

7. Matsuda F., Torii Y., Enomoto H. et al. *Anti-interferon- $\alpha$  neutralizing antibody is associated with nonresponse to pegylated interferon- $\alpha$  plus ribavirin in chronic hepatitis C*. In: Journal of Viral Hepatitis, nr. 19 (10), 2012, p. 694-703.
8. Motavaf M., Safari S., Alavian S. *Therapeutic potential of RNA interference: a new molecular approach to antiviral treatment for hepatitis C*. In: Journal of Viral Hepatitis, nr. 19 (11), 2012, p. 757-765.
9. Pântea V. *Efecte adverse ale terapiei antivirale în hepatita virală C cronică și managementul lor*. În: Sănătate Publică și Management în Medicină. Materialele Conferinței a VII privind maladia infecțioasă în Republica Moldova „Actualități în patologia infecțioasă și cea parazitara”, nr. 5, Chișinău, 2012, p. 5.
10. Pântea V. *Hepatitele virale acute și cronice*. Actualități. Chișinău, 2009, p. 148-180.
11. Pântea V. *Hepatitele virale C, B și D acute și cronice Particularitățile clinice, epidemiologice, imunologice, evolutive și de tratament*. Chișinău, 2011, p. 49-61.
12. Shiffman M., Salvatore S., Hubbard S., et al. *Treatment of chronic hepatitis C virus genotype 1 with peginterferon ribavirin, and epoetin alfa*. In: Hepatology, 2007, p. 46.
13. Sulkowski M., Lawitz E., Shiffman M. et al. *Final results of the ideal (individually dosing efficacy versus flat dosing) to assess optimal pegylated interferon therapy) phase MB study (abstract)*. In: Journal Hepatology, 2008, nr. 2, p. 5370.
14. Tanaka Y., Nishida N., Sugiyama M. et al. *Genome-wide association of IL28B with response to pegylated interferon- $\alpha$  and ribavirin therapy for chronic hepatitis C*. In: Nat. Genet., 2009; nr. 41, p. 1105-1109.
15. Tedder R., Tuke P., Wallis N., Wright M., Nicholson., Grant P. *Therapy-induced clearance of HCV core antigen from plasma predicts an end of treatment viral response*. In: Journal of Viral Hepatitis, nr. 20 (1), p. 65-71
16. Wartelle-Bladou C., Le Folgoc G., Bourliere M., Lecomte L. *Hepatitis C therapy in non-genotype 1 patients: the near future*. In: Journal of Viral Hepatitis, nr. 19 (8), 2012, p. 525-536.
17. Zeuzem S., Rodriguez-Torres M., Rajender Reddy K., Marcellin P., Diago M. et al. *Optimized threshold for serum HCV RNA to predict treatment outcomes in hepatitis C patients receiving peginterferon alfa-2a/ribavirin*. In: Journal of Viral Hepatitis, nr. 19 (11), 2012, p. 766-774.

**Lilia Cojuhari**, dr. în med., conf. univ.,  
Catedra Boli Infecțioase FECMF  
USMF „N. Testemițanu”  
Chișinău, str. Ștefan cel Mare și Sfânt 163  
Tel. 0(22)205343; Mob. 069263301  
E-mail: lilia\_cojuhari@yahoo.com

## TACTICA DE TRATAMENT AL ANGIOMATOZEI HEPATICE

**Galina PAVLIUC, Sergiu PISARENCO, Maria DANU,**  
USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Chirurgie nr. 2,  
LCȘ Hepatochirurgie

### Summary

#### *Treatment tactics of liver angiomas*

*Indications and contraindications for surgical treatment of hemangiomas are still widely debated in the literature. The results of examination and treatment of 43 patients aged from 42 to 65 years with angiomas of the liver, that were treated at the clinic between 1998 and 2013 are presented in this study. Among them were 35 women and 8 men. Solitary hemangiomas were detected in 32 and multiple in 11 patients. We analyzed the information content of the diagnostic methods and recommend to conduct a survey in the following algorithm: physical examination, multipositional ultrasound, ultrasound mode Doppler, CT with bolus enhancement. Scintigraphy was performed in patients with multiple angiomas to determine the volume of a functioning liver parenchyma. 13 patients were operated. Direct indications for surgery were peripheral tumors of large size (due to the danger of a rupture with the development of intra-abdominal bleeding), and progressive tumor growth. Preference is given to the enucleation of hemangiomas as sparing surgery with minimal blood loss. Postoperatively outflow of bile from the liver parenchyma was noted in 2 patients. There was not mortality after surgery. None-operated patients are recommended dynamic monitoring with the course of preventive treatment and gentle way of life.*

