

GASTRITA CRONICĂ PRODUSĂ DE *HELICOBACTER PYLORI* (TIP B): PARTICULARITĂȚI CLINICE, DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Alexei SOFRONI¹, Elena SALINSCHI¹,
Raisa TĂNASE², Silvia BÂRCA²,

¹ Departamentul Medicină Internă,
Clinica medicală nr. 4, USMF N. Testemițanu,

² Spitalul Clinic Republican

Summary

Chronic gastritis caused by *Helicobacter pylori* (type B): clinical features, diagnosis and treatment

The aim of the study was assessment of clinical features, diagnosis and treatment of chronic gastritis due to *Helicobacter pylori* (type B). We have analyzed 70 medical files of patients hospitalized in Gastroenterology department of the Clinical Republican Hospital during 2010-2012. In order to detect *Helicobacter pylori* we used: histopathology, rapid urease test or serological test. In the analyzed study group, was observed that chronic gastritis caused by *Helicobacter pylori* affects most commonly patients between 40-60 years, male gender and rural population. Chronic gastritis type B is found more often in the early stage of the disease while the most common symptom is abdominal pain. It was observed a acutization of gastritis more often in September – March. In 30% of patients *Helicobacter pylori* gastritis progress to ulcer; more often (90%) in duoden. At one fifth of patients, prevailed extradigestive conditions of cardiovascular and autoimmune diseases. The combination of antibiotics with PPI which were used as a first-line therapy is the triple therapy PPI + amoxicillin + clarithromycin, and the most used PPI was omeprazole.

Keywords: *Helicobacter pylori*, chronic gastritis

Резюме

Хронический гастрит, вызванный *Helicobacter pylori* (тип B): клинические особенности, диагностика и лечение

Цель исследования – оценка клинических особенностей и методов лечения при хроническом гастрите, вызванном *Helicobacter pylori* (тип B). Было проведено ретроспективное исследование 70-ти пациентов из отделения гастроэнтерологии, Республиканской клинической больницы с 2010 по 2012 год. С целью обнаружения *Helicobacter pylori* проводили: гистологическое исследование, быстрый уреазный тест в биоптате или серологические исследования. В результате нашего исследования было замечено, что хронический гастрит, вызванный *Helicobacter pylori*, встречается чаще в возрасте от 40 до 60 лет, чаще у мужчин и жителей сельской местности. Хронический гастрит типа B обнаруживается чаще в начальной стадии болезни, самый частый симптом – это боль в области живота. Во время исследований мы заметили,

что инфекция *Helicobacter pylori* встречается чаще в холодное время года (сентябрь – март). У 30% пациентов с хроническим гастритом *Helicobacter pylori* вызвал гастродуоденальную язву, из которых 90% составляет язва двенадцатиперстной кишки. У 1/5 диагностировали сопутствующую патологию с преобладанием кардиологических и аутоиммунных поражений. Наиболее распространенной комбинацией антибиотиков и ИППН первой линии терапии были ИППН + амоксицилин + кларитромицин, а самый часто используемый ИППН – омепразол.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, хронический гастрит тип B

Introducere

Se estimează că 60% din populația lumii este infectată cu *Helicobacter pylori*. Prevalența infecției la populația din țările slab dezvoltate economic este de 70-90%, iar în țările dezvoltate alcătuiește mai puțin de 40%. În Republica Moldova, prevalența infecției cu *Helicobacter pylori* este de 74% [2, 3]. În ultimul timp se studiază tendința evoluției gastritei cronice tip B spre unele manifestări gastrointestinale (ulcerul gastric și duodenal, limfomul gastric MALT și cancerul gastric distal) [11]. Studiile recente arată că infecția cu *Helicobacter pylori* poate să se asocieze și cu unele afecțiuni extradigestive, cel mai frecvent fiind întâlnite afecțiunile cardiovasculare (cardiopatia ischemică [1], ateroscleroza, sindromul Raynaud, dislipidemia) și afecțiunile autoimune (tiroidita autoimună, hepatita autoimună, sclerodermia) [6].

