

tate și morbiditate mai scăzute decât prin chirurgia clasică. Pentru a obține un rezultat optim, este necesară selecția atentă a pacienților cirofici cu indicație operatorie corectă, dotare tehnică suficientă.

3. LEVE, inclusă în protocolul chirurgical și folosită cu succes în serviciul nostru, asociată cu suportul reanimator complex, a condus la abordarea mai curajoasă a acestor pacienți, cu efect direct asupra rezultatelor chirurgicale.

Bibliografie

1. Anegawa G., Kawanaka H., Uehara H. *Effect of laparoscopic splenectomy on portal hypertensive gastropathy in cirrhotic patients with portal hypertension*. In: J. Gastroenterol. Hepatol., 2009, Sep., nr. 24(9), p. 8-1554.
2. Bancu S., Borz C., Popescu G. et al. *Șuntul spleno-renal distal și proximal pentru hipersplenismul datorat cirozei hepatice*. În: Chirurgia, nr. 102 (6), p. 665.
3. Corneci Dan. *Managementul perioperator al pãacientului cu insuficiență hepatică. Actualități în ATI și medicina de urgență*. Timișoara, 2005, p. 54.
4. Cazacov V., Hotineanu V., Gherghelejiu P., Guțan V. *Particularități și controverse în abordarea hipersplenismului portal cirogen sever*. În: Anale științifice V. IV, USMF „N. Testemițanu”. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2005, p. 57-62.
5. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbrava V., Moscalu Iu. *Hipersplenismul portal – atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie*. În: Arta Medica, nr. 4(25), 2007, p. 68-69
6. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. *Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice*. Chișinău, 2002, 32 p.
7. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbravă V., Brânza Gh. *Atitudinea chirurgicală în hipersplenismul secundar hipertensiunii portale cirotice*. În: Curierul Medical, 1997, nr. 2, p. 4-7.
8. Hotineanu V., Cazacov V. *Soluție tehnică de necesitate pentru omentopexie în tratamentul hipertensiunii portale*. În: Materialele Congresului IX al Asociației Chirurgilor din RM, 2003, p. 35-69.
9. Popa M., Vasilescu C. *Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic*. În: Chirurgia, nr. 105(1), p. 15-20.
10. Popovici A., Grigoriu G. *Splenectomia: indicații medico-chirurgicale*. București, 1995, p. 3-252.
11. Tomikawa M., Akahoshi T., Sugimachi K. *Laparoscopic splenectomy may be a superior supportive intervention for cirrhotic patients with hypersplenism*. In: J. Gastroenterol. Hepatol., 2010, Feb; nr. 25(2), p. 397-402.
12. Бойко В.В. *Портальная гипертензия и ее осложнения*. Харьков, 2008.
13. Ким И.Н. *Коррекция гиперспленизма у больных с синдромом портальной гипертензии*. Дисс. канд. мед. наук, Новосибирск, 2009.

Vladimir Cazacov, conferențiar universitar
Catedra 2 Chirurgie,
USMF „N. Testemițanu”
Chișinău, str. Testemițanu 13/2
Mob. 069143363
E-mail: cazacov1@yahoo.com

TRANSPLANT HEPATIC EFECTUAT ÎN PREMIERĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Vladimir HOTINEANU¹, Adrian HOTINEANU¹, Grigore IVANCOV², Serghei BURGOCP³, Vlada-Tatiana DUMBRAVA⁴, Victor COJOCARU⁵, Elena MORARU², Angela PELTEC⁴, Dumitru TALPĂ²,

¹ Catedra Chirurgie 2, USMF „N. Testemițanu”;

² IMSP Spitalul Clinic Republican;

³ Laboratorul „Chirurgia reconstructivă a tractului digestiv”, Catedra Chirurgie 2, USMF „N. Testemițanu”;

⁴ disciplina Gastroenterologie, Clinica Medicală nr. 4, USMF „N. Testemițanu”;

⁵ Catedra Anestezie și Reanimare, USMF „N. Testemițanu”

Summary

Liver transplant in first made in Moldova

Liver transplantation from live donor was introduced as alternative method for increasing the number of donors and decreasing the mortality and waiting time in the list of patients waiting for liver transplantation histo compatibility between donor and recipient, selection and corresponding waiting time of the recipient, donor's liver full preoperative imaging evaluation. Liver transplantation from live donor presents the surgical intervention with major risk, which needs the dividing the vascular system and hepatic tissue in the way to insure the demands of the donor as those for recipient. With the acceptance of this type of liver transplantation so the donor as the doctor should accept the risk of mortality for the donor as for the recipient.

Keywords: liver transplantation, donor, recipient, immunosuppressive therapy.

