

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ

THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH,
ECONOMY AND MANAGEMENT
IN MEDICINE

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

2(2)/2011

Revista a fost înregistrată la Ministerul de Justiție al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Prin hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și a Consiliului Național de Acreditare și Atestare din 30.04.2009, revista este inclusă în categoria **B** a publicațiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor științifice din tezele de doctorat în domeniile medicină, farmacie, economie și psihologie.

Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiștii în domeniile respective.

Cofondatori:

Centrul Național de Sănătate Publică
Centrul Național de Management în Sănătate

Colegiul de redacție Editorial Board

Redactor-șef Editor in Chief

CONSTANTIN EȚCO

Membri Members

Ion Bahnarel – redactor-șef adjunct

Dumitru Tintiuc – redactor-șef adjunct

Mihai Magdei, Oleg Barbă,

Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Ion Ababii
Constantin Andriuța
Grigore Belostecinic
Mircea Buga
Eugen Diug
Dan Enăchescu (București)
Ludmila Ețco
Grigore Friptuleac
Stela Gheorghiiță
Ștefan Gheorghiiță
Victor Ghicavâi
Gheorghe Ghidirim
Eva Gudumac
Vladimir Hotineanu

Luminița Iancu (Iași)
Constantin Iavorschi
Vladimir Kucerenko (Moscova)
Iuri Lisițân (Moscova)
Oleg Lozan
Boris Melnic
Ion Mereuță
Ion Moldovanu
Benoit Nautre (Franța)
Nicolai Opopol
Gheorghe Paladii
Valeriu Pantea
Iurie Pânzaru
Mihai Popovici

Editorial council

Viorel Prisăcaru
Yousif Rahim (Italia)
Andrei Roșca
Valeriu Rudic
Aurel Saulea
Victor Savin
Constantin Spânu
Ion Șalaru
Boris Topor
Teodor Tulcinschi (Israel)
Georghe Țăbârnă
Teodor Țârdea
Brigitha Vlaicu (Timișoara)
Ana Volneavschi

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)

MD-2004, Chișinău, Republica Moldova

Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44

E-mail: economiemanagement@yahoo.com

MATERIALELE CONFERINȚEI NAȚIONALE
ÎN MEDICINA INTERNĂ
DIN REPUBLICA MOLDOVA
CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ

19-20 mai 2011,
Chișinău,
Republica Moldova

COMITETUL DE ORGANIZARE

Președinte: GROPPA Liliana – d.h.m., profesor universitar

Președinți de onoare:

USATĂI Andrei – Ministru al Sănătății al Republicii Moldova

ABABII Ion – rector al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, academician al AȘ RM, profesor universitar

Vicepreședinți:

MATCOVSCHI Sergiu – d.h.m., profesor universitar, șef Departament Medicină Internă al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

BOTNARU Victor – d.h.m., profesor universitar, director al Institutului de Pneumoftiziologie „Chiril Draganiuc”

Membri:

PRISACARU Viorel – d.h.m., profesor universitar, prorector al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

SUVEICA Luminița – director al Direcției Municipale de Sănătate

ISTRATI Valeriu – d.h.m., profesor universitar, șef de catedră

CIOBANU Gheorge – d.h.m., profesor universitar, șef de catedră

REVENCO Valeriu – d.h.m., profesor universitar, șef de catedră

DUMBRAVA Vlada-Tatiana – d.h.m., profesor universitar, șef de catedră

BUTOROV Ion – d.h.m., profesor universitar, șef de catedră

ȚĂBĂRNĂ Ion – d.h.m., profesor universitar, șef de catedră

VUDU Lorina – d.m., conferențiar universitar, șef de catedră

POPA Serghei – d.m., conferențiar universitar, director IMSP SCR

ZAVATIN Galina – vicedirector IMSP SCM „Sfânta Treime”

ARTENI Ion – vicedirector IMSP SCM nr. 1

CHIȘLARU Svetlana – vicedirector IMSP SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”

GĂRBU Liliana – vicedirector IMSP SCM nr. 4

SUHARSCHI Maria – vicedirector Policlinica ACSR a Aparatului Guvernului

GLEOZOVA Olga – ș/s terapie SIS

GALEARSCHI Rodica – ș/s terapie MAI

ALCAZ Vasile – ș/s terapie IMSP SCMC FA

ERHAN Galina – ș/s Policlinica IMSP SC MS

SCORPAN Anatolie – ș/s terapie IMSP Spitalul Feroviar

PASCARU Vladimir – vicedirector IMSP SCM Bălți

GOLUBCIUC Victor – ș/s terapie IMSP SCM Bălți

PREOTESA Mihail – ș/s terapie IMSP SR Anenii Noi

AGATIEV Svetlana – ș/s terapie IMSP SR Criuleni

GODOROJA Vasile – ș/s terapie IMSP SR Căușeni

COTOVAN Violeta – ș/s terapie IMSP SR Ialoveni

GRAUR Sergiu – ș/s terapie IMSP SR Orhei

DESEATNICOVA Elena – d.m., conferențiar universitar

AGACHI Svetlana – d.m., conferențiar universitar

ROTARU Larisa – d.m., conferențiar universitar

Secretariat:

Secretar general al Societății Medicilor Interniști – CHIABURU Lealea, asistent universitar

Secretar științific – RUSSU Eugeniu, d.m., asistent universitar

Secretari: CEPOI-BULGAC Daniela, asist. universitar; CHIȘLARI Lia, asist. universitar

SÂRBU Oxana, GONȚA Ludmila, LESNIC Aliona

SPONSORI

Sponsor de platină

Gedeon Richter

Sponsori de aur

Berlin Chemie Menarini Group

GlaxoSmithKline

Sponsori de argint

Bayer Consumer Care

Unipharm Inc

Mucos Pharma

Sponsori de bronz

Hoffmann la Roche

Bilim Pharmaceuticals

Boeringher Ingelheim

Heel

Vinamex

Bosnalijek

Schering-Plough

Medi Grun

Osteomed-M

CUPRINS

Comitetul de organizare	4
Sponsori	5
PRIMA PARTE	
PREZENTĂRILE INVITAȚILOR DE ONOARE.....	12
PARTEA A DOUA	
TEZELE RAPOARTELOR.....	20
■ REUMATOLOGIE	20
Stări morbide asociate la pacienții cu sclerodermie sistemică. Agachi Svetlana, Groppa Liliana, Chiaburu Lealea.....	20
Factorii de risc pentru osteoporoză la pacienții cu sclerodermie sistemică. Agachi Svetlana, Groppa Liliana, Deseatnicova Elena.....	20
Afectarea renală cronică în sclerodermia sistemică. Agachi Svetlana, Groppa Liliana, Rotaru Larisa.....	21
Stabilirea diagnozei de osteoporoză anterior fracturii osteoporotice la pacienții din Republica Moldova. Bancu Irina, Deseatnicova Elena, Betisor Alexandru, Groppa Liliana, Ganea Nadejda	21
Aprecierea dereglărilor în statusul imun celular la pacienții cu artrită reactivă. Becheanu Natalia	22
Stabilirea impactului tratamentului etiotrop asupra calității vieții pacienților cu artrită reactivă. Becheanu Natalia	23
Aprecierea desfășurată a acțiunii tratamentului antibacterian cu doxiciclină, jozamicină și levofloxacină asupra afectărilor articulare și imunopatologice la pacienții cu artrită reactivă. Becheanu Natalia	23
Semnificația unor enzime prooxidante și antioxidante în fibromialgie. Cepoi-Bulgac Daniela	24
Penthroxul în calmarea durerii acute în medicina internă: potențialul de utilizare. Belâi Adrian, Danilov Radu.....	24
Sindromul antifosfolipidic în practica obstetricală. Cernețchi Olga, Sagaidac Irina.....	28
Structura maladiilor aparatului locomotor la persoanele participante la lucrările de lichidare a consecințelor avariei de la CAE Cernobâl în perioada 1991-2010. Chircă Lucia.....	29
Calitatea vieții pacienților cu diabet zaharat tip 2, apreciată prin chestionarul „SF-36”. Chișlari Lia, Groppa Liliana, Anestiadi Zinaida	29
Nivelul vitaminei D la femeile în postmenopauză cu masa osoasă normală, cu osteopenie și osteoporoză din Republica Moldova. Deseatnicova Elena, Bancu Irina, Agachi Svetlana, Groppa Liliana, Ganea Nadejda.....	30
Maladiile concomitente ca factori de risc în osteoartrita deformantă. Dutca Lucia.....	31
Aprecierea evoluției sindromului algic la pacienții cu osteoartrita, tratați cu preparate condroprotectoare combinate. Dutca Lucia.....	31
Factorii de risc și particularitățile afecțiunii articulare la debutul osteoartritei deformante. Dutca Lucia, Groppa Liliana, Russu Eugeniu, Bujor Oxana, Lesnic Aliona.....	32
Impactul asupra statutului funcțional articular al tratamentului condroprotector combinat în osteoartrita. Dutca Lucia, Groppa Liliana, Russu Eugeniu, Lesnic Aliona	33
Un deceniu de succes în tratamentul osteoporozei cu clodronat. Golubciuc Victor	33
Morbiditatea cardiovasculară în artrita psoriazică. Gonța Ludmila	34
Evoluția scorului „Darea” la pacienții cu artrită reactivă, în funcție de forma clinică a bolii. Groppa Liliana, Becheanu Natalia, Russu Eugeniu, Chiaburu Lealea	34
Cercetarea agenților patogeni în funcție de formele clinice ale artritei reactive. Groppa Liliana, Becheanu Natalia, Russu Eugeniu, Șoric Gabriela.....	35
Eficacitatea tratamentului antimicrobian în funcție de forma clinică a artritei reactive. Groppa Liliana, Becheanu Natalia, Chiaburu Lealea, Russu Eugeniu	35
Rezultatele preliminare ale tratamentului cu tocilizumab al pacienților cu artrită reumatoidă. Groppa Liliana, Cepoi Daniela, Vremiș Laura, Russu E., Corotaș V., Țăgulea Ana, Trocin Olga	36

Expresia modificărilor de laborator la pacienții cu afectări osteoarticulare și diabet zaharat tip 2. Groppa Liliana, Chișlari Lia, Anestiadi Zinaida	37
Manifestările cardiovasculare în spondiloartritele seronegative. Groppa Liliana, Gonța Ludmila, Șoric Gabriela	37
Unele particularități de afectare a aparatului valvular și expresia tulburărilor de ritm și de conducere la pacienții cu spondiloartrită anchilozantă. Groppa Liliana, Gonța Ludmila, Russu Eugeniu, Șoric Gabriela, Sârbu Oxana	38
Profilul riscului cardiovascular la pacienții cu artrită psoriazică, comparativ cu lotul de referință: rolul inflamației sistemice. Groppa Liliana, Gonța Ludmila	38
Influența tratamentului de fond combinat asupra statusului fizic al bolnavilor cu artrită reumatoidă. Groppa Liliana, Osama Hellis, Vremiș Laura, Russu Eugeniu, Bujor Oxana	39
Evoluția indicilor inflamației acute sub influența triplei terapii combinate cu metotrexat, leflunomid și wobenzym la bolnavii cu artrită reumatoidă. Groppa Liliana, Osama Hellis, Vremiș Laura, Corotaș Valeriu, Russu Eugeniu	38
Semne clinice în debutul spondiloartritei anchilozante la femei și afectarea calității vieții lor. Groppa Liliana, Sârbu Oxana, Russu Eugeniu	40
Importanța antigenului HLA-B27 în afecțiunile oculare în spondiloartrita anchilozantă la femei. Groppa Liliana, Sârbu Oxana, Șoric Gabriela, Bujor Oxana	41
Calitatea vieții pacienților cu spondiloartrită anchilozantă cu dereglări oculare. Groppa Liliana, Șoric Gabriela	41
Afecțiunile osteoarticulare în mielomul multiplu (caz clinic). Migaevschi Aurelia, Groppa Liliana, Agachi Svetlana	42
Alflutop gel în terapia complexă a gonartrozei. Moșneaga Marigula, Moșneaga-Zoltur Ala	43
Terapia osteoartrozei deformante cu zinaxin. Mosneaga Marigula, Mosneaga-Zoltur Ala	44
Analiza aspectelor eficacității triplei terapii combinate cu metotrexat, leflunomid și wobenzym la bolnavii cu artrită reumatoidă. Osama Hellis	44
Posibilitatea obținerii remisiunii clinice prin administrarea triplei terapii cu metotrexat, leflunomid și wobenzym la pacienții cu artrită reumatoidă. Osama Hellis	45
Corelații etiologice în vasculita crioglobulinemică. Pascari-Negrescu Ala, Groppa Liliana, Rotaru Larisa, Chiaburu Lealea, Bujor Oxana	46
Nefropatia uratică la pacienții cu gută. Rotaru Larisa, Groppa Liliana, Chiaburu Lealea, Agachi Svetlana, Pascal Rodica	46
Conexiunile dintre tabloul clinic al artritei psoriazice și clasele HLA la pacienții din Republica Moldova. Russu Eugeniu, Groppa Liliana, Babiuc Constantin, Gonța Ludmila	47
Correlation between clinical manifestation and immuno-genetic determinants at patients with psoriatic arthritis in Republic of Moldova. Russu Eugeniu, Groppa Liliana, Babiuc Constantin, Gonța Liudmila	47
Analiza comparativă a afecțiunilor articulațiilor periferice la pacienții cu spondiloartrită anchilozantă. Sârbu Oxana	48
Particularitățile diagnosticului timpuriu în spondiloartrita anchilozantă la femei. Sârbu Oxana	49
O nouă abordare a dizabilității prin prisma expertizei medico-sociale. Sochircă Ludmila	49
Новые возможности повышения качества лабораторной диагностики ревматических заболеваний. Александров А.В., Алехина И.Ю., Александрова Н.В., Макарова Т.С., Бенедицкая Е.В., Ненашева Н.В., Зборовский А.Б.	50
Взаимосвязь уровня лептина в сыворотке крови у мужчин и характер течения остеоартроза. Доронина И.В., Никитина Н.В., Заводовский Б.В., Зборовский А.Б.	51
Активность энзимов пуринового метаболизма в крови больных остеоартрозом на ранней стадии болезни. Мартемьянов В.Ф., Стажаров М.Ю., Бедина С.А., Мозговая Е.Э., Галаева О.Ю.	52
Чувствительность некоторых энзимных показателей в диагностике активности ревматоидного артрита. Мозговая Е.Э., Зборовский А.Б., Бедина С.А., Стажаров М.Ю., Мартемьянов В.Ф.	53
Лабораторный контроль мочевой кислоты в моче для курации ревматологических больных. Ханов Александр, Юдина Ольга	54

Содержание работы ревматолога городской районной поликлиники. Юматова Ванда, Ханов Александр	57
Возможность прогнозирования эффективности терапии пиаскледином в зависимости от уровня окисленных липопротеинов низкой плотности в сыворотке крови при остеоартрозе. Яшина Ю. В., Никитина Н. В., Заводовский Б. В., Зборовская И. А.	58
Autoantibodies to adenosine deaminase as marker of immunological disorders in systemic lupus erythematosus. Alexandrova N.V., Alekhina I.Y., Alexandrov A.V., Zborovskaja I.A.	59
Locus of control in patients suffering from rheumatic diseases. Grekhoff R. A., Kharchenko S. A., Cherkesova E. G., Suleymanova G. P., Nikiforova N. V., Zborovsky A. B.	60
■ ENDOCRINOLOGIE	61
Neuropatia diabetică: probleme de diagnostic. Alexa Zinaida, Anestiadi Zinaida, Macovei Cristina, Gonța Veronica, Harea Dumitru	61
Incidența maladiilor endocrine și problemele diminuării ei. Anestiadi Zinaida, Vudu Lorina	61
Probleme actuale în nefropatia diabetică: experiența SCR. Gaibu Natalia, Anestiadi Zinaida	62
Particularitățile hipertensiunii arteriale la pacienții cu diabet zaharat. Gonța Veronica, Anestiadi Zinaida, Harea Dumitru, Alexa Zinaida, Bivol Elena	62
Patologia endocrină asociată autoimună. Migali Nuțu, Chiaburu Lealea, Agachi Svetlana, Baltag Natalia, Deseatnicova Elena	63
Sindroame autoimune poliglandulare. Vudu Lorina	64
■ NEFROLOGIE	65
Indicii metabolismului mineral în osteodistrofia renală la pacienții cu boală cronică renală sub hemodializă iterativă. Negru-Mihalachi Rodica, Deseatnicova Elena, Groppa Liliana	65
Fracturile coloanei vertebrale asociate cu calcificări extrascheletale la pacienții cu boală cronică renală stadiul 5, aflați la hemodializă (BCR5D). Negru-Mihalachi Rodica, Deseatnicova Elena, Groppa Liliana	66
Particularitățile hemodinamicii renale la pacienții cu ciroze hepatice. Vlasov L.	66
Instalarea complicațiilor renale la pacienții cu ciroze hepatice: aspecte fiziopatologice. Vlasov L., Matcovschi S., Sasu B., Rusu R.	67
■ GASTROENTEROLOGIE ȘI HEPATOLOGIE	68
Importanța imunocorectorului BioR în tratamentul ulcerului duodenal la pacienții vârstnici. Antonova N., Barba D., Butorov I., Calancea V., Barg L., Bodrug N.	68
Frecvența sindromului hepatorenal la pacienții spitalizați cu ciroză hepatică. Arteni I., Bivol Gr., Țăbărnă I., Crețu Rima, Guțan Marina	68
Perspectivile tratamentului complex al hepatitei cronice virale cu utilizarea imunomodulatorului polioxidoniu. Barba D., Antonova N., Butorov I., Bodrug N., Calancea V., Coșciug I.	69
Influența tratamentului cu ozon asupra stării funcționale a pancreasului în pancreatitele cronice latente la vârstnici. Bodrug N.	69
Influența ozonoterapiei asupra fluxului sangvin portal. Bodrug N., Butorov I., Barba D., Baraniuc L., Barg L., Antonova N., Cioban M.	70
Optimizarea tratamentului hepatitelor cronice la vârstnici. Bodrug N., Barba D., Istrate V., Negară A., Botezat A., Antonova N.	70
Spectrul etiopatogenetic al diferitelor forme de pancreatită cronică. Bugai Rodica, Țăbărnă Ion	71
Eficiența hepatoprotectorului heptral în tratamentul steatohepatitei nonalcoolice. Butorov Ivan, David Ludmila, Butorov Serghei, Ghicavâi Victor, Necula Gheorghe	72
Influența hepatoprotectorului imuheptin asupra spectrului lipidic la pacienții cu steatohepatită nonalcoolică. Butorov Ivan, David Ludmila, Butorov Serghei, Ghicavâi Victor, Necula Gheorghe	72
Efectele medico-biologice ale produșilor de dezintegrare a radionuclizilor asupra persoanelor participante la lucrările de lichidare a consecințelor avariei de la CAE Cernobâl. Chircă Lucica	73
Effectiveness of imuheptin in the treatment steatohepatitis. David Ludmila	73
Hepatita cronică virală C și steatoza hepatică. Dumbrava Vlada-Tatiana, Lupașco Iulianna, Țurcan Svetlana, Harea Gheorghe	74

Corelațiile hepatopatiei cronice și pancreatitei cronice în intoxicația cronică alcoolică. Feghiu Maria, Bugai Rodica	75
Tratamentul endoscopic minim-invaziv al leziunilor precanceroase și al cancerului precoce din tractul gastrointestinal. Ghidirim Gheorghe, Mișin Igor, Istrate Viorel, Bodrug Nicolae	75
Evoluția ulcerului duodenal cu hipotensiune arterială. Hortolomei Valerian	76
Hepatita cronică virală C și insulinorezistența. Lupașco Iulianna	76
Ozonoterapia în tratamentul complex al gastropatiilor. Nichita Svetlana, Butorov Ivan, Țâberneac Maia, Barbă Doina, Butorov Serghei	77
Infecția cu Helicobacter pylori și prezența efectelor secundare în tratamentul per os cu bisfosfonați. Pascari-Negrescu Ala, Groppa Liliana, Chiaburu Lealea, Rotaru Larisa	77
Atitudinea subiectivă a pacienților cu hepatite cronice virale depresivi și nondepresivi față de rezultatele tratamentelor. Romanciuc Ina, Dumbrava Vlada-Tatiana, Lupașco Iulianna, Țurcan Svetlana, Revenco Mircea	78
Rolul oxidului nitric în boala de reflux gastroesofagian. Scurtu Alina, Dumbrava Vlada-Tatiana, Istrati V., Scorpan A., Bodrug N., Hotineanu R., Manea D., Calin Gh.	79
Rolul bolii de reflux gastroesofagian în dezvoltarea bronhopneumopatiei cronice. Scurtu Alina, Istrati V., Dumbrava Vlada – Tatiana, Scorpan A., Bodrug N., Hotineanu Raisa, Manea Diana, Calin Gh.	79
■ PNEUMOLOGIE	81
Reacțiile alergice la medicamente: particularități clinico-biologice. Bezu Ghenadie, Țâbârnă Ion, Slivciuc Andrei	81
Particularitățile clinice și de laborator ale pacienților cu pneumonii asociate gripei 2009 A(H1N1), comparativ cu pneumoniile comunitare din perioada interepidemică. Botnaru V., Brocovschi Victoria, Rusu Doina, Toma Cristina, Chesov D., Munteanu Oxana	81
Aspecte imagistice în cazul pacienților cu sarcoidoză endotoracică Botnaru V., Calaraș Diana, Munteanu Oxana	82
Particularitățile infecției tuberculoase în condițiile creșterii incidenței rezistenței la medicamente în Republica Moldova. Botnaru V., Chesov D.	82
Pneumoniile severe la pacienții cu gripa 2009 A(H1N1): perspectivă clinico-radiologică. Botnaru V., Chesov D., Rusu Doina, Brocovschi Victoria	83
Profilul microbiologic și antibioretistența în pneumoniile nosocomiale la nivelul instituției medicale republicane. Botnaru V., Toma Cristina, Rusu Doina, Munteanu Oxana, Brocovschi Victoria	83
Optimizarea tratamentului pacienților cu bronhopneumopatie cronică obstructivă. Butorov Ivan, Butorov Serghei, Gonciar Veaceslav, Barbă Doina, Antonova Natalia	84
Anemia la pacienții cu BPCO. Corlăteanu A., Botnaru V.	84
Evaluarea comorbidităților la un pacient cu BPCO. Corlăteanu A., Botnaru V.	85
Eficiența simvastatinei în tratamentul bronhopneumopatiei cronice obstructive, asociate cu cardiopatie ischemică. Chikh Ahmad Mahmoud, Butorov Ivan, Butorov Serghei, Barbă Doina, Topală Tatiana	85
Pneumoniile comunitare cauzate de Staphylococcus aureus: aspecte clinico-evolutive. Dumitraș Tatiana, Matcovschi Serghei, Talmaci Cornelia	86
Pericolul epidemiologic al bolnavilor cu forme cronice de tuberculoză pulmonară. Iavorschi C., Emelianov O., Bolotnicov V., Brumar A.	87
Prevalența hipertensiunii pulmonare la pacienții cu ciroză hepatică. Tcaciuc E., Corlăteanu Olga, Corlăteanu A., Tcaciuc Angela, Medvețchi-Munteanu Diana	87
Особенности протекания туберкулеза легких на фоне врожденной тромбофилии. Клименко Наталья, Володько Наталья, Шовкун Людмила, Ханов Александр	88
■ CARDIOLOGIE	91
Particularitățile structurale și funcționale ale miocardului la pacienții cu hipotiroidie conform rezultatelor ecocardiografiei. Andronati Vladimir, Ciobanu Nicolae, Izvoeanu A.	91
Lipoproteina (a) – factor nou de risc cardiovascular. Caproș Natalia, Chiachisciuc Victor, Josan Doina, More Tatiana, Colesnic Ion, Chimovschi Valeriu	91

Evaluarea predispoziției genetice în riscul cardiovascular. Caproș Natalia, Istrati Valeriu	92
Rezonanța magnetică cardiacă în cardiomiopatiile nonischemice. Cazacu Anatolie	92
Urgențele hipertensive la adulți. Ciobanu Gheorghe	93
Hypertension artérielle chez la femme. Ciobanu Gheorghe	93
Hipertrofia ventriculului stâng sub tratament combinat cu eprosartan și indapamidă. Ciobanu Nicolae	94
Factorii de risc cardiovascular la pacienții cu risc osteoporotic. Deseatnicova Elena, Bancu Irina, Izvoeanu Alexandru, Groppa Liliana	95
Strategii terapeutice în fibrilația atrială. Grosu Aurel	96
Fibrilația atrială și complicațiile tromboembolice. Grosu A., Gratii C., Diaconu N.	98
Eficiența tratamentului medicamentos cu propranolol și fluoxetină la pacienții cu sincope mediate neural. Grosu A., Raducan A., David L.	98
Rolul citochinelor proinflamatorii în insuficiența cardiacă la copii, secundară șunturilor congenitale sistemico-pulmonare cu hipertensiune arterială pulmonară. Palii Ina, Guscova Alexandra, Luchianciuc Diana	99
Realizările și perspectivele cardiologiei intervenționale în Republica Moldova. Popovici Ion, Popovici Mihail	99
Studiul calității vieții pacienților cu insuficiență cardiacă cronică de origine ischemică, după tratamentul de scurtă durată administrat în staționar. Vataman Eleonora, Lăsâi D., Filimon Silvia, Priscu Oxana, Grivenco Aliona, Cucută Snejana	100
Modificările funcției sistolice și celei diastolice ale ventriculului stâng pe parcursul unui an de tratament al insuficienței cardiace la pacienții cu cardiopatie ischemică și diabet zaharat tip 2. Vataman Eleonora, Filimon Silvia, Hotineanu Raisa, Lăsâi Dorin, Priscu Oxana, Grivenco Aliona	101
Modificările indicilor de remodelare cardiacă la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică de origine ischemică, după reabilitarea fizică la domiciliu. Vataman Eleonora, Lăsâi D., Aprodu Silvia, Grivenco Aliona, Morcov Larisa, Filimon Silvia, Priscu Oxana	102
Noi tehnologii pentru diagnosticul și tratamentul patologiei aterosclerotice în Republica Moldova. Popovici Ion	103

PARTEA A TREIA

SERVICIUL TERAPEUTIC DIN REPUBLICA MOLDOVA	107
IMSP Spitalul Clinic Republican.....	107
IMSP SCM nr. 1	107
IMSP SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”.....	107
ISMP SCM „Sfânta Treime”.....	108
IMSP SCM nr. 4.....	108
IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății	108
Secția terapie CCD al Ministerului Apărării	109
Serviciul terapeutic departamental al ÎS „Calea Ferată din Moldova”	109
CSF „GALAXIA”	109
IMSP SR Anenii Noi	110
IMSP SCM Bălți	110
IMSP SR Basarabasca	110
IMSP SR Briceni.....	110
IMSP SR Cahul.....	111
IMSP SR Călărași.....	111
IMSP SR Cantemir.....	111
IMSP SR Căușeni „Ana și Alexandru”	112
IMSP SR Ceadâr-Lunga	112

IMSP SR Cimișlia.....	112
IMSP SR Comrat	112
IMSP SR Dondușeni	112
IMSP SR Drochia.....	113
IMSP SR Edineț	113
IMSP SR Fălești.....	113
IMSP SR Florești.....	113
IMSP SR Glodeni.....	114
IMSP SR Hâncești	114
IMSP SR Ialoveni.....	114
IMSP SR Nisporeni	114
IMSP SR Leova	115
IMSP SR Ocnîța	115
IMSP SR Orhei	115
IMSP SR Rezina	115
IMSP SR Râbnîța	115
IMSP SR Râșcani	116
IMSP SR Sângerei.....	116
IMSP SR Șoldănești	116
IMSP SR Soroca.....	116
IMSP SR Ștefan Vodă	116
IMSP SR Strășeni	116
IMSP SR Taraclia.....	117
IMSP SR Telenești.....	117
IMSP SR Ungheni.....	117
IMSP SR Vulcănești.....	117
Stațiunea Balneoclimaterică „Codru”, Călărași	118

Alekseeva Liudmila I.

CURRICULUM VITAE

Profesorul Alekseeva Liudmila Ivanovna s-a născut la 3 septembrie 1947.

Studiile:

- 1967-1973 – Institutul de Medicină „Secenov”, Moscova, diploma Ю № 442939;
- 1973-1975 – rezidentiat în medicină internă la Spitalul Departamentul de Terapie, Institutul de Medicină „Secenov”, Moscova, diploma № 717;
- 1983 – teza de doctorat, diploma КД № 002685;
- 1997 – Școala Internațională «Good Clinical Practice», Moscova;
- 2000 – certificat de reumatolog, № 257/18.05.2000;
- 2001 – teza de doctorat, diploma ДК № 006610;
- 2004 – Școala Internațională «Good Clinical Practice», Moscova;
- 2007 – profesor

Experiența profesională:

- Junior cercetător, Institutul de Reumatologie, AȘ a FR, Moscova – 1976-1983;
- Cercetător principal, Institutul de Reumatologie, AȘ a FR, Moscova – 1983-1993;
- Senior cercetător, Institutul de Reumatologie, AȘ a FR, Moscova – 1993-2002;
- Șeful Laboratorului de osteoartroză și boli metabolice ale oaselor și articulațiilor al Centrului de osteoporoză al Institutului de Reumatologie, AȘ a FR, Moscova, din 2002 până în prezent.

Participarea în cadrul organizațiilor medicale: secretar general al Asociației de Reumatologie din Rusia; membru al prezidiului Asociației Ruse de Osteoporoză; membru al Comisiei de Profil al Consiliului de Experți în domeniul sănătății al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale al Federației Ruse, cu un grad „Reumatologie”; membru al Consiliului Consultativ EULAR în elaborarea recomandărilor pentru diagnosticul și tratamentul osteoartrozei; membru al Consiliului CNA 14.01.22 reumatologie, membru al Consiliului Academic al Institutului de Reumatologie, AȘ a FR, Moscova.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

Алексева Л.И.,
НИИР РАМН

Остеоартроз (ОА) является одним из наиболее распространенных заболеваний во всех популяциях. Долгое время считалось, что в основе ОА лежит первичная дегенерация суставного хряща вследствие нарушения обменных процессов. Однако за последние десятилетия, благодаря внедрению в практику новых методов инструментального и лабораторного (на молекулярном уровне) исследования, взгляды на этиологию и патогенез заболевания претерпели изменения.

В настоящее время ОА рассматривается как органная патология, при которой в процесс вовлекаются не только суставной хрящ, но и субхондральная кость, связки, капсула, синовиальная мембрана

и периартикулярные мышцы. Доказательства значимой, если не ведущей, роли субхондральная кость в патогенезе ОА были получены в процессе изучения ее микроархитектоники и динамики изменения последней в ходе проспективных наблюдений. Высокая доказательность проведенных исследований обусловлена использованием таких современных и точных методов, как сцинтиграфия суставов, изучение гистологической структуры тканей, а также определение уровня биохимических маркеров хряща и кости. Доказано участие целого ряда цитокинов и факторов роста, синтезируемых в фенотипически измененных остеобластах, способных вызывать деградацию суставного хряща.

Вопросы этиопатогенеза и терапии ОА продолжают занимать лидирующие позиции среди научных исследований, что обусловлено не только неуклонным ростом числа больных ОА и более ранним возрастом начала болезни, но и

внедрением нового подхода к изучению ОА как междисциплинарной проблемы.

Не секрет, что успех терапии во многом зависит от своевременности начала лечения. В связи с этим большое внимание уделяется разработке и внедрению в практику новых методов обследования суставов, оказывающих значительную помощь в ранней диагностике заболевания. К таким методам прежде всего следует отнести МРТ, позволяющую достаточно полно визуализировать все компоненты сустава, а также такое перспективное направление как денситометрия субхондральных отделов кости. Ценность данных методов обследования заключается в выявлении признаков, обуславливающих развитие сильной боли и функциональной недостаточности суставов, а также рентгенологическое прогрессирование болезни. Получение таких сведений позволяет оптимизировать меры по профилактике и терапии ОА.

На сегодняшний день существует 2 направления терапии заболевания. К симптоматическим препаратам, применяемым с целью уменьшения боли и воспаления в суставах, относятся НПВП, которые, однако, не способны повлиять на течение заболевания и его исход. Кроме того, традицион-

но используемые НПВП обладают потенциально неблагоприятными эффектами в отношении ЖКТ, почек и сердечно-сосудистой системы.

Данный факт послужил предпосылкой для создания лекарственных средств, обладающих как симптом-модифицирующими, так и структурно-модифицирующими свойствами (современным стандартом оценки структурно-модифицирующего эффекта препаратов является измерение ширины суставной щели при рентгенологическом исследовании). Данная группа препаратов, получившая название *хондропротекторов*, включает разнообразные лекарственные формы хондроитин сульфата, глюкозамин сульфата, а также гиалуроновую кислоту для в/суставного введения.

В последнее десятилетие стали появляться сведения по вопросу применения противостероидных препаратов для лечения ОА, что связано с возможностью вмешательства в метаболизм субхондральной кости, а также наличием у этих препаратов хондропротективных свойств.

Появление новых данных о патогенезе ОА способствовало разработке препаратов, ингибирующих синтез и активность провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин – 1.

Eugene Joseph Kucharz

CURRICULUM VITAE

Profesorul Eugene Joseph Kucharz s-a născut la 4 ianuarie, 1951, în Katowice (Polonia).

Studiile și activitatea:

1968-1974 – Universitatea de Medicină din Silezia;

din 1974 – asistent universitar și șeful Departamentului de Chimie Clinică și Diagnostic de Laborator al aceleiași universități;

1976 – a obținut gradul de PhD, teza cu tema „Metabolismul colagenului în sindromul de colagenoză indus cu hidralazină la porcii de Guineea”;

1984 – gradul de habilitat, teza cu tema „Dinamica metabolismului colagenului pe modelul animal de fibroză hepatică”;

Profesorul Eugene J. Kucharz este licențiat în: medicina internă (gradul 1 în 1978, gradul 2 în 1985), diagnostic de laborator (1977), reumatologie (2000), angiologie (2003).

Experiența profesională:

1986-1988 – profesor invitat la Centrul de Artrită al Colegiului de Medicină din Wisconsin (USA);

1989-1995 – cercetător principal al Departamentului Patru de Medicină Internă al Universității de Medicină din Silezia;

1992 – a obținut postul de profesor;

1994 – președintele Republicii Polone i-a conferit titlul de profesor;

din 1996 conduce Departamentul de Medicină Internă și Reumatologie al Universității de Medicină din Silezia, Katowice;

1994-2000 – membru al Comitetului Executiv al Societății Internaționale de Medicină Internă;

2004-2008 – președinte al Societății Polone de Medicină Internă;

din 2002 – membru al Comitetului Executiv al Societății Polone de Reumatologie.

Este membru de onoare al Federației Europene de Medicină Internă și membru al Consiliului de Administrare a Federației; membru de onoare al Societăților Cehă și Slovacă de Medicină Internă. În 2001 a devenit primul polonez membru al Colegiului American al Medicilor.

PATOLOGIA CARDIOVASCULARĂ LA PACIENȚII CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ: EPIDEMIOLOGIE, PATOGENEZĂ ȘI PREVENIRE

Eugene Joseph Kucharz,
Universitatea de Medicină din Silezia, Katowice, Polonia

Artrita reumatoidă (AR) este asociată cu un risc sporit de evenimente cardiovasculare (CV). Patologia CV, inclusiv infarctul miocardic și ictusul reprezintă cauzele majore ale mortalității printre pacienții cu AR. De asemenea, la această populație există un risc sporit de infarct miocardic nonfatal și de insuficiență cardiacă. S-a estimat că mortalitatea cauzată de CV la pacienții cu AR este de 2-5 ori mai înaltă decât în populația generală. Această creștere este remarcată în primii 8-10 ani de la debutul simptomelor de AR. La fel, ultimele studii au demonstrat că AR este un factor de risc independent pentru patologia CV, la fel de important ca și diabetul zaharat.

Mecanismele care stau la baza acestei incidențe sporite și prezic severitatea patologiei CV la pacienții cu AR nu sunt pe deplin înțelese. Ateroscleroza este o patologie cronică inflamatorie, iar inflamația sistemică foarte importantă, asociată cu AR, exercită atât efecte directe asupra endoteliului vascular, cât și indirect potențează procesul aterosclerotic. Această stare patologică este cunoscută ca „*ateroscleroză potențată prin inflamație cronică*”. Se presupune că activarea celulelor endoteliale și disfuncția endotelială ulterioară constituie mecanismul de legătură dintre AR timpurie și ateroscleroză. Profilul citochinic și interacțiunile proteinelor de adeziune sunt foarte similare în inflamația sinovială în caz de AR și ateroscleroză. S-a demonstrat că câțiva indici ai

inflamației corelează cu incidența patologiei CV la pacienții cu AR. Astfel, a fost demonstrat că viteza înaltă de sedimentare a hematiilor este un factor predictiv la acești bolnavi. Alte studii au revelat că viteza de sedimentare a hematiilor este un prezicator al mortalității CV. Proteina C-reactivă este un factor predictiv recunoscut pentru evenimente CV atât la bărbați, cât și la femei. Această legătură a fost confirmată la pacienții cu AR. Rolul dereglărilor imune în apariția unui risc CV sporit a fost sugerat în baza unei mortalități semnificativ ridicate printre bolnavii cu AR cu factor reumatoid pozitiv sau anticorpi antinucleari. Din câte se cunoaște, pacienții cu test pozitiv la factorul reumatoid sunt expuși unui risc de maladie mai activă asociată, de regulă, cu o inflamație cronică mai severă.

Rolul factorilor tradiționali de risc CV la pacienții cu AR în dezvoltarea aterosclerozei și a sechelelor acesteia rămâne neelucidat, iar influența lor trebuie analizată în contextul inflamației sistemice.

Pentru a preveni patologia CV la pacienții cu AR sunt necesare măsuri complexe. Controlul optim al factorilor tradiționali de risc CV este indispensabil, dar crucială este supresiunea inflamației sistemice. S-a demonstrat că tratamentul cu metotrexat reduce riscul de mortalitate CV. Există, la fel, dovezi ale rolului agenților anti-TNF-alfa în prevenirea aterosclerozei, iar terapia cu agenți anti-TNF-alfa inhibă câteva etape de dezvoltare a aterosclerozei. Efectele benefice ale acestei terapii asupra incidenței evenimentelor CV, precum și a mortalității sunt demonstrate doar de unele studii observaționale. Sunt necesare deci cercetări privind reducerea riscului CV la utilizarea agenților anti-TNF-alfa la pacienții cu AR.

Mazurov Vadim I.

CURRICULUM VITAE

Este membru corespondent al Academiei Medicale de Științe, Om Emerit de știință al Federației Ruse. Doctor habilitat în medicină, profesor, medic-șef al Comitetului pentru Sănătate al Guvernului din Sankt Petersburg. Șef al Departamentului de Terapie "E.E. Eichwald" cu curs de Reumatologie, prorector pentru activitatea clinică al Academiei Medicale de Studii Postuniversitare din orașul Sankt Petersburg.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мазуров В.И.

Резюме. В докладе представлены результаты клинического использования препаратов системной энзимотерапии в терапии ревматических заболеваний.

Освящены вопросы фармакокинетики препаратов, их влияния на основные патогенетические звенья при данной патологии. Применение полиэнзимных препаратов оказывает положительное влияние на клиническое течение заболеваний, на показатели иммунного статуса, сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, что позволяет рекомендовать их для лечения данной патологии.

Povorozniuk Vladislav V.**CURRICULUM VITAE**

Șef al Departamentului de Fiziologie Clinică și Patologia Aparatului Locomotor al Institutului de Gerontologie al AȘ a Ucrainei, președintele Asociației ucrainene de osteoporoză, Asociației ucrainene de menopauză, andropauză și patologii ale sistemului osteomuscular.

Studiile și activitatea:

1971-1977 – Institutul de Medicină „A.A. Bogomolets” din Kiev;

1988 – a susținut teza de doctor în medicină la tema: „Modificările degenerativ-distrofice ale coloanei vertebrale cervico-toracice și manifestările lor viscerale (cardialgia vertebrală) la persoane de diferite vârste”;

1999 – a susținut teza de doctor habilitat cu tema: „Osteoporoza în populația ucraineană: factori de risc, caracteristici clinice, diagnostic și tratament”;

2001 – a primit gradul de profesor.

Experiența profesională:

Din 1977 activează la Institutul de Gerontologie al AȘ din Ucraina;

din 1992 – șef al Departamentului de Fiziologie Clinică și Patologia Aparatului Locomotor;

din 1997 – președinte al Asociației ucrainene a osteoporozei;

din 1999 – director al Centrului pentru problemele științifico-medicale ale osteoporozei;

din 2002 – președinte al Asociației ucrainene de menopauză, andropauză și patologii ale sistemului osteomuscular.

În 2001, după absolvirea cursurilor internaționale pe densitometrie (International Bone Densitometry Training and Certification Program, Course Director Seminar, Praga, Republica Cehă), a primit certificatul internațional, care a fost confirmat în 2007 (Tartu, Estonia).

Este membru al Consiliului de administrație al Asociației Internaționale a Osteoporozei (IOF); vicepreședinte al Societății Științifice Medicale a Gerontologilor și Geriatriilor din Ucraina, al Asociației ucrainene de reumatologie; redactor-șef al revistelor „Durerea. Articulațiile. Coloana vertebrală”, „Probleme de osteologie”, „Revista Internațională de Osteologie”; membru al consiliilor editoriale ale revistelor „Îmbătrânirea și longevitatea”, „Gerontechnology”, „Gerontologia”, „Medix. Antiaging”; este doctor în medicină, profesor; membru al Asociațiilor Internaționale: ACR, EMAS, EULAR, ISCD, ISSAM, SICOT, OARSI.

ОСТЕОПОРОЗ ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Поворознюк В.В.,
президент Украинской ассоциации остеопороза и
Украинской ассоциации менопаузы, андропаузы и
заболеваний костно-мышечной системы

В докладе будут представлены распространённость, факторы риска, механизмы развития вторичного остеопороза при эндокринной патологии. Такие эндокринные заболевания, как сахарный диабет, первичный гиперпаратиреоз, гипогонадизм

у мужчин, способствуют потере и снижению прочностных характеристик костной ткани, а также повышению риска переломов. Ранняя диагностика, целенаправленная профилактика вторичного остеопороза будут способствовать предупреждению его грозных осложнений – остеопоротических переломов у данной категории пациентов. Также будут представлены результаты зарубежных и собственных исследований по изучению эффективности бисфосфонатов в лечении вторичного остеопороза при эндокринной патологии.

Rudenko Emma V.**CURRICULUM VITAE**

Rudenko Emma Vladimirovna, doctor în medicină, profesor la Catedra de Cardiologie și Reumatologie BELMAPO, președintele ONG-ului „Vom combate osteoporoză împreună”, directorul Centrului municipal din Minsk pentru prevenirea osteoporozei.

Studiile și activitatea:

În 1978 a absolvit Institutul de Stat de Medicină din Minsk;

1978-1982 – medic în cabinetul adolescentului al SRC Lelchitsy (regiunea Gomel);

1982-1990 – reumatolog în Spitalul Regional din Minsk;

1990 – asistent universitar la Catedra de Terapie № 2 a Academiei de Studii Postuniversitare în Medicină din Belarus.

Experiența profesională:

Din 1996 a început să lucreze asupra tezei de doctorat pe probleme de osteoporoză, care a fost susținută cu succes în 2003.

În 1997, la inițiativa lui Emma Rudenko a fost deschis Biroul osteoporozei în Spitalul Clinic Republican al Invalizilor celui de-al Doilea Război Mondial.

2005 – a fost înregistrată Asociația obștească a specialiștilor din domeniul sănătății „Vom combate osteoporoza împreună” din Belarus, care din 2007 a devenit membru asociat al IOF.

2007 – sub conducerea lui Emma Rudenko se înființează Centrul municipal pentru prevenirea osteoporozei, cu lansarea paginii web www.osteoporosis.belmpo.by

НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ (НО)

Руденко Эмма Владимировна,
Белорусская Медицинская Академия
Последипломного Образования

Несовершенный остеогенез (НО) – это наследственное заболевание с нарушением костеобразования, остеопорозом, мягкостью и повышенной ломкостью костей. Клеточный состав костной ткани при этом не изменяется.

В большинстве случаев, НО вызвано доминирующей мутацией в генах COL1A1 или COL1A2, которые кодируют I тип коллагена. Меньше чем 10% случаев НО, как полагают, вызваны мутациями в других генах в цепи коллагена. Тип I имеет частоту около 1:30 000. Тип II имеет частоту при рождении приблизительно 1:60 000, суммарная частота трёх тяжёлых врождённых форм (II, III и IV типы) оценивается в 1:20000.

Адаптированная классификация несовершенного остеогенеза (Glorieux F.H., 2009)

Тип НО	Тяжесть заболевания	Дентиногенез	Типичные симптомы	Генетический вариант	Мутации
I	Легкое течение, без деформаций	Нормальный	Нормальная длина ребенка, голубые склеры	Аутосомно-доминантный	COL 1A1, COL 1A1
II	Перинатальная смерть	Не изучен	Множественные переломы и деформации при рождении	Аутосомно-доминантный, спонтанные мутации, семейный мозаицизм	COL 1A1, COL 1A1
III	Тяжелое	Несовершенный дентиногенез	Задержка физического развития ребенка, треугольное лицо, голубые склеры	Аутосомно-доминантный, очень редко аутосомно-рецессивный, семейный мозаицизм	COL 1A1, COL 1A1
IV	Среднетяжелое, тяжелое	Несовершенный дентиногенез	Задержка физического развития ребенка, голубые или белые склеры	Аутосомно-доминантный	COL 1A1, COL 1A1
V	Среднетяжелое, тяжелое	Нормальный	Гиперпластическая костная мозоль, белые склеры	Аутосомно-доминантный	Не изучен
VI	Среднетяжелое, тяжелое	Нормальный	Белые склеры	Аутосомно-рецессивный	Не изучен
VII	Среднетяжелое, тяжелое, перинатальная смерть	Нормальный	Белые склеры	Аутосомно-рецессивный	CRTAP
VIII	Тяжелое, перинатальная смерть	Нормальный	Белые склеры	Аутосомно-рецессивный	LEPRE 1

Задачи лечения: стимуляция коллагенообразования; коррекция нарушений синтеза и катаболизма гликозаминогликанов; коррекция уровня свободных аминокислот крови; профилактика вторичного остеоартроза; стабили-

зация минерального обмена; ортопедическая коррекция искривлений скелета; хирургическое лечение переломов; обеспечение ортезами, спецтранспортом.

Tłustochowicz Witold**CURRICULUM VITAE**

Profesorul Witold Tłustochowicz, MD, PhD, șef al Departamentului de Boli Interne și Reumatologie la Spitalul Clinic Central al Institutului Militar de Medicină din Varșovia.

Studiile și activitatea:

1975 – a absolvit Facultatea de Medicină a Academiei Militare de Medicină din Łódź;

1975-1979 – rezidențiat, specialist în medicina internă și reumatologie;

1979 – susține teza de doctor în medicină cu tema: „Utilitatea unor parametri clinici și de laborator în evaluarea activității artritei reumatoide” și obține titlul de doctor în științe medicale. După prezentarea tezei „Complicațiile cardiace și importanța lor la pacienții cu artrită reumatoidă” profesorul Tłustochowicz a obținut titlul de doctor habilitat.

Experiența profesională:

2004-2008 – vicepreședinte al Societății Poloneze de Reumatologie;

din 2004 – membru al Organului de Administrare al Societății Poloneze de Osteoartrologie, membru al Comitetului Științific al Fundației Poloneze de Osteoporoză;

2008 – președinte al Societății Poloneze de Reumatologie;

din 2009 – consultant național în Reumatologie.

Profesorul W. Tłustochowicz a condus 12 teze de doctorat. A educat 13 specialiști în medicina internă și 22 – în reumatologie. A publicat peste 130 de articole, al căror factor de impact total a depășit 50; el este editor a patru cărți, autor a zece capitole, coautor la peste 300 de prezentări la congrese.

ASPECTE PRACTICE ALE TRATAMENTULUI CU AGENȚI BIOLOGICI ÎN POLONIA. AVEM OARE NEVOIE DE TRATAMENTUL DE FOND TRADIȚIONAL ÎN ARTRITA REUMATOIDĂ?

Tłustochowicz Witold,
Institutul Militar de Medicină, Varșovia, Polonia

Caracteristicile unui medicament bun sunt inofensivitatea și eficacitatea; calitatea salută de plătitor este prețul mic. Ținta tratamentului în caz de artrită reumatoidă este atingerea remisiunii, care este mai ușor de atins în primele luni de la instituirea maladiei. O altă caracteristică salută a unui preparat bun este acțiunea promptă. În ultimul deceniu am fost martori ai unui progres nemaivăzut în dezvoltarea terapiilor biologice, care încearcă să substituie tratamentul cu remedii tradiționale antireumatice modificatoare de boală. Evaluarea siguranței medicamentoase a demonstrat că numărul total de evenimente adverse asociate este similar la utilizarea preparatelor medicamentoase tradiționale și a celor biologice; diferențele par să fie mai degrabă organ-specifice. Pe de o parte, după aplicarea metotrexatului, creșterea activității transaminazelor este observată la 17% din pacienți, 18-19% din bolnavi au grețuri, același procent de grețuri se înregistrează după utilizarea sulfasalazinei. Leflunomida cauzează diaree la 17%. Pe de altă parte, medicamentele biologice cauzează reacții cutanate de la 10% (adalimumab) până la 30% (etanercept) din pacienți. Reacțiile aso-

ciate cu administrarea perfuziilor sunt raportate de la 11% (infliximab) până la 9-25% (rituximab) cazuri. Infecțiile severe, deseori fatale, care includ tuberculoza și infecțiile sistemului nervos central, sunt mai frecvente la pacienții tratați cu agenți biologici. Eficacitatea metotrexatului depinde de doza acestuia și o activitate joasă a maladiei este obținută în cazul a 37-50% din bolnavii tratați. În cazul leflunomidei, un astfel de rezultat este raportat la 20%, iar în ceea ce privește sulfasalazina sau ciclosporina, acest efect a fost observat în 16% și, respectiv, 17% cazuri. Combinarea medicamentelor tradiționale duce la o scădere importantă a activității maladiei la 70% din pacienți. Monoterapia cu preparate anticitochinice duce la scăderea activității maladiei la 24-28% din pacienți. Fiind combinate cu metotrexat, preparatele anticitochinice reduc activitatea maladiei în 18-49% cazuri, chiar și la pacienții la care monoterapia cu metotrexat a fost ineficientă. Avantajul tratamentului cu preparate biologice rezidă în faptul că ele acționează destul de rapid, de exemplu, efectul lor benefic poate fi observat peste 8-12 săptămâni după inițierea tratamentului. Doar glucocorticosteroidii sunt superiori în acest sens, din moment ce ele acționează după 1-2 săptămâni. Debutul acțiunii metotrexatului este ceva mai lent (după 12 săptămâni), iar alte remedii tradiționale își manifestă acțiunea după 16 săptămâni. Din moment ce combinarea remediilor tradiționale cu glucocorticosteroidii în fazele timpurii este rezonabilă și justificată, nu se observă diferențe în progresia leziunilor radiologice în comparație cu medicația

biologică. Preparatele în discuție diferă mult după costurile suportate: în Polonia, un tratament de un an cu metotrexat administrat oral costă în jur de € 30, cu sulfasalazină – € 300, cu metotrexat administrat subcutanat și leflunomidă – € 750, iar costul tratamentului biologic pe perioada echivalentă atinge € 10,000-14,000. Eficacitatea, siguranța și prețul ne demonstrează că medicamentele tradiționale sunt superioare celor biologice și acestea din urmă ar trebui utilizate numai în cazurile în care toate opțiunile anterioare s-au dovedit a fi ineficiente.

