

21. Duncan S. A., Navas M. A., Dufort D., Rossant J. and Stoffel M. (1998): Regulation of a transcription factor network required for differentiation and metabolism. *Science* 281, 692-5.
22. Kodama Y., Hijikata M., Kageyama R., Shimotohno K., and Chiba T. (2004): The role of notch signaling in the development of intrahepatic bile ducts. *Gastroenterology* 127, 1775-86.
23. Kostrubsky V. E., Ramachandran V. Venkataramanan R., Dorko K., Esplen J. E., Zhang S., Sinclair J. F., Wrighton S. A., and Strom S. C. (1999): The use of human hepatocyte cultures to study the induction of cytochrome P-450. *Drug Metab Dispos* 27, 887-94.
24. Lavon N., Yanuka O. and Benvenisty N. (2004). Differentiation and isolation of hepatic-like cells from human embryonic stem cells. *Differentiation* 72, 230-8.
25. Wells J. M, and Melton D. A. (1999): Vertebrate endoderm development. *Annu Rev Cell Dev Biol* 15, 393-410.
26. Zhang Q. Y., Dunbar D., and Kaminsky, L. S. (2003): Characterization of mouse small intestinal cytochrome P450 expression. *Drug Metab Dispos* 31, 1346-51.
27. <http://www.ms.gov.md/>
28. Maurizio Muraca1, Ginevra Galbiati, Maria Teresa Vilei, Aline Sueli Coelho Fabricio, Maddalena Caruso. The future of stem cells in liver diseases. *Annals of Hepatology* 2006; 5(2), 68-76.
29. Soto Gutierrez A., Basma H. etc. Differentiating Stem Cells into Liver. *Biotechnology and Genetic Engineering Reviews* - Vol. 25, 149-164 (2008)
30. Cantz T., Manns M. P & Ott M. Stem cells in liver regeneration and therapy. *Cell Tissue Res* (2008) 331:271–282

CĂILE DE ÎMBUNĂȚĂȚIRE A REZULTATELOR TRATAMENTULUI CHISTURILOR HIDATICE SUPURATE A FICATULUI

Galina Pavliuc, Liviu Andon, Maria Danu, Vladimir Cereș, Oleg Crudu, Vasiliu Ceauș
Catedra Chirurgie nr.2 USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Ways to improve treatment outcomes in suppurated liver echinococcus

We analyzed the treatment outcomes in 63 patients with suppurated liver echinococcus and concluded that intraparenchymal cysts suppurate more often due to compression and communication with the bile ducts. The medication adjustment must be done before surgery. The volume of surgery must be appreciated during the operation in dependence of localization of the cyst and patients condition. We recommend application of the immunotention of the liver parenchyma with the mononuclear cells to ameliorate the reparative properties.

Rezumat

Noi am analizat rezultatele tratamentului a 63 de bolnavi cu echinococoza supurată a ficatului și am ajuns la concluzie că mai des supurează chisturile intraparenchimotoase din cauza compresiei și comunicării cu ducturile biliare. Înainte de operație trebuie de efectuat corecția medicamentoasă. Volumul operație trebuie de apreciat intraoperator în dependență de localizarea chistului și stării pacientului. Noi recomandăm aplicarea imunostimulării parenchimului ficatului cu celulele mononucleare pentru ameliorarea proprietăților reparative.

Actualitate

Echinococoza, fiind o patologie regională pentru Moldova, este o problemă medicală serioasă. Deși stabilirea diagnosticului de echinococoza hepatică în prezent nu este dificilă, stadiile primare asimptomatice duc la adresarea tardivă a pacienților. Majoritatea operațiilor se efectuează când cea mai mare parte a parenchimului ficatului este înlocuită cu chist parazită și

în stadiul de complicații deja dezvoltate în chist, cea mai frecventă fiind supurarea chistului, care după datele diferitor autori variază de la 27- 52% (2,3).

