

## ABDOMEN MĂRIT ÎN VOLUM DE GENEZĂ NECLARĂ (PREZENTARE DE CAZ)

Elena CHIRVAS<sup>1</sup>, Gheorghe HAREA<sup>1</sup>,  
Liudmila TOFAN-SCUTARU<sup>2</sup>,

Maria COJUHARI<sup>3</sup>, Vera ONU<sup>2</sup>, Sergiu UNGUREANU<sup>4</sup>,

<sup>1</sup>Laboratorul Gastroenterologie, USMF „N. Testemițanu”;

<sup>2</sup>Departamentul Medicină Internă, disciplina  
Gastroenterologie, USMF „N. Testemițanu”;

<sup>3</sup>IMSP Spitalul Clinic Republican;

<sup>4</sup>Catedra Chirurgie, Facultatea de Educație Continuă în  
Medicină și Farmacie, USMF „N. Testemițanu”

### Summary

#### *Abdominal swelling with an unknown etiology (clinical case)*

*In clinical practice, hepatologist frequently encounter patients with abdominal swelling. Typically, this is caused by the accumulation of fluid in the abdomen, most frequently (> 80%) as a manifestation of decompensated cirrhosis. Still, there are other, extrahepatic diseases, occurring with abdominal swelling. Sometimes it's the giant ovarian cysts, and the process of diagnosis can be difficult. Instrumental non-invasive examination methods are not always sufficiently informative, and surgical methods may be needed (laparoscopy, laparotomy). The article presents a clinical case of a patient with abdominal swelling caused by a huge ovarian cyst with a breakthrough content in the abdominal cavity. The combined pathology, controversial clinical data have made the process of diagnosis quite difficult, and the final diagnosis was made only at laparotomy.*

**Keywords:** hepatic cirrhosis, tumor of pelvic organs, abdominal swelling.

### Резюме

#### *Патологическое увеличение объема живота неясного происхождения*

*В клинической практике врача-гепатолога достаточно часто встречаются больные с патологическим увеличением объема живота. Как правило, это вызвано накоплением жидкости в брюшной полости, чаще всего (>80% случаев) как проявление декомпенсированного цирроза печени. Все-таки встречаются и другие, внепеченочные заболевания, протекающие с патологическим увеличением объема живота. Иногда это кисты яичника огромных размеров, и процесс установления диагноза бывает достаточно сложным. Инструментальные неинвазивные методы обследования не всегда являются достаточно информативными и возникает необходимость в хирургическом вмешательстве (лапароскопия или лапаротомия). В статье представлен клинический случай больной с патологическим увеличением объема живота, вызванным огромной кистой яичника с прорывом содержимого в брюшной полости. Сочетанная патология, спорные клинические данные сделали процесс установления диагноза достаточно*

*трудным, а окончательный диагноз был поставлен только при лапаротомии.*

**Ключевые слова:** цирроз печени, опухоль органов малого таза, увеличение объема живота.

### Introducere

Prezentăm un caz clinic de mărire a abdomenului în volum de geneză neidentificată. Se descriu etapele evaluării de diagnostic a unei paciente cu chist ovarian gigant. Datele clinice și paraclinice controversate au făcut dificilă stabilirea diagnosticului. Mărirea patologică a abdomenului în volum a necesitat efectuarea diagnosticului diferențial cu un șir de maladii, una dintre ele fiind ciroza hepatică, deoarece mărirea abdomenului în volum este o manifestare frecventă a cirozei hepatice decompensate, simptomul fiind cauzat de acumularea lichidului liber în cavitatea abdominală. Conform datelor literaturii [*Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18 th Edition, 2012], în mai mult de 80% din cazuri cauza ascitei este ciroza hepatică. Totuși, uneori se întâlnesc și alte patologii, nehepatice, ce decurg cu mărire a abdomenului în volum. Uneori acestea pot fi chisturile ovariene gigante, iar investigațiile instrumentale nu tot timpul sunt de ajutor în stabilirea diagnosticului exact, fiind necesare examinări suplimentare, până la intervenție chirurgicală de diagnostic (laparoscopie sau laparotomie).

