

17. *Международная конференция памяти А.Р.Лурия*. Сборник докладов под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., МГУ, РПО, 1998 // Психологический журнал, 2003, № 1.
18. *Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития*. Хрестоматия. П.ред. В.М.Астапова, Ю.В.Микадзе. Спб., Питер, 2001, 240 с.
19. Рубинштейн С.Я., *Психология умственно отсталого школьника*, Москва, 1979.

### Rezumat

Au fost testați psihologic 171 de copii cu vârsta între 7-9 ani, care au suportat hipoxie, traumă cerebrală și neuroinfecții la naștere. Inițial au fost examinați 15 copii, la care examenele clinic și paraclinic n-au evidențiat dereglări vegetative. Rezultatele obținute au fost comparate cu soluțiile și răspunsurile ale 156 de copii (78 de copii cu dereglări vegetative suprasedimentare, 39 - segmentare și 39 – motorii). Ulterior s-a calculat suma punctelor pentru fiecare subtest la copiii cu diferite forme de manifestare clinică a patologiei vegetative. Aceasta a permis determinarea dezvoltării cognitive în diferite forme patologice vegetative la copii.

### Summary

There were examined psychological 171 children with the age between 7-9 years who supported cerebral trauma, neuroinfection and hipoxy at the born. Initial were examined 15 children at whom the clinical and paraclinical examination didn't notice vegetative deregulation. The obtain results were compared with the solutions and answers of another 156 children (78 children with oversegmentary vegetative deregulation, 39-segmentary and 38 motories). Subsequent was calculated the sum of points for each subtest at the children with different aspect of clinical manifestation of vegetative pathology. This allowed to determinate the cognitive development in different aspect of vegetative pathology at children.

## DISPLAZIA NEURONALĂ INTESTINALĂ (DNI) ADIȚIONAL LA ALTE MALFORMAȚII CONGENITALE (MC) – OPȚIUNI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT LA NOU-NĂSCUȚI

**Gavril Boian**, dr. în medicină, conf. cercet., **Ion Fuior**, dr. h. în medicină, prof. cercet.,  
**Veaceslav Boian**, cercet. științ., **Maxim Bacalîm**, cercet. științ. stagiar.,  
Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului,  
Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”

Reviul literaturii de specialitate demonstrează că în ultimii ani frecvența malformațiilor congenitale la nou-născuți este în ascensiune, iar evoluția lor clinică devine tot mai violentă [1, 11]. Ca rezultat, ponderea acestora în structura morbidității și a mortalității perinatale a crescut [2, 12, 13]. În planul respectiv MC la nou-născuți concurează doar cu infecția și trauma perinatală [1, 2, 10]. Mai mult, actualmente a sporit frecvența MC multiple, pentru care este caracteristică afectarea concomitentă a 2-3 și mai multe sisteme de organe [7]. Semnificativ pare a fi și faptul că printre MC s-a mărit ponderea celor cu defecte majore de embriogeneză, corecția cărora prezintă serioase dificultăți reconstructiv - plastice [10]. De menționat și faptul că din motivul localizării oculte, manifestărilor clinice neexpresive și accesului limitat pentru aplicarea metodelor paraclinice de examenare, multe din MC rămân în afara diagnosticului precoce [7]. Anume acestea, prin specificul lor clinico-evolutiv irelevant, defavorizează prognosticul vital al nou-născuților cu MC clinic bine evidențiate și depistate chiar din primele ore de viață [5, 6]. Informația de specialitate relevă că printre MC cu o evoluție clinică obscură, DNI este una din cele mai grave și dificile din punct de vedere diagnostic-curativ. Asociindu-se frecvent cu MC de altă localizare și caracter anatomo-morfologic, DNI esențial agravează consecințele lor recent postoperatorii și la distanță [5, 8].

