

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN
CRAIOVA**

FACULTATEA DE MEDICINĂ

**ROLUL DIETEI ASUPRA PATOLOGIEI
DIGESTIVE DINTR-UN ANUMIT AREAL
GEOGRAFIC: FACTORII DE RISC,
EPIDEMIOLOGIA PRINCIPALELOR
AFECȚIUNI.**

- rezumat -

CONDUCĂTOR:

PROF. UNIV. DR. ANDREI TICA

DOCTORAND:

RADU LUCREȚIU

CRAIOVA

2014

Introducere

Asocierea în peisajul lumii moderne a excesului alimentar cantitativ și calitativ (mai ales pe fondul utilizării predominante a alimentelor rafinate și concentrate, în asociere cu sedentarismul propriu civilizației actuale) cu deficitele alimentare, de multe ori grave și cu consecințe nefaste asupra stării de sănătate a unor segmente încă extinse din populația globului.

Teza are ca obiectiv evaluarea obiceiurilor alimentare ale populației din județul Dolj și implicarea acestora în declanșarea și întreținerea afecțiunilor digestive în lumina mecanismelor etiopatogenice cunoscute ca fiind implicate în aceste boli.

Teza este structurată pe două părți: partea generală formată din 6 capitole în care sunt aduse la zi datele referitoare la alimentația de-a lungul secolelor, alimentația românilor și în special a celor din regiunea de sud-vest a României, metabolismul alimentelor, descrierea rolului macronutrienților, micronutrienților și apei în organism; descrierea nevoilor nutriționale în funcție de vârstă și diverse situații fiziologice precum și a piramidei alimentare; descrierea factorilor de risc și a mecanismelor implicate în diverse afecțiuni digestive ca boala de reflux gastroesofagian, gastritele, ulcerul gastric și duodenal, neoplasm gastric, hepatitele cronice, cirozele hepatice, neoplasmul hepatic, colecistitele, pancreatitele, sindromul de intestin iritabil și neoplasmul colorectal și partea specială formată din 4 capitole în care sunt descrise materialul folosit și metodele utilizate pentru realizarea studiului; rezultatele obținute, discuția rezultatelor în contextul cunoștințelor actuale, concluziile desprinse după efectuarea acestui studiu.

PARTEA GENERALĂ

Capitolul I descrie preocupările nutriționale apărute de-a lungul secolelor pornind de la Hippocrate din Cos, trecând prin perioada romană, evul mediu, renașterii, industrializării și ajungând până în zilele noastre. În cele mai multe dintre situații, aprofundarea continuă a cunoștințelor legate de fiziopatologia unei anumite maladii a făcut ca erorile și exagerările (într-un sens sau în altul) cuprinse în indicațiile nutriționale să fie eliminate treptat din practica medicală curentă, astfel încât tratamentul dietetic să capete rol compensator pentru dezechilibrele apărute în organismul bolnav. Ca urmare este deja dovedit la ora actuală că alimentația joacă un rol important în promovarea și menținerea stării de sănătate de-a lungul întregii vieți, o dietă nesănosă jucând un rol important în determinismul a numeroase boli cronice cu incidență și prevalență în creștere alarmantă în civilizația actuală, precum sunt obezitatea, diabetul zaharat tip 2, bolile cardiovasculare, cancerul, osteoporoza și bolile dentare. Rezultă de aici că programele de prevenție și control dedicate tuturor acestor maladii își vor putea găsi numeroase elemente comune, ceea ce poate facilita pe termen lung implementarea lor în populație. Ținta prevenției primare a bolilor cronice menționate o constituie factorii de risc așa-numiți „modificabili”, dintre care se disting cu deosebire obiceiurile alimentare și traiul sedentar; la intervenția asupra acestor două elemente se mai pot adăuga, după caz, măsuri privind alți factori de risc, precum tabagismul cronic, consumul de alcool, supraponderea, dislipidemiile, hipertensiunea arterială etc. Necesitatea măsurilor de prevenție și control care să contracareze expansiunea de tip epidemic a maladiilor cronice discutate în cele de mai sus este tot mai mult recunoscută astăzi de un număr de țări în continuă creștere; din păcate, exact în cazul țărilor în curs de dezvoltare (adică exact acolo unde sunt de așteptat ascensiuni alarmante ale cifrelor

morbidității și mortalității prin aceste afecțiuni în următorii ani), se constată o întârziere în adoptarea și punerea în aplicare a acestor măsuri.