Pacienta M., cu vârsta de 65 de ani, domiciliată în raionul Călărași, de profesie învățătoare, la moment este pensionară, a fost internată la data de 22 martie 2013 în secția de hepatologie a IMSP Spitalul Clinic Republican, în mod programat.

La internare prezenta următoarele *acuze*: mărirea evidentă a abdomenului în volum, durere surdă continuă sub formă de centură în etajul superior al abdomenului, cu accentuare postprandială, meteorism postprandial, discomfort abdominal, dispnee la efort fizic neînsemnat, palpitații, tuse uscată.

*Anamneza bolii*: se consideră bolnavă din vara anului 2012, de când a observat mărirea treptată în volum a abdomenului. Până în februarie 2013, pacienta nu s-a adresat medicului cu această problemă. La data de 05.02.2013, se adresează la Spitalul Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat a Republicii Moldova, fiind spitalizată în secția Hepatogastroenterologie. Au fost efectuate următoarele investigații:

- *analiza generală a sângelui*: viteza de sedimentare a hematiilor mărită – 42 mm/h, în rest – fără modificări patologice;
- *analiza biochimică serică* (indicele protrombinei, nivelul ALT, AST, bilirubinei) – în limitele normei, exceptând elevarea nivelului colesterolului – 6 mmol/l;

- *ultrasonografia organelor abdominale* (02.02.2013). Concluzie: formațiune abdominală încapsulată, spațiul de la ficat până la vezica urinară cu conținut dens, caracteristic pentru chistom (?), alveococ (?), limfom (?), lipoză (?). Pe flancul stâng conturul formațiunii neclar, ascită locală și anse intestinale comprimate. Pancreasul, vezica biliară, splina nu se vizualizează;
- *irigoscopia* (7.02.2013). Concluzie: fără particularități;
- *radiografia cutiei toracice* (6.02.2013). Pneu-moscleroză bilaterală bazală. Semne de stază pulmonară gr. I cu edeme pleurointerlobare pe dreapta. Cord mărit evident pe stânga. Talia accentuată. Aorta indurată, derulată. În sinusul costodiafragmal pe dreapta – aderențe mici;
- *electrocardiograma* (6.02.2013). Fibrilație atrială – 100-166 b/min. Axa electrică a cordului deviată la stânga. Tulburări de conducere prin ramul drept. Bloc de ram stâng anterior. Schimbări difuze în miocard.

Se externează cu diagnosticul: tumora peritoneului (?) Cardiopatie ischemică. Fibrilație atrială. Hipertensiune arterială gr. II, risc adițional înalt. Insuficiență cardiacă II (NYHA), cu următoarele recomandări: tab. digoxina 0,25 mg 1-2 tab./zi, tab. bisogamma 5 mg/zi, tab. diroton 5 mg/zi, tab. cardiomagnil 75 mg/zi, tab. verospiron 50 mg/zi, tab. furosemid 40 mg x 2 ori/săpt.

S-a recomandat efectuarea tomografiei computerizate a abdomenului cu contrast, pentru concretizarea diagnosticului.

La data de 11 martie 2013, s-a efectuat ambulatoriu tomografia computerizată a abdomenului cu contrast. Protocolul investigației: „Ficatul – micșorat în dimensiuni. Structura parenchimului omogenă. Densitatea țesutului intact al ficatului +57 UH (N 50-70 UH). Se determină calcinate unice parenchima-toase mici. Ducturile intrahepatice nu sunt dilatate. Vezica biliară – fără schimbări. Pancreasul: distrofia lipidică a pancreasului, topografia, dimensiunile, forma fără schimbări. Țesutul pancreatic fără particularități. Ductul Wirsung nu e dilatat. Rinichii – situați obișnuit, dimensiunile, forma și structura fără schimbări. Sistemul colector nu e dilatat. Suprarenalele – dimensiunile și forma obișnuite. Splina – structura omogenă, dimensiuni obișnuite. În cavitatea abdominală se evidențiază lichid ascitic în cantitate mare. După introducerea substanței de contrast *lopamiro-370* – 50 ml i/v – imagistic formațiuni de volum în organele abdominale nu se determină. Concluzie: ascită pronunțată. Formațiuni de volum în organele abdominale nu se determină.”

