

## ARTICOLE ORIGINALE

# COMPLICAȚIILE PERITONEALE ALE CHISTULUI HIDATIC HEPATIC

## PERITONEAL COMPLICATIONS OF THE HYDATID DISEASE OF THE LIVER

### Rezumat

Au fost examinați 16 bolnavi cu chist hidatic hepatic erupt în cavitatea peritoneală și 51 bolnavi cu chist hidatic hepatic diseminat în cavitatea peritoneală. Bărbați au fost 30, femei-37 în vârstă de la 15 până la 65 ani. Diagnosticul este dificil. Bolnavii cu această complicație deseori sunt operați cu diagnosticul fals de apendicită acută, ulcer gastric și duodenal perforat, colecistită acută etc.. Este indicată operația de urgență care puțin se deosebește de cea pentru peritonită. Pentru profilaxia diseminării intraoperatorii importanță primordială aparține izolării cavității peritoneale. Puncția și evacuarea conținutului chisturilor cu instrumente speciale, asanarea minuțioasă a întregii cavități peritoneale.

Constantin ȚÎBÎRNĂ,

Vladimir HOTINEANU, Liviu ANDON,

Elvira ANDON, Galina PAVLIUC

*Catedra 2 chirurgie USMF „Nicolae Testemițanu”*

### Summary

Sixteen patients with liver hydatid cysts erupted in the abdominal cavity and 51 with dissemination of hydatid cyst in the abdominal cavity were examined. There were 30 male and 37 female patients aged between 15 and 65 years. Diagnosis is difficult. Patients with this complication are often operated for acute appendicitis, perforated gastric and duodenal ulcer, acute cholecystitis etc. The urgent operation is indicated, almost the same as for acute peritonitis. It is very important to isolate abdominal cavity, to use special instruments for evacuation of the cyst contents and careful sanitation of the whole abdominal cavity to prevent the dissemination during the operation.

### Actualitatea problemei

Complicațiile peritoneale prin multitudinea de aspecte clinice și prin evoluția, de regulă, către agravare, reprezintă unul dintre cele mai grave tablouri clinice din evoluția chistului hidatic hepatic, care sânt întâlnite cu o frecvență de la 5% până la 43% [ 8, 1, 5, 12, 7, 6, 16, 17, 15, 18, 14 ].

Puia I.C. și coaut.,2004, pe parcurs de 10 ani au analizat 160 pacienți cu chist hidatic hepatic, unde în 6 cazuri chistul a fost erupt în cavitatea peritoneală [10]. Ecografia în 4 cazuri a suspectat un chist hidatic hepatic erupt în cavitatea peritoneală. Di Cataldo A. și coaut.2005 au publicat o complicație rar întâlnită a chistului hidatic hepatic – perforare în cavitatea peritoneală cu tablou clinic de abdomen acut și șoc anafilactic. La laparotomie, efectuată în mod urgent, sa depistat 8 litri de lichid turbure cu generații. După operație semne anafilactice nu s-au observat posibil din cauza că supurarea conținutului a inactivat componentul alergic a chistului hidatic [4].

Derici H. și coaut.2006 au analizat rezultatele rupturii chistului hidatic hepatic în cavitatea peritoneală la 17 pacienți pe parcurs de 18 ani. Chisturi hidatice multiple în ficat și abdomen au fost prezente în 14 cazuri. Cauza rupturii în 5 cazuri a fost trauma abdomenului [3].

Insuficiența vasculară acută, urticaria și edemele sânt semnele sugestive a șocului anafilactic cauzat de ruptura chistului hidatic [9, 11, 13]. Diagnosticul perforării chistului hidatic în cavitatea peritoneală deseori este dificil. Bolnavii cu această complicație frecvent sunt operați cu diagnosticul fals: apendicită acută, ulcer gastric perforat, colecistită acută etc.. Datele aduse arată că această problemă continue să rămână actuală.

### Scopul

Prezentarea experienței noastre în diagnosticul și în tratamentul rupturilor chistului hidatic hepatic în cavitatea peritoneală și consecințele lor.