Capitolul II descrie evoluția obiceiurilor alimentare pe teritoriul țării noastre din cele mai vechi timpuri până astăzi precum și zona geografică a Olteniei și obiceiurile alimentare din această zonă. Este un lucru binecunoscut că, dincolo de tendințele comune manifestate în timp de procesul de alimentație pe suprafața întregului glob, fiecare regiune istorică și fiecare popor se individualizează prin anumite particularități. După cum e și firesc, nici România și poporul român nu fac excepție de la această regulă generală. Geții, iar ulterior dacii care le-au urmat pe teritoriul actual românesc, erau recunoscuți ca popoare de agricultori. Stăpânirea romană a dus la adaptarea obiceiurilor alimentare în următoarele secole, localnicii adoptând - și adaptând - treptat modul de hrană al cuceritorilor. Următoarele secole aduc treptat o creștere în importanță a agriculturii, odată cu limitarea obiceiului de transumanță și cu căpătarea unui mod de viață sedentar. Din secolul XVI se cultivă în ținuturile nordice românești hrișca, iar din secolul XVII datează introducerea porumbului printre cerealele utilizate în alimentația românilor. În secolul XVIII, creșterea vitelor rămâne o ocupație importantă pentru populație, consumul extensiv de mămăligă nu își arată latura defavorabilă, fiind asociat cu un consum în cantitate relativ suficientă de produse lactate și, într-o măsură mai mică, de carne. În secolul XIX, când contextul intern și internațional duc la expansiunea agriculturii în Țările Române, apare extinderea suprafețelor utilizate pentru agricultură în detrimentul celor folosite pentru pășune și diminuarea capitalului animal aferent. Din secolul XIX apar primele mențiuni în rapoartele sanitare ale vremii despre extinderea în populație a consumului cronic de alcool și efectele sale nefavorabile asupra stării de nutriție și implicit de sănătate. La începutul secolului XX țărani reprezintă peste

80% din populația României, observându-se în paralel constituirea treptată a clasei muncitoare, odată cu dezvoltarea industriei. Anii de după primul război mondial se caracterizează printr-o revenire economică treptată a României la locul ocupat în perioada antebelică; țara noastră este, în primii ani ai deceniului 3, cea mai mare exportatoare de cereale din zonă. În ceea ce privește tehnica pregătirii alimentelor, gastrotehnia utilizată de țaranul român se menține la un nivel primitiv până în jurul anului 1940. Cel de-al doilea război mondial marchează un punct de cotitură inclusiv în modul de alimentație al poporului român. Începând din jurul anului 1950, consumul caloric, proteic, lipidic și glucidic tind iarăși să crească treptat până în deceniul 8 al secolului trecut. Perioada de tranziție socio-economică de după 1990 aduce cu sine o scădere a nivelului de trai, însoțită de inflație și extinderea în populație a șomajului, toate având drept consecință adâncirea dezechilibrelor nutriționale - mai ales la grupe profund defavorizate de această evoluție negativă, precum copiii, bătrânii, șomerii etc. Bucătăria din Oltenia păstrează și astăzi obiceiul de a pregăti mâncarea în oale de pământ la „țest” (sunt recunoscute sarmalele gătite în oale de pământ la „țest”), tehnologie care oferă un gust deosebit mâncărilor, ele purtând parfumul bucătăriei noastre țărănești.

În bucătăria oltenească se folosesc legumele proaspete, peștele, carnea de pasăre, vacă și porc, lactatele și brânzeturile. Pe regiuni, cel mai mare consum mediu de pâine și produse de franzelarie s-a înregistrat în regiunea Sud-Vest Oltenia (11,4 kg/persoană), iar cel mai scăzut în regiunea Nord- Est (7,4 kg /persoană). Pe regiuni, cel mai ridicat consum mediu pe o persoană, de legume și conserve din legume în echivalent legume proaspete s-a înregistrat în regiunea Sud-Vest Oltenia (1.5 kg.persoană).

