

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 mușchilui 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