

și ca organ endocrin, secretă adipokine care influențează procesele metabolice, inflamatorii și procesele imune. Cu toate acestea, o disfuncție în ȚAA, în special legată de obezitate, duce la tulburări metabolice, inclusiv incapacitatea de a stoca în mod corespunzător excesul de lipide, ceea ce duce la depunerea ectopică de grăsime în organe precum ficatul, contribuind la dezvoltarea boala ficatului steatozic (BFS). Când capacitatea de stocare a acizilor grași de către ȚAA subcutanat atinge maximă, ȚA nu mai poate stoca eficient lipidele, ceea ce duce la redirectionarea fluxului de lipide către alte organe. Acest lucru are ca rezultat acumularea ectopică de grăsime, în principal în ȚAA visceral și ficat, provocând rezistența la insulină și complicații metabolice asociate prin intermediul unor efecte lipotoxice și de mecanisme determinate de inflamație. Acumularea de trigliceride în hepatocite, inițial reprezintă un răspuns protector la excesul de acizi grași liberi circulanți și poate duce nu numai la stres celular și la deteriorarea celulelor. Intervenția promptă în momentul diagnosticului este crucială pentru a reduce progresia bolii în stadii avansate. Deoarece pierderea în greutate este pilonul principal în tratarea BFS, această deschide ușa pentru o mare varietate de posibilități terapeutice abordări posibile care pot fi adaptate în funcție de caracteristicile pacientului. Aceasta include dieta, exercițiile fizice, medicamentele antiobezitate și procedurile bariatrice endoscopice și chirurgicale. Medicamentele și intervențiile bariatrice oferă o pierdere în greutate mai durabilă, ceea ce a fost evident pentru a avea o oarecare îmbunătățire a scorului de activitate al BFG și fibrozei. Eficacitatea exactă a acestor intervenții trebuie să fie evaluată în continuare în cadrul unor studii clinice standardizate și bine concepute, randomizate și controlate.

Cuvinte cheie: steatoza hepatică, obezitate, țesut adipos organ metabolic

PO 12

BOALA HEPATICĂ STEATOTICĂ LA COPII NINELI REVENCO¹; OTILIA MARGINEAN²; RODICA EREMCIUC¹

¹Departamentul Pediatrie, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău Republic Moldova, ²Departamentul Endocrinologie pediatrică, Spitalul Clinic de Copii "Louis Țurcan", Clinica Pediatrică Nr. 1, Timișoara, România

Obezitatea infantilă este o problemă globală de sănătate publică. Aproape 19% dintre copiii și adolescenții din întreaga lume sunt supraponderali sau obezi, actualmente cu o tendință ascendentă. Obezitatea este o afecțiune asociată cu diverse comorbidități, inclusive la nivelul ficatului, ce implică un risc crescut de acumulare de grăsime în hepatocit, anterior cunoscut sub acronimul NAFLD (Boala ficatului gras non-alcoolic). Datele recente prezintă revizuirea nomenclaturii, fiind redenumită drept „Boala ficatului gras asociat disfuncției metabolice (MAFLD)”, susținând ipoteza că steatoza hepatică este o componentă cheie a grupului mare de anomalii clinice și de laborator ale sindromului metabolic. Există asemănări,

diferențe și diferențe în ceea ce privește cauzele, istoria naturală și prognosticul bolilor hepatice grase la copii în comparație cu adulții. În populația pediatrică. MAFLD este una dintre principalele complicații ale obezității și a devenit cea mai frecventă boală hepatică la copii și adolescenți. Asemenea, MAFLD este o afecțiune multisistemică caracterizată prin prezența degenerării hepatice grase asociată cu exces de adipocite, prediabet/diabet de tip 2 sau dereglare metabolică. Prin acest review ne propunem să elucidăm cele mai recente cunoștințe științifice despre MAFLD la copii, în scopul de prezenta dinamica complexă care sta la baza acestei afecțiuni, concentrându-se pe aspectele moleculare noi. Noile criterii de diagnostic MAFLD oferă pediatriilor o schelă conceptuală pentru diagnosticarea bolii, stratificarea riscului și îngrijirea clinică și multidisciplinară îmbunătățită și se aliniază cu o definiție care este valabilă pe toată durata vieții. **Cuvinte cheie:** MAFLD – boala hepatică steatotică metabolic asociată, NAFLD – boala ficatului gras non-alcoolică, obezitate, copii.

