

echinococului scoase în timpul operației. La 85% de pacienți au constatat pierirea elementelor embrionale a parazitului. Pacienții suportă preparatul bine, fără reacții adverse, după serie de tratament se restabilește metabolismul proteino-aminoacidic, afară de aceasta preparatele au o acțiune imunomodulatoare, nu mai slabă decât la Tactivină.

### **Bibliografie**

1. Eldar M., Gadjiev R., Mimica Z. "Radical surgical treatment of the hydatid disease of the liver" Проблемы эхинококкоза, Махачкала, 2000, с. 147-148.
2. Corlette M.B. Echinococcal disease. Ann. Surg., 1976, 183. vol.1, p.90.
3. Garcia I.L., Alvarez de Felipe A.L., Redondo-Gardena P.A. .. /Parazitologie, Res. - 1998- vol. 84, №5. – p. 417-420.
4. Kuyin N.M., Lotov A.N., Musaev G. Ch. „Complex treatment of hidatic liver disease /Hepatogastroenterologia/ 1998, - Vol. 45, Suppl 11.
5. Popescu H., Ciupe R. „Cercetări asupra uleiului volatil din frunzele de nuc subțire și în faza gazoasă” Chim. Anal. (RSR) – 1972 – vol. 2, nr. 2, p.168-169.
6. Popovici Gh., Vintila Z., Neogust. Probleme de diagnostic și tratament chirurgical în chistul hidatic hepatic. + Viața medicală, 1977, vol. 3. p. 111-114.
7. Radulescu S., Angelescu N., Horvat T. Et al. Parazitol. Res. - 1998, sep. – vol. 84, nr. 9 p. 715-719.
8. Robert Tolan Jr, MD, Chief, Division of Allergy, Immunology and Infectious Diseases; The Children’s Hospital at Saint Peter’s University Hospital, Clinica Associate professor of Pediatrics, Drexel University College of Medicine. “Echinococcosis: Treatment and Medication”. Medscape’s Continually Updated Clinical Reference. Jan. 22, 2009.
9. Ахмедов И.Г., Хамидов А.И., Мехмидов Р.Т. «Современные аспекты химиотерапии эхинококкоза» /Проблемы эхинококкоза / Махачкала 2000 с. 22-23.
10. Бирюков Ю.В., Стреляева А.В., Чебышев Н.В. «Биологический подход к хирургическому лечению эхинококкоза лёгких» /Грудная и сердечно-сосудистая хирургия/ - 1998. №5. – с. 49-52.
11. Гостищев В.К., Стреляева А.В., Шамсиев А.Л. Иммуный статус, Иммунодиагностика и иммунокоррекция при хирургическом лечении эхинококкоза печени. /Ann-Chir. – 1999 - №4 – с. 39-47/.
12. Дадвани С.А., стреляева А.В., Гостищев В.К. Малоинвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе. /Ann. Chir. – 2000 - № 4 – с. 38-46.

## **TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CHISTULUI HIDATIC HEPATIC**

**Alin Bour, Sergiu Scurtu, Angela Roșca, Tatiana Savin**  
Curs Chirurgie, Facultatea Stomatologie USMF ”N. Testemițanu“

### **Summary**

#### ***Surgical treatment of the liver hydatid cyst***

The study included 40 patients that were diagnosed with liver hydatid cyst. We found necessary to evaluate the effectiveness of the methods of treatment in traditional and laparoscopic surgery, and also the frequency of postoperative complications. The first group included 30 patients who underwent traditional surgery with a rate of the complications of 16,67%. In the second group that included 10 patients was performed laparoscopic surgery and the complication rate was 20%. The results of the study guides to use a particular surgical approach depending on the size and the location of hepatic hydatid cysts.

### **Rezumat**

În studiu au fost incluși 40 de pacienți diagnosticați cu chist hidatic hepatic. A fost

apreciată eficacitatea metodelor de tratament chirurgical tradițional și laparoscopic și a complicațiilor postoperatorii. Primul lot a inclus 30 pacienți la care au fost efectuate intervenții chirurgicale tradiționale, rata complicațiilor constituind 16,67%. Lotul II a inclus 10 pacienți la care au fost efectuate intervenții chirurgicale laparoscopice, rata complicațiilor fiind 20%. În rezultatul studiului a fost determinată tactica chirurgicală în dependență de dimensiunile și localizarea chisturilor hidatice hepatice.