Material și metode

Au fost analizate 70 de fișe ale pacienților internați în secția Gastroenterologie a IMSP SCR, în perioada 2010-2012. Cu scopul depistării *Helicobacter pylori*, am utilizat metodele: examenul histopatologic, testul rapid la urează, testul serologic.

La 31 pacienți a fost studiat gradul de colonizare a mucoasei gastrice, dintre care prevalează densitatea +++ - (18 pacienți, 58,07%), ce denotă faptul că evoluția bolii este destul de rapidă și necesită tratament cât mai timpuriu.

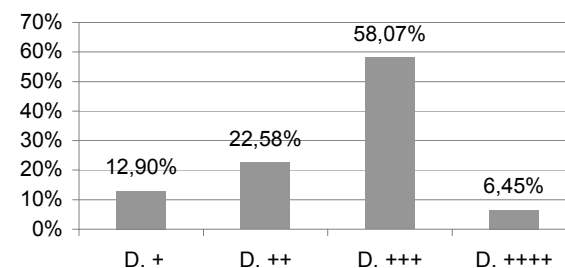


Figura 1. Gradul de colonizare a mucoasei gastrice

În urma FEGDS, efectuată la 69 pacienți, s-a observat predominarea gastritei eritematoase în proporție de 80%.

Tabelul 1

Tipul de gastrită diagnosticată în urma examenului endoscopic

G. eritematoasă		G. superficială		G. erozivă		G. hiperplazică foliculară	
Nr. abs.	%	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%
55	79,7	7	10,15	6	8,79	1	1,45

La 31 de pacienți au fost studiate și modificările citologice la nivelul mucoasei gastrice, unde prevalează epitelium prismatic cu schimbări reactive la 12 pacienți (38,71%) și hiperplazie moderată a epiteliumului la alții 12 (38,71%).

Tabelul 2

Modificări citologice determinate la nivelul mucoasei gastrice

Epitelium prismatic cu schimbări reactive		Hipertrofia moderată a epiteliumului		Distrofie		Infiltrate limfoide		Aglomerare leucocitară		Fără modificări	
Nr. abs.	%	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%	Nr. abs.	%
12	38,71	12	38,71	5	16,13	4	12,9	1	3,23	6	19,35

Rezultate și discuții

A fost studiată prevalența pe grupe de vârstă, unde predomină pacienții de 41-60 de ani (51,43%), fapt concordant cu alte rapoarte, unde grupul 47±10 ani este categoria predominantă de bolnavi cu gastrită cronică tip B [3].

În urma repartizării pe sexe, am constatat că prevalează bărbații (55,72% sau 39 pacienți); raportul femei:bărbați = 1:1,25.

S-a observat o prevalență a gastritei cronice tip B în mediul rural (58,57% sau 41 pacienți) față de mediul urban, fapt ce poate fi explicat prin folosirea apei potabile necalitative, contactul strâns între membrii comunității, condițiile de trai nesatisfăcătoare și contactului cu animalele (ovine) care sunt potențiale surse de transmitere a *Helicobacter pylori* [2, 4, 5, 8].

Conform manifestărilor clinice, constatăm o prevalență a durerii epigastrice la 90%, balonare abdominală (54,28%), pirozis (41,43%), greață (40%), eructații acide (17,14%), vomă (7%). Conform clasificării stadiilor bolii – timpuriu și tardiv –, am depistat 41 pacienți (58,57%) în stadiul timpuriu al bolii și 29 (41,43%) în stadiul tardiv.

A fost determinată o acutizare a gastritei cronice tip B în lunile reci ale anului (septembrie – martie), cu prevalență maximă în lunile noiembrie și februarie și prevalență minimă în iulie – august, ceea ce corespunde cu unele ipoteze din literatura de specialitate care susțin că infecția cu *HP* e mai rară în timpul cald, datorită consumului larg de legume și fructe care conțin vitamina C și antioxidanți ce scad riscul de infectare cu *HP*, în comparație cu timpul rece, când aceste produse sunt deficitare [8].