Astfel, recomandările EULAR privind tratamentul artritei reumatoide sunt rezonabile și trebuie

aplicate pe deplin. În Polonia, unde a fost organizat un program terapeutic pentru a extinde utilizarea acestor recomandări, Fondul Național de Sănătate (Polish NHS counterpart) plătește doar tratamentul pacienților înregistrați în acest program. Statutul programului reflectă recomandările UK NICE, adaptate la recomandările EULAR. Criteriul fundamental pentru calificarea unui pacient pentru tratamentul biologic este ineficiența terapiei cu metotrexat. Eficacitatea terapiei cu agenți biologici este strict controlată. Astfel, îl primesc doar pacienții care necesită acest tratament și au rezultate de pe urma lui.

Steven R. Bergmann

CURRICULUM VITAE

Studii:

1972 – Universitatea "George Washington", Washington, DC BA

1978 – Colegiul Medical "Hahnemann", Philadelphia, PA Ph.D.

1977-1980 – NIH postdoctorat, Departamentul de Boli Cardiovasculare, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Medicină din Washington, St Louis, MO

Activitatea:

1979-1980 – instructor de cercetare în medicină, Diviziunea de boli cardiovasculare, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Medicină, St Louis, MO;

1980-1989 – profesor-asistent de fiziologie medicală, Diviziunea de boli cardiovasculare, Departamentul de Medicină Internă;

1989-1995 – profesor asociat de medicină, Diviziunea de boli cardiovasculare, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Medicină, St Louis, MO;

1995-1997 – profesor de medicină, Diviziunea de boli cardiovasculare, Departamentul de Medicină Internă, Universitatea de Medicină, St Louis, MO;

1996-2002 – profesor de medicina, Diviziunea de cardiologie, Departamentul de Medicină, Colegiul Medicilor și Chirurgilor de la Universitatea "Columbia", New York, NY;

2003 – prezent – profesor de medicină nucleară, Departamentul de Medicină Nucleară, Colegiul de Medicină "Albert Einstein" de la Universitatea "Yeshiva", New York, NY;

2003-prezent – director Departament de Cardiologie, Beth Israel Medical Center, New York, NY;

2003-prezent – director medical și președinte al Institutului Inimii, New York, NY.

Este membrul al Colegiului American al Medicilor, Asociației Americane a Cardiologilor, Societății Americane de Fiziologie, Societății Americane pentru Investigații Clinice, Societății Americane de Cardiologie Nucleară, Consiliului American de Medicină Internă, Colegiului American de Cardiologie, Societății de Medicină Nucleară.

Samuel S. Blumenthal

CURRICULUM VITAE

Studiile:

1973 – Universitatea "Columbia";

1977 – New York, Universitatea de Medicină, studii postuniversitare de formare;

1977-1978 – stagiul în medicină în Centrul Medical "Valhalla" din Westchester County, NY;

1978-1980 – rezidențiat în medicină, Colegiul medical din Milwaukee, WI;

1980-1983 – Nefrologie Fellowship, Colegiul medical din Milwaukee, WI.

Activitatea:

1983-1990 – profesor-asistent, Departamentul de Medicină, Departamentul de Nefrologie, Colegiul medical din Wisconsin Milwaukee, WI;
1990 – prezent - Departamentul de Medicină, conferențiar, Departamentul de Nefrologie, Colegiul medical din Wisconsin Milwaukee, WI;
2008 – prezent - Departamentul de Medicină, profesor, Departamentul de Nefrologie, Colegiul medical din Wisconsin Milwaukee, WI;
1983-1995 – Departamentul de Medicină, Spitalul "John L. Doyne", Milwaukee, WI;
1986 – prezent - șeful Departamentului de Nefrologie "Clement J. Zablocki", Centrul Medical Milwaukee, WI
1995-2001 – Departamentul de Medicină, Spitalul Milwaukee, Columbia, WI;
1999 - prezent - director medical, Departamentul de Dializă al Spitalului Memorial "Luterana Froedtert", Milwaukee, WI;
2001 – prezent - directorul Departamentului S de Dializă, Medical Shorewood, Milwaukee, WI.
Este membru al Federației Americane de Cercetare Clinică (1982 – prezent), Societății Americane de Nefrologie (1982 – prezent), Societății Internaționale de Nefrologie (1982 – prezent), Colegiului American al Medicilor (1980 – prezent).

.....

■
Drinda Stefan, profesor universitar, Germania

Raport la tema: **SINDROMUL METABOLIC – CONCEPTUL ASISTENȚEI MEDICALE INTEGRATOARE**

.....

■
Sternin Y. I., profesor universitar

CURRICULUM VITAE

Doctor habilitat în medicină, profesor, Catedra de Reabilitare și Medicină Sportivă cu un curs de osteopatie al Academiei Medicale de Studii Postuniversitare din orașul Sankt Petersburg, Federația Rusă.
Raport la tema: **SINDROMUL DUREROS ÎN PRACTICA MEDICULUI-INTERNIST**

.....

REUMATOLOGIE

STĂRI MORBIDE ASOCIATE LA PACIENȚII CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ

Agachi Svetlana, Groppa Liliana, Chiaburu Lealea,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Prognosis and quality of life of patients with systemic scleroderma (SS) depends to an extent of comorbidities present incontrovertible.*

Actualitate. Prognosticul și calitatea vieții pacienților cu sclerodermie sistemică (SS) depinde într-o mare măsură de comorbiditățile prezente.

Scopul lucrării: studierea frecvenței unor stări morbide asociate la bolnavii cu sclerodermie sistemică și a corelării lor cu vârsta pacienților și cu durata maladiei.

Material și metode. În studiu au fost incluși 75 de pacienți cu sclerodermie sistemică, dintre care doar 3 au fost de sex masculin. Vârsta medie a subiecților incluși în studiu a constituit 43,5 ani. Durata medie a maladiei – 16,1 ani. Dintre ei 65 (86,7%) au prezentat SS forma limitată, iar 10 (13,3%) – forma difuză a bolii. Activitatea medie a maladiei a constituit 4,3 (conform scorului EUSTAR). Diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor ACR (American College of Rheumatism), propuse în anul 1980. Pacienții au fost examinați clinic și paraclinic complex.

Rezultate. Au fost considerate stări morbide asociate (comorbidități) maladiile cu mecanisme patogenice diferite de sclerodermia sistemică și nu au fost incluse complicațiile bolii de bază sau ale tratamentului aplicat. Au fost înregistrate următoarele suferințe: infecții urinare la 34 (45,3%) pacienți, nefrolitiază – 12 (16%), nefroproză – 8 (10,7%) bolnavi, dereglarea toleranței la glucoză – 4 (5,3%) pacienți, diabet zaharat tip 1-3 (4%) persoane, osteoartroză deformantă – 11 (14,7%) pacienți, radiculopatii vertebrogene – 10 (13,3%), miom uterin – 5 (6,7%) paciente, encefalopatie discirculatorie aterosclerotică – 8 (10,7%) bolnavi, cardiopatie ischemică – 3 (4%) pacienți, cataractă – 5 (6,7%). Au fost depistate un șir de dependențe ale evoluției unor comorbidități, în primul rând, de vârsta persoanelor la debutul sclerodermiei sistemice. La pacienții ce au dezvoltat

maladia de bază până la 30 de ani, comorbiditățile dominante au fost afectarea renală și dereglarea metabolismului glucidic, iar la cei la care boala de baza s-a dezvoltat după 30 de ani, au prevalat bolile degenerative ale aparatului locomotor și vasculopatiile aterosclerotice s-au înregistrat și dependențe de durata SS și de debutul comorbidităților. Așa comorbidități ca maladiile degenerative ale aparatului locomotor și vasculopatiile aterosclerotice s-au dezvoltat la pacienții cu durata bolii de bază de până la 10 ani, fapt ce demonstrează implicarea posibilă în declanșarea lor a mecanismelor patogenice specifice sclerodermiei sistemice, și nu doar a celor specifice populației generale.

Concluzii. La pacienții ce au dezvoltat maladia de bază la vârsta de până la 30 de ani, comorbiditățile dominante au fost afectarea renală și dereglarea metabolismului glucidic, iar la cei la care boala de baza s-a dezvoltat după 30 de ani, au prevalat bolile degenerative ale aparatului locomotor și vasculopatiile aterosclerotice. Așa comorbidități ca maladiile degenerative ale aparatului locomotor și vasculopatiile aterosclerotice s-au dezvoltat la pacienții cu durata bolii de bază de până la 10 ani, ceea ce demonstrează implicarea posibilă în declanșarea lor și mecanismelor patogenice specifice sclerodermiei sistemice, și nu doar a celor specifice populației generale.

FACTORII DE RISC PENTRU OSTEOPOROZĂ LA PACIENȚII CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ

Agachi Svetlana, Groppa Liliana, Deseatnicova Elena,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was detection of the factors contributing to the development of osteoporosis in patients with systemic scleroderma.*

Scopul lucrării: depistarea factorilor ce contribuie la dezvoltarea osteoporozei la pacienții cu sclerodermie sistemică.

Material și metode. Au fost cercetați 50 de pacienți cu sclerodermie sistemică (SS) forma limitată a afectării cutanate, evoluție cronică, stadiul manifest. Diagnosticul de sclerodermie sistemică a fost stabilit

conform criteriilor diagnostice ARA (1980). Vârsta medie a pacienților a fost $37,5 \pm 2,4$ ani; durata medie a maladiei – $11,2 \pm 1,3$ ani; bolnavii studiați au fost doar de sex feminin. Tratamentul de fond al pacienților incluși în studiu a constatat din plaquenil 200 mg/zi. Bolnavii au fost divizați în 2 grupuri: 1) 20 cu SS și osteoporoză (confirmată prin DEXA); 2) 30 cu sclerodermie sistemică fără osteoporoză (confirmată prin DEXA). Datele clinico-evolutive ale pacienților incluși în studiu au fost analizate prin metoda analizei statistice discriminante.

Rezultate. Folosind analiza statistică discriminantă, am constatat că au influențat asupra dezvoltării osteoporozei la pacienții cu sclerodermie sistemică următorii factorii: masa corporală scăzută, menopauza timpurie, durata bolii mai mult de 5 ani, corticoterapia cu durata mai mare de 1 an, artralgiile la debutul bolii, prezența sindromului Raynaud, paradontopatia, afectarea intestinului subțire în boala de bază. Folosind acești factorii, poate fi prognozată dezvoltarea osteoporozei la pacienții cu SS cu precizia de 76.5% și absența ei – cu 72.7%

Concluzii. Prezența unor factori la pacienții cu sclerodermie sistemică pot prognoza dezvoltarea osteoporozei cu o precizie de 76.5%, și anume: masa corporală scăzută, menopauza timpurie, durata bolii mai mult de 5 ani, corticoterapia cu durata mai mare de 1 an, artralgiile la debutul bolii, prezența sindromului Raynaud, paradontopatia, afectarea sclerodermică a intestinului subțire.

AFECTAREA RENALĂ CRONICĂ ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ

Agachi Svetlana, Groppa Liliana, Rotaru Larisa,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Compared with chronic nephropathies scleroderma renal crisis in systemic scleroderma (SS) requires continuous study.*

Actualitate. Comparativ cu criza renală sclerodermică, nefropatiile cronice în sclerodermia sistemică (SS) necesită studiere continuă.

Scopul lucrării: studierea particularităților nefropatiei cronice la pacienții cu SS.

Material și metode. În studiu au fost incluși 70 de pacienți cu SS, dintre care doar 3 au fost de sex masculin. Vârsta medie a subiecților incluși în studiu a constituit 43,4 ani. Durata medie a maladiei – 16,5 ani. Dintre ei 61 (87,1%) au prezentat SS forma limitată, iar 9 (12,9%) – forma difuză a bolii. Activitatea medie a maladiei a fost de 4,2 (conform scorului EUSTAR). Tratamentul pacienților studiați pe parcursul ultimului an a inclus remedii vasculare (pentoxifilina, antagoniștii canalelor de calciu, inhi-

bitorii enzimei de conversie a angiotensinei) la toți pacienții, D-penicilamina – la 28 (40%) dintre bolnavi, mofetil micofenolat – 25 (35,7%), hidroxyclochinol – 12 (17,1%) și ciclofosfamidă au primit 5 (7,1%) pacienți. Pacienții au fost examinați clinic și paraclinic complex (inclusiv probele funcționale renale și pierderea nictemirală a proteinelor).

Rezultate. Nefropatia cronică a fost diagnosticată la 15 (21,4%) dintre pacienții incluși în studiu. Au fost înregistrate următoarele modificări patologice: proteinurie nesemnificativă (<1 gr/24 ore) la 3 (20%) pacienți, proteinurie semnificativă (>1 gr/24 ore) – 2 (13,3%), modificări ale sedimentului urinar – 5 (33,3%) bolnavi, modificări combinate (proteinurie și modificări ale sedimentului urinar) – 3 (20%), instalarea lentă a insuficienței renale – 2 (13,3%) persoane. Prin metoda statistică discriminantă, pas cu pas au fost selectați unii factori ce ar favoriza dezvoltarea nefropatiei cronice la pacienții cu SS: durata bolii, răspândirea afectării sclerodermice a pielii, tratamentul cu D-penicilamină. Folosind acești factori, se poate prezice cu o precizie de 76,5% dezvoltarea nefropatiei cronice la pacienții cu SS și absența ei – cu o precizie de 72.7%.

Concluzii. Nefropatia cronică se înregistrează relativ frecvent (21,4%) la pacienții cu SS și cu o precizie de 76,5% unii factori (durata bolii, răspândirea afectării sclerodermice a pielii, tratamentul cu D-penicilamină) pot fi considerați favorizanți pentru dezvoltarea ei.

STABILIREA DIAGNOZEI DE OSTEOPOROZĂ ANTERIOR FRACTURII OSTEOPOROTICE LA PACIENȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Bancu Irina, Deseatnicova Elena, Betisor Alexandru,
Groppa Liliana, Ganea Nadejda,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *A diagnosis of osteoporosis and assess the presence of risk factors for osteoporotic fracture in patients with previous non-traumatic femoral fracture.*

Scopul lucrării: a evalua prezența diagnozei de osteoporoză și a factorilor de risc pentru osteoporoză anterior fracturii la pacienții cu fractură femurală atraumatică.

Material și metode. Au fost evaluați 67 de pacienți cu fracturi femurale atraumatice, internați în secția de traumatologie. Pentru a exclude tipurile fracturilor cauzate de anotimpul iernii, am evaluat doar pacienții internați în secție în perioada mai–octombrie 2008 și 2009. Pentru toți pacienții, forța traumatizantă a fost de maximum căderea de la înălțimea propriului corp, deci toate fracturile date le putem clasifica în categoria celor atraumatice. Toți bolnavii

au fost internați în secție în medie la 3 ore după traumă, durata internării a fost de $23,5 \pm 13,8$ zile. În toate cazurile am interogat cu grijă pacienții dacă diagnoza de osteoporoză a fost stabilită anterior fracturii. În caz de răspuns afirmativ, i-am întrebat ce tratament a fost indicat. De asemenea, a fost anchetat prezența altor patologii concomitente, fiind evaluată prezența factorilor de risc pentru osteoporoză.

Rezultate. Vârsta medie a pacienților a fost de $76,8 \pm 7,4$ ani, 23,9% au fost bărbați și 76,1% – femei. Am remarcat că la bărbați fracturile osteoporotice apar în medie cu 7,1 ani mai devreme decât la femei ($71,5 \pm 7,2$ versus (vs) $78,6 \pm 7,1$, $p=0,00014$). Nici un pacient inclus în studiu nu a fost diagnosticat cu osteoporoză anterior fracturii, respectiv nici unul nu a folosit tratament antiosteoporotic și nu și-a corectat factorii de risc. În 92,3% cazuri a fost efectuat tratament chirurgical: 44,4% au suportat extensie scheletică, 32,5% – osteosinteză și 15,4% au beneficiat de protezarea articulară. 7,7% au primit tratament conservativ. Analiza factorilor de risc pentru osteoporoză a demonstrat că anterior fracturii fiecare bărbat avea în medie $2,8 \pm 0,7$ factori de risc (fumatul, abuzul de alcool frecvent, diareea, disfuncții erectile, tratament cu glucocorticosteroizi, fracturi osteoporotice la rudele apropiate). La femei au fost relevate în medie $1,7 \pm 0,4$ factori de risc. Cei mai des întâlniți au fost: menopauza (63%), micșorarea staturii (31%), fracturile atraumatice la rude (22%), alte antecedente de fracturi (24%), fumatul (11%), tratamentul de durată cu glucocorticosteroizi (4%), episoade de diaree cronică (4%), abuzul de alcool (2%). Majoritatea pacienților (97,7%) în momentul fracturii erau la supravegherea medicului de familie. Mortalitatea spitalicească a constituit 8,1% – 2 cazuri de tromboembolism pulmonar și un caz de infarct miocardic acut. În decursul primului an de după fractură au decedat 17,9% din pacienți. Mortalitatea totală din aceeași perioadă a constituit 26%.

Concluzii. Fracturile atraumatice în regiunea proximală a femurului apar deci la vârsta medie de $77,3 \pm 7,5$ ani, la bărbați cu 7 ani mai devreme decât la femei. Mai mult de 92% din pacienți au suportat o corecție chirurgicală. Fiecare al 4-lea bolnav decedează în primul an de după apariția fracturii. Până la fractură 97,7% se aflau la supravegherea medicului de familie cu mai multe patologii, dar nici unul nu a fost diagnosticat sau tratat de osteoporoză. Toate cele menționate susțin actualitatea problemei acute a osteoporozei în populația de vârstă înaintată a Republicii Moldova și necesitatea întreprinderii unor măsuri concrete de prevenire a fracturilor atraumatice.

APRECIEREA DEREGLĂRILOR ÎN STATUSUL IMUN CELULAR LA PACIENȚII CU ARTRITĂ REACTIVĂ

Becheanu Natalia,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Among the chronic diseases of the most common joint is a reactive arthritis. Reactive arthritis patients make up about 10% of rheumatic patients admitted in the hospital, and in case of chronic evolution may develop a marked loss of functional capacity of joints, the appearance of severe complications, which lead to invalidity approximately 42% of patients.*

Actualitate. Printre afecțiunile cronice articulare, una dintre cele mai răspândite este artrita reactivă (AR). Pacienții cu artrită reactivă alcătuiesc aproximativ 10% din pacienții reumatici internați în staționar, iar în caz de evoluție cronică se poate dezvolta o pierdere marcată a capacității funcționale a articulațiilor, apariția complicațiilor severe, ceea ce duce la invalidizarea aproximativ a 42% din pacienți.

Material și metode. Au fost cercetați 161 de pacienți cu diagnostic cert de AR conform criteriilor Amor și Sieper/Braun, pe parcursul anilor 2008-2011, în secția de reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”.

Rezultate. În urma cercetării manifestării sindromului imunoinflamator și a activității bolii, artrita reactivă s-a evidențiat printr-un sindrom articular agresiv, cu valori crescute ale indicilor activității bolii, fiind înalt numărul articulațiilor dureroase și tumefiate, scor DAREA înalt și al sindromului algic caracterizat prin SAV. O frecvență mare are activitatea înaltă a bolii în cadrul forme mixte a ARe, urmate de formele urogenitală și enterocolitică, demonstrând valori crescute ale indicilor specifici pentru forma mixtă NAD $7,1 \pm 0,08$; NAT $8,75 \pm 0,02$; DAREA $84,29 \pm 0,47$; SVA $55,07 \pm 0,14$. Această legitate a fost urmărită și în privința expresiei sindromului imunoinflamator, care a predominat semnificativ în forma mixtă, comparativ cu alte forme ale ARe.

Concluzii. În formă mixtă a predominat VSH ($31,5 \pm 0,22$), PCR ($64,71 \pm 0,16$) și fibrinogenul ($4,11 \pm 0,07$). Dereglările în statusul imun celular au demonstrat proliferarea clonei celulare CD2 și CD22 pe fundalul scăderii CD4 și CD8, cu menținerea valorilor normale ale CD3, pe când diferențe în statusul imun umoral între grupuri nu a fost determinate, în afară de creșterea concentrației IgA peste valorile fiziologice ale normei.

STABILIREA IMPACTULUI TRATAMENTULUI ETIOTROP ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR CU ARTRITĂ REACTIVĂ

Becheanu Natalia,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Even if the link between reactive arthritis and microbial agents is determined, and antibacterial treatment is required, the number of studies on the effectiveness of antibacterial preparations in the treatment of reactive arthritis are not many, are performed on small clinical materials do not coincide, and it lacks a comparative study of efficiency different antimicrobial preparations.*

Actualitate. Chiar dacă legătura dintre artrita reactivă (AR) și agenții microbieni este stabilită, iar tratamentul antibacterian este obligatoriu, numărul studiilor referitoare la eficiența preparatelor antibacteriene în tratamentul artritei reactive nu sunt multiple, sunt efectuate pe un material clinic redus, nu coincid și lipsește studiul comparativ al eficienței diferitelor preparate antimicrobiene. Astfel, este necesară continuarea cercetărilor privind studiul eficacității tratamentului antibacterian în artrita reactivă.

Material și metode. Au fost cercetați 161 de pacienți cu diagnostic cert de artrită reactivă conform criteriilor Amor și Sieper/Braun, pe parcursul anilor 2008-2011, în secția reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”. Au fost efectuate trei cure consecutive de antibioticoterapie a câte 14 zile, cu interval de 3 săptămâni. Evaluarea impactului asupra calității vieții a fost efectuată în baza chestionarului „SF-36”.

Rezultate. Cercetarea impactului asupra calității vieții prin analiza datelor chestionarului „SF-36”, atât până la administrarea tratamentului antibacterian, cât și după terapie, a determinat o îmbunătățire semnificativă a activității fizice (scala PF), cu restabilirea semnificativă a capacității de muncă (scala RP), reducerea expresiei durerii somatice (scala BP), ameliorarea stării sănătății generale (scala GH), combaterea activă a fatigabilității și oboselii cronice (scala VT). Totodată, n-a fost observat un efect asupra activității sociale (scala SF), activității emoționale, neatenției (scala RE) și gradului de nervozitate și depresie, care, atât inițial, cât și în urma tratamentului, au înregistrat valori optime intervalului fiziologic.

Concluzii. Se recomandată determinarea statusului calității vieții pacienților cu artrită reactivă prin chestionarul „SF-36”, pentru evaluarea clinică a pacientului și stabilirea tacticii de tratament. AR are un impact minor asupra statusului psihoemoțional

al pacienților. Mai mult ca atât, în ceea ce privește expresia durerii somatice și starea sănătății generale a pacienților tratați cu doxiciclină au fost obținute valori semnificativ mai mici în comparație cu alte grupuri de tratament, posibil, din cauza predominării reacțiilor adverse la utilizarea remediilor antibacteriene din grupul tetraciclinelor.

APRECIEREA DESFĂȘURATĂ A ACȚIUNII TRATAMENTULUI ANTIBACTERIAN CU DOXICICLINĂ, JOZAMICINĂ ȘI LEVOFLOXACINĂ ASUPRA AFECTĂRILOR ARTICULARE ȘI IMUNOPATOLOGICE LA PACIENȚII CU ARTRITĂ REACTIVĂ

Becheanu Natalia,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Increased interest to reactive arthritis is determined not only by the high incidence, but also etiology of the disease and given opportunities to influence developments in the treatment of bacterial disease.*

Actualitate. Interesul sporit față de artrita reactivă (AR) este determinat nu doar de incidența înaltă, ci și de etiologia determinată a bolii și de oportunitățile de influență asupra evoluției ei prin tratament antibacterian.

Material și metode. Au fost cercetați 161 de pacienți cu diagnostic cert de artrită reactivă conform criteriilor Amor și Sieper/Braun, pe parcursul anilor 2008-2011, în secția de reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”. Au fost efectuate trei cure consecutive de antibioticoterapie a câte 14 zile, cu interval de 3 săptămâni.

Rezultate. Toate preparatele antibacteriene au avut o eficacitate sporită în tratamentul ARE. Conform influenței asupra markerilor inflamației nespecifice (VSH, PCR, fibrinogenul), scorului activității bolii DAREA și asupra statusului imunoinflamator (numărul leucocitelor, limfocitelor CD2, CD4, CD8, CD22, imunoglobulinelor IgA, IgM și IgG), precum și a titrelor anticorpilor antibacterieni, eficacitatea antibacteriană manifestându-se prin iradicarea în 91% cazuri a focarelor de infecție, fiind însă specific direcționată.

Concluzii. Se recomandată aprecierea desfășurată a afectărilor articulare cu atribuția unei forme clinice concrete a artritei reactive, pentru administrarea unui tratament antimicrobial diferențiat. De asemenea, este indicată determinarea dereglărilor funcționale ale coloanei vertebrale și a prezenței enteropatiilor la pacienții cu AR pentru prognosticul evoluției bolii. Observând influența preparatelor

studiate asupra statusului imunoinflamator, am determinat că în marea majoritate influența doxiciclinei este comparabilă cu cea a jozamicinei, însă jozamicina având o acțiune asemănătoare cu cea a levofloxacinii, ocupă o poziție intermediară între doxiciclină și levofloxacină.

SEMNIFICAȚIA UNOR ENZIME PROOXIDANTE ȘI ANTIOXIDANTE ÎN FIBROMIALGIE

Cepoi-Bulgac Daniela,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Despite a significant number of investigations carried out in the field of fibromyalgia, many questions remain open. The purpose of this study was to research the relevance of indicators of system pro- and anti-oxidant in patients with fibromyalgia and analyzed possible correlations between indicators and Tender Point Index (Tender Point Index), which is a computing system that includes not only the cumulative number tender points, pain intensity but also in each of these points.*

Scopul lucrării. În pofida unui număr semnificativ de cercetări desfășurate în domeniul fibromialgiei, multe întrebări rămân fără răspuns. Scopul acestei lucrări a fost cercetarea relevanței unor indicatori ai sistemului pro- și antioxidant la pacienții cu fibromialgie și studierea posibilelor relații dintre indicatorii analizați și Indexul Punctelor-Tender (Tender Point Index), care reprezintă un sistem de calcul cumulativ ce include nu doar numărul punctelor-tender, ci și intensitatea durerii în fiecare dintre aceste puncte.

Material și metode. 30 de pacienți cu diagnosticul de fibromialgie, în baza criteriilor de clasificare propuse de Colegiul American de Reumatologie, au fost examinați conform unui plan exhaustiv, inclusiv unii indicatori ai activității pro- și antioxidante, și anume: lipoperoxizii timpurii, intermediari și tardivi (un/l), malondialdehida serică (μmol/l), activitatea antioxidantă totală serică (mmol/l), activitatea prooxidantă totală serică (μmol/l), superoxidismutaza (un/l), catalaza serică (μmol/l) și azotul nitric seric (μmol/l). Pentru obiectivizarea acuzelor musculoscheletale ale pacienților cu fibromialgie, în particular a sindromului dureros la presiunea punctelor-tender specifice, a fost utilizat Indexul Punctelor Tender (IPT). Pentru a stabili semnificația acestor indicatori la pacienții cu fibromialgie, am efectuat analiza corelațională.

Rezultate. Deși la mulți dintre pacienții cu fibromialgie au fost constatate dereglări ale sistemelor pro- și antioxidante (în multe cercetări), nu s-a reușit depistarea unor legitimități pentru majoritatea

indicatorilor cercetați, cu excepția oxidului nitric, care s-a modificat cel mai constant în corespundere cu valorile Indexului Punctelor-Tender. Corelația depistată a avut un caracter negativ (o valoare mai mare a IPT corespundea unui nivel mai scăzut de oxid nitric), dar a fost o corelație cu putere moderată (-0.47, p<0.05).

Concluzii. Deși în baza rezultatelor a fost evidențiată o legătură între nivelul seric al oxidului nitric și valorile mai înalte ale IPT, legătura constatată poate fi considerată puțin specifică și trebuie supusă unei analize mai profunde. Probabil, trebuie utilizate alte metode de examinare a pacienților pentru studierea relevanței dereglărilor sistemelor pro- și antioxidante în caz de fibromialgie.

PENTHROXUL ÎN CALMAREA DURERII ACUTE ÎN MEDICINA INTERNĂ: POTENȚIALUL DE UTILIZARE

Belâi Adrian ¹, Danilov Radu ²,

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,

² director medical Enzimed International Group

Summary. *This article describes most important aspects of Pentrox' pharmacology. Also, are presented indications, contraindications, adverse effects, patient safety and phamaco-economic aspects of Pentrox' analgesia. Also, is explained how to use Pentrox Inhaler. In conclusion, the authors argued the pentrox' potential of use for pain relief in internal medicine.*

Introducere. Se consideră că medicina internă, spre deosebire de specialitățile chirurgicale, produce pacientului mai puțină durere. Progresul medicinei a condus, însă, la diversificarea și creșterea exponențială a manipulărilor diagnostice și terapeutice, fiind înregistrate deja peste 660 de manopere și proceduri medicale dureroase (Couteaux, 2008).

Paradoxal, dar majoritatea pacienților nu primesc niciun tratament cu analgezice, iar cele administrate au o eficiență redusă. Mai mult de 2/3 dintre bolnavii spitalizați au acuzat o durere intensă sau insuportabilă, care nu a fost luată în considerație (Vallano A. et al, 2006; Belâi A., 2007).

Cercetările, efectuate în Republica Moldova au arătat că 72% dintre pacienții spitalizați nu au fost satisfăcuți de tratamentul durerii lor, iar fiecare al treilea bolnav lua în automedicație analgezice suplimentar celor prescrise de medic. Așadar, în orice specialitate medicală, fie ea chirurgicală sau nonchirurgicală, există numeroase situații în care pacienții acuză o durere acută. Accesibilitatea și disponibilitatea analgezicelor opioide pentru calmarea durerii intense este însă cvasiabsentă pentru pacienții de profil medical. În condițiile date, calmarea durerii ar

putea fi realizată cu ajutorul unui puternic analgezic inhalator, nonopioid – pentrox.

Aspecte importante despre farmacologia pentroxului. Pentroxul este un analgezic inhalator halogenat, lichid incolor, transparent, cu miros specific. Mecanismul de acțiune al pentroxului este multidimensional. Teoria Meyer-Overton afirmă că potența analgezică a agenților inhalatori este proporțională cu solubilitatea lor în lipide.

Pentroxul, fiind agentul inhalator cel mai solubil în grăsimi, posedă cel mai puternic efect analgezic dintre congenerii săi. Teoriile moderne presupun implicarea agenților inhalatori în mecanismele de transmitere sinaptică, în cele de mesagerie intracelulară, în modificarea conformației receptorilor biochimici elementari și a conductanței canalelor ionice.

Vaporii de pentrox produc analgezie după cca 1,5 minute de inhalare în concentrație joasă (~0,2 vol%). La terminarea inhalării, aproape toți factorii, care au determinat viteza instalării efectului (concentrația inspiratoare a agentului, fluxul inspirator, ventilația alveolară, debitul cardiac, fracția de șunt, relația dintre ventilația și perfuzia alveolară) vor determina și viteza dispariției lui. Durata menținerii efectului analgezic rezidual este, deci, proporțională cu durata inhalării preparatului.

Pentroxul este disponibil în flacoane de 3 ml, livrat împreună cu un inhalator de plastic, ultraportabil, de o singură folosință (vezi imaginea). Inhalatorul generează o concentrație de vapori de 0,1-0,2% (când orificiul de diluție este deschis) sau de 0,3-0,4% (când orificiul de diluție este închis).



Instruirea pacientului privind modalitatea de utilizare a inhalatorului pentrox. Unul dintre principalele avantaje ale pentroxului, pe lângă eficiență și maniabilitate, este posibilitatea de a fi autoadministrat de către pacient după o scurtă instruire prealabilă. Capacitatea de a ține «în mâinile proprii» controlul durerii este înalt apreciată de pacienți. La aceleași scoruri de intensitate a durerii, scorurile de satisfacție a metodelor de autoanalgezie sunt întotdeauna semnificativ superioare celor «tradiționale», de heteroanalgezie.

Tabelul 1

Metodologia de utilizare a pentroxului

1. Înclinați ușor pentroxul inhalator și turnați conținutul flaconului de 3 ml de pentrox în timp ce rotiți inhalatorul. **Atenție!** Turnați tot conținutul flaconului, deoarece anume această cantitate este adaptată suprafeței de evaporare din interiorul inhalatorului și numai astfel poate fi obținută și menținută concentrația eficientă de pentrox.
2. Îmbrăcați curelușa inhalatorului pe mâna pacientului. Instruiți-l să strângă ușor, dar etanș, cu dinții și buzele, muștiucul inhalatorului.
3. Preîntâmpinați pacientul să facă prima inspirație mai lentă și mai superficială, pentru a nu fi surprins de mirosul specific al pentroxului. Încurajați-l să treacă bariera mirosului și să continue inhalările. Adaptarea la mirosul medicamentului se face foarte rapid.
4. Spuneți-i pacientului să facă inspirații lente și profunde prin muștiucul inhalatorului. Atrageți-i atenția ca tot volumul inspirator să fie trecut prin inhalator (uneori o parte din aer este inspirat prin nas și, astfel, în alveole ajunge o concentrație mai mică, deci ineficientă, de preparat).
5. Expirația se face, de asemenea, prin muștiuc. Un semn caracteristic al inhalării eficiente este prezența sunetului fin al valvei inhalatorului la inspirație-expirație.
6. Informați pacientul că după 8-10 inspirații vor apărea primele semne ale efectului medicamentului: senzație de calm, reducerea intensității durerii, un vertij ușor. După instalarea completă a efectului, spuneți-i bolnavului să continue respirația prin inhalator în ritmul obișnuit pentru dânsul. **Atenție!** Urmăriți și atrageți atenția pacientului să nu hiperventileze (respirații prea frecvente). Scăderea concentrației de bioxid de carbon din sânge, ca rezultat al hiperventilării, poate provoca ea însăși efecte adverse: amețeli, încețoșarea vederii, până la pierdere de cunoștință.
7. Când durerea a dispărut sau a fost calmată suficient, pacientul poate scoate muștiucul din gură și să respire liber. Dacă durerea revine, el va relua respirația prin muștiuc, pentru a-și menține nivelul de analgezie dorit și pe durata necesară. Autoadministrarea pentroxului poate fi intermitentă, în coordonare perfectă cu episoadele dureroase sau cu durata procedurii.
8. În cazul necesității unui efect mai puternic, spuneți-i pacientului să acopere cu degetul orificiul lateral al inhalatorului în timpul inspirației. În așa mod, se va crea o concentrație sporită de medicament în aerul inhalat, deci, și un efect mai puternic.
9. Efectul analgezic se va mai menține câteva minute după terminarea inhalării pentroxului. La unii pacienți persistența efectului analgezic rezidual se poate menține pe o durată de câteva zeci de minute.
10. După analgezia cu pentrox, scoaterea pacientului de sub supravegherea medicală nu necesită aplicarea unui protocol special. Pentru evitarea accidentelor, nu este recomandată conducerea automobilului, lucrul cu utilaje primejdioase sau de precizie, practicarea sportului de performanță în ziua utilizării pentroxului.
11. În caz de necesitate, muștiucul inhalatorului, ce are dimensiuni standard (d=22 mm), poate fi conectat la masca de oxigen, fără a întrerupe oxigenarea. În plus, inhalatorul pentrox dispune de un conector special pentru sursa de oxigen.

Indicații pentru utilizarea pentroxului. În general, pentroxul este destinat calmării durerii acute intense, de durată scurtă, de origine diversă. Este utilizabil în cele mai diferite circumstanțe și la orice etapă de acordare a asistenței medicale

– la domiciliu, de către echipa ambulanței, la locul accidentului, în ambulanță, în spital sau policlinică, după externare – în secțiile de recuperare. Cele mai răspândite indicații sunt prezentate în tabelul 2.

Tabelul 2

Indicații de utilizare a pentroxului pentru calmarea durerii acute în condiții de spital

<p><i>Departamentul de urgență (secția de internare)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analgezia pacienților spitalizați cu dureri intense; ▪ Reducerea luxațiilor articulațiilor mici (degete); ▪ Reducerea fracturilor minore (de ex., de maleole); ▪ Prelucrarea prim-chirurgicală a plăgilor superficiale; ▪ Jugularea colicilor renale, intestinale și hepatice; ▪ Transport intraspitalier și interspitalier. <p><i>Gastroenterologie și endoscopie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examinarea endoscopică a rectului și colonului; ▪ Biopsia și rezecția polipilor intestinali; ▪ Esofago-gastroduodenoscopii; <p><i>Imagistică</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examenul RMN (sedarea pacienților agitați sau a celor cu fobie de spații mici); ▪ Arteriografii, coronarografii; ▪ Puncții, biopsii radio- sau ecoghidate. <p><i>Pediatrie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Calmarea copiilor anxioși și agitați pentru efectuarea examenelor diagnostice nedureroase; ▪ Analgezia procedurilor dureroase de scurtă durată, pentru care nu este indicată inducția în anestezie (pansamente, cateterizarea vezicii urinare etc.); ▪ Puncția de stern și oase spongioase, pentru prelevarea eșantioanelor de măduvă osoasă; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsii din formațiuni cutanate, subcutanate și suprafața mucoaselor. <p><i>Hematologie, oncologie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugularea puseelor dureroase în cazul durerii asociate cancerului; ▪ Analgezia îngrijirilor, intervențiilor minore sau manoperelor dureroase; ▪ Puncția de stern și oase spongioase, pentru prelevarea eșantioanelor de măduvă osoasă; ▪ Biopsii din formațiuni cutanate, subcutanate și suprafața mucoaselor. <p><i>Reumatologie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puncții articulare și la locul inserării tendoanelor; ▪ Mobilizarea articulațiilor; ▪ Lombalgii acute. <p><i>Indicații generale, diverse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Calmarea durerii acute, somatice și viscerale, apărute în majoritatea circumstanțelor urgente; ▪ Liniștirea pacienților anxioși sau cu deficit de comunicare; ▪ Obținerea unui efect rapid, până la instalarea unei analgezii suficiente și de lungă durată, ce va fi asigurată de un alt medicament.
--	--

Eficiența clinică a pentroxului, bazată pe dovezi

Durerea de origine traumatică

Virenque (1975) și Komesaroff (1979) au raportat eficiența metoxifluranului în calmarea durerii la pacienții cu traumatism de membre (entorse, fracturi, luxații, plăgi), de cutie toracică sau abdomen. Mai târziu, Romagnoli (1970) și Chin (2002) au apreciat drept eficient pentroxul în calmarea durerii la copii cu luxații, entorse și fracturi. Un studiu prospectiv, efectuat în Republica Moldova în 2009, a raportat reducerea intensității durerii acute intense de origine traumatică cu 68% (95CI 52-84%) și a anxietății cu 73% (95CI 63-83%) față de valorile inițiale. Eficiența pentroxului a fost estimată la un NNT de 2,5, fiind comparabilă cu efectul a 10 mg de morfină, administrată i.m. (NNT=3,6), superioară tramadolului 100 mg per os (NNT=5,5). Pentroxul a fost apreciat pozitiv de către 70% din pacienți.

Procedurile dureroase

Metoxifluranul a fost utilizat cu succes în calmarea durerii în timpul pansamentelor persoanelor cu combustii (Packer și Titel, 1969; Firm, 1972; Marshall și Ozorio, 1972; Packer, 1972), procedurilor dureroase și intervențiilor miniinvazive la copii (Reier, 1970). Medicamentul s-a dovedit a fi eficient și pentru

calmarea durerii în unele intervenții stomatologice (Josephson și Schwartz, 1974; Edmunds și Rosen, 1975; Virenque et al., 1975), în puncția de articulații (Belâi A. et al, 2010, comunicare personală).

Durerea în hematologie și oncologie

Analgezia cu pentrox a puncțiilor de stern și de creastă iliacă a fost studiată la Centrul Oncologic McCallum (Australia) în 2005. Într-un studiu-pilot, efectuat pe 28 de pacienți, a indicat un control bun al durerii în 89% din cazuri. Durata de inhalare a pentroxului a fost cuprinsă în diapazonul 23 secunde 40 minute. Continuarea studiului pe eșantioane foarte largi de pacienți confirmă eficiența raportată în studiul-pilot (Wein et al., in press). În 2010 pentroxul a început să fie utilizat cu succes în analgezia puncțiilor de stern și creastă iliacă la copii și în Republica Moldova (Corcimar I., 2010, Țurea V., 2011).

Colonoscopii

George și Langenben raportează eficiența și siguranța pentroxului în colonoscopie, unde apreciază simplitatea de utilizare și satisfacția înaltă a pacienților (70-80%). În Republica Moldova, mai mulți specialiști-endoscopiști au inclus pentroxul în arsenalul lor terapeutic, fiind mulțumiți de eficiența lui analgezică (Belev N., Ghereg A., 2010, comunicări personale).

Durerea la naștere

Fielding și Hurry (1972) au raportat un efect analgezic satisfăcător al metoxifluranului la 69% din cele 13 parturiente cu naștere complicată, care au necesitat aplicarea forcepsului. În cazul asocierii lui cu alte tehnici analgezice, un efect satisfăcător a fost raportat de 81% din cele 41 parturiente studiate. Bergsjø și Lindbæk (1971) au raportat o eficiență analgezică satisfăcătoare a metoxifluranului la 92% dintre parturiente, identică protoxidului de azot. Efecte adverse s-au manifestat la 30% din parturiente (grețuri – 3%, vomă – 2%, vertij – 18%, slăbiciuni – 13% și miros neplăcut – 14%). Romagnoli (1970) susține că din cele 93 de parturiente care au primit metoxifluran 77,4% au rămas satisfăcute. Durata medie de inhalare a fost de 79 minute, iar 18 paciente nu au necesitat nici un alt analgezic. Barber (1969) relatează un grad de satisfacție la 75-93% printre cele 60 de parturiente, incluse în studiu.

Aspecte farmacoeconomice despre penthrox.

Costurile directe ale unui tratament medicamentos nu se limitează doar la costurile de achiziție a medicamentului, ci includ și costurile medicamentului aruncat (reziduu neutilizat), echipamentului utilizat (tubulatură, seringă), costurile de asistență farmaceutică (circuitul medicamentului) și costurile de corecție a tuturor efectelor secundare ale preparatului (reacții alergice, grețuri, vomă, de exemplu). Cost-eficient se consideră atunci când cheltuirea resurselor sistemului de sănătate este meritată (argumentată), chiar dacă utilizarea unei tehnologii medicale are un cost net înalt.

Un studiu farmacoeconomic, efectuat de prestigioasa instituție "Independent Pharmacy Consulting Pty Ltd" în 2008, a comparat costurile analgeziei timp de 1 oră cu penthrox (33,20 USD), protoxid de azot (49,75 USD) și morfină i.v. (33,18 USD). Concluziile emise de această instituție au fost următoarele:

- a) Utilizând penthroxul, a fost redusă semnificativ durata de așteptare a pacientului pentru calmarea durerii, comparativ cu administrarea analgezicului intravenos. Penthroxul, fiind un medicament care nu necesită monitorizare, a generat economii prin lipsa necesității de a conecta pacientul la un sistem de monitorizare a parametrilor vitali (cum e cazul analgezicelor opioide).
- b) A fost redusă cu 50% durata de realizare a analgeziei de către asistentele medicale; în plus, conform legislației australiene, la utilizarea morfinei este necesară prezența a 2 asistente medicale – una pentru executarea manipulării, cealaltă – pentru evaluare și documentare.
- c) În cazul penthroxului, nu a fost necesar nici un tratament al efectelor adverse. Comparativ cu

analgezia cu morfină, se economisesc, astfel: resursa de timp al asistentelor medicale, costul antiemeticelelor, antagoniștilor opioizi, dispozitivele de perfuzie și materialele parafarmaceutice.

- d) Cu toate că prețul unui inhalator penthrox este net superior fiolei cu morfină, costul final al procesului de analgezie cu penthrox este identic celui cu morfină și semnificativ mai mic celui cu protoxid de azot.
- e) Portabilitatea metodei de analgezie cu penthrox face posibilă accesibilitatea și disponibilitatea analgeziei în orice circumstanță și nu compromite mobilitatea pacientului.

Siguranța pacientului și protecția mediului ambiant. Faptul că penthroxul este un agent inhalator, induce o frică nemotivată a personalului medical în prescrierea și utilizarea lui. Multe remedii medicamentoase injectabile sau cu formulare orală necesită o atenție deosebită din partea personalului medical. Utilizarea lor, însă, nu pune aceleași probleme, din simplu motiv că atât medicii, cât și asistentele sau pacienții sunt obișnuiți cu fiole, tablete sau perfuzii.

Penthroxul, totuși, este considerat un medicament sigur. Mai întâi, concentrația de penthrox livrată de inhalator nu produce dereglări de cunoștință, nu deprimă respirația sau sistemul cardiovascular. Apoi, nu au fost raportate în literatură efecte de toxicitate renală în cazul utilizării penthroxului în modalitatea și dozele recomandate. Totuși, administrarea medicamentului persoanelor cu antecedente de patologie renală trebuie făcută cu atenție. Toxicitatea hepatică este excepțională. Grețurile și cefaleea apar ocazional, în special la pacienți cu factori de risc specifici (rău de mare, coadministrarea de opioizi, tramadol, protoxid de azot, anestezie cu anestezice halogenate).

Penthroxul a fost recunoscut drept un analgezic sigur și eficient atât la copii, cât și la adulți (Chin et al., 2002, Babl F. et al., 2007, Buntine P. et al, 2007, Belii A. et al, 2010).

Conform datelor lui Komesaroff (1995), în Australia, timp de 20 de ani, au fost utilizate 500.000 de inhalatoare penthrox, fără a fi înregistrată vreo complicație sau vreo reacție adversă severă, legată de acest medicament. Wendy și Thomas (1997) prezintă date identice pentru o perioadă de 30 de ani și un număr de 3.000.000 pacienți, analgizați cu penthrox.

Respectarea dozelor maximal-admisibile (două flacoane (6 ml) de penthrox în 24 ore sau cinci flacoane (15 ml) într-o săptămână) asigură o limită de toleranță acceptabilă pentru pacient. Penthroxul nu este soluția optimă pentru calmarea durerii timp de câteva zile consecutiv (nu se prescrie sub formă de „cursuri de tratament”). Contraindicațiile și eventualele efecte adverse ale penthroxului sunt prezentate în tabelul 3.

Pentrox: contraindicații, efecte farmacologice colaterale și reacții adverse**Contraindicații:**

- Realizarea anesteziei;
- Persoană la care deja s-a administrat o benzodiazepină sau un analgezic opioid;
- Persoană aflată sub tratament cu: gentamicină, kanamicină, colistină, amfotericină, polimixină, cefaloridină, tetraciclină;
- Hipertermie ($t \geq 37,5^{\circ}\text{C}$);
- Tahiaritmie;
- Spasmofilie;
- Sarcină sau alăptare;
- Valoare INR ≥ 4 ;
- Hipersensibilitate personală sau ereditară la anestezice inhalatorii fluorinate;
- Frecvență respiratorie ≤ 10 rpm;
- Persoană cu afecțiuni renală sau hepatică;
- Creatininemia $\geq 1,5 \times \text{N}$;
- Bilirubina totală $\geq 2,5 \times \text{N}$.

Reacții adverse și efecte farmacologice colaterale:

- Dispoziție crescută;
- Greață;
- Vertij;
- Somnolență;
- Agitație;
- Vedere încețoșată;
- Amnezie ușoară;
- Nesuportarea mirosului specific;
- Hipertermie ($t \geq 37,5^{\circ}\text{C}$);
- Hipertermie malignă;
- Cefalee;
- Manifestare alergică:
 - o Respirație dificilă
 - o Wheesing
 - o Edem Quincke
 - o Urticarie
 - o Rush cutanat.

Concluzii sau potențialul de utilizare a pentroxului în medicina internă.

Pacientul nechirurgical, care suferă de o maladie internă, acuză o durere intensă de origine diversă tot atât de des, ca și „confratele” său care a beneficiat de o intervenție chirurgicală. Odată cu progresul tehnico-științific, medicina internă contemporană, inclusiv specialitățile ei nonchirurgicale, utilizează mijloace de diagnostic și tratament din ce în ce mai invazive și mai sofisticate. În aceste circumstanțe, necesitatea tratamentului durerii la pacientul nechirurgical atinge cote identice pacientului chirurgical. Dată fiind lipsa accesibilității și disponibilității analgezicelor opioide pentru calmarea durerii intense, pentroxul pare să fie cel mai potrivit remediu pentru analgezia pacientului de profil terapeutic, în cazul survenirii unei dureri acute, intense, de scurtă durată.

SINDROMUL ANTIFOSFOLIPIDIC ÎN PRACTICA OBSTETRICALĂ

Cernețchi Olga, Sagaidac Irina,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Antiphospholipid syndrome (APS) is a chronic, multi-system autoimmune disease that occurs predominantly in women of childbearing age. APS can be detrimental to the pregnancy and may cause adverse fetal outcomes. Antiphospholipid syndrome is a disorder of coagulation that causes blood clots (thrombosis) in both arteries and veins as well as pregnancy-related complications such as miscarriage, stillbirth, preterm delivery, or severe preeclampsia.*

Actualitate. Sindromul antifosfolipidic (SAF) reprezintă o boală sistemică autoimună ce se caracterizează prin manifestări trombotice repetitive (arteriale și/sau venoase), prin complicații obstetri-

cale (avort spontan habitual, infertilitate sau moarte antenatală a fătului) în prezența trombocitopeniei și unui titru înalt de anticorpi anticardiolipinici sau a lupusului anticoagulant. Patologia obstetricală este o caracteristică importantă a sindromului antifosfolipidic. Statistic, 15% din femeile cu avorturi spontane recurente au nivele crescute ale anticorpilor antifosfolipidici, cauza de bază fiind tromboza vaselor placentare. Ca urmare, se înregistrează un șir de complicații ale sarcinii, ca avortul spontan, nașterea prematură, preeclampsia, infecțiile placentare, hipotrofia fătului, retardul mental/de dezvoltare la nou-născut (ca urmare a efectului inhibitor al anticorpilor antifosfolipidici împotriva diferențierii trofoblastice). Abordarea terapeutică a pacientelor cu SAF este una multidisciplinară: medic de familie, medic de medicina internă, hematolog, obstetrician-ginecolog, imunolog.

Scopul lucrării: evaluarea particularităților anamnestice și evolutiv-clinice ale sarcinii și nașterii la gravidele cu sindrom antifosfolipidic.

Rezultate. A fost efectuată analiza evoluției sarcinii și nașterii la 42 de paciente cu SAF în perioada 2006-2010, în IMPS SCM nr. 1 și în Maternitatea ICȘOSMC. Rezultatele studiului denotă că femeile cu SAF au o anamneză reproductivă compromisă prin avorturi spontane, nașteri premature, mortalități antenatale. Evoluția sarcinii și a nașterii la acest contingent de paciente are anumite particularități legate de influența SAF asupra sistemului de vascularizare a uterului și a placentei, cu dezvoltarea iminenței de întrerupere a sarcinii, insuficienței fetoplacentare, hipertensiune indusă de sarcină și preeclampsie. Deosebit de importantă este monitorizarea în dinamică a titrului anticorpilor antifosfolipidici și a parametrilor homeostazei, cu corecția oportună a stărilor de hipercoagulare și profilaxia trombozelor.

Concluzii. SAF reprezintă o boală autoimună, care se manifestă primar prin pierderi recurente de sarcină sau secundar prin asociere cu alte patologii autoimune sau reumatice. SAF, prin formarea trombozelor, duce la insuficiență utero-fetoplacentară și ulterior – la dezvoltarea retardului fetal, la hipotrofia fătului, prematuritate și determină nivelul înalt al morbidității și al mortalității perinatale.

STRUCTURA MALADIILOR APARATULUI LOCOMOTOR LA PERSOANELE PARTICIPANTE LA LUCRĂRILE DE LICHIDARE A CONSECINTELOR AVARIEI DE LA CAE CERNOBÎL ÎN PERIOADA 1991-2010

Chircă Lucia,
IMSP Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de
Recuperare a Cancelariei de Stat

Au trecut 25 de ani de la tragicul eveniment – accidentul de la CAE de la Cernobîl din 26 aprilie 1986, consecințele cărui se resimt în continuare, inclusiv prin afectarea sănătății persoanelor care au participat la lucrările de lichidare a consecințelor avariei.