### **Actualitatea temei**

Boala hidatică se caracterizează printr-o largă distribuție în lume și capătă o severitate deosebită datorită absenței timp îndelungat a semnelor clinice și a depistării ei în stadii tardive. Aproximativ 70 % din chisturile hidatice sînt localizate în ficat, iar ¼ din acestea sînt chisturi multiple. Lobul drept este afectat în 85 % cazuri. Rezolvarea problemei cavității restante, după tratamentul chirurgical a chistului hidatic hepatic rămîne a fi încă de dispută atît în literatura de specialitate cît și între diferite școli de chirurgie. În cazul chisturilor hidatice mici, cu localizare periferică sau superficială, chistectomia ideală sau rezecțiile de ficat își găsesc indicația optimă, în schimb localizările centrale impun o conduită aparte, ce lasă locul de cele mai multe ori a unei cavități restante, sursă a unor complicații peritoneale, uneori extrem de grave pentru viața pacientului. Există situații precum ar fi localizările periculoase a chisturilor (centrale, craniale, postero-superioare a ficatului), unele chiar fără exteriorizare la suprafața ficatului, la care rezecțiile de ficat ar impune un sacrificiu prea important de țesut hepatic, iar perichistectomia ar putea fi riscantă prin vecinătatea venelor suprahepatice sau a venei cave. În toate aceste situații este necesar un abord chirurgical și o tactică aparte. Chirurgia modernă, prin numeroasele tehnici pe care le utilizează pentru eliminarea integrală a membranei proligeră și a lichidului hidatic cu elemente fertile, precum și prin tehnicile folosite pentru lichidarea cavității perichistice, a îmbunătățit mult prognosticul echinococoziei. Analizînd rezultatele tratamentului chirurgical tradițional al CHH se poate spune că la nivelul actual de dezvoltare a chirurgiei rezultatele sînt relativ satisfăcătoare. Ridicat rămîne și nivelul recidivelor echinococoziei (5-25%) [1, 3, 4, 5, 7]. În legătură cu aceasta o atenție deosebită necesită implimentarea în practică a tehnologiilor chirurgicale miniinvazive de tratament al CHH. Dezvoltarea chirurgiei laparoscopice face posibilă efectuarea nu numai a diferitor variante de chistectomii, dar și a metodelor radicale – perichistectomii, hepatectomii, cu rezultate satisfăcătoare [4, 5, 7, 12, ]. Una din problemele principale ale tehnicii laparoscopice în cazul CHH rămîne a fi diseminarea formațiunilor parazitare în cavitatea abdominală intraoperator, ceea ce determină apariția complicațiilor de genul reacțiilor alergice generalizate sau apariția unei hidatidoze secundare. Cu scopul micșorării apariției acestor complicații este necesară aplicarea meșelor îmbibate cu soluții paraziticide împrejurul chistului, poziționate cu ajutorul troacărului cu fixator special.

Operațiile laparoscopice pot fi efectuate doar în cazurile unor localizări predilecte a chisturilor pe ficat. Astfel operabile laparoscopic sînt chisturile din segmentele V-VI a lobului drept, din segmentele II-III a lobului stîng, acestea avînd o localizare superficială [1, 3, 4, 7, 9, 12]. Intervențiile chirurgicale laparoscopice sînt însă contraindicate în cazul plasării profunde, intraparenchimatoase a chisturilor, de asemenea implantarea acestora în segmentele VII-VIII a lobului drept, din cauza disecării unei porțiuni impunătoare de parenchim hepatic. Abordul laparoscopic nu poate fi efectuat de asemenea și din cauza unor intervenții anterioare, mai ales în porțiunea superioară a cavității abdominale.

### **Scopul studiului**

Studierea eficacității diferitor metode de tratament chirurgical și a complicațiilor postoperatorii ale chistului hidatic hepatic.