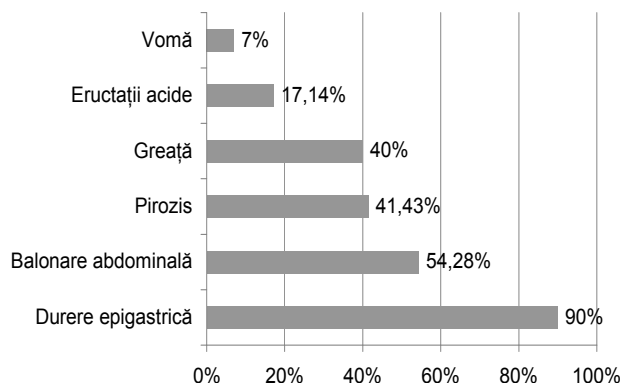


Figura 2. Simptome prezente la pacienții cu gastrită cronică tip B

Tabelul 3

Repartizarea sezonieră a gastritei cronice tip B

Lună / An	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Total
2010	6	6	-	2	5	1	-	-	-	3	2	1	26
2011	4	2	2	2	1	-	-	-	4	4	1	1	21
2012	1	4	3	-	2	2	-	-	1	1	9	-	23
Total	11	12	5	4	8	3	0	0	5	8	12	2	70

Am cercetat gradul de apariție a ulcerului gastroduodenal la pacienții din lotul studiat. Din cei 70 de bolnavi incluși în studiu, 49 (70%) nu aveau ulcer gastroduodenal și la 21 (30%) gastrita cronică a evoluat spre ulcer gastroduodenal. Din cei 21 de pacienți cu ulcer gastroduodenal, 19 (90,48%) aveau ulcer duodenal și doar 2 pacienți (9,52%) – ulcer gastric, date ce corespund cu alte rapoarte ce consideră că infecția cu *HP* ar constitui factorul etiologic principal în peste 90-95% din cazurile de ulcer duodenal și doar la aproximativ 10-20% din persoanele infectate cu *HP* în cursul vieții se dezvoltă ulcerul gastroduodenal [7, 9, 10].

Asocierea gastritei cronice tip B cu diverse patologii extradigestive a fost determinată în 20% cazuri, dintre care predomină patologii cardiovasculare (dislipidemia, cardiopatia ischemică, sindromul Ray)

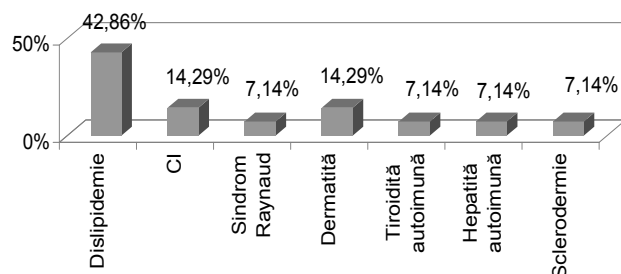


Figura 3. Asocierea gastritei cronice tip B cu diverse patologii extradigestive

Am determinat că cea mai frecventă combinație de antibiotice și IPP din cadrul terapiei de linia I este terapia triplă IPP+ amoxicilină+claritromicină, iar din

preparatele antisecretoare cel mai utilizat este omeprazolul (gen I), administrat la 46,87% pacienți.

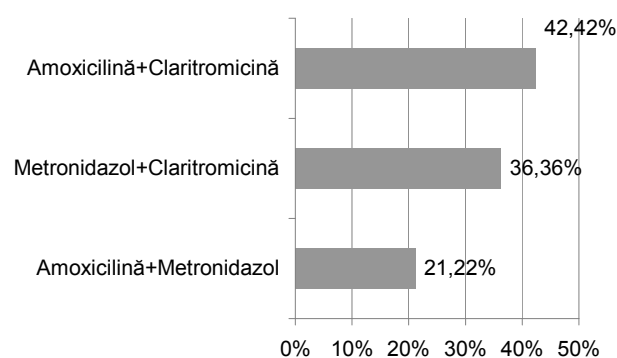


Figura 4. Combinația de antibiotice și IPP utilizată mai frecvent în tripla terapie de eradicare a HP (linia I)

Concluzii

1. Gastrita cronică produsă de *Helicobacter pylori* afectează mai frecvent persoane cu vârsta între 40 și 60 de ani, sexul masculin și populația din mediul rural.