Primele publicații cu referință la impactul diagnostic-curativ al DNI asupra MC pe care le acompaniază apar în literatura medicală la sfârșitul secolului al XX-lea [ 3, 4 ]. Majoritatea autorilor abordează doar selectiv aspectele de diagnostic și tratament ale acestor asociații malformative. În viziunea lui Berger S. et. all. (1998), la ora actuală lipsește o analiză aprofundată a frecvenței și impactului DNI asupra morbidității și mortalității nou-născuților afectați de această combinație malformativă [ 4, 7, 12 ]. Totodată, se menționează că la contingentul respectiv de bolnavi rămâne incomplet elucidat rolul patogen al leziunilor neuronale congenitale de colon în evoluția retenției severe de tranzit și evacuare intestinală nonobstructivă. Scoaterea în evidență a acestor mecanisme ar putea contribui la perfectarea tratamentului lor medico-chirurgical și la profilaxia unui șir de complicații postoperatorii.

**Scopul** studiului a fost aprecierea frecvenței și a impactului displaziei neuronale intestinale de colon asupra evoluției clinice și morbidității postoperatorii în malformațiile congenitale asociate cu DNI la nou-născuți.

**Materiale și metode.** La baza acestei lucrări s-au aflat rezultatele studiului de cohortă a 357 nou-născuți cu malformații congenitale majore localizate pe regiunea tractului digestiv și extraintestinal. Toți au fost examinați și tratați în secția de chirurgie a nou-născutului pe parcursul anilor 1995-2006. Conform obiectivelor trasate, eșantionul reprezentativ de bolnavi a fost divizat în două grupe de interes, fenomenul estimat fiind Displazia Neuronală Intestinală (DNI). S-a evaluat documentația medicală primară, inclusiv protocoalele necropsiei la cei decedați.

Lotul I a inclus 87 (24,4%) de pacienți la care prin examen histochimic și histomorfologic s-a constatat asocierea malformațiilor congenitale cu DNI.

Lotul II l-au constituit 270 (75,6%) de pacienți cu malformații congenitale la care fenomenul studiat nu s-a depistat.

După vârstă, antecedentele generale și caracterul anatomic al malformațiilor în cauză, ambele loturi erau asemănătoare.

Utilizând aceleași metode clinico-anamnestice, paraclinice generale și speciale de examinare, s-a verificat profilul social, antecedentele obstetricale, eredocolaterale și particularitățile clinico-evolutive ale bolii în ambele loturi.

Depistarea și argumentarea obiectivă a DNI s-au efectuat prin biopsia intestinului subțire și a celui gros la 123 (62,1%) de pacienți clinic suspecți la afectarea congenitală a inervației neuronale intestinale. Biopțiile au fost prelevate transanal, în procesul laparotomiilor de urgență și programate sau în timpul necropsiei. Accesul larg la intestin ne-a permis să recoltăm bioprobe pentru examenul histomorfologic la diferite niveluri ale tractului digestiv, fapt ce a făcut posibil documentarea caracterului histomorfologic și extinderii malformațiilor neuronale intestinale. Morfopatologia inervației neuronale intestinale s-a studiat în Secția Științifico-Practică de Patomorfologie a IMSP ICȘOSM și C prin aplicarea metodei histochimice de apreciere a activității acetil-colinesterazei (AChE) după metoda Karnovsky-Roots și a colorației speciimentelor biopțate cu nitrat de argint după metoda Bilshovs-chii-Gross, Raskazova și Kuprianov. După indicații speciale, metodele menționate au fost completate cu microscopia electronică transmisibilă (26%). În clasificarea histologică a caracterului malformativ al afecțiunilor neuronale intestinale s-a ținut cont de consensul Conferinței gastroenterologilor din 1990 [7].

**Rezultate și discuții.** Conform datelor obținute (*tab. 1*), printre copiii evaluați de noi predominau cei cu malformații congenitale ale tractului digestiv (76,5%). Prevalența statistică semnificativă a acestora este determinată de specificul lor clinico-evolutiv și de faptul că dintre pacienții cu malformații extraintestinale noi am inclus în studiu doar nou-născuții cu defecte majore de embriogeneză și vicii multiple (23,5%). Comune pentru ambele grupe de bolnavi au fost riscul vital major, necesitatea intervenției chirurgicale de urgență, morbiditatea și mortalitatea pre- și postoperatorie înaltă. De fapt, interesul sporit pentru acești bolnavi a fost trezit de frecvența și severitatea evoluției ileusului postoperator, depistat de noi la 54,9% din cei 304 nou-născuți operați pentru malformații digestive și extraintestinale. Menționăm că din lipsa de efect clinic în urma tratamentului medical, 16,2% din copiii