### **Material și metode**

În studiu au fost incluși 40 de pacienți cu chist hidatic hepatic ce s-au aflat la tratament la Spitalul Clinic Militar Central și la Spitalul Clinic Feroviar Central în perioada anilor 2000-2009.

A fost efectuat un studiu retrospectiv în baza fișelor de observație de pe parcursul anilor 2000-2009. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 18 și 75 ani. Din cei 40 de pacienți 31 (77,50%) provin din mediul rural, și doar 9 (22,50%) locuiesc în orașe. În ceea ce privește localizarea chisturilor, 26 (65 %) de chisturi au fost detectate în lobul drept al ficatului, 9 chisturi (22,50 %) în lobul stâng al ficatului și 5 (12,50 %) în ambii lobi hepatici. Pacienții au fost investigați preoperator, stabilindu-se astfel în 35 % hipereozinofilie, iar în 65 % creșterea probei VSH și leucocitoză moderată, ce denotă adresarea pacienților pentru ajutor medical în stadiul de supurare. Primul lot a inclus 30 de pacienți cărora li s-a efectuat tratament chirurgical tradițional:

- Chistectomie ideală : pentru chisturi mici necomPLICATE, în 12 cazuri (40%)
- Perichistectomie parțială cu secționarea membranei perichistice și plombarea cavității restante cu epiploon fără drenare în 5 cazuri (16,67%)
- Perichistectomie parțială cu drenare cavității restante și a spațiului subdiafragmal și subhepatic în 10 cazuri (33,33%)
- Rezecție atipică a ficatului în 3 cazuri (10%)

Lotul al doilea a inclus 10 pacienți la care au fost efectuate intervenții chirurgicale laparoscopice :

- Chistectomie ideală celioscopică- 1 caz (10%)
- Perichistectomie parțială cu secționarea membranei perichistice și plombarea cavității restante cu epiploon, fără drenare - 3 cazuri (30%)
- Perichistectomie parțială cu drenarea ulterioară a cavității restante – 6 cazuri (60%)

### **Rezultate**

La pacienții din lotul I, au fost depistate complicații în 5 (16,67 %) cazuri . În urma operațiilor de perichistectomie parțială cu drenarea cavității restante au fost înregistrate 4 complicații, manifestate prin supurarea lojei restante (3 cazuri) și bilioragie postoperatorie (1 caz). Într-un caz după efectuarea rezecției atipice a ficatului, perioada postoperatorie s-a complicat prin apariția unei fistule biliare dirijate . În urma chistectomiilor ideale, n-au fost semnalate complicații.

La pacienții cărora li s-a efectuat perichistectomie parțială cu drenarea cavității restante, tuburile de dren au fost plasate în cavitatea restantă, în loja subhepatică, sau subdiafragmal, perioada de spitalizare fiind în mediu 14,5 zile, variind de la 6 zile în cazuri ușoare, pînă la 23 zile în cazul chisturilor gigante. Din cauza localizării în profunzime a chisturilor unde drenarea este puțin eficientă au fost observate supurări ale lojei chistului.

Pacienții care au fost supuși intervenției chirurgicale de perichistectomie parțială cu omentopexia cavității restante, au avut o perioadă de spitalizare mai mică . În aceste cazuri perioada cea mai mică de aflare în staționar a fost de 6 zile, iar cea mai mare a fost de 10 zile, în medie fiind de 8 zile.

La pacienții din lotul II au fost efectuate intervenții chirurgicale laparoscopice. Din cele 10 operații laparoscopice la doi (20 %) pacienți , în urma perichistectomiei parțiale cu drenajul extern al lojei chistului, au fost înregistrate complicații. La acești pacienți au fost efectuate trei intervenții consecutive, din cauza bilioragiei, supurării lojei chistului. La pacienții cărora li s-au efectuat perichistectomii parțiale cu omentopexie și chistectomii ideale nu au fost înregistrate complicații.