PO 13

METODELE NON-INVAZIVE ÎN DIAGNOSTICAREA MASLD LAURA ILIESCU, INESA TOACĂ

Departamentul de Medicina Interna, Fundeni, Bucuresti, Romania

Introducere: Boala hepatică steatotică asociată disfuncției metabolice (MASLD), cunoscută anterior sub numele de boală hepatică grasă non-alcoolică (NAFLD), și steatohepatita asociată disfuncției metabolice (MASH), termenul de înlocuire a steatohepatitei non-alcoolice (NASH), sunt recunoscute ca fiind cele mai frecvente boli hepatice. Numărul de pacienți cu aceste boli este în creștere rapidă la nivel mondial, datorită prevalenței tot mai mari a obezității și a diabetului de tip 2. **Scop:** Studiul literaturii revizate privind metodele non-invazive în diagnosticarea MASLD-ului folosind cuvintele cheie: MASLD, metode non-invazive. **Rezultate:** Acest studiu a evoluat diferite studii privind metodele non-invazive cele mai eficiente pentru diagnosticarea a bolii hepatice steatotică asociată disfuncției metabolice (MASLD). *Testele non invazive* în diagnosticarea fibrozei hepatice a MASLD care utilizează testele biochimice includ: *markerii direcți*, care măsoară substanțele direct legate de metabolismul fibrozei hepatice, și *markerii indirecti*, care sunt calculați prin combinarea valorilor de laborator măsurate în mod obișnuit. *Markerii direcți* includ domeniul 7s al colagenului de tip IV, testul ELF, acidul hialuronic, izomerul de glucozilare al proteinei de legare Mac2 (M2BPGi) și peptida de procolagen de tip III (PIIIP). În Europa și în Statele Unite, testul ELF, care combină acidul hialuronic, PIIIP și inhibitorul tisular al metaloproteinei matriceale 1, este considerat a avea o performanță diagnostică ridicată. *Markerii indirecti* includ indicele de fibroză-4 (FIB-4), scorul de fibroză NAFLD (NFS) și trombocitele. Indicele FIB-4 poate fi calculat folosind nivelul transaminazei aspartat, nivelul ALT, numărul de trombocite și vârsta pacientului și poate fi

evaluat în practica generală prin combinarea elementelor care sunt măsurate în practica zilnică. Un alt studiu a elucidat *Criteriile cardiometabolice (cel puțin unul din 5 criterii) în diagnosticarea MASLD-ului*: 1. $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ sau $CA > 94 \text{ cm}$ (M), 80 cm (F); 2. Glucoza serică $\geq 5.6 \text{ mmol/L}$ (100 mg/dl) sau $HbA1c \geq 5.7\%$ (39 mmol/L) sau DZ tip II sau tratamentul DZ tip II; 3. $TA \geq 130/85 \text{ mmHg}$ sau tratamentul specific antihipertensiv; 4. TAG plasmatic $\geq 1.70 \text{ mmol/L}$ (150 mg/dl) sau tratamentul statinic (antilipidic); 5. HDL-colesterol plasmatic $\leq 1.0 \text{ mmol/L}$ (40 mg/dl) (M) și $\leq 1.3 \text{ mmol/L}$ (50 mg/dl) (F) sau tratamentul statinic (antilipidic). **Concluzie** Indicele FIB-4 este puternic recomandat de multe ghiduri ca un instrument simplu și eficient pentru a detecta fibroza avansată la pacienții cu MASLD. Nu există în prezent markeri cu performanțe diagnostice ridicate care să fie recunoscuți la nivel mondial. **Cuvinte cheie:** MASLD, FIB-4, metode non-invazive

PO 14**DIAGNOSTICUL IMAGISTIC AL SARCOPENIEI
DUMITRU CRAVCENCO***Centrul Medical ScanExpert*