Резюме

Первая трансплантация печени в Республике Молдова

Трансплантация печени является хирургическим методом лечения острых и хронических заболеваний печени в их терминальной стадии. Оптимизация хирургической техники и иммуносупрессивной терапии позволяет достичь высокой послеоперационной выживаемости. Трансплантация печени от живого донора позволяет в какой-то степени решить проблему дефицита органов от доноров, находящихся в состоянии смерти головного мозга. На данный момент, изучив мировую литературу, результаты обоих типов трансплантации печени могут быть сопоставимы.

Ключевые слова: трансплантация печени, донор, реципиент, иммуносупрессия.

Introducere

Transplantul hepatic ortotopic de mai mult de 40 de ani este folosit cu succes în practica medicinei mondiale ca o metodă de tratament al maladiilor hepatice în faza terminală. Primul transplant hepatic

ortotopic a fost efectuat în anul 1963 de T. Starlz. Până în anii '80, rezultatele timpurii și cele tardive în transplantul hepatic, precum și al altor organe, au fost nefavorabile, în primul rând, din cauza efectuării neraționale a tratamentului imunosupresiv, bazat pe doze mari de corticosteroide. La începutul anilor '80, R. Calne a studiat și a introdus în practică un imunosupresor nou – ciclosporina A (sandimun). Datorită acestui fapt, s-au redus dozele de corticosteroizi și de citostatice, ceea ce a favorizat descreșterea bruscă a complicațiilor postoperatorii și îmbunătățirea rezultatelor la pacienții cu ficat transplantat. La momentul actual, supraviețuirea timp de 1 an se constată la 80%-90% din recipienți și la 60%-70% timp de 10 ani în majoritatea centrelor de transplantare din SUA, Europa, Asia etc.

Indicațiile pentru transplant hepatic sunt:

1. Faza terminală a maladiilor cronice difuze ale ficatului.
2. Dereglări de metabolism pe fundal de diferite defecte congenitale ale funcției hepatocitare.
3. Insuficiență hepatică acută
4. Formațiuni nerezecabile hepatice.

Bolnavii cu ciroză hepatică constituie contingentul de bază la care este indicat transplantul de ficat.

Contraindicațiile pentru transplant hepatic:

1. Dereglări necorijate ale funcțiilor vitale (insuficiență cardiovasculară, respiratorie, renală etc.), inclusiv ale sistemului nervos central
2. Proces infecțios extrahepatic (sepsis, Tbc, SIDA, replicarea virusului hepatitei)
3. Maladii oncologice cu localizare extrahepatică
4. Prezența altor boli incurabile.

În procesul de dezvoltare a metodei transplantului hepatic și a metodelor de pregătire a recipientului, o parte dintre contraindicațiile absolute au devenit relative. Spectrul de contraindicații relative diferă în fiecare centru de transplant și se schimbă în funcție de posibilitățile și profesionalismul echipei de transplantare.

Transplant hepatic de la donator viu

Primul transplant de ficat de la donator viu (*Living Donor Liver Transplantation* – LDLT) a fost efectuat la 8 decembrie 1988, la o fetiță de 4 ani care suferea de atrezie biliară, de către Raia; recipienta a decedat la a 6-a zi postoperatorie [9]. Strong et al. în 1989, la Brisbane, au efectuat primul LDLT cu succes pentru recipient [14], iar în 1993, la Universitatea Shinshu, echipa condusă de Makuuci a efectuat primul LDLT adult-adult [5]. Pe parcursul ultimilor ani, LDLT s-a dezvoltat în întreaga lume și la moment este o alternativă stabilă a transplantului hepatic de la donator aflat în moarte cerebrală [20]. Tehnica de

LDLT este mult mai dificilă decât cea cu ficat integru. LDLT necesită o cunoaștere completă a anatomiei hepatobiliare și o perfecționare continuă a procedurilor tehnice, care sunt: ocluzia vasculară selectivă pentru hepatectomie la donator, reconstrucție arterială cu ajutorul microscopului, reconstrucția venoasă hepatică, efectuarea sonografiei intraoperatorii, estimarea volumului grefei [20].

O justificare pentru utilizarea transplantului de ficat de la donator viu la adult este deficitul critic de organe disponibile pentru transplant de la cadavru. În literatura de profil se susține că utilizarea LDLT reduce timpul de așteptare a organului cadaveric, micșorează mortalitatea bolnavilor aflați pe lista de așteptare [16, 17].

Siguranța donatorului are cea mai mare importanță în LDLT. Este nevoie de un volum hepatic adecvat, care va îndeplini toate funcțiile hepatice și va evita disfuncțiile ficatului postoperator. Mortalitatea donatorilor, în centrele specializate din Occident, nu depășește 1% [2]. Perioada de recuperare a donatorului este egală cu 1 lună, revenirea la locul de muncă are loc peste 2-3 luni.