E bine știut faptul că în timpul exploziilor nucleare se degajă o varietate mare de radionuclizi cu diferită durată de viață, dar și cu o capacitate aparte de pătrundere în țesuturile organismului uman. Radioizotopii pătrund în organism cel mai frecvent prin iradiere externă, inhalare și ingestie (situație atestată și în perioada lucrărilor de lichidare a consecințelor avariei de la Cernobîl) și, în funcție de organotropism, se acumulează în organe și țesuturi în diferite doze. În funcție de capacitatea captării radionuclizilor, organele se pot situa în ordinea următoare: glanda tiroidă, căile respiratorii, tractul digestiv, ficatul, rinichii, scheletul, mușchii. Glanda tiroidă captează radionuclizi „cu durată de viață scurtă” (izotopii de iod), osteoclaștii au o capacitate de absorbție joasă și captează radionuclizii osteotropi cu o „durată de viață îndelungată” (izotopii de stronțiu, cezium).

În primele zile după explozie, participanții la lichidarea consecințelor avariei de la Cernobîl (PLCAC) au încorporat diferite doze de radionuclizi, cu durata vieții atât scurtă, cât și lungă, în perioadele ulterioare – preponderent cu durata de viață lungă.

Prezentul studiu a avut scopul de a elucida la PLCAC incidența maladiilor aparatului locomotor, evoluția lor. Pentru studiu au fost selectați 800 de PLCAC cu domiciliul în or. Chișinău. În anul 1991, în urma unui control riguros la PLCAC au fost depistate 33 de maladii ale aparatului locomotor: 31 osteoartroze deformante st. I-II (genunchi – 28, talocrurale – 3), câte un caz de artrită reactivă și artrită reumatoidă, iar în anul 2011 s-au înregistrat 172 ca-

zuri: 159 osteoartroze deformante (genunchi – 103, talocrurale – 4, metatarso-falangiană a halucelui – 36, coxofemorale – 16), 11 artrite reactive, 2 artrite reumatoide. Diagnosticul a fost stabilit în baza manifestărilor clinice, examenelor de laborator și celor instrumentale (inclusiv modificările radiologice).

În toate cazurile înregistrate primul semn de debut a fost durerea, care apare după efort fizic, atenuându-se prin repausul articulației. Frigul și vremea umedă agravează durerea, în special, în cazurile de osteoartroză deformantă, care au debutat și cu semne de sinovită în 8% cazuri în 1991 și 6% în 2010.

A fost studiată documentația care certifică doza de radiație acumulată și perioada de participare la lucrările de lichidare a consecințelor avariei. Nu am găsit o corelație a stadiului maladiilor instalate cu doza acumulată și cu perioada de participare.

Rezultatele obținute indică că maladiile aparatului locomotor la PLCAC sunt în continuă creștere și în structura lor mai frecvent se înregistrează bolile degenerative. Localizarea procesului artrozic este identică cu cea din populația neradiată și stadiul maladiilor instalate nu este corelat cu radiația acumulată și cu perioada de participare.

CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR CU DIABET ZAHARAT TIP 2, APRECIATĂ PRIN CHESTIONARUL „SF-36”

Chișlari Lia, Groppa Liliana, Anestiadi Zinaida,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Currently has a major influence on quality of life patient somatic pathologies expressed through the impact on psycho-emotional sphere, cognitive and physical. SF-36 questionnaire is useful to monitor patients with single or multiple pathological conditions and to compare their status to that of the general population.*

Actualitate. Actualmente are o mare importanță influența patologiilor somatice asupra calității vieții pacientului, exprimată prin impactul asupra sferelor psihoemoțională, cognitivă și fizică. Chestionarul „SF-36” este indicat pentru a monitoriza pacienți cu condiții patologice unice sau multiple și pentru a compara statusul lor cu cel al populației generale.

Material și metode. Pentru atingerea scopului și obiectivelor studiului, a fost selectat un lot de 80 de pacienți cu diabet zaharat (DZ) tip 2, stabilit în conformitate cu criteriile de diagnostic pentru DZ tip 2 în asociere cu osteoartropatia diabetică, și 80 de persoane fără diabet, în calitate de lot-martor, care au corespuns după vârstă și sex cu lotul de studiu. Pacienții din loturile studiate (inclusiv lotul-martor)

au fost supuși unei evaluări detaliate cu ajutorul chestionarului „SF-36”, pentru a determina impactul afecțiilor osteoarticulare asupra calității vieții lor.

Rezultate. Efectuând analiza rezultatelor chestionarului „SF-36”, am determinat că valoarea medie a activității fizice (PF) a pacienților cu DZ tip 2 a fost de $25,90 \pm 0,45$, iar în grupul II – de $27,22 \pm 0,26$ ($p < 0,05$). Reducerea capacității de muncă (RP) și dificultățile apărute în legătură cu aceasta au determinat la bolnavii cu DZ tip 2 o valoare medie de $6,87 \pm 0,13$; la pacienții grupului II RP a fost de $8,93 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Durerea somatică (BP) în grupul I de pacienți a prezentat o valoare medie de $3,68 \pm 0,22$, iar în grupul II – de $3,01 \pm 0,03$ ($p < 0,001$). Înrautățirea sănătății generale (GH) la bolnavii cu DZ tip 2 a avut valori medii de $15,27 \pm 0,26$, iar la pacienții grupului II – de $23,67 \pm 1,27$ ($p < 0,001$). Oboseala (VT) la pacienții cu DZ tip 2 a atins valori medii de $15,80 \pm 0,26$, pe când la cei din grupul II a fost de $9,45 \pm 0,13$ ($p < 0,001$). Activitatea socială (SF) în grupul I a prezentat valori medii de $6,03 \pm 0,13$, iar în grupul II de pacienți – $7,68 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Reducerea activității și neatenția (RE) la pacienții grupului I au avut valori medii de $5,37 \pm 0,09$; în grupul II – de $5,85 \pm 0,04$ ($p < 0,001$). Starea de nervozitate și depresie (MH) la bolnavii cu DZ tip 2 a determinat valori medii de $18,3 \pm 0,23$, iar în grupul II – de $24,5 \pm 0,21$ ($p < 0,001$).

Concluzii. La pacienții cu osteoartropatie diabetică și DZ tip 2 se determină o dispersie marcată a factorilor de influență, ceea ce cauzează lipsa corelărilor diverselor grupuri de indici ai calității vieții, care în schimb sunt apreciate la pacienții grupului II. Prin urmare, DZ tip 2 și complicațiile lui osteoarticulare influențează semnificativ statutul psihoemoțional și cel fizic al pacientului, aducând un aport solitar major în dereglările fizico-motorii. Însă dereglările fizico-motorii sunt mai exprimate la pacienții fără DZ tip 2.

NIVELUL VITAMINEI D LA FEMEILE ÎN POST-MENOPAUZĂ CU MASA OSOASĂ NORMALĂ, CU OSTEOPENIE ȘI OSTEOPOROZĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Deseatnicova Elena, Bancu Irina, Agachi Svetlana,
Groppa Liliana, Ganea Nadejda,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *To determine the vitamin D in group of postmenopausal women, found in the Department of Rheumatology, University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu”.*

Scopul lucrării: determinarea nivelului vitaminei D în grupul de femei aflate în perioada de postmenopauză, consultate în secția „Reumatolo-

gie” a Universității de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Material și metode. Au fost consultate 136 de femei în menopauză, îndreptate în secția de reumatologie din centrele de medicina de familie pentru efectuarea screeningului. Pacientele au fost testate pentru factori de risc ai osteoporozei, a fost efectuată testarea DXA la „Hologic QDR2000 DXA scanner” și evaluarea nivelurilor de calciu seric ionizat și de $1,25(\text{OH})_2$ vitaminei D. Nivelul $1,25(\text{OH})_2$ vitaminei D a fost determinat prin metoda Enzyme Immuno Assay. După testarea DXA, toate pacientele au fost divizate în 3 grupuri, în funcție de densitatea minerală osoasă: femei cu densitatea minerală osoasă normală, femei cu osteopenie și femei cu osteoporoză, bazându-se pe criteriile OMS. Toate datele obținute au fost analizate statistic.

Rezultate. Vârsta medie a pacientelor a fost de $56,75 \pm 9,4$ ani. Vârsta a variat de la 45 la 65 de ani. Dintre factorii de risc, cei mai des întâlniți au fost fractura documentată, vertebrală sau de femur la rude de gradul I în 15% din cei investigați, 12,4% din bolnave au folosit glucocorticosteroizi mai mult de 3 luni și 1,1% sufereau de artrită reumatoidă. Micșorarea în înălțime a fost raportată de 51,2% din paciente, valoarea medie fiind de $2,1 \pm 0,6$ cm.

Conform rezultatelor scanării DXA, 28,9% din paciente aveau o masă minerală osoasă normală, osteopenia a fost depistată la 46,2% din femei și 29,4% aveau osteoporoză. Valoarea scorului T în grupul cu osteopenie a constituit $-1,7 \pm 0,1$ SD, valoarea medie a scorului T în grupul cu osteoporoză a fost $-2,9 \pm 0,2$ DS.

Parametrii	Densitatea minerală osoasă normală	Osteopenie	Osteoporoză
Vârsta medie	$49,6 \pm 5,4$	$56,6 \pm 3,4$	$58,1 \pm 6,2$
IMC	$29,4 \pm 1,2$	$28,7 \pm 1,3$	$26,4 \pm 1,1$
Scăderea în înălțime, cm	$0,44 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,3$
Nivelul calciului ionizat seric, mmol/l	$1,30 \pm 0,1$	$1,35 \pm 0,15$	$1,32 \pm 0,15$
$1,25(\text{OH})_2$ vitamina D, nmol/l	$61,1 \pm 6,1$	$56,4 \pm 7,1$	$53,5 \pm 8,3$
Deficitul vitaminei D, %	16,3	17,4	16,2
Insuficiența vitaminei D, %	46,3	59,8	62,2

Conform tabelului, vârsta medie a pacientelor a fost de $49,6 \pm 5,4$ ani în grupul cu densitatea minerală osoasă normală, iar în grupul cu osteoporoză – $58,1 \pm 6,2$, diferența statistică dintre aceste 2 grupuri fiind $p < 0,05$. Conform IMC, putem menționa o tendință de micșorare a lui în grupul cu osteoporoză, ceea ce a fost logic. Micșorarea înălțimii, de

asemenea, ne arată o diferență statistică în grupul cu normă și în cel cu osteoporoză: $0,44 \pm 0,2$ versus $2,4 \pm 0,3$, $p < 0,01$. Nivelul calciului ionizat este practic în limitele normei, fiind reglat probabil de hiperparatiroidism relativ în grupul cu osteoporoză. În ceea ce privește nivelul $1,25(\text{OH})_2$ vitaminei D, deficiența a fost în medie de 16,6%, fiind aceeași în cele 3 grupuri, în timp ce insuficiența $1,25(\text{OH})_2$ vitaminei D a fost cea mai înaltă în grupul cu osteoporoză – 62,2%, având diferență statistică față de grupul cu densitatea minerală osoasă normală (46,3%) de $p < 0,05$. În total, deficiența și insuficiența $1,25(\text{OH})_2$ vitaminei D a fost găsită la 72,7% de femei în postmenopauză studiate.

Concluzie. Osteoporoza, conform criteriilor OMS, a fost stabilită la 29,4% din cei investigați. Am depistat o deficiență și o insuficiență semnificativă a $1,25(\text{OH})_2$ vitaminei D în grupul de femei aflate în perioada de postmenopauză – 72,7%. Evaluarea $1,25(\text{OH})_2$ vitaminei D ar putea juca un rol important în prevenirea și tratamentul cu succes al osteoporozei în republica noastră.

MALADIILE CONCOMITENTE CA FACTORI DE RISC ÎN OSTEOARTROZA DEFORMANTĂ

Dutca Lucia,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Findings of concomitant diseases as risk factors for debut and evolution of osteoarthritis.*

Scopul lucrării: aprecierea maladiilor concomitente ca factori de risc pentru debutul și evoluția osteoartrozei deformante.

Material și metode. Cercetările au fost efectuate în baza unui lot de 160 de pacienți cu osteoartroză deformantă, stabilit conform criteriilor ARA (1991). Studiul s-a desfășurat în cadrul Spitalului Clinic Municipal „Sfânta Treime”, secția „Reumatologie”, între anii 2003 și 2008. Pacienții studiați au fost evaluați detaliat conform unui program de examinare clinică complexă, pentru a determina afectarea clinică și paraclinică a aparatului locomotor.

Rezultate. Majoritatea pacienților incluși în studiu (86,9%) au avut debutul maladiei între vârsta de 40 și 65 de ani. Pacienții au raportat debutul la vârsta mai tânără de 40 de ani și peste 65 de ani în 7,5% și, respectiv 5,6% cazuri. Cele mai frecvente patologii diagnosticate la acești bolnavi până la dezvoltarea osteoartrozei, care au putut să contribuie la evoluția acesteia, sunt: artrita reactivă – 13,1%, condrocalkinoza – 11,3%, hipotiroidia – 4,4%, diabetul zaharat tip 2 – 10,6%, degerături/hipotermie – 1,3%. Cauzele principale ale debutului osteoartrozei la pacienții

din grupul cercetat au fost: suprarăcirea – în 21,3% cazuri, efortul fizic – în 20,6%, traumatismele – în 30% și 28,1% cu cauza necunoscut. Traumatismele articulare au fost divizate în acute (26,8%) și cronice (3,2%). Dintre traumatismele acute trebuie de menționat traumatizarea articulațiilor genunchilor în 21,3% și afectarea articulațiilor coxofemorale în 8,1% cazuri. Afectarea ligamentară, ca o cauză a debutului, nu a fost determinată. S-a constatat că dintre ocupațiile profesionale sau parțial profesionale cu diferite tipuri de sport cea mai mare importanță o au cele de viteză. Astfel, în timpul fotbalului articulațiile au fost traumatizate la 4,4% din pacienți, în timpul ocupațiilor cu atletica ușoară – în 1,3%, în toate cazurile fiind afectate articulațiile membrelor inferioare.

Concluzie. Patologiile somatice concomitente au același grad de influență asupra debutului și evoluției osteoartrozei, ca și patologia periarticulară și cea articulară.

APRECIEREA EVOLUȚIEI SINDROMULUI ALGIC LA PACIENȚII CU OSTEOARTROZĂ, TRATAȚI CU PREPARATE CONDROPROTECTOARE COMBinate

Dutca Lucia,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Assessing the pain syndrome development in patients with osteoarthritis treated with combined chondroprotective drugs.*

Scopul lucrării: aprecierea evoluției sindromului algic la pacienții cu osteoartroză, tratați cu preparate condroprotectoare combinate.

Material și metode. După divizarea pacienților în loturi, ei au primit tratament după diferite scheme și combinații de preparate: lotul I – glucosamină sulfat 1500 mg/24 ore plus condroitină sulfat 1200 mg/24 ore, per os 3 luni, 2 cure pe an, plus diclofenac 100 mg/24 ore; lotul II – derivatul acidului hialuronic i/articular săptămânal – 5 injecții/1-2 cure pe an, plus diclofenac 100 mg/24 ore; lotul III – tratament combinat (glucosamina sulfat 1500 mg/24 ore, plus condroitină sulfat 1200 mg/24 ore, per os 3 luni, 2 cure pe an, plus derivatul acidului hialuronic i/articular săptămânal – 5 injecții/1-2 cure pe an, plus diclofenac 100 mg/24 ore; lotul IV – Diclofenac 100 mg/24 ore).

Rezultate. Eficacitatea tratamentului administrat a fost apreciată după schimbarea unor indici, cum sunt scara vizuală analogică pentru aprecierea durerii Huskinson, indexul algofuncțional Lequesne pentru osteoartroza membrelor inferioare, indexul funcțional Dreiser pentru osteoartroza mâinilor,

grosimea spațiului articular în articulația genunchilor (mm), doza medie de diclofenac folosit de către pacient conform necesității de analgezie, calitatea vieții conform chestionarului COOS.

Durerea articulară, apreciată prin scara vizuală analogică Huskinsson pe fond de tratament aplicat în loturile de cercetare, M±m, mm

	Lotul I	Lotul II	Lotul III	Lotul IV
Vizita 1	44,37±3,3	37,12±2,5	37,87±3,0	56,6±1,92
Vizita 2	71,3±2,5	71,0±2,2	74,12±2,25	72,25±1,49
Vizita 3	37,12±3,39	34,7±2,24	31,12±2,99	56,0±1,93
Vizita 4	36,12±3,56	34,52±2,7	31,62±2,59	61,0±0,61
Vizita 5	29,25±3,34	31,0±2,08	25,6±1,86	61,87±1,5

Concluzii. După inițierea tratamentului osteoartrozei, indiferent de metoda aplicată, se atestă o agravare a stării tuturor pacienților, ceea ce se manifestă prin acutizarea sindromului algic. Continuând tratamentul, am obținut o scădere evidentă a durerii, diferență statistic semnificativă între loturile I și IV, II și IV, III și IV, $p < 0,0001$ în timpul vizitei a 3-a. Sindromul algic se menține de la moderat până la intensiv numai în lotul pacienților tratați cu AINS. Această scădere a sindromului algic pe fond de tratament de bază se menține până la sfârșitul studiului nostru, cu atingerea celor mai mici cifre ale durerii după scara Huskinsson în lotul III, $25,6 \pm 1,86$ mm, în care a fost aplicat tratament combinat.

FACTORII DE RISC ȘI PARTICULARITĂȚILE AFECȚIUNII ARTICULARE LA DEBUTUL OSTEOARTROZEI DEFORMANTE

Dutca Lucia, Groppa Liliana, Russu Eugeniu, Bujor Oxana, Lesnic Aliona, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Analysis of risk factors and features of joint damage in the debut of osteoarthritis.*

Scopul lucrării: analiza factorilor de risc și a particularităților afectării articulare la debutul osteoartrozei deformante.

Material și metode. A fost examinat un lot de 160 de pacienți cu diagnosticul clinic de bază osteoartroză deformantă (OAD), cu vârsta medie de $58,28 \pm 10,42$ ani. 81,9% din lotul celor examinați sunt căsătoriți, preponderent moldoveni de naționalitate – 71,2%.

Rezultate. Conform analizei stării sociale, 26,3% sunt slujbași, 16,3% – muncitori, 8,8% – invalizi, 38,1% – pensionari; 23,1% pacienți au studii medii, medii speciale – 46,3%, superioare – 30%. Locul de trai al bolnavilor examinați este preponderent urban – 71,9%, și numai 28,1% locuiesc în mediul rural. Conform ocupației profesionale, 5,0% sunt frizeri, 5,6% – brutari,

10% – lucrători în construcții, 15,6% – învățători, 9,4% – agricultori. Analizând acest tablou, putem menționa că sunt afectate persoanele a căror activitate este legată de efortul fizic și de poziția de muncă stând în picioare, de exemplu frizerii și învățătorii. Înălțimea medie a pacienților din lotul examinat a fost de $165,2 \pm 7,42$ cm, cu variația de la 147 cm până la 190 cm, și greutatea medie de $86,9 \pm 10,59$ kg, cu variația de la 57 până la 141 kg. Am constatat că în lotul cercetat de osteoartroză deformantă suferă în 95,8% cazuri persoane supra-ponderale. Acest factor este considerat unul de risc pentru dezvoltarea osteoartrozei deformante, în special a osteoartrozei cu afectarea articulațiilor membrelor inferioare. Din tabel putem observa că supraponderabilitatea a fost constatată în 19,4% din cazuri. Obezitate au avut 119 persoane sau 74,4%; a predominat obezitatea de gradul I (OMS) – 58,7%.

Indicele masei corporale la pacienții cu OAD incluși în studiu

Indicele ponderal	<25 norma	25-30 supra-ponderali	30-35 obezitate gr. I	35-40 obezitate gr. II	>40 obezitate gr. III
%	6,2	19,4	58,7	12,5	3,1
Nr. pers.	10	31	94	20	5

Din analiza eredocolaterală a pacienților din studiu putem observa procentul înalt de afectare a articulațiilor genunchilor (33,1%), articulațiilor coxofemorale (18,1%), articulațiilor interfalangiene ale mâinilor (30,0%) și articulațiilor intervertebrale (21,3%) la mamă. Totodată, prezența anamnezei eredocolaterale agravate pe linia tatălui are importanță mai mică: afectare a articulațiilor genunchilor (10,6%), articulațiilor coxofemorale (5,0%), articulațiilor interfalangiene ale mâinilor (2,5%) și articulațiilor intervertebrale (12,5%). Paralel cu rezultatele prezentate, a avut importanță anamneza eredocolaterală la soră: afectarea articulațiilor genunchilor (22,5%), articulațiilor coxofemorale (11,9%), articulațiilor interfalangiene ale mâinilor (15,6%) și articulațiilor intervertebrale (16,9%) și la bunica mamei: afectarea articulațiilor genunchilor (16,3%), articulațiilor coxofemorale (8,2%), articulațiilor interfalangiene ale mâinilor (7,5%) și articulațiilor intervertebrale (5,6%).

Concluzii. În urma cercetărilor efectuate, putem menționa că este afectată populația a cărei activitate este legată de efortul fizic și de poziția permanentă stând în picioare, de exemplu frizerii și învățătorii. Factorul supraponderabilității, la fel, este considerat ca unul de risc pentru dezvoltarea osteoartrozei deformante, în special a osteoartrozei cu afectarea articulațiilor membrelor inferioare. Supraponderabilitatea a fost constatată în 19,4% din cazuri, în total obezitate au avut 119 persoane, sau

74,4%; a predominat obezitatea de gradul I (OMS) – 58,7%. Însă factorul predispoziției genetice este unul de risc important pentru debutul timpuriu al osteoartrozei deformante.

IMPACTUL ASUPRA STATUTULUI FUNCȚIONAL ARTICULAR AL TRATAMENTULUI CONDROPROTECTOR COMBINAT ÎN OSTEOARTROZĂ

Dutca Lucia, Groppa Liliana,
Rusu Eugeniu, Lesnic Aliona,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Assess the functional status joint in osteoarthritis under the treatment with combined chondroprotective drugs.*

Scopul lucrării: aprecierea impactului asupra statutului funcțional articular al tratamentului condroprotector combinat în osteoartroză.

Material și metode. După divizarea pacienților în loturi, ei au primit tratament după diferite scheme și combinații de preparate: lotul I – glucosamină sulfat 1500 mg/24 ore plus condroitină sulfat 1200 mg/24 ore, per os 3 luni, 2 cure pe an, plus diclofenac 100 mg/24 ore; lotul II – derivatul acidului hialuronic i/articular săptămânal – 5 injecții/1-2 cure pe an, plus diclofenac 100 mg/24 ore; lotul III – tratament combinat (glucosamină sulfat 1500 mg/24 ore plus condroitină sulfat 1200 mg/24 ore, per os 3 luni, 2 cure pe an, plus derivatul acidului hialuronic i/articular săptămânal – 5 injecții/1-2 cure pe an, plus diclofenac 100 mg/24 ore; lotul IV – diclofenac 100 mg/24 ore).

Rezultate. La vizita a 2-a am atestat o diferență statistic semnificativă între loturile II și IV, $p < 0,002$. La vizita a 3-a continuă să existe o diferență statistic semnificativă între loturile II și IV, $p < 0,001$, și a apărut o diferență între loturile III și IV, $p < 0,001$. La vizita a 4-a și a 5-a persistă o diferență statistic semnificativă între loturile II și IV, III și IV, $p < 0,001$ (tabelul 1). Toate acestea ne confirmă importanța tratamentului de fond în cazul osteoartrozei deformante și creșterea funcțională, scăderea intensității sindromului algic pe fond de tratament aplicat.

Tabelul 1

Indexul algofuncțional Lequesne pentru osteoartroză a membrilor inferioare

	Lotul I	Lotul II	Lotul III	Lotul IV
Vizita 1	13,83±0,75	12,7±0,44	14,26±0,58	13,32±0,47
Vizita 2	10,37±0,6	9,1±0,41	10,05±0,52	11,05±0,45
Vizita 3	10,23±0,76	8,27±0,32	8,08±0,48	11,31±0,4
Vizita 4	8,98±0,65	8,71±0,48	8,0±0,44	12,21±0,38
Vizita 5	8,55±0,01	8,03±0,34	7,3±0,33	12,46±0,4

Tabelul 2

Necesitatea în diclofenac pentru tratamentul durerii pe fond de tratament administrat, mg

	Lotul I	Lotul II	Lotul III	Lotul IV
Vizita 1	101,2±4,0	93,7±3,6	92,5±2,85	104,37±2,95
Vizita 3	20,0±4,5	25,6±4,3	9,37±2,92	77,87±4,23
Vizita 5	11,62 ±3,2	13,77±3,47	2,5±1,74	76,87±3,39

La vizita a 3-a am atestat o diferență statistic semnificativă între loturile I și IV, II și IV, III și IV, $p < 0,0001$, pentru toate loturile, ceea ce înseamnă o scădere a sindromului algic și o necesitate redusă de analgezice (tabelul 2). După părerea noastră, și mai importantă este prezența diferenței semnificative între loturile I și II, II și III, $p < 0,002$, care apare deja după a 3-a vizită. Este vorba de o diferență între loturile în care am administrat preparatele de bază, ca monoterapie, și lotul cu indicarea preparatelor de bază în combinație. Astfel, tratamentul combinat ne permite să evităm practic completamente folosirea preparatelor antiinflamatorii, care au multiple efecte adverse la administrarea îndelungată.

Concluzii. Datele obținute confirmă importanța tratamentului de fond în cazul osteoartrozei deformante și creșterea funcțională, scăderea intensității sindromului algic pe fond de tratament aplicat, ceea ce ne permite să evităm practic completamente administrarea preparatelor antiinflamatorii, care au multiple efecte adverse la folosirea îndelungată.

UN DECENIU DE SUCCES ÎN TRATAMENTUL OSTEOPOROZEI CU CLODRONAT

Golubciuc Victor,
IMSP SC mun. Bălți

Summary. *Osteoporosis is a disease of bones that leads to the increase of the bone fragility and the risk of bone fractures. The author has applied a treatment with a medicine from the 1st generation of the bisphosphonate family – Bonafos i/v (Clodronate), with a dose of 300 mg per 24/h, for a duration of 5 days, to a number of 57 patients. A patient has been administrated 4 treatment courses for a period of 6 years, and some 9 patients have been administrated 2 treatment courses for a period 2-3 years. The medicine has proved to be effective, long lasting and with an excellent tolerance.*

Osteoporoza (OP) în prezent este considerată o boală a scheletului, caracterizată prin compromiterea rezistenței osului, care predispoziția persoana afectată la creșterea riscului de fracturi, acestea fiind numite „de fragilitate” sau „oligotraumatice”. Ele cresc numeric și sunt apreciate ca o maladie silențioasă. Cel mai frecvent fracturile afectează articulațiile pumnului, constituind primul semnal de alertă al unei osteo-

poroze evolutive, fiind urmate de cele vertebrale, inducând ulterior o cascadă de fracturi, inclusiv a colului femural – cea mai drastică, care duce la invalidizare și în 20-30% cazuri – la sfârșit letal.

Osteoporoza a devenit o problemă serioasă de sănătate publică și există premise ca impactul ei să crească în viitorul apropiat. Fracturile coloanei vertebrale pot induce un sindrom algic violent cu imobilizare, apariția escarelor, pneumoniei de stază.

Odată cu apariția bifosfonaților, apare speranța de diminuare a sindromului algic și de ameliorare a calității vieții, prevenind fracturile următoare.

Din anul 1999 până în prezent am aplicat tratament cu bifosfonații: clodronat, ibandronat, alendronat.

Clodronatul este un bifosfonat din prima generație, care a fost aplicat la 57 de bolnavi, dintre care 56 femei și 1 bărbat, vârsta de la 38 până la 79 de ani, media $59 \pm 2,2$ ani. Din ei 31 sufereau de osteoporoză indusă de GC, 21 având OP involutivă și 5 pacienți – OP postclimacterică.

Preparatul bonefos a fost aplicat prin infuzii a câte 300 mg, 5 zile consecutiv. Unei paciente de 38 ani, care suferea de LES 9 ani de zile, tratată cu GC, inclusiv puls-terapie combinată, și având fracturi vertebrale L3-L4, acest preparat i-a fost aplicat de 4 ori – în anii 1999, 2000, 2004, 2006; la 9 pacienți – câte 2 cure de bonefos la interval de 2-3 ani.

La majoritatea pacienților sindromul algic a scăzut după 3-4 zile de administrare a preparatului bonefos. Reacții adverse ca febră, artralgiile, mialgiile etc. nu au fost înregistrate. Aplicarea bifosfonatului (bonefos-clodronat) de prima generație ne-a demonstrat un efect terapeutic sigur, de durată și toleranță excelente.

MORBIDITATEA CARDIOVASCULARĂ ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ

Gonța Ludmila,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Increasing evidence for cardiovascular mortality among patients with psoriatic arthritis has accumulated, together with evidence for increased prevalence of risk factors for cardiovascular disease.*

Actualitate. Actualmente a crescut evident mortalitatea cardiovasculară printre pacienții cu artrită psoriazică (APs), precum și prevalența factorilor de risc pentru bolile cardiovasculare (BCV).

Scopul lucrării. Pentru a aprecia morbiditatea cardiovasculară la pacienții cu APs, a fost determinată prevalența ei, fiind identificați factorii de risc pentru dezvoltarea acesteia.

Material și metode. Pacienții au fost urmăriți prospectiv în conformitate cu protocolul standard, inclusiv caracteristicile legate de boală și de comorbidități. Au fost identificați pacienții cu BCV, inclusiv cu infarct miocardic (IM), angină pectorală, hipertensiune arterială și cu accident vascular cerebral (AVC). Prevalența morbidităților BCV la acești pacienți a fost comparată cu datele populaționale pentru Republica Moldova prin intermediul ratelor standardizate ale prevalenței (SPRs).

Rezultate. La momentul analizei, 148 de pacienți au fost înregistrați în baza de date. După aprecierea clinică, 87 au dezvoltat hipertensiune arterială, 18 au avut un MI și 4, 21 și 11 au dezvoltat respectiv AVC, angină pectorală și insuficiență cardiacă congestivă (ICC). Din totalul pacienților, doar 67 au avut cel puțin una dintre aceste condiții. Incidențele SPRs pentru MI (2.41; 95% CI 1.43-3.52), angină pectorală (2.01; 95% CI 1.41-3.09) și hipertensiune arterială (2.12; 95% CI 1.78-2.23) au fost semnificative statistic, în timp ce SPRs pentru ICC (1.03; 95% CI 0.55-1.96) și AVC (0.88; 95% CI 0.23-1.71) nu au fost. Factorii asociați cu BCV au inclus diabetul zaharat, hiperlipidemia și psoriazisul cutanat.

Concluzii. Pacienții cu APs au un risc crescut de morbiditate cardiovasculară, în comparație cu populația generală. În plus, față de factorii de risc cunoscuți pentru BCV, psoriazisul cutanat sever este un predictor important la pacienții cu APs.

EVOLUȚIA SCORULUI „DAREA” LA PACIENȚII CU ARTRITĂ REACTIVĂ, ÎN FUNCȚIE DE FORMA CLINICĂ A BOLII

Groppa Liliana, Becheanu Natalia,
Russu Eugeniu, Chiaburu Lealea,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The role of intestinal and urogenital infections that trigger the development of arthritis is confirmed by the bond stable chronological development of arthritis after an infection incurred. Processes taking place are very well studied in chlamydia, the particular elucidated but probably occur in other infections that lead to reactive arthritis.*

Actualitate. Rolul infecției intestinale și al celei urogenitale ca factor declanșator în dezvoltarea artritei este confirmat prin legătura cronologică stabilă de dezvoltare a artritei după o infecție suportată. Procesele care au loc sunt foarte bine studiate în chlamidioză, dar probabil că particularitățile elucidate au loc și în cazul altor infecții care duc la artrită reactivă (ARE).

Material și metode. Pentru atingerea scopului și a obiectivelor studiului, a fost creat un lot

din 161 de pacienți cu diagnosticul cert de artrită reactivă. Pacienții s-au aflat la tratament în secția de reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime” în perioada 2006-2010. Artrita urogenitală a fost diagnosticată la 97 bolnavi (60,24%), cea enterocolitică – la 31 (19,25%), și cea mixtă – în 33 cazuri (20,49%).

Rezultate și discuții. ARe manifestă valori semnificative ale scorului DAREA (pentru forma mixtă DAREA=84,29±0,47, în forma urogenitală DAREA=69,28±0,29, în cea enterocolitică DAREA=64,55±0,51, cu $p<0,01$ pentru ARe mixtă vs ARe enterocolitică și $p<0,05$ pentru ARe urogenitală, care este un marker complex și sensibil al activității bolii. În afară de aceasta, în scala analogică vizuală a durerii (SAV) s-au înregistrat valori statistic semnificativ crescute în grupul pacienților cu forma mixtă a ARe (55,07±0,14), în comparație cu forma urogenitală (45,15±0,13) și cea enterocolitică (47,04±0,19), prezentând diferențe statistic semnificative ($p<0,05$).

Concluzii. În urma cercetării activității artritei reactive, aceasta s-a manifestat printr-un sindrom articular agresiv, cu valori crescute ale indicilor activității bolii: numărul sporit de articulații dureroase (NAD) și tumefiate (NAT), scor DAREA înalt și sindromul algic caracterizat prin SAV. Frecvent este depistată activitatea înaltă a bolii în cazul formei mixte a ARe, urmate de forma urogenitală și de cea enterocolitică, demonstrând valori crescute ale indicilor specifici pentru forma mixtă: NAD=7,1±0,08; NAT=8,75±0,02; DAREA=84,29±0,47; SVA=55,07±0,14.

CERCETAREA AGENȚILOR PATOGENI ÎN FUNCȚIE DE FORMELE CLINICE ALE ARTRITEI REACTIVE

Groppa Liliana, Becheanu Natalia,
Russu Eugeniu, Șoric Gabriela,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Joint disorders are among the most common chronic diseases of society. Health and social significance of chronic arthritis is caused by continuous growth rate, propensity to chronic, progressive trend with a drop in work capacity, medical and social costs.*

Actualitate. Afecțiunile articulare se numără printre cele mai răspândite maladii cronice ale societății. Impactul medical și social al artritelor cronice este determinat de creșterea continuă a frecvenței, a predisunerii spre cronicizare, de evoluția progresivă cu o scădere bruscă a capacității de muncă, de cheltuielile medicale și financiare importante.

Material și metode. Pentru atingerea scopului și obiectivelor studiului, a fost creat un lot din 161

de pacienți cu diagnosticul cert de artrită reactivă. Pacienții s-au aflat la tratament în secția de reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime” în anii 2006-2010. Artrita urogenitală a fost diagnosticată la 97 persoane (60,24%), cea enterocolitică – la 31 (19,25%), și cea mixtă – în 33 cazuri (20,49%).

Rezultate. Ch. trachomatis a fost detectată mai des în formele urogenitală și mixtă de artrită (24,22%, $p<0,001$ și, respectiv, 13,66%, $p<0,01$, față de 3,73% la cea enterocolitică), cu puterea de conexiune cu tipul de artrită, care a atins gradul de semnificație statistică (indicele Kendall-Tau = 0,98; $p<0,001$). U. urealyticum a fost depistată preponderent la pacienții cu artrită urogenitală (4,35%, $p<0,05$) și mixtă (13,04%, $p<0,01$), cu o conexiune majoră pentru forma mixtă a artritei reactive (indicele Kendall-Tau = 0,96; $p<0,001$). M. hominis, ca și U. urealyticum, a prezentat incidență crescută preponderent la pacienții cu artrită urogenitală (8,7%, $p<0,01$) și mixtă (6,83%, $p<0,05$), cu o conexiune pentru forma urogenitală a artritei reactive (indicele Kendall-Tau = 0,91; $p<0,01$).

Concluzii. Artrita reactivă se caracterizează printr-o diversitate a manifestărilor clinice articulare, exprimându-se prin 3 variante clinice: urogenitală, enterocolitică și mixtă, dintre care forma mixtă corelează cu evoluția clinică mai severă, urmată de cea urogenitală și de cea enterocolitică.

EFICACITATEA TRATAMENTULUI ANTIMICROBIAN ÎN FUNCȚIE DE FORMA CLINICĂ A ARTRITEI REACTIVE

Groppa Liliana, Becheanu Natalia,
Chiaburu Lealea, Russu Eugeniu,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Ch. trachomatis, U. urealyticum and Mycoplasma are the species most commonly responsible for urogenital reactive arthritis, according to the literature this organism is found in 50-90% of all cases of reactive arthritis in 63% of cases in patients with urogenital reactive arthritis.*

Actualitate. Ch. trachomatis, U. urealyticum și Micoplasmele sunt cele mai frecvente cauze ale artritei reactive urogenitale. Conform datelor literaturii, aceste microorganisme se întâlnesc în 50-90% cazuri din totalul artritelor reactive și în 63% cazuri la pacienții cu artrită reactivă urogenitală.

Material și metode. Pentru atingerea scopului și a obiectivelor studiului, a fost selectat un lot din 161 de pacienți cu diagnosticul cert de artrită reactivă. Aceștia s-au aflat la tratament în secția de reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta

Treime" în anii 2006-2010. Artrita urogenitală a fost diagnosticată la 97 pacienți (60,24%), cea enterocolitică – la 31 (19,25%), și cea mixtă – la 33 bolnavi (20,49%).

Rezultate. În cazul artritelor reactive urogenitale, frecvența ameliorărilor stabile a fost aproximativ aceeași și a alcătuit 74% în grupul ce folosea doxiciclină, 61% în grupul pacienților tratați cu jozamicină și 61% în grupul cu levofloxacină. Printre pacienții cu artrită reactivă forma mixtă s-au observat diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește stabilitatea ameliorării ($p < 0,01$). Efectul stabil cel mai des a fost observat în grupul bolnavilor care au folosit doxiciclină (70,9%), pe când levofloxacină și jozamicină au demonstrat o eficacitate tranzitorie (50,98% și respectiv 49,0% de ameliorări stabile). Printre bolnavii cu artrită reactivă forma enterocolitică, care au primit levofloxacină, a fost înregistrată o ameliorare stabilă ($p < 0,01$). Eficacitatea doxiciclinei și cea a jozamicinei au fost comparabile (80,4% și 70,8% de ameliorări stabile).

Concluzii. Este evidentă prioritatea administrării doxiciclinei în formele urogenitală și mixtă ale artritei reactive și a levofloxacinei în forma enterocolitică. Jozamicina a prezentat efecte relativ comparabile cu doxiciclină în formele urogenitală și mixtă ale artritei reactive, demonstrând o prioritate statistic nesemnificativă față de levofloxacină în aceste variante ale bolii.

REZULTATELE PRELIMINARE ALE TRATAMENTULUI CU TOCILIZUMAB AL PACIENȚILOR CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ

Groppa Liliana, Cepoi Daniela, Vremiș Laura, Russu Eugeniu Corotaș Valeriu, Țăgulea Ana, Trocin Olga, Popa S., USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *IL-6 plays an important role in the inflammatory cascade in rheumatoid arthritis (RA). Tocilizumab is one of the most innovative biological products, which aims at inhibiting the action of IL-6 proliferation, thereby reducing the inflammatory response and enhances the development of RA. The results presented in this paper are preliminary because the surveillance period was not completed in all patients included.*

Actualitate: IL-6 joacă un rol important în procesul inflamatoriu în artrita reumatoidă (AR). Tocilizumabul este unul dintre cele mai noi preparate biologice, acțiunea căruia țintește inhibiția proliferației IL-6, astfel diminuând răspunsul inflamator și ameliorând evoluția AR. Rezultatele prezentate în această lucrare sunt preliminare, pentru că perioada de supraveghere nu a fost încheiată la toți pacienții incluși în studiu.

Scopul lucrării. Acest studiu a avut scopul de a evalua eficacitatea și inofensivitatea preparatului tocilizumab în combinație cu metotrexat (MTX) și a aprecia influența tratamentului biologic asupra parametrilor clinici și paraclinici ai AR. Totodată, am evaluat comparativ rezultatele din grupul de tratament cu monoterapie cu MTX al pacienților cu AR.

Material și metode. Studiul a inclus 68 de pacienți cu AR (6 bărbați și 62 de femei) conform criteriilor ACR, cu durata lungă a maladiei (durata medie a bolii până la 9,45 ani). Toți pacienții aveau sub 60 ani, nu aveau comorbidități severe, istoric de tuberculoză sau hepatită virală. Bolnavii au fost randomizați în 2 grupuri, comparabile ca vârstă și durată a maladiei. Primul grup (A) a fost constituit din 38 de persoane, care au administrat 6 perfuzii lunare cu tocilizumab (8 mg/kg) în combinație cu MTX (10 mg/săptămână) și metilprednisolon 4 mg zilnic. Cel de al doilea grup (B) a inclus 30 de pacienți pe tratament cu MTX (10-15 mg/săptămână) și metilprednisolon 4 mg zilnic. Pacienții au fost examinați înainte de randomizare, conform unui plan comprehensiv.

Rezultate. Toți bolnavii din grupul A au remarcat o diminuare a redorii matinale de la $145 \pm 12,41$ până la $30 \pm 9,14$ min. ($p < 0,005$), în comparație cu o ameliorare mai modestă a acestui simptom în grupul B (de la $156 \pm 15,06$ min. până la $100 \pm 10,31$ min.). Pacienții din grupul A au înregistrat o scădere a numărului de articulații tumefiate, de la $9,58 \pm 1,91$ până la $2,28 \pm 1,96$ ($p < 0,05$), în timp ce în grupul B această evoluție a fost mai puțin importantă (de la $7,13 \pm 0,47$ până la $6,24 \pm 1,21$). Am înregistrat, de asemenea, o dinamică pozitivă a indicilor de laborator, în particular a VSH, cu o valoare medie care a scăzut de la $45 \pm 4,45$ până la $20 \pm 4,23$ ($p < 0,005$) în grupul A, în comparație cu grupul B (de la $36 \pm 2,96$ până la $30 \pm 3,45$, fără valoare statistică). Proteina C-reactivă, la fel, a înregistrat o dinamică pozitivă în grupul A – de la $7,50 \pm 2,67$ până la $2,75 \pm 1,96$ ($p < 0,05$). Scorul DAS-28 s-a ameliorat la 73,68% din pacienții cu tocilizumab versus 36,67% în grupul B. Scorul HAQ, apreciat înainte și în timpul tratamentului, s-a ameliorat impresionant la 81,58% din pacienți începând cu a doua perfuzie, comparativ cu 53,33% din bolnavii grupului B în cele 6 luni de tratament.

Concluzii. Pacienții cu AR tratați cu tocilizumab au demonstrat o reducere impresionantă a redorii matinale, a indicelui DAS-28, inclusiv a numărului de articulații dureroase, în special tumefiate; a VSH și proteinei C-reactive. Ca rezultat al eficacității clinice a preparatului biologic tocilizumab, la pacienții din acest grup a fost înregistrată o ameliorare mai importantă a calității vieții, evaluate în baza chestionarului HAQ.

EXPRESIA MODIFICĂRILOR DE LABORATOR LA PACIENȚII CU AFECTĂRI OSTEOARTICULARE ȘI DIABET ZAHARAT TIP 2

Groppa Liliana, Chișlari Lia, Anestiadi Zinaida,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Diabetic patients represent an important segment of the population sick worldwide. They are characterized by a fragile immunological, metabolic, vascular, bone stronger than patients with other pathologies, which explains the high frequency of chronic diseases that overlap this serious pathology. Joint damage in type 2 diabetes are specific to different developmental processes that occur in all joints and periarticular tissues, resulting in their lower functional capacity, so the entire body.*

Actualitate. Pacienții diabetici reprezintă un segment important al populației bolnave din lumea întreagă. Ei se caracterizează printr-o fragilitate imunologică, metabolică, vasculară, osoasă mai accentuată decât pacienții cu alte patologii, ceea ce explică frecvența mare de boli cronice care se suprapun acestei patologii grave. Afectării articulare în diabetul zaharat (DZ) tip 2 îi sunt specifice procese evolutive ce se manifestă diferit la nivelul tuturor articulațiilor și țesuturilor periarticulare, determinând scăderea capacității funcționale a acestora, deci a întregului organism.

Material și metode. Pentru atingerea scopului și a obiectivelor studiului, au fost selectați 80 de pacienți cu DZ tip 2, lot stabilit în conformitate cu criteriile de diagnostic pentru DZ tip 2, și 80 de persoane fără diabet în calitate de lot-martor, care au corespuns după vârstă și sex cu lotul de studiu. Loturile studiate (inclusiv lotul-martor) au fost supuși unor evaluări paraclinice detaliate, pentru a determina expresia afectărilor osteoarticulare la pacienții cu și fără DZ tip 2.

Rezultate. Caracterizând ambele grupuri de pacienți, am observat că valorile medii ale VSH-ului la bolnavii cu DZ tip 2 au fost de $11,66 \pm 0,94$ mm/oră, iar în grupul II – de $8,66 \pm 0,49$ mm/oră, ($p < 0,01$). Valoarea medie a PCR la pacienții I grup a fost de $1,53 \pm 0,49$, iar în grupul II a fost de $0,70 \pm 0,26$ ($p > 0,05$). Valoarea medie a fibrinogenului în grupul I a fost de $3,40 \pm 0,09$, iar în grupul II – de $3,11 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Valorile medii ale colesterolului la persoanelor cu DZ tip 2 au constituit $5,39 \pm 0,13$, iar în grupul II – de $4,11 \pm 0,09$ ($p < 0,001$). Trigliceridele la pacienții cu DZ tip 2 au prezentat valori de $1,88 \pm 0,10$, iar în grupul II – de $1,17 \pm 0,05$ ($p < 0,001$). Valoarea medie a calciului seric a fost de $2,15 \pm 0,01$ în grupul I de bolnavi și $2,13 \pm 0,01$ în grupul II ($p > 0,05$). Valorile medii ale hemoglobinei

glicozilate la pacienții cu DZ tip 2 au constituit $8,69 \pm 0,16$, iar în grupul II – $6,12 \pm 0,02$ ($p < 0,001$). Valoarea medie a fosfatazei alcaline la pacienții cu DZ tip 2 a fost de $212,21 \pm 5,92$, iar în grupul II – de $163,68 \pm 6,76$ ($p < 0,001$). Fosfataza acidă la bolnavii cu DZ tip 2 a prezentat valori de $323,00 \pm 3,99$, iar în grupul II de $225,92 \pm 6,85$ ($p < 0,001$). Valoarea medie a parathormonului la pacienții cu DZ tip 2 a fost de $37,2 \pm 1,27$, iar în grupul II – de $37,7 \pm 1,39$ ($p > 0,05$).

Concluzii. Studiind modificările indicilor de laborator care se produc în cazul DZ tip 2 și în absența lui, putem concluda ca cele mai mari devieri în datele de laborator au loc la pacienții cu DZ tip 2, îndeosebi în ceea ce privește modificarea valorilor reactanților fazei acute ai inflamației, cum ar fi VSH, proteina C reactivă și fibrinogenul, care indică o activitate înaltă a procesului inflamator la nivelul sinovialei articulare și a intimei vasculare.

MANIFESTĂRILE CARDIOVASCULARE ÎN SPONDILOARTRITELE SERONEGATIVE

Groppa Liliana, Gonța Ludmila, Șoric Gabriela,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Cardiovascular manifestations of seronegative spondyloarthritides represent an important clinical problem which has not been fully elucidated. Clinically significant cardiovascular symptoms are present in 10% of patients with ankylosing spondylitis (AS), usually in the case of long-standing disease.*

Scopul lucrării. Manifestările cardiovasculare din spondiloartritele seronegative (SS) reprezintă o problemă clinică importantă care, până astăzi, nu a fost pe deplin elucidată. Simptomele cardiovasculare clinic semnificative sunt prezente la 10% dintre pacienții cu spondilită anchilozantă (SA), de obicei, în cazurile în care boala evoluează îndelungat.

Material și metode. Un lot din 87 de pacienți cu diagnostic cert de SS, cu vârsta de până la 45 de ani, fără boli concomitente cardiace, observați în dinamică în anii 2009-2011 în Clinica Medicină Internă nr. 5 (Reumatologie și Nefrologie) a Departamentului de Medicină Internă al USMF „Nicolae Testemițanu”. Pacienților li s-a efectuat ECG în 12 derivații standard și ecocardiografia transtoracică.

Rezultate. Au fost raportate următoarele perturbări ecocardiografice: aortită ascendentă, insuficiență aortică (42,1%), insuficiență mitrală (14,7%), prolaps de valva mitrală (4,3-9,1%) și disfuncție diastolică (30-45%). Anomaliile sistemului cardiac de conducere pot afecta de la 1% până la 33% din pacienții cu SA, ca o consecință a cicatrizării postinflamatorii a miocardului. Bolile cardiovascu-

lare sunt principala cauză de deces (36,2%) printre bolnavii cu artrită psoriazică (APs). Riscul de deces în rândurile persoanelor cu APs este de 1,3 ori mai mare decât în populația generală. În APs pot fi vizualizate următoarele modificări ecocardiografice: pericardita fibrinoasă (18,2%), miocardita (15,9%) și boli valvulare (5,7%). Disfuncția diastolică în APs corelează cu prezența leziunilor articulare și cu durata psoriazisului cutanat.

Concluzie. Este foarte importantă investigația aprofundată a sistemului cardiovascular la pacienții cu spondiloartrite seronegative.

UNELE PARTICULARITĂȚI DE AFECTARE A APARATULUI VALVULAR ȘI EXPRESIA TULBURĂRILOR DE RITM ȘI DE CONDUCERE LA PACIENȚII CU SPONDILOARTRITĂ ANCHILOZANTĂ

Groppa Liliana, Gonța Ludmila, Russu Eugeniu,
Șoric Gabriela, Sârbu Oxana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. To study the cardiac pathology in patients with ankylosing spondylitis in accordance with the index ECG and echocardiography.

Scopul lucrării: a studia patologia cardiacă la pacienți cu spondilită anchilozantă (SA), în conformitate cu indicii ECG și cu ecocardiografia.

Material și metode. Un lot din 57 de pacienți cu diagnostic cert de SA, cu vârsta de până la 41 de ani, fără boli concomitente cardiace, observați în dinamică în anii 2009-2011 în Clinica de Medicină Internă nr. 5 (Reumatologie și Nefrologie) a Departamentului Medicină Internă al USMF „Nicolae Testemițanu”. Pacienților li s-a efectuat ECG în 12 derivații standard și ecocardiografia transtoracică.

Rezultate. Tulburări de ritm și de conducere au fost înregistrate la 19 (33,33%) pacienți; bloc atrio-ventricular (AV) – la 7 (36%) bolnavi, dintre care la 5 (26,31%) – AV blocadă de gradul I, de gradele II-III la 2 (3,5%) pacienți, bloc intraventricular – în 2 (10,52%) cazuri. Valva aortică și aorta afectată de procesul cronic inflamator sistemic a fost determinată prin Eco-CG la 31 din 57 de pacienți (54,38%): îngroșarea și/sau dilatarea aortei – în 17 (50%) cazuri, îngroșarea cuspidelor valvei aortice – în 14 (41,17%), mitrale – în 6 (17,64%) cazuri. La 3 (8,82%) pacienți a fost vizualizată o îngroșare locală a arcului aortei sub formă de cristă, pe peretele posterior al bazei aortei, mai jos de valva aortică, în locul ei de joncțiune cu baza cuspidelor anterioare a valvei mitrale – „subaortic bump”. Frecvența blocadei AV la pacienții cu modificări în aparatul valvular, aorta și cordul au fost semnificativ

mai mari decât printre pacienții fără aceste modificări; totodată, variațiile frecvenței modificărilor aortei și aparatului valvular la bolnavii cu blocada AV au fost semnificativ mai mari decât la cei fără AV-blocuri ($p = 0.0019$), ceea ce demonstrează existența relației dintre tulburarea conductibilității și afectarea aortei și a aparatului valvular în SA.

Concluzie. Patologia cardiacă în SA este caracterizată prin leziuni frecvente ale arcului aortei, ale regiunii joncțiunii aortomitrale, în asociere cu îngroșarea valvelor aortice, mitrale și dereglări de conducere.

