

Compared to Humans. In: *Environmental Science and Technology*. 2019. Vol. 53, nr. 4, pp. 2151–2160. DOI 10.1021/ACS.EST.8B06246/SUPPL_FILE/ES8B06246_SI_001.PDF. ISSN:15205851

19. XU, S. et al. Effects of 2-ethylhexyl diphenyl phosphate exposure on the glucolipid metabolism and cardiac developmental toxicity in larval zebrafish based on transcriptomic analysis. In: *Comparative Biochemistry and Physiology Part C: Toxicology & Pharmacology*. 2023. Vol. 267, pp. 109578. DOI 10.1016/J.CBPC.2023.109578. ISSN:1532-0456

20. YUE, J. et al. Downregulation of miRNA-155–5p contributes to the adipogenic activity of 2-ethylhexyl diphenyl phosphate in 3T3-L1 preadipocytes. In: *Toxicology*. 2023. Vol. 487, pp. 153452. DOI 10.1016/J.TOX.2023.153452. ISSN:0300-483X

21. LI, D. et al. MiR-122–5p regulates the pathogenesis of childhood obesity by targeting CPEB1. In: *Obesity Research & Clinical Practice*. 2022. Vol. 16, nr. 3, pp. 206–213. DOI 10.1016/J.ORCP.2022.05.006. ISSN:1871-403X

22. JUIZ-VALIÑA, P. et al. MiR-19 Family Impairs Adipogenesis by the Downregulation of the PPAR γ Transcriptional Network. In: *International Journal of Molecular Sciences*. 2022. Vol. 23, nr. 24. DOI 10.3390/IJMS232415792. ISSN:14220067

23. SPREngle, N.T. et al. The miR-23–27–24 clusters drive lipid-associated macrophage proliferation in obese adipose tissue. In: *Cell reports*. 2023. Vol. 42, nr. 8, pp. 112928. DOI 10.1016/J.CELREP.2023.112928. ISSN:22111247

24. LIU, L. et al. MicroRNA-27a, downregulated in human obesity, exerts an antiapoptotic function in adipocytes. In: *Endocrine Journal*. 2023. Vol. 70, nr. 6, pp. 581–589. DOI 10.1507/ENDOCRJ.EJ22-0288. ISSN:0918-8959

25. TORRES, J.L. et al. PPAR- γ Gene Expression in Human Adipose Tissue Is Associated with Weight Loss After Sleeve Gastrectomy. In: *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2022. Vol. 26, nr. 2, pp. 286. DOI 10.1007/S11605-021-05216-6. ISSN:18734626

26. IACOMINO, G., SIANI, A. Role of microRNAs in obesity and obesity-related diseases. In: *Genes & Nutrition* 2017 12:1. 2017. Vol. 12, nr. 1, pp. 1–16. ISSN:1865-3499

Numele, prenumele: Bairamculov Azamat; Poziția, instituția: student anul VI, USMF „Nicolae Testemițanu”, tel.: +37368087962, e-mail: azamat.bairamculov1@gmail.com

CZU: 616.366-003.7-06-07-089

METODELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN SINDROMUL MIRIZZI

CUCU IVAN^{1,2}, HOTINEANU ADRIAN^{1,2}, FERDOHLEB ALEXANDRU^{1,2}, PÎRVU VICTOR^{1,2}, COTONEȚ ION^{1,2}

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, ² IMSP SCR „Timofei Moșneaga”, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat.