2. Gastrita cronică tip B este depistată mai des în stadiul timpuriu al bolii, cel mai frecvent simptom fiind durerea abdominală. S-a observat o acutizare a gastritei în lunile reci ale anului (septembrie – martie).

3. La 30% din pacienți, gastrita cronică tip B a evoluat spre ulcer gastroduodenal, dintre care prevalează în proporție de 90% ulcerul duodenal.

4. La 1/5 din pacienți sunt prezente asocieri cu alte patologii extradigestive, dintre care predomină bolile cardiovasculare și autoimune.

5. Cea mai utilizată combinație de antibiotice și IPP din cadrul terapiei de linia I este tripla terapie IPP+ amoxicilină+ claritromicină, iar cel mai utilizat IPP în terapia antisecretoare este omeprazolul.

Bibliografie

1. Andreica Bianca, Draghici A. et al. *The prevalence of anti-Helicobacter Pylori antibodies in the patients with ischemic heart disease*. In: Romanian Journal Internal Medicine, 2004, vol. 1, p. 183-189.
2. Angela Peltec, Vlada-Tatiana Dumbrava. *Infecția Helicobacter pylori*. Chișinău: Causa mundi, 2005, 156 p.
3. Ante Tonkic, Marija Tonkic et al. *Epidemiology and diagnosis of Helicobacter pylori infection*. In: Helicobacter, 2012, vol. 17, p. 1-8.
4. Dore M.O., Antonia R. et al. *Isolation of Helicobacter pylori from sheep- implications for transmission to humans*. In: The American Journal of Gastroenterology, 2001, vol. 96(5), p. 1396-1401.
5. Franceschi F., Zuccala G. et al. *Clinical effects of Helicobacter Pylori outside the stomach*. In: Gastroenterology & Hepatology, 2013, p. 1-9.
6. Georgopoulos S.D., Papastergiou V. et al. *Helicobacter pylori eradication therapies in the era of increasing antibiotic resistance: a paradigm shift to improved efficacy*. In: Gastroenterology research and practice, 2012, p. 1-9.

7. Makola D., David A. et al. *Helicobacter pylori infection and related gastrointestinal diseases*. In: J. Clin. Gastroenterol., 2007, vol. 41, p. 548-558.
8. Sabbi T. *Epidemiological factors and food: which is the role in HP re-infection?* In: Helicobacter, 2012, vol. 17, p. 65-120.
9. Țibîrnă I., Creangă E. *Impactul infecției HP și noi enigme în etiopatogenia, diagnosticul și tratamentul ulcerului gastroduodenal*. În: Buletinul AȘM, 2005, vol. 4, p. 81-86.
10. Țibîrnă I., Creangă E. *Obiectivizarea rolului infecției H. pylori în patogenia, diagnosticul și tratamentul ulcerului gastroduodenal*. În: Curierul medical, 2005, vol. 6, p. 6-10.
11. Wouter J., Carlos Sostres et al. *Helicobacter pylori and nonmalignant diseases*. In: Helicobacter, 2013, vol. 18, p. 24-27.

