

30. Lee S.G., Hwang S., Moon D.B. et al. *Expanded indication criteria of living donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma at one large-volume center.* In: Liver Transpl., 2008; nr. 14, p. 935–945.
31. Hoffmann K., Hinz U., Hillebrand N. et al. *Risk factors of survival after liver transplantation for HCC: a multivariate single-center analysis.* In: Clin. Transplant., 2011; nr. 25, p. E541–E551.
32. de Lope C.R., Tremosini S., Forner A. et al. *Management of HCC.* In: J. Hepatol., 2012; nr. 56 (Suppl. 1), p. S75–S87.
33. Sauer P., Schemmer P., Uhl W., Encke J. *Living-donor liver transplantation: evaluation of donor and recipient.* In: Nephrol. Dial. Transplant., 2004; nr. 19 (Suppl. 4), p. iv11–iv15.
34. Sandhu L., Sandroussi C., Guba M. et al. *Living donor liver transplantation versus deceased donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma: comparable survival and recurrence.* In: Liver Transpl., 2012; nr. 18, p. 315–322.
35. Taketomi A., Shirabe K., Toshima T. et al. *The long-term outcomes of patients with hepatocellular carcinoma after living donor liver transplantation: a comparison of right and left lobe grafts.* In: Surg. Today, 2012; nr. 42, p. 559–564.
36. DuBay D.A., Sandroussi C., Kachura J.R. et al. *Radio-frequency ablation of hepatocellular carcinoma as a bridge to liver transplantation.* In: HPB (Oxford), 2011; nr. 13, p. 24–32.
37. Bouchard-Fortier A., Lapointe R., Perreault P. et al. *Transcatheter arterial chemoembolization of hepatocellular carcinoma as a bridge to liver transplantation: a retrospective study.* In: Int. J. Hepatol., 2011; p. 974514.
38. De Luna W., Sze D.Y., Ahmed A. et al. *Transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma as downstaging therapy and a bridge toward liver transplantation.* In: Am. J. Transplant., 2009; nr. 9, p. 1158–1168.
39. Dutkowski P., Oberkofler C.E., Bechir M. et al. *The model for end-stage liver disease allocation system for liver transplantation saves lives, but increases morbidity and cost: a prospective outcome analysis.* In: Liver Transpl., 2011; nr. 17, p. 674–684.
40. Dutkowski P., Oberkofler C.E., Slankamenac K. et al. *Are there better guidelines for allocation in liver transplantation? A novel score targeting justice and utility in the model for end-stage liver disease era.* In: Ann. Surg., 2011; nr. 254, p. 745–753, discussion 753.
41. Zhang Z.M., Guo J.X., Zhang Z.C. et al. *Therapeutic options for intermediate-advanced hepatocellular carcinoma.* In: World J. Gastroenterol., 2011; nr. 17, p. 1685–1689.
42. Tsochatzis E.A., Germani G., Burroughs A.K. *Transarterial chemoembolization, transarterial chemotherapy, and intra-arterial chemotherapy for hepatocellular carcinoma treatment.* In: Semin. Oncol., 2010; nr. 37, p. 89–93.
43. Oliveri R.S., Wetterslev J., Gluud C. *Transarterial (chemo)embolisation for unresectable hepatocellular carcinoma.* In: Cochrane Database Syst. Rev., 2011; p. CD004787.
44. Wilhelm S.M., Adnane L., Newell P. et al. *Preclinical overview of sorafenib, a multikinase inhibitor that targets both Raf and VEGF and PDGF receptor tyrosine kinase signaling.* In: Mol. Cancer Ther., 2008; nr. 7, p. 3129–3140.
45. Bruix J., Raoul J.L., Sherman M. et al. *Efficacy and Safety of Sorafenib in Patients with Advanced Hepatocellular Carcinoma: Subanalyses of a Phase III Trial.* In: J. Hepatol., 2012.
46. Hoffmann K., Franz C., Xiao Z. et al. *Sorafenib modulates the gene expression of multi-drug resistance mediating ATP-binding cassette proteins in experimental hepatocellular carcinoma.* In: Anticancer Res., 2010; nr. 30, p. 4503–4508.
47. Sansonno D., Lauletta G., Russi S. et al. *Transarterial chemoembolization plus sorafenib: a sequential therapeutic scheme for HCV-related intermediate-stage hepatocellular carcinoma: a randomized clinical trial.* In: Oncologist, 2012; nr. 17, p. 359–366.
48. Qu X.D., Chen C., Wang J. et al. *The efficacy of TACE combined sorafenib in advanced stages hepatocellular carcinoma.* In: BMC Cancer, 2012; nr. 12, p. 263.
49. Thomas M.B., O'Beirne J.P., Furuse J. et al. *Systemic therapy for hepatocellular carcinoma: cytotoxic chemotherapy, targeted therapy and immunotherapy.* In: Ann. Surg. Oncol., 2008; nr. 15, p. 1008–1014.
50. Sanyal A.J., Yoon S.K., Lencioni R. *The etiology of hepatocellular carcinoma and consequences for treatment.* In: Oncologist, 2010; nr. 15 (Suppl. 4), p. 14–22.

**Serghei Burgoci**, cercetător științific,  
Laboratorul de cercetări științifice  
Chirurgia reconstructivă a tractului digestiv,  
IP USMF Nicolae Testemițanu,  
tel.: +37368470434,  
e-mail: serghei81@mail.ru

CZU: 616.361–007.271–089.844

REZULTATELE LA DISTANȚĂ  
ȘI CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR  
CE AU SUPTAT OPERAȚII RECONSTRUCTIVE  
PENTRU STRICTURI BILIARE BENIGNE

**Alexandru FERDOHLEB,**

Catedra Chirurgie nr. 2,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

**Summary**

**Remote results and quality of life of patients who underwent reconstructive surgery for benign biliary strictures**

*The aim of the study was to evaluate remote outcomes of the treatment of benign biliary strictures (BBS) through Roux-en-Y hepaticojejunostomosis, analysis of patients' quality of life and elaboration of an optimal surgical approach for the future to ensure a functional long term bilio-enteral flux. Remote results were analyzed in 203 patients who underwent bilio-digestive reconstruction, aa. 1989-2017. There were investigated indicators of Quality of Life of the patients after the surgery, at different stages, based on SF-36 score. Results: the reconstructive treatment included the following surgical techniques: choledocojejunostomy –*

86 (42,4%) cases, hepaticojejunostomy – 102 (50,2%) cases and bihepaticojejunostomy – 15 (7,4%) cases. Based on clinic-evolutive classification, were found following remote outcomes „very good” in 123 (60,6%) cases; „good” in 39 (19,2%) cases; „relative satisfactory” – 18 (8,9%) cases and „unsatisfactory” in 23 (11,3%) cases. SF-36 allowed a global evaluation of quality of life of the patient with biliary benign stricture, assessing meticulously any deviation of indicators at different clinical stages. The clinical efficiency of reconstructive interventions performed in 88,67% observations was demonstrated. Score SF-36 is a predictive factor for assessing QoL at patients with reconstructive interventions of BBS, allows clinicians to identify persons with risks of remote postoperative complications.

**Keywords:** quality life, benign biliary strictures, choledochojejunostomy, hepaticojejunostomy, bihepaticojejunostomy

### Резюме

**Отдалённые результаты и качество жизни пациентов после реконструктивных операций из-за доброкачественных стриктур в желчных протоках**

Целью исследования была оценка результатов лечения доброкачественных стриктур желчных протоков (ДСЖП) с помощью гепатикоjeюноанастомоза на Ру, анализ качества жизни пациентов и разработка оптимальных хирургических подходов желчно-функционального обеспечения на длительный период. Проанализированы результаты хирургического лечения 203 больных с ДСЖП в период 1989-2017 годов. Проведено исследование показателя качества жизни (КЖ) пациентов на различных послеоперационных этапах на основе оценки SF-36. Реконструктивное хирургическое лечение ДСЖП, которые были структурированы согласно классификации Bismuth, включили следующие хирургические методики: холедохоjeюноанастомоз – 86 (42,4%) случаев, гепатикоjeюноанастомоз – 102 (50,2%) случаев и бигепатикоjeюноанастомоз – 15 (7,4%) случаев. Установили следующие результаты: «очень хороший» в 123 (60,6%) случаях; «хороший» в 39 (19,2%) случаях; «относительно удовлетворительный» – 18 (8,9%) случаев и «неудовлетворительный» в 23 (11,3%) случаях. Оценка SF-36 позволила провести системную оценку КЖ больных с ДСЖП, тщательно проанализировав любое отклонение от нормы показателей на разных стадиях заболевания. Анализ отдалённых результатов показал клиническую эффективность реконструктивных вмешательств в 88,67% наблюдений. Оценка SF-36 является оптимальным прогностическим тестом для аттестации КЖ у пациентов с реконструктивными вмешательствами на желчное дерево по поводу ДСЖП, что позволяет непосредственно клиницистам идентифицировать субъектов с риском развития отдалённых послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** качество жизни, доброкачественные билиарные стриктуры, холедохоjeюноанастомоз, гепатикоjeюноанастомоз, и гепатикоjeюноанастомоз

### Introducere

Abordarea chirurgicală a stricturilor benigne este cel mai important factor determinant al rezultatelor postoperatorii pe termen lung. Tratatamentul stenozelor postoperatorii este exclusiv unul chirurgical. Scopul tratamentului reconstructiv al stricturilor biliare postoperatorii este asigurarea pe termen lung a unui flux biliar-enteral prin intermediul hepaticojejunooanastomozei (HJA) și evitarea unei restricturi ulterioare. HJA a devenit deja un standard în reconstrucțiile biliare pentru stricturi biliare benigne (SBB), recunoscut la nivel mondial. Majoritatea studiilor dedicate impactului HJA pe ansa Roux prezintă o rată de succes postoperatoriu de 90-98%. Există cercetări de evaluare la o distanță de peste 10 ani postoperatorii, ce ne demonstrează o eficacitate clinică înaltă a metodei, stabilind rezultate bune de la 82% până la 98% cazuri. Este un rezultat de performanță al tehnologiilor de realizare a stomelor contemporane, bazate pe o conduită și o evaluare clinică bine ajustate pentru aceste cazuri dificile. O analiză comparativă a publicațiilor din ultimul deceniu evidențiază un declin evident spre zero al mortalității postoperatorii, fapt explicat prin perfecționarea tehnicilor de realizare a HJA și prin pregătirea calitativă preoperatorie a pacienților cu stricturi [2, 14].

În mai multe studii bibliografice constatăm că 10-35% din cazurile de intervenții chirurgicale pe ductul biliar sunt însoțite de dezvoltarea complicațiilor postoperatorii tardive. Stenoza anastomozelor biliodigestive aplicate survine, conform datelor prezentate de numeroși autori, în 8,3-30,0% cazuri [10, 17]. Ea este cea mai severă complicație dintre cele posibile la distanță. Cea mai frecventă complicație la distanță, după HJA, este angiocolita, fiind un semn primar al dezvoltării unor probleme cu funcționalitatea anastomozei, la început doar funcționale, apoi cicatriceale, ireversibile.

Motivul principal pentru apariția colangitei postoperatorii, deseori asociate cu icterul tranzitor, este dezvoltarea stenozei HJA. Desigur că sunt și alți factori, cum ar fi stricturile segmentare de canale biliare intrahepatice, prezența calculilor biliari formați supranastomotice. O evaluare corectă a rezultatelor operațiilor reconstructive necesită o lungă supraveghere, deoarece unele complicații, cum sunt stricturile anastomotice sau ciroza biliară secundară, pot să apară la un interval de mai mulți ani după intervenția reconstructivă [4, 10].

Printre factorii etiologici care stau la baza stricturii HJA, apărute foarte devreme după operația reconstructivă, se află: deficiențele tehnice intraoperatorii, tehnica chirurgicală necorespunzătoare situației clinice, materialele de sutură necorespun-

zătoare, tensiunea la nivel de parteneri de anastomoză, electrocauterizarea excesivă a țesuturilor, dezvoltarea infecției în toate țesuturile implicate în actul operatoriu. Aceste fenomene necesită o reevaluare științifică minuțioasă, deoarece ridică o serie de întrebări fără răspunsuri sugestive [3, 5].

În ceea ce privește cauzele apariției stricturilor anastomotice cu un debut clinic târziu, putem evidenția următoarele: cicatricile fibroase, care rezultă din ischemie de bont biliar; materialele de sutură de calitate joasă, ce mențin un proces inflamator cronic; dehiscențele parțiale de anastomoză în perioada nemijlocită postoperatorie, ce duc ulterior la un proces fibroplastic sever; bilioragiile tranzitorii; colangitele de reflux. Aceste probleme sunt studiate incomplet și ridică în fața chirurgiei practice multe întrebări [7, 12].

În prezent, evaluarea eficacității tratamentului chirurgical reconstructiv al stricturilor biliare benigne se efectuează în baza rezultatelor pe termen lung, care reprezintă dovezi obiective de manifestare a bolii, a indicatorilor de laborator și a metodelor de cercetare imagistică. În ultimii ani, cercetările științifice au implementat pe scară largă metodologia studierii calității vieții (CV) postoperatorii în diferite intervale de timp, fiind percepută ca un instrument nou și inovator de cercetare. Studiul calității vieții ne permite să facem o analiză mai profundă a componentelor sănătății umane cu mai multe fațete, în conformitate cu criteriile OMS, și anume a problemelor fiziologice, psihologice și sociale ale persoanei bolnave.

Marea experiență internațională în studierea calității vieții reprezintă posibilități promițătoare ale acestei metode pentru toate sectoarele medicinei clinice și pot fi utilizate împreună cu indicatorii clinici tradiționali de monitorizare a eficacității tratamentului chirurgical. Prin urmare, considerăm că este important de a studia calitatea vieții la pacienții cu stricturi biliare benigne. Eficacitatea implementării anastomozelor biliodigestive trebuie să fie evaluată în perioada postoperatorie imediată și la distanță. Investigarea complexă ne poate ajuta la rezolvarea problemei de reabilitare a pacienților și de revenire a lor la o viață normală [1, 8, 9, 11, 13].

### Material și metode

Studiul de tip transversal, cu etape retrospectivă și prospectivă, a fost realizat la Catedra *Chirurgie* nr. 2 a USMF *Nicolae Testemițanu*, în perioada 1989-2017. Pacienții incluși în eșantionul etapei „studiu clinic controlat” au fost evaluați într-o perioadă de 2-5 ani. Ei au fost informați detaliat asupra riscurilor și beneficiilor fiecărei etape de investigație a studiului și au semnat consimțământul informat specific. În cadrul acestei cercetări au fost respectate principiile etice

fundamentale de cercetare și cele ale Declarației de la Helsinki. Metodologia cercetării a fost aprobată pozitiv de Comitetul de Etică a Cercetării al USMF *Nicolae Testemițanu*.

Eșantionul de studiu transversal descriptiv-analitic a cuprins 203 pacienți cu stricturi biliare benigne ale căilor biliare principale (CBP).

Reprezentativitatea și fezabilitatea eșantionului au fost estimate prin intermediul formulei clasice statistice a incidenței lezării iatrogene a căilor biliare: la colecistectomia tradițională (0,55%); la colecistectomia laparoscopică (1,95%); la rezecția stomacului (1,70%).

### Rezultate obținute

Vârsta medie a celor 203 pacienți a fost de  $49,15 \pm 0,94$  de ani, cuprinsă în intervalul de 21-78 ani, din ei 37 (18,2%) au fost bărbați și 166 (81,8%) – femei. La momentul internării pacienților cu stricturi biliare postoperatorii pentru intervenția reconstructivă s-a constatat următorul tablou clinic, în funcție de simptomatologia și manifestările clinice: colică biliară în 103 ( $50,7 \pm 4,93\%$ ) cazuri; icter – 157 ( $77,3 \pm 3,34\%$ ) cazuri; prurit cutanat – 104 ( $51,2 \pm 7,36\%$ ); hepatomegalie – 32 ( $15,8 \pm 6,45\%$ ); fatigabilitate – 140 ( $69,0 \pm 3,91\%$ ) cazuri; fistule biliare externe – 137 ( $67,5 \pm 4,01\%$ ) cazuri. Simptomatologia descrisă este direct proporțională cu intensitatea suferinței biliohepatice cronice, motivate de leziunea biliară suportată, de operațiile reparatorii sau de drenarea arborelui biliar. Iar intensitatea semnelor clinice este explicată prin gradul de drenaj al arborelui biliar, volumul de bilă care nimerea în tractul digestiv, prezența complicațiilor septice locale sau a angiocolitei, icterul mecanic tranzitor sau persistent, gradul de insuficiență hepatică.

Examenul imagistic efectuat a permis o sistematizare a nivelului de strictură a CBP. Ca bază pentru sistematizarea cazurilor de stricturi biliare a fost folosită clasificarea profesorului Bismuth. Așadar, în studiu s-au apreciat 6 (3,0%) pacienți de tip I, 92 (45,3%) de tip II, 90 (44,3%) de tip III, de tip IV – 15 (7,4%) cazuri și de tip V – 0 cazuri.

Menționăm că în cazul stricturilor Bismuth tipurile I și II, în coledocojejunostomia (ChJA) terminolaterală am aplicat ca partener anastomotic coledocul și ansa Roux, ca standard de tehnică chirurgicală gastrobiliară. Aceasta a fost realizată în 86 (42,4%) din cazuri.

În cazul „stricturilor înalte” – Bismuth tip III – s-a realizat hepaticojejunostomia (HJA). Acest procedeu s-a confruntat cu faptul că bontul biliar a avut dimensiuni mici și a avut în continuare incizii longitudinale pe canalul stâng, iar uneori pe ambele canale hepatice. De regulă, aceste derivații înalte

necesită drenarea gurii de anastomoză. Drenarea s-a realizat după procedeul Veolker, separat pentru fiecare canal biliar, pentru un termen de 2-3 luni. HJA a fost realizată în 102 (50,20%) cazuri, din ele 47 (23,15%) au fost cu incizii prelungite pe ambele canale hepatice.

Pentru stricturile de tip IV, când joncțiunea canalelor hepatice este distrusă totalmente, lăsând ambele canale separate în plagă, efectuând operația de reconstrucție, am avut mari dificultăți tehnice. Intraoperatoriu am eliberat canalele hepatice din parenchimul hepatic și țesutul fibros. Elementul esențial care ne-a ghidat intervenția chirurgicală a fost rezecția până la țesut sănătos. Am realizat anastomoze separate ale fiecărui canal biliar cu ansa Roux, folosind sutură rezorbabilă 6/0 ordinară într-un singur plan, sub control de optică chirurgicală în 15 (7,4%) cazuri. Au fost situații când canalul hepatic drept era foarte scurt și am fost nevoiți să-l sectionăm și să anastomozăm canalul paramedian drept și cel lateral drept separat cu ansa jejunală. Anastomozele s-au finalizat cu o drenare separată a canalelor după procedeul Veolker pe un termen de cel puțin 6 luni.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în majoritatea cazurilor, în medie durata spitalizării a fost de  $11,97 \pm 0,16$  zile pe întregul eșantion, cu amplitudinea de la 8 până la 20 de zile. Mortalitatea postoperatorie în etapa operațiilor reconstructive a fost de „zero” cazuri. Complicații imediate postoperatorii după operațiile chirurgicale de reconstrucție au fost înregistrate în 69 (34,0%) de cazuri.