Avantajele LDLT. Cele mai importante avantaje ale donării de la personae vii sunt optimizarea timpului de transplant și eliberarea locului în lista de așteptare. Acești factori au devenit deosebit de importanți pentru pacienții care sunt dezavantajați de sistemul de alocare de organe cadaverice, inclusiv pentru cei cu tumori, boli colestatice sau de sânge de tip O, precum și cei care sunt candidați pentru retransplant, timpul minim de conservare a organului, astfel prejudiciul ischemic al ficatului este nesemnificativ. Donatorul de organ este în general sănătos și, ca urmare, recipientul primește un ficat de bună calitate [8, 11].

Dezavantajele. Există, totuși, o serie de dezavantaje ale LDLT, care trebuie să fie luate în considerație. Donatorul, un voluntar perfect sănătos, se confruntă cu riscuri de morbiditate și mortalitate, care pune procedura în contradicție cu principiile de bază ale medicinei și cu jurământul pe care toți medicii promit să-l respecte: *Primum non nocere*. Riscul de mortalitate printre donatorii de lob drept hepatic ajunge aproximativ la 0,4%-0,5% [8, 9]. Riscurile exacte sunt dificil de cuantificat, deoarece nu există nici un registru oficial internațional. Morbiditatea în rezecții hepatice corelează direct cu gradul de rezecție. Astfel, morbiditatea și mortalitatea în hepatectomia dreaptă este mai posibilă decât în hepatectomia stângă [3, 7, 12, 13, 15].

Analiza situației actuale din Republica Moldova

Transplantul, ca metodă de tratament, este utilizat atunci când înlăturarea pericolului pentru viață

sau îmbunătățirea stării sănătății pacientului prin alte metode este imposibilă. Insuficiențele organice ireversibile și alte patologii grave ce necesită tratament prin transplant de organ, țesut sau celule umane rămân probleme stringente pentru Republica Moldova. Actualmente, 300 de pacienți suferă de insuficiență hepatică care necesită transplant hepatic.

La 6 martie 2008, a fost adoptată *Legea nr. 42-XVI privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane*, iar în conformitate cu prevederile legii menționate a fost adoptată Hotărârea Guvernului nr. 386 din 14 mai 2010 *Cu privire la instituirea Agenției de Transplant*. Scopul principal al creării Agenției de Transplant a fost realizarea eficientă a politicii statului în domeniul transplantului de organe, țesuturi și celule umane. Multiplele misiuni, atribuții și funcții ale Agenției sunt canalizate pentru crearea unui cadru legal aferent Legii cu privire la transplantul de organe, țesuturi și celule umane.

La 27 decembrie 2010, prin Hotărârea Guvernului nr. 1207, a fost aprobat *Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei independente de avizare pe lângă Ministerul Sănătății*, ce permite avizarea donării de pe donator în viață cu relansarea prelevărilor de pe donator viu.

Înființarea Consiliului consultativ pe lângă Agenția de Transplant, aprobată prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 725 din 1 noiembrie 2010, permite elaborarea propunerilor pentru activitățile de transplant, definirea priorităților înscrierii în lista de așteptare a recipienților de transplant.

Prezentarea unui caz clinic

Recipienta: C.E. 53 ani. Gr. sangvină A(II)Rh⁺. BMI 21,1 kg/m². Bolnavă de ciroză hepatică de 4 ani, de etiologie virală mixtă HBV+HCV. Ultimele 4 luni boala a

progresat continuu, în pofida tratamentului specializat în secția de hepatologie a SCR.

Diagnosticată cu ciroză hepatică de etiologie mixtă (HBV+HCV), faza de reactivare a virusului C. Child-Pugh B (9 puncte), MELD 24. Tromboza venei porte. Hipertensiune portală gr. II B, Hipersplenism gr. II, varice esofagiene, ascită.

După stabilirea diagnosticului, a fost indicat transplantul hepatic. Pentru realizarea acestui tratament, este necesar de a investiga pacienta conform standardelor adoptate în centrele mondiale de transplant hepatic.