Alexei Sofroni, d.ș.m, conf. univ.,
Departamentul Medicină Internă,
Clinica medicală nr. 4
USMF Nicolae Testemițanu
Chișinău, str. Testemițanu 13/2, ap. 39
Tel.: 079410603

PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ȘI PARACLINICE ALE ULCERULUI GASTRIC ȘI DUODENAL ÎN ASOCIERE CU PANCREATITA CRONICĂ

**Ghenadie BEZU¹, Ion ȚÎBÎRNĂ¹, Liliana GÎRBU²,
Lilia VOZNEAC², Ecaterina ȘCEPILOVA¹,**

¹ Clinica medicală nr. 7, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

² IMSP SCM Sfântul Arhanghel Mihail, Chișinău

Summary

Clinical features, course and paraclinical data of gastric and duodenal ulcers with concomitant chronic pancreatitis

Clinical features of gastric and duodenal ulcers in association with chronic pancreatitis are characterized by the fact that to the characteristic symptoms of gastric and duodenal ulcer are added symptoms of chronic pancreatitis with a more pronounced dyspeptic syndrome, bloating and constipation and more frequent vomiting. Pain changes its character; it is more prolonged and can be located in the epigastric region, and in hypochondria, often in the form of a "belt", radiating to the back. Often these patients are observed with light disorders of exocrine and endocrine functions of the pancreas. The evolution is characterized by more frequent complications, primarily by bleeding, ulcers being located in the duodenum.

Keywords: gastric and duodenal ulcers, chronic pancreatitis

Резюме

Особенности клиники, течения и параклинических данных при язве желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующим хроническим панкреатитом

Клинические особенности язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с сопутствующим хроническим панкреатитом характеризуются тем, что к характерным симптомам язвы желудка и двенадцатиперстной кишки появляются симптомы хронического панкреатита с более выраженным диспепсическим синдромом, метеоризмом и запорами и более частыми рвотами. Боль меняет свой характер, является более продолжительной и может локализоваться как в эпигастриальной области, так и в подреберьях, часто в виде «пояса», с иррадиацией в спину. Лабораторно часто у этих больных отмечаются лёгкие нарушения экзокринной и эндокринной функций поджелудочной железы. Течение характеризуется более частыми осложнениями, в первую очередь кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит

Introducere

Ulcerul gastric și duodenal (UGD) este o maladie răspândită atât în țările dezvoltate, cât și în țările în curs de dezvoltare, precum este și Republica Moldova, fiind o problemă nu numai medicală dar și socioeconomică [1]. Conform datelor Biroului Național de Statistică al RM, incidența UGD s-a micșorat pe parcursul anilor 2000-2012, fiind înregistrați 55,0 mii de bolnavi în anul 2000 (1,3 de cazuri la 100000 locuitori/an) și 34,0 mii în anul 2012 (1,0 caz la 100000 locuitori/an).

Multe studii au arătat că există o prevalență înaltă a ulcerelor duodenale printre bolnavii cu pancreatită cronică (PC). Mai mult ca atât, ulcerele duodenale se întâlnesc mai frecvent la pacienți cu afectarea funcției exocrine a pancreasului, decât la cei cu funcția pancreasului neafectată [8]. În general, se consideră că boala ulceroasă a duodenului în 10,5-16,5% cazuri este cauza nemijlocită a dezvoltării pancreatitei cronice.

Scopul lucrării a fost studierea particularităților clinico-evolutive și paraclinice ale ulcerului gastric și duodenal în asociere cu pancreatita cronică.

Material și metode

Au fost investigați 31 de pacienți cu UGD în acutizare. Vârsta pacienților incluși în studiu a variat de la 22 până la 85 de ani, vârsta medie a constituit 47,62±0,97 ani. Lotul de pacienți a fost divizat în 2 grupuri: I grup – 12 bolnavi cu UGD în acutizare fără pancreatită cronică asociată și grupul II – 19 pacienți cu UGD în acutizare asociat cu pancreatită cronică.

Datele selectate au fost incluse într-o anchetă-standard, care includea: date generale (numele, prenumele, sexul, locul de trai, ocupația etc.); datele anamnestice (ereditatea, durata bolii, fumatul, alimentația); manifestările clinice; complicațiile (penetrația, perforația, stenoza, hemoragia, malignizarea); investigațiile paraclinice de laborator (hemoleucograma, urograma, prezența helicobacteriozei, teste biochimice ale sângelui – bilirubina, transaminazele, colesterolul, glicemia, amilaza); investigații paraclinice instrumentale (FEGDS, USG organelor interne etc.).

Rezultatele obținute au fost supuse analizei statistice cu utilizarea criteriului t-Student.

Rezultate și discuții

Au fost studiate simptomele principale în tabloul clinic al pacienților cu UGD pentru ambele grupuri de pacienți. Durerea a fost prezentă la toți pacienții din ambele grupe, dar caracterul durerilor a fost diferit (tabelul 1). Astfel, dacă în cazul UGD ea era localizată doar în epigastru, în caz de asociere a pancreatitei cronice durerea era localizată atât în epigastru, cât și în hipocondrii drept și stâng și era de o durată mai lungă.

În grupul de pacienți cu UGD fără pancreatită cronică asociată, manifestările clinice au fost următoarele: pirozis (n=9), meteorism (n=3), xerostomie (n=5), grețuri (n=8), pierdere ponderală (n=5), vome (n=2). În grupul de bolnavi cu UGD în asociere cu pancreatita cronică s-a atestat pirozis (n=13), meteorism (n=15), xerostomie (n=9), grețuri (n=12), pierdere ponderală (n=3), vome (n=7), constipații (n=6). Din datele obținute putem conchide că la pacienții cu UGD asociat cu pancreatită cronică, comparativ cu cei cu UGD fără pancreatită cronică asociată, mult mai frecvent se atestă meteorism, constipații și vome (P< 0,001) și din contra, pierdere ponderală semnificativ mai des se atestă la pacienții cu UGD fără pancreatită cronică asociată (P< 0,001).

Tabelul 1

Repartizarea bolnavilor după caracterul durerii

Caracterul durerii	Numărul de bolnavi	
	UGD fără PC	UGD cu PC
Localizarea doar în epigastru	10	4
Localizarea în epigastru și hipocondrii drept și stâng	2	15
Durata < 2 ore	9	3
Durata > 2 ore	3	16
Iradiere în spate	1	6
Sub formă de centură	0	5

În rezultatul studierii grupurilor de pacienți, a fost stabilit că în lotul bolnavilor cu UGD fără pancreatită cronică 8 din 12 erau cu localizarea ulcerului

în duoden (66%) și 4 – cu localizarea ulcerului în stomac (34%). În lotul celor cu UGD în asociere cu pancreatita cronică, la 16 pacienți ulcerul a fost depistat în duoden (84%) și la 3 localizarea ulcerului era în stomac (16%). Astfel, se observă că în ambele grupuri predomină localizarea ulcerului în duoden, dar totuși aceasta prevalează la pacienți la care este prezentă și pancreatita cronică, ceea ce corespunde cu datele literaturii [4]. Mai des este afectat peretele posterior al bulbului duodenal.

A fost studiată valoarea medie a dimensiunilor ulcerelor (tabelul 2). Astfel, dimensiunile ulcerelor la bolnavii cu UGD și pancreatită cronică asociată sunt semnificativ mai mari, ce corespunde datelor literaturii de specialitate [4]. La pacienții grupului I, valoarea medie a dimensiunilor ulcerelor duodenale a constituit $10,5 \pm 1,44$ mm, iar a ulcerelor gastrice – $13 \pm 3,1$ mm. În grupul II, valoarea medie a dimensiunilor ulcerelor duodenale a constituit $13 \pm 1,5$ mm, iar a ulcerelor gastrice – $18,3 \pm 4,4$ mm ($P < 0,05$).

Conform rezultatelor ultrasonografiei organelor abdominale, în caz de asociere a pancreatitei cronice au fost depistate schimbări difuze în parenchimul pancreasului la toți pacienții.