Pacienta este trimisă la Spitalul Clinic Republican pentru precizarea diagnosticului și tratament.

*Anamneza vieții:* contact cu bolnavii de tuberculoză, hepatite virale acute – neagă, anamneza eredocolaterală – neagravată, fiziologică – fără particularități esențiale, antecedente patologice: se află la evidență de 7-8 ani la medicul de familie cu diagnosticul „cardiopatie ischemică. Fibrilație atrială. Hipertensiune arterială gr. II, risc adițional înalt. Insuficiență cardiacă II (NYHA); alergologice – neagă, toxice (alcool, tutun, noxe profesionale) – neaga, condiții de viață – satisfăcătoare.

*Examenul general.* Starea generală a pacientei – de gravitate medie. Tegumentele și mucoasele roze, curate. Tipul constituțional – hiperstenic, hiperponderală: masa – 112 kg; înălțimea – 1,69 cm, IMC = 39,2 kg/m<sup>2</sup>. Ganglionii limfatici periferici nu se palpează. Sistemul muscular și cel osteoarticular – fără particularități. Abdomenul evident mărit în volum. Edeme ușoare pe gambe.

Sistemul respirator: percutor – sunet clar pulmonar bilateral. Auscultativ – murmur vezicular diminuat, bazal bilateral, respirație înăsprită difuz. FR – 18 respirații/min.

Sistemul cardiovascular: percutor – limitele relative ale cordului deplasate spre stânga. Auscultativ – zgomotele cardiace aritmice, diminuate, de diferită intensitate, tahicardice. FCC = 166 b/min. Pulsul = 150 b/min. Deficit de puls = 16. TA = 120/80 mm Hg

Sistemul digestiv: limba ușor saburată, cu depuneri albicioase, umedă. Abdomenul evident mărit în volum, tensionat, indolor la palpare. Ficatul și splina dificil de palpat din cauza țesutului adipos subcutan în exces dezvoltat și lichidului din cavitatea abdominală. Palpator se face impresia prezenței lichidului liber în cavitatea abdominală în volum mare, dar semnul „valului” – neconcludent. Simptomul de iritare peritoneală – negativ. Scaun semiformat, cu frecvența de 2-3 ori/zi (imediat după mese).

*Diagnosticul prezumptiv:* formațiune de volum a cavității abdominale (?) Tumora peritoneului (?) Ascită de etiologie neclară (?) Hepatită cronică de etiologie neclară (cardiogenă (?) virală (?)), activitate minimală (?). Steatoză hepatică non-alcoolică. Colecistită cronică acalculoasă. Pancreatită cronică recidivantă în acutizare, cu dereglarea funcției exocrine a pancreasului. Gastrită cronică. Cardiopatie ischemică. Fibrilație atrială tahisistolică. Hipertensiune arterială gr. II, risc adițional înalt. IC II – III (NYHA). Obezitate gr. II – III. Sindrom metabolic. Bronșita cronică în acutizare. IR gr. II.

*Investigații de laborator și instrumentale:*

- Analiza generală de sânge: hemoglobina – 118 g/l, eritrocitele – 3,98x10<sup>12</sup>, indicele de culoare – 0,96, hematocritul – 34%, trombocitele – 397x10<sup>9</sup>/l, leucocite – 6,8x10<sup>9</sup>/l, nesegmentate – 3%, segmentate – 75%, limfocite – 10%,

monocite – 12%, viteza de sedimentare a hematocitelor – 55 mm/h.

