

convenite o serie de declarații și recomandări privind hipertensiunea portală. Principalele domenii de discuție au fost relevanța și indicațiile pentru măsurarea gradientului presiunii venoase hepatice ca standard de aur, utilizarea instrumentelor non-invazive pentru diagnosticul hipertensiunii hepatice, impactul terapiilor etiologice și non-etiolgice asupra evoluției cirozei, prevenirea primului episod de decompensare, managementul unui episod hemoragic acut, prevenirea decompensării ulterioare, precum și diagnosticul și managementul venei splanhnice, tromboză și alte tulburări vasculare ale ficatului. La pacienții cu ciroză legată de steatohepatită non-alcoolică, deși un gradient de presiune portală ≥ 10 mmHg rămâne puternic asociat cu prezența semnelor clinice de hipertensiune portală. În ciroza de etiologie virală sau legată de conumul de alcool, o scădere a gradientului presiunii portale ca răspuns la beta-blocante neselective este asociată cu o reducere semnificativă a riscului de sângerare variceală sau a altor evenimente decompensatoare. Carvedilolul este de elecție pentru a preveni prima decompensare și prima și hemoragia recurentă la pacienții cu ciroză hepatică. Pacienții cu ciroză compensată care nu sunt candidați pentru inițierea beta-blocante neselective (contraindicație/intoleranță) pentru prevenirea decompensării trebuie supuși unei endoscopie pentru screening variceal dacă fibroza hepatică este ≥ 20 kPa sau numărul de trombocite este $\leq 150 \times 10^9/L$. Este încurajat efectuarea noilor cercetări pentru a îmbunătăți managementul ulterior al pacienților cu hipertensiune portală. **Cuvinte cheie:** Hipertensiune portală, beta-blocante, varice, prognostic.

PO 10

ATENȚIE ASUPRA FORMAȚIUNILOR CHISTICE A FICATULUI

LUCIA COBĂLTEAN

Disciplina de gastroenterologie, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testițanu”

Leziunile chistice ale ficatului reprezintă un grup de formațiuni cu caracter heterogen frecvent întâlnite în practica medicală. O atenție deosebită atrage varietatea factorilor etiologici, mecanismelor patogenetice și prezentarea clinico-imagistică a acestor leziuni. Evaluarea diagnostică poate varia de la chisturi simple până la leziuni cu caracter malign ce vor conduce spre un final rezervat pentru pacient. Chisturile hepatice pot fi infecțioase și neinfecțioase. Cea mai bine cunoscută leziune chistică de genă parazitară este chistul hidatic, pe când cele noninfecțioase pot fi divizate în chisturi benigne, pre-maligne, maligne și leziuni posttraumatice. Cu toate acestea, cel mai frecvent întâlnit în practica medicală este chistul hepatic simplu, care nu prezintă dificultăți pentru diagnosticul și conduita pacientului. Aceste chisturi pot purta un caracter congenital și cel mai frecvent se întâlnesc la femei în vârstă de 40-70 ani. Prezentarea clinică poate fi extrem de diversă, începând de la varianta asimptomatică, semne clinice nespecifice până la asocierea clinicii febrile

cu sindrom dolo exprimat. Cea mai simplă și comună metodă de diagnostic a leziunilor chistice o reprezintă ultrasonografia abdominală, ce permite stabilirea certă a caracterului leziunii. În cazul formațiunilor ce poartă un caracter incert și necesită un diagnostic diferențial drept instrumente oportune vor fi considerate tomografia computerizată cu contrastare sau evaluarea prin rezonanță magnetică. Testele serologice și ultrasonografia cu contrast deasemenea pot fi utile în diferențierea chisturilor complexe. În cazul afectării polichistice se pot utiliza testele genetice, dar ele nu vor influența managementul ulterior al pacientului. Conduita pacientului cu leziuni chistice este în funcție de caracterul acestora. Dese ori managementul se poate baza doar pe supravegherea în dinamică, în alte situații va fi necesară aspirarea sau drenarea chirurgicală a acestora. Terapia medicamentoasă va depinde de etiologie și volumul procedurilor necesare. În concluzie: leziunea chistică hepatică reprezintă o entitate ce implică mulți factori etiologici și patogenetici, astfel necesitând o abordare complexă de diagnostic și decizia tacticii de management a pacientului. **Cuvinte cheie:** Formațiune chistică, afectare hepatică, chist infecțios, chist non-infecțios.

PO 11

O ABORDARE METABOLICĂ A MANAGEMENTULUI BOLII HEPATICE STEATOZICE METABOLIC ASOCIATE: ȚESUTUL ADIPOS CA ORGAN METABOLIC. REZOLVĂM PROBLEMA STEATOZEI PRIN TRATAREA OBEZITĂȚII.

ANGELA PELTEC

Disciplina Gastroenterologie, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testițanu”

Țesutul adipos (ȚA), considerat cândva un simplu organ de stocare a grăsimilor, este acum recunoscut ca fiind o entitate dinamică și complexă, crucială pentru reglarea fiziologiei umane, inclusiv a proceselor metabolice, echilibrului energetic și răspunsului imun. Cunoaștem două tipuri principale de țesut adipos: țesut adipos alb (ȚAA) pentru stocarea energiei și țesutul adipos brun (ȚAB) pentru termogeneză. În plus, recent ca fost descris al treilea tip, ȚA bej (maro în alb), capabil să exercite funcțiile precum de stocare a energiei așa și de termogeneză în funcție de solicitările fiziologice. ȚAA subcutan este în general considerat mai sănătos din punct de vedere metabolic în comparație cu ȚAA visceral. În schimb, ȚAA visceral, care se găsește în jurul organelor interne, este activ din punct de vedere metabolic și eliberează acizi grași direct în circulația portală, ceea ce duce la rezistență la insulină și la creșterea prevalenței sindromului metabolic și a bolilor cardiovasculare. De asemenea, grăsimea viscerală este mai predispusă la inflamație, contribuind la un risc mai mare de patologii cronice. ȚAA, dincolo de stocarea lipidelor, este implicat în diverse activități metabolice, în special lipogeneza și lipoliza, esențiale pentru menținerea homeostaziei energetice. De asemenea, acesta funcționează