Introducere. Sindromul Mirizzi (SM) reprezintă una dintre cele mai nefavorabile complicații a litiazei biliare, morfologic tradusă prin compresia ductului hepatic comun sau coledoc de către calcul, cu formare de strictură la acest nivel sau o fistulă dintre colecist și căile biliare. **Scopul lucrării.** Optimizarea particularităților de diagnostic și tratament chirurgical în dependență de tipul sindromului Mirizzi. **Materiale și Metode.** Lotul total de cercetare a inclus 75 pacienți, tratați pe parcursul anilor 2000-2023 în clinica chirurgie Nr. 2, USMF „N. Testemițanu”. În 27 cazuri (36%) diagnosticul a fost stabilit preoperator, utilizând următoarele investigații: USG-75(100%) folosit în toate cazurile, ERCP-69(92%) cazuri, MRCP-18(24%) cazuri, CT cu contrast-12(16%) cazuri. Complexitatea majoră a constituit 48(64%) cazuri, unde constatarea SM a fost intraoperatorie. **Rezultate.** Tratamentul chirurgical a fost adaptat tipului de SM și a inclus efectuarea colecistectomiei și rezolvarea fistulei. Tip I-17(22,6%) pacienți, la care se apreciază o confluență dintre colecist și calea biliară principală (CBP), un început de formare a fistulei, în toate aceste cazuri s-a practicat doar colecistectomie. Tip II-28(37,3%) pacienți, defectul parietal al CBP a fost sub 1/3 din diametrul lor, s-a efectuat plastia defectului pe drenajul Kehr. Tip III-18(24%), defectul CBP a constituit 2/3 din diametru, dintre care în 12 cazuri (16%) s-a efectuat plastia CBP cu lambou vascularizat din vezicula biliară și drenarea CBP tip Robson, în alte 6 cazuri (8%) s-a efectuat hepaticojejuno-anastomoză pe ansa „Y” a la Roux. Tip IV-10(13,3%), defectul parietal a fost de peste 67% din diametrul CBP, s-a efectuat exclusiv hepaticojejuno-anastomoză pe ansa „Y” a la Roux. Tip V-2(2,6%) s-a efectuat drenarea CBP tip Kehr și suturarea fistulei enterice. **Concluzii.** Prevalarea tipului II de SM. Varietatea anatomică a SM necesită

aplicarea metodelor imagistice sofisticate, care permite creșterea ratei stabilirii diagnosticului preoperator. SM tip IV necesită obligatoriu intervenții chirurgicale cu elemente de reconstrucții biliodigestive. **Cuvinte-cheie:** Sindrom Mirizzi, diagnostic, tratament.

Summary.

METHODS OF DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT IN MIRIZZI SYNDROME

Introduction. Mirizzi syndrome (MS) represents one of the most unfavorable complications of gallstones, morphologically translated by the compression of the common hepatic duct or choledochus by the gallstone, with the formation of a stricture at this level or a fistula between the gallbladder and the bile ducts. **The aim of the research.** Optimizing the specifics of diagnosis and surgical treatment depending on the type of Mirizzi syndrome. **Materials and methods.** The total research batch included 75 patients, treated during the years 2000-2023 in the surgery department No. 2, USMF "N. Testemițanu". In 27 cases (36%) the diagnosis was established preoperatively, using the following investigations: USG-75(100%) used in all cases, ERCP-69(92%) cases, MRCP-18(24%) cases, CT with contrast -12 (16%) cases. The major complication constituted 48 (64%) cases, where the finding of MS was intraoperative. **Results.** Surgical treatment was adapted to the type of MS and included cholecystectomy and fistula resolution. Type I-17 (22.6%) patients, in which is appreciated a confluence between the gallbladder and the main bile duct (MBD), a beginning of fistula formation, in all these cases only cholecystectomy was performed. Type II-28(37.3%) patients, the parietal defect of MBD was below 1/3 of their diameter, plasty of the defect was performed on Kehr drainage. Type III-18 (24%), the MBD defect constituted 2/3 of the diameter, of which in 12 cases (16%) MBD plasty with a vascularized gallbladder flap and Robson-type drainage was performed, in another 6 cases (8%), anastomosis with bile duct and a loop of jejunum was performed on the Roux "Y" loop. Type IV-10 (13.3%), the parietal defect was over 67% of the CBP diameter, anastomosis with bile duct and a loop of jejunum was performed exclusively on the Roux "Y" loop. Type V-2 (2.6%) Kehr-type CBP drainage and enteric fistula suturing were performed. **Conclusions.** Prevalence of type II MS. The anatomical variety of MS requires the application of sophisticated imaging methods, which allows increasing the rate of preoperative diagnosis. MS type IV necessarily requires surgical interventions

with elements of biliodigestive reconstructions. **Key words:** Mirizzi syndrome, diagnosis, treatment.

Резюме.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЦЦИ. Введение. Синдром

Мирицци (СМ) представляет собой одно из наиболее неблагоприятных осложнений желчнокаменной болезни, морфологически выражающееся сдавлением общего печеночного протока или холедоха конкрементами с образованием на этом уровне стриктуры или свища между холецистой и желчными протоками.

Цель исследования. Оптимизация особенностей диагностики и хирургического лечения в зависимости от типа синдрома Мирицци.