Sarcopenia (greacă sarx „carne” și penia „sărăcie”) este descrisă în mod obișnuit ca o tulburare progresivă și generalizată a mușchiului scheletic. Dincolo de îmbătrânire au fost identificați mulți factori care contribuie la fenotipul sarcopenic, cum ar fi malnutriția, inactivitatea și bolile cronice precum boala pulmonară obstructivă cronică, diabetul zaharat și cancerul. În diferite tipuri și stadii de cancer, inclusiv cancerul pulmonar, sarcopenia s-a dovedit a fi asociată cu o supraviețuire mai slabă. Până în prezent, nu a fost atins un consens internațional cu privire la sarcopenie. Și până acum, se folosesc diferite abordări pentru a cuantifica sarcopenia. Definiția și criteriile de diagnostic cele mai utilizate pe scară largă pentru sarcopenie au fost stabilite de Grupul de lucru european privind sarcopenia la persoanele în vârstă (EWGSOP) și susținute de grupul de lucru din Asia pentru sarcopenie. Acestea au fost aprobate pentru practica clinică și cercetare de către diverse societăți științifice internaționale. În consecință, sarcopenia poate fi determinată de puterea musculară, cantitatea, calitatea și performanța fizică. Standardul de aur pentru evaluarea neinvazivă a mușchilor în cadrul sarcopeniei este imagistica prin CT cu evaluarea densității țesutului muscular la nivelul vertebrei lombare L3. Densitatea musculară poate fi măsurată pe o arie în secțiune transversală (SMA) pe imagistica CT axială și transformată într-un indice ajustat în funcție de înălțime, indicele mușchilor scheletici (SMI), similar cu indicele de masă corporală (IMC). Atenuarea densității musculare scheletice derivată din CT (SMRA) este o măsură a calității mușchilor care este asociată cu funcția, forța și performanța fizică. Prin urmare, SMA sau SMI în combinație cu SMRA pot permite evaluarea completă a sarcopeniei, numai prin CT, dacă valorile limită respective sunt disponibile. **Cuvinte cheie:** sarcopenia, CT (tomografie computerizată), mușchii.

PO 15**ALTERAREA MASEI SCHELETICE ÎN
OBEZITATE. SARCOPENIA ȘI OBEZITATEA
SARCOPENICĂ: CUM GESTIONĂM?****DIANA BUGA***Direcția Transplantologie, Agenția de Transplant
Republica Moldova*

În ultimele decenii, în urma incidenței crescute a obezitității, disfuncția metabolică a ajuns să reprezinte cauza principală a bolilor hepatice. Prezentarea clinică clasică a pacientului cirotic s-a schimbat, cu creștere dramatică a subiecților care apar supraponderali sau obezi. Datorită unui stil de viață “obezogen” (lipsa activității fizice, malnutriție, cu un exces de aport caloric împreună cu un deficit de proteine și micronutrienți), acești pacienți dezvoltă frecvent o afecțiune clinică complexă definită ca obezitate sarcopenică (OS). Interacțiunea dintre ciroză și OS constă în implicarea unor mecanisme patogenetice multiple, inclusiv malnutriția/malabsorbția, inflamația cronică, hiperamoniemia și rezistența la insulină. Prezența OS agravează evoluția pacienților cu ciroză, afectând morbiditatea și mortalitatea generală. Societățile internaționale de nutriție și boli hepatice sunt de comun acord asupra recomandării utilizării alimentelor ca parte integrantă a procesului de vindecare în managementul complex al acestor pacienți, inclusiv reducerea aportului caloric, suplimentarea cu proteine, micronutrienți și restricția de sodiu. **Cuvinte cheie:** ciroza hepatică, obezitate, obezitatea sarcopenică, BCCA;

PO 16**OPTIMIZAREA STILULUI DE VIAȚĂ
(TRATAMENTUL NUTRIȚIONAL ȘI ACTIVITATEA
FIZICĂ) ÎN MANAGEMENTUL OBEZITĂȚII
SARCOPENICE ÎN ERA BOLILOR CRONICE
NETRANSMISIBILE****LAURA MIHALACHE***Disciplina Diabet, Nutriție, Boli Metabolice,**Universitatea de Medicină și Farmacie “Gh. T. Popa”,*

Obezitatea reprezintă o mare problemă de sănătate publică și o provocare pentru sistemele de sănătate publică, atât la nivel mondial, cât și la nivel național. Deși obezitatea este o boală cronică recunoscută ca fiind un factor de risc important pentru numeroase patologii cronice, prevalența ei a crescut progresiv de-a lungul timpului. Posibilitățile terapeutice actuale includ tratamentul nutrițional, activitatea fizică, terapia comportamentală, tratamentul farmacologic, precum și cel chirurgical. Tratamentul nutrițional, activitatea fizică și terapia comportamentală sunt mijloace terapeutice ce trebuie implementate în fiecare etapă a evaluării și diagnosticării supraponderii sau obezitității. Scăderea ponderală de 5% este valoarea limită în vederea obținerii beneficiilor clinice. Beneficiile sunt cu atât mai mari cu cât scăderea ponderală este mai importantă și ținte ponderale mai ambițioase pot fi stabilite în cazuri individualizate, dacă acestea pot fi atinse în condiții de siguranță, importantă fiind menținerea noii greutate obținute pentru o perioadă cât mai lungă de timp. În ceea