### Material și metode

Au fost examinați 16 bolnavi cu chist hidatic hepatic rupt în cavitatea peritoneală și 51 bolnavi cu chist hidatic hepatic diseminat în cavitatea peritoneală pe indici de incidență, manifestări clinice, rezultatele examinărilor de laborator și imagistice, metode de intervenții chirurgicale și complicații postoperatorii. Bărbați au fost 30, iar femei-37 în vârstă de la 15 până la 65 ani.

### Rezultate și discuții

Mai frecvent se rup chisturile hidatice voluminoase și supurate situate la suprafața ficatului, care au fost întâlnite în 5 cazuri, însă se mai pot rupe și chisturi hidatice necomPLICATE. Cauza nemijlocită, care duce la ruptură, servește trauma care a fost întâlnită într-un caz, schimbarea bruscă a presiunii intraabdominale la efort fizic – la 3 bolnavi. La ceilalți 12 pacienți cauza nemijlocită a rupturii nu a fost depistată. Ruptura chistului hidatic în cavitatea peritoneală deseori este neașteptată și poate aduce la peritonită hidatică închistată sau la peritonită generalizată.

În tabloul clinic al rupturii tipice a chistului hidatic în cavitatea peritoneală se pot evidenția perioada de șoc anafilactic întâlnită în două cazuri, ameliorare falsă și peritonită. Momentul rupturii tipice s-a manifestat cu debut acut, dureri violente în abdomen. Starea generală a bolnavilor este extrem de gravă. Poziție forțată, tegumentele pale, fața transpirată, pulsul filiform, TA scăzută.

În cazuri cu debut atipic când se perforază chistul hidatic supurat semnele de șoc anafilactic lipsesc sau sânt puțin pronunțate. Perioada a doua, de ameliorare falsă, este mai prelungită, iar peritonita hidatică este de obicei răspândită. Perforarea în cavitatea peritoneală este însoțită de durere pronunțată, care treptat cuprinde tot abdomenul, se asociază febra, tahicardia, la unii bolnavi dispare formațiunea palpabilă în abdomen.

Din cei 16 bolnavi cu ruptură a chistului hidatic în cavitatea peritoneală unul a fost internat pentru traumă închisă a abdomenului, altul pentru ocluzie intestinală, iar 12 pentru abdomen acut, inclusiv 6 pentru apendicită acută iar intraoperator a fost depistat chist hidatic hepatic rupt în cavitatea peritoneală. Aducem un caz pe care l-am considerat semnificativ.

**B.S.** 25 ani, internat în clinică la 10.03.1979 cu acuze de dureri acute în abdomen, grețuri și vomă. Este bolnav pe parcurs de 4 - 5 ore. Pulsul 86 /min, ritmic, TA 100/60 mm/Hg. Limba este uscată. Abdomenul moderat încordat, mai pronunțat în regiunea iliacă dreaptă, puțin participă la respirație. Semne peritoneale pozitive. Analiza sângelui: Leucocite -  $27,6 \times 10^9$ . Cu diagnosticul Apendicită acută, peritonită difuză bolnavul în mod urgent a fost operat. La laparotomie prin abordul chirurgical median s-a depistat chist hidatic 7x8 cm. pe fața anterioară a lobului drept a ficatului, aderat cu peritoneul, rupt în cavitatea peritoneală. Mărimea rupturii 0,2 x 0,3 cm. Pe canalul lateral drept a cavității peritoneale și în regiunea iliacă dreaptă lichid turbid și vezici fiice în diferite stadii de mortificare, care au fost înlăturate. Suplimentar au fost înlăturate vezicule fiice, lichid turbid și rămășiți de membrană proliferă din chistul hidatic hepatic rupt. Cavitatea peritoneală și cavitatea fibroasă din ficat a fost spălată cu soluție fiziologică, parțial au fost înlăturați pereții fibroși și drenată cavitate reziduală. Drenarea separată a cavității peritoneale. Diagnosticul postoperator: Boala hidatică. Chist hidatic supurat a lobului drept a ficatului erupt în cavitatea peritoneală. Peritonită seroasă difuză. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități deosebite și la 30-03-79 a fost externat în stare satisfăcătoare. Alteori durerile violente peste scurt timp se micșorează sau dispar și peste câteva luni sau câțiva ani la acești bolnavi se depistează desiminarea chistului hidatic în cavitatea peritoneală.