Материалы и методы. В общую партию исследования вошли 75 пациентов, проходивших лечение в 2000-2023 годах в хирургической клинике №1. 2, УСМФ «Н. Тестемицану». В 27 случаях (36%) диагноз был установлен до операции с помощью следующих исследований: во всех случаях использовано УЗИ-75 (100%), во всех случаях ЭРХПГ-69 (92%), МРТ-18 (24%), КТ с контрастность - в 12 (16%) случаях. Основное осложнение составило 48 (64%) случаев, при этом обнаружение СМ было интраоперационным.

Результаты. Хирургическое лечение было адаптировано к типу МС и включало холецистэктомия и разрешение свища. Больным I типа - 17 (22,6%), у которых отмечается впадение желчного пузыря в общий желчный проток (ОЖП), начало формирования свища, во всех этих случаях выполнена только холецистэктомия. II тип - 28 (37,3%) больных, пристеночный дефект ОЖП составлял менее 1/3 их диаметра, пластика дефекта произведена по дренажу Кера. Тип III-18 (24%), дефект ОЖП составлял 2/3 диаметра, из них в 12 случаях (16%) выполнена пластика ОЖП васкуляризированным лоскутом желчного пузыря и дренированием ОЖП по Робсону, еще в 6 случаях (В 8%) выполнен гепатикоюноанастомоз по Y-петле Ру. Тип IV-10 (13,3%), парietальный дефект более 67% диаметра ОЖП, гепатикоюноанастомоз наложен исключительно на петлю Ру «Y». Выполнено дренирование ОЖП по Керу типа V-2 (2,6%) и ушивание кишечных свищей. **Выводы.** Распространенность синдром Мирицци II типа. Анатомическое разнообразие синдром Мирицци требует применения сложных методов диагностики, что позволяет повысить коэффициент предоперационной диагностики.

Синдром Мирizzi IV тип обязательно требует хирургических вмешательств с элементами билиодигестивных реконструкций. **Ключевые слова:** Синдром Мирizzi, диагностика, лечение.

Introducere. Afectarea globală a litiazei biliare reprezintă 10-20% din populația adultă, având o repartizarea conform zonelor geografice de 15% America, Europa 5,9-21,9%, Asia 4-15%, China 3-11% [1]. Studiile ne raportează că 72% din pacienții cu litiază biliară prezintă simptome manifestate prin colică biliară sau complicații cum sunt: inflamația, obstrucția căilor biliare, perforații, fistule colecisto-biliare, colecisto-enterice, ileusul biliar [2]. Una din cele mai nefavorabile complicații a litiazei biliare este sindromul Mirizzi (SM), această entitate reprezintă o complicație tardivă și rar întâlnită în evoluția litiazei biliare, morfologic tradusă prin compresia hepato-coledocului cu formare de strictură la acest nivel sau fistulă colecisto-biliară, în unele cazuri avansate se poate asocia și cu fistulă enterică. Actulmente SM prezintă interes în chirurgia biliară din cauza simptomelor și clinicii nespecifice, deasemenea această patologie este rar întâlnită, astfel fiind dificilă aprecierea diagnosticului preoperator și determinarea tacticii de tratament [3]. Prevalența SM este de aproximativ 5,7% la nivel global, cu predominare genului feminin, acestea având valori cuprinse între 55,6-77%. În Europa SM este raportat la o valoare de 0,5%, în Asia și America incidența SM reprezintă 4,7-5,7% [4]. Conform unelor studiilor (Cuis 2012) prevalența SM a fost de 0,66% din 29,875 pacienți supuși colecistectomiei pentru litiază biliară.






Kehr și Ruge au fost primii care au descris această afecțiune la începutul anilor 1900, deși termenul de „Sindrom Mirizzi” nu a fost adoptat până la apariția lucrărilor efectuate de Pablo Luis Mirizzi în 1948 [5]. Conform evoluției trăsăturilor fiziopatologice, sindromul Mirizzi poate fi clasificat în mai multe tipuri determinându-se astfel 5 tipuri (tab. 1) [6].

Colica biliară, icterul, și febra sunt cele mai frecvente manifestări clinice în SM. Cel mai des pacienții descriu o anamneză de mai mulți ani, de dureri periodice la nivelul rebordului costal drept și icter tranzitoriu. Pacienții deasemenea pot prezenta colecistită acută, colangită sau pancreatită. Prezența icterului fără durere se prezintă în 40%, prezența icterului și a durerilor în 36%, prezența colangitei în 16%, și în 8% s-a raportat doar durerea [7]. În cazurile de suspexie a SM pentru diagnostic se folosește ultrasonografia (USG), colangiopancreatografia retrogradă (ERCP), rezonanța magnetică regim

colangiografic (MRCP), computer tomografia (CT). Tratamentul chirurgical este o provocare pentru chirurg din cauza procentului mic de stabilirea diagnosticului preoperator, deasemenea din cauza anatomiei defectuoase locale datorită inflamației îndelungate și procesului sclerozant, prezența fistulelor colecisto-biliare sau/și enterice [8].

În chirurgia contemporană SM rămâne a fi o încercare în stabilirea diagnosticului și tacticii de tratament. Prin urmare, este foarte important optimizarea și stabilirea unui management bine definit în SM cu implementarea noilor standarde. În mod

Tabelul 1. Clasificarea sindromului Mirizzi (Csendes 2008).

Tip I 	Compresia externă a căii biliare principale (CBP)
Tip II 	Prezența fistulei colecisto-biliare ce ocupă <math><1/3</math> (33%) din diametrul CBP
Tip III 	Prezența fistulei colecisto-biliare ce ocupă 2/3(34-66%) din diametrul CBP
Tip IV 	Defect ce ocupă peste 67% din lumen sau formează o cavitate comună cu CBP
Tip V 	Oricare tip de SM cu prezența fistulei colecisto-enterice
Tip Va	Fără ileus biliar
Tip Vb	Prezența ileusului biliar

tradițional, laparotomia a fost tehnica cea mai des folosită [9]. Aceasta se datorează în mare parte siguranței sale relative în comparație cu tehnica laparoscopică care este asociată cu o rată de conversie mare (31–100%) și o incidență crescută a lezării căilor biliare, laparotomia are avantajul unei vizualizări și revizii mai bune, în ciuda naturii sale mult mai invazive, și a ratei de complicații ridicate precum și a recuperării postoperatorii mai îndelungate [10].

Abordarea laparoscopică prezintă multe avantaje, inclusiv recuperarea postoperatorie precoce cu un consum minim de resurse, prin urmare, experții recomandă limitarea abordării laparoscopice în gestionarea doar SM tip I, când inflamația și denaturarea anatomică nu este foarte severă[11]. Tehnica asistată robotică este metoda care în ultimii ani o serie de autori au subliniat importanța ei în tratamentul sindromului Mirizzi. În comparație cu laparoscopia, sistemele asistate de robot pot furniza o

vizualizare mult mai detaliată cu o cameră tridimensională și chirurgii pot efectua o manipulare cu o precizie mai înaltă a țesuturilor. Mai mult tehnica asistată robotic este sigură și oferă o precizie înaltă când e nevoie de a opera fistulele colecisto-coledociene prezente în SM. Când acesta este combinată cu tehnici endoscopice, rezultatele acestor tratamente pot fi și mai bune [12]. **Scopul cercetării.** Optimizarea particularităților de diagnostic și tratament chirurgical în dependență de tipul sindromului Mirizzi.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 75 pacienți diagnosticați cu sindromul Mirizzi, dintr-un eșantion de 18000 pacienți ce au prezentat litiază biliară, tratați pe parcursul anilor 2000-2023 în Clinica 2 Chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”. Intervalul de vârstă a cuprins limitele de la 35 până la 91 ani, repartizarea după gen fiind de 57(76%) femei și 18(24%) bărbați. Arsenalul instrumental utilizat a permis stabilirea diagnosticului preoperator în 27 cazuri (36%), metodele utilizate au fost: 1) ultrasonografia abdominală (USG), metoda de screening, folosită în toate 75 cazuri (100%) ca investigare de prima linie, deși această tehnică are o precizie de diagnostic scăzută a permis stabilire următoarelor criterii: prezența calculilor biliari sau prezența unui colecist sclero-atrofic, date despre pasajul biliar, semne de hipertensiune biliară, dilatarea căilor biliare intra și extrahepatice; 2) Colangiopancreatografie retrogradă endoscopică (ERCP), din totalul pacienților a fost folosită în 69 cazuri (92%), este considerat un standard de aur în diagnosticul SM. Prin această tehnică a fost posibilă vizualizarea canalelor biliare extra-hepatice și determinarea nivelului compresiei extrinseci de către calcul a CBP și dilatarea proximală de nivelul compresiei. A fost posibilă aprecierea cu exactitate prezența și localizarea fistulei. Alte avantaje au fost decompresia arborelui biliar prin papilosfincterotomie și stentare sau drenajul nazo-biliar (DNB); 3) Rezonanță magnetică nucleară regim colangiografic (MRCP), metoda a fost utilizată în 18 cazuri (24%), fiind o tehnică imagistică neinvazivă, elementele imagistice apreciate au fost: dilatarea căilor biliare, gradul de obstrucție, localizarea intra sau extra-luminală a calculilor biliari, evaluarea gradului de inflamație în jurul veziculei biliare, de asemenea, s-a apreciat orice îngustare extrinsecă a ductului biliar comun, precum și fistulele sau identificarea variantelor anatomice la nivelul arborelui biliar; 4) Tomografia computerizată cu contrast (CT), folosită în 12 cazuri (16%) fiind