I. Investigații de laborator

Analiza generală a sângelui

Analiza biochimică a sângelui

	14.02. 2013	20.02. 2013	22.02. 2013		14.02. 2013	20.02. 2013	22.02. 2013
Hb	103	95	98	Ureea	4,5	7,4	5,8
Eritrocite	3,41	3,0	3,0	Creatinina	67,3	93	99
Reticulocite	16			Proteina	92,4	60	73
Trombocite	146,6	81	92	Albumina	29,2	39	24
Leucocite	2,9	3,1	2,2	Colesterol	3,3		
Mielocite				Trigliceride	0,8		
Nesegmentate	5	5	5	ALT	14,1	26	17
Segmentate	63	66	69	AST	55,8	64	70
Eozinofile	1		1	Amilaza	78,3	40	36
Bazofile	1			GGT	25,6		
Limfocite	28	25	20	FosfAlc	91,1		
Monocite	2	4	5	Lipaza	38,7		
VSH	47	45	65	Glucoza	5,7		
Anizocitoza	+	+	+	Bilirubina totală	46,8	41	66
Ind. de culoare	0,95		0,9	Bilirubina directă	22,8	21	24
Ht	0,25		0,27	Bilirubina indirectă	24	20	22
				LDL	2,48		
Ca	2,27			Protrombina	69	61	75
Fe	23,6			INR	1,39	1,6	1,3
Na	131,3	138	135	TTPA	30	30	33
K	5,8	4,8	4,5	Timpul de trombină		10	10
Cl	91,7	96		Fibrinogen	2,0	3,5	3,3
Mg	0,67						
Fosfor	1,38						

II. Investigații serologice

ADN viral hepatita B (cantitativ) negativ	ARN viral hepatita C (cantitativ) 67243 UI/ml
1. Anti-HIV1 și AntiHIV2 – negativ	6. Anticorpi antileamblia 0,365 (0,280)
2. ADN-ul virusului citomegalic negativ	7. Anticorpi antitoxocara 0, 476 (0,260)
3. ADN-ul virus. herpes simplex negativ	8. ASL-O 39,5 UI/ml (0-200)
4. ADN-ul Virus. Epstein-Barr negativ	9. Antitoxoplasma IgG 61,5 UI/ml (0-50)
5. C-Proteina reactivă 29,19 mg/l (0-5)	10. RF 1,74 UI/ml (0-15)

III. Investigații imagistice

1) *Tomoangiografia computerizată a abdomenului*: tablou ciroză hepatică. Ascită. Litiază biliară. Splenomegalie. Formațiuni de volum în ficat nu se determină. Aspect TC a arterei hepatice și venei porte normal (fără anomalii de bifurcație).

2) *Scintigrafia* poliincidentală a ficatului: modificări severe difuze, caracteristice cirozei hepatice. Splenomegalie.

3) *Ecografia*: ficatul – contur clar, neregulat, structură neomogenă; dimensiuni: lob drept 12 cm; lob stâng 8,6 cm; lob caudat 3,5 cm. Ecogenitate medie (structură microgranulară accentuată). Perihepatic se vizualizează lichid liber, cu grosime de 6 cm (ascită). Vena portă 14 mm, vena splenică 9 mm, permeabilă în regim Power doppler. Colaterale portosistemice prezente. În cavitatea abdominală lichid liber.

Concluzie: schimbări difuze în parenchimul ficatului de tip fibroză hepatică. Litiază biliară. Splenomegalie. Semne ecografice de HTP.

4) *Spirometrie*: norma.

5) *Ecografia Doppler duplex color* a sistemului portal: vena portă 12,8 mm. Flux hepatopetal. Vene hepatice 7-8 mm, flux bifazic. Splina 173x70 mm, vena lienală 8,8 mm. Complianța respiratorie diminuată. Flux hepatopetal. Indice de congestie – 0,09 (puțin majorat). Raport splenoportal – 63% (moderat majorat). Indice vascular portal – 8 (exprimat diminuat). Indicele HTP – 2,2 (exprimat moderat).

	D mm	S mm ²	Vmax cm/s	Vmed cm/s	Ved cm/s	V flow ml/min	Pi	Ri	S/D
V. porta	12,8	128	16	14	13	1150			
V. lienală	8,8	60	21	20	19	730			
V. mezenterică superioară	9,0	63	10	9	8	360			
Art. hepatică	3,9	11	65	29	15	210	1,71	0,77	4,35
Art. lienală	5,7	25	102	60	32	930	1,15	0,68	3,14

Concluzie: ciroză hepatică. Splenomegalie exprimată. Ascită exprimată. Calculi biliari.

6) *R-scopia* cutiei toracice: fără patologie.

7) *ECG*: ritm sinusal cu fr. 55. AE intermediară.

8) *Electroencefalografie*: schimbări patologice locale sau acțiune paroxistică nu se depistează.

9) *Densitometrie osoasă*: densitate minerală osoasă joasă. Risc sporit de fracturi.

10) *Eco-cordului*: cavitățile cordului nu sunt dilatate. Aparatul valvular este intact.

Donatorul: C.N., 28 ani. Fiul recipientei. Gr. sangvină A(II)Rh⁺. BMI 23 kg/m². Toate investigațiile efectuate (laborator, imagistice) – în limitele normei.

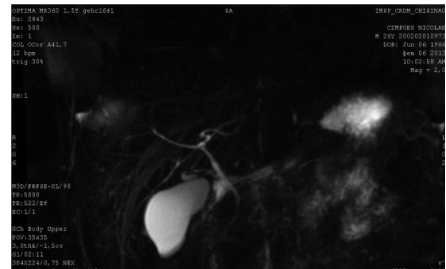
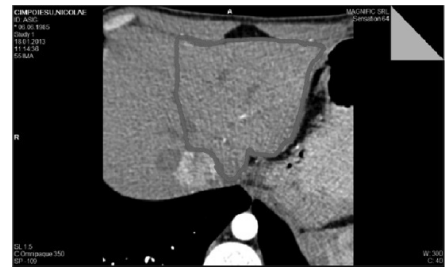
Markerii virali: HBs – negativ, Anti-HBs – negativ, Anti-HBcor – negativ, Anti-HBe – negativ, Anti-HCV – negativ.

TC abdominală: aspect de ficat normal.

Volumetria hepatică: volum total hepatic 1600 cm². Hemifecatul drept 1104 cm²; hemifecatul stâng 496 cm² (31%).

Angio-TC: artera hepatică vine din trunchiul celiac și se ramifică în artera hepatică dreaptă și cea stângă. Vena portă își are origine în vena mezenterică superioară și vena splenică, se ramifică în vena portă dreaptă și cea stângă.

Colangio-RMN: evidențiază arborele biliar intrahepatic nedilatat. Se observă 2 canale hepatice din hemifecatul drept și 1 din cel stâng.



Luând în considerație greutatea recipientei, volumul grefei, s-a calculat GRWR (raport de greutate a grefei – recipient) 1,97. S-a luat decizia de a efectua transplantul hepatic ortotopic cu hemifecatul drept, fără vena hepatică medie.

Operația la donator

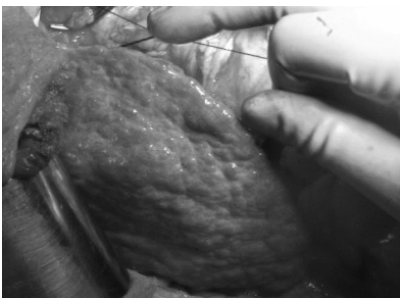
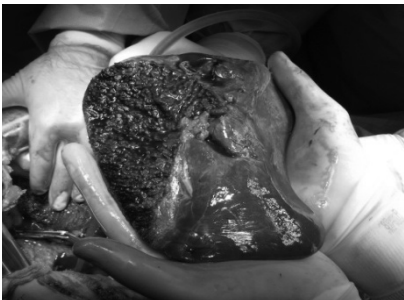
După o laparotomie subcostală dreaptă, s-a mobilizat lobul drept al ficatului până la nivelul venei cave inferioare. Secțiunea și ligaturarea venelor spigeliene, ligamentului hepato-cav, evidențierea și protejarea venei hepatice drepte cu un șnur de cauciuc. Colectomie anterogradă cu evidențierea ductului cistic și a arterei cistice. Prepararea și mobilizarea elementelor ligamentului hepatoduodenal, în special izolarea arterei hepatice drepte și a ramului drept al venei porte. Evidențierea și protejarea joncțiunii canalelor biliare drept și stâng.

Temporar se ocuzionează ramul portal drept și artera hepatică dreaptă, pentru a produce linia de demarcație între ficatul drept și cel stâng, care se marchează cu electrocauterul.

Înainte de transecția hepatică s-a aplicat manevra „liver hanging maneuver”.

Disecția parenchimului hepatic realizat cu disectorul CUSA pe traiectul liniei de demarcație, între hemifecatul drept și cel stâng. Hemostaza și

bilistaza pe parcurs a fost realizată prin clipare și ligaturare. Ultima etapă a operației la donator este clamparea vaselor și extragerea grefei. Apoi se face o hemostază minuțioasă.



Procedura Backtable. Grefo-nul hepatic este cântărit (875 gr) și introdus în soluție de preservare rece Custodiol, perfuzat la nivelul venei porte 500-600 ml. Artera hepatică dreaptă este canulată și perfuzată cu 100 ml soluție.

Operația la recipient

Laparotomie bisubcostală prelungită media în sus. Revizia cavității peritoneale.

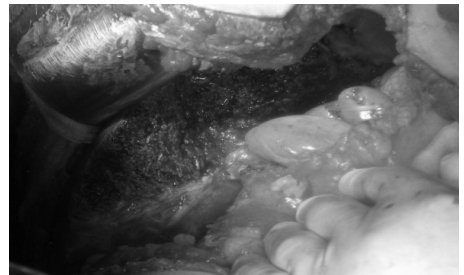
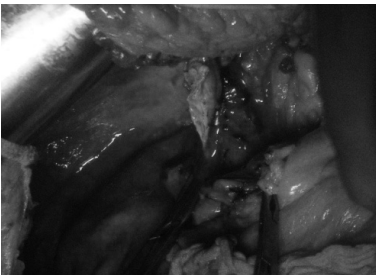
1. **Faza preanhepatică.** Tim-pul hilar: disecția hilară se efectu-

ează pentru prepararea coledocului și dicturilor hepatice. Prepararea și secționarea arterei hepatice, venei porte. Disecția hilară trebuie efectuată cât mai sus, menținându-se o lungime cât mai mare.

Mobilizarea ficatului, prepararea și disecarea venelor hepatice. Separarea părții posterioare a ficatului și a lobului caudat de la vena cavă inferioară.

2. **Faza anhepatică.** Timpul de la extragerea ficatului până la implantarea și reperfuzia grefei.

3. **Faza neohepatică.** Anastamozele s-au realizat în următoarea ordine: vena hepatică dreaptă donator – vena cavă inferioară primitor T-L, vena hepatică dreaptă inferioară donator – vena cavă inferioară primitor T-L, vena portă dreaptă donator – vena portă primitor T-T, artera hepatică dreapta donator –artera hepatică comună primitor, efectuată microscopic. Recostrucția biliară: cele două canale biliare s-au implantat separat în ansa jejunală (ansa înY a la Roux), protejate cu 2 stenturi separate, exteriorizate transjejunal.



Imunosupresia:

1) Intraoperator: sol. simulect 20 mg i/v.

2) a 4-a zi:

a) sol. simulect 20 mg i/v;

b) tab. cellcept 1000 mg 2 ori pe zi.

3) Din a 5-a zi:

a) tab. prograf 1 mg 2 ori pe zi;

b) tab. cellcept 1000 mg 2 ori pe zi.

Pe parcursul spitalizării s-a efectuat determinarea nivelului tacrolimusului în sânge:

1. 7 zi 1,5 (10-15);

2. 15 zi 3,0 (10-12);

3. 17 zi 3,2 (10-12);

4. 24 zi 7,3 (10-12);

5. 28 zi 13,0 (10-12);

6. 32 zi 8,8 (8-10);

7. a 2-a lună 8,7 (8-10).

Terapia antivirală:

1. tab. zefix 100 mg 2 ori pe zi.

2. tab. valsyte 450 mg 1 p. 2 ori pe zi.

Perioada postoperatorie a donatorului – favorabilă. Este externat la a 12-a zi postoperatorie fără complicații.

Perioada postoperatorie la recipient: la a 3-a zi postoperatorie apare un revărsat pleural în cantitate mică pe dreapta, problemă rezolvată conservativ la a 8-a zi postoperatorie.

La a 10-a zi postoperatorie, la bolnavă se constată un acces convulsiv, ca reacție adversă la administrarea tacrolimusului, dozele acestui preparat fiind scăzute la jumătate. Ca urmare, la a 12-a zi postoperatorie la pacientă survine reacția de rejet acut al grefei, manifestată prin majorarea bilirubinei; ALT, AST; GGTP, fosfatazei alcaline. Tacrolinemia

efectuată la a 15-a zi postoperatorie 3,0 (8-10). S-a revenit la schema cu 2 mg de tacrolimus pe zi. La a 18-a zi postoperatorie testele hepatice revin la limitele normei.

Analize postoperatorii

Analiza sângelui

	1 oră	6 ore	12 ore	24 ore	2 zi	3 zi	4 zi	6 zi	9 zi	13 zi	18 zi	24 zi
Eritrocite	2,92	2,8	3,4	2,9	2,9	3,1	3,3	3,0	3,1	2,9	2,9	2,92
Hb	91	88	103	88	88	96	101	91	90	87	85	80
IC	0,9	0,9	0,9	0,9	0,91	0,9	0,92	0,9	0,87	0,8	0,89	
Trombocite	96	90	94	61	61	63	59	83	159	300	235	
Leucocite	4,95	5,0	8,9	4,2	3,1	2,8	3,0	2,8	5,4	2,4	2,2	4,9
Eozinofile				1			5	3	1	2	1	2
Mielocite			2		1			2				
Nesegment.	12	25	28	18	15	12	5	11	6	4	6	1
Segment.	60	57	50	62	64	61	69	64	73	64	73	84
Limfocite	22	13	18	14	16	23	20	17	18	25	12	6
Monocite	4	5	2	5	4	4	1	3	2	5	8	7
VSH	25	10	4	6	8	5	7	9	4	8	5	8
Ht	0,26	0,26	0,31	0,27	0,28	0,25	0,28	0,28	0,26	0,27	0,25	