- Analiza biochimică a sângelui: proteina totală – 67 g/l, albumina – 36 g/l, bilirubina totală – 18 mkmol/l, ALT – 22 u/l, AST – 16 u/l, alfa-amilaza – 21 u/l, lipaza – 22,9 u/l, ureea – 3,6 mmol/l, creatinina – 111 mkmol/l,  $K^+$  – ,6 mmol/l,  $Na^+$  – 140 mmol/l,  $Fe^{2+}$  – 8,8 mkmol/l, feritina – 83,1 ng/ml, acidul uric – 0,302 mmol/l, glucoza – 4 mmol/l.
- Lipidograma: colesterol – 4,8 mmol/l, trigliceride – 0,9 mmol/l, HDL – 1,03 mmol/l, LDL – 3,59 mmol/l.
- Coagulograma: protrombina după Quick – 87%, timpul de tromboplastină parțial activat – 29 sec., fibrinogenul – 3,8 g/l.
- Markerii hepatici virali: HBsAg – negativ, Anti-HBcor sumar – pozitiv, Anti-HDV – negativ; Anti-HCV – negativ.
- Markerii oncologici: s-a indicat alfa-fetoproteina, dar nu s-a efectuat (nu era reactiv), CA 19-9 – 56,1 U/ml (norma <30), CA 125 – 46,3 U/ml (norma <40).
- Examinarea serului sanguin la Anti-echinococ IgG – negativă.
- Radioscopia esofagului, stomacului: esofagul liber. Stomacul pe gol conține lichid. Spațiul retrogastral lărgit. Bulbul duodenal obișnuit. Duodenul derulat, excitat, stazat. Concluzie: gastroduodenită. Duodenostază. Semne indirecte de pancreatită.
- Examenul secretului din organele urogenitale (27.03.2012): epiteliu – cantitate mare; leucocite – 1-2c/v, microflora – bacilli, trichomonade nu s-au depistat; gonococi nu s-au depistat; levuri – prezente.
- Coprograma: consistența – solid, forma – format, culoarea – cafeniu. Examenul microscopic: fibre musculare cu evidențiere – cantități mici, fibre musculare fără evidențiere – cantități mici, celuloză vegetală digestibilă – cantități mari, amidon intra- și extracelular – cantități mari.
- Scintigrafia ficatului. Rezumat: imaginea ficatului se contrastează clar, forma tipică, marită moderat din contul lobului stâng. Acumularea preparatului radiofarmaceutic e satisfăcătoare, repartizată moderat difuz, inegală. Imaginea splinei de dimensiuni normale, cu acumulare neînsemnată de preparat radiofarmaceutic în ea. Concluzie: leziuni difuz moderate ale ficatului.
- Eco-abdominal: ficatul – contur net, regulat, parenchim omogen, ecogenitatea difuz crescută. Lob stâng – 8,59 cm; lob caudat – 4,51 cm; lob drept – 11,98 cm, Căile biliare intrahepatice nu sunt dilatate. Luminozitatea hepatică absentă, desenul vascular păstrat, contrast hepatorenal

absent, atenuare posterioară absentă. Diametrul venei porte la confluență – 1,02 cm, în hilul hepatic – 0,66 cm; diametrul venei splenice la confluență – 0,6 cm, în hilul splenic – 0,43 cm; diametrul venei cave inferioare – 1,55 cm; diametrul venei hepatice – 0,5 cm. Colecistul: 7,11 x 2,51 cm, forma periformă, pereții – 0,51 cm, căile biliare principale – 0,3 cm. Pancreasul: capul – 3,03 cm, corpul – 1,89 cm, coada nu se vizualizează, contur estompat, neregulat, neomogen, ecogenitate difuză crescută. Splina – 9,86 x 4,05 cm. Rinichiul drept – 13,82 x 6,49 cm, indicele parenchimului renal – 2,13 cm. Sistemul calice – bazinet 1:2:1, dedublat, polul superior la 3,08 cm plasat de la marginea diafragmului. Rinichiul stâng – 12,11 x 6,37 cm. Indicele parenchimului renal – 2,15 cm, Sistemul calice – bazinet 1:2:1, polul superior cu 4,68 cm amplasat de linia de la nivelul diafragmei. Vezica urinară – goală. Colecții lichidiene – lichid liber în cavitatea abdominală în cantitate mare, multiple aderențe. Concluzie: hepatomegalie pe contul lobului stâng, contur regulat, net. Vezica biliară – pereții îngroșați. Pancreasul mărit în dimensiuni, neomogen, hiperecogen. Ptoză renală bilaterală. Sistemul calice – bazinet dedublat pe dreapta. Lichid liber în cavitatea abdominală, în cantitate mare. Lichidul este intersectat de multiple septe fine, probabil aderențe în cavitatea abdominală.