eficientă în detectarea cauzei și localizarea obstrucției biliare, a fost util în diferențierea portalului hepatic sau a infiltrărilor hepatice de tumori, distingerea sindromului Mirizzi de un neoplasm, astfel putând efectua un diagnostic diferențial.

Rezultate obținute. Tratamentul chirurgical este metoda electivă în tratamentul sindromului Mirizzi. În toate cazurile s-a practicat colecistectomie și rezolvarea fistulei colecisto-biliare, ajustate în strictă dependență de tipul SM. Tip I de SM a fost atestat în 17 cazuri (22,6%), în toate cazurile a fost efectuată colecistectomia, dintre care în 10 cazuri (13,3%) s-a efectuat colecistectomia laparoscopică. SM tip II a fost constatat în 28 cazuri (37,3%), s-a practicat colecistectomia subtotală cu plastia defectului CBP pe drenajul Kehr. Tip III de SM apreciat în 18 cazuri (24%), dintre care în 12 cazuri (16%) s-a efectuat plastia CBP cu lambou vascularizat din vezicula biliară și drenarea CBP tip Robson, în alte 6 cazuri (8%) cazuri s-a efectuat hepaticojejuno-anastomoză pe ansa „Y” a la Roux. Tip IV de SM a fost prezent în 10 cazuri (13,3%), s-a efectuat exclusiv hepaticojejunoanastomoză pe ansa „Y” a la Roux. Tip V, 2 cazuri (2,6%), într-un caz complicat cu ileus biliar Vb, în alt caz fără ileus Va, s-a efectuat drenarea CBP tip Kehr și suturarea fistulei enterice.

Complicații intraoperatorii atestate au fost: lezarea coledocului intraoperator în 7 cazuri (9,4%), din cauza procesului inflamator și sclerozant local, dintre care 3 cazuri (4,05%) în tip II SM, 3 cazuri (4,05%) în tip III SM, 1 caz (1,3%) în tip IV SM, operațiile s-au finisat cu drenarea și suturarea defectului coledocian. Complicații postoperatorii precoce s-au manifestat prin: peritonită biliară din cauza cedării suturilor aplicate la nivelul căilor biliare sau la nivelul drenului biliar atestat în 5 cazuri (6,7%), în 3 cazuri (4,05%) a fost redrenat calea biliară, în 2 cazuri (2,7%) s-a aplicat hepatico-jejuno anastomoză pe ansa „Y” a la Roux. Complicații tardive apreciate au fost: strictură la nivelul căilor biliare cu dezvoltarea blocului distal în 12 cazuri (16,2%), în 2 cazuri (2,7%) s-a efectuat CPGRE cu stentarea căii biliare principale, în 10 cazuri (13,5%) s-a aplicat hepatico-jejuno anastomoză pe ansa „Y” a la Roux.

Discuții. În prezent SM rămâne a fi o încercare pentru chirurgia biliară, în pofida faptului că există numeroase metode de tratament mai mult sau mai puțin efective. Actualmente, tot mai mulți specialiști în domeniu optează pentru metode mai puțin invazive, care sunt mai puțin dureroase, micșorează timpul de spitalizare a pacientului, induce o recuperare postoperatorie rapidă. În pofida metodelor

contemporane de diagnostic, complexitatea majoră a fost atestată în 48 cazuri (64%), unde constatarea sindromului Mirizzi a fost intraoperatorie. **Concluzii.** Varietatea anatomică a sindromului Mirizzi necesită aplicarea metodelor imagistice sofisticate, care permite creșterea ratei stabilirii diagnosticului preoperator. Metodele electiv pentru diagnosticul fistulelor colecisto-biliare a fost colangiopancreatografia retrogradă edoscopică (CPGRE) și rezonanța magnetică regim colangiografic (MRCP) oferind un procent înalt de sensibilitate și garanție în diagnosticul preoperator. A fost stabilit prevalența tipului II de sindrom Mirizzi. Obiectivele tratamentului chirurgical au fost adoptarea particularităților cazurilor, în funcție de topografia fistulei și complicațiile asociate. Sindromul Mirizzi tip IV necesită obligatoriu intervenții chirurgicale cu elemente de reconstrucții biliodigestive.