cu ileus postoperator au fost supuși relaparotomiei sau laparotomiei recent după prima operație. De reținut și faptul că la 66,6% din cei reoperați revizia cavității abdominale n-a depistat teren biologic care ar fi explicat retenția de tranzit și evacuare intestinală. În același timp, toți acești copii manifestau pareză intestinală severă cu pericol vital, motiv pentru care li s-a aplicat ilio- sau colostoma. Deși stoma a fost aplicată corect, 38,8% din copiii stomiați manifestau în continuare semne clinice și paraclinice grave de pareză intestinală rebelă la tratament conservator. Deoarece 16,6% din ei ajunseseră în stare critică, s-a recurs la relaparotomie, revizia stomei cu reamplasarea acesteia la nivelul ileonului terminal. În pofida măsurilor întreprinse, un copil a decedat fără ca tranzitul intestinal să fie reluat.

Tabelul 1

**Frecvența și structura malformațiilor digestive și extraintestinale luate în studiu**

<i>Nr. d/o</i>	<i>Malformații</i>	<i>Abs.</i>	<i>%</i>
	<b>A – tractul digestiv</b>	<b>273</b>	<b>76,5</b>
1	Atrezia esofagului	26	9,5
2	Malrotație intestinală	33	12,1
3	Atrezia (stenoza) duodenului, ileonului	48	17,6
4	Ileus meconial	23	8,4
5	Stenoză sigmoidală și rectală	12	4,4
6	Maladia Hirschsprung	52	19,1
7	Atrezia anorectală	79	28,9
	<b>B – malformații extraintestinale</b>	<b>84</b>	<b>23,5</b>
1	Hernie diafragmatică	18	21,4
2	Gastroschizis	15	17,8
3	Onfalocel	12	14,3
4	Malformații multiple	39	46,5

Observațiile clinice au relevat faptul că ileusul postoperator a fost nu numai cauza directă a decesului, dar și substrat favorabil pentru dezvoltarea unor așa complicații ca: bronhopneumonia (45,4%), insuficiența cardiorespiratorie (65,8%), sindromul pluricarențial cu diferit grad de severitate (68,3%), scurgeri și dehiscenta anastomozei (8,7%), eventrația sau eviscerația (5,4%), dehiscenta plăgii (6,8%) etc. Indiferent de nivelul și caracterul anatomic ale acestui viciu, anume acestea, alături de afecțiunile inflamator supurative și de alte patologii concomitente, reprezentau sursa principală a celor mai imprevizibile consecințe recent postoperator și la distanță.

Severitatea sindromului ocluziv (pseudoccluziv) și rata înaltă a morbidității pe fundalul acestui sindrom au generat necesitatea logică de a cunoaște în ce măsură DNI ar fi putut influența geneza cauzală a ileusului nonoccluziv și evoluția clinică nefavorabilă a bolii în perioada postoperatorie. Rezultatele studiului efectuat, sumate în *tab. 2*, ne-au permis să constatăm că 24,4% din nou-născuții cu MC ale tractului digestiv și ale celorlalte sisteme de organe au fost concomitent afectați de leziuni neuronale intestinale de colon.

Tabelul 2

**Incidența asocierii malformațiilor digestive și extraintestinale cu DNI**

<i>Malformații</i>	<i>Abs. (n pacienților investigați)</i>	<i>%</i>
<i>DNI în asociere cu alte MC</i>	87 (357)	24,4
<b>A – tractul digestiv</b>	58 (273)	22,1
Atrezia esofagului + DNI	5 (26)	19,2
Malrotație intestinală + DNI	8 (33)	24,2

Atrezia (stenoza) duodenului, ileonului + DNI	12 (48)	25,0
Ileus meconial + DNI	4 (23)	17,4
Stenoză sigmoidală și rectală + DNI	3 (12)	25,0
Maladia Hirschsprung + DNI	16 (52)	30,8
Atrezie anorectală + DNI	10 (79)	12,7
<b>B – malformații extraintestinale</b>	29 (84)	34,5
Hernie diafragmatică + DNI	3 (18)	16,6
Gastroschizis + DNI	8 (15)	53,3
Onfalocel + DNI	5 (12)	41,6
Malformații multiple + DNI	13 (39)	33,3

Această coincidență nu este ocazională și indică faptul că DNI ar putea fi o parte componentă a unui proces malformativ congenital combinat, care include și afectarea sistemului neurointestinal intramural. Suspectarea displaziei neuronale intestinale în MC de orice localizare este o indicație directă pentru efectuarea biopsiei de colon cu examenul histomorfologic respectiv. De menționat și faptul că nou-născuții cu MC care concomitent erau afectați de diferite patologii perinatale prezentau un risc avansat pentru displazia neuronală intestinală adițională (*tab. 3*).