Tabloul clinic a desiminării chistului hidatic în cavitatea peritoneală depinde de starea, mărimea și localizarea chistului și dereglarea funcției organelor cavității peritoneale. De rând cu semne de intoxicare și alergice este specific mărirea treptată și progresivă a abdomenului în volum. Se evidențiază asimetria abdomenului.

La palparea abdomenului se determină formațiuni tumorale de consistență dur elastică, nedureroase sau puțin dureroase. Aducem un caz de aderesare tardivă:

**B.R.** 37 ani, a fost internată în clinică la 4-10-89 cu acuze de dureri în abdomen, grețuri, astenie, scădere ponderală. Sa îmbolnăvit în 1987 acut cu dureri violente în abdomen, care treptat au dispărut, dar bolnava a observat că abdomenul se mărește în volum. Sa adresat la medic, care a suspectat că se dezvoltă ciroză hepatică, ascită. În luna octombrie 1989 sa efectuat ecografia abdomenului și sa depistat Boala hidatică. Chisturi hidatice a ficatului, pancreasului, splinei și organelor din bazinul mic. A fost îndreptată în clinică. La internare stare de gravitate medie. tegumentele de culoare roz - pală. Pulsul 86/min., TA 100 / 60 mm Hg. Abdomenul moderat mărit în volum, dureros pe tot parcursul. Se determină formațiuni tumorale și lichid liber în

cavitatea peritoneală.

Examinările de laborator a fost fără particularități. Reacția serologică RHA din 16.10.1989 - 1:1024. S-a apreciat diagnosticul de Boala hidatică, Chisturi hidatice a ficatului, pancreasului, splinei și organelor bazinului mic. Sa efectuat operația Laparotomie prin incizie mediană largită.

În cavitatea peritoneală 9 litri de conținut purulent cu amestec de bilă și chisturi hidatice fiice multiple. Sa depistat chistul hidatic cu dimensiuni 15x18 cm. situat în lobul drept a ficatului  $S_{6,7,8}$ . Mărimea rupturii 0,3x0,5 cm. În  $S_{4,5}$  au fost depistate 3 chisturi 5x8 cm. care au fost evacuate de lichid hidatic și chisturi fiice. În epiploon 3 chisturi 10x12 cm și 3 chisturi în fundul de sac Douglas. Chisturile din sacul Douglas au fost extirpate iar cele din epiploon - înlăturate în bloc împreună cu epiploonul. La chistul hidatic din ficat s-a efectuat perichistectomia parțială cu drenarea cavității reziduale. Cavitatea peritoneală a fost spălată cu rifampicină 150 mg. și drenată.

Însămânțarea conținutului din cavitatea peritoneală a depistat B. piocianus rezistent la toate antibioticele. Diagnosticul postoperator: Boala hidatică. Chist hidatic a lobului drept a ficatului  $S_{6,7,8}$ , rupt în cavitatea peritoneală. Chisturi hidatice multiple a organelor cavității peritoneale. Peritonită difuză purulentă. Perioada postoperatorie a decurs greu. A fost externată la 18.01.1990 în stare satisfăcătoare.

Ruptura chistului hidatic în cavitatea peritoneală liberă determină o peritonită hidatică generalizată care se mai numește echinococoză secundară difuză peritoneală caracterizată prin multitudinea recidivelor hidatice peritoneale, pentru care la bolnavi se efectuează intervenții chirurgicale repetate. Aducem un caz tipic pe care l-am considerat concludent:

**B. P.**, 15 ani, fișa de observație 14911, a fost internat la 21.10.1981 cu acuze de slăbiciune, inapetență, retenție în dezvoltare fizică, dureri în abdomen. E bolnav pe parcurs de 3 ani. În anul 1980 a fost efectuată laparotomia și cu suspexie la tumoare malignă a cavității abdominale a fost îndreptat la institutul oncologic. Diagnosticul de tumoare a cavității abdominale a fost exclus și bolnavul a fost îndreptat în clinică cu diagnosticul Boala hidatică, Chist hidatic diseminat a organelor cavității abdominale. În clinică au fost efectuate explorări de laborator și instrumentale. Analiza generală a sângelui: Hb 120 g/l er-  $3,5 \times 10^{12}$ , L-  $7,2 \times 10^9$ , eoz- 2, bast.-1, segm.-62, limf.-31, mon.-4, VSH-24 mm/oră. Analiza urinei-norma. Bilirubina totală-18,2 mmol/l. ALaT-0,48, ASaT- 0,52, ureea - 5,6 mmol/l, proteina totală - 60 g/l, protrombina - 80.