PROFILUL RISCULUI CARDIOVASCULAR LA PACIENȚII CU ARTRITĂ PSORIAZICĂ, COMPARATIV CU LOTUL DE REFERINȚĂ: ROLUL INFLAMAȚIEI SISTEMICE

Groppa Liliana, Gonța Ludmila,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. To examine the distribution of traditional and novel risk factors of cardiovascular disease in patients with psoriatic arthritis compared with healthy controls.

Scopul lucrării: examinarea distribuției factorilor de risc tradiționali și ai bolilor cardiovasculare (BCV) la pacienții cu artrită psoriazică (Aps), comparativ cu martorii sănătoși.

Material și metode. Au fost comparați factorii de risc pentru BCV la 102 pacienți cu APs și la 82 persoane sănătoase, pentru ajustarea IMC. A fost evaluat evaluat, de asemenea, rolul inflamației în calitate de factor de risc cardiovascular, prin utilizarea unui model de IMC ajustat și de PCR.

Rezultate. IMC la pacienții cu APs a fost semnificativ mai mare decât la martorii sănătoși. După ajustare, în funcție de IMC, pacienții cu APs au o prevalență mai mare de diabet zaharat (DZ) (OR 11.11, 95% CI 2.67, 39.09) și hipertensiune arterială (OR 3.37, 95% CI 1.68, 6.72), dar o prevalență mai mică de HDL și colesterol (OR 0.16, CI 95% 0,07, 0,41). La bolnavii cu APs au crescut semnificativ valorile tensiunii arteriale sistolice și diastolice, rezistența la insulină și valorile markerilor inflamatori (PCR și numărul leucocitelor), comparativ cu grupul de control. Pacienții cu APs au prezentat niveluri scăzute ale colesterolului HDL, apolipoproteinei (Apo) A1 și colesterolului total (TC), precum și un raport redus TC/HDL. Cu toate acestea, nivelul Apo B ($P < 0,05$) și raportul ApoB/ApoA1 ($P = 0,07$) au fost mai mari la persoanele cu APs.

Concluzie. Aceste date susțin ipoteza că APs poate fi asociată cu obezitatea, hipertensiunea arterială, dislipidemia și rezistența la insulină, deoarece sunt influențate de procesul inflamator autoimun sistemic.

INFLUENȚA TRATAMENTULUI DE FOND COMBINAT ASUPRA STATUSULUI FIZIC AL BOLNAVILOR CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ

Groppa Liliana, Osama Hellis, Vremiș Laura,
Russu Eugeniu, Bujor Oxana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to assess the quality of life of patients with rheumatoid arthritis (RA) in the appointment of a triple combination therapy with methotrexate (MT), leflunomide (LF) and Wobenzym (WFB).*

Scopul lucrării: aprecierea impactului asupra calității vieții al triplei terapii combinate cu metotrexat, leflunomid și wobenzym la bolnavii cu artrită reumatoidă.

Material și metode. Pentru atingerea obiectivelor propuse am creat un lot de 150 de pacienți, cu diagnosticul de AR, stabilit în conformitate cu criteriile de diagnostic ARA (1987). Studiul s-a desfășurat în baza Spitalului Clinic Municipal "Sfânta Treime", mun. Chișinău (USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Medicină Internă nr. 1, FR și SC, secția Reumatologie), în perioada 2005-2010.

Rezultate. *Tratamentul asociat prin tripla terapie:* din 50 de pacienți randomizați cu terapie triplă, au finisat tratamentul definitiv în cadrul studiului 39 de persoane, 14 (35,89%) sunt la tratament continuu. În rezultatul acestui studiu (decembrie 2010, timpul mediu de administrare 2 ani și 8 luni, minim – 6 luni, maxim – 3 ani și 6 luni), la 13 din 14 bolnavi efectul final obținut se menține ferm: 6 bolnavi cu remisiune, 6 – cu ameliorare, un pacient prezintă ameliorare conform criteriilor ACR. Remisiunea timpurie persistentă, obținută medicamentos, s-a evidențiat la un pacient timp de 3,5 ani, la 3 – timp de 3 ani, la un pacient – 2,5 ani, la altul – 1,5 ani. La 5 din 6 pacienți ai acestui lot am determinat un debut timpuriu al AR (în medie boala a persistat 0,69 ani). Încă la 6 pacienți, pe parcurs la 0,5-2 ani de evidență medicală au persistat efectele pozitive obținute, constituind îmbunătățire pentru ACR 50.

Monoterapie cu metotrexat (MP): din 50 de pacienți randomizați la monoterapie cu metotrexat au finisat tratamentul definitiv din cadrul studiului 25 de pacienți, iar 12 sunt la tratament continuu cu aceeași doză (deținem informație la moment doar despre acești 12). În rezultatul studiului (decembrie 2010, timpul mediu de administrare – 10 luni, timpul minim – 3 luni, maxim – 4 ani), la 10 din 12 bolnavi efectul final obținut se menține ferm: un bolnav cu remisiune (timp de 4,5 ani), 4 – cu ameliorare, un pacient prezintă ameliorare conform criteriilor ACR 50 (de la 3 până la 12 luni), iar la 5 bolnavi – ACR 20 de ameliorare. Efectul obținut către sfârșitul studiului, pe fond de monoterapie MT: s-a micșorat activitatea

bolii la doi pacienți (inițial fiind îmbunătățirea stării cu 50%, iar spre sfârșit – cu 20% după criteriile ACR, fiind la evidență timp de 6-12 luni).

Monoterapie cu leflunomid (LF): din 50 de pacienți randomizați la monoterapie cu leflunomid, au finisat tratamentul definitiv din cadrul studiului 21, iar 9 sunt la tratament continuu cu aceeași doză (deținem informație la moment doar despre acești 9 pacienți). În rezultatul actualului studiu (decembrie 2010, timpul mediu de administrare – 14 luni, timpul minim – 3 luni, maxim – 2,8 ani), la 6 din 9 bolnavi efectul final obținut se menține ferm: un bolnav cu remisiune (timp de 2,7 ani) și 5 – cu ameliorare, doi pacienți prezintă ameliorare conform criteriilor ACR 50 (de la 2 până la 14 luni), iar la 3 bolnavi – ACR 20 de ameliorare. Efectul obținut către sfârșitul studiului, pe fond de monoterapie LF: s-a redus activitatea bolii la cinci pacienți (inițial fiind îmbunătățirea stării cu 50%, iar spre sfârșit cu 20% după criteriile ACR, fiind la evidență timp de 6-12 luni).

Concluzie. Administrarea triplei terapii de bază a fost însoțită statistic și clinic de o evidență dinamică pozitivă a tuturor simptomelor AR (durere, redoare matinală, numărul articulațiilor dureroase și tumefiate), la fel și a activității bolii (scorul DAS28), nivelului factorului reumatoid în ser și starea funcțională a bolnavilor (scorul HAQ). La mai mult de jumătate din bolnavi s-a reușit substanțial de a micșora doza de glucocorticosteroizi și/sau a preparatelor AINS, sau au fost anulate aceste preparate. La compararea triplei terapii de bază și monoterapiei cu metotrexat și leflunomid, am determinat diferențe marcate în frecvența ameliorării importante (ACR>50), acest efect s-a urmărit corespunzător la 48,71% din bolnavi ($p=0,0017$). Suportarea triplei terapii de baza a fost în totalitate mult mai îmbucurătoare și s-a deosebit semnificativ de suportarea monoterapiei cu metotrexat sau leflunomidă. Frecvența reacțiilor adverse, care au impus întreruperea tratamentului, a fost neînsemnată la bolnavii ce au primit tripla terapie (8% pacienți), cu o rată semnificativ mai mare în grupul cu monoterapie MT (14%) și LF (16%) ($p=0,031$).

EVOLUȚIA INDICILOR INFLAMAȚIEI ACUTE SUB INFLUENȚA TRIPLEI TERAPII COMBINA- TE CU METOTREXAT, LEFLUNOMID ȘI WO- BENZYM LA BOLNAVII CU ARTRITĂ REUMA- TOIDĂ

Groppa Liliana, Osama Hellis, Vremiș Laura,
Corotaș Valeriu, Russu Eugeniu,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to appreciate evolution of inflammatory markers under administration of triple therapy with a combination of methotrexate*

(MT), leflunomide (LF) and Wobenzym (WFB) in patients with rheumatoid arthritis.

Scopul lucrării: a aprecia evoluția markerilor inflamației acute, sub acțiunea triplei terapii combinate cu metotrexat, leflunomid și wobenzym la bolnavii cu artrită reumatoidă.

Material și metode. În studiu au fost incluși 150 de pacienți cu artrită reumatoidă. În rezultatul randomizării, 50 de pacienți primeau terapia triplă combinată (metotrexat, leflunomidă și wobenzym), 100 de bolnavi – monoterapie, dintre care 50 – metotrexat, alții 50 – leflunomidă. Toate grupurile de pacienți au fost comparabile după toți indicii clinici și demografici.

Rezultate. O îmbunătățire semnificativă conform criteriilor Asociației Americane de Reumatologie (ACR>50) la sfârșitul studiului a fost observată la majoritatea pacienților care au primit metotrexat (MT), leflunomid (LF) și wobenzym. Acest lucru este confirmat statistic și clinic prin dinamica pozitivă semnificativă aproape a tuturor indicatorilor eficacității (durere, redoare, numărul articulațiilor dureroase și tumefiate, activitatea AR, valoarea VSH, indicele funcțional HAQ). În plus, utilizarea triplei terapii a scăzut doza medie zilnică de glucocorticosteroizi utilizați simultan (de la 5,0 până la 2,5 mg) și la 76% pacienți a anulat medicamentele antiinflamatorii nonsteroidiene. În comparație cu tripla terapie de bază, în monoterapia cu MT și LF nu au fost stabilite diferențe semnificative în frecvența unei îmbunătățiri substanțiale (ACR>50), fiind mai rezervată în comparație cu tripla terapie. Acest efect clinic după 24 de luni de tratament a fost observat la aproximativ 40,7% pacienți tratați cu monoterapie cu MT și LF ($p=0,174$). Cu toate acestea, a fost stabilită importanța avantajului triplei terapii de fond, stabilizate de un efect clinic semnificativ (ACR>50). Acest efect a persistat timp de cel puțin 15 luni la 33,3% pacienți tratați cu tripla terapie, și numai la 7,4% pacienți tratați cu monoterapie cu MT și LF ($p=0,039$). Rezultatul dat se referă la pacienții selectați pe principiul „intent-to-treat”, adică în timpul analizei principale de eficacitate. O diferență semnificativă ($p=0,061$) în favoarea triplei terapii a fost, de asemenea, obținută în timpul analizei suplimentare a eficacității la pacienții selectați după principiul „per protocol”.

Concluzii. Administrarea triplei terapii de bază a fost însoțită statistic și clinic de o evidentă dinamică pozitivă a tuturor simptomelor AR (durere, redoare matinală, numărul articulațiilor dureroase și tumefiate), la fel și a activității bolii (scorul DAS 28), nivelului factorului reumatoid în ser și stării funcționale a bolnavilor (scorul HAQ). La mai mult de jumătate din bolnavi s-a reușit de a micșora substanțial doza de glucocorticosteroizi și/sau a preparatelor AINS, sau au fost anulate aceste preparate.

SEMNE CLINICE ÎN DEBUTUL SPONDILOARTRITEI ANCHILOZANTE LA FEMEI ȘI AFECTAREA CALITĂȚII VIEȚII LOR

Groppa Liliana, Sârbu Oxana, Russu Eugeniu,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Primary clinical signs at the early spondylitis and impaired quality of life.*

Spondiloartrita anchilozantă (SA) în ultimii ani este studiată foarte intens nu doar datorită faptului că este o problemă medico-socială, dar și datorită posibilităților noi de diagnostic al bolii.

Scopul lucrării: depistarea semnelor clinice primare în debutul spondiloartritei anchilozante și afectarea calității vieții în SA precoce.

Materiale și metode. Au fost investigați 60 de pacienți (30 femei și 30 bărbați) cu diagnosticul stabilit de spondiloartrită anchilozantă (conform criteriilor New York, modificate de Van der Linden), cu vârsta între 18 și 60 de ani, durata bolii – 5-10 ani. Am efectuat radiografia articulațiilor sacroiliace și a coloanei vertebrale, a fost evaluat indicele BASFI.

Rezultate. Vârsta pacienților în debutul SA a fost aproximativ aceeași, cu o ușoară diferență, media de vârstă alcătuită la femei $24,8 \pm 0,29$ ani, iar la bărbați – $22,3 \pm 0,75$ ani. Stabilirea diagnosticului la debut a alcătuit $5,4 \pm 0,61$ ani la femei și $2,9 \pm 0,31$ ani la bărbați. Afectarea regiunii cervicale a coloanei vertebrale în debut a alcătuit la femei 40% (12 paciente), cu o prevalență la cele cu o vârstă de debut mai mică, comparativ cu 26,6% (8 pacienți) la bărbați. Afectarea porțiunii vertebrale lombare în debut a alcătuit 30%. Afectarea periferică la femei, ca simptom inițial, se întâlnea doar în 17% cazuri ($p<0,05$), comparativ cu bărbații – 23%. Afectarea articulațiilor coxofemorale în debutul bolii la femei a fost de 2,9% ($p<0,05$), comparativ cu bărbații – 8,6%. Sacroileita st. Rg II în debut s-a înregistrat în 48% femei, comparativ cu 34% la bărbați. Uveita anterioară a fost prezentă în 10% cazuri cu o frecvență egală la femei și la bărbați. Afectarea mobilității coloanei vertebrale la femei – în 37% ($p<0,05$) cazuri, comparativ cu 46% la bărbați. Artritele au fost depistate la 20% femei și la 5,6% bărbați ($p<0,01$). Indicele BASFI a alcătuit la femei $56,5 \pm 2,1$, iar la bărbați – $69,5 \pm 1,9$.

Concluzii. Conform rezultatelor studiului nostru, există anumite particularități în semnele inițiale de manifestare a SA la femei. Din toate regiunile coloanei vertebrale, la debut mai frecvent la femei este afectată regiunea cervicală – 40% (12 femei), în special la cele cu o vârstă de debut mai mică, comparativ cu 26,6% (8) bărbați. La fel, este frecventă afectarea regiunii lombare a coloanei vertebrale,

practic 30% din paciente acuzând în debut o durere surdă în regiunile lombară și sacrală ale coloanei vertebrale. Afectarea periferică la femei, ca simptom inițial, se întâlnește doar în 17% cazuri ($p < 0,05$) comparativ cu bărbații – 23%. Afectarea articulațiilor coxofemorale în debutul bolii nu a fost caracteristică pentru femei – 2,9% ($p < 0,05$), ci mai mult pentru bărbați (8,6%). Comparativ cu bărbații, la femei este mai bună calitatea vieții, fapt confirmat prin indicele BASFI. Afectările extraarticulare la etapele inițiale ale bolii au fost mai rare atât la femei, cât și la bărbați, manifestându-se în special prin uveita anterioară în 10% cazuri, cu o frecvență egală la ambele sexe. La femei SA debutează aproximativ la aceeași vârstă, dar totuși puțin mai târziu, comparativ cu bărbații, cu o diferență de vârstă de aproximativ 2,5 ani.

IMPORTANȚA ANTIGENULUI HLA-B27 ÎN AFECȚIUNILE OCULARE ÎN SPONDILOARTRITA ANCHILOZANTĂ LA FEMEI

Groppa Liliana, Sârbu Oxana,
Șoric Gabriela, Bujor Oxana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease of unknown etiology involving the sacroiliac joints and the axial skeleton, frequently being associated with significant extraskelatal features. Ocular disease, pulmonary involvement, cardiac involvement, manifestations are the main extraskelatal manifestations that occur in patients with AS. The diversity of extraskelatal manifestations imposes a comprehensive approach to an AS patient.*

Spondilita anchilozantă (SA) este o afecțiune cronică inflamatorie, de etiologie nu prea bine cunoscută, care afectează preponderent articulațiile sacroiliace și scheletul axial, fiind asociată cu manifestări extrascheletice. Afectarea oculară, pulmonară, cardiacă constituie principalele manifestări extraarticulare, ce pot apărea în contextul clinico-patogenic al pacienților cu SA. Diversitatea manifestărilor extraarticulare ale SA impune o abordare complexă a demersului diagnostic și terapeutic, cu atât mai mult cu cât acest tip de manifestări implică un risc vital și un prognostic nefast.

Scopul lucrării: aprecierea predicției antigenului HLA-B27 în afecțiunile oculare în spondiloartrita anchilozantă la femei.

Materiale și metode. Au fost investigați 60 de pacienți (30 femei și 30 bărbați) cu diagnosticul de spondiloartrita anchilozantă (conform criteriilor New York, modificate de Van der Linden), cu vârsta între 18 și 60 de ani și durata bolii de 5-10 ani. A fost determinat antigenul HLA-B27 și apreciată afectarea oculară.

Rezultate. Pacienții au fost comparabili după vârsta medie la debutul maladiei ($p > 0,05$), iar durata medie a bolii a prezentat valori statistice semnificativ crescute în grupul pacienților cu afectare oculară ($156,7 \pm 29,37$ luni; $p < 0,01$). Așadar, este cert că evoluția îndelungată a bolii crește riscul afectării oculare. Prin evaluarea anamnezei ereditare au fost obținute date comparative privind anamnestical ereditate necunoscut – 48% pentru cei cu afectare oculară și 45% pentru cei fără afectare oculară. Analizând factorii declanșatori cu pondere sporită în loturile de studiu, am relevat factorul genetic – antigenul HLA-B27 prezent la 100% pacienți cu manifestări oculare în cadrul SA și 65% la cei fără afectări oculare ($p < 0,001$).

Concluzie. Importanța antigenului HLA-B27 în calitate de factor predictiv al afectării oculare este extrem de mare, acesta contribuind la stabilirea prognosticului la pacientele cu SA în debut, pentru alegerea corectă a tacticii de tratament și a conduitei ulterioare.

CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR CU SPONDILOARTRITĂ ANCHILOZANTĂ CU DEREGLĂRI OCULARE

Groppa Liliana, Șoric Gabriela,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Interrelation between disease severity index with the quality of life of patients with spondiloartrita spondylitis (AS) that involve alterations eye.*

Scopul lucrării: a determina interrelația indicilor severității maladiei cu calitatea vieții pacienților cu spondiloartrita anchilozantă (SA) ce implică alterări oculare.

Material și metode. În studiul clinic au fost incluși 72 de pacienți cu diagnosticul cert de spondiloartrita anchilozantă conform criteriilor Amor și New York, modificate în 1984. Pacienții au fost selectați în SCM „Sfânta Treime”, la Catedra „Medicină Internă”, FR și SC nr. 1, secția „Reumatologie” în perioada 2007-2009. Lotul de studiu (1A) a fost format din 52 de pacienți cu afectare oculară în cadrul SA, lotul de control (1B) – 20 de bolnavi cu diagnosticul de spondilită anchilozantă fără afectare oculară. Pacienții incluși în studiu au fost supuși cercetărilor clinice privind sindromul articular și cel extraarticular, care au inclus: numărul articulațiilor tumefiate; numărul articulațiilor dureroase; evaluarea severității bolii – indicii BASDAI, BASFI și BASRI; examenul oftalmologic. Au fost efectuate cercetări paraclinice: teste biologice – hemoglobina, VSH, PCR, Ag HLA-B27; examen radiologic al articulațiilor

afectate; examen funcțional USG, ECHOCG, ECG, spirometria. Calitatea vieții a fost evaluată conform chestionarului „SF-36”. Datele obținute au fost supuse analizei statistice.

Rezultate. Conform datelor obținute radiologic a fost apreciată severitatea bolii, folosind scorul BASRI, care a fost mai pronunțat în grupul 1A de studiu – $8,96 \pm 2,14$, comparativ cu $7,4 \pm 1,39$ la pacienții din grupul 1B, cu diferență statistic concludentă ($p < 0,01$). Un alt indice al severității spondilitei anchilozante este dizabilitatea funcțională, evaluată prin calcularea indexului BASFI. Calcularea acestui indice nu a relevat diferențe statistic semnificative între grupurile de studiu ($p > 0,05$), dar am observat predominarea unui scor mai înalt la pacienții cu SA cu manifestări oculare (BASFI – $6,87 \pm 2,27/6,15 \pm 2,02$; $p > 0,05$). Un alt factor care determină severitatea SA este activitatea maladiei. Activitatea SA a fost evaluată calculând indicii BASDAI și a fost completat prin aprecierea markerilor de fază acută – PCR, VSH, SVA și redoarea matinală. Deși diferențe statistice ale valorilor medii ale indicilor BASFI și BASDAI între grupuri nu au fost stabilite, totuși, la pacienții cu SA și manifestări oculare am observat valori medii mai înalte ale acestor indici ($p > 0,05$). Prezintă interes valorile medii ale VSH – $28,07 \pm 4,46/21,95 \pm 3,14$ ($p < 0,05$), PCR – $1,69 \pm 1,1/1,08 \pm 0,63$ ($p < 0,05$), SVA – $7,32 \pm 1,51/6,55 \pm 1,23$ ($p < 0,05$) și ale redorii matinală – $40,32 \pm 13,36/28,75 \pm 6,34$ ($p < 0,05$), care demonstrează o activitate înaltă a spondilitei anchilozante la pacienții cu afectări oculare.

Concluzii. În baza interrelației unor indici clinici și paraclinici cu calitatea vieții pacienților, am supus analizei corelaționale Pearson parametrului: vârsta, durerea (SVA), redoarea matinală, indicii BASFI, BASDAI, BASRI și indicii articular SA, pentru a evidenția influența acestora asupra calității vieții, atestate prin „SF-36”. Astfel, valoarea dizabilității funcționale „SF-36” a evidențiat o corelare indirectă medie cu vârsta $r = -0,321$, durerea $r = -0,488$, redoarea matinală $r = -0,379$, indicele BASDAI $r = -0,566$, indicele BASRI $r = -0,438$, indicele articular SA $r = -0,611$ și o corelare indirectă puternică cu indicele BASFI $r = -0,714$. Folosind analiza de regresie multiplă, am determinat că din toți indicii studiați cea mai mare influență asupra dizabilității funcționale, determinate prin „SF-36”, o au indicii: BASFI și MASES, cu un coeficient de determinare $R^2 = 0,581$. O corelare directă medie a fost stabilită între calitatea vieții FF cu vârsta de $r = 0,517$, durerea – $r = 0,439$, redoarea matinală – $r = 0,623$, indicele BASRI – $r = 0,624$ și o corelare directă puternică cu indicele BASFI – $r = 0,782$, indicele BASDAI – $r = 0,723$ și indicele articular SA – $r = 0,762$.

AFECTIUNILE OSTEOARTICULARE ÎN MIELOMUL MULTIPLU (caz clinic)

Migaevschi Aurelia¹, Groppa Liliana², Agachi Svetlana²,
¹Spitalul Clinic Republican, ²USMF „Nicolae Testemițanu”,
 Chișinău, Republica Moldova

Actualitate. Mielomul multiplu (MM) face parte din grupul gamapatiilor monoclonale și este o boală determinată de proliferarea malignă a plasmocitului (celulei B) din aceeași celulă neoplazică (clonă) și producerea anormală de imunoglobuline formate dintr-un singur tip de lanțuri ușoare, denumite *monoclonale*. Reprezintă 10% din neoplaziile hematologice. Incidența crește exponențial cu vârsta (65-69 de ani) și se estimează la 4-5 cazuri la 100.000 mii de persoane pe an.

Caz clinic. Pacientul X în vârstă de 67 de ani, din mediul rural, s-a adresat în noiembrie 2007 cu dureri în segmentul lombar, cu iradieri în membrele inferioare, predominant în cel drept, de intensitate medie, de asemenea dureri în umeri, însoțite de parestezii,acompaniate de o stare generală alterată (astenție, cefalee moderată frecventă). Examinările de rutină, în vederea stabilirii diagnosticului, au evidențiat o anemie moderată (Hb = 94 g/l), VSH – 25 mm/h și proteina C reactivă (PCR) – 12 mmol/l. Radiografia și RMN ale porțiunii lombare au arătat osteoporoză difuză și tasări vertebrale L3-L5, hernie de disc L4-L5 0,2 cm. Bolnavul cu diagnosticul *lumbosciatică pe dreapta, spondilopatie degenerativă lombară* a fost tratat ambulatoriu cu analgezice, antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), miorelaxante, condroprotectoare, cu recomandări de tratament balneosanatorial în continuare. Pacientul a revenit în iulie 2009 cu osalgii generalizate, cu predilecție în porțiunea lombară, în cutia toracică pe traseul costal, în gambe; dureri în articulațiile genunchilor, umerilor, radiocarpale; cefalee, subfebrilitate în ultimele 3 luni. A fost internat în SCM „Sfânta Treime”. Examenul obiectiv a evidențiat o paloare a tegumentelor, edem indurativ la falangele mâinilor, plantelor, osalgii generalizate la digitopresiune, matitate la percuție și murmur vezicular, înăsprit cu raluri crepitante pe dreapta. Analizele biologice au indicat o anemie (82 g/l), leucopenie ($3,0 \times 10^9/l$), VSH – 60 mm/h, proteina totală în ser – 118 g/l, hiperuricemie – 750 mmol/l, hipercalcemie – 2,85 mmol/l, creatinina – 143 mmol/l, valori crescute ale PCR – 24 un/ml. La radiografia regiunii lombare, a bazinului s-au evidențiat multiple zone de osteoliză, imprecis delimitate, cu dimensiuni variate (0,9-1,6 cm). Radiografia pulmonilor a depistat o pneumonie în lobul mediu drept. Renograma cu izotopi prezenta o diminuare moderată a excreției bilateral. Electroforeza proteinelor serice a evidențiat o hipergamaglobulinemie, tipul imunoglobulinei G

anormale. Osteodensitometria DEXA indica osteopenie generalizată.

Diagnosticul clinic: mielom multiplu, tip imunoglobulina G secretor, stadiul II. Pneumonie comunitară în lobul mediu pe dreapta. A fost inițiată terapia cu antibiotice în asociere dublă, perfuzii cu ser fiziologic și glucoză, analgezice, uricozurice, diuretice, bifosfonați (alendronat), AINS, preparate de Ca, completată ulterior cu terapie citostatică (vincristină, ciclofosamidă, prednisolon) sub evidența hematologului. Terapia s-a soldat cu ameliorarea stării generale și reducerea durerilor osoase, normalizarea probelor renale, corectarea anemiei, tratarea pneumoniei.

Concluzii. Durerea osoasă reprezintă cea mai frecventă manifestare clinică, prezentă la majoritatea pacienților în momentul adresării după ajutor medical. Durerile osoase, ca și în cazul prezentat mai sus, adesea pot fi considerate de origine inflamatorie, degenerativă, astfel încât diagnosticul poate fi întârziat. În cazul unei suspiciuni de mielom multiplu, se impune efectuarea unei cercetări clinico-biologice complete, care să asigure diagnosticarea bolii, cu eliminarea altor stări patologice, ce pot avea manifestări similare.

ALFLUTOP GEL ÎN TERAPIA COMPLEXĂ A GONARTROZEI

Moșneaga Marigula, Moșneaga-Zoltur Ala,
Centrul Sănătății Familiei „Galaxia”

Summary. *Osteoarthritis (OA) takes the first place in rheumatology (80% of all joint pathology and more than 50% of all rheumatic diseases). The main disorders of metabolic processes in degenerative joint diseases are related to injuries and cartilage metabolism declining primary human tissue.*

Actualitate. Osteoartroza (OA) ocupă locul I în reumatologie (80% din toată patologia articulară și mai mult de 50% din toate bolile reumatismale). Principalele dereglări ale proceselor metabolice în maladiile degenerative articulare sunt legate de leziunile metabolismului cartilajului și de scăderea nivelului polisaharidului principal al țesutului uman – a condroitinsulfatului. Aceasta duce la pierderea capacității mecanice a cartilajului: elasticitatea, duritatea, rezistența se reduc și degradează. În funcție de stadiul bolii, are loc o pierdere progresivă a glucozaminglicanilor (și a condroitinsulfatului), care este principalul component al proteoglicanilor. Programul terapeutic în OA, reieșind din ultimele date ale patogenezei maladiei, constă în restabilirea și menținerea echilibrului metabolic în cartilajul arti-

cular. Tratamentul trebuie să fie complex. Medicația, care coincide maximal cu conceptul contemporan în OA, include:

1. Terapia de „bază”, principală, îndreptată spre prevenirea progresării degenerării țesutului cartilajinos, stabilizarea procesului, stimularea proceselor regenerative în cartilaj (structar modifying drugs).
2. Reducerea sindromului algic și corijarea sinovitei reactive (symptoms modifying drug).
3. Îmbunătățirea funcției articulației.
4. Tratamentul chirurgical.

Scopul lucrării: studierea eficacității alflutop gel în terapia complexă a gonartrozei.

Material și metode. Au fost examinați 35 de bolnavi cu gonartroză. Diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Colegiului Reumatologic American. Bolnavii au fost divizați în 2 grupuri: I lot – 18 pacienți supuși terapiei complexe (antiinflamatorii nesteroidiene, condroprotectori, sol. dimexidi 50%, fizioterapie și gimnastică curativă), au folosit Aflutop gel. II lot – 17 pacienți tratați cu preparate antiinflamatorii nesteroidiene, condroprotectori, sol. dimexidi 50%, fizioterapie și gimnastică curativă. Ambele loturi erau comparabile după severitatea și evoluția bolii (gravitatea maladiei era minimă sau medie, cu stadiul radiologic I-II), după sex și vârstă. Pentru caracterizarea activității generale a bolii a fost folosit sistemul de puncte (de la 1 la 5). Nivelul durerii a fost determinat după scara vizual-analogică (VAS). Eficacitatea tratamentului a fost estimată de pacient și de medic cu determinativele: *fără efect, ameliorare, îmbunătățire evidentă.*

Rezultate. Activitatea bolii până la tratament a fost în I grup de 3,4 puncte, în al II-lea grup – 3,1 puncte. Nivelul durerii în articulațiile genunchilor în repaos în I lot – 4,8 cm; II lot – 4,5 cm. Durerea la palpate – 4,7 și 4,5 în cele 2 loturi. După tratament activitatea bolii în I grup a scăzut până la 2,0 puncte, în al II-lea – 2,4 puncte. În I lot durerile în genunchi în repaos s-au diminuat până la 2,2, în lotul II – 2,8; durerile la palpate – 1,8 și 2,0, respectiv. Eficacitatea tratamentului conform opiniei pacienților: din I lot: fără efect – 15%, cu ameliorare – 33%, îmbunătățire evidentă – 52%; II lot – fără efect – 30 %, cu ameliorare – 70%. Putem afirma că efectele clinice ale Aflutop gel s-au evidențiat prin: reducerea durerilor în articulațiile genunchilor în repaos și la palpate, creșterea volumului de mișcări și îmbunătățirea funcției articulațiilor afectate.

Concluzie. Aflutop gel în terapia complexă a gonartrozei micșorează durerea și inflamația în articulații, sporește funcția lor, îmbunătățește calitatea vieții.

TERAPIA OSTEOARTROZEI DEFORMANTE CU ZINAXIN (supraveghere 6 luni)

Mosneaga Marigula, Mosneaga-Zoltur Ala,
Centrul Sănătății Familiei „Galaxia”

Summary. *In this study the efficacy of Zinaxin („Fereosan”, Denmark) in patients with gonarthrosis is analyzed. There was remarked a positive clinical effect, improvement of the laboratory tests and ultrasound signs. A positive antiinflammatory effect with diminished synovitis during treatment with Zinaxin was observed on ultrasound monitoring.*

Actualitate. Conform recomandărilor Ligii Anti-reumatice Europene (2003, 2004), sarcinile principale ale terapiei în osteoartroză sunt: micșorarea simptomelor clinice ale bolii, îmbunătățirea activității funcționale, stoparea progresării maladiei, îmbunătățirea calității vieții. Dintre preparatele vegetale cu acțiune antiartrozică putem numi extractul din rădăcina de ghimber („Zingiber officinale”). Este dovedită activitatea analgezică, antiinflamatoare, antipiretică anti-tusivă și hipotensivă a componentelor ce se conțin în rădăcina de ghimber, 6 – gingersol și 6 – shogool (Suekawa M. et al., 1984). Experimentările in vitro ne arată că aceste componente active au efecte de suprimare a metabolismului acidului arahidonic pe căile ciclooxigenazice și lipooxigenazice (Backon J., 1986; Srivastova K.C. et al., 1992). Multiple studii clinice demonstrează eficacitatea extractului de ghimber la bolnavii cu OA (Alman R.D., Marcussen K.C., 2001; Wingier I. et al., 2003; Kovalenko V.N. et al., 2005).

Scopul lucrării: studierea eficacității preparatului zinaxin („Fereosan”, Danemarca) la pacienții cu OA primară, cu afectarea predominantă a articulațiilor genunchilor.

Material și metode. În studiu au fost incluși 65 de bolnavi cu gonartroză în stadiile radiologice II-III după Kellgren și Lawrence, în vârstă de 50-70 de ani. Lotul de bază (LB) – 35 pacienți – 3 luni au folosit Zinaxin 1 p x 2 ori în zi, în terapia complexă a gonartrozei. Lotul de control (LC) era prezentat de 30 de bolnavi comparabili după vârstă, sex și datele clinice cu LB. LC a primit melox 15 mg/zi 14 zile, apoi melox 7,5 mg/zi după necesitate. Toți pacienții au fost examinați clinic conform protocolului standard articular, care includea indicele Leguesne pentru gonartroze, volumul mișcărilor în articulațiile genunchilor, determinarea sindromului algic, volumului de mișcări și activității diurne după scara WOMAC. Examenele de laborator au cuprins următoarele investigații: analiza generală a sângelui, creatinina, transaminazele (ALAT, ASAT), proteina C reactivă (PCR). Toți pacienții au fost supuși examenului ultrasonografic al genunchilor la aparatul „Logiten”, SUA.

Rezultate. La pacienții din ambele loturi se observă o dinamică pozitivă în indicii studiați. La analiza sindromului algic și a stării funcționale a pacienților din LB după scara WOMAC, la 3 luni de tratament, expresia durerii în repaus s-a micșorat de 1,82 ori, la 44% din pacienți durerile au dispărut complet. În LC o dinamică statistic veridică a indicilor WOMAC la 3 luni de tratament nu a fost observată. Eficacitatea tratamentului determinată de bolnav și de medic, în principiu, nu a fost diferită. Trebuie de subliniat că o dinamică pozitivă a simptomelor clinice ale OA s-a observat spre sfârșitul primei luni, și mai mult s-a îmbunătățit la 3 luni de tratament cu zinaxin. Toleranța la zinaxin a fost bună la 80,5% din bolnavi, la 7,5% – satisfăcătoare. La 3 pacienți au avut loc unele reacții adverse – diaree ușoară, gastralgii. Trebuie de subliniat că majoritatea pacienților au avut patologii concomitente: hipertensiune arterială, cardiopatia ischemică, insuficiență cardiacă cronică gr. I. Pe toată perioada de tratament nu s-a constatat exacerbarea bolii. Peste 6 luni după inițierea terapiei cu zinaxin, 53% din bolnavi au remarcat stare generală bună, 32% – satisfăcătoare și 15% au menționat reparația simptomatologiei.

Concluzii. Preparatul zinaxin („Fereosan”, Danemarca) efectiv micșorează simptomele clinice principale ale OA. Ameliorarea simptomatologiei clinice, de laborator și ultrasonografice se observă la sfârșitul primei luni de tratament și se normalizează la 3 luni de terapie. Capsulele de zinaxin pot fi recomandate pacienților cu OA și boli concomitente cardiovasculare. Preparatul zinaxin poate fi recomandat în terapia complexă a OA.

ANALIZA ASPECTELOR EFICACITĂȚII TRIPLEI TERAPII COMBinate CU METOTREXAT, LE- FLUNOMID ȘI WOBENZYM LA BOLNAVII CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ

Osama Hellis,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to assess the efficacy and tolerability of triple therapy with a combination of methotrexate (MT), leflunomide (LF) and Wobenzym (WFB) in patients with rheumatoid arthritis.*

Scopul lucrării: a evalua eficiența și tolerabilitatea triplei terapii combinate cu metotrexat, leflunomid și wobenzym la bolnavii cu artrită reumatoidă.

Material și metode. În studiu au fost incluși 150 de pacienți cu artrită reumatoidă. În rezultatul randomizării, 50 de pacienți primeau terapia tripla combinată (metotrexat, leflunomidă și wobenzym),

100 de bolnavi – monoterapie, dintre care 50 cu metotrexat, alții 50 cu leflunomidă. Ca urmare, toate grupurile de pacienți au fost comparabile după toți indicii clinici și demografici.

Rezultate. *Aprecierea eficacității triplei terapii.* Spre sfârșitul studiului prezent efectul clinic (ACR>50) a fost evident la 28 din 48 (la 58,33%) de pacienți, cărora li s-a administrat tripla terapie și au fost incluși în contingent după principiul „intent-to-treat”. Persistența acestui efect, pe parcursul de la 9 până la 24 de luni de studiu (lipsa reacțiilor adverse, care ar necesita corecția tratamentului), a fost urmărită la 22 pacienți din 28 (la 78,57%). La acești 22 ameliorarea relativă (ACR>50) a fost evidentă la fiecare vizită, pe parcursul ultimelor 15 luni din cadrul studiului (9-24 luni). La ceilalți 6 pacienți (21,42%), efectul după criteriile ACR nu a fost constant în cele 9-24 luni de studiu. Astfel, printre cei 48 de bolnavi supuși triplei terapii și incluși în contingentul „intent-to-treat”, criteriul de bază al eficacității în acest studiu a fost atins la 22 (45,83%).

Aprecierea eficacității monoterapiei cu MT. Spre sfârșitul studiului efectul clinic veridic (ACR>50) a fost marcat la 19 din 47 (40,42%) de pacienți care au primit monoterapie cu MT și au fost incluși în contingent după principiul „intent-to-treat”. Printre bolnavii la care s-a atins efectul clinic veridic (ACR>50), stabilitatea acestuia pe parcursul ultimelor 15 luni (de la a 9-a la a 24-a) de cercetare (în lipsa fenomenelor nedorite, care să necesite corecția tratamentului) s-a urmărit la 4 din 19 (la 21,05%). La acești 4 pacienți 50% o ameliorare după ACR a fost înregistrată în timpul fiecărei vizite. Astfel, criteriul de bază al eficacității în acest studiu a fost atins, la 4 din 47 (la 8,51%) de pacienți, cărora li s-a administrat monoterapia cu MT și au fost incluși în contingent după principiul „intent-to-treat”.

Aprecierea eficacității monoterapiei cu LF. Spre sfârșitul studiului, efectul clinic veridic (ACR>50) a fost marcat la 25 din 49 (51%) de pacienți supuși monoterapiei cu LF și incluși în contingent după principiul „intent-to-treat”. Printre cei la care s-a atins efectul clinic veridic (ACR>50), stabilitatea acestui efect pe parcursul ultimelor 15 luni (de la a 9-a la a 24-a) de studiu (în lipsa fenomenelor nedorite, care ar fi necesitat corecția tratamentului) s-a urmărit la 9 din 25 (la 36%) pacienți. La acești 9 50% am determinat ameliorare după ACR la fiecare vizită. Astfel, criteriul de bază al eficacității în acest studiu a fost atins la 9 din 49 (la 18,36%) de pacienți supuși monoterapiei cu LF și incluși în contingent după principiul „intent-to-treat”.

Concluzii. După datele studiului randomizat cu durata de 24 de luni, tripla terapie de baza (admini-

strarea concomitentă a metotrexatului, leflunomidei și wobenzymului) a fost destul de eficientă la bolnavii cu AR de activitate înaltă. O ameliorare însemnată după criteriile Colegiului American al Reumatologilor (ACR>50) a fost obținută la 31 din 39 de bolnavi (79,48%), inclusiv la 9 dintre ei (23,07%) s-a dezvoltat remisiune clinică. Administrarea triplei terapii de baza s-a caracterizat printr-o însemnată stabilitate a efectului clinic ACR>50. El s-a menținut pe perioada a nu mai puțin de 15 luni de cercetare la 28 (90,32%) din bolnavii ce au primit acest tratament, doar la 3 din 11 (27,27%) bolnavi care au primit monoterapie cu metotrexat și la 8 din 10 (80%) care au administrat LF ($p=0.039$). Evidența însănătoșire (ACR>50) și remisiunea clinică stabilă s-au păstrat la toți cei 28 de pacienți, la care tripla terapie de bază a fost prelungită după încheierea cercetării.

POSSIBILITATEA OBTINERII REMISIUNII CLINICE PRIN ADMINISTRAREA TRIPLEI TERAPII CU METOTREXAT, LEFLUNOMID ȘI WOBENZYM LA PACIENȚII CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ

Osama Hellis,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to assess the possibility to obtain clinical remission under the triple therapy with a combination of methotrexate (MT), leflunomide (LF) and Wobenzym (WFB) in patients with rheumatoid arthritis.*

Scopul lucrării: a evalua posibilitatea obținerii remisiunii clinice la administrarea triplei terapii combinate cu metotrexat, leflunomid și wobenzym la bolnavii cu artrită reumatoidă.

Material și metode. În studiu au fost incluși 150 de pacienți cu artrită reumatoidă. În rezultatul randomizării, 50 dintre ei primeau terapia triplă combinată (metotrexat, leflunomidă și wobenzym), 100 de pacienți – monoterapie, din care 50 cu metotrexat, alții 50 cu leflunomidă. Ca rezultat, toate grupurile de pacienți au fost comparabile după toți indicii clinici și demografici.

Rezultate. Remisiunea clinică (DAS<1,6) la 24 de luni de studiu a fost observată la pacienți care au primit tratament triplu mai frecvent (la 22,2%) decât la cei care au primit doar MT (7,4%) sau LF (10,2%), fiind semnificativă statistic ($p=0,025$). Criteriile mai „stricte” pentru remisiune clinică (ARA,1981) sunt, de asemenea, în concordanță cu un număr mare de pacienți care primesc terapie triplă (18,5%) decât numărul celor cu MT și LF în monoterapie (7,4%), iar diferențele și aici au fost semnificative ($p=0,002$).

Rezultatele acestor comparații statistice ar putea fi afectate de faptul că studiul nostru a inclus relativ puțini pacienți. Această limitare a fost din cauza dificultăților la selectarea pacienților, deoarece una dintre condițiile principale pentru includerea în studiu a fost absența în trecut a folosirii adecvate a medicamentelor de bază, utilizate în această cercetare, ceea ce se întâmplă rar în practică. La compararea dinamicii individuale a diferențelor de eficacitate dintre grupuri diferențe nu au fost găsite. S-a observat doar o tendință spre efect pozitiv mai mare a triplei terapii în ceea ce privește numărul de articulații tumefiate ($p=0,053$; U-test Mann-Uitni) și scorul DAS 28 ($p=0,060$; U-test Mann-Uitni).

Concluzii. După datele studiului, prin tripla terapie de bază (administrarea concomitentă a metotrexatului, leflunomidei și wobenzimului) se obține o înaltă eficacitate la bolnavii cu AR de activitate înaltă, inducând remisiune clinică la 9 bolnavi (23,07%)

CORELAȚII ETIOLOGICE ÎN VASCULITA CRIOGLOBULINEMICĂ

Pascari-Negrescu Ala, Groppa Liliana, Rotaru Larisa,
Chiaburu Lealea, Bujor Oxana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The certified cause of cryoglobulinemia vasculitis (CV) is chronic HCV infection, yet it is not unique and other possible etiologies remain less understood.*

Actualitate. Cea mai certificată cauză a vasculitei crioglobulinemice (VC) este infecția cronică HCV, totuși ea nu este unica, iar alte eventuale etiologii rămân mai puțin elucidate.

Scopul lucrării. În studiul de față ne-am propus să urmărim cele mai frecvente premise etiologice la pacienții cu VC.

Material și metode. Au fost luați în studiu 80 de pacienți cu VC (56 femei și 24 bărbați), cu limitele de vârstă cuprinse între 17 și 55 de ani. Investigațiile efectuate: determinarea crioglobulinelor mixte, hemoleucograma, bilirubina, ALAT, ASAT, PCR, ASL-O, FR, de asemenea markerii HBV, HCV, HCD: HBsAg, antiHBsAg, antiHBcor sumar, HBeAg, antiHCV, antiHDV, ADN HBV, ARN HCV (calitativ).

Rezultate. Din 80 de pacienți cu VC, 49 (61,25%) au fost depistați HCV pozitivi, cu replicare activă a virusului. Dintre ei 3 persoane aveau ciroză hepatică, iar vasculita a avut o evoluție mai îndelungată, recidivantă. La alți 15 (18,75%) bolnavi au fost pozitivi markerii HBV, dar nu a fost observată o corelație obligatorie a severității vasculitei cu fazele replicative ale virusului sau cu intensitatea citolizei: HBeAg

a fost depistat la 6 persoane, ADN HBV pozitiv – la 9, la 5 a fost pozitiv numai antiHBcor sumar, iar la 4 – HBsAg + anti HBcor sum. Infecție asociată au avut alte 4 persoane: 2 – HBV+HDV și 2 – HCV + HBV, dar manifestările clinice ale VC nu au fost mai severe decât în monoinfecții. Din ceilalți 12 bolnavi care nu au fost depistați cu infecție virală hepatotropă, 6 (7,5%) persoane au avut titru crescut al ASL-O (1:250 – 1:1200) și focare de infecție cronică orofaringeană. La acești bolnavi au fost observate unele particularități clinice ale VC: la toți a fost prezent sindromul Raynaud, frecvent cu acrodermatită, subfebrilitate, artralgiile fugace, 2 cazuri de artrită, iar erupțiile cutanate au fost mai puțin extinse, fără ulcerări. În rândul pacienților cu infecții hepatotrope (15 p.) a fost de asemenea depistat un titru crescut al ASL-O, la majoritatea din ei era prezent sindromul Raynaud (14 p.) și acrodermatita (5 p.). 3 pacienți cu VC sufereau de artrită reumatoidă, 2 din ei aveau semne clinice de sindrom Sjogren, iar 1 suferea și de hepatită cronică HCV. La 6 persoane a fost stabilit diagnosticul de VC primară, nedescoperindu-se careva potențiali factori etiologici, iar evoluția bolii a fost ceva mai severă, cu erupții mai extinse și ulcerări.

Concluzii. În majoritatea cazurilor (64, 80%) VC este secundară infecțiilor hepatice cronice – HCV, HBV. VC la pacienții cu HBV a fost remarcată mai frecvent decât în relațiile din literatură (18,75%), iar expresia ei clinică nu a avut corelație directă cu replicarea virusului și cu nivelul crioglobulinemiei. În 7,5% cazuri VC s-a dezvoltat la pacienții cu infecții cronice orofaringiene și titru crescut de ASL-O, iar scenariul clinic a avut unele particularități. Manifestările clinice și evoluția VC nu sunt omogene, sunt influențate de factorul etiologic, fapt ce sugerează un mecanism patogenetic divers.

NEFROPATIA URATICĂ LA PACIENȚII CU GUTĂ

Rotaru Larisa, Groppa Liliana, Chiaburu Lealea,
Agachi Svetlana, Pascal Rodica,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Study of peculiarities of nephropathy in patients with gout out.*

Scopul lucrării: studierea particularităților nefropatiei uratice la pacienții cu gută.

Material și metode. În studiu au fost incluși 245 de pacienți cu gută (după criteriile Wallace et al., 1977), dintre care doar 15 au fost de sex feminin. Gută cronică intermitentă au avut 29 (11,8%) de persoane cu acces gutos primar și 42 (17,1%) cu accese repetate. Gută cronică tofacee – 174 (71%) de pacienți. Vârsta medie a bolnavilor a fost de $42,5 \pm 0,89$ ani. Maladia a durat până la 5 ani la 54 pacienți

(22%), între 5 și 10 ani – la 87 (35,5%), între 10 și 15 ani – la 63 pacienți (25,7%) și maladie cu o vechime mai mult de 15 ani aveau 41 de persoane (16,7%). Primul atac de gută a fost înregistrat la 4 pacienți ceea ce constituie 1,6% din numărul total de pacienți incluși în studiu. Pe parcursul ultimului an persoanele studiate au primit următoarele remedii: uricodepresive (allopurinol) – 186 (76%) pacienți; în acutizarea bolii: AINS – 100% bolnavi, colhicina – 112 (45,7%), glucocorticosteroizi – 90 (36,7%) pacienți. Bolnavii au fost examinați clinic și paraclinic complex (inclusiv probele funcționale renale și pierderea nictemirală a proteinelor).

Rezultate. Din analiza a 245 de pacienți cu gută a reieșit că 189 (77,1%) aveau nefropatie, dintre care 100% erau cu gută cronică tofacee. Urmărirea clearance-ului la acești bolnavi ne-a demonstrat că bolile care afectează rinichiul, asociate în mod obișnuit gutei, au cel mai important impact asupra funcției renale la gutoși.

Concluzii. Studiul funcției renale, care vizează și modificările hemodinamice locale, a dus la confirmarea faptului că hiperuricemia în sine nu afectează funcția renală la gutoși. În schimb, bolile cardiovasculare asociate (în special hipertensiunea arterială și ateroscleroza coronariană, prezumabil asociată cu scleroza arterelor renale), bolile renale intrinseci survenind independent de gută, factorii degenerativi corelați vârstei și durata evoluției gutei (care este, de fapt, și ea un factor legat de vârstă și de durata nefropatiei) se corelează pozitiv cu existența suferinței renale și cu scăderea funcției rinichiului la gutoși.

CONEXIUNILE DINTRE TABLOUL CLINIC AL ARTRITEI PSORIAZICE ȘI CLASELE HLA LA PACIENȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Russu Eugeniu, Groppa Liliana,
Babiuc Constantin, Gonța Ludmila,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of this study was to analyze clinical manifestations of psoriatic arthritis and associations with human leukocyte antigens (HLA-antigens) and identifying markers for aggressive joint disease. The prevalence of inflammatory joint manifestations, such as polyarthritis, axial disease and mutilate arthritis was high among patients with psoriatic arthritis in Republic of Moldova. There were several strong association between HLA-antigens (B7, B17, B27, B37, A2, A3, A7, A29) and psoriatic arthritis. The strongest predictive factors among patients with polyarthritis and axial disease of psoriatic arthritis for an aggressive disease were HLA-A3, A29, B27, B37 with a significant linkage ($p = 0.0001$, $RRf = 2.9$).*

Scopul lucrării: a identifica markerii agresivității bolii prin depistarea interconexiunii calselor HLA și formelor clinice de artrită psoriazică

Material și metode. Au fost studiați 163 de pacienți cu artrită psoriazică prin examinare clinică și paraclinică. Diagnosticul a fost stabilit în baza criteriilor CASPAR.

Rezultate. A fost depistată o prevalență înaltă a HLA-B7, B17, B27, B37 și HLA-A2, A3, A7 și A29, care au fost mai înalte, în comparație cu lotul de control ($p = 0.012$, $pc = 0.024$, $RRf = 3.1$). Cea mai puternică corelare dintre agresivitatea bolii și formele poliarticulare și axială ale artritei psoriazice au prezentat-o determinantele HLA-A3, A29, B27, B37 ($p = 0.0001$, $RRf = 2.9$).

Concluzii. Sunt mai multe locusuri de legătură puternică între artrita psoriazică și clasele HLA (B7, B17, B27, B37, A2, A3, A7, A29). Au fost depistați factori predictivi pentru o evoluție severă a artritei psoriazice, ce corelează ferm cu agresivitatea bolii, ele fiind HLA-A3, A29, B27, B37, cu un linkage manifest ($p = 0.0001$, $RRf = 2.9$).

CORRELATION BETWEEN CLINICAL MANIFESTATION AND IMMUNO-GENETIC DETERMINANTS AT PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Russu Eugeniu, Groppa Liliana,
Babiuc Constantin, Gonța Ludmila,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Objective. Psoriatic arthritis is an inflammatory joint disease associated or no with psoriasis and presents a heterogeneous clinical pattern, expressed by different manifestations such as poli-oligoarthritis from mild to very severe forms, erosive and destructive mutilate arthritis, DIP arthritis and very particular psoriatic axial diseases. The aetiology is unknown but genetic factors are believed to be of importance. The pattern of inheritance is proposed to be polygenic.

The aim of this study was to analyze:

- the prevalence of inflammatory manifestations, such as polyarthritis, oligoarthritis, axial disease, DIP arthritis and mutilate arthritis in patients with psoriatic arthritis in Republic of Moldova;
- the clinical manifestations of psoriatic arthritis and associations with immunological disorders by appreciation of lymphocytes cell determinants (CD) with identifying markers for aggressive joint disease
- the clinical manifestations of psoriatic arthritis

and associations with human leukocyte antigens (HLA-antigens) and identifying markers for aggressive joint disease

Material and method. Ninety nine patients with psoriatic arthritis with defined joint disease were examined clinically, radiologically, and with laboratory-based analyses. Disease classification and diagnosis have been based on CASPAR criteria. All patients who were included into the study selected from the Depts of Rheumatology of Clinical Republican Hospital and from the 3-rd Municipal Clinical Hospital and from the Dept of Dermatology which were invited to a prevalence study. Every patient was included in separate group from those five groups by Moll and Wright (poliarthritis, oligoarthritis, axial disease, DIP arthritis and mutilate arthritis) and statistical analyses have been done between these groups. The correlation of clinical manifestations and potential markers of aggressive joint disease with HLA associations and lymphocytes CD were analyzed in all patients with psoriatic arthritis which were included into the study.

Results. We have found a high prevalence of HLA-B7, B17, B27, B37 and HLA-A2, A3, A7 and A29 which were increased in comparison with controls ($p = 0.012$, $pc = 0.024$, $RRf = 3.1$), but the strongest predictive factors among patients with poliarthritis and axial disease of psoriatic arthritis for an aggressive disease, in a multiple logistic analysis and polifactorial correlation, were HLA-A3, A29, B27, B37. A significant linkage ($p = 0.0001$, $RRf = 2.9$) was found. Ninety-four controls with the same ethnic background as the patients were randomly selected from the population of Republic of Moldova. An association was found between CD determinants of lymphocytes (CD2, CD3, CD4, CD8, CD19, CD20, CD22) and psoriatic arthritis, but most important were: for DPI arthritis and oligoarthritis CD3, CD8 in comparison with controls ($p = 0.001$, $pc = 0.014$, $RRf = 3.1$); for poliarthritis form CD2, CD4, CD8 in comparison with controls ($p = 0.003$, $pc = 0.009$, $RRf = 2.6$); for axial disease CD4, CD8 and CD22 in comparison with controls ($p = 0.001$, $pc = 0.021$, $RRf = 3.5$), and for mutilate arthritis CD2, CD4, CD19, CD20, CD22 in comparison with controls ($p = 0.001$, $pc = 0.029$, $RRf = 2.8$) with significant linkage for all groups ($p = 0.001$, $RRf = 2.4-3.3$).

Conclusion. The prevalence of inflammatory joint manifestations, such as poliarthritis, axial disease and mutilate arthritis was high among patients with psoriatic arthritis in Republic of Moldova. There were several strong association between HLA-antigens (B7, B17, B27, B37, A2, A3, A7, A29), lymphocytes CD2, CD3, CD4, CD8, CD19, CD20, CD22 and

psoriatic arthritis. The strongest predictive factors among patients with poliarthritis and axial disease of psoriatic arthritis for an aggressive disease were HLA-A3, A29, B27, B37 with a significant linkage ($p = 0.0001$, $RRf = 2.9$).

ANALIZA COMPARATIVĂ A AFECȚIUNILOR ARTICULAȚIILOR PERIFERICE LA PACIENȚII CU SPONDILOARTRITĂ ANCHILOZANTĂ

Sârbu Oxana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary: *studying features of peripheral joint damage spondylitis in women compared with men.*

Scopul lucrării: studierea particularităților afecțiunile articulațiilor periferice în spondiloartrita anchilozantă la femei comparativ cu bărbații.

Material și metode. Au fost studiați 60 de pacienți (30 femei și 30 bărbați) cu diagnosticul stabilit de spondiloartrită anchilozantă (conform criteriilor New York), cu vârsta între 18 și 60 de ani; durata medie a bolii – $7,2 \pm 0,3$ ani. Au fost efectuate radiografia oaselor cutiei toracice, articulațiilor genunchilor, coxofemorale, talocrurale, articulațiilor mici ale palmelor și plantelor, cu evaluarea sindromului algic prin scala vizuală analogică.

Rezultate. Afectarea articulațiilor periferice a fost mai frecventă la femei (54%), comparativ cu bărbații (48%, $p < 0,05$). Implicarea izolată doar a articulațiilor membrelor inferioare a fost semnificativ mai rar întâlnită la femei (29%, $p < 0,01$), comparativ cu bărbații (34%), pe când afectarea combinată a articulațiilor, atât a membrelor superioare, cât și a celor inferioare, a fost mai des constatată la femei (23%, $p < 0,01$) decât la bărbați (11%). Din studierea mai minuțioasă a sindromului articular reiese că la femei afectarea articulațiilor sternoclaviculare se întâlnește mai des (46% $p < 0,01$), comparativ cu bărbații (20%), și de 4 ori mai des au fost implicate articulațiile sternocostale (22%, $p < 0,001$) în comparație cu bărbații (6%). Articulațiile mici ale mâinilor au fost de două ori mai des afectate la femei (6%, $p < 0,05$) decât la bărbați (3%). La bărbați mai des au fost afectate articulațiile membrelor inferioare: metatarsofalangiene, talocrurale și genunchilor, respectiv 11%, 29% și 34%, iar la femei – 6%, 14%, 23%, cu diferență comună statistic semnificativă ($p < 0,05$). Afectarea articulațiilor coxofemorale, în special în debutul bolii, a fost mai frecvent întâlnită la bărbați (8,6%, $p < 0,05$) decât la femei (2,9%). La debutul bolii se atestă o afectare mai frecventă a articulațiilor periferice la bărbați (23%, $p < 0,05$), comparativ cu femeile (17%).

Concluzii. Din analiza datelor obținute reiese că afectarea combinată a articulațiilor membrelor superioare și inferioare predomină la femei (52% comparativ cu 48% la bărbați, $p < 0,05$), pe când afecțiunea izolată a articulațiilor membrelor inferioare este mai puțin caracteristică pentru femei (29% comparativ cu 34% la bărbați, $p < 0,05$). La femeile cu spondiloartrită anchilozantă mai des sunt implicate articulațiile sternoclaviculare și sternocostale, cu o tendință spre afectarea mai frecventă a articulațiilor mici ale membrelor superioare. În comparație cu bărbații, la femei artrita periferică, ca sindrom primar al bolii, se întâlnește mai rar.

PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICULUI TIMPURIU ÎN SPONDILOARTRITA ANCHILOZANTĂ LA FEMEI

Sârbu Oxana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary: *studying the evolution features spondylitis in women for signs of early disease.*

Scopul lucrării: studierea particularităților evoluției spondiloartritei anchilozante la femei pentru evidențierea semnelor timpurii de boală

Materiale și metode. Au fost investigați 60 de pacienți (30 femei și 30 bărbați) cu diagnosticul stabilit de spondiloartrită anchilozantă (conform criteriilor New York), cu vârsta între 18 și 60 de ani, durata bolii de 5-10 ani. Au fost efectuate radiografia articulațiilor sacroileace, radiografia coloanei vertebrale (regiunile lombară, toracică și cervicală), analiza imunologică – HLA-B27, ecoscopia; au fost evaluate scara analogică a bolii și indicele HAQ,

Rezultate. La toți pacienții evaluați sacroileita a fost prezentă în 100% cazuri. Stadiul Rg II al sacroileitei s-a înregistrat mai frecvent la femei – 24 (80%), iar la bărbați – doar 10 (33%) cazuri; din contra, stadiul Rg III la doar 6 (20%) femei și 12 (40%) bărbați, iar stadiul Rg IV – la 8 (26,6) bărbați. Dintre toate regiunile coloanei vertebrale, la debut mai frecvent la femei este afectată porțiunea cervicală – 40% (12 femei), comparativ cu 26,6% (8 bărbați). Sindesmofitele sunt prezente la 26 (86,6%) bărbați comparativ cu 10 (33%) femei. Conform scării analogice a bolii, la bărbați sindromul doloare cu mult mai puternic decât la femei. Afectarea cardiacă (aortita) este prezentă la 12 femei (40%) și la 4 (13,3%) bărbați. HLA-B27 a fost depistat în 54 (90%) cazuri. Indexul HAQ la femei a fost în medie 15-40, iar la bărbați – 21-60. Pentru diagnosticul timpuriu al spondiloartritei anchilozante la femei, un rol important îl are evidențierea prezenței antigenului HLA-B27 în sânge și aprecierea

radiologică a gradului de afectare a coloanei vertebrale și a articulațiilor sacroiliace.

Concluzii. Rezultatele obținute scot în evidență următoarele: pentru femei la debutul bolii este caracteristică o progresare mai lentă a afecțiilor coloanei vertebrale și ale articulațiilor sacroiliace, preponderent este afectată regiunea cervicală a coloanei vertebrale, iar sindesmofitele se evidențiază mai rar, comparativ cu bărbații studiați. Totodată, la bărbați este cu mult mai pronunțat sindromul doloare, la femei capacitatea funcțională păstrându-se mai mult timp. Afectarea cardiacă (aortita) este mai frecventă la femei. Evidențierea prezenței antigenului HLA B-27 în sânge la etapa timpurie de evoluție a bolii ar permite stabilirea diagnosticului de spondiloartrită anchilozantă, inițierea timpurie a tratamentului de fond și stoparea evoluției procesului.

O NOUĂ ABORDARE A DIZABILITĂȚII PRIN PRISMA EXPERTIZEI MEDICO-SOCIALE

Sochircă Ludmila,
CREMV, mun. Chișinău

Ratificarea „Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități” de Republica Moldova, prin Legea nr. 166 din 09.07.2010, și adoptarea „Strategiei de incluziune a persoanelor cu dizabilități (2010-2013)” prin Legea nr. 169 din 09.07.2010, impun o serie de măsuri pe care statul și le-a asumat, pentru a respecta și a garanta drepturile persoanelor cu dizabilități.

Pornind de la acest deziderat, cu scopul ajustării la standardele europene și internaționale, am contribuit la elaborarea unei „Foi de Parcurs”, privind o nouă viziune asupra stabilirii dizabilității în Republica Moldova, în concordanță cu modelul medico-social, bazat pe facilitarea drepturilor persoanelor cu dizabilități la reabilitare medico-socioprofesională, cu incluziunea lor în viața activă a societății.

Au fost studiate mai multe modele de evaluare a dizabilității ca: determinarea procentuală a gradului de limitare, definirea necesităților speciale de îngrijire conform gradului de severitate în desfășurarea activităților cotidiene, determinarea păstrării capacității de muncă a fiecărei persoane ș.a. Procedura de determinare a dizabilității este o primă etapă, care asigură intrarea persoanei cu dizabilități în sistemul de protecție socială, și de aceea această procedură trebuie să cuprindă o evaluare complexă, în vederea direcționării persoanei spre alte servicii, menite să asigure incluziunea socială a acesteia.

Se pune accentul pe asigurarea legăturii dintre instituția care trimite pacientul (asistență medicală primară), instituția care determină dizabilitatea (Consiliul național de evaluare medico-socială cu

subdiviziunile sale teritoriale) și instituțiile (serviciile statului, care vor acorda suportul necesar pentru reabilitare medicală și profesională, încadrare în sistemul educațional, în câmpul muncii, și accesul la serviciile sociale conform necesităților.

Ținând cont din carențele actualului sistem, se lucrează activ la elaborarea modelului național bazat pe expertiza medico-socială prin:

- Fortificarea bazei tehnico-materiale a instituției și revederea statelor;
- Crearea sistemului informațional unic al persoanelor cu dizabilități;
- Elaborarea criteriilor de stabilire a dizabilității la maturi și copii;
- Instruirea personalului implicat în efectuarea reformelor.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Александров А.В., Алехина И.Ю., Александрова Н.В., Макарова Т.С., Бенедикца Е.В., Ненашева Н.В., Зборовский А.Б., НИИ Клинической и Экспериментальной Ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Summary. *The new diagnostic tests using immobilized antigen preparations on the basis of antioxidant system (AOS) ferments are elaborated for diagnostics of early signs of rheumatoid arthritis (RA) and system lupus erythematosus (SLE). Revealed changes of the ferments' activities and the content of antibodies to them in RA and SLE patients are the evidence of intensity of antioxidant protection' system in chronic autoimmune diseases. Determination of antibodies to ferments of AOS can be used for diagnostics of RA and SLE activity, and as additional measure of the therapy efficiency also.*

Из-за преимущественно хронического течения и склонности к неуклонному прогрессированию, болезни костно-мышечной системы находятся на одном из первых мест среди причин ухудшения качества жизни, а также временной и стойкой нетрудоспособности. В связи с этим, наиболее актуальной становится проблема ранней диагностики начальных, минимальных проявлений активации и прогрессирования патологического процесса у ревматических больных.

Целью работы явилась разработка дополнительных критериев лабораторной диагностики ревматоидного артрита (РА) и системной красной волчанки (СКВ) с использованием иммобилизованных антигенных препаратов на основе супероксиддисмутазы (СОД), церулоплазмина (ЦП), ксантиноксидазы (КО) и каталазы (КАТ).

Методы исследования. Исследовалась сыворотка крови 30 практически здоровых лиц – доноров станции переливания крови, а также 86 больных РА и 46 больных СКВ, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении МУЗ «Клиническая больница № 25» (г. Волгоград). Диагноз РА и СКВ ставился на основании критериев Американского колледжа ревматологов 1987 г. и 1982 г. соответственно. Ферментативную активность ЦП определяли по методике Ravin в модификации Тена (1981). Определение активности эритроцитарной СОД осуществляли по методу Чевари С. и соавт. (1985), а плазменной – по методу Дубининой Е.Е. и соавт. (1986). Для определения активности КО использовалась модифицированная методика Калькара (Дячина Е.Г., 1973). Активность КАТ в сыворотке крови определяли по методу Королюк М.А. и соавт. (1988). Антитела (АТ) к СОД, ЦП, КО и КАТ выявляли твердофазным иммуоферментным анализом в модификации Гонтаря И.П. и соавт. (2000 г.), с использованием магнитосорбентов (МС), полученных методом эмульсионной полимеризации в потоке газообразного азота с включением магнитного материала и соответствующей антигенной матрицы. Количественное измерение результатов выполняли на многоканальном автоматическом спектрофотометре с вертикальным ходом луча при длине волны 492 нм. Результаты выражали в единицах оптической плотности и считали положительными при превышении величин экстинции, полученных для здоровых лиц, более чем на 2σ.

Результаты. При исследовании сывороток крови здоровых лиц ферментативная активность СОД составила $40 \pm 2,5$ ед., ЦП – $1,087 \pm 0,249$ ед., КО – $3,67 \pm 0,12$ ед., КАТ – $22,6 \pm 1,6$ ед. Уровень АТ к СОД в сыворотке крови доноров составил $0,06 \pm 0,004$ е.о.п., АТ к ЦП – $0,02 \pm 0,0014$ е.о.п., АТ к КО – $0,032 \pm 0,0027$ е.о.п. и АТ к КАТ – $0,048 \pm 0,003$ е.о.п.

Ревматоидный артрит

При РА наблюдалось повышение ферментативной активности ЦП и КО ($p < 0,05$), снижение активности СОД и КАТ ($p < 0,01$). Антитела к ЦП выявлены у 59,3% больных РА, АТ к КО – у 47,7% пациентов, АТ к СОД – у 65,1% и АТ к КАТ – у 61,6% больных РА.

У больных с I степенью активности (АКТ) РА при поступлении на стационарное лечение отмечалось повышение активности СОД ($p > 0,05$), ЦП ($p < 0,01$), КО ($p < 0,001$) и уменьшение активности КАТ ($p < 0,01$), а также увеличение содержания АТ к ЦП ($p < 0,01$), КАТ ($p < 0,05$) и СОД ($p > 0,05$). У

больных РА со II степенью АКТ отмечено снижение активности СОД и КАТ ($p < 0,05$) и увеличение содержания АТ к ним ($p < 0,01$). Содержание АТ к ЦП и КО было в 1,5–2 раза выше уровня АТ при минимальной активности патологического процесса ($p < 0,05$), ферментативная активность ЦП ($p > 0,05$) и КО ($p < 0,01$) также возрастала. При III степени АКТ РА по сравнению с показателями больных РА с АКТ II наблюдалось увеличение содержания АТ к СОД ($p < 0,01$), КО и КАТ ($p > 0,05$) и снижение уровня АТ к ЦП ($p > 0,05$), на фоне повышения активности ЦП ($p < 0,01$), СОД ($p > 0,05$) и уменьшения активности КАТ ($p < 0,01$).

В результате проведенного в условиях стационара лечения у больных РА отмечалось повышение активности СОД, КАТ ($p < 0,05$), снижение активности ЦП ($p > 0,05$), КО ($p < 0,01$) и уменьшение уровня АТ к СОД ($p < 0,05$), КО ($p < 0,01$), ЦП и КАТ ($p > 0,05$).

Системная красная волчанка

Определение ферментативной активности ЦП, КО, КАТ и антител к ферментам проводилось у 46 больных СКВ в возрасте от 16 до 63 лет (из них 97,8% – женщины). При СКВ имело место повышение ферментативной активности ЦП (менее выраженное, чем при РА, $p < 0,05$), снижение активности КАТ ($p < 0,01$), отмечена тенденция к росту активности КО ($p > 0,05$). Антитела к ЦП выявлены у 48% больных СКВ, антитела к КАТ – у 52,2% пациентов, АТ к СОД – у 39,9% и АТ к КО – у 41,3% больных. Следует отметить, что динамика показателей ферментативной активности и уровней АТ к изучаемым ферментам у больных СКВ, в зависимости от АКТ патологического процесса, имела схожие черты с процессами, наблюдаемыми при РА (снижение активности СОД и КАТ, $p < 0,05$ на фоне роста уровня АТ к данным ферментам, $p < 0,001$).

Однако имелись и особенности. Так, например, в группе больных СКВ с наличием АТ к ЦП активность ЦП была существенно ниже, чем у больных без данных антител ($p < 0,001$). Интересные результаты были получены в ходе динамического наблюдения за пациентами. При выписке из стационара отмечалось некоторое снижение активности ЦП в группе больных без антител к ЦП. Однако в группе с наличием АТ к ферменту активность ЦП не только не снижалась, а повышалась ($p < 0,05$). Уровень антител к ЦП на фоне лечения имел тенденцию к снижению ($p > 0,05$).

В группе больных СКВ с наличием антител к КО отмечено увеличение активности фермента в сыворотке крови ($p < 0,05$), причем проводимая в условиях стационара терапия оказывала слабое воздействие на нормализацию иммуно-биохимических сдвигов.

Выводы. Таким образом, выявленные у больных РА и СКВ изменения активности изучаемых ферментов и содержания антител к ним отражают напряженность системы антиоксидантной защиты при хронических иммуновоспалительных заболеваниях. Одной из возможных причин изменения активности ферментов сыворотки крови у ревматических больных может являться изменение иммунного статуса с усилением антителообразования к данным ферментам. Изучение биохимической активности ЦП, СОД, КО, КАТ и образования АТ к ним у больных ревматическими заболеваниями позволяет выявить как прямую, так и обратную закономерность между изучаемыми параметрами. Вырабатываемые антитела способны модифицировать фермент, ингибируя или усиливая его ферментативную активность. Кроме того, сами антитела и иммунные комплексы могут проявлять свойства ферментов, что объясняется изменением их конформации при взаимодействии с антигеном. Показатели ферментативной активности и наличия антител к ферментам-прооксидантам (КО) и ферментам антиоксидантной защиты организма (ЦП, СОД и КАТ) могут использоваться в диагностике РА и СКВ, а также в качестве дополнительного критерия оценки эффективности проводимой терапии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЛЕПТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У МУЖЧИН И ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

Дороница И.В., Никитина Н.В.,
Заводовский Б.В., Зборовский А.Б.,
НИИ Клинической и Экспериментальной
Ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Summary. *There are some data that osteoarthritis (OA) may be part of systemic lipid metabolism disorder. Some authors suppose that fat tissue may be origin of biologically active substances such as leptin that may influence on chondrogenesis. We examined 72 male: 52 OA patients and 20 healthy donors. The leptin level were determined with ELISA- test. The high level of leptin were revealed in sera of OA patients. Thus leptin may have important significance in pathogenesis of OA.*

В ряде работ была продемонстрирована взаимосвязь дегенеративно-дистрофических болезней суставов с обменом адипокинов и, прежде всего, с обменом лептина. Предполагается, что увеличение уровня сывороточного лептина влияет на гомеостаз в суставе и может утяжелять течение суставных заболеваний. Поэтому, изучение клинико-патогенической роли лептина при остеоартрозе (ОА) является актуальной задачей.

Цель исследования: изучить клинико-патогенетическое значение определения уровня лептина в сыворотке крови больных с ОА.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 52 мужчин с ОА от 34 до 67 лет. Средний возраст мужчин составил $51,31 \pm 4,03$ лет и был сопоставим с группой здоровых лиц ($t=0,54$, $p>0,05$; $t=0,29$, $p>0,05$ соответственно). Контрольная группа состояла из 20 мужчин от 26 до 58 лет, не имеющих жалоб на боли в суставах в течение всей жизни, и без клинических проявлений ОА. Уровень лептина в сыворотке крови определялся иммуноферментным методом с использованием коммерческих систем тестирования („BioVendor“, „cat № CAN-L-4260“).

Результаты исследования и обсуждение. Средний уровень лептина в сыворотке крови здоровых мужчин составил $3,8 \pm 0,21$ нг/мл ($M \pm m$). Повышенный уровень лептина в сыворотке крови был обнаружен у 9 мужчин с ОА, что составило 6,9% случаев ($p<0,001$). Уровень лептина у мужчин с ОА составил $6,2 \pm 0,25$ нг/мл (различия с контрольной группой достоверны, $p<0,001$). Для выяснения клинико-диагностического значения определения лептина у мужчин с ОА, они были разделены нами на 2 группы – 1 группа (9 пациентов) с высоким уровнем лептина в сыворотке крови (более 5,6 нг/мл), а 2 группа (43 пациента) – с нормальными показателями лептина в сыворотке крови (менее 5,6 нг/мл). В этих 2 группах нами были изучены клинические проявления ОА. пациенты 1 группы чаще имели следующий симптомокомплекс: узелковая форма с наличием вторичного синовита, с продолжительностью заболевания более 10 лет, рентгенологической стадией III и IV, функциональной недостаточностью суставов II-III.

Для выяснения взаимосвязи между уровнем лептина в сыворотке крови и лабораторными показателями, отражающими тяжесть ОА, были изучены уровень СРБ и СОЭ в группах с высоким и нормальными показателями лептина. Была выявлена достоверная связь между уровнем лептина в сыворотке крови у женщин с ОА с одной стороны и лабораторными показателями – с другой. У пациентов, имеющих высокий уровень лептина, были выявлены более высокие концентрации С-реактивного белка и СОЭ, что подтверждает данные о наличии у лептина провоспалительных свойств.

Выводы. Таким образом, повышенный уровень лептина в сыворотке крови был обнаружен у 9 пациентов с ОА (6,9%). Для мужчин с ОА, имеющих высокий уровень лептина, были характерны более тяжелые формы заболевания. Можно предположить наличие патогенетической связи между уровнем лептина и тяжестью течения ОА.

АКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОВ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ НА РАННЕЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ

Мартемьянов В.Ф., Стажаров М.Ю., Бедина С.А.,
Мозговая Е.Э., Галаева О.Ю.

Summary. *The activities of adenine deaminase (AD), adenosine deaminase (ADA), AMP-deaminase (AMFDA), 5'-nucleotidase (5'-NT) were determined in lymphocytes and erythrocytes lysates in 30 osteoarthritis (OA) patients with synovitis at an early stage of disease (2-10 months). The AD and 5'-NT activities were increased in lymphocytes, while the AD, ADA, AMFDA activities were increased in erythrocytes. The decrease of enzymatic activity was shown along with the increase in duration of OA. The dependence of enzymatic activity from a OA stage and functional insufficiency of joints was revealed.*

В последние 10 лет было проведено достаточно много исследований по вопросам диагностики и лечения ревматоидного артрита (РА) на ранней стадии болезни (до 1 года), что позволило существенно повысить эффективность лечения больных РА. В то же время, проблеме остеоартроза (ОА) на ранней стадии заболевания до настоящего времени уделяется мало внимания, и эффективность лечения больных ОА остается явно недостаточной.

Цель исследования: выявить особенности нарушений пуринового метаболизма в лимфоцитах и эритроцитах больных ОА на ранней стадии болезни (до 12 месяцев).

Материал и методы. Под наблюдением находились 30 больных ОА, из которых 8 мужчин и 22 женщины. Средний возраст больных ($M \pm m$) – $43,9 \pm 0,6$ лет. Длительность болезни колебалась от 2 до 10 месяцев ($5,97 \pm 0,35$ месяцев). Исходя из продолжительности болезни, были сформированы 2 группы больных: 1-я группа состояла из 18 больных с длительностью болезни 2-6 месяцев и 2-я группа — из 12 больных с длительностью болезни 7-11 месяцев. У всех больных были выявлены явления синовита. Рентгенологически стадия 0 поражения суставов определялась у 17 (56,7%) больных, стадия I — у 13 пациентов. Функциональный класс суставов 1 (ФК-1) установлен у 16 (53,3%) больных, ФК-2 — у 14. Наиболее часто поражались коленные суставы (86,7%), суставы кистей (53,3%), стоп (26,7%) и тазобедренные суставы (26,7%). В лечении использовались парацетамол, ибупрофен, мелоксикам, нимесулид, алфлутоп, массаж, ЛФК, физиотерапия.

В лизатах лимфоцитов и эритроцитов по оригинальным методикам определялась активность аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА), адениндезаминазы (АД) и 5'-нуклеотидазы (5'-НТ).

Результаты. При поступлении на лечение у больных ОА, по сравнению со здоровыми, в лимфоцитах выше активность АД ($p < 0,001$) и 5'-НТ ($p = 0,045$), в эритроцитах выше активность АДА ($p = 0,004$), АМФДА ($p = 0,003$) и АД ($p = 0,006$). Через 7-8 дней лечения в лимфоцитах существенной положительной динамики энзимных показателей не наблюдалось ($p > 0,05$), в эритроцитах снизилась активность АМФДА ($p = 0,047$). По окончании курса лечения (15-20 дней) в обеих биологических средах отмечалась статистически значимая положительная динамика всех энзимных показателей ($p < 0,001$), которые не имели отличий от показателей здоровых лиц, за исключением эритроцитарной АД, активность которой стала ниже, чем у здоровых ($p = 0,042$).

У пациентов со стадией 0 поражения суставов, по сравнению с больными с I стадией, в лимфоцитах выше активность АДА ($p < 0,001$), ниже активность АМФДА, АД ($p < 0,001$) и 5'-НТ ($p = 0,005$); в эритроцитах ниже активность АДА, АМФДА, АД ($p < 0,001$) и 5'-НТ ($p = 0,029$).

У больных ОА с ФК-1, по сравнению с больными ОА и ФК-2, в лизатах лимфоцитов выше активность АДА ($p < 0,001$), ниже активность АМФДА, АД, 5'-НТ ($p < 0,001$); в эритроцитах ниже активность всех энзимов ($p < 0,001$).

У больных ОА 1-й группы (2-6 мес.), по сравнению с больными ОА 2-й группы, в лимфоцитах выше активность АДА, АД ($p < 0,001$) и АМФДА ($p = 0,003$), в эритроцитах выше активность АМФДА ($p = 0,033$), АД ($p = 0,031$) и 5'-НТ ($p = 0,026$).

Заключение. Проведенные исследования выявили существенные нарушения активности энзимов адениловой ветви пуринового метаболизма, проявившиеся повышением их активности по мере утяжеления заболевания. В то же время с увеличением длительности заболевания активность большинства энзимов в обеих биосредах снижается, что свидетельствует о тенденции к дезадаптации энзимной регуляции пуринового метаболизма. Показано также, что на энзимный статус лимфоцитов и эритроцитов существенно влияет как стадия поражения, так и ФК суставов, что необходимо учитывать при диагностике ОА с учетом энзимной активности крови. Исследования активности энзимов в процессе лечения способствуют в объективизации оценки эффективности терапии. Коррекция энзимных нарушений у

больных ОА на ранней стадии болезни с помощью естественных ингибиторов и активаторов может быть одним из новых патогенетических подходов в лечении больных ОА.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ЭНЗИМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Мозговая Е.Э., Зборовский А.Б., Бедина С.А., Стажаров М.Ю., Мартемьянов В.Ф., НИИ Клинической и Экспериментальной Ревматологии РАМН, Волгоград, Россия

Summary. *The activity of the some Purine metabolism enzymes and isoenzyme tests have significant advantages in indication I and II degrees of rheumatoid arthritis activity as compared with alpha-2-globulins, sialic acids, ESR, C-reactive protein, circulatory immune complexes. Sensitivity of the majority enzymatic indices does not differ from sensitivity ESR at III degree of rheumatoid arthritis activity.*

Цель исследования: изучить чувствительность некоторых энзимологических тестов в диагностике активности патологического процесса при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы. Наблюдали 150 больных РА: 106 (70,67%) женщин и 44 (29,33%) мужчин. Средний возраст больных составил $42,2 \pm 3,5$ лет, средняя продолжительность заболевания – $10,8 \pm 2,3$ лет. Активность патологического процесса по DAS28 I степени выявлена в 31 (20,67%), II – в 99 (66%), III – в 20 (13,33%) случаях. Суставная форма РА диагностирована у 91 (60,67%), суставно-висцеральная – у 59 (39,33%) больных. В 13 (8,67%) наблюдениях установлена I стадия поражения суставов, в 81 (54%) – II стадия, в 48 (32%) – III стадия, в 8 (5,33%) – IV стадия. Функциональный класс (ФК) II определен у 70 (46,67%), ФК-III – у 72 (48%), ФК-IV – у 8 (5,33%) пациентов.

В сыворотке крови включенных в исследование больных наряду с общепринятыми лабораторными тестами (альфа-2-глобулины, сиаловые кислоты, СОЭ, СРБ, ЦИК), традиционно используемыми для диагностики активности патологического процесса, по оригинальным методикам определяли активность аденозиндезаминазы (АДА), адениндезаминазы (АД), АМФ-дезаминазы (АМФДА), гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ), ксантинооксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ), 5'-нуклеотидазы (5'-НТ), пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), изоферменты АДА, КДГ, ПНФ; в лизатах лимфоцитов периферической

крови – активность ПНФ-лимф. Значения энзимных показателей, полученные в группе из 30 практически здоровых доноров, использовали для определения границ нормы.

Результаты. У больных с I степенью активности РА чувствительность альфа-2-глобулинов составила 41,9%; сиаловых кислот – 41,9%; СОЭ – 38,7%; СРБ – 38,7%; ЦИК – 35,4%, активности АД – 0; активности АДА – 25,8%; активности АМФДА – 3,2%; активности ГДА – 74,2 %; активности ГЗДА – 6,5%; активности ГФ – 45,2%; активности КДГ – 16,1%; активности КО – 54,8%; активности 5'-НТ – 16,1%; активности ПНФ – 87,1%; активности ПНФ-лимф – 83,9%; изоферментов АДА-2 – 74,2%; изоферментов КДГ-2 – 77,4%; изоферментов ПНФ-2 – 61,3%.

При II степени активности чувствительность включенных в исследование энзимных показателей составила для альфа-2-глобулинов 67,7%; сиаловых кислот – 58,6%; СОЭ – 76,8%; СРБ – 52,5%; ЦИК – 50,5%, активности АД – 33,3%; активности АДА – 18,2%; активности АМФДА – 34,3%; активности ГДА – 89,9 %; активности ГЗДА – 25,3%; активности ГФ – 81,8%; активности КДГ – 1,0%; активности КО – 75,8%; активности 5'-НТ – 53,5%; активности ПНФ – 94,9%; активности ПНФ-лимф – 39,4%; изоферментов АДА-2 – 92,9%; изоферментов КДГ-2 – 100%; изоферментов ПНФ-2 – 98,0%.

Чувствительность показателей при III степени активности РА: альфа-2-глобулинов – 60,0%; сиаловых кислот – 65,0%; СОЭ – 100%; СРБ – 80,0%; ЦИК – 35,0%, активности АД – 90,0%; активности АДА – 45,0%; активности АМФДА – 15,0%; активности ГДА – 95,0 %; активности ГЗДА – 60,0%; активности ГФ – 100%; активности КДГ – 0; активности КО – 100%; активности 5'-НТ – 85%; активности ПНФ – 100%; активности ПНФ-лимф – 100%; изоферментов АДА-2 – 100%; изоферментов КДГ-2 – 100%; изоферментов ПНФ-2 – 100%.

Согласно полученным данным, каждый из общепринятых лабораторных тестов способствовал диагностике минимальной активности ревматоидного процесса менее, чем в 45% случаев, в то время как показатели активности ГДА, ПНФ, ПНФ-лимф, изоферменты АДА-2, КДГ-2 превышали верхние границы нормы у более 74% пациентов.

При II и III степени активности патологического процесса чувствительность общепринятых лабораторных тестов и включенных в исследование энзимных показателей возрастала, однако чувствительность ферментных показателей была выше, за исключением СОЭ, чувствительность которой при III степени активности РА также достигала максимального значения.

По результатам анализа различий между пропорциями (2-х сторонний тест) наибольшую чувствительность при I степени активности РА имели активность ПНФ, ПНФ-лимф, изоферменты КДГ-2; при II степени активности – активность ГДА, ПНФ, изоферменты АДА-2, КДГ-2, ПНФ-2; при III степени – СОЭ, активность ГФ, КО, ПНФ, ПНФ-лимф, коэффициенты КО+КДГ, КО/КДГ, изоферменты АДА-2, КДГ-2, ПНФ-2.

Вывод. Энзимные тесты, в отличие от общепринятых острофазовых показателей, имеют значительные преимущества в индикации I и II степени активности ревматоидного процесса, при III степени активности чувствительность большинства из них не отличается от чувствительности СОЭ.

ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ ДЛЯ КУРАЦИИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ханов Александр, Юдина Ольга,
ГУЗ Областная больница № 2,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Summary. *Purin infringements widespread at the rheumatic and not rheumatic diseases, separate conditions. Hyperuricemia enters gout's pathogenesis. Uric acid excretion control in therapy and dynamic supervision in microcrystalline arthritis's is used seldom.*

Мочевая кислота (МК), хим. *acide urique, uric acid*, $C_5H_4N_4O_3$, открыта в 1776 году Шееле в мочевых камнях и первоначально названа им каменной кислотой – *acide lithique*. Название МК дано Фуркруа. Приблизительно 70% общего количества МК организма выводится с мочой. Клиренс МК составляет 10% профильтрованного количества. По литературным данным лабораторная норма экскреции МК с мочой у мужчин и женщин составляет 2,36-5,90 ммоль/сут (250-750 мг/сут). Мочевая кислота присутствует в моче в двух видах: мочевая кислота и ее соль. Солевая форма – это соединение с натрием. Увеличение содержания МК в крови или ее избыточное поступление в организм с пищевыми продуктами приводит к выпадению МК и ее солей в виде кристаллического осадка в тканях и органах. Этот процесс усиливается при сдвиге рН крови в кислую сторону, колебаниях температуры тела, нарушении кровоснабжения тканей и др., ф также при злоупотреблении жирной пищей и алкоголем. Кристаллы МК и уратов, имеющие форму прямых и изогнутых игл, обнаруживают в почках, мышцах, суставных хрящах, эпифизах костей, синовиальной жидкости и др., они вызывают воспалительные и дистрофические изменения. Определение МК в моче необходимо проводить

совместно с её определением в крови. Это необходимо для установления патологического механизма накопления МК и уратов в плазме крови (гиперурикемия), лежащего в основе подагры (избыточная продукция МК в организме, нарушение её выведения или их сочетания). Делать вывод о гиперпродукции МК по выделению ее с мочой необходимо с учетом питания (без ограничений в диете или малопуриновой диете). В первом случае лабораторный показатель должен превышать норму. Во втором показатель суточной МК может быть нормальным, но приближаться к верхней границе нормы. Перед проведением исследования следует оценить функцию почек. В случае снижения клиренса креатинина, уменьшение экскреции МК не исключает её гиперпродукции. Необходимо учитывать возможные влияния ЛС на выведение уратов. При нарушении выведения высокая концентрация МК в крови не сопровождается повышением её содержания в моче.

Цель исследования: изучить содержание МК в суточной моче при различных заболеваниях и нарушениях лабораторных показателей. Уточнить значения суточной урикозурии при различных РЗ. Уточнить показания для количественного определения суточной мочевой кислоты в моче.

Материалы и методы. У 117 больных ревматическими заболеваниями (РЗ), находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении, определялось содержание МК в суточной моче. Показаниями для проведения обследования являлся диагноз установленной подагры, гиперурикемия (ГУ), уратурия (УУ). В дальнейшем проводилось соотношение содержания МК в суточной моче с показателями МК в крови, в динамике, показателями воспаления, состоянием почек по данным УЗИ, сопутствующими заболеваниями и основным диагнозом. Степень воспалительной реакции вносилась в диагноз по уровню СОЭ, СРБ выражался в «+», которые затем для статистического расчета переводились в значения -0 для «-», 1, 2, 3 для соответствующего количества «+». В процессе исследования, которое заняло около года, трижды менялись лабораторные диагностикумы, с различными референтными значениями нормы. Первые два имели значения в мг/сут, последний – в ммоль/сут.

Результаты. По полу, больные РЗ практически разделились поровну: 59 женщин, в возрасте от 17 до 83 лет (-51%), и 58 мужчин, в возрасте от 20 до 76 лет (49%). В структуре РЗ обследованных больных подагра составляет 34% (40 пациентов), ДОА 19% (22), РА 8,5% (10), ББ 7,5% (9), СКВ 7% (8), РеА 5% (6), ССД и ПсА по 3% (4) каждая группа, ССА

2,5% (3), ДМ, васкулопатии и узловатая эритема по 2% (по 2). По 1 больному было с диагнозами экссудативный перикардит, диабетическая остеоартропатия, паранеопластический синдром на фоне рака желудка, ХРБС, болезнь Шегрена (4,5%). В структуре заболеваний у женщин ДОА 20% (12), РА 15% (9), СКВ 14% (8), РеА 9% (5), подагра 7% (4), в том числе в 2 случаях в сочетании с РА; ССД 7% (4); ССА, ПсА, ББ по 5% (3); ДМ и узловатая эритема по 3% (по 2). По 1 случаю экссудативного перикардита, болезни Шегрена, васкулопатии, диабетической остеоартропатии. Всего 7% (4). В структуре заболеваний мужчин подагра составляла 62% (36), причем в 1 случае в сочетании с РА; ДОА 18% (10), ББ 10% (6), по 1 случаю ХРБС, ПсА, РеА, РА, рака желудка, васкулопатии. Всего 10% (6). В связи с использованием трех разных диагностических наборов с различными нормами, в первую группу вошло 4 больных (2 жен., 2 муж.), во вторую группу – 48 (34 жен. и 14 муж.). Количество больных 3 группы – 65 (23 жен. и 42 муж.). Средний возраст обследованных женщин – 50,6 лет, мужчин – 51,6. Средняя длительность РЗ среди женщин составляла 8,9 лет. Воспалительная активность по СРБ – 0,92, т.е. ≈ «+». Исходные уровни МК в крови 469 ммоль/л, при выписке – 425. У мужчин средний анамнез заболевания составлял 7,7 лет; СРБ – 1,27, т.е. > «+»; ГУ в динамике 460/494. По содержанию МК все обследованные были разделены на 3 группы: с повышенным содержанием МК в моче, с нормальным, со сниженной экскрецией. В группе женщин такое распределение составило в абсолютных цифрах 24/20/15. В % соответственно 41/34/25. В группе мужчин – 22/15/21 и в % 38/26/36. Средние показатели содержания МК в моче при использовании 1 диагностического набора не рассчитывались в связи с малочисленностью группы. Но и муж. и жен. показатели были повышены от 2,5 до 10 раз. Средние показатели содержания МК в моче в мг/сут в группе с повышенной экскрецией у женщин (11 б-ных) составили 5765 (в интервале от минимального значения 4522 до максимального 8000). У мужчин (3 больных) – 6256 (в интервале от 5380 до 7250). В группе с нормальной экскрецией показатели в мг/сут у женщин (13 б-ных) составили 2844 (интервал от 1729 до 3800), у мужчин (6 б-ных) – 3000 с интервалом от 1632 до 4300. В группе с гипоекскрецией МК, средние показатели у женщин (13 б-ных) – 696 (интервал 664-1250). Причем в 2 случаях содержания МК в моче обнаружено не было. В группе мужчин (6 б-ных) средний показатель гипоекскреции составил 910 (интервал от 800-1270). В одном случае МК в моче обнаружено не было. Средние показатели содержания МК в моче в ммоль/сут. в группе пациентов с повышен-

ным выделением МК у женщин (13 б-ных) составили 8,98 в интервале от 4,54 до 20,12. У мужчин (19 б-ных) также 8,98 в интервале 5,25-22,6. В группе с нормальными показателями выделения их МК величина у женщин (7 б-ных) 3,09 в интервале от 1,6 до 4,3; у мужчин (9 б-ных) – 3,3 в интервале 1,79-4,24. У больных с гипоекскрецией МК показатели у женщин (5 б-ных) 1,0 в интервале 0,42-1,38. В группе мужчин (14 б-ных) – 1,05 в интервале 0,58-1,38. В 1 случае МК в суточной моче не обнаружена.

Также проводился анализ урикозурии в группах больных с различными показаниями для обследования: подагра, ГУ, УУ, сочетание ГУ с УУ. Среди женщин подагра, как показание к обследованию, составляла 7% (4 б-ных), ГУ – 73% (43 б-ных), УУ – 8% (5 б-ных), ГУ + УУ – 12% (7 б-ных). Аналогичное распределение в группе мужчин составило: 62% (36)/36% (21)/0/(0)/2% (1). У женщин с диагнозом подагра в 25% (1 б-ная) отмечалось повышенное выделение МК с мочой, в 25% (1) – нормальное и в 50% (2) – снижение экскреции МК. В группе женщин с ГУ, в 44% (19) выделение МК было повышено, в 33% (14) нормальное и в 23% (10) снижено. При УУ у женщин, в 75% (4) выделение МК было повышено, в 25% (1) нормальное. При сочетании повышения уровня МК в крови и УУ, в 29% (2) случаев отмечалась гиперэкскреция, в 57% (4) – нормальное выделение МК и в 14% (1) – гипоекскреция. У мужчин с подагрой, в 36% (13) наблюдалась гиперэкскреция МК, в 17% (6) – нормальное выделение и в 47% (17) – гипоекскреция. В группе мужчин с повышенным содержанием МК в крови, количество больных с гиперэкскрецией и нормальным выделением МК было одинаковым (по 9), что составляет 43% каждая. У 14% (3) отмечалась гипоекскреция МК. УУ не было зарегистрировано ни у одного мужчины. Лабораторные нарушения в виде одновременной ГУ с УУ зарегистрировано у 1 больного. При этом выделение МК с мочой было снижено.

Выводы и обсуждение. Определение суточной урикозурии не стало широко распространенным методом исследования в клинической практике. При этом, нарушения пуринового обмена в сторону образования повышенных количеств МК вызывают или сопровождают подагру, артриты, артрозы, спондилез, уратные и мочекислые нефропатии, токсикозы беременных, мочекаменную болезнь, сахарный диабет, ожирение, ГБ, лейкозы и др. Генетически обусловленные нарушения обмена МК вызывают тяжелые наследственные заболевания. Врожденная идиопатическая семейная гиперурикемия или синдром Леша-Найхана с повышенным синтезом МК приводит к тяжелому неврологическому заболеванию у детей. Вторичная ГУ чаще всего обусловлена повышенным

образованием нуклеиновых кислот при болезнях крови, после лучевой терапии, а также снижением функции почек. Недостаточное внимание к этому лабораторному показателю связано, с одной стороны, с редкими яркими его проявлениями. Крайними формами могут являться уратный криз, уратный инфаркт почки у детей или развития ХПН при длительной ГУ. С другой стороны, имеется многофакторность причин повышения МК в крови и соответственно различных нарушений при ее экскреции. Не-возможно выделить в клинической ситуации, за исключением избыточного потребления белка с приемом пищи, роль других факторов как физиологических, так и связанных с течением основного заболевания, проводимым лечением и функциональным состоянием почек. Хотя имеются нормы содержания МК в моче, мы считаем, что оценивать этот показатель необходимо в динамике и по «индивидуальной» норме. По нашим данным, при различных РЗ нарушения урикозурии (как повышение, так и снижение) имеется в 65% у женщин, у мужчин – в 74%. У больных подагрой этот показатель выше: у женщин – 75%, мужчин – 83%. Как видно, нарушения экскреции МК имеют место при различных РЗ: ДЗСТ, васкулитах, РА, спондилоартритах, ПсА, артритах, связанных с инфекцией, ДОА, ХРБС с ХСН и неревматических заболеваниях: перикардитах, узловой эритеме, паранеопластическом синдроме. Мы предлагаем включить определение урикозурии в стандарт обследования микрокристаллических артритов.

Другими показаниями для определения суточной мочевой кислоты считать ГУ, УУ или их сочетание, как для РЗ, так и любых других, расценивая их как факторы риска АГ, атеросклероза, поражения почек. При подагре определение механизма ее развития поможет клиницисту в выборе схемы лечения больного. При повышенной продукции МК назначить ингибиторы ксантиноксидазы. При нарушении выделение МК назначить или увеличить дозу урикозурических средств, блокирующих канальцевую реабсорбцию МК в почках. Можно применять эти ЛП в сочетании с диетотерапией. Усиление экскреции МК при назначении урикозурических средств повышает риск образования уратных камней. Для его уменьшения рекомендуется обильное питьё. До применения лекарственных препаратов желательно оценить влияние диетотерапии. Необходимо уточнить характер возможной сопутствующей патологии почек и провести лечебные мероприятия. Это позволит сделать терапию больного более индивидуальной на фоне широко распространения стандартов лечения любых нозологий. При динамическом наблюдении за нарушением пуринового обмена

и реакцией организма больного, мы предлагаем использовать подходы как в эндокринологии, при СД с максимальной компенсацией лабораторных показателей. Проводя аналогии с другими ревматологическими заболеваниями, обращаем внимание на включение лекарственной терапии, при нарушении липидного обмена у больных СКВ, в стандарт лечения.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ РЕВМАТОЛОГА ГОРОДСКОЙ РАЙОННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Юматова Ванда, Ханов Александр,
Городская поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону, ГУЗ
Областная больница № 2, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Summary. *Rheumatic diseases are widespread among the population. Results of treatment in rheumatology depend on early diagnostics and an early initiation of treatment. The stage medical aid organization is necessary for achievement of these purposes. At an out-patient stage patients receive medical aid at rheumatological office of district polyclinic, at advisory office of rheumatological hospital, at a day hospital outpatient department.*

Ревматологическая помощь продолжает оставаться ограниченно доступной даже в крупных городах. Это связано с недостатком профессиональных ревматологов, с невозможностью иметь в штатном расписании для главных врачей амбулаторных учреждений ставок ревматолога. Для самого специалиста-ревматолога, такая работа также малопривлекательна по материальным соображениям в виду того, что они не получают зарплаты

семейного врача или участкового терапевта. Кроме того, в сознании больных десятилетиями сложился стереотип, что при болях в суставах надо обращаться к хирургу и травматологу. Имеются сложности в проведении обследования ревматологических больных по рутинным, не говоря о специальных лабораторных методах обследования из-за очереди и «слабости» поликлинических лабораторий. Аналогичная ситуация сложилась по рентгенологическим и ультразвуковым исследованиям. Из-за той же проблемы кадрового обеспечения качество обследований вызывает вопросы.

Нами проанализирована работа врача-ревматолога на 0,5 ставки районной поликлинике миллионного города, в котором только в 3-х амбулаторных учреждениях ведется ревматологический прием. Прикрепленное взрослое население данной поликлиники составляет 60500 человек. Прием осуществляется по графику: вторник 9-14, четверг 14-19, суббота 10-14. Прием ведется в порядке живой очереди. Обращений по скорой помощи за год не было. Основная масса больных обращается самостоятельно, решив, что они нуждаются в ревматологической помощи. 14% больных направлено на консультацию к ревматологу с приема других специалистов. В поликлинике выполняется рентгенограмма костей и суставов, ЭКГ, рутинные лабораторные исследования, СРБ, сиаловые кислоты, фибриноген, мочевая кислота, кальций крови. За год принято 10355 больных. Содержание работы врача ревматолога городской поликлиники представлено в таблице.

Обращаемость за медицинской помощью в городской поликлинике ревматологических больных за 2010 г.

Заболевания	Всего пациентов	Из них, с впервые установленным диагнозом	Взято на «Д» учет	Впервые обратившиеся в данном году	Повторные обращения в данном году
Реактивные артропатии (РеА)	108(3%)***	37 (34%)*	10(27%)** (9%)*	63(58%)*	40(37%)*
Подагра	37(1%)***	21(58%)*	12(32%)** (57%)*	16(43%)*	17(46%)*
Ревматоидный артрит (РА)	200(5%)***	21(11%)*	20(95%)** (10%)*	179(89%)*	17(9%)*
Деформирующий остеоартроз (ДОА)	3493(86%)***	2529(72%)*	0(0%)** (0%)*	964(28%)*	819(23%)*
СЗСТ: СКВ, ССД, синдром Шарпа	81(2%)***	55(68%)*	15(27%)** (19%)*	26(32%)*	30(37%)*
Анкилозирующий спондилоартрит (АС)	23(0,5%)***	12(52%)*	10(83%)** (43%)*	11(48%)*	8(35%)*
Остеопороз (ОП)	70(1,5%)***	53(76%)*	5(9%)** (7%)*	17(24%)*	21(30%)*
Псориатическая артропатия (ПсА)	12(0,2%)***	7(58%)*	5(71%)** (42%)*	5(42%)*	4(33%)*
Хр. ревматическая болезнь сердца (ХРБС)	33(0,8%)***	10(30%)*	10(100%)** (30%)*	23(70%)*	18(55%)*
Всего	4057 (100%)	2745(68%)*	87(3%)** (2%)*	1304(32%)*	974(24%)*

* – процент от общего количества больных с данным заболеванием;

** – процент от общего количества больных с впервые установленным диагнозом;

*** – процент от общего количества ревматологических больных.

Общая ситуация по оказанию мед. помощи ревматологическим больным складывается следующим образом. Высок процент больных с впервые установленным диагнозом – 68%. Но из них взято на «Д» учет всего 3%. Больные, которые уже имели ранее установленный ревматологический диагноз, составляют 32% из всех обратившихся. Причем 24% обращались в данном году повторно.

По отдельным нозологическим формам ситуация складывается следующим образом. У 34% больных диагноз РеА был установлен впервые. 27% из них взяты на «Д» учет. У 58% пациентов диагноз был установлен ранее. 37% обратились по поводу обострения повторно. У 58% больных подагрой диагноз был установлен впервые, у 43% ранее. 32% больных с подагрой взяты на «Д» учет. 46% пациентов обращались за медицинской помощью повторно. Среди больных РА, в 11% случаев диагноз был установлен впервые, 89% имели его ранее. 95% больных, из впервые выявленных, взяты на «Д» учет. Только 9% обращались повторно. У 72% больных ДОА, диагноз установлен впервые, 28% имели его ранее. На «Д» учет из впервые выявленных не взят никто. 23% пациентов обращались за мед. помощью в течение года повторно. У 68% больных с системными заболеваниями соединительной ткани диагноз установлен впервые, 32% имели его ранее. На «Д» учет впервые взяты 27% больных; 37% обращались повторно.

Впервые установленный диагноз болезни Бехтерева (ББ) имели 52% больных. В 48% ББ диагностирована ранее. На «Д» учет впервые взято 83% из группы первичных. 35% пациентов обращались повторно. У 76% больных с ОП диагноз установлен впервые, 24% имели его ранее. 9% взяты на «Д» учет впервые. 30% больных с ОП обращались за мед. помощью повторно. У 58% больных ПсА диагноз был установлен впервые, 42% имели его ранее. 71% взяты на «Д» учет впервые. 33% обращались за мед. помощью повторно. У 30% пациентов диагноз ХРБС установлен впервые, 70% имели его ранее. Взятие на «Д» учет 100%. За повторной мед. помощью обращалось 55%.

Обсуждение и предложения. Организация приема врача-ревматолога «оживила» диагностику ревматологических заболеваний в поликлинике. До этого основные диагнозы врачей других специальностей – остеоартроз, остеоартрит. Необходимо стремиться к 100% взятию на «Д» учет впервые выявленных больных и к их качественно-диспансерному наблюдению. Диспансеризацию проводить силами семейных врачей и участковых терапевтов, оставив врачу-ревматологу «сложных» больных из каждой группы ревматических забо-

леваний и нозологические формы с системными проявлениями и неблагоприятным клиническим прогнозом. Для получения лицензии ЛПУ предусмотреть необходимый уровень лабораторных и инструментальных методов обследования, желательно по единому стандарту. При необходимости в сложных и дорогостоящих обследованиях использовать ресурсы диагностических центров или городских кабинетов, например для рентгенологической остеоденситометрии. Терапевтам, травматологам, хирургам поликлиники активнее направлять больных с заболеваниями суставов на консультацию к ревматологу для уточнения диагноза. Учитывая специфику работы, подготовить ревматолога по УЗИ суставов и проводить обследование прямо в кабинете. Внутрисуставные инъекции проводить в перевязочном кабинете с привлечением травматолога или самостоятельно, при наличии сертификата. Организовать лабораторное исследование внутрисуставной жидкости, в том числе с использованием методов экспресс-диагностики.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПИАСКЛЕДИНОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ОКИСЛЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Яшина Ю.В., Никитина Н.В.,
Заводовский Б.В., Зборовская И.А.,
НИИ Клинической и Экспериментальной
Ревматологии РАМН, Волгоград, Россия.

Summary. *We examined 130 osteoarthritis (OA) patients. The oxidized low density lipoprotein (OxLDL) level were determined with ELISA- test. The high level of OxLDL were revealed in sera of OA patients in 60%. 40 OA patients were treated Avocado and soya unsaponifiables (ASU) 3 months 300 mg daily. We observed good therapy effect in patients with a high level OxLDL.*

Подбор успешной терапии для конкретного пациента с ОА является трудной задачей. Поэтому, возможность прогнозирования успеха терапии ОА болезнь-модифицирующими препаратами по отдельным биохимическим маркерам является актуальной задачей. Учитывая то, что неомыляемые соединения бобов сои и авокадо (Avocado and soya unsaponifiables, ASU) являются липидным препаратом, можно предположить, что их эффективность может зависеть от некоторых параметров липидного обмена, например от уровня окисленных липопротеинов низкой плотности (оЛНП).

Цель исследования: улучшить результаты терапии остеоартроза за счет уточнения показателя к применению ASU в зависимости от уровня оЛНП сыворотки крови.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 175 человек, из которых 130 больных ОА и 45 практически здоровых лиц. Больные ОА были в возрасте от 34 до 77 лет, из которых 78 женщин (60%) и 52 мужчин (40%). Контрольная группа состояла из 25 женщин и 20 мужчин в возрасте от 26 до 58 лет, не имеющих жалоб на боли в суставах в течение всей жизни, и без клинических проявлений ОА. Окисленные липопротеины низкой плотности определялись иммуноферментным методом („Biomedica Gruppe“, „Oxidised LDL“, cat № 20042) до и после лечения.

Результаты исследования и обсуждение. Средний уровень оЛНП в сыворотке крови здоровых людей составил $114,3 \pm 4,2$ нг/мл ($M \pm m$). Уровень нормальных показателей оЛНП, определяемый как $M \pm 2\sigma$, составил от 60 до 168 нг/мл. Частота выявления оЛНП в сыворотке крови у здоровых лиц составила 4,4% (2 человека). Повышенный уровень оЛНП в сыворотке крови больных ОА был обнаружен у 78 (60%), что было достоверно чаще, чем у здоровых лиц ($p < 0,001$). Средний уровень оЛНП у больных ОА составил $252,2 \pm 3,4$ нг/мл, что достоверно превышало показатели у здоровых лиц ($p = 0,0014$).

Для исследования эффективности ASU в комплексной терапии остеоартроза больные были разделены на две группы. Первую группу составили 40 человек, которые получали ASU (пиаскледин, „Expansance“, Франция) в течение 3 месяцев в дозе 300 мг в сутки. Группу сравнения составили 90 пациентов с остеоартрозом, не получающих в комплексной терапии этого препарата. Уровень оЛНП в сыворотке крови был исследован у каждого пациента до лечения и через 3 месяца от его начала. В результате проведенного лечения у большинства больных ОА, получавших неомыляемые соединения бобов сои и авокадо, по субъективной оценке пациентов, достигнут положительный результат. Улучшение наступило у 77,5% больных. В группе сравнения, не получавших этого препарата, положительный эффект был достигнут только в 59% случаев.

Выводы. Таким образом, у пациентов, принимающих неомыляемые соединения бобов сои и авокадо, наилучший эффект был получен в группе пациентов с высоким уровнем оЛНП в сыворотке крови (более 168 нг/мл). Следовательно, мониторинг уровня оЛНП позволяет повысить эффективность лечения неомыляемыми соединениями бобов сои и авокадо у больных с ОА.

AUTOANTIBODIES TO ADENOSINE DEAMINASE AS MARKER OF IMMUNOLOGICAL DISORDERS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Alexandrova N.V., Alekhina I.Y.,
Alexandrov A.V., Zborovskaja I.A.,
Research Institute for clinical and experimental
rheumatology of Russian Academy
of Medical Science, Volgograd, Russia

Objectives. The autoantibodies to various enzymes are often found out in sera of systemic lupus erythematosus (SLE) patients, but clinical value of such antibodies often is not understood.

Purpose. The purpose of work was to study the of antibodies generation to the basic enzyme of purine metabolism – Adenosine Deaminase (ADA) in SLE and to reveal the relationship of studied antibodies with clinical and laboratory features of pathological process.

Methods. 30 healthy persons have been included in our study and 71 SLE patients (66 women and 5 men) with various clinical signs (44 persons had 1st degree of disease activity, 27 persons – 2nd degree of pathological process activity). 18 women had habitual noncarrying of pregnancy (HNP) in anamnesis. Antibodies of IgG class to ADA (anti-ADA) determined by technique of indirect ELISA developed by us with the use of immobilized form of ADA as an antigenic matrix. β_2 -glycoprotein-I-dependent antiphospholipids (aPhL) of IgG and IgM classes were determined using commercial „Anti-Phospholipid Screen IgG/IgM“ test set (Orgentec Diagnostica).

Results. At admission an anti-ADA was revealed in 36,6%, aPhL of IgG class – in 45,1%, and aPhL of IgM class – in 23 (32,4%) SLE patients. It has been noted that IgG- aPhL were found out in anti-ADA-positive patients more often and in higher antibody titer, than in anti-ADA-negative SLE patients ($\chi^2 = 6,4$; $p < 0,02$). Development of cytopenic syndrome was noted reliable more often in SLE patients with associated presence of IgG-aPhL and an anti-ADA in comparison with patients who has not the combinations of these antibodies in blood ($\chi^2 = 3,9$; $p < 0,05$). The increased levels of anti-ADA were revealed in 11 of 18 women with HNP, and the combination of anti-ADA and aPhL (9/18) was found out more often than isolated anti-ADA (2/18, $\chi^2 = 6,5$; $p < 0,02$) or isolated aPhL (3/18, $\chi^2 = 4,5$; $p < 0,05$).

Conclusion. Taking into account the imbalance of immunoregulatory functions in SLE, the further studying of autoantibodies to ADA generation seems

to be very promising. Presence of HNP in anamnesis is the evidence of necessity of careful biochemical monitoring of aPhL and anti-ADA in women for the prevention of abortus fetus and administration of adequate therapy.

LOCUS OF CONTROL IN PATIENTS SUFFERING FROM RHEUMATIC DISEASES

Grekhoff R.A.¹, Kharchenko S.A.¹, Cherkesova E.G.², Suleymanova G.P.¹, Nikiforova N.V.¹, Zborovsky A.B.¹,
¹Clinical Psychology Department, Research Institute for Clinical and Experimental Rheumatology, ²Hospital Therapy Department, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russian Federation

Objectives. The purpose of the research was to analyze a level of subjective control in 87 patients with systemic lupus erythematosus (SLE), 100 patients with primary fibromyalgia syndrome (FM), 29 patient with systemic scleroderma (SSD) and 27 patients with osteoarthritis (OA) using the „Level of subjective control (LSC) Questionnaire“ (Bazhin E.F. et al., 1987).

Results. SLE patients discover expressed tendency to externality in common area, and also in areas of failures (3,63±0,34), relations of production (3,42±0,21), interpersonal relations and specially in attitude to health (3,31±0,32). The study of locus

control in FM patients has founded the considerable decrease of indexes in sphere of common internality (2,98±0,31), internality in the field of achievements (3,08±0,34) and failures (3,42±0,30), interpersonal relations (3,54±0,25) and health (2,87±0,32), that indicates on externality of the attitudes of FM patients on these scales. SSD patients discover the reliable tendency to externality in a common sphere (3,8±2,58), and also on the scales of the field of failures (3,4±2,6), in family relations (4,2±2,48), relations of production (4,4±1,14). In the field of interpersonal relations and in the field of achievements the tendency towards internality were watched (6,2±2,28 and 6,0±2,34 accordingly). OA patients discover the marked tendency to externality in common sphere (3,81±1,387), as well as in the field of failures (3,51±0,64), in family relations (4,18±0,55), relations of production (2,74±0,98) and in attitude to health (4,66±1,94). In the field of interpersonal relations and in the sphere of achievements we founded the tendency towards internality (5,14±0,71 and 5,0±1,24 accordingly).

Conclusions. Thus, rheumatic diseases results in feeling of helplessness in patients. The successful treatment demands active participation of patients in process of therapy, and also change of their attitudes and life styles.

■ ENDOCRINOLOGIE

NEUROPATIA DIABETICĂ: PROBLEME DE DIAGNOSTIC

Alexa Zinaida, Anestiadi Zinaida, Macovei Cristina,
Gonța Veronica, Harea Dumitru,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Diabetic autonomic neuropathy is a serious and common complication of diabetes. To study the prevalence for autonomic neuropathy in patients with diabetes mellitus.*

Actualitate. Neuropatiile diabetice autonome (NDA) pot afecta toate funcțiile controlate de sistemul nervos autonom. Deși la 1 din 5 pacienți cu diabet pot fi constatate diverse disfuncții vegetative și mai multe studii au determinat asocierea NDA cu creșterea mortalității prin accidente cardiovasculare, iar manifestările clinice ale NDA pot afecta semnificativ calitatea vieții pacienților, ea continuă să fie frecvent subdiagnosticată [Vinik A., 2003]. Datele statistice referitoare la frecvența neuropatiei diabetice sunt foarte variabile și depind, în mare măsură, de procesele metodologice. Este cert faptul că frecvența afectării sistemului nervos la pacienții diabetici este în strictă corelație cu durata diabetului, vârsta pacienților și gradul de afectare a metabolismului glucidic. Cercetările în acest domeniu au demonstrat că la momentul depistării diabetului clinic manifest la 3,5-6,1% din pacienți se atestă unele semne ale neuropatiei, după 5 ani de evoluție acestea se depistează la 12,5-14,5%, peste 10 ani – la 20-25%, peste 15 ani – la 23-27%, iar peste 25 de ani la – 55-65%. Dacă sunt utilizate metode de apreciere a stadiilor subclinice, diagnosticul afectării nervoase crește până la 70-90% sau chiar până la 100%.

Scopul lucrării: determinarea frecvenței diferitelor forme de neuropatie autonomă la pacienții cu diabet zaharat (DZ).

Material și metode. Pentru atingerea obiectivelor propuse, au fost examinați 72 de pacienți cu diabet zaharat, dintre care 18 (25%) persoane cu diabet zaharat de tip 1 și 54 (75%) pacienți cu DZ tip 2. Pentru realizarea studiului, am elaborat un chestionar prin care am evaluat unele simptome clinice ale NDA. Pacienții au fost examinați clinic și paraclinic.

Rezultate. La pacienții cu diabet zaharat de tip 1, semne clinice sugestive pentru afectarea neuropatiei vegetative de diferit grad au fost prezente în 44% cazuri. Afectarea vegetativă cardiovasculară a fost prezentă la 27% din bolnavi, forma gastrică – în 22,2% cazuri, cea urinară – la 16,6% și în 11,1 % cazuri nu a

fost recunoscută hipoglicemia. Tulburări de termoreglare au fost prezente la 22% din pacienți. Bolnavii cu diabet zaharat de tip 2 au prezentat semnele disfuncției autonome în 56% cazuri. La aceștia neuropatia autonomă cardiovasculară a fost suspectată în 24% cazuri, afectarea vegetativă a tractului gastrointestinal – la 13% din pacienți, dereglări urogenitale – la 20%. La 41% din pacienți au fost prezente tulburări de termoreglare, care s-au manifestat prin anhidroză distală, intoleranță la căldură, transpirații, modificări gustative. În 9% din cazuri pacienții au menționat lipsa recunoașterii hipoglicemiei.

Concluzii. Analizând frecvența complicațiilor neurologice, am determinat că odată cu evoluția diabetului crește și riscul de apariție a neuropatiei. În studiul efectuat am determinat o creștere a frecvenței neuropatiei vegetative odată cu evoluția în timp a diabetului în grupul persoanelor cu tipul 1. Acest fapt, posibil, se datorează dezvoltării complicațiilor microangiopatie, rezultatul cărora este și neuropatia. În cazul pacienților cu diabet zaharat de tip 2, neuropatia vegetativă a fost prezentă și în primii ani de diabet, iar odată cu vârsta are loc o creștere nesemnificativă a acesteia.

INCIDENȚA MALADIILOR ENDOCRINE ȘI PROBLEMA DIMINUĂRII EI

Anestiadi Zinaida, Vudu Lorina,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *In the Republic of Moldova there are over 120,000 patients with endocrine disorders: 51% are suffering from diabetes mellitus, 32% – of various thyroidian pathologies and 17% – of other endocrine diseases. The social, medical and economic impact can be reduced through early detection and proper treatment of endocrine disorders.*

Conform datelor OMS, în secolul XX a sporit cota bolilor endocrine în structura morbidității generale, prin urmare patologii endocrine sunt considerate social semnificative. În același timp, ele deseori servesc ca fond în dezvoltarea unor maladii severe, ca boala ischemică a cordului, hipertensiunea arterială, cancerul de diferite localizări.

În țările economic dezvoltate, 11,2% suferă de diabet zaharat, iar la fiecare 10-15 ani numărul acestor bolnavi crește de circa 2 ori (Dedov I.I. și alții). Diabetul zaharat determină invalidizarea populației apte de muncă, sporește de 2-7 ori mortalitatea prin afectare vasculară, comparativ cu populația

fără diabet, și este recunoscut la nivel mondial ca pandemie. La 10-15% din populație se depistează formațiuni nodulare în glanda tiroidă, iar la 10-30% – obezitate. Obezitatea este considerată un factor de risc comun în dezvoltarea cancerului, a bolilor cardiovasculare, a diabetului zaharat. Deosebit de grave sunt complicațiile în cazul asocierii mai multor patologii endocrine de origine autoimună.

În Republica Moldova sunt peste 120.000 de pacienți cu boli endocrine, dintre care 51% sunt bolnavi de diabet zaharat, 32% – de diverse patologii tiroidiene și 17% – de alte maladii endocrine. Obiectivul specialiștilor din domeniu constă în studierea multidisciplinară a maladiilor endocrine, cu implicarea geneticii, biochimiei, imunologiei și a disciplinelor clinice pentru determinarea factorilor ecologici, alimentari, a modului de viață etc., care condiționează tulburări ale metabolismului și a funcțiilor, prin prisma profilaxiei și tratamentului acestora. O atenție deosebită trebuie acordată evidențierii factorilor care influențează la vârsta juvenilă, precum și disfuncțiilor și dereglărilor metabolice ce se manifestă și predomină în debutul maladiilor.

Luând în considerație că urmările bolilor endocrine sunt grave și necesită substituții hormonale pe toată viața, diminuarea impactului medico-social și economic este posibilă prin depistarea timpurie, tratamentul corect, controlul metabolic și respectarea modului sănătos de viață.

PROBLEME ACTUALE ÎN NEFROPATIA DIABETICĂ: EXPERIENȚA SCR

Gaibu Natalia, Anestiadi Zinaida,
SCR, Secția de endocrinologie,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Study of the specific literature regarding diabetic nephropaty revealed that normoglycemic and normal blood pressure prevent microvasculare complications development also diabetic nephropaty.*

Actualitate. Diabetul zaharat în ultimele decenii capătă proporțiile unei pandemii globale. În anul 2009, în RM incidența a fost de 196 cazuri la 100 mii locuitori, cu spor anual de 5-7%. Nefropatia diabetică (ND), ca o complicație microvasculară, este cea mai frecventă cauză a bolii cronice renale (ESRD) (End-Stage Renal Disease), se dezvoltă aproximativ la 40% dintre toți pacienții cu diabet zaharat (tip 1 și tip 2) și are o durată a bolii de 15-20 de ani. Dintre aceștia, 70-90% au DZ de tip 2, la care în momentul stabilirii diagnosticului în 17-30% cazuri se determină microalbuminuria, în 7-10% – proteinurie și la 1% – insuficiență renală cronică.

Scopul lucrării: evaluarea afectării renale la pacienții cu diabet zaharat internați în Secția de endocrinologie a IMSP SCR pe parcursul anului 2010.

Material și metode. A fost efectuată analiza retrospectivă a 1030 de fișe de observație ale pacienților cu diabet zaharat, internați în Secția de endocrinologie pe parcursul anului 2010, dintre care cu diabet zaharat de tip 1 – 224 pacienți (21,7%) și cu diabet zaharat de tip 2 – 806 bolnavi (78,3%). Stadializarea ND a fost efectuată în baza clasificării Mogenden. La toți pacienții au fost apreciate: PFR, MA, PN, indicii spectrului glucidic și celui lipidic, USG renală, monitorizarea valorilor TA.

Rezultate. Pacienții cuprinși în studiu aveau vârsta între 18 și 72 de ani. Lotul bolnavilor de DZ 1 a fost constituit din 51% bărbați și 49% femei, iar lotul celor cu DZ 2 – din 44% bărbați și 56% femei. În urma analizei am constatat o prevalență sporită a BRC avansate (stadiile 4 și 5 ale ND) la bărbați în cazul DZ tip 1 și la femei în cazul DZ tip 2. Structura afectării renale la persoanele cu DZ în funcție de durata bolii se prezintă în felul următor:

		<5 ani	5-10 ani	10-15 ani	>15 ani
Stadiul 1	DZ tip 1	34	39	17	10
	DZ tip 2	41	34	11	14
Stadiul 2	DZ tip 1	32	18	18	32
	DZ tip 2	37	29	19	17
Stadiul 3	DZ tip 1	28	21	24	27
	DZ tip 2	26	43	13	18
Stadiul 4	DZ tip 1	12,5	12,5	25	50
	DZ tip 2	11	---	33	56
Stadiul 5	DZ tip 1	---	14	---	86
	DZ tip 2	17	17	---	66

Concluzii. La pacienții spitalizați incluși în studiu predomină BRC stadiile 1 și 2. În 20% cazuri este constatată microalbuminuria, în 7% – proteinurie și în 5% – IRCT. Studiul efectuat indică prevalența sporită a BRC avansate la bărbați în cazul DZ tip 1 și la femei în DZ tip 2. ND se declanșează concomitent cu DZ, având o natură progresivă. Prezervarea funcției renale este facilitată de tratamentul intensiv antidiabetic, antihipertensiv și lipolipemiant. La necesitate este indicată terapia de substituție renală.

PARTICULARITĂȚILE HIPERTENSIUNII ARTERIALE LA PACIENȚII CU DIABET ZAHARAT

Gonța Veronica, Anestiadi Zinaida, Harea Dumitru,
Alexa Zinaida, Bivol Elena,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Diabetes mellitus (DM) is the most common metabolic disease, which prevalence and incidence continue to rise, leading to early disability and high mortality, ranking third after cardiovascular*

diseases and cancer. Number of patients with diabetes increase with 5-7% annually, and every 10 years this figure doubles.

Actualitate. Diabetul zaharat (DZ) este cea mai frecventă boală metabolică, cu o prevalență și o incidență în continuă creștere, care duce la o invaliditate timpurie, și la o mortalitate înaltă, ocupând locul trei după afecțiunile cardiovasculare și celor oncologice. Anual numărul de bolnavi cu DZ crește cu 5-7%, iar la fiecare 10 ani această cifră se dublează. Hipertensiunea arterială are o incidență de 2 ori mai mare la diabetici, comparativ cu populația nediabetică de aceeași vârstă, cu o incidență de 10-30% la cei cu diabet zaharat tip 1, 60-80% – la diabetul zaharat tip 2. Este frecvent asociată de obezitate, insulinorezistență și hiperinsulinism, trăsături caracteristice diabetului zaharat tip 2 a cărui incidență maximă este înregistrată între 60 și 65 de ani. Creșterea presiunii arteriale în această formă de diabet este atribuită stimulării simpaticе datorate hiperinsulinismului endogen. La pacienții cu diabet zaharat tip 1 (insulinodependent) apariția hipertensiunii arteriale se produce după apariția nefropatiei diabetice și, în special, a insuficienței renale cronice. Problemele complexe pe care hipertensiunea arterială le creează unui diabetic impun o evaluare a stadiului complicațiilor cronice specifice, iar alegerea medicației hipotensive trebuie să țină seama de efectele metabolice secundare ale acesteia.

Scopul lucrării: studierea frecvenței tensiunii arteriale la pacienții cu diabet zaharat tip 1 și tip 2, precum și a factorilor de risc pentru dezvoltarea acesteia.

Material și metode. Eșantionul de studiu a inclus 1032 de pacienți cu diabet zaharat, internați în SCR, secția de endocrinologie pe parcursul anului 2010. Din grupul total de pacienți, 225 erau cu diabet zaharat tip 1 și 807 cu diabet zaharat tip 2. Au fost evaluate valorile tensionale, nivelul glicemiei și al indicilor spectrului lipidic la toți pacienții.

Rezultate. Pacienții cu diabet zaharat de tip 1 alcătuiau 21,8%, aveau o vârstă medie de 37±1,17a-ni. Durata diabetului alcătuia 11,3±0,8 ani, valorile tensiunii arteriale sistolice erau de 123±2,5 mmHg, iar cele diastolice – de 78±1,04 mmHg. Valorile glicemiei la acest grup a fost de 10,4±0,32 mmol/l, nivelul colesterolului – 5,97±1,06 mmol/l. În grupul cu diabet zaharat de tip 1 hipertensiunea arterială a fost prezentă la 18,6% dintre pacienți. În acest grup apariția hipertensiunii arteriale este în strictă dependență de durata diabetului, adică instaurarea complicațiilor cronice și, în special, a nefropatiei diabetice, corelație semnificativ statistică (p<0.001). O corelație direct proporțională statistic semnificativă a

fost determinată între valorile tensiunii arteriale și nivelul colesterolului (p<0.05). Diabetul zaharat de tip 2 a fost prezent la 78,2% dintre pacienți, care aveau vârsta medie de 55,54±0,65 ani și durata diabetului de 9,7±0,76 ani. Valorile medii ale tensiunii arteriale sistolice au fost de 142±2,25 mmHg, iar a celei diastolice – de 85±0,92 mmHg. În cazul bolnavilor cu diabet zaharat de tip 2, valorile medii ale glicemiei au fost de 9,9±0,29 mmol/l, iar ale colesterolului – de 5,7±0,13 mmol/l. Valori înalte ale tensiunii arteriale au fost depistate la 77% din pacienții cu diabet zaharat de tip 2. După analiza datelor anamnestice, a fost determinat că la acești pacienți diagnosticul de hipertensiune arterială a precedat stabilirea diabetului zaharat de tip 2 în 37% cazuri, iar la 17% hipertensiunea a fost diagnosticată în același timp cu stabilirea valorilor crescute ale glicemiei. La 22% din diabeticii cu tipul 2 hipertensiunea arterială a apărut pe parcursul evoluției diabetului. În acest grup au fost stabilite corelații directe statistic semnificative între valorile tensionale și indicele masei corporale, precum și nivelul lipidelor în sânge.

Concluzii. Apariția diabetului la un pacient hipertensiv îl plasează pe acesta în grupul de risc înalt. Pacienții cu diabet de tip 1 sunt supuși unui risc crescut de dezvoltare a hipertensiunii arteriale de geneză renală, odată cu durata evoluției diabetului, în cazul unei compensări glicemice și lipidice insuficiente, care contribuie la dezvoltarea nefropatiei. La pacienții cu diabet zaharat tip 2, hipertensiunea arterială precede dereglarea metabolismului glucidic. De regulă, e asociată de obezitate, dereglarea metabolismului lipidic, insulinorezistență și hiperinsulinism.

Hipertensiunea arterială în asociere cu diabetul zaharat au pericol asupra stării de sănătate, prin creșterea mortalității induse de patologii cardiovasculare, insuficiența renală cronică, afectarea vaselor periferice și pierderea vederii.

PATOLOGIA ENDOCRINĂ ASOCIATĂ AUTO-IMUNĂ

Migali Nuțu, Chiaburu Lealea, Agachi Svetlana,
Baltag Natalia, Deseatnicova Elena,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Autoimmune etiopathogenesis is still most frequently occurring and more common for both rheumatic diseases and endocrine.*

Actualitate. Etiopatogenia autoimună este tot mai frecvent întâlnită și este comună pentru mai multe maladii atât reumatice, cât și endocrine.

Material și metode. În SCM „Sfânta Treime” au fost investigați și supravegheați 25 de pacienți, dintre

care: 17 femei și 8 bărbați, cu vârsta cuprinsă între 20 și 70 de ani. Cea mai frecventă asociere a patologiei autoimune endocrine a fost înregistrată la 11 pacienți (6 femei și 5 bărbați) cu afecțiunea glandei tiroide și diabetul zaharat. La 9 pacienți – asociere de patologie endocrină cu alte maladii autoimune reumatologice. Astfel, la 6 femei și 3 bărbați a fost diagnosticată hipotiroidia autoimună, diabetul zaharat și artrita reumatoidă seropozitivă.

Rezultate. La examenul clinic al pacienților s-a constatat frilozitate, lentoare fizică și în gândire, somnolență, constipații, dereglări de memorie, tegumente reci, palide cu nuanță carotenică, bradicardie, mărirea limitelor cardiace, confirmate și la examenul radiologic. De asemenea, au fost depistate modificări și la examenul paraclinic: voltaj redus de unde ECG, TSH în ser variind între 15,0 și 45,0 (N 0,17 – 4,05 mU/l), iar T3 și T4 totali scăzuți sau în limite normale, anticorpii antitireoglobulina și antitireoperoxidaza au depășit limita normală. La acești pacienți depistarea hiperglicemiei în profilul glicemic și HbA1c crescută au confirmat diagnosticul de diabet zaharat. La pacienții investigați s-a înregistrat dislipidemie: hipercolesterolemie, scăderea fracției HDL și creșterea LDL-colesterolului, precum și hipergliceridemie. Hemoleucograma a indicat prezența anemiei feriprive la mai mult de jumătate din pacienți (n14), iar la o treime din aceștia și anemia B12 și acid folic – deficitară, fapt ce confirmă geneza autoimună a acestor maladii asociate. La pacienții cu artrită reumatoidă s-au înregistrat titre crescute ale proteinei C reactive și a factorului reumatoid depistat prin latex-test și testul Waaler-Rose.

Concluzii. Frecvența maladiilor endocrine asociate este impunătoare. La bază se află factorul genetic și patogenia autoimună. Aceste maladii asociate sunt, de obicei, cu caracter de insuficiență endocrină, incluzând hipotiroidia, diabetul zaharat, hipocorticismul. Se observă o creștere a incidenței maladiilor autoimune asociate odată cu înaintarea în vârstă. După 60 de ani asemenea asocieri se întâlnesc și la pacienții cu artrită reumatoidă. În diagnosticarea acestor patologii asociate sunt de mare valoare atât anamnesticul, cât și datele de laborator și ale investigațiilor instrumentale.

SINDROAME AUTOIMUNE POLIGLANDULARE

Vudu Lorina, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The polyglandular autoimmune syndromes (PAS) include a large spectrum of autoimmune disorders: a very rare juvenile – PAS type I and a relatively common adult type with (PAS type II) or without adrenal failure (PAS type III). The autoimmune disorders may appear at the same time or at a long time interval. The diagnosis of PAS includes measurement of organ-specific autoantibodies and hormonal functional testing.*

Afectarea primară prin proces autoimun a două sau mai multe glande endocrine caracterizează sindroamele autoimune poliglandulare (SAP). În același timp, SAP deseori se asociază cu diferite patologii organospecifice de geneză autoimună neendocrine. Dereglările sistemului endocrin pot apărea simultan sau succesiv.

Există SAP tip II și SAP tip III. SAP tip II se întâlnește cel mai des, debutează la vârstă medie, se caracterizează prin insuficiență corticosuprarenală și patologie autoimună tiroidiană. SAP tip I are debut în copilărie și este caracterizat prin hipoparatiroidie, hipocorticism, candidoză cutaneomucoasă cronică recurentă. SAP tip III include asocierea patologiei autoimune tiroidiene cu alte maladii autoimune endocrine și/sau neendocrine, altele decât hipocorticismul autoimun.

Toate SAP sunt genetic determinate. În dezvoltarea SAP I are loc mutația genei AIRE, care funcționează ca un regulator autoimun și codifică o proteină AIRE, ce acționează ca un factor de transcripție. SAP II și SAP III sunt frecvent asociate cu haplotipul HLA-DR3 și HLA-DR4.

Tabloul clinic depinde de organul afectat. Patologia autoimună tiroidiană include tiroidita autoimună sau boala Graves. Afectarea cortexului suprarenal evoluează de la starea de prezență a anticorpilor antiadrenali, hipocorticism latent (pacienți asimptomatici), până la dezvoltarea bolii Addison. Diabetul zaharat tip I este o componentă a PAS II și reprezintă frecvent prima manifestare a acestui sindrom.

Diagnosticul SAP implică determinarea autoanticorpilor organ-specfici și teste funcționale hormonale.

NEFROLOGIE

INDICII METABOLISMULUI MINERAL ÎN OSTEODISTROFIA RENALĂ LA PACIENȚII CU BOALĂ CRONICĂ RENALĂ SUB HEMODIALI- ZĂ ITERATIVĂ

Negru-Mihalachi Rodica,
Deseatnicova Elena, Groppa Liliana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Purpose of this study was to determine the biochemical changes in osteoarticular pathology in patients undergoing hemodialysis (HD) to determine risk factors that may influence their development and linking with international guidelines National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative (KDOQI).*

Scopul lucrării: determinarea modificărilor biochimice în patologia osteoarticulară la pacienții hemodializați (HD), determinarea factorilor de risc ce pot influența dezvoltarea lor și corelarea cu recomandările ghidurilor internaționale „National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative (KDOQI)” și naționale.

Material și metode: Obiectul studiului au fost 106 pacienți (60 bărbați, 46 femei), cu vârsta medie $43,4 \pm 12,5$ ani și durata medie a tratamentului la hemodializă de $8,04 \pm 4,8$ ani. Procedura de dializă standard cu bicarbonat în secțiile de hemodializă ale IMSP Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă și Centrul de Dializă și Transplant Renal IMSP SCR. Protocoalele clinice practice și tipul de dializă a fost similar: concentrația Ca 1,75 mmol/l, Na 140,00 mmol/l, Cl 109,5 mmol/l, K 2,0 mmol/l, Mg 1,00 mmol/l, CH₃COOH 6,0 mmol/l, HCO₃ 32,0 mmol/l, aluminiu <0,02mg/l. Procedura standard de HD – la monitoarele „Fresenius 4008 B și 4008 S” cu filtre F-6HPS, F-7. Acordul informat a fost obținut. Nivelul calciului seric a fost apreciat conform concentrației albuminei după formula: $C_{\text{Alb}} (\text{mmol/l}) = \text{Cat.} + 0,2X(40 - \text{Alb.ser.})$. PTHi a fost determinat prin metoda radioimunometrică, valorile normale – în limitele 16-62 pg/ml. Concentrația fosforului, fosfatazei alcaline totale (FAT) au fost apreciate prin metoda automată. Pentru determinarea calcificărilor extrascheletale și a fracturilor la nivelul scheletului axial și periferic a fost efectuat examenul radiologic în incidente frontală și laterală a scheletului, examenul ecocardiografic al cordului și al vaselor magistrale, tomografia computerizată.

Rezultate. Cercetând nivelul seric al indicilor metabolismului mineral, am obținut următoarele

rezultate; 39% din pacienți au fost depistați cu semne caracteristice hiperparatiroidismului secundar (HPTs), (PTHi >450 pg/ml), 30,4% din bolnavi au fost diagnosticați cu semne caracteristice turnoverului osos scăzut PTHi <150 pg/ml. Media (M) PTHi-ului seric la pacienții cu hiperparatiroidism secundar a fost de 1040 pg/ml (cel recomandat – 150-300 pg/ml). [2] Hipercalcemia (>2,4mmol/l) în studiul nostru a fost determinată la 7,4% din pacienți, hipocalcemia (<2,1mmol/l) – la 37,9% (cifrele recomandate – 2.10–2.40 mmol/l). Nivel sporit al fosfaților (P>1,8 mmol/l) a fost determinat la 52,4% din pacienții cercetați (cel recomandat – 1.13–1.78 mmol/l). Valorile recomandate de ghidurile internaționale KDOQI [7] au fost determinate: pentru valoarea serică a PTHi – la 30,6% din pacienți și la 54,7% pentru valoarea calciului seric. Normofosfatemia a fost determinată la 47,6%, valoarea produsului Ca X P recomandat a fost depistat la 73% din pacienți. Indicele masă corporală (IMC) <23 a fost determinat la 19,2% din pacienții cercetați. În 32,6% din cazuri au fost depistate fracturi ale corpurilor vertebrelor, care au corelat pozitiv cu valorile sporite de PTH (>550 pg/ml) și cu durata tratamentului la hemodializă (p<0,05). Leziuni vasculare caracteristice, cu afectarea vaselor de calibru mare (segmentele abdominale, toracice ale aortei, art. iliace, art. femurale) au fost determinate, prin examenul radiologic și cel ecografic, la 83,7% din bolnavi. Arterele de calibru mediu (radiale, tibiale) au fost afectate de depozite de pirofosfat de calciu la 40,8% din pacienții investigați. Studiul nostru a dovedit o corelație semnificativă a calcificărilor vasculare cu durata tratamentului la dializă (p <0,001). Persoanele care au inițiat tratamentul de substituție, până a dezvolta complicații (pericardită uremică, hemoragie, hiperkaliemie), au avut mai puține calcificări vasculare (30,7%) comparativ cu pacienții cu complicații (69,3%, p<0,05).

Concluzii. Studiul efectuat a demonstrat prezența tulburărilor metabolismelor mineral și osos la peste 70% din pacienții aflați la tratament prin hemodializă. 39% din ei suferă de leziuni osoase cu turnover osos sporit, PTH>450 pg/ml, la 30,4% din bolnavi au fost depistate leziuni osoase cu turnover osos scăzut, PTH <150 pg/ml. Durata tratamentului la HD a dovedit o corelație pozitivă cu prezența calcificărilor în vasele de calibru mare și de calibru mediu. Fracturile la nivelul scheletului axial au fost depistate la 32,6% din pacienții incluși în studiu și au avut o corelație pozitivă cu durata tratamentului la dializă.

FRACTURILE COLOANEI VERTEBRALE ASOCIATE CU CALCIFICĂRI EXTRASCHELETALE LA PACIENȚII CU BOALĂ CRONICĂ RENALĂ STADIUL 5, AFLAȚI LA HEMODIALIZĂ (BCR5D)

Negru-Mihalachi Rodica,
Deseatnicova Elena, Groppa Liliana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Vascular calcifications and the bone fractures caused by abnormal bone fragility, are frequent complications associated with chronic kidney diseases (CKD). The aim of this study was to investigate the association between vascular calcifications and bone fractures in haemodialysis (HD) patients.*

Scopul lucrării: depistarea calcificărilor vasculare și a fracturilor la nivelul scheletului la pacienții cu boală cronică renală stadiul 5 sub tratament la hemodializă (BCR5D).

Material și metode. În studiu au participat 106 pacienți (60 bărbați, 46 femei) cu boală cronică renală stadiul 5 aflați la hemodializă, cu vârsta medie de $43,4 \pm 12,5$ ani. Durata medie a tratamentului a fost de $8,04 \pm 4,8$ ani. Procedura de dializă standard cu bicarbonat a fost efectuată în secțiile de hemodializă ale IMSP Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă și Centrul de Dializă și Transplant Renal IMSP SCR. Protocoalele clinice practice și tipul de dializă au fost similare. Acordul informat a fost obținut. Prezența calcificărilor vasculare a fost dovedită prin examenul ecocardiografic al cordului, al segmentelor ascendente ale aortei și examenul radiologic al membrilor periferice. Diagnosticarea fracturilor la nivelul scheletului axial și celui periferic a fost efectuată prin examenul radiologic în incidente frontală și laterală. Gradul de fractură a corpurilor vertebrelor a fost apreciat după metoda Genant [2].

Rezultate. Prezența calcificărilor vasculare în vasele de calibru mare și mediu a fost dovedită la 91,3% din pacienții examinați. Deosebire statistică semnificativă a fost observată la persoanele cu durata tratamentului < 2 ani versus > 6 ani ($p < 0,001$). Severitatea calcificărilor extrascheletale, la fel, a fost direct asociată cu durata terapiei la hemodializă (HD). Valoarea medie a indicilor metabolismului mineral cercetați au fost: calciu seric – $2,28 \pm 0,27$ mmol/l, fosfor – $2,12 \pm 0,37$ mmol/l, produsul Ca X P – $4,91 \pm 1,1$ mmol²/l², valoarea medie a PTHi- 386 ± 365 pg/ml. Analizând datele obținute, am constatat o diferență statistică semnificativă ($p < 0,05$) printre pacienții care au inițiat tratamentul timpuriu de substituție, fără complicații severe, cu o prevalență scăzută a calcificărilor vasculare (30,7%) și bolnavii cu adre-

sare tardivă (69,3%). 46% din pacienții cercetați au fost diagnosticați cu leziuni ale coloanei vertebrale dintre care 32,6% au fost fracturi la nivelul corpurilor vertebrale. Studiul nostru a demonstrat o corelație pozitivă a leziunilor coloanei vertebrale cu valorile sporite ale hormonului paratiroid PTHi (> 550 pg/ml, $p < 0,05$) și o corelație directă a fracturilor corpurilor vertebrelor cu durata tratamentului la hemodializă ($p < 0,05$). Datele obținute corespund datelor din studiile prezentate în literatura de specialitate [1, 7].

Concluzii. Cercetările efectuate au depistat prezența calcificărilor vasculare la 91,3% din pacienții studiați. Leziunile coloanei vertebrale au avut o prevalență de 49,1% și au corelat pozitiv cu valorile serice sporite ale PTHi. Prezența calcificărilor extrascheletale s-a dovedit direct proporțională cu durata tratamentului la hemodializă.

PARTICULARITĂȚILE HEMODINAMICII RENALE LA PACIENȚII CU CIROZE HEPATICE

Vlasov L.,
IMSP SCM „Sfânta Treime”, or. Chișinău

Summary. *Performing color Doppler ultrasonography in patients with cirrhosis we investigated whether the RI and PI is useful in the detection of renal hemodynamic derangement and in the establishment of diagnosis in functional kidney failure.*

Actualitate. Pacienții cu vasoconstricție renală au o retenție de sodiu mai pronunțată, activitate secretorie a vasopresinei mai crescută și necesită doze mai mari de diuretice pentru prevenirea și tratarea ascitei comparativ cu bolnavii cu perfuzie renală normală. În acest context este reactualizată aprecierea hemodinamicii renale la bolnavii cu ciroză cu ajutorul Dopplerografiei vaselor renale.

Scopul lucrării: valorificarea indicilor hemodinamicii renale la pacienții cu ciroze hepatice și rolul lor în detectarea timpurie a complicațiilor renale.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 114 pacienți cu ciroze hepatice, 64 bărbați (56,5%) și 50 femei (43,5%), cărora li s-a efectuat ecografia Doppler Duplex a arterelor renale la nivelul trunchiurilor arterelor renale drepte și stângi, la nivelul arterelor renale segmentare la ambii rinichi, cu determinarea indicelui pulsatil (IP) și indicelui de rezistență (IR).

Rezultate. Valorile IR pe ARD și ARS crescute semnificativ la pacienții cu ciroză hepatică clasa Child-Pugh B și C, comparativ cu clasa Child-Pugh A ($< 0,001$), IP la grupele respective a înregistrat o creștere nesemnificativă ($> 0,005$). Viteza maximă sistolică a arterelor renale (ARSD) și viteza minimă diastolică (ARSD) au avut diferențe statistic semnificative între loturile cercetate ($p < 0,001$), datele Dopplerografiei

renale confirmând scăderea vascularizării renale odată cu progresia suferinței hepatice, atât la nivel de trunchi, cât și la nivel de artere segmentare renale.

Concluzii. Se determină o scădere a vitezei sistolice maxime și diastolice minime în arterele renale, ce denotă o circulație sangvină renală compromisă la pacienții cu ciroză. Creșterea semnificativă a valorilor IR și IP este prezentă la bolnavii cu ciroză hepatică clasa Child-Pugh B și C, ceea ce confirmă prezența rezistenței renale crescute în stadiile avansate ale cirozei și riscul înalt al complicațiilor renale.

INSTALAREA COMPLICAȚIILOR RENALE LA PACIENȚII CU CIROZE HEPATICE: ASPECTE FIZIOPATOLOGICE

Vlasov L., Matcovschi S., Sasu B., Rusu R.,
USMF „Nicolae Testemițanu”, SCM „Sfânta Treime”,
Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Vasoconstrictive effect of Endotelin-1 (ET-1), the role of Prostaglandin E-2 (PGE-2) in regulation of renal blood flow were evaluated at 82 patients with liver cirrhosis. The results show the vasoconstrictive effect of ET-1 with it significantly increased level and the inhibited levels of PGE-2 in decompensated cirrhosis, that produce negative effects on renal blood flow.*

Actualitate. Perfuzia renală compromisă determină sensibilitatea rinichiului la modificările hemodinamice și la intervenția toxinelor, manifestându-se prin modificarea activității agenților vasoconstrictori și vasodilatatori la nivelul circulației renale. Elucidarea modificărilor de eliberare

endogenă a prostaglandinelor renale și contribuția ET-1 la instalarea tulburărilor hemodinamicii renale la pacienții cu ciroză hepatică necesită studii suplimentare.

Scopul lucrării: estimarea valorilor serice ale PGE-2 și ET-1 la pacienții cu ciroză hepatică, cu scopul de a elabora scheme moderne de prevenire și tratament medicamentos al perturbărilor funcționale renale în ciroza hepatică.

Materiale și metode. Au fost luați în studiu 82 de pacienți cu ciroză hepatică clasele Child-Pugh A, B, C (vârsta medie de 51,5±1,56 ani), inclusiv 12 pacienți diagnosticați cu SHR. ET-1 și PGE-2 în ser au fost determinate prin metoda imunoenzimatică ELISA.

Rezultate. S-a constatat că valorile PGE-2, comparativ cu grupul de control, scad odată cu avansarea cirozei hepatice, când perfuzia renală este compromisă, efectul vasodilatator al PGE-2 se micșorează semnificativ. Scăderea ratei de filtrație glomerulară se asociază cu creșterea valorii ET-1, cu hiponatremia, scăderea răspunsului la diuretice și instalarea edemelor refractare la tratament diuretic.

Concluzii. Sinteza PGE-2 în rinichi este inhibată de perturbările hemodinamice renale odată cu avansarea cirozei hepatice, ceea ce se manifestă prin micșorarea valorilor PGE-2 în ser. Se constată creșterea valorilor ET-1 ca cel mai marcat vasoconstrictor cunoscut la pacienții cu ciroză hepatică clasa Child-Pugh C. Scăderea ratei de filtrare glomerulară se asociază cu creșterea valorii ET-1, hiponatremie, prezența edemelor refractare la pacienții cu ascită marcată.

GASTROENTEROLOGIE ȘI HEPATOLOGIE

IMPORTANȚA IMUNOCORECTORULUI BIOR ÎN TRATAMENTUL ULCERULUI DUODENAL LA PACIENȚII VÂRSTNICI

Antonova N., Barba D., Butorov I.,
Calancea V., Barg L., Bodrug N.,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic
al Ministerului Sanatatii, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The combination of immunocorrector BioR with standard antiulcer scheme helped for earlier disappearing of pain and dyspeptic syndromes, shrinking of the terms of scarring of ulcerous defect, in increasing the level T-helpers and T-suppressors, and production of Ig M, G and B lymphocytes.*

Actualitatea temei. În ulcerul duodenal (UD) la pacienții vârstnici se implică multe niveluri ale homeostazei, inclusiv sistemul imun, se stabilește un proces cronic imun, manifestat prin implicarea verigilor celulare și umorale ale sistemului imun, fapt ce necesită studierea ulterioară și sistematizarea pentru crearea metodelor eficiente și științific justificate de tratament. BioR este un imunocorector și un stabilizator de membrane celulare, care are o acțiune antioxidantă, este un produs al *Spirulinei platensis*.

Scopul lucrării: studiul comparativ al eficacității clinice a imunocorectorului BioR în tratamentul complex al ulcerului duodenal la pacienții vârstnici.

Material și metode. Au fost investigați 50 de pacienți vârstnici. Lotul I (25 pacienți) – cu tratament standard antiulceros, la care s-a asociat BioR 0,5%-1,0 (5,0 mg) ml i/m pe zi, timp de 10 zile. Lotul II (25 pacienți) – cu tratament standard.

Rezultate. La pacienții lotului I media termenelor de suprimare a sindromului algic a constituit $10,4 \pm 0,3$ zile ($p < 0,001$); gradul mediu de gravitate (GMG) a sindromului dolor până și după tratament a constituit 1,99 și 0,91, cicatrizarea defectului ulceros peste 14 zile s-a constatat în 96% cazuri, peste 21 zile – 100% cazuri, s-a evidențiat creșterea nivelului CD_3 , CD_8 , CD_4 , Ig M, G, B-limfocitelor. În lotul II media termenelor de suprimare a sindromului algic a fost de $15,5 \pm 0,6$ zile ($p < 0,001$); GMG până și după tratament a constituit 1,97 și 1,21; cicatrizarea defectului ulceros peste 14 zile s-a constatat în 88%, peste 21 de zile cicatrizarea completă nu a fost atestată la 1 (4%) pacient; modificări statistic veridice ale indicilor imunității celulare și celei umorale nu au fost observate, cu toate că a existat o tendință de ameliorare a acestora.

Concluzii. Administrarea imunocorectorului BioR în asociere cu terapia standard pacienților

vârstnici cu UD contribuie la ameliorarea în termene mai reduse a sindromului dolor, la cicatrizarea mai rapidă a defectului ulceros, la diminuarea intensității reacțiilor imunopatologice celulare și umorale, ceea ce argumentează asocierea remediului dat la tratamentul de bază al pacienților vârstnici cu UD.

FRECVENȚA SINDROMULUI HEPATORENAL LA PACIENȚII SPITALIZAȚI CU CIROZĂ HEPATICĂ

Arteni I., Bivol Gr., Țăbărnă I., Crețu Rima, Guțan Marina,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Study of a total of 730 patients with cirrhosis, hospitalized in care unit of IMSP SCM nr.1, during 2005–2009, established the hepatorenal syndrome (SHR) in 101 patients (14,0 %). Possible precipitating factors have been identified involved in the development of SHR: excess of diuretics, paracentesis, gastrointestinal hemorrhage, spontaneous bacterial peritonitis.*

Actualitate. Pacienții spitalizați cu ciroză hepatică avansată, în circa 80,0% din cazuri, au o scădere a perfuziei renale cu anormalități importante în circulația arterială, fiind predispuși la apariția sindromului hepatorenal (SHR).

Scopul lucrării: aprecierea frecvenței SHR și a factorilor precipitanți implicați în apariția SHR la pacienții cu ciroză hepatică, internați în secțiile de boli interne ale IMSP SCM nr. 1.

Material și metode. Studiul retrospectiv a fost realizat pe 730 de pacienți cu ciroză hepatică, spitalizați în secțiile de boli interne, în perioada 2005-2009. Datele au fost preluate din foaia clinică de observație a bolnavului staționar.

Rezultate. Din numărul total de pacienți internați cu ciroză hepatică, sindromul hepatorenal a fost identificat la 101 (14,0%) persoane. Boala hepatică de bază a fost ciroza hepatică de etiologie diversă: virală – 48 (48,0%) cazuri; etanolică – 8 (8,0%); de etiologie neidentificată – 44 (44,0%) cazuri. La pacienții examinați s-au constatat modificări ale creatininei și ureei serice, care au confirmat prezența disfuncției renale. În funcție de severitatea disfuncției renale, pacienții au fost devizați în 2 loturi: I lot cu creatinina serică crescută $> 2,5 \text{ mg/dl}$ – 14 (13,5%) cazuri, ureea serică $> 15 \text{ mmol/l}$ – 14 (13,5%) cazuri; lotul II creatinina serică $1,0-2,5 \text{ mg/dl}$ – 87 (86,5%) cazuri, ureea serică $8,3-15 \text{ mmol/l}$ – 87 (86,5%) cazuri. Cantitatea de sodium seric la toți pacienții din studiu a fost înregistrată sub limitele parametrilor normali ≤ 132

mmol/l. Monitorizarea diurezei în timp de 24 de ore a stabilit oligoanurie, în limitele 300-500 ml urină. Pacienții au fost analizați și încadrați în tipul respectiv de disfuncție renală conform criteriilor Internațional Ascites Club. Din cei 101 bolnavi diagnosticați cu SHR, 14 (13,5%) s-au încadrat în tipul I SHR și 87 (86,5%) – în tipul II SHR. Au fost identificați posibili factori precipitanți implicați în apariția disfuncției renale: tratamentul intempensiv cu diuretice – 27 cazuri; paracenteza în volume exagerate – 14 cazuri; hemoragia digestivă – 17 cazuri; diverse infecții bacteriene (inclusiv peritonita bacteriană spontană) – 21 cazuri; factori neidentificați – 22 cazuri.

Concluzii. Sindromul hepatorenal a fost identificat în 14,0% cazuri din numărul total de pacienți (730) spitalizați cu ciroză hepatică în perioada 2005-2009. Factorii precipitanți ca: tratamentul excesiv cu diuretice, infecțiile bacteriene, paracenteza și hemoragia digestivă superioară au avut o contribuție importantă în dezvoltarea SHR.

PERSPECTIVELE TRATAMENTULUI COMPLEX AL HEPATITEI CRONICE VIRALE CU UTILIZAREA IMUNOMODULATORULUI POLIOXIDONIU

Barba D., Antonova N., Butorov I., Bodrug N., Calancea V., Coșciug I., USMF „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Clinical and immunological effectiveness of the immunomodulator Polioxidoniu in the complex treatment of chronic viral hepatitis was determined; it has been manifested by decreasing of clinical manifestations, optimization of laboratory indices of hepatic syndromes, by improving of functional activity of T and B lymphocytes and T-helper subpopulation.*

Actualitate. Reechilibrarea disfuncțiilor imune prin intermediul preparatelor imunotrope a devenit o preocupare în terapia complexă a maladiilor hepatobiliare, cu evaluarea eficacității remediei farmaceutic polioxidoniu cu un distins potențial imunomodulator, cu acțiune detoxifiantă, antioxidantă și membranostabilizantă.

Scopul lucrării: evaluarea eficacității clinico-paraclinice a tratamentului complex cu polioxidoniu la bolnavii cu hepatită cronică virală.

Material și metode. Au fost evaluați 28 de bolnavi cu hepatită cronică virală prin examenele clinic și de laborator, cu cercetarea statusului funcțional al ficatului, prin investigații imunologice, markerii hepatitei virale. 16 pacienți (lotul de bază) au fost supuși tratamentului standard cu asocierea polioxidoniului 6 mg 2 ml i/m peste o zi nr. 5; 12 bolnavi (lotul-martor) au urmat tratamentul de bază.

Rezultate. În cazul tratamentului complex cu polioxidoniu au fost înregistrate diminuarea manifestărilor sindromului dispeptic, o tendință de descreștere a ALT, AST, LDH în raport cu lotul-martor ($p>0,05$), valori mai reduse ale bilirubinei totale ($12,65\pm 0,86$ $\mu\text{mol/l}$), ale fracțiunii ei conjugate ($3,21\pm 0,41$ $\mu\text{mol/l}$), ale colesterolului ($4,15\pm 0,25$ mmol/l), ale activității fosfatazei alcaline ($83,06\pm 5,06$ UI/l), GGTP ($28,39\pm 2,59$ UI/l) și ale nivelului de trigliceride ($1,11\pm 0,15$ l). Eficacitatea răspunsului curativ al imunității umorale la bolnavii din cele două loturi clinice s-a manifestat prin scăderea concentrației limfocitelor, celulelor B, prin creșterea indicelui leuco-B-limfocitar ($p>0,05$).

Concluzii. Eficacitatea clinico-paraclinică a imunomodulatorului polioxidoniu s-a vădit prin diminuarea manifestărilor clinice, a activității funcționale a limfocitelor T și B, a subpopulației T-helper, prin optimizarea indicilor sindroamelor hepatice de laborator, grație proprietăților lui antitoxice, membranostabilizante, antioxidante și imunomodulatoare, fiind un remediu eficient în tratamentul complex al bolnavilor cu hepatită cronică virală.

INFLUENȚA TRATAMENTULUI CU OZON ASUPRA STĂRII FUNCȚIONALE A PANCREASULUI ÎN PANCREATITELE CRONICE LATENTE LA VÂRSTNICI

Bodrug N., USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova

Summary. *The latent chronic pancreatitis of the adults is manifested through the reducing of the exocrine and endocrine function of the pancreatitis. The use of the ozone in the complex treatment of the latent chronic pancreatitis allows the enhancing of the exocrine and endocrine function of the pancreatitis.*

Scopul lucrării: evaluarea influenței ozonului asupra stării funcționale a pancreasului în pancreatitele cronice latente la vârstnici.

Material și metode. În studiu au fost incluși 30 de pacienți cu pancreatită cronică latentă, vârsta medie fiind de 60-78 de ani. Lotul de control a fost compus din 30 pacienți fără manifestări ale pancreatitei cronice. La bolnavii din ambele loturi am constatat patologii concomitente: CPI. angină pectorală de efort, CF II, hipertensiune arterială, gr. II, IC II (NYHA). Diagnosticul de pancreatită cronică a fost stabilit în baza datelor clinice și celor paraclinice. În tabloul clinic au predominat manifestările de insuficiență exocrină. La examenul ultrasonor a fost determinată creșterea heterogenă a ecogeni-

tății panceasului (83,3%), neregularitatea conturală (46,6%) și dilatarea ductului Wirsung (10,0%). La 10% din pacienți s-a constatat micșorarea pancreasului în dimensiuni. Rezultatele de laborator au demonstrat nivel de α -amilază în sânge și nivel de diastază în urină micșorate, corespunzător $36,04 \pm 5,42$ U/l ($p < 0,01$) și $67,20 \pm 7,11$ U/l ($p < 0,01$), comparativ cu lotul de control ($67,02 \pm 8,01$ U/l, $94 \pm 9,01$ U/l). Evaluarea nivelului de lipază în sânge a demonstrat o reducere până la $6,16 \pm 1,9$ U/l ($p < 0,01$), nivelul ei în lotul de control fiind de $9,88 \pm 1,64$ U/l. Concentrația bazală de insulină în sânge a fost scăzută până la $6,42 \pm 1,01$ mcU/ml ($p < 0,05$), în lotul de control – $8,83 \pm 0,66$ mcU/ml. Totodată, am constatat micșorarea nivelului de C-peptidă până la $382,14 \pm 20,01$ ng/l ($p < 0,05$), comparativ cu lotul de control – $758,10 \pm 130,17$ ng/l.

Toți pacienții au urmat ozonoterapie, 10 proceduri. Pe fondul tratamentului realizat, am determinat mărirea activității amilazei sangvine și a diastazei în urină până la $60,12 \pm 10,05$ U/l și $87 \pm 12,64$ U/l corespunzător, ceea ce nu se deosebește de lotul de control ($p > 0,5$). Paralel au crescut nivelul de lipază în sânge până la $9,02 \pm 1,94$ U/l, concentrația bazală de insulină până la $8,01 \pm 0,98$ mcU/ml și nivelul de C-peptidă până la $702,62 \pm 24,78$ ng/l, fiind maximal apropiate de rezultatele analogice din lotul de control.

Concluzii. La persoanele vârstnice ce suferă de pancreatită cronică latentă se determină scăderea funcțiilor exocrine și endocrine ale pancreasului. Utilizarea ozonului în tratamentul complex al pacienților vârstnici cu pancreatite cronice latente asigură ameliorarea funcțiilor exocrine și endocrine ale acestuia.

INFLUENȚA OZONOTERAPIEI ASUPRA FLUXULUI SANGVIN PORTAL

Bodrug N., Butorov I., Barba D., Baraniuc L., Barg L., Antonova N., Cioban M., USMF „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *We examined 114 patients with chronic hepatitis C, of which 80 were men (70%) and 34 women (30%) aged from 34 to 54. In patients with chronic hepatitis C, major disturbances of venous and hepatic arterial blood flow are present. Inclusion of ozone therapy in the complex treatment allows a major compensation of blood flow in the liver.*

Scopul studiului: evaluarea efectului ozonoterapiei asupra stării circulației fluxului arterial și a celui venos hepatic.

Material și metode. Au fost examinați 114 pacienți cu hepatită cronică virală C (HCV C), dintre care 80 erau bărbați și 34 femei, cu vârsta cuprinsă între

34 și 54 de ani. Diagnosticul a fost stabilit conform datele clinice și paraclinice.

Rezultate. În funcție de tratament, toți pacienții au fost divizați în două loturi. Primul lot a inclus 71 persoane care, concomitent cu terapia complexă, au folosit ozonoterapie. Al doilea lot a inclus 43 de pacienți, tratați fără ozonoterapie. Lotul de control l-au constituit 22 de voluntari sănătoși. La pacienții cu HCV C am determinat majorarea veridica semnificativa a diametrului venelor portă și lienală, CI și diminuarea parametrilor vitezei liniare a fluxului sangvin în vena portă. Indicatorii vitezei volumului sangvin în vena portă în ambele loturi nu se diferențiau semnificativ veridic. Concomitent, volumul sangvin în vena lienală a fost semnificativ mai mare. Indicele sangvin portal-splenic a fost semnificativ mai diminuat. Pe parcursul tratamentului, la pacienții lotului I indicii circulației venoase au suferit modificări semnificative și valorile lor au fost mai aproape celor din grupul de control. La pacienții lotului II, de asemenea, am determinat modificări pozitive, dar care nu au fost statistic veridice. La bolnavii cu HCV C diametrul arterei hepatice, indicele de pulsație, indicele perfuziei arteriale, IAP au fost semnificativ mai mari decât în lotul de control. La finisarea curei de tratament, am constatat la pacienții din lotul I o dinamică pozitivă a fluxului sangvin arterial hepatic statistic veridic. În lotul II modificările indicilor fluxului sangvin arterial hepatic au avut aceleași tendințe, dar nu au fost statistic veridice.

Concluzii. La pacienții cu HCV C sunt prezente dereglări majore în fluxul sangvin hepatic venos și arterial. Incluziunea ozonoterapiei în tratamentul complex duce la compensarea mai evidentă a dereglărilor fluxului sangvin hepatic.

OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI HEPATITELOR CRONICE LA VÂRSTNICI

Bodrug N., Barba D., Istrate V., Negară A., Botezat A., Antonova N., USMF „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The use of ozonotherapy in the complex treatment influenced considerably in the positive way the efficiency in the treatment of chronic hepatitis with minimal and moderate activity no matter of etiology. It is established the reduction of the intensity of the sindrom's manifestation with confers the hepatoprotective activity of the ozone and as a result the enhancing of detoxification function of the liver.*

Scopul lucrării: studierea influențării ozonului asupra indicilor clinici și biochimici ai pacienților cu hepatite cronice de diversă etiologie cu activitate minimă și moderată.

Material și metode. Au fost examinați 40 de pacienți (21 bărbați și 19 femei) cu vârsta medie de 62-78 de ani și durata bolii de 28-46 ani. Diagnosticul de hepatită cronică a fost stabilit în baza datelor clinice și paraclinice. Toți bolnavii au urmat tratament complex tradițional, cu aplicarea ozonoterapiei. Simptomele clinice și paraclinice au fost evaluate până și după cura de tratament. La toți bolnavii am observat majorarea indicilor ALAT de 3,5 ori și AsAT de 2,5 ori. La 60% din pacienții examinați s-au constatat simptome de colestază, cu creșterea indicilor bilirubinei generale de 1,8 ori, ai colesterolului – de 1,4 ori și la 50% din pacienții – creșterea indicilor fosfatazei alcaline de 2,3 ori. După administrarea tratamentului cu ozon, am determinat scăderea certă a indicilor ALAT și tendința spre diminuare a indicilor AsAT până la cifrele ce întrec limita normei de 2 ori. Totodată, a fost înregistrată normalizarea indicilor bilirubinei generale și ai colesterolului, tendința spre scădere a indicilor fosfatazei alcaline până la cifrele ce întrec limita normei de 1,6 ori. Dintre factorii etiologici ai hepatitelor cronice, în lotul de pacienți s-au manifestat: factori criptogeni – 11 cazuri, etilism cronic – 13 cazuri, factori toxici – 6 cazuri și viruși hepatotropi – 10 cazuri. După ozonoterapie manifestările astenice, senzația de greutate și durerile în hipocondrul drept, manifestările dispeptice s-au normalizat/au dispărut la majoritatea pacienților.

Concluzii. La persoanele vârstnice ce suferă de hepatite cronice de diferită etiologie, cu activitate minimă și moderată, ozonoterapia influențează pozitiv rezultatele tratamentului complex tradițional. Se constată scăderea certă a intensității manifestărilor sindroamelor citolitice și colestatice, ceea ce confirmă activitatea hepatoprotectoare a ozonului și, ca urmare, îmbunătățirea funcției de detoxicare a ficatului.

SPECTRUL ETIOPATOGENETIC AL DIFERITELOR FORME DE PANCREATITĂ CRONICĂ

Bugai Rodica, Țăbâră Ion,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The study included 265 patients that were evaluated pathogenic spectrum of different clinical forms of chronic pancreatitis (CP). The results proved that CP is a disease of diverse etiology, being mainly alcohol consumption; deeper assessment of pathogenic spectrum of CP, including genetic factors, would allow the prevention, early diagnosis, proper treatment and reducing development risks of this pathology.*

Actualitate. Pancreatita cronică (PC) este una dintre cele mai provocatoare și necunoscute pato-

logii ale medicinei interne din punct de vedere etiopatogenic, diagnostic și clinic. Diversitatea vastă de factori etiologici impune studiarea lor mai profundă, cu determinarea rolului fiecăruia dintre ei și a interacțiunii lor în dezvoltarea diferitelor forme de PC.

Scopul lucrării: evaluarea spectrului etiopatogenic al diferitelor forme clinice de PC.

Material și metode. Studiul a inclus 265 de pacienți, diagnosticați cu PC în baza datelor anamnestice, clinice și paraclinice (hemoleucograma, urograma, analiza biochimică a sângelui: glucoza, α -amilaza, lipaza, bilirubina, ALAT, AsAT, FA, GGTP, proteinograma, creatinina, ureia, Ca, α -amilaza urinei, coprograma, elastaza-1 în materiile fecale, ecografia transabdominală, FEGDS, R-grafia abdominală pe gol, tomografia computerizată abdominală). Vârsta medie a pacienților a fost de 54 de ani, raportul bărbați/femei – 136/129. Am divizat pacienții în 3 grupuri, în funcție de forma clinică a PC: Gr. I – PC formă doloră cu recidive (140 pacienți, B/F – 90/50), Gr. II – PC formă pseudotumorală (10 bolnavi, B/F – 9/1), Gr. III – PC formă latentă (115 pacienți, B/F – 53/62).

Rezultate. Analiza rezultatelor obținute a relevat prezența următorilor factori etiologici și de risc ai PC în grupurile studiate: consumul de alcool (gr. I – 109 pacienți, 77.9%, gr. II – 8 persoane, 80%, gr. III – 62 pacienți, 54%), dereglări de nutriție (gr. I – 106 bolnavi, 75.7%, gr. II – 10, 100%, gr. III – 50 pacienți, 43.5%), tabagismul (Gr. I – 87 persoane, 62.1%, gr. II – 9 sau 90%, gr. III – 46 pacienți, 40%), patologia biliară, inclusiv colecistectomia (gr. I – 97 pacienți, 69.3%, gr. II – 7, 70%, gr. III – 85 persoane, 74%), patologia duodenului (gr. I – 45 bolnavi, 32%, gr. II – 4, 40%, gr. III – 36 pacienți, 31,3%), viruși hepatici B, D, C (gr. I – 27 pacienți, 19.2%, gr. II – 2, 20%, gr. III – 23 pacienți, 20%), tireoidita autoimună (gr. I – 2 pacienți, 1.43%, gr. III – 1 pacient, 0.9%), folosirea de durată a medicamentelor pancreatotropice (gr. I – 18 pacienți, 12.9%, gr. III – 12 persoane, 10.4%), hiperlipidemii (gr. I – 15 pacienți, 10.7%, gr. II – 1 bolnav, 10%, gr. III – 27 sau 23.5%).

Concluzii. Pancreatita cronică este o maladie polietiologică, rolul principal revenindu-i consumului de alcool. Este necesară studiarea incidenței și polimorfismului genelor implicate în dezvoltarea diferitelor forme de PC, în corelație cu acțiunea altor factori etiopatogenici. Evaluarea mai profundă a spectrului etiopatogenic al PC ar asigura prevenirea, diagnosticarea timpurie, elaborarea unui tratament corect și reducerea riscurilor acestei patologii.

EFICIENȚA HEPATOPROTECTORULUI HEPTRAL ÎN TRATAMENTUL STEATOHEPATITEI NONALCOOLICE

Butorov Ivan, David Ludmila, Butorov Serghei,
Ghicavâi Victor, Necula Gheorghe,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to assess the efficiency of the hepatoprotector Heptral in the treatment of non-alcoholic steatohepatitis. It was scientifically proven that Heptral diminishes the main clinical symptoms of the disease, the concentration of the inflammatory interleukins (L-4, IL-8, TNF α) and the cholestatic and cytotoxic markers in the serum more efficiently than the standard therapy.*

Scopul lucrării: aprecierea eficacității clinice a heptralului și determinarea influenței acestuia asupra parametrilor funcționali hepatici și a indicilor peroxidării lipidice la bolnavii cu steatohepatită nonalcoolică.

Material și metode. În studiu au fost incluși 50 de pacienți cu steatohepatită nonalcoolică (SHNA), cu vârsta medie de $52,8 \pm 2,3$ ani, randomizați în 2 loturi: lotul de bază – 25 de bolnavi care au primit heptral timp de 8 săptămâni; lotul-martor – 25 de bolnavi supuși tratamentului standard.

Rezultate. Includerea heptralului în tratamentul complex timp de 8 săptămâni a determinat diminuarea sindromului doli în lotul de bază de la $2,4 \pm 0,3$ până $0,3 \pm 0,1$ puncte ($p < 0,001$), în comparație cu lotul-martor – de la $2,3 \pm 0,4$ până la $0,9 \pm 0,2$ puncte, sau de 3 ori mai puțin în comparație cu lotul de bază. Activitatea enzimelor ALT și AST s-a micșorat de 2,6 și 2,1 ori, respectiv, la pacienții care au administrat Heptral în comparație cu lotul-martor – de 1,6 și 1,8 ori; am obținut revenirea în limitele normale a bilirubinei totale serice, fapt care nu a fost atestată în lotul-martor. Tratamentul cu heptral a determinat diminuarea de 2 ori (în lotul-martor – de 1,2 ori) a concentrației dialdehidei malonice în ser, majorarea activității superoxidismutazei și a catalazei de 1,9 și 1,8 ori, respectiv (în lotul-martor – de 1,1 și 1,1 ori, respectiv). Sub influența acestui preparat s-au diminuat concentrațiile serice ale citochinelor IL-4, IL-8 și TNF α de până la 3 ori, în comparație cu 1,5 ori la administrarea tratamentului standard; a revenit la normă raportul acizilor grași superiori în serul sangvin, în timp ce în lotul-martor s-a păstrat un raport neechilibrat. Heptralul a normalizat trigliceridele serice, care s-au redus de 2 ori, ceea ce nu s-a obținut în lotul-martor; a majorat HDL cu 21%, în comparație cu 2% la administrarea tratamentului standard.

Concluzii. Includerea heptralului în tratamentul complex al bolnavilor de SHNA sporește evident eficiența terapiei de fond, ce se manifestă prin dispariția, în majoritatea cazurilor, a sindroamelor dureros, astenovegetativ și dispeptic, prin reducerea semnificativă a markerilor inflamației sistemice și prin potențarea întregului sistem antioxidant.

INFLUENȚA HEPATOPROTECTORULUI IMUHEPTIN ASUPRA SPECTRULUI LIPIDIC LA PACIENȚII CU STEATOHEPATITĂ NONALCOOLICĂ

Butorov Ivan, David Ludmila, Butorov Serghei,
Ghicavâi Victor, Necula Gheorghe,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to determine the influence of the preparation Imuheptin on the lipid components of the serum in patients with non-alcoholic steatohepatitis. It was established that Imuheptin causes the diminishing of the saturated and raising of the unsaturated fatty acids in serum which results in the reduction by 28,2% of the atherogeneity index.*

Scopul lucrării: aprecierea influenței imuheptinului asupra indicilor lipidici ai pacienților cu steatohepatită nonalcoolică.

Material și metode. În studiu au fost incluși 55 de pacienți cu steatohepatită nonalcoolică (SHNA), cu vârsta medie de $54,1 \pm 2,5$ ani, care au fost randomizați în 2 loturi: lotul de bază – 30 de bolnavi, care au primit imuheptin timp de 8 săptămâni; lotul-martor – 25 de bolnavi cu tratament standard.

Rezultate. La toți pacienții incluși în studiu au fost determinate dereglări în spectrul lipidic în serul sangvin. Adăugarea la tratamentul standard a imuheptinului timp de 8 săptămâni a determinat diminuarea colesterolului total cu 17,9%; $p < 0,001$ – $7,93 \pm 0,26$ mmol/l, trigliceridelor – cu 46,6% ($p < 0,001$) – $2,98 \pm 0,15$ mmol/l, LDL – cu 19,1% ($p < 0,01$), VLDL – cu 14,5% ($p < 0,05$), iar nivelul HDL s-a majorat cu 17,5% ($p < 0,05$). Astfel, în consecință indicele de aterogenitate a scăzut cu 28,2% ($p < 0,001$). Tratamentul administrat în lotul-martor a influențat parametrii metabolismului lipidic, cu tendința acestora spre ameliorare, însă diferențele au fost statistic ne semnificative. Terapia complexă cu includerea imuheptinului a influențat benefic dinamica acizilor grași superiori. Astfel, după 8 săptămâni de tratament, concentrația acidului palmitic în lotul de bază s-a micșorat de 1,5 ori ($p < 0,001$) și de 1,1 ori ($p > 0,1$) în lotul-martor; a celui stearic – de 1,6 ori ($p < 0,001$) și de 1,1 ori ($p > 0,1$) în loturile de bază și martor, respectiv. Rezultate pozitive am înregistrat și

în concentrația acizilor oleic și palmitooleic, care în lotul de bază s-au majorat de 1,2 ori ($p < 0,001$) și de 1,6 ori ($p < 0,001$), respectiv, iar în lotul-martor – de 1,1 ori ($p > 0,1$) și de 1,2 ori ($p < 0,001$), respectiv.

Concluzii. Imuheptinul este un preparat farmaceutic care influențează pozitiv verigile patogenetice principale ale steatohepatitei nonalcoolice și duce la normalizarea metabolismului lipidic.

EFACTELE MEDICO-BIOLOGICE ALE PRODUSILOR DE DEZINTEGRARE A RADIONUCLIZILOR ASUPRA PERSOANELOR PARTICIPANTE LA LUCRĂRILE DE LICHIDARE A CONSECINTELOR AVARIEI DE LA CERNOBÎL

Chircă Lucica,

IMSP Policlinica Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Cancelariei de Stat

Efectele nocive ale radiației ionizante includ afecțiunile provocate de radiația ionizantă propriuzisă (α , β , γ , neutroni, raze X) și de produsele de dezintegrare radioactivă (PDR). PDR prezintă un amestec din mai mulți radioizotopi, proprietățile cărora depind de vârsta lor și de condițiile de dezintegrare.

Radionuclizii (radioizotopii) pătrund în organismul uman prin multiple căi: radieră generală externă, inhalare, ingestie, prin epiderm, inclusiv prin plăgi. În accidente nucleare cele mai frecvente căi sunt iradierea externă, inhalarea și ingestia, situație care s-a creat și la accidentul de la CAE de la Cernobîl din 26 aprilie 1986.

Gradul de afectare este în funcție de mărimea dozei absorbite, forma de distribuție și timpul de modelare a PDR, de componența nuclizilor. PDR au accesibilitate biologică diferită: înaltă, medie, joasă, cele cu accesibilitate joasă fiind mai puțin solubile și mai puțin toxice. Emanările radioactive în cazul exploziilor nucleare, inclusiv la cea de la Cernobîl, au accesibilitate biologică înaltă și odată cu creșterea vârstei PDR crește și toxicitatea lor.

Radionuclizii, pătrunzând în organismul uman, se încadrează în procesele metabolice la fel ca și analogii lor stabili din organism și provoacă modificări fizico-chimice și biologice. Mai rapid se acumulează PDR „tinere” (cu o durată de viață scurtă) și mai încetinită este acumularea celor mai „în vârstă” (cu o durată de viață îndelungată – până la sute de ani). Ultimele se acumulează în special în schelet.

Reacția organismului la încorporarea radionuclizilor are loc în trei stadii: reacția fizică, cea biofizică și modificările biologice. După 25 ani de la catastrofa de la Cernobîl, la participanții la lucrările de lichidare a consecințelor avariei de la CAE din Cernobîl (PLCAC) distingem modificări biologice. Analiza morbidității înregistrate în anii 1995-2010 atestă o în-

răutățire a stării sănătății PLCAC, care se exprimă prin creșterea numărului maladiilor cronice netumorale. Nivelul cumulativ al maladiilor cronice este: în 1995 – 2197 cazuri, în 2000 – 2966 și în 2010 – 4338 cazuri și diferă atât numeric, cât și după nozologii.

În primii ani după participarea la lucrările vizate, la PLCAC se înregistrau preponderent dereglări funcționale ce coincideau cu al doilea stadiu de reacție a organismului la încorporarea radionuclizilor. În ultimii ani s-au instalat maladii cronice cu modificări organice – faza modificărilor biologice. Însă nu s-a putut stabili o corelație a creșterii maladiilor neurologice, psihice, endocrine, inclusiv ale organelor interne, cu doza de radiație înregistrată oficial în documentația PLCAC, dar și cu perioada de participare.

EFFECTIVENESS OF IMUHEPTIN IN THE TREATMENT STEATOHEPATITIS

David Ludmila,

State University of Medicine and Pharmacy
“Nicolae Testemițanu”

Rezumat. Eficacitatea imuheptinului în tratamentul steatohepatitei

Studiul a inclus 55 de pacienți cu vârsta de 40-65 de ani, care au fost împărțiți în două loturi: lotul I (lotul de bază) – 30 pacienți care au primit tratamentul de bază și preparatul entomologic imuheptin câte 300 mg pe zi, peste 2-3 ore după cină; lotul II (lotul-martor) – 25 de pacienți care au primit doar tratament de bază. Durata tratamentului a fost de 2 luni. Incluziunea preparatului entomologic imuheptin în terapia complexă a pacienților cu steatohepatită nonalcoolică reducerea mai repede sindroamele algic și astenovegetativ și prevede o reducere a hepatomegaliei. Terapia combinată cu utilizarea imuheptinului determină la majoritatea pacienților normalizarea activității enzimelor citolizei la sfârșitul ciclului de terapie, cu condiția influenței favorabile asupra verigilor de bază ale patogenezei steatohepatitei nonalcoolice, și ajută la normalizarea metabolismului lipidic.

The purpose of the study: to examine the clinical efficacy of the entomological drug imuheptin and to assess its effect on cytolysis enzymes activity and lipid components in patients with nonalcoholic steatohepatitis.

Material and methods. The study included 55 patients (30 women and 25 men) between the ages of 40 to 65 years, mean age ($57,0 \pm 4,5$ years), who have been examined with the use of conventional clinical, laboratory and instrumental methods. The patients were divided into 2 groups by a simple randomizing method: I (main group) – 30 patients which received basic treatment and entomological medi-

cation imuheptin („Insect FARM SA”, România) 300 mg/day in 2-3 hours after dinner; II (control group) – 25 patients which received only basic treatment. The therapy lasted for 2 months.

Results and discussion. Before the beginning of the treatment the severity of the main markers of NASH was approximately the same ($p > 0,1$) in patients of both main and control groups. Duration of the symptoms during the treatment period was significantly different in patients of the 1st and 2nd groups. Most clearly those differences were seen while analysis of clinical symptoms after 1 month of study which showed a difference in the persistence of a number of symptoms and syndromes among the group of patients who received the conventional metabolic therapy and the patients who received additionally imuheptin. After 2 months of treatment the subjective markers of liver damage decreased significantly in patients of both groups, but statistically true changes were registered only in patients of the main group. As shown in table 2 clinical symptoms regressed generally faster at the end of the course of treatment in patients receiving imuheptin compared with patients not receiving this drug. Such symptoms as pain in the right hypochondrium, flatulence and general weakness, decreased by 13, 18, and 12.5 times, respectively. The analyzed parameters also showed positive dynamics in patients of the control group, but it was less significant than in the main group (decrease in the intensity by 3, 6 and 4.3 times). After 2 months of therapy, symptoms such as bloating and palmar erythema had reached complete regression in patients receiving imuheptin, while in patients of control group they persisted, although they were less pronounced than in the first month of the study. Ultrasound studies showing a positive change in the structure of the liver during therapy including imuheptin. In the majority of these patients it was revealed shrinkage of the right lobe of the liver, predominantly in anterior-posterior dimensions. Parameters reflecting the density of the liver (echogenicity, homogeneity of parenchyma and impedance) diminished by 2.1, 2.3 and 2.6 times, respectively. In the control group echogenicity, homogeneity of the parenchyma and impedance changed slightly and the values' differences were statistically insignificant ($p > 0,1$). Integrated treatment with imuheptina led to an improvement of blood lipid concentration. In patients taking imuheptin the average level of total cholesterol decreased by 19.2%, low-density lipoprotein (LDL) - by 21,4%, triglycerides - by 48,9%, the index of atherogenicity – by 29,8%. During this therapy there was a tendency of increase of high-density lipoproteins by 20,4% (from $0,93 \pm 0,10$ to $1,12 \pm 0,12$ mmol / l, $p > 0,1$).

In the control group there was also noted positive dynamics in lipid concentrations, but the differences were statistically insignificant ($p > 0,1$).

Conclusions. Additional inclusion of entomological drug imuheptin in the complex therapy of patients with non-alcoholic steatohepatitis determines a more rapid reduction of pain and asthenovegetative syndromes and provides a reduction in hepatomegaly. Combined therapy with the use of entomological drug imuheptin provided the normalization of cytolysis enzymes activity in most patients to the end of the treatment. Entomological drug imuheptin affects favorably the main links of pathogenesis of non-alcoholic steatohepatitis and contributes to the normalization of lipid metabolism.

HEPATITA CRONICĂ VIRALĂ C ȘI STEATOZA HEPATICĂ

Dumbrava Vlada-Tatiana, Lupașco Lulianna,
Țurcan Svetlana, Harea Gheorghe,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Chronic viral infection C is a worldwide problem affecting population in expansion. Liver steatosis considers being one of the factors causing the progression of liver disease. Our study included 111 of patients with chronic viral hepatitis C with/without liver steatosis. The deregulation of lipid and carbohydrate metabolism has been found in patients with chronic hepatitis C in association with liver steatosis versus without steatosis. It has been established some particularities in ultrasonographic examination.*

Actualitate. La scară mondială infecția virală C afectează aproximativ 200 milioane de oameni. În ultimii ani o atenție deosebită se acordă studierii factorilor patogenetici, implicați în progresarea hepatitei cronice virale C, inclusiv steatozei hepatice.

Scopul lucrării: studierea particularităților clinico-paraclinice la pacienții cu hepatită cronică virală C, genotip 1b, asociată cu steatoza hepatică nonalcoolică.

Material și metode. Studiul a inclus 111 pacienți cu hepatită cronică virală C, din ei cu steatoză hepatică – 56, fără steatoză – 55; lotul-martor – 30 de persoane sănătoase. Au fost apreciați parametrii clinico-paraclinici, inclusiv markerii sindroamelor de citoliză, colestază, indicatorii metabolismului glucidic și celui lipidic, examenul USG, cu evaluare Doppler Duplex color a sistemului portal, tomografia prin IMR, folosind o metodă specială de supresie lipidică.

Rezultate. Bolnavii cu steatoză hepatică asociată hepatitei cronice virale C au masa corpului și he-

patomegalia mai mari față de bolnavii fără steatoză. La pacienții cu hepatită cronică virală C și steatoză am determinat o creștere veridică a activității GGTP și FA, creșterea nivelului colesterolului total, a LDL colesterolului și a indicelui de aterogenitate, a nivelului apolipoproteinelor B și a raportului ApoB/ApoA. Indiferent de sex și de vârstă, la bolnavii cu hepatită cronică virală C și steatoză hepatică am înregistrat valori veridic crescute ale insulinei, peptidului C, indicelui HOMA, care indică apariția insulinorezistenței în acest grup de pacienți. Prin metoda USG, steatoza hepatică a fost depistată la 50,45% din bolnavii cu hepatită cronică virală C, iar prin IMR am diagnosticat steatoza hepatică la 63,33% din pacienți. Examinarea USG trebuie asociată cu evaluarea hemodinamicii din sistemul portal. Criteriile cu cea mai înaltă valoare diagnostică în aprecierea steatozei hepatice prin USG la bolnavii cu hepatită cronică virală C sunt creșterea gradului de ecogenitate a țesutului hepatic, prezența fluxului venos monofazic, depistarea zonelor hipoecogene în hilul hepatic, creșterea indicelui pulsatil și de rezistență în arterele hepatice și lienală.

CORELAȚIILE HEPATOPATIEI CRONICE ȘI PANCREATITEI CRONICE ÎN INTOXICAȚIA CRONICĂ ALCOOLICĂ

Feghiu Maria, Bugai Rodica,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The study included a group of 229 patients with alcoholic liver disease which has followed the presence of chronic pancreatitis. These patients were divided into II groups: I group – 147 patients diagnosed with chronic pancreatitis, II group – 82 patients with solitary alcoholic liver disease. Study results showed that the coexistence of liver pathology and chronic pancreatitis in patients with chronic alcoholic intoxication is more common than solitary chronic liver disease.*

Actualitate. Consumul habitual de alcool exercită multiple influențe funcționale asupra diverselor organe: SNC, sistemul nervos periferic și, nu în ultimul rând, asupra ficatului și pancreasului.

Scopul lucrării: studierea corelațiilor hepatopatiilor cronice și pancreatitei cronice în intoxicația cronică alcoolică.

Material și metode. S-a efectuat un studiu al unui lot de 229 de pacienți (anii 2007-2010) cu patologie hepatică alcoolică, diagnosticată în baza anamnezei, criteriilor clinice, biologice, imagistice, la care s-a urmărit prezența pancreatitei cronice. Acești pacienți au fost divizați în 2 loturi: I lot – 147 bolnavi

la care s-a depistat și pancreatită cronică; lotul II – 82 persoane cu hepatopatie alcoolică solitară. Vârsta pacienților – $54,3 \pm 2$ ani; bărbați – 178, femei – 51.

Rezultate. Formele clinice de patologie hepatică alcoolică au fost următoarele: hepatita alcoolică la 51 (34,1%) pacienți în lotul I și, respectiv, la 35 (42,6%) în lotul II, steatoza hepatică alcoolică la 44 (34,3%) bolnavi în lotul I și, respectiv, la 37 (49,2%) în lotul II, ciroza hepatică la 30 (21,1%) pacienți în lotul I și, respectiv, la 10 (8,2%) în lotul II.

Concluzie. Coexistența patologiei ficatului cu pancreatita cronică la pacienții cu intoxicație cronică alcoolică este mai frecventă decât afectarea hepatică cronică solitară.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC MINIM-INVAZIV AL LEZIUNILOR PRECANCEROASE ȘI AL CANCERULUI PRECOCE DIN TRACTUL GASTROINTESTINAL

Ghidirim Gheorghe, Mișin Igor,
Istrate Viorel, Bodrug Nicolae,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Endoscopic Mucosectomy (Endoscopic Mucosal Resection (EMR) and Endoscopic Submucosal Dissection (ESD)) is a minim-invasive surgical treatment of dysplastic and neoplastic precancerous lesions and early cancer of the gastro-intestinal tract (GIT). The endoscopic treatment, as an alternative to classic surgery, judging by results, it is equally effective, and from physiological point of view more advanced. The aim of study was to study different endoscopic treatment of dysplastic and neoplastic precancerous lesions and early cancer of the GIT.*

Introducere. Mucosectomia endoscopică (ME) [rezeția endoscopică de mucoasă (REM) și disecția endoscopică submucoasă (DES)] este metoda minim-invazivă de tratament chirurgical al leziunilor displazice și neoplazice precanceroase, precum și a cancerului precoce al tractului gastrointestinal (TGI). Tratamentul endoscopic, ca alternativă a chirurgiei clasice, în baza rezultatelor, este la fel de eficient, iar din punct de vedere fiziologic este mai avansat.

Scopul studiului: cercetarea diverselor metode endoscopice de tratament a leziunilor displazice, neoplazice precanceroase și al cancerului precoce al TGI.

Material și metode. În perioada 2006-2011 am efectuat tratament endoscopic la 154 pacienți cu 170 de leziuni displazice și neoplazii ale TGI. Pentru leziuni esofagiene (n=30), gastrice (n=78), duodenale (n=16), inclusiv vateriene (n=13), de colon și rectum

(n=46) am aplicat ME: REM (n=163), DES (n=7). În prezentul studiu au fost incluse esofagul Barrett cu displazie de grad înalt, precursorii adenomatoși precanceroși, cancerul precoce intramucozal. Am efectuat: REM B (prin bandare) – în 97 cazuri, REM AD (atașament distal) – în 13, REM DC (dublu canal) – în 19 cazuri, REM A (cu ansa de mucosectomie) – în 34, DES – în 7 cazuri.

Rezultate. Rezecție deplină R0 la suprafață și în adâncime am obținut în 133 (78,2%) cazuri, Rx – în 25 (14,7%) cazuri, R₁ – în 6 (3,5%). Recidivele (n= 4) au fost tratate prin reME. REM *en bloc* s-a obținut în 137 (84,04%) cazuri, DES *en bloc* R0 – în 6 (85,7%) cazuri. Complicații: hemoragii intraoperatorii 13 (7,6%): (5 – în DES; 8 – în REM), toate stopate intraoperator endoscopic (3 clampare, 1 bandare endoscopică marginală, 5 electrocoagulare și 4 injectare locală de trombină umană); 2 perforații, ambele tratate intraoperator prin clampare. Stenoza (n=1) după REM circulară de esofag a fost tratată endoscopic prin pneumodilatare cu balon.

Concluzii. Mucosectomia endoscopică este o metodă sigură de tratament al displaziei de grad înalt în esofagul Barrett, al neoplaziilor precanceroase, al cancerului precoce neinvaziv al TGI. În cazurile confirmate de neoplazii neinvazive, extinse pe o suprafață mai mare de 20 mm, este indicată DES, pentru înlăturarea *en bloc* a leziunii.

EVOLUȚIA ULCERULUI DUODENAL CU HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ

Hortolomei Valerian,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Arterial hypotension has negativ influence on the evolution of duodenum ulcer. This patients more sensible to algic syndrome, secretion and acid production with prolongation of cicatrization that normotensive patients. Arterial hypotension disease needs on the accesor treatment with hypertensive medicines.*

Actualitate. Ulcerul gastroduodenal este o patologie psihisomatică clasică care, de rând cu afecțiunile locale gastrointestinale și dereglările dispeptice, este însoțit de simptome astenoneurotice, depresive, vegetative (macro- și microcirculatorii), cardialgie cu tendință spre bradicardie și hipotensiune arterială (25-30%).

Scopul lucrării: de studiat manifestările clinice și evolutive ale ulcerului duodenal (UD) la bolnavii cu hipotensiune arterială (hTA)

Material și metode. Au fost examinați 60 de bolnavi cu UD: lotul I – 40 cu hTA (100/60 mm Hg și mai joasă) și lotul II (de referință) – 20 bolnavi cu UD și tensiune arterială normală.

Rezultate. Am constatat că sindromul algic și dispepsia (grețuri, vome, eructații acide, pirozis) sunt mai frecvente și mai intense în lotul I decât în lotul II. Cefaleea, vertijurile, cardialgia, simptomele asteno-neurotice, bradicardia, tulburările de somn, de asemenea, sunt mai dese în lotul I, comparativ cu lotul II, corespunzător: 93,7% și 10,5%; 87,0% și 2,5%; 55,0% și 15,0%; 70,0% și 17,5%; 90,0% și 2,5%; 90,0% și 30% bolnavi. Am depistat și dereglările funcțiilor secretorii și acidofere gastrice în ambele loturi, însă mai intensive în lotul I, comparativ cu lotul II. Tratamentul antiulceros cu antibacteriene, antacide, sedative, serative, cu proceduri fizioterapeutice a fost mai eficient în lotul II, soldându-se cu cicatrizarea ulcerelor și normalizarea funcțiilor stomacale mai rapide (în medie cu 9,2±1,0 zile), comparativ cu lotul I (în care a persistat și hipotensiunea arterială).

Concluzie. Hipotensiunea arterială se reflectă negativ asupra evoluției ulcerului duodenal și este necesar un tratament suplimentar cu preparate hipertensoare.

HEPATITA CRONICĂ VIRALĂ C ȘI INSULINO-REZISTENȚA

Lupașco Lulianna,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Currently among the factors that impact on disease progression and efficacy of antiviral treatment in chronic hepatitis C virus (HCV) is discussed insulin resistance. It has been investigated patients with HCV genotype 1b with normal body weight and without hepatic steatosis in order to study this issue. Changes in glucose and insulin levels and HOMA index in patients with HCV without steatosis and metabolic syndrome, suggest existence of insulin resistance a phenomenon also expressed during viral infection and reactivation can serve unfavorable prognostic criteria of the disease requiring therapeutic intervention.*

Actualitate. În prezent, printre factorii cu impact asupra progresării maladiei și eficacității tratamentului antiviral în hepatitele cronice virale C (HCV) se discută insulinorezistența (IR).

Material și metode. În scopul studierii acestui aspect, au fost investigați 39 de bolnavi cu HCVC cu genotip 1b, în special 27 (69,23%), cu masa corporală normală și fără steatoză hepatică (confirmate USG). Dintre ei 23 (58,97%) bărbați și 16 (41,03%) femei; cu vârsta sub 40 de ani – 18 (46,15%) și după 40 – 21 (53,25%). În funcție de faza infecției virale, bolnavii au fost divizați în 2 grupuri: în faza latentă – 15 (38,46%) și cu reactivarea infecției – 24

(61,54%). A fost studiat nivelul glucozei și al insulinei a jeun și în dinamica probei originale glucozo-eufilinice (elaborarea autorului) peste 1 și 2 ore, cu calcularea indexului HOMA la toate intervalele de timp. Grupul de control a fost constituit din 48 persoane practic sănătoase, cu masa corporală normală fără suspiciuni anamnestice pentru bolile hepatice și endocrine.

Rezultate. Printre bolnavii HCVC în faza latentă a infecției virale glicemia ($4,10 \pm 0,23$ mmol/l) și concentrația insulinei ($8,94 \pm 2,49$ mcUN/ml) a jeun au fost aproximativ similare cu datele obținute la persoanele sănătoase ($3,91 \pm 0,09$ mmol/l și $8,13 \pm 2,33$ mcUN/ml). Însă indexul HOMA în acest grup ($1,63 \pm 0,02$) a avut valori mai ridicate, comparativ cu grupul de control ($1,41 \pm 0,02$, $p < 0,001$). Stimularea funcției celulelor- β cu eufilină și glucoză a dus la o creștere ușoară a glicemiei ($5,66 \pm 0,35$ mmol/l și $4,25 \pm 0,21$ mmol/l), dar mai ales la creșterea valorilor de insulină peste o oră și peste 2 după probă ($40,75 \pm 5,7$ mcUN/ml și $37,09 \pm 4,22$ mcUN/ml). De asemenea, a crescut veridic în aceste intervale de timp și indexul HOMA – $10,25 \pm 0,08$ și $7,00 \pm 0,04$. În faza reactivării infecției HCV, indexul HOMA a jeun ($3,60 \pm 0,02$) și la finele examinării ($10,03 \pm 0,03$) a avut valori veridic mai mari versus controlul și versus grupul cu infecție latentă.

Concluzii. Datele prezentate sugerează existența insulinorezistenței la bolnavii cu HCVC fără sindrom metabolic și steatoză hepatică, fenomen mai exprimat în faza reactivării infecției virale și care poate servi drept criteriu de prognostic nefavorabil al evoluției bolii, necesitând intervenții terapeutice.

OZONOTERAPIA ÎN TRATAMENTUL COMPLEX AL GASTROPATIILOR

Nichita Svetlana, Butorov Ivan, Țăberneac Maia,
Barbă Doina, Butorov Serghei,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to assess the efficiency of the inclusion of ozonotherapy in the complex treatment of acute erosion and peptic ulcers of gastroduodenal zones against the background of chronic obstructive pulmonary disease reduces terms of epithelization erosive-ulcer defects, reduces activity of inflammatory process in a mucous membrane of a stomach and promotes improvement of indicators of an immune homeostasis.*

Scopul lucrării: a stabili eficacitatea clinică a ozonoterapiei ca metodă suplimentară în tratamentul leziunilor eroziv-ulceroase ale zonei gastroduodenale în bronhopneumopatia cronică obstructivă.

Material și metode. În cercetare au fost incluși 29 de pacienți cu bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPCO) de gravitate medie și gravă și cu leziuni eroziv-ulceroase ale zonei gastroduodenale, cu vârsta medie de $48,0 \pm 2,9$ ani, care au fost randomizați în 2 loturi. Lotul de bază l-au constituit 15 pacienți, la care concomitent cu tratamentul medicamentos a fost efectuată ozonoterapia; în lotul-martor au fost incluși 14 bolnavi, cărora le-au fost administrate preparate antisecretoare.

Rezultate. Pe fondul aplicării terapiei standard și administrării concomitente a ozonului, micșorarea ori dispariția sindromului algic peste 4-5 zile de la începutul tratamentului s-a constatat la 3 (20,0%) bolnavi, în lotul-martor – la 1 (7,2%) pacient, a sindromului dolor – la 10 (66,6%) pacienți din lotul de bază și la 7 (50,0%) din lotul-martor. Manifestările principale ale sindromului dispeptic au dispărut la a 6-7-a zi de tratament la 11 (73,4%) pacienți din lotul de bază și 6 (42,8%) din lotul-martor, s-au diminuat la 2 (13,3%) și la 5 (35,7%), respectiv. La a 10-a zi de terapie defectul ulceros s-a cicatrizat la 4 (26,7%) pacienți din lotul de bază și la 2 (14,3%) din lotul-martor, la a 21-a zi de tratament – la toți bolnavii lotului de bază și numai la 13 (92,8%) din lotul-martor. Măsurile efectuate au condiționat majorarea cantității CD4-limfocitelor cu 6,8% ($p < 0,01$), care a fost însoțită de creșterea indicelui imunoregulator cu 15,7% ($p < 0,001$).

Concluzii. Includerea serului fiziologic ozonat în tratamentul complex al eroziunilor acute și al ulcerelor peptice ale zonei gastroduodenale, asociat cu BPCO, reduce semnificativ termenele de jugulare a sindroamelor algic și dispeptic și duce la epitelizarea defectelor eroziv-ulceroase.

INFECȚIA CU HELICOBACTER PYLORI ȘI PREZENȚA EFECTELOR SECUNDARE ÎN TRATAMENTUL PER OS CU BISFOSFONAȚI

Pascari-Negrescu Ala, Groppa Liliana,
Chiaburu Lealea, Rotaru Larisa,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *One of the most common adverse effects of orally administered bisphosphonates are dyspeptic manifestations: heartburn, belching, pain „retrosteral” oesophageal.*

Actualitate. Unul dintre cele mai comune efecte nedorite ale administrării bisfosfonaților per os sunt manifestările dispeptice: pirozisul, eructațiile, durerea „retrosternală” esofagiană, gastralgiile.

Scopul lucrării. În lucrarea prezentată ne-am propus să urmărim o eventuală corelație între infecția helicobacteriană și prezența efectelor adverse ale administrării bisfosfonaților per os.

Material și metode. Au fost examinate 60 de pacienți cu vârsta de la 45 până la 75 de ani, diagnosticate cu osteoporoză, care au urmat tratament cu alendronat 70 mg săptămânal per os, pe o durată de la 1 lună până la 1 an, și care au relatat dispepsie cel puțin la 1 administrare a preparatului. Lotul de martori a fost alcătuit din 40 de pacienți supuse aceluiași tratament, dar care nu au avut manifestările dispeptice menționate.

Investigațiile efectuate: hemoleucograma, bilirubina, ALAT, ASAT, gamaGTP, glicemia, HBsAg, antiHBsAg, antiHCV. Fibrogastroduodenoscopia, pH-metria, testul ureazic rapid pentru determinarea H.pylori, Ultrasonografia organelor abdominale de ansamblu. Toate pacienții au folosit antecedent AINS, dar fără manifestări dispeptice evidente. La momentul luării în studiu și al examenului endoscopic administrarea acestor preparate a fost sistată.

Rezultate. În lotul de bază, la 7 persoane a fost depistat ulcer duodenal în faza de cicatrice și la 2 persoane – ulcer activ, practic asimptomatice în antecedentă. Toate aceste 9 cazuri au fost H.pylori pozitive, pH în 5 cazuri – cu aciditate sporită. La 39 pacienți din 60, FGDS a vizualizat prezența gastritei (30 – mucoasa hiperemiată, erozii superficiale, punctiforme, și 9 cu semne de atrofiere a mucoasei). Dintre aceste pacienți, H.pylori pozitive au fost 30 de persoane, aciditate sporită au avut 17, o pacientă a avut hernie hiatală axială. Boala de reflux gastroesofagian a fost diagnosticată în rândul pacienților cu manifestări adverse în 3 cazuri. În total, H.pylori a fost pozitiv la bolnavele din lotul de bază în 43 cazuri (71,7%). În lotul-martor H.pylori a fost depistat la 10 bolnave (33,3%). La pacienții din lotul-martor a fost 1 caz de ulcer duodenal în remisie și 11 cazuri de gastrită.

Concluzii. Incidența infectării cu H.pylori în rândul pacienților cu toleranță redusă la tratamentul cu bisfosfonați a fost semnificativă (71,7%), de peste 2 ori mai mare decât la bolnavele din lotul-martor, sugerând necesitatea investigațiilor de rigoare până la inițierea tratamentului cu bisfosfonați și efectuarea unui tratament de eradicare și gastroprotecție.

ATITUDINEA SUBIECTIVĂ A PACIENȚILOR CU HEPATITE CRONICE VIRALE DEPRESIVE ȘI NONDEPRESIVE FAȚĂ DE REZULTATELE TRATAMENTELOR

Romanciuc Ina, Dumbrava Vlada-Tatiana, Lupașco Iulianna, Țurcan Svetlana, Revenco Mircea, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *We investigated 147 patients with chronic viral hepatitis (CVH): B (35), C (42), B+D (40), B+D+C (4); with average age 37,3±0,89 years. Depressive scores were evaluated using the Hamilton Rating Scale for Depression. Depression in patients with CVH is associated with higher prevalence of clinical symptoms, patients with comorbid depression tend to negate the effects of prior therapies, including cases with objective ameliorated condition.*

Actualitate. Hepatitele cronice virale (HCV) nu au un tablou clinic specific, frecvent se depistează ocazional. Existența diagnosticului de HCV este un factor psihologic stresant. Depresia comorbidă a HCV este responsabilă de atitudinea față de boală, influențează manifestările clinice, reduce calitatea vieții pacienților.

Scopul lucrării: studierea, în funcție de starea emoțională a pacienților cu HCV, a particularităților tabloului clinic și a atitudinii subiective față de eficacitatea tratamentelor aplicate.

Material și metode. Studiul a inclus 147 pacienți cu HCV B (35), C (42), B+D (40), B+D+C (4); vârsta medie – 37,3±0,89 ani; bărbați 57,1%. Scorul depresiv a fost apreciat prin testul Hamilton (HDRS).

Rezultate. 38,78% din pacienți au depistat boala ocazional, anterior diagnosticului au fost asimptomatici sau ignorau simptomele. Scoruri depresive au acumulat 85% pacienți. Fatigabilitatea și manifestările vegetative au o frecvență similară la nondepresivi și la depresivi. Iritabilitatea, dereglările de somn, simptomele dispeptice și durerile abdominale au avut o prevalență mai mare în depresie vs nondepresivi ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,01$). 61,2% dintre pacienți în trecut au primit tratament de bază, dintre ei 60% cu ameliorare subiectivă a sănătății, 38,9% apreciază subiectiv lipsa eficacității, 1,1% consideră că în urma terapiei starea lor s-a agravat. Toți pacienții care au negat efectul tratamentelor anterioare (la 20% dintre ei se constată ameliorare obiectivă) au acumulat scoruri depresive.

Concluzii. Comorbiditatea depresiei la pacienții cu HCV este asociată cu o prevalență mai mare a

simptomelor clinice; bolnavii cu depresie comorbidă tind să neghe efectul terapiilor suportate, inclusiv în cazurile cu dinamică obiectivă favorabilă.

ROLUL OXIDULUI NITRIC ÎN BOALA DE REFLUX GASTROESOFAGIAN

Scurtu Alina, Dumbrava Vlada-Tatiana, Istrati V., Scorpan A., Bodrug N., Hotineanu R., Manea D., Calin Gh., USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Nitric oxide is a simple heterodiatomic molecule, composed by an atom of Nitrogen and one of Oxygen, with multiple and various effects in human biology; an biologic mediator, which is involved in various pathological and pathophysiological processes. In GERD the NO participates in the esophageal dysmotility adjustment, could be appreciated as a marker of inflammatory process in esophagus; it plays an cytoprotective role.*

Oxidul de azot sau oxidul nitric (NO) este o moleculă simplă heterodiatomică recunoscută recent, formată dintr-un atom de oxigen și un atom de azot, cu multiple și variate efecte în biologia umană. Este unul dintre cei mai importanți mediatori biologici, implicat în multiple procese fiziologice și patofiziologice. Oxidul nitric este una dintre cele mai mici molecule din natură, cu masă moleculară egală cu 30 Daltoni, de aceea trece ușor prin membrana celulară. Durata de viață a oxidului nitric este scurtă: în țesuturile biologice – până la 5-6 sec, în sol. NaCl – de la 6 până la 30 sec. Un aspect intrigant al moleculei NO este posibilitatea sa de a media evenimentele fiziologice normale și, în același timp, de a fi foarte toxic. În sistemele biologice oxidul nitric se formează din reacția de transformare a aminoacidului L-argininei în L-citrulină în prezența oxigenului și a NADPH, proces catalizat de sintezele oxidului nitric (NOS).