- Eco-cordului. Concluzie: dilatarea pronunțată a atriului stâng, atriului drept, moderată a ventriculului drept. Hipertrofie concentrică a miocardului ventriculului stâng. Funcția de pompă a ventriculului stâng e ușor diminuată. Hipertensiune pulmonară ușoară. Insuficiența valvei mitrale gr. I – II, valvei tricuspide gr. I – II.
- Radioscopia cutiei toracice. Concluzie: pneumoscleroză difuză. Bronșită cronică. Sinusurile pleurale libere. Diafragma netă. Aortocardioscleroză.

S-a efectuat laparocenteza de diagnostic ecoghidată, au fost extrase din cavitatea abdominală, cu mare dificultate, doar 5 ml de lichid gelatinos, galben, care a fost supus cercetărilor de laborator:

- Examenul general al lichidului aspirat: cantitatea – 1,0 ml, culoare galbenă; slab tulbure; reacția Rivalta – pozitivă; proteina – nu este posibil de apreciat; densitatea relativă – neapreciabilă (puțin lichid). Citoza: leucocitele, eritrocitele – nu a fost posibil de apreciat din cauza consistenței gelatinoase a lichidului. Examenul microscopic: eritrocite: 15 – 20 c/v, leucocite: 1-2 c/v, din ele: neutrofile – 46%, limfocite – 54%. Celule mezo-teliale – cantitate moderată. Celule atipice – nu

s-au depistat. Examenul bacteriologic – negativ. Examenul la bacilul Koch – negativ.

Luând în considerație faptul că datele examinărilor de laborator și instrumentale nu erau în favoarea unei patologii hepatice decompensate și, în special, dat fiind caracterul gelatinos al lichidului extras din cavitatea abdominală, a fost presupusă prezența unei formațiuni de volum în cavitatea abdominală sau a unei tumori producătoare de mucină a peritoneului. Pentru precizarea diagnosticului prin laparoscopie sau laparotomie de diagnostic și stabilire a tacticii de tratament, bolnava a fost transferată în secția de chirurgie generală a IMSP SCR, cu diagnosticul clinic: formațiune de volum a cavității abdominale (?) Tumora peritoneului (?) (Pseudomixom ?). Hepatită cronică de etiologie neclară, activitate minimală. Infecție ocultă cu VHB. Colecistită cronică acalculoasă în acutizare. Pancreatită cronică recidivantă în acutizare, cu dereglarea funcției exocrine a pancreasului. Gastrită cronică. Duodenită cronică. Cardiopatie ischemică. Fibrilație atrială forma tahisistolică. Hipertensiune arterială gr. II, risc adițional înalt. Insuficiență cardiacă II – III (NYHA). Obezitate gr. II – III. Sindrom metabolic. Bronșită cronică în acutizare. Pneumoscleroză. Insuficiență respiratorie gr. II.

La data de 2.04.2013, se efectuează intervenția chirurgicală. Intraoperator se apreciază chist gigant al cavității peritoneale, care ocupă zona mezo- și hipogastrică, cu pereții flacși edemațiați, la revizia căruia s-a depistat o perforație din partea flancului stâng abdominal, limitată, din care se elimină lichid gelatinos. În cavitatea abdominală se determină aproximativ 15 l de lichid gelatinos. Mobilizarea chistului ovarian cu anexele din dreapta, punctul de pornire din ovarul drept, chistectomie cu tubovarectomie pe dreapta, cu sanarea și drenarea cavității peritoneale.

Investigația patologo-histologică № 6705 din 02.04.2013. Macroscopic: chist gigant cu d = 30 cm, pe secțiuni amintește peretele unui chist cu conținut gelatinos. 3 fragmente de țesut de culoare roz-cenușie cu zone de imbibitiție hemoragică. Analiza histologică: capsula chistului fibros cu edem și inflamație cronică nespecifică. Din apendicele epiploic – fragment de țesut fibros-adipos, cu inflamație acută purulentă.