**Keywords:** *computed tomography, ultrasound, hemangioma of the liver.*

### Резюме

#### *Тактика лечения ангиоматоза печени*

*Вопросы показаний и противопоказаний к оперативному лечению гемангиом печени продолжают широко обсуждаться в литературе. В работе представлены результаты обследования 43-х больных с гемангиомами печени, находящихся на лечении в период с 1998 по 2013 г., в возрасте 42-65 лет, 35 женщин и 8 мужчин. Единичные гемангиомы обнаружены у 32, множественные у 11 пациентов. Диагностический мониторинг включал: общеклиническое обследование, УЗИ поли-позиционное, УЗИ в режиме доплерографии, КТ с болюсным усилением. Сцинтиграфия выполнялась при множественном ангиоматозе для определения состояния объема функционирующей паренхимы печени. Оперировано 13 больных. Прямыми показаниями к операции были периферические опухоли больших размеров, когда была опасность разрыва с внутрибрюшным кровотечением, а также прогрессивный рост опухоли, когда невозможно было исключить онкопатологию. Предпочтение отдавали энуклеации гемангиом, ор-*

*сохраняющим операциям. Атипичная резекция печени проводилась при локализации нескольких гемангиом в соседних сегментах. Желчеистечение в п/о периоде возникло у 2 пациентов, послеоперационной летальности не было. Не оперированным пациентам рекомендовали динамическое наблюдение с курсом медикаментозной коррекции 1-2 раза в год, включающей гепатопротекторы, реологические препараты, витаминотерапию и щадящий образ жизни.*

**Ключевые слова:** ангиоматоз печени, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, послеоперационный период.

## Introducere

Hemangioamele sunt cele mai frecvent întâlnite tumori hepatice benigne, de regulă caracterizate prin tablou clinic asimptomatic și diagnostic ocazional. Se întâlnesc la aproximativ 8% din populație. Tumoarea nu are tendință spre malignizare [2, 5]. În etiologia bolii se află patologia ereditară înăscută – dereglarea formării și dezvoltării vasculare. Patologia se întâlnește de 6 ori mai des la femei decât la bărbați (estrogenii provoacă apariția și dezvoltarea tumorii) [4, 8]. Aceasta se confirmă prin creșterea progresivă a tumorii la paciente în timpul gravidității și în terapia hormonală. D. Ronaldo comunică despre tipul familial al hemangioamelor [9].

Creșterea tumorii este, de regulă, lentă, cu manifestare clinică mai frecvent la vârsta de 40-50 de ani [1, 3]. Hemangioamele pot fi localizate subcapsular, intraparenchimos sau pe pedicul, în cazul creșterii extra-organ. Implementarea pe larg în practica medicală a metodelor neinvazive de diagnostic cu informativitate sporită (ultrasonografia, TC) a influențat considerabil asupra diagnosticului patologiei [6, 7].

În literatură continuă pe larg discuțiile despre indicațiile și contraindicațiile tratamentului chirurgical, despre utilizarea metodelor alternative de tratament în hemangioamele hepatice. Tactica chirurgicală activă aplicată anterior a fost substituită cu atitudinea rezervată față de efectuarea intervențiilor chirurgicale. Tratamentul chirurgical al angiomatozei hepatice rămâne o problemă majoră în chirurgia hepatică contemporană. Absența indicațiilor stricte pentru tratament chirurgical sau conservativ confirmă actualitatea problemei.

Sarcinile cercetării au fost: analiza informativității celor mai des folosite metode de investigații, stabilirea indicațiilor și contraindicațiilor tratamentului chirurgical al pacienților cu hemangioame.