*Tabelul 3*

### **Incidența și structura morbidității perinatale la nou-născuți cu MC asociate cu DNI**

<b>Morbiditatea perinatală</b>	<b>MC fără DNI (abs %)</b>	<b>MC + DNI (abs %)</b>
Prematuritate de diferit grad	3 (1,1%)	8 (9,2%)
Enterocolită necrotică nespecifică (ECN)	-	4 (4,6%)
Perforație de colon independent de ECN	-	2 (2,3%)
Ocluzie meconială	2 (0,7%)	9 (10,3%)
<b>În total</b>	5 (1,85%)	23 (26,4%)

După cum rezultă din *tab.3*, DNI se înregistrează mai frecvent (26,4%) în contextul prematurității, ECN, perforației colonice independente de ECN și ocluziei meconiale. Toți acești copii, pe lângă patologia de bază, prezentau serioase complicații intraabdominale, care necesitau o terapie intensivă prolongată, intervenții chirurgicale repetate, impuse chirurgului nu atât de patologia în cauză, cât de consecințele ei. Desigur că pe un așa fundal DNI prezenta o primejdie deosebită, deoarece, rămânând în afara diagnosticului, condiționa dezvoltarea formelor grave ale ileusului nonobstructiv, care, la rândul său, defavoriza evoluția postoperatorie a bolii. Este clar că depistarea precoce a DNI prezintă o necesitate practică, ceea ce ar contribui la profilaxia unor afecțiuni paralele de ordin general și limitrof în perioada postoperatorie. Frecvența morbidității postoperatorii în grupul nou-născuților cu MC asociate și neasociate cu DNI este prezentată în *tab.4*.

*Tabelul 4*

### **Frecvența și structura morbidității postoperatorii în MC asociate și neasociate cu DNI**

<b>Morbiditatea postoperatorie</b>	<b>MC fără DNI (abs %) n=270</b>	<b>MC + DNI (abs %) n=87</b>
<i>Afecțiuni de ordin general</i>		
Bronhopneumonie	28 (10,3%)	29 (25,4%)
Insuficiență cardiorespiratorie	63(23,3%)	54(62,0%)
Sindrom pluricarențial	59 (21,8%)	56 (64,3%)
<i>Afecțiuni limitrofe</i>		
Ileus nonobstructiv	70 (25,9%)	79 (91,1%)
Dehiscenta plăgii	3(1,1%)	5 (5,7%)
Scurgeri și dehiscenta anastamozei	2 (0,7%)	7 (8,0%)
Eventrații și eviscerații	1(0,3%)	4 (4,5%)

Informația obținută din analiza datelor respective relevă frecvența surprinzător de înaltă a afecțiunilor postoperatorii generale și limitrofe în grupul nou-născuților cu MC + DNI. Pericolul real pe care îl prezintă DNI în contextul MC se conturează mai bine analizând la concret eficiența curativă în subgrupurile respective de nosologii malformative. Astfel, malformațiile tractului digestiv superior (malrotația intestinală, atrezia duodenală etc.) asociate cu DNI prezintă o evoluție gravă a bolii chiar din primele zile ale perioadei postoperatorii. Același lucru este caracteristic și pentru evoluția postoperatorie precoce a malformațiilor extraabdominale cu defect anatomic major (hernie diafragmală, gastroschisis, omfalocel). Desfășurarea gravă a procesului patologic în acest grup de bolnavi se explică prin faptul că DNI condiționează ileusul postoperator nonobstructiv, care provoacă modificări homeostatice și locoregionale de proporție ce fac prognosticul discutabil. În ceea ce privește malformațiile congenitale ale tractului digestiv distal (maladia Hirschsprung, atrezia anorectală, stenozele sigmoido-rectale etc.) subliniem că asocierea lor cu DNI complica, de regulă, perioada postoperatorie tardivă a bolii. Pentru pacienții respectivi era caracteristică dezvoltarea sindromului de colostază cronică, care în 8,7% din cazuri au necesitat intervenție chirurgicală de corecție. Din cele prezentate rezultă că, indiferent de specificul anatomomorfologic și de localizarea MC, este vital important diagnosticul precoce ale leziunilor neuronale intestinale concomitente. De menționat și faptul că DNI poate afecta nu numai cadrul colic, dar și intestinul subțire, devenind patologie de bază, practic, incurabilă.

