt utilizate anticoagulantele cu acțiune directă pe bază de heparină și cu greutate moleculară mică. Acest grup de medicamente este des folosit în tromboza acută anorectală. Coagulantele (hemostatice). Acestea sporesc coagularea sîngelui și sunt folosite pentru a opri hemoragia (ex. alginat de sodiu). Sunt utilizate în hemoroizii cronici cu sîngerări. Antispastice. Remediile respective reduc spasmul musculaturii netede, ce micșorează durerea, fiind de origine sintetică (papaverina, drotaverină) și naturală (extract de beladona). De asemenea, sunt utilizate preparate din diferite grupe: imunostimulante; antioxidanți; emoliente; astringente; absorbante (preparate de bismut, zinc, aluminiu, titan); antimicrobiene; remedii antiinflamatorii (glucocorticoizi: prednisolon, hidrocortizon, bufexamac, fluocinolon); anestezice (lidocaina, benzocaina, cincocaina), uleiuri (vegetale – cătină, semințe de dovleac; animale – ficat de rechin, ihtiol).

**Concluzii:** Boala hemoroidală este o patologie multifactorială. Obținerea unui rezultat pozitiv în tratamentul conservativ al hemoroizilor presupune o abordare individuală, complexă, patogenetică locală și sistemică.

## CONTEMPORARY CONSERVATIVE METHODS IN TREATMENT OF HEMORRHOIDAL DISEASE

**Introduction:** Currently, there are a large number of drugs for the treatment of hemorrhoidal disease. All medicines may be divided into two groups: systemic (tablets, capsules, injections, etc.) and local (rectal suppositories, ointments, creams, oils, micro-enemas, etc.). An effective treatment of hemorrhoids requires individual and complex approach. Composition of remedy depends on the required effect.

**Material and methods:** At the present time many drugs contain components from various pharmacological groups. Angioprotectors. Drugs from this group normalize permeability of blood vessels, reduce tissue edema, improve microcirculation and metabolic processes in vascular walls. Remedies from different chemical groups, including flavonoids from group of vitamin P – rutin, troxerutin, diosmin and hesperidin (especially, micronized purified fraction), and also ascorbic acid, ginkgo biloba extract, pentoxifylline, nonsteroidal anti-inflammatory drugs have angioprotector effect. Anticoagulants. Substances of chemical or natural origin that decrease blood clotting activity, favoring resorption of blood clots and prevent their formation. Most frequently direct anticoagulants based on heparin and low molecular weight heparin are used. This group of drugs is often used in acute anorectal thrombosis. Coagulants (hemostatics). They increase blood clotting and are used to stop bleeding (eg. sodium alginate). They are used in the treatment of chronically bleeding hemorrhoids. Antispastics. They reduce spasm of smooth muscle and that decreases pain. There are synthetic antispastics (papaverine, drotaverine, etc.) and natural (extract of belladonna). Also drugs from different groups are used as: immunostimulants; antioxidants; emollients, astringents, absorbents (remedies of bismuth, zinc, aluminum, titanium); antimicrobial; anti-inflammatories (glucocorticoids: prednisolone, hydrocortisone, bufexamac, fluocinolone, etc.); anesthetics (lidocaine, benzocaine, cinchocaine, etc.), oils (vegetable - buckthorn, pumpkin seeds; animal - shark liver, ichthyole).

**Conclusions:** Hemorrhoidal disease is a multifactorial pathology. Achieving positive outcome in the conservative treatment of hemorrhoids requires local and systemic individual, complex and pathogenetic approach.