## Materiale și metode

În perioada 1998-2013, s-au aflat la tratament 43 de pacienți cu angiomatoză hepatică, cu vârsta de la 42 până la 65 de ani, 35 femei, 8 bărbați. Heman-

gioame solitare au fost depistate la 32 de pacienți, multiple – la 11. După localizare: în lobul drept – 34 de cazuri, în lobul stâng – 9. Diametrul chisturilor a variat de la 5 până la 11 cm. Monitoringul de diagnostic a inclus: ultrasonografia abdominală cu Doppler-color, scintigrafia hepatică, TC abdominală și diagnostic general de laborator.

## Rezultate

Tabloul clinic al angiomatozei a fost direct proporțional cu dimensiunile tumorii, localizarea ei, prezența și numărul complicațiilor. 15 pacienți au fost internați cu tablou clinic bine exprimat. Acuzele de bază: dureri surde în regiunea subbordului costal drept, senzație de plenitudine cu distensie, disconfort abdominal. Îngălbenirea tegumentelor la momentul internării a fost prezentă la 7 bolnavi. Asimetria abdominală a fost depistată la 5 pacienți cu angiomatoză multiplă. La investigația de laborator, hiperbilirubinemia se atesta la 7 pacienți, valorile bilirubinei nu depășeau 80 mmol/l. Creșterea fermeților hepatici s-a determinat în 11 cazuri, micșorarea protrombinei și fibrinogenului – în 5 cazuri.

Dintre investigațiile instrumentale, inițial s-a efectuat ultrasonografia abdominală. Criterii de bază la stabilirea diagnosticului au fost: forma tumorii, caracterul conturului, dimensiunile și structura. Semne caracteristice pentru hemangiom au fost: contur neregulat, lipsa vascularizației, semnul diluării tumorale în centrul ei. Ultrasonografia abdominală în hemangioame de dimensiuni mari a avut rezultate variabile și a fost completată cu ecografia Doppler-color pentru aprecierea structurilor vasculare intra- și peritumorale. Cu ajutorul ultrasonografiei abdominale diagnosticul a fost stabilit la 28 de pacienți.

Ultrasonografia a fost obligatorie, dar nu definitivă în planul de investigații. La 15 pacienți la care diagnosticul ultrasonografic a fost incert, s-a folosit tomografia computerizată abdominală. În decursul ultimilor 10 ani, a apărut posibilitatea efectuării acestei investigații în regimul accesoriu bulus, care a mărit informativitatea până la 90%. Semne caracteristice au fost claritatea conturilor, prezența „flăcărilor” la periferia formațiunilor și sectorul de hialinoză în centru. Tomografia computerizată a oferit informații importante despre topografia vaselor megestrale și căilor biliare adiacente. Scintigrafia hepatică a fost efectuată la un număr limitat de pacienți (7 cazuri cu angiomatoză multiplă), pentru aprecierea volumului parenchimului funcțional.

Tactica de tratament chirurgical a fost individualizată, cu evaluarea topografiei tumorale, a vârstei și patologieilor concomitente. Rezecția de ficat nu a fost primordială, scopul principal fiind păstrarea maximală a parenchimului hepatic funcțional. Au fost

operații 13 pacienți, dintre care 3 cu hemangioame multiple, 10 cu hemangioame unice.

Au fost efectuate următoarele tipuri de intervenții chirurgicale:

- rezecția atipică de ficat – 4,
- enuclearea hemangiomului – 6,
- alcoolizarea tumorii – 1,
- omentohepatopexia – 2.

Rezecția atipică de ficat a fost indicată în cazurile localizării câtorva hemangioame în diferite segmente învecinate; enuclearea – în localizarea marginală supcapsulară; omentopexia – la 2 pacienți cu hemangioame multiple de dimensiuni mari și imposibilitatea efectuării intervenției chirurgicale radicale. Alcoolizarea a fost aplicată la 1 bolnav cu hemangioame multiple de dimensiuni medii.