Prezența complicațiilor în chist deseori necesită corecție medicamentoasă pre și postoperatorie, complică efectuarea operației radicale, afectă rezultatele tratamentului postoperator (1,4). În condițiile date brusc crește riscul operator. Cauzele principale a rezultatelor nefavorabile sunt insuficiența hepatică, peritonita, hemoragiile și formarea fistulelor bilio-purulente externe (6,7).

Scopul

Analizarea cauzelor, care duc la dezvoltarea complicațiilor în chistul hidatic, cu elaborarea tacticii corecției medicamentoase, alegerea metodei optimale de intervenție chirurgicală și tratamentul pacienților în perioada postoperatorie.

Material și metode

În termen de 10 ani – 2001 – 2011 în clinica „Sfânta Treime” au fost operați 147 pacienți cu boala hidatică a ficatului în vârstă de la 18 până la 72 ani.

Chisturile hidatice complicate prin supurație au fost depistate la 63 (42%) bolnavi. Dimensiunile chisturilor au variat de la 5 până la 23 cm în diametru.

Examinare preoperatorie s-a bazat pe USG, TC, EFGDS, radiografia, testele imunologice, testele de laborator.

Analizând dacă testele imunologice (imunoelectroforeza, hemaglutinare directă) sunt informative, noi am depistat că la pacienții cu chisturile hidatice supurate în 6 (17%) cazuri din 35 testele imunologice erau fals negative.

Operațiile programate au fost efectuate la 52 (82,5%) pacienți, 11 (17,5%) pacienți au fost operați în mod urgent – 3 din cauza rupturii chistului supurat în cavitatea abdominală, 3 cu ruptura în ducturile biliare, 6 cu intoxicarea purulentă severă pe fon de starea septică.

Pacienții programați la necesitate au primit o medicație preoperatorie pentru corecția modificărilor metabolice, creșterea rezervelor energetice a parenchimului hepatic, tratarea hipoxiei tisulare, antibioticoterapia obligatorie și doze mici de hormoni.

Supurarea chistului hidatic cu dezvoltarea complicațiilor din partea parenchimului ficatului deseori nu dădea posibilitatea să efectuăm o operație radicală.

Gradul dereglării a stării funcționale a ficatului se determina pe baza testelor biochimice – bilirubinei, fermenților hepatici, fosfotazei alcaline, proteinei generale, timpului protrombinic. Gradul modificării a testelor biochimice care caracterizează funcția ficatului depinde direct de la dimensiunile chistului, localizarea lui și prezența complicațiilor. La bolnavii cu chisturi supurate diminuarea funcției de pigmentare s-a depistat la 14 (22,2%) pacienți, scăderea indicelui de protrombină la 8 (12,6%), mărirea activității fibrinolitice a ficatului – la 4 (6,3%), mărirea fermenților hepatici – ALT, AST – la 18 (28,6%), limfocitopenie – la 7 (11%) pacienți.

Toate acestea dereglări mențineau un fon favorabil pentru apariția complicațiilor în perioada postoperatorie.

Sarcina principală în timpul operației era reducerea până la minimum momentele perturbatoare pentru parenchimul hepatic. În timpul reviziei intraoperatorii noi am constatat că cele mai mari în dimensiuni erau chisturile cu localizarea marginală, din cauza că nu era rezistența creșterii, chisturile date se supurau mai rar. Chisturile intrahepatice se supurau mai des, aproximativ la 60% din pacienți. Cu creșterea și apariția rezistenței din partea parenchimului hepatic supurarea se combina cu scurgerea de bilă în cavitatea chistului datorită modificării circulației de sânge și schimbărilor trofice în peretele capsulei fibroase. La sechestrarea ei se deschid ducturile biliare, care tot duc la supurarea conținutului chistic.