**Diagnosticul postoperator: chist ovarian gigant, erupt în cavitatea peritoneală (limitat).**

## Discuții

Cazul clinic relatat prezintă interes medical prin dificultatea stabilirii diagnosticului. Având în față o pacientă cu abdomenul mărit în volum, inițial ne gândim cel mai des la prezența unei maladii hepatice, și anume la ciroza hepatică. Lichidul din cavitatea abdominală descris la examenul ultrasonografic și

tomografia computerizată abdominală cu contrast ca lichid ascitic este în favoarea cirozei hepatice, dar, totodată, indicii biochimici din ser (indicele protrombinic, nivelul albuminei, bilirubinei, ALT, AST, GGTP, FA) nemodificați, absența hipersplenismului, splenomegaliei și varicelor esofagiene, diametrul venei porte și venei lienale în limitele normei infirmă o posibilă ciroză hepatică.

Ultrasonografia cavității abdominale, efectuată pentru prima dată, a relevat date de formațiune abdominală incapsulată, spațiul de la ficat până la vezica urinară cu conținut dens, caracteristic pentru chistom, alveococ, limfom sau lipoză. Pe flancul stâng conturul formațiunii neclar, ascită locală și anse intestinale comprimate. Tomografia computerizată abdominală cu contrast efectuată ulterior nu a vizualizat date de formațiune de volum, ci a relevat numai simptome de ascită pronunțată, ceea ce a contrazis datele ultrasonografice.

Extragerea lichidului gelatinos din cavitatea abdominală, rezultatele ultrasonografiei abdominale repetate (lichid liber în cavitatea abdominală, în cantitate mare, lichidul despărțit de multiple septe fine, aderențe în cavitatea abdominală) ne-au reorientat spre prezența unei posibile tumori a cavității abdominale, și anume tumori producătoare de mucină (pseudomixom). Intervenția chirurgicală efectuată ulterior a confirmat prezența tumorii, a unui chist ovarian gigant. Discrepanța datelor clinice, ultrasonografice, tomografice și de laborator (nivelul markerului oncologic CA-125 neînsemnat majorat) a făcut dificilă stabilirea diagnosticului, intervenția chirurgicală în cazul dat fiind unica metodă de diagnoză și tratament.

Existența mai multor patologii asociate la pacientă (digestive, cardiace, pulmonare) au făcut și mai dificilă stabilirea diagnosticului clinic: chist ovarian gigant, erupt în cavitatea peritoneală (limitat.) Anexita cronică bilaterală. Colpita cronică. Hepatită cronică de etiologie virală B, faza HBsAg negativă, activitate minimală. Infecție ocultă cu VHB. Colecistită cronică acalculoasă în acutizare. Pancreatită cronică recidivantă în acutizare, cu dereglarea funcției exocrine a pancreasului. Gastrită cronică. Duodenită cronică. Cardiopatie ischemică. Fibrilație atrială forma tahisistolică. Hipertensiune arterială gr. II, risc adițional înalt. Insuficiență cardiacă II – III (NYHA). Obezitate gr. II – III. Sindrom metabolic. Bronșită cronică simplă în acutizare. Pneumoscleroză. Insuficiență respiratorie gr. II.

## Concluzii

Sub masca unui abdomen mărit în volum pot să se ascundă un șir de maladii, fiind necesară efectuarea diagnosticului diferențial complex între ciroza hepatică, proces neoplazic al oganelor cavității abdominale

și pelviene, obezitate, sarcină etc. Examenul medical atent și minuțios, completat cu investigații instrumentale de calitate, contribuie la stabilirea timpurie a diagnosticului, la aprecierea tacticii de tratament, asigurând un prognostic favorabil al bolii.