	1 oră	6 ore	12 ore	24 ore	2 zi	3 zi	4 zi	6 zi	9 zi	13 zi	18 zi	24 zi
INR	1,3	1,9	1,98	2,2	2,4	1,8	1,3	1,3	1,1	1,2	1,2	1,1
TTPA	24	22	26	27	33	30	50	29	37	37	40	31
Protrombină	50	48	45	42	39	53	74	80	90	85	83	90
Fibrinogen	2,2	2,5	2,2	2,4	2,2	2,4	3,1	1,8	2,7	2,9	3,1	3,1
Timpul de trombină	14	10	8	13	10	13	10	7	9	12	18	
K	2,8	4,5	4,5	3,8	3,5	3,4	3,4	3,5	4,6	4,5	3,9	5,5
Na	127	135	135	136	136	135	137	139	135	132	139	135
Cl	102			80	91		108	102	96	98	105	99,2
Ca	1,2	1,2	1,2	1,2	1,0	1,2	1,1	0,5	1,4	1,8	2,5	
Proteine			73	54	91	55	46	50	60	65	52	
Albumina			24	28	55	26	27	28	30	38	29	48,9
Lactat			2,3	2,1	0,6	0,9	0,5	0,4	0,7	1,3		
Bilirubuna totală		46	66	65	64	129	148	147	58	28	18	12,3
Bilirubina directă		22	24	22	22	79	86	89	34	16		7
Bilirubina indirectă		24	42	43	42	50	62	56	24	12	18	5,3
Fosf. alcalină		178			116				345	86		
Ureea		7,4	5,8	9,6	10,7	7,6	5,8	4,9	3,5	18,4	7,4	
Creatinina			99	106	116	63	76	57	84	94	72	28,1
Glucosa		6	4	7,9	5,5	5,5	5	5,6	8,8	10	4,8	132
AST		61	70	123	94	68	40	26	27	111	35	65
ALT		20	17	106	96	69	39	20	13	107	38	71
Amilaza sângelui			36	24	24	28	11	11	21	25	25	

Așadar, în perioada postoperatorie la recipientă s-au constatat următoarele complicații:

1. Rejet acut al grefei, apărut la a 12-a zi postoperatorie, tratat prin modificarea terapiei imunosupresive.
2. Revărsat pleural în cantități mici, apărut la a 3-a zi postoperatorie.
3. Un episod de convulsii, apărut din cauza unei reacții adverse la preparatele imunosupresive. Recipienta a fost externată în stare satisfăcătoare la a 32-a zi postoperatorie.

Concluzii

1. Transplantul hepatic este o metodă chirurgicală definitivă de tratament al bolilor hepatice în faza terminală.
2. Transplantul hepatic de la donator viu este o alternativă eficientă în rezolvarea problemei de deficit de organe preluate de la donatori aflați în moarte cerebrală.
3. Transplantul hepatic de la donator viu reprezintă o intervenție chirurgicală cu riscuri mari, care impune

împărțirea sistemului vascular și a parenchimului hepatic în așa fel încât să răspundă atât necesităților donatorului, cât și celor ale recipientului.

