

## INSUFICIENȚA HEPATICĂ POSTREZEȚIONALĂ: REALIZĂRI ȘI DIFICULTĂȚI

TUPIKIN KA, KOVALENKO IA, VISHNEVSKII VA

Institutul de chirurgie ”A.V.Vishnevskii”, Moscova, Rusia

**Introducere:** Problema insuficienței hepatice postrezeționale (IHPR) rămîne a fi în prezent una destul de actuală. Frecvența IHPR nu este în descreștere, oscilînd în limitele 0,7-0,9%. În același timp introducerea de noi tehnologii în domeniul diagnosticării IHPR poate îmbunătăți rezultatele tratamentului chirurgical al pacienților cu tumori hepatice.

**Scopul:** Studiarea posibilităților de diagnostic precoce și tratament a IHPR la pacienții care au suportat intervenții chirurgicale majore hepatice.

**Material și metode:** Timp de 5 ani au fost efectuate 204 rezeții hepatice majore. Pe motivul afectării hepatice secundare au fost operați 101 (49,6%) pacienți, dintre care 75 (36,8%) pacienți cu metastaze de cancer colorectal; tumori hepatice primare – 54 (26,4%) pacienți, dintre care 25 (12,3%) – carcinom hepatocelular, 20 (9,8%) – colangiocarcinom, 49 (24%) – tumori benigne și afecțiuni non-tumorale hepatice. Structura operațiilor efectuate: hemihepatectomia sfîngă – 42 (20%), hemihepatectomia dreaptă – 68 (33,3%), hemihepatectomia sfîngă extinsă – 27 (13,3%), hemihepatectomia dreaptă extinsă – 44 (21,5%), rezeția ≥3 segmente hepatice – 19 (16,3%). În perioada postoperatorie au fost estimați indicatorii insuficienței hepatice în baza datelor clinice, scăderea nivelului de albumină <28 g/l, creșterea bilirubinei >50 μmol/l, scăderea indicelui protrombinei (IP) <50%, creșterea INR peste 2,0 în 1-3-a, 7-9-a și a 5-a zi postoperatorie (criteriul 50/50). Pentru aprecierea gradului de IHPR s-a utilizat clasificarea ISGLS.

**Rezultate:** Majoritatea pacienților operați au prezentat la 1-3-a zi postoperatorie scăderea nivelului de albumină și IP, creșterea bilirubinei și INR. În același timp, schimbări simultane semnificative ale acestor parametri au fost observate la 64 (31,4%) pacienți. Aceste modificări s-au rezolvat în urma tratamentului conservativ în termen de 4-8 zile, astfel încît nu au putut fi considerate IHPR. La ziua a 5-a aceste modificări erau observate la 48 (23,5%) pacienți. Valorile numerice ale parametrilor estimați au fost în limitele: albumina – 17-34 (media 29) g/l, INR – 1,4-3,8 (media 2,5), bilirubina totală – 22-99 (media 49) μmol/l. La 31 (15,2%) pacienți semnele IHPR au cedat în urma terapiei standard, ce a fost interpretat ca clasa A de insuficiență hepatică după ISGLS. IHPR clinic semnificativă s-a observat la 17 (8,3%) pacienți, dintre care 11 (5,4%) – clasa B și 6 (2,9%) – clasa C după ISGLS. Cu toate acestea criteriul 50/50 a fost pozitiv doar la 12 (5,9%) pacienți. Pe fundalul progresării IHPR au decedat 8 (4,1%) pacienți, dintre care 3 (1,5%) cu criteriul 50/50 negativ.

**Concluzii:** În pofida ameliorării rezultatelor tratamentului chirurgical al tumorilor hepatice, o problemă importantă rămîne a fi depistarea precoce și profilaxia apariției IHPR. Perfecționarea metodelor de diagnostic precoce și prognostic al dezvoltării IHPR la etapa preoperatorie va permite nu doar scăderea letalității, dar va spori deasemenea posibilitățile chirurgiei hepatice.

### POST-HEPATECTOMY LIVER FAILURE – ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES

**Introduction:** The issue of posthepatectomy liver failure (PHLF) continues to be very actual. The frequency of the PHLF does not tend to decrease, and varies between 0.7-9.1%. However, the introduction of new technologies in the field of diagnosis of PHLF can improve the results of surgical treatment of patients with liver tumors.

**Aim of study:** To study the possibilities of early diagnosis and treatment of PHLF after major hepatic resection.

**Material and methods:** During 5 years were performed 204 major hepatic resections. 101 (49.6%) patients had secondary hepatic injury – 75 (36.8%) patients with metastases of colorectal cancer; 54 (26.4%) patients had primary liver tumors, including 25 (12.3%) – hepatocellular carcinoma, 20 (9.8%) – cholangiocarcinoma, 49 (24%) – benign tumors and non-tumoral liver diseases. Surgical interventions: left hepatectomy – 42 (20%), right hepatectomy – 68 (33.3%), extended left hepatectomy – 27 (13.3%), extended right hepatectomy – 44 (21.5%), resection of ≥3 segments of liver – 19 (16.3%). In postoperative period, the signs of PHLF were evaluated on clinical data, reduced albumin below 28 g/L, elevated bilirubin levels higher than 50 μmol/l, lower prothrombin index (PTI) below 50%, increasing of INR above 2 at the 1-3 and 7-9-th and 5-th postoperative day (criterion 50/50). To assess the degree of liver failure the ISGLS classification was used.

**Results:** At 1-3 postoperative days most surgical patients presented the decreased levels of albumin and IP, increased bilirubin and INR levels. At the same time, significant simultaneous changes in these parameters were seen in 64 (31.4%) patients. These changes were solved by conservative treatment within 4-8 days, so they could not be considered as PHLF. At the 5-th day, these changes were seen in 48 (23.5%) patients. The numerical values of the estimated parameters ranged: albumin – 17-34 (average 29) g/L, INR – 1.4-3.8 (average 2.5), total bilirubin – 22-99 (average 49) μmol/L. In 31 (15.2%) cases the signs of PHLF were solved by standard therapy, which was interpreted as a Class A liver failure (ISGLS). Clinically significant PHLF occurred in 17 (8.3%) patients, including 11 (5.4%) – class B and 6 (2.9%) – class C (ISGLS). However, only 12 (5.9%) patients had positive 50/50 criterion. IHPR progression led to the death in 8 (4.1%) cases, of which 3 (1.5%) with negative 50/50 criterion.

**Conclusions:** Despite the amelioration of the surgical treatment of liver tumors, an important problem remains early detection and prevention of the PHLF occurrence. Improved methods of early diagnosis and prediction of PHLF development in preoperative stage will not only reduce mortality, but will also enhance them opportunities of liver surgery.

### REINTERVENȚIILE CHIRURGICALE ÎN PATOLOGIA JONȚIUNII ESOGASTRICE

UNGUREANU S, GLADUN N, ȘIPITCO N

Catedra chirurgie FECMF, USMF “Nicolae Testemițanu”; Secția chirurgie generală, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova