

Studierea corelației între nivelul de DAM serică și datele clinice și de laborator a demonstrat prezența unei corelații veridice a indicelui respectiv cu durata maladiei ($r=36$), hepatomegalia ($r=3\%$), nivelul glicemiei ($r=41$), nivelul de ALAT ($r=48$). Analiza indicilor AAT cu datele clinice și de laborator ale bolnavilor cu SHNA a demonstrat o corelație veridică inversă a indicelui susnumit cu: durata bolii ($r=-43$), IMC ($r=-39$), nivelul de trigliceride ($r=-47$).

Concluzii

1. Nivelul seric al dialdehidei malonice este crescut veridic, iar nivelul activității antioxidante totale este scăzut veridic la pacienții cu SHNA, comparativ cu grupul de control.

2. La bolnavii cu SHNA concentrația de dialdehidă malonică și activitatea antioxidantă totală au o relație veridică cu principalele simptome clinice (durata bolii, hepatomegalia), datele de laborator (activitatea AlAt, AsAt, trigliceride, colesterol total, glicemie) ale maladiei.

Bibliografie

1. Alwis de N.M.W., Day C.P. Nonalcoholic fatty liver disease: the mist gradually clears. *Hepatology* 2008; 48(1): 104-12.
2. Bedogni G., Miglioli L., Masutti F., Tiribelli C. Prevalence and risk factors for nonalcoholic fatty disease: the Dionysos nutrition and liver study. *Hepatology*. 2005; 42: 44-52.
3. Brunt E.M., Tiniakos D.G. Pathological features of NASH. *Front Biosci*. 2005; 10 (4): 1221-31.
4. Day C.P. Natural history of NAFLD remarkably benign in the absence of cirrhosis. *Gastroenterology*, 2005;129:375-378.
5. Day C.P. From fat to inflammation. *Gastroenterology*. 2006; vol 130: p 99-112.
6. Лабуник Л.Б., Звенигородска П.А. М. Метаболический синдром и органы пищеварения. М. Анахансус. 2009-182 стр.

MANIFESTĂRILE CLINICE ÎN RAPORT CU DATELE PARACLINICE ȘI ETIOPATOGENICE ÎN PANCREATITA CRONICĂ CU RECIDIVE

Rodica Bugai

Catedra Medicină Internă nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Clinical manifestations in relation to paraclinical and etiopathogenic data in chronic pancreatitis with relapses

Chronic pancreatitis (CP) holds a special place among the gastrointestinal diseases due to the diverse etiology, complicated pathogenesis, difficulties in diagnosis and treatment. This article describes the factors involved in producing of the disease, the clinical manifestations of recurrent CP expressed by moderately- intense dolor syndrome, dyspeptic symptoms and impaired exo- and endocrine functions. Paraclinical indices and optimal methods of diagnosis of CP were evaluated in this study.

Rezumat

Pancreatita cronică (PC) ocupă un loc deosebit în rândul maladiilor gastrointestinale datorită etiologiei diverse, patogenezei complicate, dificultăților de diagnostic și tratament. Acest articol descrie factorii implicați în patogenia bolii, manifestările clinice ale PC cu recidive, exprimate prin sindrom dolor moderat- intens, simptome dispeptice și dereglări ale funcțiilor exo- și endocrine. În acest studiu au fost evaluați indicii paraclinici și metodele optime de diagnostic ale PC.

Actualitatea

Pancreatita cronică (PC) afectează substanțial indicatorii calitativi ai vieții și randamentul social al unui număr mare de persoane tinere, plasate activ în câmpul muncii [1], iar ponderea mare a invalidității timpurii la persoanele de vârstă tânără, etiopatogeneza obscură, soluționarea insuficientă a problemelor de diagnostic și tratament, generează un șir de probleme socio-economice, care justifică pe deplin actualitatea crescută a problemei de diagnosticare a pacienților cu PC [4]. Distribuția geografică este neuniformă. Incidența PC, indiferent de cauză, variază între 3,5-10 persoane la 100 000 locuitori/an în Europa și SUA [8]. În Japonia au fost depistate 12 cazuri la 100 000 de locuitori/an pentru femei și 45 pentru bărbați [5]. Incidența maximă a PC la bărbați este înregistrată la vârsta de 45 – 54 de ani, după care are loc declinul; la femei frecvența se menține în platou, fiind mai frecvent diagnosticată după 35 de ani. La bărbați predomină PC indusă de alcool, la femei – PC prin obstrucție cronică: biliar-dependentă și forma idiopatică. PC se atestă de 3 ori mai frecvent la rasa negroidă decât la cea albă [6]. Letalitatea de PC este destul de înaltă: în decursul primilor 10 ani de la stabilirea diagnosticului ea constituie 20%, iar în decursul a 20-25 de ani – până la 50% [9]. Riscul de cancer pancreatic este sporit, în special, în PC nealcoolică, dat fiind gradul de supraviețuire mai înalt, dar riscul cancerului extrapancreatic, legat de asocierea fumatului, este de aproximativ 12 ori mai mare în PC alcoolică [2,3]. Boala este progresivă, ireversibilă, parenchimul pancreatic este sufocat, distrus de procesul de scleroză neregulată, chiste pancreatice și necroză, care conduc la apariția insuficienței exocrine și endocrine pancreatice. Factori etiologici majori sunt reprezentați de etilism (35-95% cazuri), consum de nicotină, factori nutriționali, hiperlipidemia, factori metabolici (hiperparatiroidismul, hipercalcemia), factorii ereditari, factori ai ductului pancreatic eferent, precum și cei imunologici. Diagnosticul bolii este suspectat în baza simptomelor clinice sugestive și confirmat prin teste suplimentare, prin evaluarea structurii pancreatice și funcției acesteia și, totuși, diagnosticarea PC la etapele precoce continuă a fi o problemă a gastroenterologiei.

Scopul studiului

Studierea interrelațiilor între datele clinico-paraclinice și mecanismele patogenice ale PC cu recidive.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 30 de pacienți cu PC cu recidive în acutizare, 18 bărbați și 12 femei, cu vârsta cuprinsă între 27 și 70 de ani, vârsta medie fiind de $53,8 \pm 9,3$ ani, la baza SCM „Sf. Arh. Mihail” din Chișinău.

Pentru realizarea scopului stabilit a fost utilizată metoda de studiu sociologică prin intermediul chestionării pacienților. Investigațiile paraclinice au inclus: hemograma, urograma, determinarea nivelului de proteină totală, albumină, colesterol, trigliceride, GGTP, glucoză, α -amilază, lipază, ALAT, ASAT, FA, GGTP, bilirubină, Ca seric, diastaza urinei, elastaza-1 în materiile fecale, Ecografia transabdominală, tomografia abdominală, FEGDS, ECG.

Rezultate și discuții

Grupul de pacienți investigați a fost constituit din 18 bărbați (60%) și 12 femei (40%). Repartizarea pe grupe de vârste a pacienților a arătat că rata maximă a bolnavilor cu PC cu recidive o constituie grupa de vârstă de 51-60 ani ($M=56,2$ ani)- 12 pacienți (40%); urmată de cei de 41-50 ani ($M=46,8$ ani) fiind 10 la număr (33 %); apoi 61-70 ani ($M=65,5$ ani)- 6 pacienți (20%); și 2 pacienți o constituie grupa < 40 ani ($M=33,6$ ani) cu 7 %.

Analiza celor mai frecvenți factori de risc în dezvoltarea PC cu recidive a relevat, că din cei 18 bărbați incluși în studiu, 15 au afirmat că consumă alcool în cantități moderate, 11 au remarcat tabagismul (în mediu 20 țigări/zi), 9 pacienți au menționat atât consumul de alcool, cât și tabagismul. Din rîndul femeilor, 2 persoane au recunoscut că consumă alcool în cantități mici și o persoană a afirmat ambele vicii (tab.1). Conform datelor literaturii, investigațiile recente au

demonstrat că tabagismul (stagiul > 25 ani) este un factor sever și independent de risc în dezvoltarea PC, preponderent la persoanele care folosesc alcool. În aproximativ 60% - 70% din cazuri PC este legată de abuzul de alcool, acesta este cel mai frecvent la bărbați, cu o incidență de vârf la vârsta de 35 și 45 de ani.