Complicația postoperatorie cea mai de temut a fost abcesul postoperatoriu, depistat la 1 (1,4%) pacient. Situația a fost rezolvată prin drenaj percutanat ECO-ghidat, fără necesitatea de a interveni clasic. Cu cea mai mare frecvență a fost biliografia tranzitorie în primele 72 de ore postoperatorii, apreciată la 24 (34,8%) pacienți, care nu au necesitat intervenții adăugătoare, fiind clarificată odată cu restabilirea pasajului intestinal postoperatoriu. Supurarea de plagă a fost înregistrată la 15 (21,7%) bolnavi și a fost rezolvată conservativ prin pansamente aseptice. Cele mai alarmante complicații postoperatorii au fost dehiscențele parțiale de anastomoză, stabilite la 12 (17,4%) pacienți. Aceste cazuri s-au soluționat conservativ, datorită unei drenări intraoperatorii cu un sistem de drenaj atât posterior, cât și anterior de anastomoză, în ansamblu cu drenajul transanastomotic după Veolker.

Complicații hemoragice postoperatorii au fost întâlnite în varianta de hematom de plagă la 9 (13,0%) bolnavi, rezolvate prin asanare la pansamente lărgite, cu potențare anesteziologică. Complicații pulmonare postoperatorii au fost înregistrate în 7 (10,1%)

cazuri, majoritatea pneumonii sau bronhopneumonii datorate intubației prelungite. Consecințele infecției biliare grave suportate au fost marcate ca episoade de colangită la 1 (1,4%) pacient. Clinica a fost soluționată prin terapie antibacteriană țintită și tratament infuzional și hepatoprotector. Corelarea statistică a statusului clinic analizat, a indicilor biochimici, a nivelului de strictură cu toate morbiditățile postoperatorii a arătat că acestea au influențat direct probabilitatea apariției complicațiilor.

Toți pacienții au fost observați ambulatoriu pe termen de 3 luni de la intervenția inițială și apoi o dată la fiecare 6 luni. Au fost monitorizate simptomele clinice: pierderea sau creșterea în greutate, intoleranța la alimente, ictericitatea tegumentară, episoadele de colică biliară sau acutizările angiocolitei. Toți pacienții, la fiecare vizită de supraveghere, au fost examinați clinic prin teste funcționale hepatice, prin examene cu ultrasunet și, la necesitate, prin colangio-RMN, pentru o evaluare a anastomozei biliodigestive.

Pentru a atinge dezideratul postoperatoriu de eficiență clinico-funcțională a tratamentului chirurgical reconstructiv al SBB, sunt indispensabile două elemente de bază: primul va include un program diagnostic-curativ de evaluare al stricturilor biliare benigne pre- și postoperatorii în diferite etape clinice; al doilea va prezenta evaluarea la distanță atât a bilanțului clinic, cât și a calității vieții postoperatorii în diferite etape.

Analiza timpului scurs până la apariția complicațiilor la distanță în funcție de tehnica chirurgicală aplicată a permis elucidarea următorului raport: coledocojejunoanastomoza –  $13,64 \pm 0,69$  luni, hepaticojejunoanastomoza –  $13,27 \pm 0,73$  luni, bihepaticojejunostomia –  $12,50 \pm 2,5$  luni. Observăm un fenomen obiectiv: cu cât strictura a fost mai severă, cu atât mai repede au apărut complicațiile la distanță. Acest fenomen este lămurit în primul rând prin: starea bontului biliar la momentul reconstrucției, diametrul CBP și particularitățile pereților biliari la anastomozare, eficiența drenării arborelui biliar, persistența angiocolitei după operație, dehiscențele de anastomoze postoperatorii. Recurgem la studierea fiecărui factor, pentru a obiectiviza impactul lor în particular și tipul complicației dezvoltate la distanță, iar analiza detaliată ne va permite să evităm complicațiile pe viitor.

#### **Analiza calității vieții în eșantionul cu stricturi biliare benigne cu chestionarul SF-36 în studiul clinic controlat**

Evaluarea aspectelor legate de calitatea vieții pacienților cu stricturi biliare benigne este utilizată pe scară largă în studii clinice, însă este necesar de subliniat importanța acestor mijloace de evaluare

în practica clinică. Pentru clinicieni, scopul evaluării calității vieții la pacienții cu stricturi biliare benigne constă în evaluarea efectelor operațiilor reconstructive asupra simptomatologiei și identificarea impactului negativ al bolii asupra activităților zilnice [6, 15]. În zilele noastre se subliniază tot mai mult aspectele legate de calitatea vieții și de mijloacele de evaluare a acesteia, precizându-se instrumente cât mai complexe de apreciere, cu aplicabilitate clinică, studii ulterioare rămânând însă de a elucida acest deziderat pe viitor.

Chestionarul-formular 36 (SF-36) este un instrument răspândit printre chestionarele privind calitatea generală a vieții în învățământul primar sau de îngrijire medicală, precum și în diferite boli cronice, inclusiv în SBB. SF-36 este considerat cel mai universal scor pentru măsurarea calității vieții, utilizat pentru compararea diferitelor subgrupuri de pacienți din rândul populației. Se compune din 36 de întrebări, grupate în 8 categorii, în cazul în care un criteriu primar este dimensiunea fizică și cea psihică a persoanei examinate. Rezultatele SF-36 permit concluzii adecvate, în intervalul de la 0 la 100, care indică nivelul actual al calității vieții pacientului. Zero puncte înseamnă cel mai prost rezultat posibil; pentru a obține cel mai bun rezultat sunt necesare 100 de puncte. Cu cât numărul de puncte obținute e mai mare, cu atât este mai bună calitatea vieții subiectului. Formă-standard, SF-36 analizează calitatea vieții în baza ultimelor 4 săptămâni.

Rezultatele tratamentului chirurgical au fost analizate prin prisma autoevaluării calității vieții pacienților în studiul de caz controlat ( $L_1$ ), evaluând-o în comparație cu grupul de control ( $L_0$ ). Grupul caz clinic a fost estimat la un nivel de reprezentativitate statistică și a cuprins un lot de 48 de pacienți și, respectiv, grupul control – 49 de pacienți fără stricturi biliare. Rezultatele obținute în urma cercetării calității vieții (CV) pacienților operați în cadrul clinicii universitare sunt destul de reprezentative. Chestionarul aplicat de noi în cercetarea calității vieții a fost *Short Form Health Survey* SF-36, fiind standardizat de OMS, care este la moment oficial tradus în limbă română și aplicat în alte cercetări la nivel național.

Menționăm că în grupul de comparare au intrat pacienții după colecistectomie, dar fără așa complicații precum stricturile biliare postoperatorii. Grupul caz clinic (48 de pacienți) a cuprins trei subgrupuri clinice, aranjate în funcție de operația reconstructivă: choledochojunostomia (ChJA), hepaticojunostomia (HJA) și bihepaticojunostomia (BHJA).

Aceste chestionare au fost completate de pacienți cu următoarea periodicitate: preoperatoriu, 3 luni, 6 luni și 12 luni după intervenția chirurgicală.

Din considerente de etică, chestionarul preoperatoriu (baze-line) a fost completat la externare din staționar. Aplicarea analogului român al chestionarului universal SF-36 a inclus 36 de întrebări, sistematizate tipic și grupate în 8 grupe de itemi.