Tabelul 2

Valoarea medie a dimensiunilor UGD (mm)

Loturi de studiu	Ulcer duodenal (\emptyset) ($M \pm m$)	Ulcer gastric (\emptyset) ($M \pm m$)
Lotul I (n= 12)	(n= 8)	(n= 4)
UGD fără PC	$10,5 \pm 1,44$ mm	$13 \pm 3,1$ mm
Lotul II (n= 19)	(n= 16)	(n= 3)
UGD cu PC	$13 \pm 1,5$ mm	$18,3 \pm 4,4$ mm
P	$< 0,05$	$< 0,05$

Au fost cercetate datele analizelor de laborator ale pacienților cu UGD în asociere cu pancreatită cronică și fără ea (tabelul 3).

Tabelul 3

Valoarea medie a indicilor de laborator

	UGD fără PC	UGD cu PC
Bilirubina directă	$5,43 \pm 0,96$ mmol/l	$5,84 \pm 0,92$ mmol/l
Bilirubina indirectă	$8,54 \pm 2,91$ mmol/l	$7,31 \pm 0,92$ mmol/l
ALAT	$19,55 \pm 2,64$ U/L	$21,9 \pm 4,84$ U/l
ASAT	$22,79 \pm 2,42$ U/L	$28,24 \pm 4,9$ U/l
Colesterol	$3,75 \pm 0,26$ mmol/l	$4,66 \pm 0,31$ mmol/l
Trigliceridele	$0,71 \pm 0,2$ mmol/l	$1,62 \pm 0,37$ mmol/l
VSH	$7 \pm 1,81$ mm/h	$10,17 \pm 2,47$ mm/h
Amilaza sângelui	$51,26 \pm 6,68$ g/L	$71 \pm 5,03$ g/l
Glucoza	$4,75 \pm 0,1$ mmol/l	$5,2 \pm 0,15$ mmol/l

În analiza sumară a urinei nu au fost identificate careva modificări în ambele loturi de pacienți. De asemenea, indicii bilirubinei, transaminazelor, colesterolului și trigliceridelor erau în limite normale.

La pacienți cu UGD în asociere cu pancreatită cronică, în analiza coprologică au fost identificați acizi

grași, grăsimi neutre, săpunuri, celuloză digerată, fibre musculare, amidon ($n=7$), ceea ce denotă faptul prezenței insuficienței exocrine a pancreasului.

În lotul bolnavilor cu UGD fără pancreatită cronică asociată, amilaza sângelui și VSH erau mărite la 2 pacienți, (16%), iar glucoza a fost în normă la toți pacienții. Astfel, în medie pe grup valoarea amilazei sângelui a constituit $51,26 \pm 6,68$ g/L, iar VSH – $7 \pm 1,81$ mm/h. În lotul pacienților cu UGD în asociere cu pancreatită cronică, amilaza sângelui și VSH erau mărite la 6 persoane (31%), iar glucoza a fost mărită la 3 (16%). Astfel, în medie pe grup valoarea amilazei sângelui a constituit $71 \pm 5,03$ g/l, iar VSH - $10,17 \pm 2,47$ mm/h. Creșterea amilazei sângelui este de 2 ori mai frecventă în lotul pacienților cu pancreatită cronică, dar totuși nu este crescută semnificativ și doar în 1/3 de cazuri, conform studiului efectuat, ceea ce corespunde cu datele literaturii de specialitate, în care se menționează că pancreatita asociată cu ulcerul duodenal rar este severă și de obicei nu este asociată cu creșterea însemnată a amilazei în serul sangvin [2].

După cum se vede, asocierea pancreatitei cronice duce la modificări în coprogramă, ceea ce presupune afectarea funcției exocrine a pancreasului; la mărirea glucozei în unele cazuri, fapt ce presupune afectarea funcției endocrine a pancreasului.

A fost studiată durata în ani a UGD în ambele loturi. Astfel, la pacienții lotului cu UGD fără pancreatită cronică durata medie a bolii a constituit $11,83 \pm 0,77$ ani, iar la cei cu UGD cu pancreatită cronică asociată durata bolii a fost mai scurtă – $7,4 \pm 1,81$ ani ($p < 0,05$).