Tabelul 1

Repartizarea pacienților cu PC cu recidive în acutizare, conform factorilor de risc

Factori de risc	Cantitatea de alcool	Bărbați (18)		Femei (12)	
		nr. pac.	%	nr. pac	%
Consumul de alcool	<20gr/zi	9	50	2	16,6
	20-40 gr/zi	4	22	-	-
	40-60 gr/zi	2	11	-	-
Tabagismul		11	61	1	8,3
Ambii factori		9	50	1	8,3

În studiul prezent a fost evaluat factorul de risc nutrițional, exprimat prin dereglări ale regimului alimentar, consum excesiv de grăsimi, obezitate. Acestor bolnavi li s-a determinat. Indicele Masei Corporale (IMC), calculat conform formulei: $IMC = \frac{Greutatea (kg)}{Înălțimea^2 (m)}$; 5 pacienți ((16,6%) au fost apreciați ca supraponderali, cu un IMC mediu de 26,9 și 4 (13,3%) –cu obezitate de gr. I, cu IMC mediu de 32,4.

În baza examinării antecedentelor patologice ale pacienților s-a determinat că: 15 (50%) prezentau colecistită cronică, dintre care 10 au fost femei; 7-sindrom postcolecistectomic (23,3%); 6-gastroduodenită (20%); 7- diabet zaharat tip II (23,3%); 5- hepatită virală B (16,6%); 4- hepatita virală C (13,3%) și 2 (6,6%) - maladie ulceroasă în remisie cu deformări cicatriciale ale bulbului duodenal. Rezultatele studiului coincid cu datele din literatură, care stipulează că dintre factorii importanți endogeni, care provoacă declanșarea PC, fac parte: patologia biliară, colecistita cronică, sindromul postcolecistectomic, preponderent la femei. Hepatita virală B și C dezvoltă PC în 15-20%.

Analiza duratei PC cu recidive a relevat prezența la 45% de pacienți o vechime a bolii de 6-10 ani; urmat de cei ≤ 5 ani (42,5%); și 12,5% pentru o perioadă mai impunătoare de 11-15 ani. Acest aspect are importanță în evaluarea ratei de dezvoltare a insuficienței pancreatice exocrine care este dependentă de durata de evoluție a bolii.

Datele, referitoare la exprimarea manifestărilor clinice demonstrează, că toți cei 30 pacienți cu PC cu recidive au semnalat sindromul algic supero-abdominal. Precum se menționează în literatură, durerea este semnul cardinal în diagnosticarea acestei boli, uneori poate fi unicul simptom al PC. 3 pacienți au acuzat dureri cu caracter violent (10%), 21 de pacienți au apreciat durerea ca fiind intensă (70%), alți 12 pacienți au acuzat simptom algic moderat (40%) și doar 4 au prezentat durere de intensitate mică, percepută ca un discomfort epigastric. Analiza sindromului dolor a demonstrat, că din pacienții supuși studiului, 27 acuzau dureri continue (90%), 4 pacienți -sub forma unui discomfort abdominal continuu, 13 prezentau dureri intermitente cu perioade lipsite de durere (43%). Datele literaturii analizate demonstrează, că în fazele inițiale ale pancreatitei, durerea apare în crize care se repetă la anumite intervale, iar odată cu progresia bolii, durerea capătă un caracter mai continuu și poate diminua.

Manifestările sindromului dispeptic: 24 (80%) pacienți au prezentat greață, 14 (40 %) - vomă, 26 (80%) – meteorism, 10 (33,3%)- dereglări ale scaunului, manifestată prin diaree și 6 (20%)-constipați.

Dereglările exocrine pancreatice la pacienți s-au exprimat prin următoarele: la 6 pacienți (20%) s-a remarcat scădere ponderală pe parcursul ultimului an, fiind cauzată de restricții în

hrană și de micșorarea apetitului. La slăbire au contribuit și grețurile, urmate de vărsături, dereglări de scaun prin diaree la 10 pacienți (33,3%), steatoree la 16 pacienți (53,3%), exprimată prin scaune moi, neformate, de culoare galbenă-surie, grase.