**Elena Chirvas**, cercetător științific,  
Laboratorul Gastroenterologie,  
USMF „N. Testemițanu”,  
Chișinău, str. N. Testemițanu, 39  
Tel.: 022205539; mob.: 079414945  
E-mail: helenau.76@mail.ru

## MODIFICĂRILE ANTITROMBINEI III ȘI PROTEINEI C LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ

**Lucia COBÎLTEAN<sup>1</sup>, Vlada-Tatiana DUMBRAVA<sup>1</sup>,  
Nicolae PROCA<sup>1</sup>, Maria COJUHARI<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Catedra Boli Interne, disciplina Gastroenterologie,  
USMF „N. Testemițanu”;

<sup>2</sup>IMSP Spitalul Clinic Republican

### Summary

#### **Modification of antithrombin III and protein C in patients with liver cirrhosis**

*We have studied 116 patients with liver cirrhosis in different stages of the disease. There were 61 men and 55 women with mean age 50,3±0,7. These patients were divided into 3 groups depending on the Child-Pugh classification and 3 groups depending on the treatment. We have to measured and compared antithrombin III and protein C values in different groups. The parameters were compared between patient groups and healthy controls. There were registered significant differences of antithrombin III and protein C parameters between groups depending on the stage of disease and some differences depending on the treatment.*

**Keywords:** liver cirrhosis, antithrombin III, protein C.

### Резюме

#### **Изменения антитромбина III и протеина C у пациентов с циррозом печени**

*Было обследовано 116 больных с циррозом печени на разных стадиях заболевания, 55 женщин и 61 мужчин, средний возраст 50,3±0,7 лет. Пациенты были разделены на три группы, в зависимости от классификации цирроза по Child-Pugh и в зависимости от лечения также было обследовано три группы. Мы определили значения антитромбина III и протеина C у обследуемых больных. Были выявлены значительные статистические различия в обследуемых группах по сравнению с группой контроля и обнаружены некоторые изменения в зависимости от назначенного лечения.*

**Ключевые слова:** цирроз печени, антитромбин III, протеин C.

### Introducere

Pentru menținerea hemostazei normale este importantă optimizarea echilibrului dintre stimulatoarii și inhibitorii procesului de coagulare. Calitatea acestui proces în mare măsură depinde de funcția hepatică, deoarece majoritatea factorilor de coagulare sunt sintetizați de celulele parenchimale ale ficatului, iar sistemul reticuloendotelial hepatic joacă un rol important în asigurarea clearance-ului și activității acestor produse. Gradul modificărilor în sistemul de coagulare depinde de nivelul afectării funcției hepatice. Patologiile hepatocelulare acute sau cronice pot cauza scăderea factorilor de coagulare dependenți de vitamina K: protrombina; factorii VII, IX, X, precum și proteinele C și S, pe când unii parametri se pot menține în limitele normei timp îndelungat. Pacienții cu insuficiență hepatică uneori pot manifesta și insuficiența întregului spectru al factorilor de coagulare, cu dezvoltarea ulterioară a coagulării intravasculare diseminate [14].

Patologiile hepatice sunt pe larg răspândite pe întreg globul pământesc și în ultimele decenii există o tendință de creștere evidentă a nivelului afectării în populație. Cele mai frecvente cauze de afectare a ficatului sunt virusurile cu tropism față de celula hepatică, precum și alcoolul. Este în creștere numărul persoanelor infectate cu virusurile B și C, astfel crescând și numărul pacienților cirofici cu această etiologie. Influența alcoolului asupra ficatului este știută încă de pe timpul lui Vesalius (sec. XVI), iar mai târziu a fost demonstrată prin studii anatomo-clinice. Este determinat că printre persoanele care fac abuz sistematic de alcool, frecvența cirozei hepatice este de 7 ori mai mare decât la nebăutori [1; 2].

Anticoagulanții fiziologici sunt factori importanți în menținerea homeostazei sistemului de coagulare. La pacienții cu afecțiuni hepatice are loc modificarea acestor parametri, deoarece ei sunt sintetizați de către ficat.

Antitrombina (AT) III este sintetizată de ficat, dar o parte se mai sintetizează în megacariocite și endoteliu. În patologiile hepatice acute, de obicei, antitrombina III este în limitele normei [4]. În ciroza hepatică nivelul AT III poate fi redus datorită la doi factori: posibil, din cauza reducerii sintezei și a alterării fluxului transcapilar [3].

Proteina C (PC) este un anticoagulant care, de asemenea, este sintetizat de ficat și depinde de concentrația vitaminei K. Acest indice poate fi scăzut la pacienții cu ciroză hepatică, dar normalizarea lui are loc practic odată cu cea a indicelui protrombinic [7; 12].