Devine clar că organizarea corectă a diagnosticului precoce al malformațiilor neuronale intestinale este o necesitate vitală de care depinde succesul eficienței curative a intervențiilor chirurgicale la acești copii. Din punct de vedere clinic DNI poate fi suspectat în baza următoarelor semne clinice: prematuritatea, hipoxia și hipotrofia intranatală, malformațiile multiple cu defecte majore de embriogeneză, malformații combinate ale tractului digestiv, ileusul meconial și funcțional nonobstructiv, ECN, perforația solitară de colon independentă de ECN, prezența constipației severe după corecția viciilor congenitale intestinale. Această grupă de patologii perinatale, de regulă, au o evoluție clinică severă, care deseori necesită rezolvare chirurgicală de urgență, inclusiv: laparotomia diagnostică, aplicarea anastomozei intestinale, aplicarea ilio- sau colostomei etc. După caracterul lor, toate aceste operații creează acces liber la tractul digestiv, asigurând biopsia deschisă la toate segmentele intestinale. Profitând de situație, chirurgul trebuie să recurgă la recoltarea speciimentelor tisulare din peretele intestinal pentru efectuarea examenului histiochimic la aprecierea AchE prin metoda Karnovsky-Roos cu aprofundarea ulterioară a studiului integrității histomorfologice a plexurilor neuronale intestinale, aplicând metodele colorației cu nitrat de argint după Bilshovski-Gross, Raskazova și Kuprianov.

Dacă metoda histiochimică este un test expres cu o informație orientativă în vederea prezenței DNI, atunci metodele de colorație cu nitrat de argint condiționează descifrarea caracterului lor histomorfologic (*fig. 1a, b, c, d, e, f, g, h*). Obținând o probă pozitivă sau discutabil pozitivă prin biopsia intraoperatorie primară, ea trebuie verificată recurgând ulterior la biopsia rectală și numai după prelucrarea informației respective de decis închiderea stomei deja aplicate, montarea stomei în cazurile ileusului nonobstructiv persistent sau corecția radicală a malformațiilor depistate. O astfel de conduită diagnostic-curativă optimizează depistarea precoce a DNI adiacente la alte MC, micșorând riscul unor intervenții chirurgicale inutile, asigurând o corecție adecvată a viciilor în cauză și profilaxia unor complicații posibile în perioada recent postoperatorie și la distanță.