Evaluarea la parametrul clinico-funcțional a rezultatelor la distanță ne-a permis cumulara datelor într-o bază de date. Analiza datelor cumulate a fost realizată în baza clasificării propuse de profesorul John Terblanche și colab. (1990), ce reprezintă un standard acceptat pentru serviciile chirurgicale la nivel mondial [16]:

- gradul I: nu există simptome biliare;
- gradul II: simptome tranzitorii, în prezent – nici un simptom;
- gradul III: simptome clare, care necesită terapie medicală;
- gradul IV: strictură recurentă, care necesită corecție, sau deces corelat.

Gradele I și II au avut rezultate „excelente” și „bune”, gradul III – „rezonabile”, gradul IV – „slabe”. Acest scor este foarte răspândit în comunitatea medicală, este folosit în exclusivitate pentru evaluarea calității vieții prin aspectele clinice la pacienții cu reconstrucții biliare și constituie o scară de referință bine adaptată. Calitatea vieții legată de sănătate este deci reprezentarea mentală sau percepția pacientului de a trăi și a percepe boala sa sau simptomele sale ca un handicap. Această apreciere apelează la date obiective și subiective, ce țin cont de dimensiunile clinico-somatice, fizice, psihice și sociale, care va fi pentru noi temă de cercetare pe viitor.

Perioada medie de supraveghere la distanță a fost de  $29,89 \pm 0,48$  de luni, cu amplitudinea de interval de la 2 până la 68 de luni. Rezultate excelente sau bune s-au obținut la 134 (66,01%) de pacienți, pe când cei 69 (33,99%) pacienți rămași au prezentat rezultate rezonabile sau slabe. Pentru evaluarea calității vieții în stadiul postoperatoriu la distanță cu o periodicitate de 3, apoi respectiv la fiecare 6 luni postoperatorii s-a utilizat scorul de apreciere prezentat de J. Terblanche. Menționăm patru grupuri fundamentale pentru scala de evaluare. Toate rezultatele au fost măsurate cu ajutorul unei baze de date numerice.

În cadrul acestei evaluări am remarcat că evoluțiile cele mai bune din punct de vedere al indicatorilor cercetați au fost stabilite pentru grupul I, apreciat în 123 ( $60,6 \pm 4,41\%$ ) cazuri cu o veridicitate de  $p 1,2 < 0,001$ ;  $t=5,38$ . Acești pacienți au manifestat o însănătoșire durabilă și o lipsă de acuze din partea sistemului hepatobiliar, cu o reîncadrare integrală în activitatea socială. Grupul II a acumulat rezultate satisfăcătoare, constatate în 39 ( $19,2 \pm 6,31\%$ ) cazuri, cu o veridicitate de  $p 2,3 > 0,05$ ;  $t=1,10$ . Toți bolnavii

au avut o stare de sănătate foarte bună, doar episodic au prezentat semne clinice, tranzitorii după evoluție, pentru o hepatobiliopatie cronică. Ultimele nu au avut niciun impact serios asupra stării de sănătate. Stările acestea erau corijate prin dietoterapie, hepatoprotectoare, pe care le primeau episodic ambulatoriu.

Grupul III a cuprins pacienții ce au prezentat acuze în momentul examenului cu teste ce confirmau dereglarea funcției hepatobiliare. Acest grup a inclus 18 (8,9±6,91%) pacienți ( $p > 0,05$ ;  $t = 0,25$ ). Toți aceștia au necesitat spitalizări episodice în staționar chirurgical, cu realizarea unor tratamente infuzionale, hepatoprotectoare sub un control multidisciplinar, ce includea chirurgul hepatobiliar, hepatologul, gastroenterologul, endoscopistul, imagistul. Tratamentul aplicat permitea o compensare a stării de sănătate și evitarea progresării suferinței hepatobiliare. Un moment nefericit a fost că marea majoritatea din ei și-au schimbat profilul și regimul activității sociale.

Grupul IV a fost reprezentat de pacienții cu recidivă de strictură de cale biliară și dereglarea esențială a funcției hepatobiliare pe un fundal de angiocolită de reflux sau hepatită colestatică severă. Aceste situații le-am sesizat la 23 (11,3±6,75%) pacienți cu o veridicitate de  $p < 0,001$ ;  $t = 6,12$ . În toate 23 de cazuri au fost constatate stricturi ale HJA și ca urmare am fost impuși de a efectua plastia gurii de anastomoză cu elemente de tip Heineke-Mikulicz. Intervenția a avut drept scop lichidarea stricturii și refacerea anastomozei în limitele țesuturilor sănătoase, prezente pe linia de anastomoză. Toate cazurile au prezentat intraoperatoriu un proces fibroplastic la nivel de hepatojejunostomie, iar însuși ductul biliar nu era implicat în cicatrice, prezentând țesut normal sub aspect macroscopic. Acest moment a fost decisiv în omiterea necesității de a refăce integral anastomoza și de a realiza doar o plastie a gurii de anastomoză, folosind sutură atraumatică de tipul PDS 5/0-6/0, amplasată într-un singur plan, și cu drenare separată a ambelor canale hepatice. Drenurile au fost menținute până la 6 luni, având rol de carcasă pentru stabilizarea formării gurii de anastomoză.

În urma studiilor efectuate în cadrul cercetării CV prin intermediul scorului SF-36, am identificat chiar și variațiile minime ale indicatorilor calității vieții la pacienții cu stricturi biliare benigne. Evoluția detaliată per element a scorului SF-36 a constatat că grupul de control al pacienților care au completat SF-36 au un scor al calității vieții foarte înalt. Totodată, rezultatele în urma autoevaluării din partea pacienților sunt convingătoare (vezi tabelul).

Rezultatele preoperatorii privind calitatea vieții (SF-36) subiecților din lotul de studiu în funcție de operația efectuată