La bolnavii cu chisturile hidatice supurate au fost efectuate următoarele intervenții chirurgicale:

1. Echinococctomia deschisă cu rezecția parțială a capsulei fibroase și drenarea externă – 21.

2. Echinococctomia cu rezecția parțială a capsulei fibroase, omentoplastia și drenarea – 30.
3. Rezecția atipică a ficatului - 4.
4. Rezecția anatomică a ficatului – 1.
5. Perichistectomia – 7.

Omentoplastia era mai preferabilă în legătură cu proprietățile hemostatice și de drenaj a omentului, rezistența lui la infecție. Pentru ridicarea eficacității de etanșare la 12 pacienți s-a folosit clei fibrinic necomercial. Căile biliare deschise s-au suturat cu un fir atraumatic. În 2 cazuri, când căile biliare de diametru mare se deschideau în lumenul capsulei fibroase, intraoperator s-a aplicat microcolecistostoma de descărcare, la 9 pacienți cu scurgere de bilă după operație mai mult de 200 ml pe zi s-a efectuat papilosfincterotomia postoperatorie. În ultimii 5 ani la 15 bolnavi pentru reducerea numărului complicațiilor în perioada postoperatorie și accelerarea proceselor de obliterare a cavității fibroase a fost efectuată imunostimularea parenchimului ficatului lângă capsula fibroasă cu celulele mononucleare.

La pacienții cu capsula fibroasă groasă, când avea loc calcificarea parțială pentru diminuarea rigidității cavității fibroase au fost efectuate crestări la capsula fibroasă. În perioada postoperatorie tratamentul a avut drept scop profilaxia hipoxiei hepatice și corecția modificărilor metabolice.

17 pacienți au avut complicații postoperatorii: scurgerea de bilă - 9, supurarea cavității reziduale fibroase - 6, peritonita - 2. Mai des complicațiile apăreau la pacienții cu drenarea cavității restante. La 12 pacienți complicațiile s-au rezolvat prin calea conservativă. 5 pacienți au fost reoperați. A decedat 1 pacient pe fon de insuficiență hepato-renală cu peritonită postoperatorie.

Concluzii

Chisturile hepatice supurate complică efectuarea operațiilor radicale, afectând rezultatele intervenției chirurgicale și contribuie dezvoltarea complicațiilor în perioada postoperatorie.

Pentru ameliorarea rezultatelor tratamentului operator noi recomandăm efectuarea corecției modificărilor metabolice 5-7 zile până la operație, continuând-o și în perioada postoperatorie.

Volumul intervenției chirurgicale trebuie de ales individual în fiecare caz, luând în considerație starea pacientului.

Bibliografie

1. Н.М.Даминова, К.М.Курбанов Диагностика и профилактика скрытой печёночной недостаточности больных эхинококкозом печени. «Хирургия» журнал им. Пирогова. 2007, 3. 26-29.
2. X.C.Касымов, К.М. Курбанов Дренирование магистральных жёлчных протоков при их эхинококковой обструкции. Анналы хирургической гепатологии. 2006, том 11, №3, с. 206-207.
3. Османов А.О. Осложнённый эхинококкоз печени (клиника, диагностика, хирургическое лечение) автореферат диссертации доктора мед. наук. Москва, 1997.
4. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С. Самохвалов А.В. эволюция методов хирургического лечения эхинококка печени. Хирургия, 2004, 7: 49-55.
5. Dziri C., Haoner K., Zaouche A. Comment traiter un kyste hidatique du foie non complique? Ann. Chir. 2005, 130 : 249-251.
6. Bektas H., Lehner F., Werner U. Surgical therapy of cystic echinococcosis of the liver. Zentraell Chir. 2001, May; 126(5): 369-73.
7. Zaouche A., Haouet K., Jouini M. Management of liver hydatid cysts with a large biliocystic fistula : multicentre retrospective study. World J. Surg. 2001. Jan., 25(1): 28-29.
8. Secchi M.A., Pettinari R., Mercapide C. Surgical management of liver hydatidosis: a multicentre series of 1412 patients. Liver Jnt. 2010. Jan. 30(1): 85-93. Epub. 2009, Sep. 11.