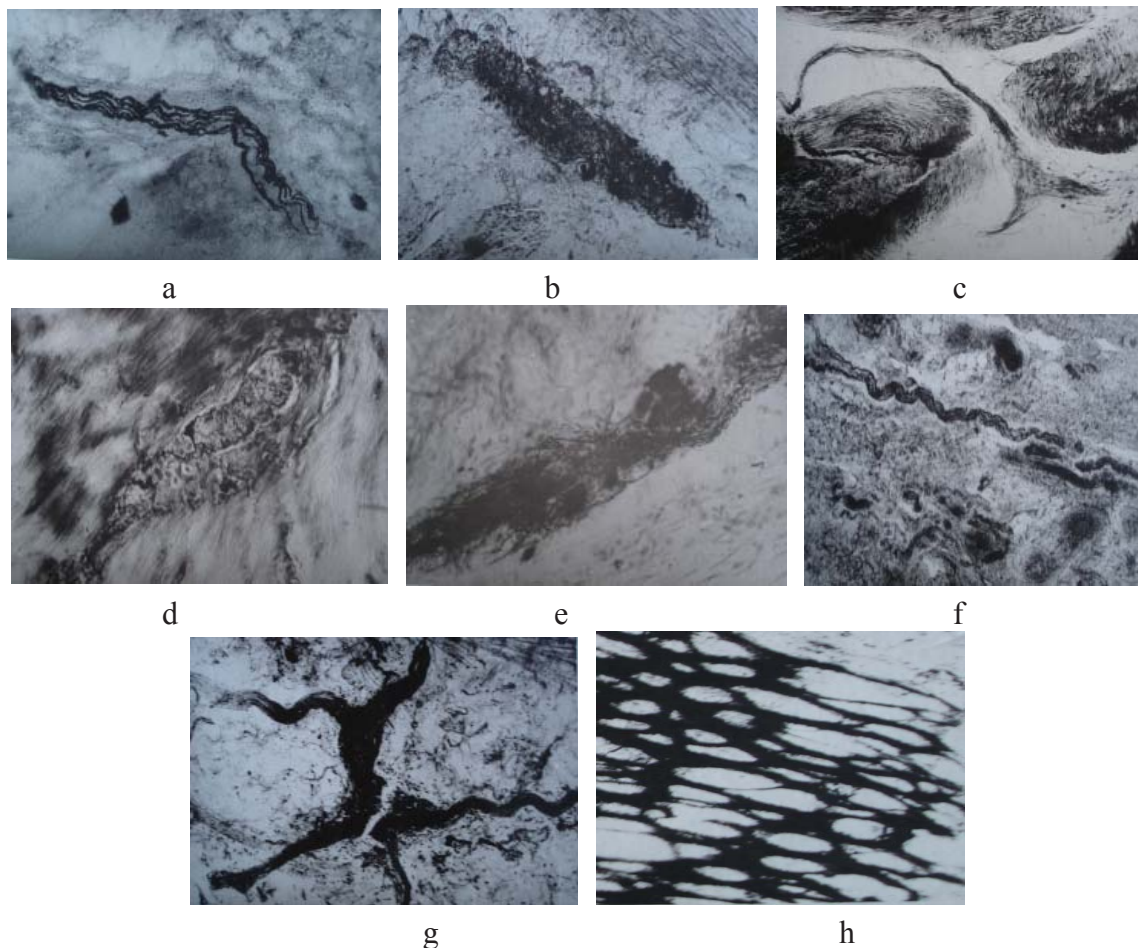


Fig.1 a, b, c, d, e, f, g, h. Displazie neuronală intestinală: fasciculele nervoase îngroșate, contorte și fragmentate; ganglioni nervoși distopiați și distrofiați, cu hiponeirie în spațiul submucos la nou-născuții cu malformații congenitale. Colorație cu nitrat de argint după Bilshovski-Gross, Raskazova și Kuprianov X 280; h - aprecierea AChE după Karnovsky-Roos X 180. Reacție pozitivă

### Concluzii

1. Malformațiile congenitale ale tractului digestiv și cele extraabdominale frecvent (respectiv 24,4% și 34,5%) sunt asociate cu displazia neuronală intestinală, care, rămânând precoce nedepistată, agravează evoluția clinică a patologiei principale și compromite rezultatele eficienței tratamentului medico-chirurgical recent postoperator și la distanță.

2. Asocierea malformațiilor congenitale digestive și extraabdominale cu patologia perinatală severă (prematuritate, hipoxie și hipotrofie intranatală, ileusul meconial și nonobstructiv, ECN, perforația solitară de colon independent de ECN etc.) poate sugera prezența afecțiunilor neuronale intestinale congenitale, argumentând necesitatea efectuării examenului histochimic și histomorfologic în scopul stabilirii prezenței lor.

3. Ratarea diagnosticului precoce al DNI agravează evoluția clinică a bolii, măbind riscul morbidității și mortalității postoperatorii în MC la nou-născuți.

4. Profilaxia recedivei ileusului nonobstructiv, lichidarea stomelor digestive, montate în perioada neonatală, necesită efectuarea prealabilă a probelor histochimice și histomorfologice în speci-men-tele tisulare prelevate prin biopsia rectală.

### Bibliografie selectivă

- Berger S., Ziebell M., Kessler S. et al., *Congenital malformations and perinatal morbidity associated with intestinal neuronal dysplasia*. *Pediatr Surg Int*, 1998, 13, p. 474-479.
- Jin Liang Zhu, Olga Basso, Carsten Obel, Camilla Bille, and Jørn Olsen., *Infertility, infertility treatment, and congenital malformations: Danish national birth cohort*. *BMJ* 2006; 333: 679.