Parametri / Scale CV:	Lotul-caz (L) (n=48)			Lotul-control (L <sub>0</sub> ) P <sub>L0</sub> ±ES <sub>L0</sub> (n=49)
	ChJS P <sub>LA</sub> ±ES <sub>LA</sub> (n=10)	HJS P <sub>LB</sub> ±ES <sub>LB</sub> (n=34)	BHJS P <sub>LIC</sub> ±ES <sub>LIC</sub> (n=4)	
Funcția fizică (PF)	46,7±16,63 $p < 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 2,54$	41,2±8,44 $p < 0,001$ ; $t_{LIB-L0} = 5,22$	31,2±26,74 $p < 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 2,19$	90,4±4,21 semnificația statistică
Rol fizic (RP)	51,1±16,66 $p > 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 1,81$	48,3±8,57 $p < 0,001$ ; $t_{LIB-L0} = 3,41$	29,4±26,30 $p > 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 1,99$	82,8±5,39 semnificația statistică
Durere somatică (BP)	36,1±16,01 $p < 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 2,00$	42,1±8,46 $p < 0,01$ ; $t_{LIB-L0} = 2,68$	28,1±25,95 $p > 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 1,59$	70,7±6,50 semnificația statistică
Sănătate generală (GH)	36,7±16,06 $p > 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 1,65$	34,7±8,16 $p < 0,01$ ; $t_{LIB-L0} = 2,90$	27,8±25,86 $p > 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 1,41$	65,5±6,79 semnificația statistică
Vitalitate (VT)	40,1±16,33 $p > 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 1,54$	40,1±8,40 $p < 0,05$ ; $t_{LIB-L0} = 2,54$	31,3±26,77 $p > 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 1,31$	67,4±6,69 semnificația statistică
Funcția socială (SF)	47,2±16,64 $p < 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 2,12$	44,2±8,51 $p < 0,001$ ; $t_{LIB-L0} = 4,01$	26,3±25,42 $p < 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 2,23$	84,2±5,21 semnificația statistică
Rol emoțional (RE)	60,7±16,28 $p > 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 1,31$	60,3±8,39 $p < 0,05$ ; $t_{LIB-L0} = 2,30$	37,4±27,93 $p > 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 1,61$	83,2±5,34 semnificația statistică
Sănătate mentală (SM)	53,1±16,63 $p > 0,05$ ; $t_{LIA-L0} = 0,56$	52,1±8,56 $p > 0,05$ ; $t_{LIB-L0} = 1,00$	20,4±23,14 $p > 0,05$ ; $t_{LIC-L0} = 1,78$	63,1±6,89 semnificația statistică

Rezultatele și datele evaluării parametrului Funcția fizică (PF) din lotul-caz au evidențiat că pacienții care au suportat operații reconstructive de tipul BHJA au prezentat un scor de trei mai mic comparativ cu lotul de control (31,2%). În acest subgrup au fost incluși 4 pacienți. Totodată, menționăm că parametrul PF este cu 10% mai înalt la pacienții cu HJA și cu 15,5% la cei cu ChJA (la 41,2% și respectiv la 46,7%), cu o diferență statistic semnificativă ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$  și respectiv  $p < 0,05$ ).

Parametrii calității vieții din compartimentul Sănătate fizică au cuprins parametrii de Funcție fizică (PF), Rol fizic (RP), Durere somatică (BP) și Sănătate ge-

nerală (GH). În etapa preoperatorie, acești parametri au fost evaluați, stabilind un nivel la limita de jos, având indicatorii sub 35% și în medie evoluând în limitele de 35-65%. La toți acești parametri pacienții cu BHJA au înregistrat un scor la nivelul cel mai de jos și de trei ori mai mic, comparativ cu cel înregistrat pentru lotul de control.

Parametrii calității vieții din compartimentul *Sănătate mentală* au cuprins următorii parametri: *Vitalitatea* (VT), *Funcția socială* (SF), *Rolul emoțional* (RE) și *Sănătatea mentală* (SM). Au fost evaluați integral la toți bolnavii din ambele grupuri de cercetare. Pacienții cu BHJA, în etapa preoperatorie, au prezentat un scor la limitele joase (sub 35%), cu diferență statistic semnificativă ( $p < 0,05$ ), pentru doi din acești parametri. Bolnavii cu HJA, în etapa preoperatorie, au avut un scor de nivel mediu (35-65%) la trei parametri de cercetare și de nivel înalt (peste 65%) doar la RE, cu o diferență statistic semnificativă ( $p < 0,05$  și  $p < 0,001$ ) pentru doi parametri. În subgrupul pacienților cu ChJA, la fel ca și în etapa preoperatorie, am atestat un scor mediu (35-65%) la trei parametri și un scor înalt (peste 65%) la RE, cu o diferență statistic semnificativă (figura 1).

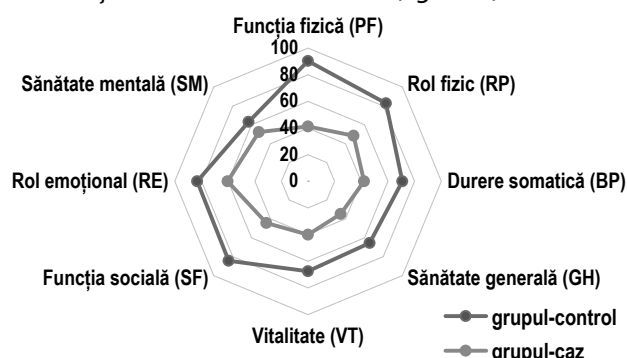


Figura 1. Parametrii calității vieții la pacienții cu SBB în etapa preoperatorie reconstructivă, chestionarul SF-36 (%)

Pacienții din grupul-caz au fost supravegheați la distanță și invitați la controlul medical la trei luni după operația reconstructivă. Pacienții au completat forma SF-36 și rezultatele autoevaluării s-au comparat cu datele preoperatorii. Cele mai semnificative schimbări pozitive au fost înregistrate la parametrii legați de sfera emoțională (RE): pacienții după ChJA au o creștere cu 17% la scor; pacienții după HJA au o creștere cu 15% la scor; bolnavii după BHJA au o creștere cu 10% la scor. Totodată, constatăm descreșteri ne semnificative (2-3%) la scorul „Sănătatea mentală” la pacienții după ChJA și HJA.

Analiza rezultatelor chestionarului SF-36 aplicat la șase luni a evidențiat îmbunătățirea tuturor scorurilor calității vieții. Totodată, se menține raportul scorurilor dintre parametrii din etapele precedente de evaluare a calității vieții. Scorurile compartimentului

*Sănătate mentală* au avut o creștere mai rapidă în dinamică. Menționăm că scorul *Funcției sociale*, *Rolului emoțional* a crescut semnificativ în comparație cu indicii din etapa preoperatorie.

La un an după intervenția chirurgicală reconstructivă, putem să observăm dinamica pozitivă și aceeași tendință de îmbunătățire, ce marchează majoritatea pacienților în urma ChJA, HJA, BHJA. Rezultatele obținute tind la maximum spre indicii de normalitate, perceput pentru grupul de control, dar nici în unul din cazuri nu le-au depășit. Pacienții cu operații reconstructive pe căile biliare principale au scoruri mai joase, în comparație cu pacienții după colecistectomie fără complicații. O atenție specială trebuie acordată elementului *Durere somatică*, care s-a ameliorat spectaculos în etapele postoperatorii. De asemenea, scorul referitor la *Funcția socială* s-a ameliorat simțitor, probabil datorită reabilitării somatice și de recuperare activă, care au fost parte a unui program de conduită postoperatorie extrem de bine pus la punct, realizat nemijlocit în clinică (figura 2).