În evoluția sa, UGD are tendința spre recidive frecvente și acutizări cu durată îndelungată, asocierea pancreatitei cronice și a complicațiilor, care pot apărea la orice etapă a evoluției UGD. În grupul pacienților cu UGD fără pancreatită cronică, doar la 1 (8,3%) a fost atestată complicație sub formă de stenoză (cu localizarea ulcerului în bulbul duodenal). În grupul de pacienți cu UGD cu pancreatită cronică asociată, au fost determinate următoarele complicații: stenoză – la 1 pacient cu localizarea ulcerului în duoden (5,2%), hemoragie – la 4 bolnavi cu localizarea ulcerului în duoden, la 1 – cu localizarea ulcerului în stomac (26,3%) și perforație la 1 pacient cu localizarea ulcerului în duoden (5,2%).

Conform datelor obținute, complicațiile apar mult mai frecvent la pacienții cu UGD cu pancreatită cronică asociată, și anume hemoragia, care se întâlnește cel mai des, iar stenoza și perforația mai rar. După datele literaturii, hemoragia digestivă superioară apare de obicei în perioada de acutizare a bolii, se întâlnește la 28% bolnavi cu ulcer gastric și 35% cu ulcer duodenal, iar la 70% din ei hemoragia are o

evoluție recidivantă. Hematemeza e întâlnită mai des în ulcerul gastric, melena în cel duodenal [5].

Hemoragia cauzează o mortalitate de 8-10%. Mai des sângerează ulcerele gastrice situate pe mica curbă verticală și cele duodenale, situate pe fața posterioară [3]. Perforația este o complicație destul de frecventă a ulcerului și constituie 15% în Europa și America de Nord, 1-2% în Asia și Africa. Ea recidivează frecvent și se întâlnește în ulcere vechi mai mari de 5 ani pentru ulcere gastrice și mai mari de 10 ani pentru ulcerul duodenal [5]. În studiul nostru, incidența complicațiilor este mai mică, posibil din cauza numărului mic de pacienți cercetați.

Concluzii

1. Particularitățile clinice ale UGD în asociere cu pancreatita cronică sunt următoarele: la simptomele caracteristice UGD se adaugă cele ale pancreatitei cronice, cu sindrom dispeptic mai manifest, cu meteorism și constipații, cu o incidență mai crescută a vomelor, iar durerea își schimbă caracterul și poate fi localizată atât în epigastru, cât și în hipocondri, deseori sub formă de „centură”, cu iradieri în spate și de o durată mai lungă.

2. Biologic, la pacienții cu UGD în asociere cu pancreatita cronică deseori se atestă dereglări ușoare ale funcțiilor exocrine și endocrine ale pancreasului.

3. În UGD cu pancreatită cronică asociată este caracteristică apariția mai frecventă a complicațiilor, în primul rând a hemoragiei, ulcerele fiind localizate mai frecvent în duoden.

Bibliografie

1. Babiuc C. *Ulcerul gastric și duodenal*. Chișinău, 1999, p. 58-273.
2. John Wiley. *Textbook of gastroenterology fifth edition*. Vol. I, 2011, p. 36.
3. Pascu O. *Esențialul în gastroenterologie și hepatologie*. București: Editura Națională, 2003, p. 43-46, 83-105.
4. Schulze S., N. Thorsgaard Pedersen, M.J. Jorgensen, K.M. Mollmann, and S.J.Rune. *Association between duodenal bulb ulceration and reduced exocrine pancreatic function*. In: *Gut.*, Sep. 1983; nr. 24(9), p. 781-783.
5. www.revistachirurgia.ro. *Ulcerul jejunal, dificultăți diagnostice și terapeutice*. 2011, nr. 4. p. 513-517.

Ghenadie Bezu, dr. med, conf. univ.,
Departamentul *Medicina Internă*,
Clinica medicală nr. 7
USMF *Nicolae Testemițanu*
Chișinău, str. Sf. Arhanghel Mihail, 38
Tel.: 022 295568; mob.: 068059323
E-mail: ghenadie_bezu@mail.ru