Insuficiența endocrină pancreatică a fost confirmată la 7 pacienți prin diabet zaharat tip II, dintre care 3 (10%) -cu diabet zaharat insulino-dependent, iar 4- cu diabet zaharat insulino-independent (13,3%).

Examenul hematologic de rutină, efectuat la pacienții supuși studiului a indicat VSH ridicat la 7 pacienți (56,6%), în mediu acesta fiind de $24,57 \pm 2,12$ mm/h. Examenul biochimic al sîngelui a demonstrat modificarea următorilor indici biologici: proteina totală scăzută $-62,83 \pm 0,34$ g/l la 6 (20%) pacienți, albuminele scăzute- $33 \pm 0,36$ g/l la 6 (20%) pacienți; creșterea colesterolului- $6,22 \pm 0,09$ mmol/l la 4 (13,3%) pacienți, a trigliceridelor - $2,5 \pm 0,03$ mmol/l la 5 pacienți (16,6%), a GGTP- $45,21 \pm 6,14$ mmol/l la 7 pacienți (23,3%), a glucemiei- $8,51 \pm 0,94$ mmol/l la 7 pacienți (23,3%), a Ca seric - $12,8 \pm 0,03$ la 5 dintre pacienți (16,6%). Din enzime serice s-a determinat creșterea α -amilazei- $97,56 \pm 3,5$ U/l la 16 pacienți (53,3%), lipazei- $68,4 \pm 0,65$ U/l la 15 pacienți (50%). Nu s-au constatat modificări ale ALAT, ASAT, FA și ale bilirubinei (tab.2).

Analizînd datele obținute am determinat modificări în proteinograma a 6 pacienți prin scăderea proteinei totale, care poate prezenta un indice puțin scăzut în bolile cronice. Scăderea acesteia are loc în baza fracției de albumină, care este un indicator al stării de nutriție, de unde reiese că acești pacienți prezintă un sindrom de malabsorbție-nutriție, ceea ce explică și pierderea în greutate a acestor pacienți. Modificările lipidogramei, ce includ creșterea colesterolului total la 4 pacienți și majorarea trigliceridelor la 5 bolnavi, pot prezenta cauze de dezvoltare a PC cu recidive, precum și a diabetului zaharat. Nivelul crescut de GGTP s-a determinat la 7 pacienți, acesta fiind un marker indirect al consumului de alcool. Pacienților le-a fost testată amilaza urinei și s-a determinat că la 19 (63,3%) dintre ei nivelul acesteia a fost elevat ($490,4 \pm 4,08$). Coprograma a demonstrat prezența la 26 de pacienți (86,3%) a fibrelor musculare cu striatii (++) ; fără striatii (++) ; celuloză vegetală digestibilă (+); amidon (+); acizi grași (++) ; grăsimi neutre (++) . Astfel am determinat că la cei 26 de pacienți a fost prezentă o digestie deficitară, manifestată prin fibre musculare (cretoore) ca semn al maldigestiei și malabsorbției de proteine, care apar parțial digerate sau nedigerate și indică o insuficiență pancreatică. Prezența unor cantități crescute de amidon și celuloză poate fi consecința unui tranzit intestinal accelerat. Prezența unei cantități mai mari de grăsimi neutre (steatoree) atrage atenția asupra maldigestiei de lipide, iar acizi grași în masele fecale avertizează asupra unor tulburări de malabsorbție. Cercetarea Elastazei-1 specifice pancreatice a fost efectuată la 6 pacienți, în rezultat s-a determinat nivelul scăzut al acesteia $175,4 \pm 4,57$ μ g/g, ceea ce confirmă la prezența insuficienței pancreatice.

Ecografia transabdominală, fiind neinvazivă, simplă, rapidă, reprezintă prima metodă imagistică utilizată în diagnosticul suferințelor pancreatice, fiind o metodă accesibilă tuturor pacienților. Rezultatele ecografiei transabdominale: la toți pacienții s-a constatat contur neregulat al parenchimului pancreatic, la 23 (70%), de pacienți, s-a determinat ecogenitate neomogenă, la 14 (46,3%) pacienți s-au apreciat modificări difuze în parenchimul pancreatic și la 3 (10%) pacienți- modificări focale, la 2 pacienți au fost depistate calcinate, la un pacient -pseudochist. Conform datelor literaturii aspectele ecografice sugestive pentru PC includ: dilatarea ductului pancreatic, margini neregulate ale pancreasului, pseudochisturi, calcinate și modificarea ecogenității pancreasului. CT abdominal, efectuat la 8 pacienți, a confirmat prezența PC.