Capitolul III descrie etapele metabolismului alimentar și componentele metabolismului energetic:

metabolismul bazal, termogeneza și activitatea fizică. Starea de sănătate a fiecărui individ necesită, în primul rând, existența unui status nutrițional optim ce derivă din echilibrul obținut între necesarul și aportul energetic și nutrițional. În determinarea statusului nutrițional un rol aparte îl deține balanța energetică a organismului, ce stă la baza stabilității ponderale și a echilibrului mediului intern. În cazul organismului uman, aportul energetic (reprezentat de consumul de alimente) este discontinuu și variabil, în timp ce consumul energetic este permanent, cu variații intra- și interindividuale legate de metabolismul bazal, activitatea fizică și termogeneza. Depozitele energetice ale organismului sunt determinate de balanța existentă între aportul de alimente și consumul de energie. Energia necesară pe termen scurt (de exemplu, între mese) este asigurată prin utilizarea rezervelor tisulare de glicogen și a unora dintre lipide. În cursul posturilor prelungite sau al perioadelor de restricție din cadrul ciclurilor de scădere ponderală are loc degradarea proteinelor și utilizarea acestora ca substrat energetic alături de lipide. Aportul energetic nu trebuie să acopere doar necesarul de energie, ci trebuie avută în vedere și refacerea depozitelor energetice; această noțiune de depozit energetic prezintă importanță în nuanțarea celor două aspecte de aport necesar și aport esențial. Metabolismul bazal (MB) poate fi definit ca nivelul minim de energie necesară menținerii vieții (este vorba de menținerea funcțiilor organismului și a homeostaziei) sau consumul energetic compatibil cu supraviețuirea. Metabolismul bazal este practic imposibil de măsurat și, de aceea, cei doi termeni de metabolism bazal și consum energetic de repaus sunt utilizați cu aceeași semnificație clinică. Principalii factori ce influențează valoarea MB sunt reprezentați de masa și compoziția corporală, sexul, vârsta, statusul hormonal și condițiile mediului extern. Termogeneza apare ca răspuns la stimuli precum: ingestia de alimente, expunerea la variații de temperatură, frică, stress sau ca

rezultat al administrării unor medicamente sau hormoni. Din aceste motive, unii autori utilizează termenul de termogeneză adaptativă. Energia necesară desfășurării activităților fizice reprezintă cel mai variabil component al consumului energetic total și reprezintă aproximativ 30% din cheltuielile energetice ale organismului. Se consideră că termogeneză secundară activităților fizice poate fi împărțită în două componente: termogeneză determinată de *exercițiul fizic voluntar și susținut* și termogeneză secundară *activității fizice cotidiene*, ocupaționale și care reprezintă totalitatea mișcărilor pe care le facem ca persoane independente: activitatea profesională, statul în picioare sau pe scaun, mersul, dansul, cântatul la vioară sau chitară, cumpărăturile, neliniștea, nervozitatea, controlul postural etc. Deși atât glucidele și lipidele, cât și proteinele sunt surse posibile de energie necesară contracției musculare și efectuării diverselor activități fizice, *tipul de substrat utilizat* este determinat de numeroși factori. În general, atât glucoza cât și acizii grași reprezintă surse energetice în proporții ce depind în primul rând de *intensitatea și durata efortului fizic*, dar și de antrenamentul și condiția fizică a persoanei respective.

Capitolul IV descrie participarea macronutrienților (proteine, glucide, lipide), micronutrienților (vitamine hidro- și liposolubile, mineralele) și apei în procesele organismului uman din punct de vedere a tipului acestora, rolului rol în organism, sursele acestora, aportul recomandat precum și consecințele aportului inadecvat. În câteva situații, glucidele pot contribui la creșterea ponderală: când contribuie printr-un aport care depășește cheltuielile și antrenează stocajul de lipide și când sunt prezente în alimente care conțin și lipide și sunt consumate în exces precum și dacă sunt absorbite ca băuturi îndulcite la distanță de masă (mai mult de o oră). Dietele bogate în fibre se asociază cu o incidență scăzută a bolilor cardiovasculare. Conținutul crescut de fibre în dietă se