În perioada postoperatorie timpurie, la 2 pacienți s-au format fistule biliare externe cu biliragie, care s-au închis de sine statator în decurs de 10 zile. Durata medie de spitalizare a constituit 12 zile. Examenul histologic a constituit diagnosticul final. Tratamentul conservativ a constat într-un regim corect de viață, cu limitarea efortului fizic, a procedurilor termale; medicație hormonală, administrarea profilactică a hepatoprotectoarelor. Bolnavilor li se recomandă control dinamic ultrasonografic de 2 ori pe an.

## Concluzii

Diagnosticul complex al hemangioamelor se efectuează în următoarea ordine: examen obiectiv, ultrasonografie, ecografie Doppler-color, tomografie computerizată a cavității abdominale.

Tactica de tratament chirurgical este justificată la pacienți cu localizarea periferică a hemangioamelor, în cazul dimensiunilor lor mari, când este pericolul eruperii cu hemoragii profuze.

Enuclearea hemangioamelor, ca intervenție organomenajantă, este o operație cu pierderi sangvine minimale și constituie metoda optimă de tratament chirurgical.

Pacienții cu angiomatoză care nu necesită tratament chirurgical urmează a fi supuși investigațiilor de dispensar o dată pe an, cu un curs de tratament profilactic.

## Bibliografie

1. Гальперин Э.И. *Диагностика и лечение кавернозных гемангиом печени*. В: Хирургия, 1984, с. 61-64.
2. Завенян З.С. *Тактические подходы к хирургическому лечению очаговых заболеваний печени*. В: Хирургия, 2004, с. 54-58.
3. Котляров П.М. *Возможности УЗ диагностики в определении природы объёмного поражения печени*. В: Медицинская радиология, 1990, с. 14-17.
4. Рудаков В.А. *Хирургическая тактика при гемангиомах печени в зависимости от локализации и объёма поражения*. В: Анналы хирургической гепатологии, 1996, т. 1, с. 246-247.
5. Чардаров Н.К., Ганиев Ф.А., Багмет Н.И. *Гемангиомы печени: хирургический взгляд. Обзор литературы*. В: Анналы хирург. гепатологии., 2012, т. 17, № 1, с. 86-93.
6. Bruneton I.N. *Ultrasonography of hepatic cavernous haemangiomas*. In: Brit. J. Radiol., 1983, vol. 56, p. 791-795.
7. Freeny P.C., Vimont T. R. *Cavernous hemangioma of the liver – ultrasonography, arteriography and computed tomography*. In: Radiology, 1979, vol. 132, p. 143-148.
8. Tafagi H. *Diagnosis and management of cavernous hemangioma of the liver*. In: Semin. Surg. Onco, 1985, vol. 26, № 2, p. 12-22
9. Trastek V.F., Van Heerden I.A. *Cavernous hemangioma of the liver: resect or observe?* In: Amer. J. Surg., 1983, vol. 145, № 1, p. 49-53.

**Sergiu Pisarencu**, dr. med, cercetător științific superior

Catedra Chirurgie nr. 2, LCȘ Hepatochirurgie,  
USMF „Nicolae Testemițanu”  
Chișinău, str. Aleco Russo 11,  
mob. 079452403

## NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE: BLAME THE GUT MICROBIOTA – THE ORIGINAL PATHOGENETIC MECHANISMS?

**Angela PELTEC**,

Department of Internal Medicine,  
Gastroenterology and Hepatology  
University of Medicine and Pharmacy  
“Nicolae Testemitanu”, Chisinau, Republic of Moldova

### Summary

*In the past decade, a growing body of research functionally links the intestinal microbiota with the development of steatosis and with the progression to NASH. The composition of the microbiota directly influences calorie extraction, body fat composition, and body weight. Microbiota dysbiosis can promote NASH both by decreasing choline levels and increasing toxic methylamines. Bile acids may be further crucial factors linking gut microbiome composition, dysmetabolism and liver damage in NAFLD. Intestinal microflora produces a number of potentially hepatotoxic compounds such as ethanol, phenols, ammonia, which generate of reactive oxygen species and consequently liver inflammation.*

**Keywords:** non-alcoholic fatty liver disease, gut microbiota, gut-liver axis.

### Резюме

*Неалкогольная жировая болезнь печени: причастна ли кишечная микрофлора – оригинальные патогенетические механизмы?*