Ecografia transabdominală, Tomografia computerizată sunt investigații, care oferă o informație veridică despre gradul de afectare a pancreasului, ceea ce permite diagnosticarea PC și prevenirea complicațiilor, apărute pe măsura progresării bolii.

Concluzii

1. Factorii cauzali exogeni în PC cu recidive sunt reprezentați preponderent de consumul de alcool și tabagism, cu o incidență crescută în rândurile bărbaților cu vîrsta cuprinsă între 40 și 50 ani.

2. La evaluarea maladiilor asociate PC cu recidive s-a determinat că factorii importanți endogeni, care provoacă declanșarea PC sunt: colecistita cronică, sindromul postcolecistectomic, preponderent la femei.

3. Principalele manifestări clinice ale PC cu recidive s-au dovedit a fi sindromul dolo, sindromul dispeptic și dereglările funcției exocrine și endocrine, confirmate prin creatoree, steatoree (90%), scăderea nivelului de Elastază-1 în materiile fecale și DZ.

4. Ecografia transabdominală rămîne a fi o metodă utilă în diagnosticul PC, cu o înaltă sensibilitate, specificitate și eficiență, lipsită de nocivitate pentru pacient și examinator.

Bibliografie

1. Țîbîrnă I., Bugai R. Pancreatita cronică. Actualitate, etiologie și patogenie (I). Sistemul de clasificări. Diagnosticul de laborator și instrumental (II) Buletinul Academiei de științe a Moldovei. Științe medicale N 2 (16) 2008. Chișinău, p.144-158.
2. Andren- Sandberg A., Haedt F.D. Giessen International Workshop on Interactions of Exocrine and Endocrine Pancreatic Diseases. Castle of Rauschholzhausen of the Justus-Liebig-University. Giessen, Germany. March 18-19; 2005; JOP. J Pancreas (Online) 2005; 6(4): 382.
3. Ammann R. Diagnosis and management of chronic pancreatitis: current knowledge. Swiss Med. WKLY. 2006, Mar 18; Vol. 136 (11-12): 166-74.
4. Voinea F. Editura Ex Ponto, Constanța 2006. ISBN (10): 973-644-541-0. Capitolul V: Pancreatita cronică (Dumitru E., Voinea F.). pag. 118-184.
5. Lin I., Tamacoshi A., Matsuno S, Takeda K., Hayakawa T., Kitagawa M. et al., Nationwide epidemiological survey of chronic pancreatitis in Japan, J.Gastroenterol., 2000: 35; 136-141.
6. Pezzilli R., Alcohol, Inflammation and Gene Modifications in chronic pancreatitis / JOP. J.Pancreas (online), 2008; 9 (1): 76-77.
7. Protocolul clinic național "Pancreatita cronică la adult". Chișinău, 2009.
8. Rosendahl J., Bödeker H. et al. Hereditary chronic pancreatitis. OJRD. 04 jan. 2007; 2:1.
9. Циммерман Я.С. Хронический панкреатит: современное состояние проблемы. Часть I. Дефиниция, распространенность, вопросы этиологии и патогенеза, Клин. Мед. 2007; 1: 16-20.

FUNCTIONAL ANATOMY AND MULTIPLE IMAGING MODALITIES OF EVALUATION OF RIEDEL'S LOBE OF THE LIVER

V. Stratan

(Conducător științific: Dr, Doina Barba)

Disciplina Boli Ocupaționale Clinica Medicală Nr.6, USMF "Nicolae Testemițanu

Summary

The significance of functional anatomy for the doctor's practice is to perform affected segmental or subsegmental resection of the liver, know exactly which parts of the liver are diseased so that the vascular supply and venous and biliary drainage can be preserved. Riedel's lobe appears to be a common variant of normal anatomy, its prevalence being dependent on age-related changes in liver size and skeletal shape.