Radiografia abdomenului - deformarea diafragmului din ambele părți de chisturile hidatice.

Ecografia cavității abdominale - chisturi hidatice multiple a organelor cavității abdominale. La 28-10-81 a fost efectuat operația: Perichistectomia parțială a ficatului, fundului de sac Douglas și rezecția omentului mare împreună cu chistele hidatice (fig.1).

Intraoperator au fost depistate chisturi hidatice multiple ale ficatului, splinei, omentului mare, spațiului subfrenic, fundului de sac Douglas, concrescute cu peritoneul parietal, o parte din ele mortificate. Cu greutate tehnice a fost rezecat omentul mare împreună cu chisturile hidatice, perichistectomia parțială a ficatului și fundul de sac Douglas. Chisturile hidatice din spațiul subfrenic nu au fost înlăturate în legătură cu starea gravă a bolnavului și au fost lăsate pentru etapa a doua a operației.

Perioada postoperatorie precoce a decurs fără particularități deosebite. După pregătire suplimentară la 14.01.1982 s-a efectuat

etapa a doua a operației - Perichistectomia parțială a chisturilor hidatice din spațiul subfrenic, ficat și splenectomia. Peste 6 ore



Fig. 1 Omentul mare împreună cu chistele hidatice

după operație au apărut semne de insuficiență cardio-vasculară pe fon de cașexie hidatică. Bolnavul a decedat.

La toți cei 6 pacienți, operați în mod urgent pentru abdomen acut și unul cu traumă închisă a abdomenului la care intraoperator s-a depistat chist hidatic hepatic rupt în cavitatea peritoneală, peste 4-11 ani s-a depistat recidivă a chistului hidatic hepatic și al altor organe ale cavității peritoneale, fapt pentru care s-au efectuat operații repetate.

La 6 bolnavi internați pentru apendicită acută, la care s-a depistat chist hidatic rupt, operațiile repetate au fost efectuate peste 1-4 ani. La bolnavul internat cu ocluzie intestinală, provocată de chisturi hidatice și ruptura unui chist în cavitatea peritoneală, la operația efectuată au fost înlăturate într-o ședință 20 chisturi de diferite dimensiuni.

Numai la 2 bolnavi operați cu 9 ani în urmă pentru chist hidatic rupt în cavitatea peritoneală recidive ale maladiei nu s-au depistat. 14 pacienți au suportat operații repetate: unul - 8 intervenții, 2 din ei - 7, 2 pacienți - 4 și restul 9 bolnavi câte 2 operații.

Intervențiile repetate nu pot duce în toate cazurile la extirparea tuturor chisturilor hidatice. În 8 cazuri a fost efectuată perichistectomia parțială, în 3 cazuri - perichistectomia parțială și omentoplastia. Perichistectomia combinată la bolnavii cu forme diseminate a fost efectuată în 4 cazuri și numai într-un caz a fost posibil de efectuat perichistectomia subtotală.

Perioada postoperatorie s-a complicat în 6 cazuri. Supurarea cavității reziduale din ficat a fost întâlnită în 3 cazuri, fistulă intestinală într-un caz, supurarea plăgii într-un caz, peritonită fibrinoasă purulentă, septicemie în alt caz, care a fost cauza decesului. Ceilalți 10 bolnavi continuă observarea la distanță pentru depistarea la timp a recidivelor.

Importanța deosebită la acest contingent îl ocupă profilaxia diseminării intraoperatorii. Pentru aceasta importanța primordială aparține izolării cavității peritoneale, puncția și evacuarea conținutului chisturilor cu instrumente speciale, asanarea minuțioasă a întregii cavități peritoneale. Chisturile hidatice hepatice diseminate în epiplon, peritoneu și organele bazinului mic a fost întâlnit la 20 bărbați și 31 femei în vârstă de la 15 până la 65 ani. Au suportat intervenții chirurgicale în trecut 35 bolnavi, dintre care pentru chist hidatic - 25. Celalți 10 pacienți au suportat operații pentru ocluzie intestinală, apendicită acută și intraoperator a fost depistat chist hidatic.