### **Discuții**

În perioada postoperatorie după efectuarea intervențiilor chirurgicale tradiționale complicații s-au înregistrat în 16,67% cazuri. Datele literaturii de specialitate relevă o rată a complicațiilor de 5-25% [6, 7, 8, 11]. Considerăm că supurarea lojei restante în 3 cazuri a avut loc din cauza prezenței cavității restante gigante și a localizării greu accesibile a chisturilor (S VII-VIII), ce a cauzat drenarea neadecvată a cavității restante.

La pacienții din lotul II, în 2 cazuri (20%) au fost observate complicații, apărute în urma

drenării neadecvate a cavității restante. Conform datelor literaturii, în urma intervențiilor chirurgicale laparoscopice rata complicațiilor este de 8-25% [4, 10, 12]. La unul din pacienți, chistul a fost localizat în S I-III, a lobului stîng al ficatului. Bursa omentală a fost drenată prin foramen Winslow. Drenarea lojei restante din S-I nu a fost eficace. Astfel a fost efectuată relaparatomia cu drenarea lojei restante a chistului din S-I. Din cauza situării propice, greu de drenat a cavității restante din S-I, s-a format un abces al lojei fostului chist. A treia intervenție chirurgicală a fost efectuată pentru drenarea abcesului.

La pacientul al II-lea chistul hidatic a fost situat în S VI-VII-VIII a lobului drept, avînd dimensiuni 13x15x15 cm. În timpul primei intervenții au fost evacuați 3 l de lichid străveziu. Cavitatea abdominală a fost drenată, cu eliminare percutană. După 5 zile situația pacientului s-a înrăutățit. A fost efectuată a doua intervenție chirurgicală. La revizia cavității abdominale s-a depistat bilă cu fibrină în cavitatea abdominală. După sanarea cavității abdominale și a lojei restante, a fost efectuată drenarea adecvată a cavității abdominale și a bazinului mic.

Metoda electivă de tratament al chistului hidatic hepatic rămîne a fi cea chirurgicală. Metodele chirurgicale tradiționale înregistrează rezultate relativ satisfăcătoare și necesită perfecționare continuă. Tratamentul chirurgical laparoscopic este unul de perspectivă și urmează a fi implimentat pe viitor, fiind efectuat în cazuri bine selectate și avînd indicații optime poate deveni o alternativă seducătoare la chirurgia tradițională.

### Concluzii

1. În cazul localizării chistului hidatic hepatic în S VII-VIII, sînt preferabile intervențiile chirurgicale tradiționale cu sau fără drenarea cavității restante. În cadrul studiului, în urma tratamentului chirurgical tradițional, complicațiile au avut o pondere de 16, 67 %.
2. Intervențiile chirurgicale laparoscopice sînt indicate în cazul localizării chistului hidatic în S V-VI, a lobului drept hepatic și S II-III a lobului stîng, cu localizare superficială a acestora. În urma intervențiilor chirurgicale laparoscopice efectuate în cadrul studiului, rata complicațiilor a fost de 20 %.

### Bibliografie

1. Ababii A., *Aspecte epidemiologice, diagnostice și de tratament a hidatidozei hepatice*. Jurnal Curier Medical N 2, 2003, p.39-43.
2. Alfleri S., Doglietto D., *Liver hydatid disease*, Journal of surgery, Issue 10, 2006, p. 70-73.
3. Bilge A., *Diagnosis and surgical treatment of hepatic hydatid disease*. Hepato-pancreato-biliare surgery 1994, N8 (12), p. 77-81.
4. Bour A., Curlat N., Cazacu L., Curlat E., Leșco A., Targon R., *Лапароскопические вмешательства при кистах печени*. 13-й Московский международный конгресс по эндоскопическо хирургии Москва 2009 стр 52-54.
5. Gudumac E., Babuci V., Tcacenco V., Jalbă A., *Aspecte clinico-evolutive în maladia hidatică*. Jurnal Arta Medica N 8, 2006, p. 109-112.
6. Țîbîrnă C., Andon L., Andon E., Pavliuc G., Pisarenco S., *Evoluția clinico-morfologică a chistului hidatic hepatic complicat și necomplicat*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, N 1 (10), Chișinău 2007, p. 157-163.
7. Абдулаев А. Г., Миронова В.И., Царенко И.Л., *Компьютерная томографическая диагностика объемных образований печени различного генеза*. Журнал Хирургия №6 2005, стр. 61-65.
8. Гайбатов С.Л., Гайбатова Д.С., *Клиника и лечение нагноившегося эхинококкоза печени*. Журнал Хирургия №6, 2006 стр. 16-18.
9. Мусаев А. И., *Новые подходы к хирургическому лечению эхинококкоза печени и профилактика осложнениям*, // Автореф. Дис. канд. Мед. наук, Бишкек 2000.
10. Чернышев В.Н., Панфилов К.А., Богданов В.Е., *Лечение хидатидного эхинококкоза печени*. Хирургия № 9, 2005, стр. 39-43.