Bibliografie

1. Abecassis M., Adams M., Adams P., Arnold R.M., Atkins C.R., Barr M.L. et al. *Live Organ Donor Consensus Group. Consensus statement on the live organ donor*. In: JAMA, 2000; nr. 284, p. 2919-2926.
2. Belghiti J., Hiramatsu K., Benoist S., Massault P., Sauvanet A., Farges O. *Seven hundred forty-seven hepatectomies in the 1990s: An update to evaluate the actual risk of liver resection*. In: J. Am. Coll. Surg., 2000; nr. 191, p. 38-46.
3. Choi S.J., Gwak M.S., Kim M.H., Yang M., Ko J.S., Hahm T.S., Kim G.S. *Differences of perioperative liver function, transfusion, and complications according to the type of hepatectomy in living donors*. In: Transpl. Int., 2005; nr. 18, p. 548-555.
4. Fan S.T., Lo C.M., Liu C.L., Tso W.K., Wong J. *Biliary reconstruction and complications of right lobe live donor liver transplantation*. In: Ann. Surg. 2002; nr. 236, p. 676-683.
5. Ichida T., Matsunami H., Kawasaki S., Makuuchi M., Harada T., Itoh S., Asakura H. *Living related-donor liver transplantation from adult to adult for primary biliary cirrhosis*. In: Ann. Intern. Med., 1995; nr. 122, p. 275-276.
6. Kabon B., Nagele A., Reddy D., Eagon C., Fleshman J.W., Sessler D.I., Kurz A. *Obesity decreases perioperative tissue oxygenation*. In: Anesthesiology, 2004; nr. 100, p. 274-280.
7. Nanashima A., Yamaguchi H., Shibasaki S. et al. *Comparative analysis of postoperative morbidity according to type and extent of hepatectomy*. In: Hepatogastroenterology, 2005; nr. 52, p. 844-848.
8. Popescu I. *Transplantul hepatic*. București: Editura Academiei Române, 2011.
9. Raia S., Nery J.R., Mies S. *Live transplantation from live donors*. In: Lancet 1989; nr. 2, p. 497.
10. Renz J.F., Kin C.J., Saggi B.H., Emond J.C. *Chapter 47: Outcomes of living donor liver transplantation*. In: Busuttill R.W., Klintmalm G.B., eds. *Transplantation of the Liver*. Philadelphia: Elsevier, 2005, p. 713-724.
11. Sander Florman, Charles M. Miller Tulane University School of Medicine, Tulane University Hospital and Clinic, New Orleans, LA, and The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, OH. *Live Donor Liver Transplantation*. In: Liver Transplantation, 2006, nr. 12, p. 499-510.
12. Salvaggio P.R., Baker T.B., Koffron A.J. et al. *Comparative analysis of live liver donation risk using a comprehensive grading system for severity*. In: Transplantation, 2004; nr. 77, p. 1765-1767.
13. Sheung Tat Fan., William Ignace Wei., Boon Hun Yong. et al. *Living Donor Liver Transplantation*, 2nd Edition, 2011.
14. Strong R.W., Lynch S.V., Ong T.H., Matsunami H., Koido Y., Balderson G.A. *Successful liver transplantation from a living donor to her son*. In: N. Engl. J. Med., 1990; nr. 322, p. 1505-1507.
15. Suh K.S., Kim S.H., Kim S.B., Lee H.J., Lee K.U. *Safety of right lobectomy in living donor liver transplantation*. In: Liver Transpl., 2002; nr. 8, p. 910-915.
16. Thomas Bak, Michael Wachs, James Trotter, Gregory Everson. *Adult-to-Adult Living Donor Liver Transplantation Using Right-Lobe Grafts: Results and Lessons Learned From a Single-Center Experience*. In: Liver Transplantation, vol. 7, no. 8 (August), 2001, p. 680-686.
17. Trotter J.F. *Selection of donors and recipients for living donor liver transplantation*. In: Liver Transpl., 2000; nr. 6(suppl. 2), p. S52-S58.
18. Umeshita K., Fujiwara K., Kiyosawa K., Makuuchi M., Satomi S., Sugimachi K. et al. *Operative morbidity of living liver donors in Japan*. In: Lancet, 2003; nr. 362, p. 687-690.
19. von Ungern-Sternberg B.S., Regli A., Schneider M.C., Kunz F., Reber A. *Effect of obesity and site of surgery on perioperative lung volumes*. In: Br. J. Anaesth., 2004; nr. 92, p. 202-207.
20. Yasuhiko Sugawara, Masatoshi Makuuchi. *Living donor liver transplantation: present status and recent advances*. In: British Medical Bulletin, 2005; nr. 75 and 76, p. 15-28.

Vladimir Hotineanu, prof. univ., dr. hab.,
Om Emerit, Laureat al Premiului de Stat,
membru corespondent al AȘ RM
Catedra Chirurgie nr. 2 USMF „N. Testemițanu”,
Chișinău, str. Testemițanu 29
Tel.: 373-22-205523; mob. 373-69134566
E-mail: catedra2chirurgie@gmail.com

HEPATITA CRONICĂ VIRALĂ B ȘI STATUTUL TIROIDIAN

Iuliana LUPAȘCO,

Laboratorul Gastroenterologie, Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Summary

Chronic hepatitis B and thyroid status

The functional state of the liver and of the thyroid gland were investigated in 52 patients with chronic viral hepatitis B (CVH B) AgHBe (+) and AgHBe (-) with anti-HBe (+). The control group included 30 practical healthy persons. Functional disorders of the thyroid gland were recorded in 44.23% of CVH B cases. Hypothyroidism was diagnosed more often in male patients with positive anti-HBe (46.16%). The state of hypothyroidism in patients with chronic hepatitis B requires a balanced approach of replacement therapy with thyroid hormones, because hypothyroid state in these patients often reflects a compensatory mechanism of improving the evolution of liver disease.

Keywords: CVH B, tiroid status, hipothyroidism.

Резюме

Хронический вирусный гепатит В и функциональное состояние щитовидной железы

Функциональное состояние печени и щитовидной железы было параллельно исследовано у 52 пациентов