La 31 pacienți chistul hidatic a fost localizat în lobul drept, la 7- în lobul stâng și la 13 în ambii lobi. Localizarea chistului hidatic

pe fața subfrenică a ficatului a fost 8 cazuri.

Repartizarea bolnavilor în dependență de localizarea chisturilor hidatice diseminate și sex sunt aduse în tabelul 1.

Datele reflectate în tabelă demonstrează că chistul hidatic ficat - epiplon mai frecvent se întâlnește la femei, iar ficat și organele bazinului mic a fost întâlnit numai la femei. La 34 bolnavi chisturile hidatice erau în diverse stadii de mortificare, la 4 din ei erau semne de calcificare. Chisturi hidatice cu generații au fost întâlnite în 29

Tabelul 1  
Chist hidatic hepatic diseminat în epiplon, peritoneu și organele bazinului mic

Localizarea chisturilor hidatice diseminate	Sexul		Total
	Bărbați	Femei	
1. Ficat – epiplon	15	13	28
2. Ficat – epiplon, sac Douglas	5	12	17
3. Ficat – organele bazinului mic		6	6
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>51</b>

cazuri. Supurarea chistului hidatic din ficat sau din bazinul mic a fost găsit la 17 bolnavi.

La 34 bolnavi chisturile hidatice erau în diverse stadii de mortificare, la 4 din ei erau semne de calcificare. Chisturi hidatice cu generații au fost în 29 cazuri iar supurarea chistului hidatic din ficat sau din bazinul mic - la 17 bolnavi.

Mai rar a fost întâlnită supurarea chisturilor hidatice din epiplon. La 4 bolnavi chisturile hidatice erau de dimensiuni mari încât comprimau și deplasau organele din vecinătate.

Studiind anamneza îmbolnăvirii s-a constatat că din cei 25 bolnavi care au suportat în trecut operații pentru chist hidatic, în 4 cazuri perioada de timp de la prima operație pentru chist hidatic a fost de la 11 ani până la 33 ani cea ce pune la îndoială recidiva îmbolnăvirii.

Ceilalți 21 bolnavi prima dată au fost operați în diferite spitale și posibil nu a fost radicală intervenția chirurgicală primară. Este de menționat faptul că la acest contingent, îmbolnăvirea are debut cronic cu simptome clinice slab pronunțate. Slăbiciune și dureri moderate în abdomen au fost depistate în 43 cazuri.

Purită și icter a fost depistat la 4 bolnavi. Simptome dispeptice au fost la 32 bolnavi. Asimetria abdomenului a fost în 10 cazuri, hepatomegalie în 25 cazuri. Formațiuni tumorale palpabile în abdomen au fost la 20 bolnavi. Chistul hidatic primitiv al marelui epiplon este o localizare rară. Parazitul poate ajunge și să se grezeze primitiv la nivelul marelui epiplon pe cale arterială, după ce a traversat filtrul hepatic și pulmonar.

Mai poate pătrunde în circulația generală atât în sistemul cav superior, cât și în sistemul cav inferior ocolind filtrele hepatic și pulmonar, prin venele care la nivelul peretelui intestinal se varsă în cava abdominală sau prin anastomozele între vena portă și vena cavă inferioară sau prin venele hemoroidale inferioare și mijlocii. Localizarea secundară a parazitului la nivelul epiplonului este mult mai frecventă și se întâlnește după ruptura chisturilor hidatice a viscerelor abdominale.

Chisturile hidatice a mezoului se manifestă clinic relativ precoce. Acușele bolnavilor se referă la dureri în jurul ombilicului și mărirea abdomenului în volum. Diagnosticul chistului hidatic a mezoului intestinului necesită explorări în complex, inclusiv examinarea clinică, radiologică, ecografie, tomografie computerizată și reacții serologice. La majoritatea bolnavilor se palpează formațiune tumorală. Însă pe măsura creșterii chistului

se ivesc accese de dureri în abdomen și simptome dispeptice. Semne de ocluzie intestinală parțială au fost constatate la 2 bolnavi.