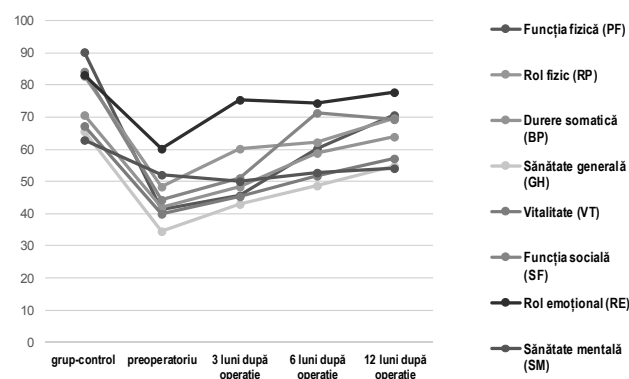


Figura 2. Evoluția generală a scorului SF-36: ameliorare liniară a indicatorilor la 6 și la 12 luni postoperatorii

Această ameliorare rezultă în mod direct din dispariția sau diminuarea handicapului motivat de stricturile biliare benigne, consecutiv unei intervenții chirurgicale reconstructive. În realitate, chirurgul îi propune pacientului să-i rezolve o disfuncționalitate organică severă la nivel de CBP, în cazul nostru – de înlocuire protetică a sectorului de strictură de cale biliară print-o anastomoză funcțională, în scopul de a ameliora o incapacitate biliohepatică ce stă la originea acestui handicap. Totodată, handicapul, cu răsunet multiplu pe planurile personal, social și profesional, necesită un număr mai mare de criterii de evaluare mai mult sau mai puțin cu tentă subiectivă – moment evaluat excelent prin intermediul scorului SF-36.

Calitatea vieții legată de sănătate, în viziunea noastră, este deci reprezentarea mentală sau percepția pacientului de a fi trăit și a fi perceput un handicap legat de stricturile biliare benigne (în cazul nostru) sau de simptomele sale (icter, angiolitită,

ciroză biliară). Această apreciere apelează la date subiective ce țin cont de dimensiunile fizice, psihice și sociale. Evaluarea calității vieții are un caracter multidimensional și face apel la tehnici ce țin de psihometrie și sociologie, adaptate pentru cercetarea clinică. SF-36 permite o mai bună evaluare globală a calității vieții pacientului cu stricturi biliare benigne, asigură diminuarea riscului efectului-plafon al unui scor funcțional specific cu evaluare limitată a acestei probleme de cercetare. Chestionarul SF-36 este deci adaptat evaluării calității vieții în chirurgia hepatobiliară.

### Concluzii

Un tratament chirurgical reconstructiv de performanță este posibil doar în condițiile unor centre chirurgicale specializate în chirurgia hepatobiliară, element indiscutabil în micșorarea complicațiilor postoperatorii și în evitarea recidivelor de stricturi biliare. Scopul final al tratamentului reconstructiv al stricturilor biliare postoperatorii este asigurarea pe termen lung a unui flux biliar-enteral prin intermediul HJA. Analiza rezultatelor la distanță a demonstrat eficiența clinică a intervențiilor reconstructive realizate în 88,67% din cazuri.

Rezultatele cercetării au demonstrat că intervențiile reconstructive, având ca bază anastomozele biliojejunale pe ansa Roux, în modificările Catedrei *Chirurgie nr. 2*, au fost tehnici chirurgicale eficiente pentru tratamentul stricturilor biliare benigne. Respectarea indicațiilor operatorii, a pregătirii preoperatorii, a tehnicii chirurgicale poate face din HJA, în cazul stricturilor biliare postoperatorii, o intervenție sigură. Pentru a evalua HJA, chirurgul are la îndemână un scor standardizat, elaborat de profesorul Terblanche, care permite evidențierea eficacității privind funcționalitatea și calitatea vieții somatice, datorate operației reconstructive. Chirurgul trebuie să aibă posibilitatea de a-și evalua pacientul, în scopul de a asigura o adaptare terapeutică eficientă și noneconomică a rezultatelor postoperatorii obținute.

Conform datelor obținute în studiul nostru, calitatea vieții pacienților a fost considerabil ameliorată printr-un program de recuperare special al clinicii noastre, care debutează chiar în perioada preoperatorie, prin consilierea pacientului în legătură cu starea sa postoperatorie și durata recuperării. Deși principiile acestui mod de recuperare au fost dezvoltate pe parcursul mai multor ani, inițial au fost aplicate limitat, iar apoi au fost integrate pentru intervențiile chirurgicale reconstructive la arborele biliar la nivelul serviciilor naționale de chirurgie specializată.

În viziunea noastră, SF-36 este un factor predictiv pentru evaluarea calității vieții la pacienții cu intervenții reconstructive pentru SBB, le permite clinicienilor și sistemelor de sănătate să identifice persoanele cu risc de complicații postoperatorii la distanță, care necesită spitalizări și corecții chirurgicale. SF-36 este un instrument de calitate de evaluare a CV, universal și bine ajustat pentru pacienții cu stricturi biliare benigne.

### Bibliografie

1. Boerma D., Rauws E. *Impaired quality of life 5 years after bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy – a prospective analysis*. In: Ann. Surg., 2001, no. 234, p. 750-757.
2. Han Liu, Sheng Shen, Yueqi Wang, Houbao Liu. *Biliary reconstruction and Roux-en-Y hepaticojejunostomy for the management of complicated biliary strictures after bile duct injury*. In: International Surgery Journal, 2015, vol 2, Issue 2, p.179-186.
3. Han Liu, Sheng Shen, Yueqi Wang, Houbao Liu. *Biliary reconstruction and Roux-en-Y hepaticojejunostomy for the management of complicated biliary strictures after bile duct injury*. In: Int. Surg. J., 2015, no. 2(2), p. 179-186.
4. Ji-Qi Yan, Cheng-Hong Peng, Jia-Zeng Ding, Wei-Ping Yang, et al. *Surgical management in biliary restructure after Roux-en-Y hepaticojejunostomy for bile duct injury*. In: World Journal of Gastroenterology, 2007, no. 13(48), p. 6598-6602.
5. Johnson S.R., Koehler A., Pennington L.K. Hanto D.W. *Long-term results of surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy*. In: Surgery, 2000, no. 128(4), p. 668-677.
6. Juan M. Sarmiento, Michael B. Farnell, David M. Nagorney, et al. *Quality-of-Life Assessment of Surgical Reconstruction After Laparoscopic Cholecystectomy-Induced Bile Duct Injuries What Happens at 5 Years and Beyond*. In: Arch. Surg., 2004, no. 139(5), p. 483-489.
7. Leslie H. Blumgart. *Blumgart's surgery of the liver, biliary tract, and pancreas*. In: Philadelphia, 2012, p. 2322.
8. Lillemoe K.D., Martin S.A., Cameron J.L. *Major bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Follow-up after combined surgical and radiologic management*. In: Annals of Surgery, 1997, no. 225(5), p. 459-471.
9. Melton G.B., Lillemoe K.D., Cameron J.L., Sauter P.A., Coleman J., Yeo C.J. *Major bile duct injuries associated with laparoscopic cholecystectomy: effect of surgical repair on quality of life*. In: Ann. Surg., 2002, no. 235, p. 888-895.
10. Michael F. Byrne. *Management of Benign Biliary Strictures*. In: Gastroenterology Hepatology (NY), 2008, no. 4(10), p. 694-697.
11. Moore D.E., Feurer I.D., Holzman M.D., et al. *Long-term detrimental effect of bile duct injury on health-related quality of life*. In: Arch. Surg., 2004, no. 139, p. 476-481.
12. Robert J. Moraca, Faye T., Lee, R.N., John A., Ryan Jr., L. William Traverso. *Long-term biliary function after reconstruction of major bile duct injuries with hepaticoduodenostomy or hepaticojejunostomy*. In: Arch. Surg., 2002, no. 137(8), p. 889-894.