11. Шангареева Р.Х., Гумеров А.А., Мамлеев И.А., Сатаев В.У., Парамонов В.А., *Видеолaparоскопическое лечение эхинококкоза печени у детей*. Детская хирургия, №6 2008, стр 32-36.

12. Шевченко Л. Харнас С.С., Самохвалов А.В. *Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени*. Хирургия №7 2004, стр. 49-54.

**SEMIOLOGIE ULTRASONOGRAFICĂ A REGIUNII INGHINALE  
ÎN DIFERITE FORME CLINICE ALE HERNIILOR INGHINALE**  
Nicolae Gladun<sup>1</sup>, Sergiu Ungureanu<sup>2</sup>, Veceslav Iavorschii<sup>3</sup>, Serghei Grati<sup>4</sup>  
Catedra Chirurgie FPM USMF "N. Testemițanu"

**Summary**

*Ultrasonographic semiology of inguinal region in  
different clinical forms of inguinal hernias*

There are a lot of methods of diagnostic and surgical treatment of inguinal hernia. In this study we purpose to describe the new methods of diagnostic of inguinal hernia based on clinical applications of ultrasonographic examination of inguinal area and to find the way that will improve clinical diagnostic of hernia, treatment results with modern laparoscopic procedures. We present results of a randomised controlled trial of clinical applications of ultrasonographic diagnostic of inguinal hernia. These reasons allow us to comprise in such kinds of revealing study. A high-resolution examination is capable of deciding whether an abnormality is in the abdominal wall or inside the abdominal cavity. Physical findings in abdominal wall pathologies have low specificity and often a clinically suspected intra-abdominal lump proves to be in the abdominal wall.

**Rezumat**

Corecției chirurgicale a herniilor inghinale sunt dedicate o multitudine de tehnici operatorii ( poate cele mai numeroase ) de la aplicarea suturilor simple, până la utilizarea procedeelor complicate.

Actualmente studiul de acest gen traversează etapa de acumulare a experienței în domeniu și aspiră la rezultate optimiste. În plan diagnostic în perioada pre și postoperatorie examenarea ultrasonografică a regiunii inghinale oferă o serie de avantaje. Aceste motive ne-au permis să ne includem și noi în aceste cercetări revelatorii.

**Introducere**

Examenarea ultrasonografică a fost efectuată cu scopul evidențierii structurilor anatomice a regiunii inghino-scrotale înainte de intervenție chirurgicală. Potențialul evidențierii ultrasonografice a acestor structuri ne-a determinat să folosim această metodă de examenare, fiind neinvazivă, informativă, simplă de efectuat. Aprecierea gradului de distrofie și dislocație anatomică a structurilor anatomice regiunii inghinale ne-a dat posibilitatea alegerii adecvate a tacticii de tratament chirurgical al herniilor inghinale.

Scopul examenării ecografice a regiunii inghino-scrotale este de a studia semiologia structurilor anatomice acestei regiuni în condițiile normale și patologice determinate de hernie, suprafața trigonului inghinal, inelului inghinal intern și extern, aprecierea gradul de distrofie a țesuturilor musculo-aponevrotice cât și evoluția plastiei parietale în perioda post-operatorie.

**Material și metode**

Lotul studiului a constituit 25 de indivizi cu structura anatomică inghinală normală, și 50 de pacienți purtători de hernii inghinale.

Sensorul ultrasonor se amplasa perpendicular țesutului cutanat, longitudinal și transversal