Bolnavii cu chisturi hidatice a bazinului mic acuză dereglări a actului de defecație și micțiune care au fost depistate la 2 bolnavi și dereglarea ciclului menstrual la o bolnavă. Examinarea rectală și vaginală în depistarea chistului hidatic a sacului Douglas și organele bazinului mic este obligatorie la bolnavii cu chist hidatic hepatic.

Radiografia abdomenului are o importanță deosebită care a fost efectuată la 25 bolnavi. Rezultatul examinării radiologice a confirmat hepatomegalia în 25 cazuri, deplasarea cupolei diafragmului spre torace la 2 și deplasarea organelor vecine la 4 bolnavi. Explorarea ficatului cu radioizotopi a fost efectuată la 24 bolnavi, ecografia la 32 și tomografia computerizată - la 2. Pentru stabilirea diagnosticului la 8 bolnavi a fost efectuată laparoscopia care n-a fost metodă definitivă pentru stabilirea topografică a chisturilor hidatice în cavitatea peritoneală. La 7 bolnavi au fost efectuate și alte explorări diagnostice ca colangiografia intravenoasă, fibrogastroduodenoscopia, pneumoperitoneum etc.

Măsurile de pregătire preoperatorie au fost îndreptate spre corecția funcțiilor dereglate a organelor și sistemelor și stabilirea localizării topografice a chistului hidatic. În majoritatea cazurilor localizările topografice definitive a chistului hidatic au fost stabilite intraoperator.

Abordul chirurgical la 39 bolnavi a fost prin laparotomie mediană mare de la procesul xifoideu până la regiunea suprapubiană. La 12 bolnavi abordul chirurgical a fost paralel cu rebordul costal drept. Intervențiile chirurgicale efectuate la bolnavii cu chist hidatic diseminat ficat-epiplon, sacul Douglas

și organele bazinului mic sânt aduse în tabelul 2.

Datele aduse în tabelă arată că la majoritatea bolnavilor a fost efectuată chistectomia ideală, perichistectomia parțială a ficatului, splinei, epiplonului, uterului și anexelor lui, urmată de perichistectomie combinată a chisturilor hidatice din ficat, epiplon, sacul Douglas și splenectomie. Rezeția epiplonului împreună cu chisturile hidatice a fost efectuată la 5 bolnavi. E de menționat faptul că la majoritatea din acești bolnavi chisturile hidatice localizate în mezoul intestinului, peretele uterului și anexe au fost depistate intraoperator în legătură cu ce tactica operatorie a fost schimbată forțat pe parcursul operației.

Cavitățile reziduale fie din ficat, mezoul intestinului sau fundul de sac Douglas la 22 bolnavi au fost drenate cu dren de siguranță. La 5 bolnavi cu cașexie hidatică intervenția chirurgicală a fost efectuat în mai multe ședințe.

Ceilalți 46 bolnavi au fost operați într-o ședință operatorie. Complicații postoperatorii au fost la 12 bolnavi: hemoragie - la un bolnav, supurarea cavității reziduale la - 4, supurarea plăgii la - 4 și insuficiența hepato-renală la 3 bolnavi. Au decedat 6 bolnavi. Cauzele decesului au fost: cașexie hidatică -3 cazuri, hemoragie din plaga ficatului-un caz, insuficiență cardiovasculară și hepatorenală -2 cazuri. La chisturi hidatice a ficatului și organelor cavității abdominale chistectomia ideală perichistectomia parțială, subtotală sau totală într-o ședință operatorie este justificată dacă permite situația anatomo-morfologică a chisturilor hidatice și starea bolnavului. Diagnosticul corect, spitalizarea la timp, revizia minuțioasă intraoperatorie a cavității abdominale, excluderea eșecurilor în tehnica operatorie sânt mijloacele de prevenire a complicațiilor la acest contingent de bolnavi.