Bibliografie

1. Siregar RD, Muhar AM, Pohan DP. The role of cholelithiasis risk factors in stone types in cholelithiasis patients at Universitas Sumatera Utara Hospitals. *Bali Med J.* 2021; 1(10): 63-5.
2. Qiao T, Ma RH, Luo XB, Yang LQ, Luo ZL, et al. The systematic classification of gallbladder stones. *PloS One.* 2013; 10(8): 1-11.
3. Pak M, Lindseth G. Risk factors for cholelithiasis. *Gastroenterol Nurs.* 2016; 4(39): 297-309.
4. Ahlawat SK, Singhanian R, Al-Kawas FH. Mirizzi syndrome. *Current treatment Options in Gastroenterology.* 2007; 10: 102-10.
5. Beltrán M.A., Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. *World J Gastroenterol* 2012;18:4639-50. 10.3748/wjg.v18.i34.4639.
6. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg.* 2008;32:2237–2243.
7. Chen H, Siwo EA, Khu M, Tian Y. Current trends in the management of Mirizzi syndrome A review of literature. *Medicine.* 2018; 97(4): 1-7.
8. Zhao J, Fan Y, Wu S. Safety and feasibility of laparoscopic approaches for the management of Mirizzi syndrome: a systematic review. *Surgical Endoscopy.* 2020: 1-10.
9. Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В., Майзельс Е.Н. Выбор оптимального метода лечения больных с синдромом Мириizzi //Журнал Вестник РУДН. – Москва. – 2010. – С. 130 – 132.

10. Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Крамаренко К.А., Захарчук А.П. Возможности лапароскопического хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi// “Вісник Вінницького національного медичного університету” 2016, No1, Ч.2 (Т.20).

11. Kumar A, Senthil G, Prakash A, et al. Mirizzi's syndrome: lessons learnt from 169 patients at a single center. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2016;20:17–22.

12. Tung KL, Tang CN, Lai EC, et al. Robot-assisted laparoscopic approach of management for Mirizzi syndrome. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2013;23:e17–21.

Numele, prenumele; Cucu Ivan, Poziția, instituția; cercetător științific, doctorand. tel.: 068251900, e-mail: ivan.cucu@usmf.md

CZU: 616.36-089.843:614.2(478)

POVARA GLOBALĂ A BOLILOR HEPATICE ȘI COMPARAȚIA DIFERITOR SCORURI PROGNOSTICE DE PE LISTA DE AȘTEPTARE PENTRU TRANSPLANT DE FICAT.

PÎRVU VICTOR³, HOTINEANU ADRIAN³, FERDOHLEB ALEXANDRU³, TARAN NATALIA², BUGA DIANA¹, CUCU ION³, COTONEȚ ION³, PELTEC ANGELA¹

¹Departamentul Medicină Internă, Disciplina de gastroenterologie, ²Laboratorul de Gastroenterologie, ³Disciplina chirurgie nr.II

Rezumat. Introducere. Politica de alocare a transplantului de ficat au suferit o evoluție semnificativă în ultimii ani, dezvoltarea și implimentarea de noi scoruri prognostice pe lista de așteptare se evaluează pentru a reduce decesele și de a optimiza rezultatele. Înțelegerea schimbărilor cheie în politicile de alocare a transplantului este esențială pentru transplantul de ficat. Acest editorial își propune să revizuiască în mod concis evoluția modelului pentru scorul MELD și evoluția acestuia, fiindcă se referă la distribuția transplantului de ficat. **Scopul cercetării.** Aplicarea de noi scoruri prognostice la pacienții cu ciroză hepatică decompensată, pentru de a reduce decesele și de a optimiza rezultatele din lista de așteptare pentru transplant de ficat. **Materiale și metode:** În cadrul studiului transversal de cohortă am