3. Martucciello G., *Hirschsprung`s disease as a neurochristopathy*. *Pediatr Surg Int*, 1997, 12, p. 2-10.
4. Meier-Ruge W., Brunner L., Engert J. et al., *A correlative morphometric and clinical investigation of hypoganglionosis of the colon in children*. *Eur Journal of Pediatric Surgery*, 1999, 9, p. 67-74.
5. Meier-Ruge W., Gambazzi F., Kaeufeler R. et al., *The neuropathological diagnosis of neuronal intestinal dysplasia*. *Eur Journal of Pediatric Surgery*., 1994, 4, p. 267-273.
6. Scharli A., *Further experiences with innervation disorders*. *Pediatr Surg Int*, 1998, 13, p.463
7. Ure B., Holschneider A., Schulten D., Meier-Ruge W., *Clinical impact of intestinal neuronal malformations: a prospective study in 141 patients*. *Pediatr Surg Int* 1998, 12 (5/6), p. 377-382.
8. Wedel T, Spiegler J, Soellner S. et al., *Enteric nerves and interstitial cells of Cajal are altered in patients with slow-transit constipation and megacolon*. *Gastroenterology*, 2002, Nov;123(5):1459-67.
9. Yoshio Watanabe, Fugio Ito, Hisami Ando et al., *Morphological investigation of the enteric nervous system in Hirschsprung`s disease and hypoganglionosis using whole-mount colon preparation*. *Journal of Pediatric Surgery*, vol 34, N3, 1999, p. 445-449.
10. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Зайченко Н.М., Гудкова Р.Г., *Врожденные аномалии (пороки развития) в Российской Федерации // Детская больница, №1, 2003, стр. 7-14.*
11. Гумеров А., Хайруллина Р., Кальметьева Л., *Иммуногенетические особенности у новорожденных с врожденными пороками развития пищеварительной системы // Детская хирургия, №4, 2004, стр. 35-37.*
12. Ковинько Л.В., Катонина С.П., Петравчук Л.В и др., *Актуальные проблемы перинатологии по материалам анализа младенческой смертности в г.Киеве за 2002-2003гг // Современная педиатрия, № 3(4), (2004), стр.11-15.*
13. Новожилов В.А., Ионушене С.В., Подкаменев А.В., *О патогенезе и лечении язвенно-некротического энтероколита новорожденных детей. Неотложные состояния у детей: Материалы шестого конгр. педиатров России, М., 2000, стр. 213.*

### **Rezumat**

Malformațiile congenitale ale tractului digestiv, precum și ale altor sisteme de organe, desori (24,4% și 34,5%) sunt însoțite de displazie intestinală neuronală, care, rămânând nedepistată la stadiile incipiente, agravează evoluția clinică a patologiei principale și înrăutățește rezultatele îndepărtate ale tratamentului medico-chirurgical. Asocierea malformațiilor cu patologia perinatală severă (prematuritate, hipoxie și hipotrofie intranatală, ileusul meconial și nonobstructiv, ECN, perforația solitară de colon independent de ECN) indică asupra posibilității existenței afecțiunilor neuronale intestinale congenitale, argumentând necesitatea efectuării examenului histochimic și histomorfologic în scopul stabilirii prezenței lor, agravează riscul morbidității și mortalității postoperatorii în MC la nou-născuți.

### **Summary**

Congenital anomalies of gastrointestinal tract, as well as anomalies of other organs and systems, are frequent (24,4 % and 34,5 % accordingly) and accompanied by an intestinal neuronal dysplasia (IND) which, remaining not diagnosed at early stages, burdens clinical current of a basic disease and worsens the remote results of medical treatment. A combination of congenital anomalies with serious perinatal pathology (the prematurity, a fetal hypoxia and an oligotrophy, meconial ileus, a necrotizing enterocolitis (NEC), solitary perforation of the colon, untied with NEC) specify the probability of presence congenital neuronal pathologies, giving reason for that necessity of carrying out histochemical and histomorphological researches with the purpose of detection IND. IND enlarges risk of a postoperative case rate and a mortality at newborns in congenital developmental anomalies.