**Tabelul 2.**

**Intervențiile chirurgicale la bolnavii cu chist hidatic diseminat**

Denumirea operației	Ficat, splină, epiplon, mezoul intestinului	Ficat, epiplon, sacul Douglas	Ficat, bazinului mic	Total
Chistectomia ideală și perichistectomia parțială a chistelor hidatice din ficat, splină, epiplon, mezoul intestinului, uterul și anexele lui.	23	11	6	40
Chistectomia ideală și perichistectomia parțială a ficatului, rezeția epiplonului împreună cu chisturile hidatice.	3	2		5
Perichistectomia combinată a chistelor hidatice din ficat, epiplon, sacul Douglas și splenectomia.	3	3		6
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>51</b>

**Bibliografie**

- BRATILOVEANU C. Chistul hidatic hepatic complicat.- Rezumatul tezei de doctorat. Iași, 1987.
- CHEN WQ, CHAI FL, GU SN. Experience in the surgical treatment of hepatic hydatidosis.// Chinese Journal of Surgery. 1994, 32(3):166-8.
- DERICI H, TANSUG T, REYHAN E, BOZDAG AD, NAZLI O. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts. World J Surg. 2006 Oct;30(10):1879-83; discussion 1884-5.
- DI CATALDO A, LANTERI R, CANIGLIA S, SANTANGELO M, OCCHIPINTI R, LI DESTRI G. A rare complication of the hepatic hydatid cyst: intraperitoneal perforation without anaphylaxis. Int Surg. 2005 Jan-Mar;90(1):42-4
- ERGUNEY S, TORTUM O, TASPINAR AH. et al. Les kystes hydatiques compliqués du foie.// Annales de Chirurgie. 1991, 45(7):584-9.
- HOTINEANU V, ABABII A. Unele aspecte de tactică diagnostică și operatorie în complicațiile hidatidozei hepatice.//Al 19-lea Congres Național de chirurgie. Hidatidoza hipatică. București, 1998, 74.
- LEVIAS S, WEISSBERG D. Traumatic rupture of hydatid cysts.// Canadian Journal of Surgery, 1996, 39(4):293-6.
- PACCIONE F. Rupture of parasitic cysts and spontaneous rupture of the liver.// Minerva chirurgica, 1974, 29(2):685-690.
- POPOVICI A, RADAN A, GRIGOROIU M. et al. Șocul anafilactic în cistul hidatic hepatic.// Chirurgia, 1997, 92(1) 67-72.
- PUIA IC, VLAD L, LANCU C, AL-HAJJAR N, POP F, BALA O, MUNTEANU D. Hepatic hydatid cyst ruptured in the peritoneum Chirurgia (Bucur).2004 Nov-Dec;99(6):541-4
- RUIZ-CASTRO M., VIDAL-MARCSOS A., DE FUTOS S. et al. Shock anafilactico por rotura traumática de quiste hidatidico hepatico desconocido.// Revista Espanola de Anestesiologia z Reanimacion, 1997, 44(8)321-3.
- SHAPIRA O, SIMON D, ROTHSTEIN H. et al. Rupture of hepatic echinococcal cyst by minimal blunt abdominal trauma.// Harefuah. 1992, 122(2):80-3.
- YAHYA AL., PRZYBYLSKI J., FOUAD A. et al Anaphylactic shock in a patient with ruptured hydatid liver cyst owing to trivial abdominal trauma.// J. of the Royal College of Surgeons of Edinburgh., 1997, 42, 6, 423-4.
- АБАСОВ Б. Х. ГАФАРОВ Б. М., ГАДЖИЕВ Д. Н. и др. Хирургическое лечение эхинококкоза печени.// Диагностика и лечение эхинококкоза. Баку, 1987, 51-52.
- АБИЖАНОВ Р.А. Осложненный и рецидивный эхинококкоз печени.// Автореф. дис. канд. мед. наук., М. 1980.
- ГИЛЕВИЧ Ю. С., КОМАХИДЗЕ М. Э., ВЕРЕЮТИН Ю. М. и др. Осложненный эхинококкоз органов брюшной полости.// Клиническая хирургия, 1974, 2, 37-42.
- ЛАГУТИН В. Д. Диагностика и лечение осложненного гидатидного эхинококкоза печени.// Хирургия, 1974, 3, 80-84.
- ОРДАБЕКОВ С. О., ОБСЯННИКОВ А. С. Перфорация эхинококковой кисты в брюшную полость.// Хирургия, 1986, 3, 66-68.