13. Sarmiento J.M., Farnell M.B., Nagorney D.M., Hodge D.O., Harrington J.R. *Quality-of-life assessment of surgical reconstruction after laparoscopic cholecystectomy – induced bile duct injuries. What happens at 5 years and beyond.* In: Arch. Surg., 2004, nr. 139(5), p. 483-488.
14. Satoshi Hirano, Eiichi Tanaka, Takahiro Tsuchikawa. *Techniques of biliary reconstruction following bile duct resection.* In: Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences, 2012, no. 19, p. 203-209.
15. Schmidt S.C., Langrehr J.M., Hintze R.E. *Long-term results and risk factors influencing outcome of major bile duct injuries following cholecystectomy.* In: Brit. J. of Surgery, 2005, no. 1, p. 76-82.
16. Terblanche J., Worthley C.S., Spence R.A., Krige J.E. *High or low hepaticojejunostomy for bile duct strictures?* In: Surgery, 1990, no. 108(5), p. 828-834.
17. Tocchi A., Costa G., Lepre L., Liotta G., Mazzone G., Sita A. *The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures.* In: Ann. Surg., 1996, no. 224, p. 162-167.

**Alexandru Ferdohleb,**  
Catedra Chirurgie nr. 2,  
mob. 079401361

■ CZU: 616.34–002.44+616.36–002  
COLITA ULCEROASĂ ȘI PATOLOGIA  
HEPATICĂ VIRALĂ (ARTICOL DE SINTEZĂ)

**Alina JUCOV,**  
Disciplina Gastroenterologie,  
Departamentul Medicină Internă,  
USMF Nicolae Testemițanu

### Summary

#### *Ulcerative colitis and viral liver diseases*

*Inflammatory Bowel Disease (IBD) is associated with various hepatobiliary disorders, reported in both ulcerative colitis and Crohn's disease. The few epidemiological studies on UC and the interrelations with viral hepatic pathology which have been published, established the data not to be currently clear and represent a challenge for any researcher. The information generated from the studies on the analysis of HBV and / or HCV interrelationship in UC evolution conducted so far are unique and requires a new approach in the gastroenterologists' practice. The need for the conduct of such study occurred due to the lack of data available so far on the interrelation of viral hepatic pathology in the evolution of UC in patients in the Republic of Moldova.*

**Keywords:** *ulcerative colitis, inflammatory bowel disease, hepatobiliary disorders, hepatitis B, hepatitis C*

### Резюме

#### *Неспецифический язвенный колит и болезни печени*

*Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) ассоциируются с различными гепатобилиарными нарушениями,*

*как при неспецифическом язвенном колите (ЯК), так и при болезни Крона. Немногочисленные публикации эпидемиологических исследований ЯК и его связи с вирусной патологией печени не проясняют данную ситуацию, вызывающую трудности у всех исследователей. Информация, полученная на основе исследований по анализу связи между ВГБ и/или ВГС с эволюцией ЯК, не систематизирована и предполагает иной подход в практике гастроэнтерологов. Необходимость проведения подобного исследования исходит из недостатка до настоящего времени имеющихся данных о взаимосвязи вирусной патологии печени и течения ЯК у пациентов в Республике Молдова.*

**Ключевые слова:** *неспецифический язвенный колит, воспалительные заболевания кишечника, гепатобилиарная патология, гепатит В, гепатит С*

### Introducere

Actualmente, asocierea dintre colita ulceroasă (CU) și bolile hepatice virale este studiată insuficient. Publicațiile privind analiza interrelației patologiei hepatice virale cu evoluția CU sunt puține la număr.

Primele cazuri de reactivare a VHB în bolile inflamatorii intestinale (BII) au fost descrise după tratamentul cu infliximab în combinație cu prednisolonul și/sau azatioprina [1]. În literatura de specialitate se atestă un singur caz raportat cu privire la reactivarea VHB la un pacient cu BC tratat cu metronidazol și mesalamină [2]; alt caz privind reactivarea VHB la un bolnav cu colită ulcerativă, tratat cu prednisolon și azatioprină, a avut ca urmare o insuficiență hepatică fulminantă, care a necesitat transplant de ficat [3].

Situația din țările în curs de dezvoltare, mai ales cea din China, este și mai gravă. S-a raportat că rata prevalenței infecției cu VHB în China de Sud constituie 16,7%, acesta fiind cel mai crescut indice din întreaga țară [4], mult mai mare decât indicii raportați în statele occidentale [5].

În studiul retrospectiv chinez au fost incluși 675 de pacienți cu BII – 449 cu boală coronariană (BC) și 226 cu CU – consecutiv în perioada iulie 2006 – iulie 2012. Pacienții cu BC/CU au fost divizați în două grupuri, în funcție de detectarea markerului serologic HBsAg: grupul HBsAg pozitiv și grupul HBsAg negativ. Bolnavii cu BII cu hepatită cronică HVB aveau, de regulă, o vârstă mai înaintată comparativ cu cei cu infecție cronică VHB. Ratele infecției cu HBV (HBsAg pozitiv) au fost de 13,6%, 16,8% și 13,8% la BC și CU, comparativ cu populația generală (P = 0,418). Nu a fost constatată o diferență semnificativă în ceea ce privește evoluția clinică între pacienții cu HBsAg pozitiv și HBsAg negativ. Funcția hepatică nu a fost afectată de aplicarea terapiei imunosupresoare la pacienții cu BII, HBsAg pozitiv.

Rata de sedimentare a eritrocitelor (VSH), proteina C reactivă (HsCRP) și trombocitele au fost