asociază cu o incidență mai scăzută a diabetului zaharat. Dietele sărace în fibre reprezintă un factor de risc pentru cancerul de colon. Consumul excesiv de fibre poate să interfereze cu absorbția de calciu și zinc iar aportul unei cantități crescute de fibre poate să determine flatulență. Aportul crescut de acizi grași saturați și acizi grași polinesaturați forma trans duc la apariția dislipidemiilor, care se asociază cu risc crescut de boli cardiovasculare aterosclerotice. Aportul sau sinteza în exces a colesterolului contribuie la dezvoltarea plăcilor de aterom sau a depozitelor extravasculare de colesterol: xantoame, xantelasme, arc cornean. Aportul redus de proteine determină apariția malnutriției proteice sau proteocalorice (când se asociază și cu reducerea aportului caloric), în cazul dietelor vegetariene este necesară suplimentarea proteinelor, datorită valorii biologice scăzute a proteinelor vegetale. Se consideră în mod eronat că prin creșterea consumului de proteine se obține o mai bună funcționare a sistemului imun, scădere ponderală și creșterea masei musculare.

Capitolul V descrie particularitățile nutriționale în funcție de vârstă și situațiile fiziologice care survin pe parcursul evoluției organismului uman (sugar, copil mic, adolescent, adult, vârstnic, sarcină, lactație). Sunt evaluate particularitățile fiziologice ale fiecărei perioade, modalitățile de evaluare a statusului nutrițional și recomandările privind necesarul de nutrienți (proteine, glucide, lipide, vitamine, minerale, apă). De asemenea este descrisă piramida alimentară, o exprimare grafică a standardelor nutriționale, a cantităților și a tipurilor de alimente ce trebuie să fie consumate zilnic pentru a menține starea de sănătate și pentru a reduce riscul de dezvoltare a diverselor patologii legate de alimentație. Fiecare grupă de alimente este etalată vizual pentru a ușura sfatul nutrițional practic. De asemenea, este reprezentat numărul de porții ce trebuie consumate zilnic. Variația dintre minim și maxim în ceea ce privește numărul de

porții depinde de nevoile energetice și preferințele alimentare personale. Fiecare persoană trebuie să consume numărul minim de porții pentru fiecare grupă de alimente. Astfel, există un aport adecvat de macro- și micronutrienți.

Piramida alimentară subliniază în același timp balanța, varietatea și moderația cu care este necesar ca unele alimente să fie consumate, punând accent pe consumul cerealelor, legumelor și fructelor. Sunt reprezentate grafic alimentele ce furnizează macro- și micronutrienții necesari pentru a menține starea de sănătate a populației. Implementarea în practică a principiilor ce stau la baza alcătuirii piramidei alimentare are capacitatea de a îmbunătăți calitatea vieții și de a reduce riscul unor boli cronice cum sunt boala coronariană, accidentul vascular cerebral, diabetul zaharat și unele forme de cancer.

Există diferențe în ceea ce privește alegerea diverselor alimente, aceasta variind în funcție de cultură, obiceiuri familiale, religie, costul și disponibilitatea alimentelor, alergii și intoleranțe alimentare.

Astfel, bazându-ne pe principiile ce stau la baza alcătuirii piramidei alimentare, ne putem asigura de faptul că aportul de nutrienți furnizați de hrana zilnică este unul corespunzător. Este posibilă alegerea alimentelor din fiecare grupă reprezentată în piramidă, putându-se crea combinații în funcție de preferințele individuale.

PARTEA SPECIALĂ

Describe materialul folosit și metodele utilizate pentru realizarea studiului; rezultatele obținute, discuția rezultatelor în contextul cunoștințelor actuale, concluziile desprinse după efectuarea acestui studiu.

Capitolul VI descrie tipul de pacienți incluși în studiu și metodele de evaluare a acestora. Studiul a fost de tip descriptiv, longitudinal și retrospectiv desfășurat pe o

perioadă de 5 ani, în studiu fiind incluși un număr de 2492 de pacienți cu patologie digestivă confirmată care a afectat întreg tubul digestiv și glandele anexe.

Pentru fiecare pacient inclus în studiu s-a întocmit o fișă personală după modelul prezentat mai jos. Din fișă au fost selectate datele demografice, antecedentele patologice, simptomatologia, datele examenului obiectiv precum și datele obținute după explorarea biologică și imagistică a pacienților. Datele culese din fișele personale necesare pentru efectuarea studiului au fost centralizate în tabele care, ulterior, au permis efectuarea testelor statistice. Metodele de evaluare a pacienților au constat în evaluarea balanței energetice prin evaluarea aportului energetic și nutrițional prin anchete alimentare. De asemenea sunt descrise metodele de evaluare a cheltuielilor energetice și modalitatea de măsurare a acestora. Evaluarea clinică a statusului nutrițional a fost realizată pe baza indicilor antropometrici, măsurarea forței musculare, grile de evaluare clinică a statusul-ui nutrițional și grile de autoevaluare. De asemenea s-au utilizat și indici biochimic de evaluare a status-ului nutrițional cum ar fi: creatininuria/24h, transferinemia, transtiretina, 3-metilhistidina, indicele creatinină-talie, proteinele circulante, albuminemia, balanța azotată, aminoacizii plasmatici, somatomedina C și fibronectina. Pentru evaluarea modificărilor digestive au fost utilizate endoscopia și colonoscopia conform tehnicilor standard de efectuare a acestora. Evaluarea obiceiurilor alimentare s-a făcut pe baza unui chestionar de nutriție. Chestionarul cuprinde date de identificare ale pacientului și relații despre activitatea zilnică și nutriția zilnică a pacientului. Chestionarul este însoțit și de un jurnal alimentar în vcare pacienții relatează mesele zilnice, orarul acestora și tipul de alimente ingerate. După ce pacienții au completat

acest chestionar, datele obținute din acestea au fost centralizate și au stat la baza stabilirii parametrilor urmăriți, legați de alimentația pacientului și de implicarea acestora în declanșarea și/sau întreținerea afecțiunilor digestive ale pacienților incluși în studiu. După centralizarea datelor din chestionare s-a stabilit monitorizarea următorilor parametri și gradul lor de implicare exprimat în procente pentru fiecare afecțiune în parte. Parametrii monitorizați au fost: DPA=dezechilibre între principiile alimentare, OAD=orar alimentar dezechilibrat, PNA= preparare necorespunzătoare a alimentelor, MFF=mâncare tip fast-food, MGA=mâncare gătită acasă, A=alcool, F=fumat, SED=sedentarism. Județul Dolj a fost împărțit, pe baza coordonatelor geografice, în 5 zone: centrală reprezentată de Municipiul Craiova, de nord-vest, de nord-est, de sud-est și de sud-vest. Datele astfel obținute, au fost centralizate într-o bază de date și prelucrate cu ajutorul unor programe statistice pentru a evidenția rezultatele studiului. Programele statistice folosite au fost Excel din suita Microsoft Office și SPSS 18.

Capitolul VII a rezultat după evaluarea pacienților în ceea ce privește vârsta, sexul și mediul de proveniență s-a procedat la evaluarea distribuției acestora la nivelul municipiului Craiova și pe regiunile de nord-vest (NV), nord-est (NE), sud-vest (SV) și sud-est (SE).

Comparând regiunile județului între ele s-a constatat că nu au existat diferențe semnificative între aceste regiuni în ceea ce privește distribuția bolilor digestive întâlnite la pacienții incluși în studiu. Pacienții din regiunea de NV fiind în procent de 25%, cei din NE în procent de 23%, cei din SV în procent de 26%, iar cei din SE în procent de 26%.

Nu au existat diferențe semnificative de distribuție a pacienților cu boli digestive incluși în studiu nici în ceea ce

privește axele nord-sud și est-vest, aceștia fiind distribuiți astfel: N=24%, S=26%, V=25%, E=25%.

La pacienții cu gastrită antrală factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost sedentarismul (SED) prezent la un procent de 48%.

La pacienții cu gastrită superficială factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost mâncarea de tip fast-food (MFF) prezent la un procent de 54%.

La pacienții cu gastrită eroziv-hemoragică factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost sedentarismul (SED) prezent la un procent de 43%.

La pacienții cu gastrită de reflux factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost mâncarea gătită acasă (MGA) prezent la un procent de 51%.

La pacienții cu gastrită papuloasă factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost fumatul (F) prezent la un procent de 43%.

La pacienții cu gastrită portal-hipertensivă factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost sedentarismul (SED) prezent la un procent de 46%.

La pacienții cu ulcer peptic factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost fumatul (F) prezent la un procent de 51%.

La pacienții cu cancer gastric factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost alcoolul (A) prezent la un procent de 45%.

La pacienții cu rectocolită ulcero-hemoragică factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost prepararea necorespunzătoare a alimentelor (PNA) prezent la un procent de 54%.

La pacienții cu boală Crohn factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost sedentarismul (SED) prezent la un procent de 41%.

La pacienții cu neoplasm colorectal factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost alcoolul (A) prezent la un procent de 51%

La pacienții cu hepatite cronice de etiologie virală B factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost dezechilibrul între principiile alimentare (DPA) prezent la un procent de 31%.

La pacienții cu hepatite cronice de etiologie virală C factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost sedentarismul (SED) prezent la un procent de 41%.

La pacienții cu hepatite cronice de etiologie virală B+C factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost sedentarismul (SED) prezent la un procent de 43%.

La pacienții cu hepatite cronice de etiologie virală B+D factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost mâncarea gătită acasă (MGA) prezent la un procent de 56%.

La pacienții cu hepatite cronice de etiologie etanolică factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost fumatul (F) prezent la un procent de 55%.

La pacienții cu ciroze hepatice de etiologie etanolică factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost mâncarea gătită acasă (MGA) prezent la un procent de 47%.

La pacienții cu ciroze hepatice de etiologie virală B factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost prepararea necorespunzătoare a alimentelor (PNA) prezent la un procent de 54%.

La pacienții cu ciroze hepatice de etiologie virală C factorul cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost sedentarismul (SED) prezent la un procent de 52%.

La pacienții cu ciroze hepatice de etiologie virală B+C factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost mâncarea de tip fast-food (MFF) prezent la un procent de 64%.

La pacienții cu ciroze hepatice de etiologie virală B+D factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost prepararea necorespunzătoare a alimentelor (PNA) prezent la un procent de 61%.

La pacienții cu ciroze hepatice de etiologie mixtă virală și etanolică factorii alimentari cei mai frecvent implicați, relația de pacienți au fost orarul alimentar dezechilibrat și fumatul (F) prezenți în același procent de 52%.

La pacienții cu diskinezii biliare factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost măncarea gătită acasă (MGA) prezent la un procent de 65%.

La pacienții cu colecistită cronică alitiacică factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost prepararea necorespunzătoare a alimentelor (PNA) prezent la un procent de 67%.

La pacienții cu litiază veziculară biliară factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost prepararea necorespunzătoare a alimentelor (PNA) prezent la un procent de 67%.

La pacienții cu litiază veziculară biliară factorul alimentar cel mai frecvent implicat, relatat de pacienți a fost măncarea gătită acasă (MGA) prezent la un procent de 54%.

Realizând o analiză de tip cross-over între tipul și frecvența afecțiunilor digestive pe regiuni și factorul alimentar cel mai frecvent implicat în declanșarea, întreținerea sau agravarea afecțiunii digestive s-a reușit evidențierea distribuției pe regiuni a obiceiului alimentar cu frecvența cea mai mare în acea regiune.

Concluzii

1. Studiul factorilor alimentari implicați în patologia digestivă este dificil de realizat în contextul actual deoarece individualizarea unui anumit factor dependent de alimentație interferează nemijlocit cu alți factori din mediul înconjurător mai ales cei legați de stress-ul cotidian, de compoziția alimentelor, de climă precum și de locul de muncă.
2. În studiul efectuat patologia digestivă a fost larg reprezentată la toate nivelele tubului digestiv, fiecărei patologii, indiferent de localizare, i-a corespuns cel puțin un factor de risc alimentar sau un obicei alimentar necorespunzător implicat în declanșarea, întreținerea sau agravarea respectivei patologii.
3. În ciuda diversității afecțiunilor digestive descoperite la lotul studiat, oricare afecțiune, indiferent de localizare la nivelul tubului digestive și glandelor anexe a fost mai frecventă la nivelul municipiului Craiova comparativ cu orice altă regiune a județului.
4. Explicația frecvenței mai mari la nivelul municipiului Craiova este dată de: gradul de cultură a pacienților, accesul mai facil la servicii medicale de înaltă performanță, informația mai accesibilă și complianța mai crescută la recomandările medicale.
5. Cu toate că patologia digestivă a fost amplu studiată și evaluată pe grupe de vârstă, mediu de proveniență și sexe iar factorii alimentari au fost studiați în detaliu pe baza chestionarelor s- a constatat că între celelalte regiuni ale județului, exceptând municipiul Craiova

nu au existat diferențe semnificative de frecvență a bolilor digestive la lotul studiat.

6. Aceste diferențe au fost nesemnificative la comparație atât pe regiunile de pe axa nord-sud cât și pe regiunile de pe axa est-vest ceea ce relevă o tendință la uniformizare a afecțiunilor digestive în ceea ce privește distribuția lor, fapt explicat prin faptul că alimentația de la oraș a început să se răspândească și în mediul rural.
7. Conform datelor din studiu s-a constatat că în regiunea de nord a județului a predominat afecțiunile legate de glandele anexe ale tubului digestive, în special ale ficatului, iar în regiunea de sud a județului au predominat afecțiunile tractului digestive în special ale tractului digestive superior.
8. Aceeași distribuție în funcție de frecvență s-a constatat și la comparația între pacienții proveniți din regiunea de est a județului comparative cu cea de vest.
9. Astfel s-a constatat o creștere a afecțiunilor tractului digestiv care are ca direcție nord-sud și est-vest și o direcție inversată pentru afecțiunile glandelor anexe.
10. Factorii de risc alimentari cei mai frecvenți, care au reieșit după centralizarea datelor din chestionare și raportați la regiuni precum și la distribuția afecțiunilor digestive au fost următorii: mâncarea de tip fast-food în regiune de nord-vest, sedentarismul și mâncarea gătită în casă în regiunea de nord-est, sedentarismul, fumatul și alcoolul în regiunea de sud-vest iar în regiunea de sud est-prepararea necorespunzătoare a alimentelor și sedentarismul.

11. Factorii alimentari cei mai frecvent relevați de chestionare pe axa nord sud au fost: sedentarismul, mîncarea de tip fast-food, alcoolul și fumatul iar pe axa est-vest: mîncarea gătită în casă, alcoolul și fumatul.
12. Cu toate că distribuția și frecvența factorilor alimentari implicați în vasta patologie digestivă studiată, a fost foarte variată și greu de cuantificat, distribuția afecțiunilor digestive pe regiuni nu a fost semnificativ diferită; o altă explicație a acestui fapt fiind că factorii alimentari implicați sunt interferați și de alți factori de mediu care ar merita un studiu mai atent.
13. Realizarea un studiu epidemiologic pentru tulburări digestive funcționale nu este o sarcină ușoară, evidențierea obiceiurilor alimentare (dieta) și stabilirea relației cu patologia digestivă și factorii socio-economici ori nutriționali este dificilă iar interpretarea rezultatelor studiilor epidemiologice poate fi de cele mai multe ori incertă.
14. Pentru o mai bună corelație între factorii implicați ar fi necesare strategii și eforturi coordonate precum și apariția unor ghiduri și chestionare standard care să permit o corelație cât mai aproape de adevăr între aliment și boala digestivă.
15. Prin descoperirea unei corelații relevante între factorul alimentar și boala digestive se pot lua măsuri specific la toate nivelurile pentru a promova obiceiuri sănătoase în rândul populației adulte, nu doar pentru prevenirea și ameliorarea surplusului ponderal, ci de asemenea și pentru declanșarea bolile digestive.