Izoenzimele neuronală (nNOS) și endotelială (eNOS) sunt constitutive, citoplazmatice, prezente în permanență în celule și activitatea lor depinde direct de concentrația intracelulară a ionilor de calciu și calmodulină. Oxidul nitric sintetizat de iNOS participă la instalarea proceselor inflamatorii în diverse maladii ale canalului digestiv: colita ulcerohemoragică, boala Cron, gastrita de reflux, esofagita de reflux. Efectele oxidului nitric în sistemul digestiv: asigură activitatea motorie a tractului gastrointestinal, participă în transmiterea impulsurilor neuronali (nNOS), reglează tonusul vascular al sistemului digestiv (eNOS), posedă acțiune citoprotectoare.

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) reprezintă o maladie cronică recidivantă, cauzată de mecanisme complexe de perturbare a motilității tractului digestiv superior, cu retropulsia conținutului gastric sau intestinal în esofag. În esență, BRGE este o afecțiune motorie esofagiană, care apare în urma relaxării inadecvate a sfincterului esofagian inferior. În ultimele 2 decenii, cunoștințele referite la BRGE au făcut un salt enorm. Patogenia BRGE este complicată. Este constatat faptul că incapacitatea SEI (scăderea presiunii bazale) și relaxarea spontană a esofagului sunt determinate de nivelul oxidului nitric. În BRGE cantitatea de NO este crescută și depinde de severitatea esofagitei. NO provoacă relaxarea spontană a esofagului în faza interdigestiei, influențând complexul motor migrant.

Inervația esofagului este complicată. De rând cu sistemele nervoase simpatic și parasimpatic, au fost descoperiți neuronii neadrenergici-necolinergici (NANC), mai târziu numiți nitroxidergice. Relaxarea esofagului și SEI este determinată de receptori NANC, în care rolul de mediator îl joacă oxidul nitric. Acesta este eliberat de neuronii speciali (NANC), localizați în plexul intramural, numiți de tip Dogheli. Stimularea neuronilor mărește sinteza oxidului nitric, care pătrunde în stratul muscular și activează guanilatciclaza solubilă care, la rândul ei, activează sinteza guanidinmonofosfat ciclaza (cGMF). Creșterea nivelului de cGMF micșorează concentrația ionilor de calciu în citoplasmă și afectează legătura dintre actină și miozină, astfel provocând relaxarea SEI.

Concluzie. Oxidul nitric joacă un rol important în reglarea motricității esogastrice, participă în reglarea microcirculației esofagiene, poate fi considerată ca marker al procesului inflamator din esofag.

ROLUL BOLII DE REFLUX GASTROESOFAGIAN ÎN DEZVOLTAREA BRONHOPNEUMOPATIEI CRONICE

Scurtu Alina, Istrati V., Dumbrava Vlada-Tatiana, Scorpan A., Bodrug N., Hotineanu Raisa, Manea Diana, Calin Gh., USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The gastro-oesophageal regurgitation is a disease which include all the symptoms from oesophagus regurgitation caused by the disturbance of the superior gastro-intestinal motility with the gastric or intestinal content retropulsion in oesophagus. The BRGE is represented by the typical symptoms: dysphagia, regurgitation, oesophagus pain, and atypical symptoms: cardiac-pain, respiratory-pain, ORL manifestations. These symptoms are accompanied or not by the oesophageal mucosa-lesions.*

Prevalența refluxului gastroesofagian este puțin cunoscută, dar are o incidență foarte mare. După cum arată numeroase studii epidemiologice, 30-44% din subiecți au pirozis o dată în lună, asociat în mai mult de ¼ din cazuri cu alte simptome. În prezent este evidentă creșterea incidenței afecțiunilor esofagiene, influențată de sporirea factorilor de risc legați de stilul de viață (fumatul, obezitatea, mesele cu volum mare și tardive), a factorului genetic (a cărui prezență este estimată în 18-31% din cazurile de boală), descoperind mai multe aspecte ale acestei maladii.

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) este o entitate clinică independentă, cauzată de mecanisme complexe de perturbare a motilității tractului gastrointestinal superior, cu retropulsia conținutului gastric/intestinal în esofag, și decurge cu diverse simptome (esofagiene și extraesofagiene). Simptomele tipice sunt consecințe ale agresiunii chimice esofagiene și faringiene și cuprind *pirozisul*, *regurgitația*, *eruciația*, *sialoreea* și *odinofagia*. Simptomele atipice (extraesofagiene) sunt cel mai frecvent ex-

tradigestive, se întâlnesc la aproape o treime dintre bolnavii cu BRGE și sunt obișnuit expresia complicațiilor extradigestive ale BRGE.

Manifestările ORL semnifică iritația orofaringiană sau tulburări reflexe esofago- și faringoglotice. Disfonia „idiopatică”, răgușeala inexplicabilă sunt adesea simptomele relevante. Faringitele cronice pot exprima și alte manifestări ale BRGE.

Manifestările pulmonare ale BRGE pot fi întâlnite atunci când refluxul se manifestă trenant. Tusea cronică, fără suport aparent, „surprinzătoare” uneori prin caracterul nocturn, poate releva BRGE. Hemoptiziile se pot asocia în acest cadru simptomatic. Pneumopatiile acute recurente reprezintă o altă formă de manifestare a bolii de reflux gastroesofagian. Astmul bronșic simptomatic BRGE și-a dobândit un statut legitim, fiind acceptat ca o realitate autonomă și diferită de cea a agravării evoluției clinice a afecțiunii în contextul BRGE. Toate acestea justifică demersuri diagnostice complexe și responsabile.

PNEUMOLOGIE

REAȚIILE ALERGICE LA MEDICAMENTE: PARTICULARITĂȚI CLINICO-BIOLOGICE

Bezu Ghenadie, Țăbărnă Ion, Slivciuc Andrei,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Allergic reactions to drugs were more frequently attested in female patients at ages under 35 and 51-65 years. Drugs that have produced most drug allergies were antibiotics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, analgesics, diuretics and antihypertensives. In most of the cases were confirmed predominant organ allergic reactions (92.0%): dermatological (69.0%), pulmonary (12.0%), hematologic (6.0%), liver (3.0%), renal (3.0%). Generalized allergic reactions have been dominated by drug fever and anaphylactic shock. Blood changes were certified were: eosinophilia, anemia, leukocytosis, agranulocytosis, lymphocytosis, thrombocytopenia.*

Actualitate. Importanța reacțiilor alergice la medicamente este determinată atât de frecvența și gravitatea lor, cât și de problemele medico-legale pe care le generează.

Scopul lucrării: aprecierea particularităților clinico-biologice ale alergiilor medicamentoase.

Material și metode. Au fost investigați 36 de pacienți cu reacții alergice la medicamente. Am analizat etiologia, factorii de risc, manifestările clinice și cele de laborator.

Rezultate și concluzii. Reacții alergice la medicamente au fost atestate mai frecvent la pacienții de sex feminin (64,0%), la vârste sub 35 (33,0%) și 51-65 de ani (39,0%). Preparatele care au produs cel mai des alergii medicamentoase au fost antibioticele, antiinflamatoarele nonsteroidiene, analgezicele, diureticele și antihipertensivele. În majoritatea absolută a cazurilor am observat reacții alergice predominante de organ (92,0%): dermatologice (69,0%) – urticarie,

prurit, edem Quincke; pulmonare (12,0%) – dispnee, tuse, expectorații seroase; hematologice (6,0%), hepatice (3,0%), renale (3,0%). Reacțiile alergice generalizate au fost predominante de șoc anafilactic și febră medicamentoasă. Modificările hematologice atestate au fost: eozinofilia, anemia, leucocitoza, agranulocitoza, limfocitoza, trombocitopenia.

PARTICULARITĂȚILE CLINICE ȘI DE LABORATOR ALE PACIENȚILOR CU PNEUMONII ASOCIATE GRIPEI 2009 A(H1N1), COMPARATIV CU PNEUMONIILE COMUNITARE DIN PERIOADA INTEREPIDEMICĂ

Botnaru V. ², Brocovschi Victoria ¹, Rusu Doina ²,
Toma Cristina ¹, Chesov D. ², Munteanu Oxana ¹,
¹USMF „Nicolae Testemițanu”, ²IFP „Chiril Draganiuc”,
Chișinău, Republica Moldova

Summary. *During the pandemic influenza 2009 A(H1N1) in Republic of Moldova (RM) were reported around 29 850 cases of influenza. About 21 382 of patients were diagnosed with pneumonia from the beginning of the pandemic influenza in RM.*

Actualitate. În perioada pandemiei de gripă 2009 A(H1N1), în RM au fost raportate 29 850 cazuri de gripă și 21 382 cazuri de pneumonie.

Scopul lucrării: identificarea particularităților clinice și de laborator ale pacienților cu pneumonie asociată gripei 2009 A(H1N1), comparativ cu pacienții cu pneumonie comunitară care au fost spitalizați în perioada interepidemică.

Material și metode. În studiu au fost incluși 273 de pacienți cu pneumonie și sindrom gripal, spitalizați în 5 spitale din Chișinău, în perioada pandemiei de gripă 2009 A H1N1 (noiembrie 2009 – ianuarie 2010). Grupul de comparație include 730 de bolnavi cu pneumonie comunitară, spitalizați în perioada interepidemică (ianuarie – octombrie 2009).

Rezultatele studiului

Caracteristica	Pneumonie comunitară din perioada interepidemică (n=730)	Pneumonie asociată gripei A H1N1 (n=273)	p
Vârstă	57,88 (16 – 90 ani)	41,75 (16 – 82 ani)	< 0,05
Bărbați	404 (55,34%)	144 (52,74 %)	> 0,05
Febră ≥ 38°C	291 (39,86%)	127 (46,51 %)	> 0,05
FCC (≥ 90/min.)	338 (46,30%)	63 (23,07 %)	< 0,001
FR ≥ 22/min.	321 (43,97%)	31 (11,34 %)	< 0,001
Confuzie	28 (3,83%)	24 (8,79 %)	< 0,01
Infiltrații pulmonare bilaterale	97 (13,28%)	103 (31,4 %)	< 0,001
Leucocitoză ≥ 10x10 ⁹	201 (27,53%)	20 (7,31 %)	< 0,001
Leucopenie ≤ 4x10 ⁹	40 (5,47%)	61 (22,34 %)	< 0,001
Uree ≥ 8,2 mmol/l	68/535 (12,71%)	4/60 (6,66 %)	< 0,01
Boli concomitente	652 (89,31%)	113 (34,4 %)	< 0,001
Decesuri	135 (15,6%)	6 (2,19%)	< 0,001
PCR ARN A (H1N1) pozitiv	-	69 (56,55 %) (n = 122 testări)	

Concluzii. Complicația cea mai severă a gripei – pneumonia – este frecventă (~50%) printre cei spitalizați cu sindrom gripal în perioada pandemiei și se poate dezvolta atât la persoane aparent sănătoase, cât și la cei cu boli cronice asociate. Pneumonia comunitară în perioada interepidemică este mai frecvent contractată de persoane imunocompromise, de vârstnici și de cei cu deficiențe organice importante.

ASPECTE IMAGISTICE ÎN CAZUL PACIENȚILOR CU SARCOIDOZĂ ENDOTORACICĂ

Botnaru V.², Calaraș Diana ¹, Munteanu Oxana ¹,
¹USMF "Nicolae Testemițanu", ²IFP "Chiril Draganiuc",
 Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The increased availability of advanced medical technology makes imaging pattern of pulmonary sarcoidosis wider. Knowing the incidence of more frequent imaging lesions and their association and description of certain imaging patterns in patients with pulmonary sarcoidosis comes to facilitate the diagnosis.*

Introducere. Odată cu creșterea accesibilității tehnologiilor medicale de performanță, patternul imagistic al sarcoidozei pulmonare devine tot mai vast. Cunoașterea incidenței leziunilor imagistice mai frecvente, precum și asocierea acestora și descrierea anumitelor patternuri imagistice la pacienții cu sarcoidoză pulmonară vin să suplinească cunoștințele clinicianului și să faciliteze stabilirea diagnosticului.

Scopul lucrării: aprecierea leziunilor imagistice, determinate la radiografia toracelui comparativ cu HRCT la pacienții cu sarcoidoză pulmonară.

	Radiografie, nr. 34	HRCT, nr. 34
Leziuni imagistice frecvente		
limfadenopatie hilară bilaterală	30 (88,2%)	30 (88,2%)
opacități nodulare	21 (61,7%)	27 (79,4%)
opacități liniare	3 (8,8%)	5 (14,7%)
opacități în sticlă mată	2 (5,8%)	12 (35,3%)
fibroză	5 (14,7%)	7 (20,6%)
Leziuni imagistice rare		
cavitate	1 (2,9%)	2 (5,9%)
epanșament pleural	2 (5,9%)	2 (5,9%)
îngroșare pleurală	3 (8,8%)	7 (20,6%)
fagure de miere	0	1 (2,9%)
bule	0	1 (2,9%)
nodul pulmonar solitar	2 (5,9%)	2 (5,9%)
opacități alveolare	3 (8,8%)	2 (5,9%)
aspect de limfangită	0	2 (5,9%)

Material și metode. În studiu au fost incluși 45 de pacienți cu sarcoidoză endotoracică (femei – 38 (84,4%), bărbați – 7 (15,6%), cu vârsta medie de 48,7±8,8 ani. Tuturor bolnavilor li s-a efectuat radiografia toracelui, iar la 34 (66,7%) dintre ei – HRCT pul-

monară. Confirmarea morfologică a diagnosticului s-a reușit la 40 de pacienți [biopsie pulmonară – 29 (64,4%) persoane, biopsie cutanată – 8 (17,8%), biopsie din ganglionii limfatici periferici – 3 (6,7%)].

Rezultate. Din numărul total de pacienți, în stadiul radiologic I se aflau 15 pacienți (33,3%), în stadiul II – 25 (55,6%), în stadiul III – 3 (6,7%), în stadiul IV – 2 (4,4%). Datele comparative ale leziunilor imagistice determinate sunt prezentate în tabel.

Concluzii. Leziunile imagistice frecvent întâlnite în lotul de studiu au fost: limfadenopatia hilară, opacitățile nodulare și în sticlă mată, ultimele fiind mai puțin diferențiate prin radiografie. Reieșind din limitele metodei imagistice, și impune efectuarea HRCT, care oferă posibilitatea de a preciza activitatea bolii, ceea ce are și conotație practică în determinarea necesității și a momentului inițierii corticoterapiei.

PARTICULARITĂȚILE INFECȚIEI TUBERCULOASE ÎN CONDIȚIILE CREȘTERII INCIDENȚEI REZISTENȚEI LA MEDICAMENTE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Botnaru V., Chesov D.,
 Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”,
 Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Republic of Moldova (RM) is among countries with the highest burden of tuberculosis (TB) in European region. Results of the implementation, of few national TB programs suggest the necessity to find new approaches in control of tuberculosis. We have hypothesized that the burden of TB differs significantly in different districts of RM thus different regions could require different efforts for TB control. We designed this study to identify epidemiological differences of TB infection in different regions of RM.*

Introducere. Republica Moldova se situează printre țările cu cea mai mare povară a tuberculozei în regiunea europeană. Deși pe parcursul ultimilor ani s-au implementat mai multe programe naționale de control al tuberculozei, rezultatele obținute în cadrul acestora sugerează necesitatea găsirii unor noi abordări, în vederea diminuării impactului infecției tuberculoase.

Scopul lucrării: studierea particularităților demografico-teritoriale ale dinamicii indicatorilor epidemiologici ai tuberculozei în RM, în vederea stabilirii direcțiilor prioritare de implementare a măsurilor de control al tuberculozei.

Material și metode. În studiu au fost analizate datele Sistemului informațional de monitorizare și evaluare a tuberculozei (SIME TB) din RM, colectate în perioada 2006-2010. Au fost studiate particularitățile

distribuției teritoriale, caracteristicile demografice și dinamica principalilor indici epidemiologici.

Rezultate. Analiza datelor existente a pus în evidență diferențe semnificative a principalilor indici epidemiologici în diferite teritorii ale RM. Creșterea continuă, pe parcursul ultimilor ani, a incidenței cazurilor de tuberculoză multidrogrezistentă a înregistrat ritmuri diferite în raioanele republicii, în unele teritorii acestea având un trend invers celui al tuberculozei sensibile. Pe parcursul perioadei analizate, în structura morbidității și mortalității prin tuberculoză au predominat persoanele tinere apte de muncă, o cotă semnificativă dintre acestea revenindu-le femeilor în vârstă reproductivă. Dinamica principalilor indicatori epidemiologici ai infecției tuberculoase, în ultimii ani, este una mult prea lentă pentru asigurarea unui control eficient al tuberculozei, în țară s-a înregistrat chiar o ușoară dinamică pozitivă a acestora.

Concluzii. Tuberculoza rămâne o problemă majoră de sănătate publică. Diferențele principalilor indicatori epidemiologici ai infecției tuberculoase în diferite regiuni ale republicii sugerează necesitatea abordării diferite a măsurilor de control al tuberculozei în diferite teritorii, cu focalizarea în special pe cele cu o povară maximă a tuberculozei.

PNEUMONIILE SEVERE LA PACIENȚII CU GRIPA 2009 A(H1N1): PERSPECTIVĂ CLINICO-RADIOLOGICĂ

Botnaru V.¹, Chesov D.¹, Rusu Doina¹,
Brocovschi Victoria²,
¹Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”,
²USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *WHO experts consider that influenza virus 2009 A H1N1 will continue to be the most frequent isolated viral type during influenza seasons of following 2-3 years. Thus summarizing of the clinico-radiological features of sever pneumonia associated with 2009 A H1N1 infection, presents a practical importance for the management of these patients during the next following periods.*

Actualitate. Experții OMS consideră că tipul grupal 2009 A H1N1 va continua să domine în sezonul gripal din următorii 2-3 ani. Astfel, sumaarea particularităților evoluției clinico-radiologice a complicațiilor severe ale infecției 2009 A H1N1, inclusiv a pneumoniilor, este deosebit de importantă pentru managementul acestor bolnavi în perioadele imediat următoare.

Scopul lucrării: evaluarea particularităților de evoluție clinică și a dinamicii modificărilor radiologice ale pneumoniilor la pacienții cu gripă pandemică 2009 AH1N1.

Material și metode. Au fost analizate datele clinico-radiologice la interanre și dinamica acestora 75 de pacienți cu gripă 2009 A, complicată cu pneumonie cu evoluție severă. Lotul studiat a fost divizat în două grupuri de pacienți: grupul 1 (47) – pacienți cu insuficiență respiratorie acută (IRA) care nu au necesitat ventilație mecanică, grupul 2 (28) – bolnavi cu IRA care au necesitat ventilație mecanică.

Rezultate. Simptomul clinic de bază care diferențiază grupuri studiate a fost dispneea. Cele mai frecvente complicații la pacienții studiați au fost SDRA și sepsisul. 16 bolnavi din grupul 2 au decedat, letalitatea în lotul de studiu constituind 21,3 % (16/75). Tabloul radiologic al grupului 2 de studiu a fost dominat de opacități de tip alveolar, cu o distribuție mai extinsă a acestora comparativ cu grupul 1, în care predominante sunt modificările de tip sclămată și cele reticulare. La supraviețuitorii din grupul 2 s-a înregistrat o dinamică radiologică mai trenantă, comparativ cu pacienții din grupul 1. La o doime dintre aceștia persistența modificărilor radiologice restante a fost înregistrată la un termen de 3-6 luni.

Concluzii. Pneumoniile asociate gripei 2009 A H1N1 pot avea o evoluție deosebit de gravă, asociată cu o rată semnificativă a letalității. La unii supraviețuitori dinamica ameliorării clinico-radiologice înregistrează tempouri foarte lente.

PROFILUL MICROBIOLOGIC ȘI ANTIBIOREZISTENȚA ÎN PNEUMONIILE NOSOCOMIALE LA NIVELUL INSTITUȚIEI MEDICALE REPUBLICANE

Botnaru V.¹, Toma Cristina², Rusu Doina¹,
Munteanu Oxana², Brocovschi Victoria²,
¹IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”,
²USMF „N. Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Inappropriate antimicrobial therapy is a major risk factor for high mortality among the patients with nosocomial pneumonia. The initial empiric therapy recommendations require modification based on knowledge of the main pathogens and local patterns of antibiotic resistance which are specific for different clinical departments.*

Introducere. Terapia inadecvată crește mortalitatea și durata spitalizării la pacienții cu pneumonii nosocomiale (PN). Rezistența agenților patogeni la preparatele antibacteriene este una dintre cauzele răspunsului nefavorabil la tratament. Schemele de terapie propuse de ghidurile internaționale în vigoare poartă mai mult un caracter de recomandare, deoarece profilul microbiologic și antibio rezistența diferă în funcție de regiune și de profilul spitalului.

Scopul lucrării: determinarea patternului microbiologic și a antibioretistenței în pneumoniile nosocomiale la nivelul instituției medicale republicane.

Material și metode. A fost studiat un lot de 20 de pacienți cu PN (confirmată clinic, biologic și radiologic) din 5478 de persoane internate în IMSP SCR (studiul a fost efectuat timp de 9 luni în 2010-2011). Aproximativ 54,5% au fost pacienți din secțiile cu profil chirurgical și 45,5% – cu profil terapeutic. Vârsta medie a bolnavilor a fost de 56,5 ani (29-84 ani). Pentru analiza bacteriologică au fost colectate probele de spută (expectorații, aspiratul transtraheal, lavajul bronhoalveolar).

Rezultate. În marea majoritate a cazurilor a fost depistată o asociere de agenți patogeni. Germenii izolați au fost: *Ps.aeruginosae* (45%), *Str.viridans* (45%), *A.levofii* (20%), *K.pneumonia* (20%), *E.faecalis* (15%), *Staph.aureus* (10%), *Str.pyogenes* (10%). Antibioretistența agenților patogeni a fost constatată la un număr semnificativ de bolnavi cu PN.

Antibioretistența în pneumoniile nosocomiale la nivelul instituției medicale republicane

	<i>Ps. aeruginosae</i>	<i>Str. viridans</i>	<i>K. pneumonia</i>	<i>A. levofii</i>
Amoxiclav	61%		16%	29%
Cefazolin	70%	10%	10%	40%
Cafotaxim	67%	11%	20%	42%
Ceftazidim	65%		11%	33%
Ceftriaxon	60%	11%	11%	22%
Ciprofloxacina	65%	22%		
Levofloxacina	40%			
Amicacina	16%			
Imipenem	11%			22%

Concluzii. Deși incidența pneumoniilor nosocomiale este mică, ele rămân o problemă majoră datorită germenilor intraspitalicești cu rezistență largă la preparatele antibacteriene.

OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Butorov Ivan, Butorov Serghei, Gonciar Veaceslav, Barbă Doina, Antonova Natalia, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The aim of the study was to determine the clinical efficiency of the anti-inflammatory drug Fenspiride in patients with chronic obstructive pulmonary disease stage II. We established that Fenspiride leads to a faster resolution if the exacerbations of COPD symptoms and to a more prolonged remission period of the disease in comparison with standard treatment alone.*

Scopul lucrării: determinarea eficacității clinice antiinflamatoare a preparatului fenspirid la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă gradul II.

Material și metode. În studiu au participat 40 de pacienți cu bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPCO) gradul II, care au fost repartizați în 2 loturi: lotul de bază – 22 pacienți cu tratament antiinflamator standard, în asociere cu fenspirid, lotul-martor – 18 bolnavi cu tratament antiinflamator standard. Tratamentul standard al exacerbărilor BPCO a inclus administrarea antibioticelor, ipratropium bromid în doze 0,25-0,5 mg, fiecare 8 ore prin nebulaizer. Fenspiridul a fost indicat în doze de 160 mg diurn în 2 prize pe parcurs de 6 luni. Toți bolnavii au fost examinați pe parcursul studiului, apoi peste 3 și 6 luni corespunzător. Programul de diagnostic a fost complex și a inclus: evaluarea semnelor clinice, datele spirometriei, examenul radiologic al cutiei toracice, testul cu efort.

Rezultate. Peste 3 luni pe fondul tratamentului asociat cu fenspirid, la pacienții lotului de bază cu BPCO a avut loc regresia marcată a manifestărilor sindromului bronhoobstructiv (tusei și dispneei), în comparație cu bolnavii tratați tradițional ($p < 0,05$). Evaluarea comparativă a celor 2 programe de tratament și influența lor asupra dinamicii VEMS a confirmat ameliorarea semnificativă a acestui parametru la pacienții tratați cu fenspirid. Efectul clinic pozitiv obținut către luna a 3-a de tratament s-a menținut stabil la pacienții lotului de bază și peste 6 luni, s-a estimându-se creșterea marcată a indicilor VEMS ($p < 0,05$). Rezultatele studiului au demonstrat că includerea fenspiridului în programul de tratament standard al pacienților cu BPCO în exacerbare stadiul II majorează eficacitatea tratamentului standard prin accelerarea regresiei simptomelor clinice (tusea, dispneea) și ameliorează evident funcția ventilatorie pulmonară, comparativ cu tratamentul standard.

Concluzii. Rezultatele obținute ne confirmă eficacitatea înaltă și stabilă antiinflamatoare a preparatului fenspirid în tratamentul pacienților cu BPCO și necesitatea de utilizare îndelungată a fenspiridului în combinație cu remedii bronholitice. Un rezultat important al tratamentului asociat cu fenspirid este efectul bronholitic marcat și de durată, care se menține pe parcursul a 6 luni.

ANEMIA LA PACIENȚII CU BPCO

Corlăteanu A., Botnaru V., USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Abnormalities of the haemoglobin level in COPD are not well studied. We investigated the prevalence and association of abnormal haemoglobin with some clinical outcomes. Anemia in COPD was an independent risk factor for reduced functional capacity.*

Actualitate. Cantitățile anormale ale hemoglobinei în bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPCO) sunt puțin cercetate. Am studiat prevalența și asocierea nivelului anormal cu unele variabile clinice. Anemia a fost factor independent de risc pentru reducerea capacității funcționale.

Scopul lucrării: studierea impactului anemiilor asupra statutului funcțional și identificarea predictorilor dispneei și toleranței la efort fizic la pacienții cu BPCO.

Material și metode. Au fost incluși în studiu 158 de pacienți cu BPCO, dintre care 111 (70%) bărbați și 47 (30%) femei, cu vârsta cuprinsă între 44 și 80 ani, vârsta medie fiind $64,6 \pm 8,9$ ani.

Rezultate. Un nivel micșorat al hemoglobinei a fost înregistrat la 22/78 (28%) adulți tineri cu BPCO și la 25/80 (31%) pacienți vârstnici cu BPCO. Pacienții cu BPCO au fost repartizați în 3 grupuri conform nivelului plasmatic al hemoglobinei: 1 – pacienții cu anemie: hemoglobina sub 130 g/l pentru bărbați și pentru femei; 2 – pacienții cu policitemie: hemoglobina peste 170 g/l pentru bărbați și peste 150 g/l pentru femei; 3 – cu nivelul normal al hemoglobinei. Pentru a determina predictorii de risc independent la pacienții vârstnici cu BPCO pentru creșterea dispneei, a fost aplicată regresie logistică multivariată. Modelul de calcul a selectat ca factori de risc independenți pentru dispnee la pacienții luați în studiu: VEMS și nivelul hemoglobinei. Coeficientul de determinare R^2 a fost 0,25, ceea ce reflectă că 25% din variabilitatea dispneei este explicată prin variabilitatea VEMS și nivelul hemoglobinei. Pentru scăderea toleranței la efort fizic, modelul statistic multivariat de regresie logistică a selectat ca factori de risc independenți vârsta, VEMS și nivelul hemoglobinei. Coeficientul de determinare R^2 a fost 0,4.

Concluzii. Anemia la pacienții vârstnici cu BPCO este un factor independent de risc pentru toleranța la efort scăzută și pentru creșterea dispneei. În studiul nostru prevalența anemiilor a constituit 28% în lotul adulților tineri cu BPCO și 31% la pacienții vârstnici cu BPCO.

EVALUAREA COMORBIDITĂȚILOR LA UN PACIENT CU BPCO

Corlăteanu A., Botnaru V.,
USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul
de Ftziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. Comorbidity score correlate with BODE, this suggests that BODE is potential able to measure COPD comorbidities. Further work is required to evaluate relationship between the BODE and COPD comorbidities.

Introducere. Scorul comorbidităților corelează cu indicele BODE, ceea ce demonstrează că indicele

BODE poate fi folosit și ca instrument pentru evaluarea comorbidităților la pacienții cu BPCO. Dar această ipoteză trebuie testată în studii clinice ulterioare.

Scopul lucrării: studierea legăturii posibile dintre comorbiditățile și clasificarea GOLD/ATS/ERS și indicele BODE.

Material și metode. Studiul a fost realizat pe 158 de pacienți cu bronhopneumopatie cronică obstructivă, vârsta medie fiind de $64,6 \pm 8,9$ ani. S-au analizat datele spirometriei, indicele BODE, comorbiditățile. Pentru estimarea comorbidităților au fost folosite instrumentele de măsurare a comorbidității medicale cu validitate: indicele Charlson și scorul patologiilor cronice (Chronic Disease Score).

Rezultate. Pacienții au fost repartizați conform clasificării GOLD/ATS/ERS în trei grupuri: BPCO moderat, sever și foarte sever. Grupurile au fost similare conform vârstei și statutului de fumător ($p > 0,01$). De asemenea, prevalența comorbidităților a fost similară în toate cele 3 grupuri (ANOVA $p > 0,01$). Când a fost aplicată clasificarea BODE, am observat creștere progresivă a numărului comorbidităților cu severitatea BPCO. A fost constatată absența legăturii statistic veridice dintre comorbidități și stadiul GOLD/ATS/ERS. Analizând asocierea între comorbidități, și indicele BODE, s-a constatat că din punct de vedere statistic există o corelație liniară în sens pozitiv între scorul Charlson și indicele BODE ($r = 0,29$, $p < 0,01$).

Concluzii. Marea variabilitate a simptomelor și a comorbidităților BPCO impune o abordare diagnostică și terapeutică complexă, în scopul reducerii simptomatologiei, prevenirii exacerbarilor, îmbunătățirii toleranței la efort și a calității vieții pacienților. Aceste scopuri pot fi realizate prin reducerea factorilor de risc, evaluarea comorbidităților, dar și tratarea concomitentă a acestora pentru realizarea unui management stabil al bolii.

EFICIENȚA SIMVASTATINEI ÎN TRATAMENTUL BRONHOPNEUMOPATIEI CRONICE OBSTRUCTIVE, ASOCIATE CU CARDIOPATIE ISCHEMICĂ

Chikh Ahmad Mahmoud, Butorov Ivan,
Butorov Serghei, Barbă Doina, Topală Tatiana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. The aim of the study was to appreciate the influence of simvastatin on the clinical and laboratory indices in patients with chronic obstructive pulmonary disease and associated ischemic cardiopatia. We noted that simvastatin determines a more rapid resolution of the clinical symptoms by influencing the inflammatory indices and a more significant positive dynamics of the lipid components in the serum in comparison with the standard therapy.

Scopul lucrării: studierea influenței simvastatinei asupra dinamicii indicilor clinici și de laborator în bronhopneumopatia cronică obstructivă, asociată cu cardiopatie ischemică.

Material și metode. În studiu au fost incluși 35 de bolnavi de bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPCO), gradul II, în exacerbare, asociată cu cardiopatie ischemică (CPI) (angină pectorală de efort CF II). Au fost studiate proteina-C-reactivă, fibrinogenul și spectrul lipidic. Lotul-martor (15 bolnavi) a primit tratament antiinflamator standard; lotul de bază (20 de bolnavi) – simvastatină câte 20 mg/zi adițional la tratamentul standard.

Rezultate. Simptomele clinice s-au redus veridic statistic mai repede la pacienții care au folosit simvastatină, în comparație cu bolnavii din lotul-martor: dispneea – cu $3,2 \pm 0,1$ zile, tusea – cu $3,3 \pm 0,2$ zile, tahipnoea – cu $4,6 \pm 0,5$ zile, tahicardia – cu $5,8 \pm 0,4$ zile ($p < 0,05$). În lotul de bază a avut loc normalizarea mai rapidă a indicilor de laborator, în comparație cu lotul-martor: leucocitele – cu $5,2 \pm 0,3$ zile, VSH – cu $4,9 \pm 0,2$ zile, proteina-C-reactivă – cu $4,2 \pm 0,1$ zile, fibrinogenul – cu $4,5 \pm 0,1$ zile ($p < 0,05$); în lotul de bază nivelul total al colesterolului a scăzut cu 23,3% (de la $7,3 \pm 0,7$ până la $5,6 \pm 0,5$ mmol/l), trigliceridele – cu 19% (de la $2,1 \pm 0,4$ până la $1,7 \pm 0,3$ mmol/l), LDL – cu 30% (de la $4,4 \pm 0,8$ până la $3,1 \pm 0,7$ mmol/l), pe când în lotul-martor – cu 12%, 5% și 18%, respectiv. Nivelul HDL s-a majorat cu 8% (de la $0,84 \pm 0,03$ până la $0,91 \pm 0,04$ mmol/l) sub influența simvastatinei și doar cu 2% în lotul-martor. La pacienții din lotul de bază s-a înregistrat majorarea VEMS cu 12%, fapt care indică îmbunătățirea pasajului bronșic și care a permis micșorarea dozei de bronholitice la 40% din pacienții din lotul dat.

Concluzii. Includerea simvastatinei potențează efectul tratamentului standard și determină diminuarea mai rapidă a simptomelor clinice ale BPCO asociată cu CPI, prin acțiune asupra indicilor inflamației sistemice, și o dinamică pozitivă mai evidentă a spectrului lipidic.

PNEUMONIILE COMUNITARE CAUZATE DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS: ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE

Dumitraș Tatiana, Matcovschi Serghei, Talmaci Cornelia,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *The study included 150 patients hospitalized with community-acquired pneumonia, of which we analysed 29 patients diagnosed with Staphylococcus aureus and 42 patients with Streptococcus pneumoniae. Pneumonias caused by Staphylococcus aureus*

were characterized by more pronounced signs of intoxication. Suppurative complications were registered only in cases of staphylococcal pneumonia.

Actualitate. *Staphylococcus aureus*, tradițional considerat agentul cauzal al pneumoniei la pacienți cu comorbidități multiple, la imunocompromiși, tot mai frecvent este relatat în cadrul pneumoniilor severe la persoanele tinere anterior sănătoase. În același timp, conform datelor literaturii de specialitate, incidența pneumoniilor comunitare severe cauzate de *Streptococcus pneumoniae* nu scade.

Scopul lucrării: evidențierea particularităților clinico-evolutive ale pneumoniilor comunitare cauzate de *Staphylococcus aureus* vizavi de pneumoniile cauzate de *Streptococcus pneumoniae*.

Material și metode. Lotul inițial a inclus 150 de pacienți spitalizați cu pneumonii comunitare în perioada 01.12.2009-01.02.2011 în SCM „Sfânta Treime”. Vârsta medie a bolnavilor incluși a fost $58,3 \pm 16,7$ ani. Pacienții au fost evaluați clinic, radiologic, de laborator. Diagnosticul etiologic a cuprins sputoculturi, precedate de bacterioscopii ale sputei, hemoculturi, culturi din lichidul pleural. Ulterior, conform rezultatului examenului bacteriologic, au fost analizate cazurile de pneumonii stafilococice, comparativ cu pneumoniile pneumococice.

Rezultate. În studiul nostru *Staphylococcus aureus* s-a plasat pe locul doi ca agent etiologic al pneumoniei comunitare – 19,3% (29/150) cazuri, fiind precedat de *Streptococcus pneumoniae* – 28% (42/150) cazuri. Debutul pe fond de prodrom viral s-a înregistrat în 48,3% (14/29) cazuri de pneumonii stafilococice și în 42,9% (18/42) cazuri de pneumonii pneumococice. Analizând terenul premorbid pe care s-au dezvoltat pneumoniile, nu am observat diferențe semnificative între loturi. Am remarcat o tendință de impregnare infecțioasă mai marcată în cazul pneumoniei stafilococice: febra mai mare de 39°C – în 13,8% (4/29) cazuri vs 9,5% (4/42) cazuri de pneumonii pneumococice, abdomenul pseudoacut – în 7% (2/29) vs 4,8% (2/42), conștiința alterată – într-un caz de pneumonie stafilococică. Prezența sputei ruginii a fost observată doar în cadrul pneumoniei pneumococice – 3 cazuri (7,1%). Pneumonia a fost apreciată ca fiind severă în 44,8% (13/29) cazuri de infecție cu *Staphylococcus aureus* și în 38,1% (16/42) cazuri cu *Streptococcus pneumoniae*. Extinderea polisegmentară a infiltratului pneumonic a fost observată în 34,5% (10/29) cazuri de pneumonii stafilococice vs 33,3% (14/42) cazuri de pneumonii pneumococice, iar extinderea multilobară și/ sau bilaterală – în 13,8% (4/29) cazuri vs 16,7% (7/42) cazuri, respectiv. Conform datelor hemoleucogramei, media de leucocite a constituit $8,2 \pm 4,7 \times 10^9/\text{l}$

la pacienți cu pneumonii stafilococice vs de $9,0 \pm 4,3 \times 10^9/l$ la pacienți cu pneumonii pneumococice, iar prezența formelor tinere în formula leucocitară $> 10\%$ a fost înregistrată în 24,1% (7/29) cazuri și 16,7% (7/42) cazuri, respectiv. Modificarea antibioterapiei de prima linie a fost necesară în 10,3% (3/29) cazuri de pneumonii stafilococice și în 11,9% (5/42) cazuri de pneumonii pneumococice. Complicațiile supurative au fost înregistrate doar în cazul infecției cu *Staphylococcus aureus* la pacienții cu vârstă sub 65 de ani: pneumonia abcedată – în 4 cazuri (13,8%), empiemul pleural – 4 cazuri (13,8%), fistula pleuropulmonară și piopneumotoraxul – într-un caz.

Concluzii. Pneumoniile comunitare cauzate de *Staphylococcus aureus* s-au caracterizat printr-un sindrom de impregnare infecțioasă mai pronunțat. Complicațiile supurative au fost înregistrate doar în cazul pneumoniilor stafilococice.

PERICOLUL EPIDEMIOLOGIC AL BOLNAVI-LOR CU FORME CRONICE DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ

Iavorschi C., Emelianov O., Bolotnicov V., Brumaru A.,
ISMP Institutul de Ftiziopneumologie
„Chiril Draganiuc”, Chișinău

Scopul cercetării constă în determinarea pericolului epidemiologic al bolnavilor cu forme cronice de tuberculoză.

Materiale și metode. Au fost luați la evidență 381 de persoane aflate în contact cu 212 bolnavi cu forme cronice de tuberculoză pulmonară și un grup de comparație din 828 de persoane în contact cu 405 bolnavi prim-depistați. Am folosit metode tradiționale pentru practica ftiziologică.

Rezultate și discuții Numărul mediu de contactați la un bolnav era, corespunzător, de 1,8 și de 2,0 persoane. Majoritatea contactaților din ambele grupuri erau rude apropiate (97,1% și, respectiv, 94,5%). Pe parcursul primului an de supraveghere, s-au îmbolnăvit de tuberculoză 18 persoane aflate în contact cu pacienții prim-depistați și 9 persoane în contact cu bolnavi cronici. Formele clinice la persoanele îmbolnăvite în majoritatea cazurilor au fost limitate, ceea ce ne vorbește despre importanța evidenței de dispensar și a depistării active a bolnavilor printre persoanele în contact. Incidența contactaților cu bolnavii prim depistați a constituit 2173,9 la 100 000, în comparație cu incidența populației din teritoriile date a fost de 18,1 ori mai înaltă ($P < 0,05$). Incidența contactaților cu bolnavii cu forme cronice a constituit 2362,2 la 100 000 și în comparație cu incidența populației din teritoriile date a fost de 19,7 ori mai înaltă ($P < 0,05$). Diferența a fost neconsiderabilă. Sensibilitatea MBT la preparate-

le antituberculoase a fost apreciată la 138 bolnavi cu forme cronice. Drogrezistența sumară a fost stabilită la 117 persoane (84,8%).

Concluzii. Bolnavii cu forme cronice de tuberculoză prezintă un pericol epidemiologic mare pentru populație și, luând în considerație frecvența înaltă a rezistenței la preparatele antituberculoase, necesită o atenție deosebită. Contactul familial nu oglindește situația reală din focarele de tuberculoză, astfel se cere de lărgit cercul de contactați din aceste focare.

PREVALENȚA HIPERTENSIUNII PULMONARE LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ

Tcaciuc E., Corlăteanu Olga, Corlăteanu A.,
Tcaciuc Angela, Medvețchi-Munteanu Diana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Diffuse chronic liver diseases frequently are complicated with circulatory disorders of respiratory system. In patients with liver cirrhosis and portal hypertension in majority of cases pulmonary circulatory changes are presented by pulmonary hypertension.*

Actualitate. Bolile cronice difuze ale ficatului deseori se complică cu dereglări circulatorii ale sistemului respirator. La pacienții cu ciroză hepatică și hipertensiune portală modificările circulatorii pulmonare în cea mai mare măsură sunt prezentate de hipertensiunea pulmonară (HTP).

Scopul lucrării: a aprecia prevalența HTP la pacienții cu ciroză hepatică prin examen echocardiografic și determinarea relației dintre severitatea cirozei hepatice și prezența hipertensiunii pulmonare.

Material și metode. În studiu au fost incluși 30 de pacienți cu ciroză, vârsta medie $47,7 \pm 9,8$ ani; 11 femei (37%) și 19 bărbați (63%). Diagnosticul de ciroză hepatică a fost confirmat de investigațiile paraclinice. Analiza gazelor din sângele arterial, testele funcționale pulmonare, echocardiografia transtoracică, ecografia abdominală au fost efectuate la toți pacienții incluși în studiu.

Rezultate. HTP a fost depistată la 7 pacienți (23%), valorile medii constituind $35,8 \pm 3,4$ mmHg. Analizând rezultatele obținute, am observat prezența normală a ventilației pulmonare în medie: CVF = $94,4 \pm 11,3$ %; VEMS = $98,2 \pm 14,7$ %; VEMS/CVF = $81,5 \pm 6,4$ %. Analiza corelațională a demonstrat absența corelației dintre scorul Child-Pugh (stadiu și puncte) și gradul hipertensiunii pulmonare ($p > 0,05$).

Concluzii. Hipertensiunea pulmonară a fost prezentă la 7 pacienți cu ciroză hepatică (23%). În

lotul studiat nu a fost depistată o corelație semnificativă între gradul de avansare a procesului cirotic și gradul hipertensiunii pulmonare. Se creează impresia că există factori suplimentari care influențează severitatea hipertensiunii pulmonare în ciroza hepatică. Sunt necesare studii suplimentare pentru elucidarea mecanismelor care contribuie la agravarea HTP la pacienții cu ciroză hepatică.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ

Клименко Наталья, Володько Наталья,
Шовкун Людмила, Ханов Александр,
Ростовский государственный медицинский
университет, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Summary. *Venous thromboses meet in practice of doctors of various specialties. Clinical situations when thromboses arise at a lack of anticoagulant factors and fibrinopenia are possible and named (thrombophilia). In some cases, coagulation activation occurs spontaneously with formation of thromboses of various localization. We result a clinical case of the man of 34 years with combined hematological thrombophilia, caused by Va factor resistance in action of a protein C.*

Важность проблемы венозного тромбоза в практике врачей многих специальностей не вызывает сомнений. Особое внимание заслуживают состояния, при которых тромбозы возникают при недостатке факторов противосвёртывающей и фибринолитической систем, что определяется понятием «тромбофилия». Различают врожденные (дефицит антитромбина III, протеина С и протеина S; мутация Лейдена (G1601) гена фактора V, мутация G20210A гена фактора II) тромбофилические заболевания и приобретенные (миелопролиферативные заболевания, АФС, пароксизмальная ночная гемоглобинурия на фоне применения оральных контрацептивов, беременность и послеродовой период, воспалительные заболевания, злокачественные опухоли различной локализации, гипергомоцистеинемия). Венозные тромбозы развиваются в результате взаимодействия (сочетания) нескольких факторов, врожденных или приобретенных протромботических заболеваний или состояний и локальных (триггерных) факторов. К местным факторам относятся локальные воспалительные процессы, злокачественные опухоли и новообразования, цирроз печени, врожденные аномалии строения венозной системы.

Протромботические состояния характеризуются спонтанной активацией коагуляции, что

реализуется в тромбозы различных локализаций. Иллюстрацией одного из таких состояний является следующее клиническое наблюдение.

Больной К., 34 лет, поступил в ГУЗ ПТКД в январе 2008г. с жалобами на кашель по утрам с отделением мокроты слизистого характера, колющие боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, повышение температуры тела до 37,5°C, общую слабость, повышенную утомляемость. Житель Ростова-на-Дону, без вредных привычек, с высшим образованием. До 1989 г. проживал в Брянской области. Мать больного умерла в 54 года вследствие ОНМК. Отец, 68 лет, страдает ГБ. Из перенесённых заболеваний: в 12 лет ЗЧМТ. Из анамнеза заболевания известно, что считает себя больным с августа 2007 г., когда после отдыха на море появился кашель со скудной мокротой, по поводу чего было проведено ФЛО (сентябрь 2007) – не выявившее патологии. В конце октября 2007, после вакцинации против гриппа, появилась субфебрильная температура, кашель со скудной мокротой. Терапевтом по месту жительства назначена антибактериальная терапия. Температура тела нормализовалась, но сохранялся кашель и боль в грудной клетке при глубоком вдохе. По данным рентгенографии и СКТ ОГК в S2 верхней доли правого легкого выявлен инфильтративный фокус размером 20x30 мм, средней интенсивности, с полостью распада до 10 мм, с полиморфными очагами вокруг и наличие правостороннего плеврита. Был установлен диагноз: инфильтративный туберкулез S1-2 правого легкого в фазе распада, осложненный правосторонним экссудативным плевритом, IA, впервые выявленный случай, МБТ (+) методом посева от ноября 2007 г. Основной курс противотуберкулезной терапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) проводился с ноября 2007 по январь 2008 в амбулаторных условиях без эффекта, в связи с чем, 15.01.2008 г. больной был госпитализирован в ГУЗ ПТКД РО.

При поступлении состояние больного относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 80 кг. Температура тела 36,8°C. ЧДД 20 в мин. Кожные покровы чистые, обычной влажности и окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии лёгких – притупление перкуторного звука в базальных отделах справа. При аускультации на фоне жесткого дыхания – в базальных отделах лёгких справа его резкое ослабление. В нижних отделах шум трения плевры. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 ударов в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицатель-

ный с обеих сторон. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. В неврологическом статусе без очаговой и менингеальной симптоматики. На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось: отмечалось закрытие деструкции, абацилирование.

На обзорной рентгенограмме ОГК (март 2008) – в динамике уменьшение фокуса. Рассасывание очаговых изменений, закрытие участков деструкции в фокусе. При повторной рентгенографии легких в мае 2008 года выявлено накопление экссудата в правой плевральной полости, что было расценено как прогрессирование туберкулезного процесса, в связи с чем была произведена коррекция противотуберкулезной терапии – добавлен стрептомицин.

Через 2 недели у больного повысилась температура до 39°C., появились боли в мышцах и суставах, затем папулезные высыпания на коже, что было расценено, как токсико-аллергическая реакция. Все противотуберкулезные препараты отменены. В ОАК лейкоцитоз, без палочкоядерного сдвига, анемия, тромбоцитоз ($T_{c}1007 \times 10^9/l$), эозинофилия, ускорение СОЭ до 64 мм/ч. В ОАМ – протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия. Назначена дезинтоксикационная терапия, антигистаминные препараты и ГКС (преднизолон 30 мг/сут.) с положительной динамикой. Купировались артралгии, нормализовалась температура тела, исчезли папулезные высыпания. Противотуберкулезная терапия возобновлена двумя препаратами: изониазидом и рифампицином. Однако, через 2 суток вновь отмечалось повышение температуры тела до 39°C, появились высыпания по типу крапивницы, парестезии, ОПН с анурией. В ОАК сохранялась анемия, лейкоцитоз, эозинофилия, палочкоядерный сдвиг, лимфопения, моноцитоз, тромбоцитоз ($1100 \times 10^9/l$), СОЭ 69 мм/ч. В ОАМ – протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.

Биохимические анализы в пределах нормы, за исключением; мочевины – 18,7 ммоль/л; остаточный азот – 41,1 ммоль/л, креатинин – 689,5 ммоль/л, глюкоза крови – 3,2 ммоль/л, СРБ > 10 мг/л.

На обзорной рентгенограмме ОГК – левосторонняя плевропневмония, скопление жидкости в плевральной полости слева. УЗИ органов брюшной полости – гепатоспленомегалия. Умеренные диффузные изменения печени. Диффузная неоднородность селезенки. УЗИ почек – увеличение размеров и выраженные диффузные изменения обеих почек. УЗ-картина более характерна для ОПН.

Больной переведен в отделение гравитационной хирургии крови и острого гемодиализа, где

проводилась комплексная терапия: эфферентная (гемодиализ и плазмоферез), инфузионно-корректирующая, метаболическая, антибактериальная. На 3 сутки диурез восстановился с переходом в полиурию.

Антибактериальная терапия таваником имела положительный эффект, однако в связи с развитием стопного лигаментита была отменена. В ОАК сохранялся лейкоцитоз, лимфопения, количество тромбоцитов нормализовалось. СОЭ – 54 мм/ч.

Б/х анализ крови: трасаминазы – норма; мочевины – 28,8 ммоль/л; креатинин – 350 ммоль/л, глюкоза крови – 4,3 ммоль/л, СРБ > 8 мг/л, калий – 4,7 ммоль/л, натрий – 132 ммоль/л.

В июне 2008 года больной вновь поступил в отделение легочного туберкулеза. При поступлении жалобы на слабость, температуру – 37,5°C, сильные боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, сухой кашель, кровохаркание (темные сгустки). Через пять дней боли в грудной клетке уменьшились, кровохаркание прекратилось. При обследовании выявлена анемия, лейкоцитоз с нейтрофилезом, эозинофилия, СОЭ до 74 мм/ч, тромбоцитоз – $72-3 \times 10^9/l$, прогрессирующий до $910 \times 10^9/l$.

По данным УЗ триплексного сканирования (август 2008), обнаружен тромбоз портальной вены в стадии частичной реканализации. Нижняя полая вена проходима, кровоток фазный.

С учетом неблагоприятного аллергоанамнеза, учитывая наличие гепатоспленомегалии, поражение почек, легочной ткани (нижней доли левого легкого), кожных высыпаний, возникло предположение на наличие у больного системного васкулита, лекарственно-индуцированного. Тромбоз портальной вены не позволял исключить вторичный АФС.

Больному проведено иммунологическое обследование: ANA-screen – 0,30 И.З. (отрицательно), АТ к н. ДНК (Ig G) – 1,16 КП (положительно), АМА-M2 – 9,4 (реф. пределы – 0.0-10.0). Концентрации иммуноглобулина основного класса антител Ig G – 38,900 г/л (при референтных пределах от 7.000 до 16.000). Концентрация иммуноглобулина класса IgE – 353.00 (при допустимых значениях < 100.0 IU/mL). Концентрация железосодержащего белка ферритина – 957.00 (референтные пределы – 20.00-290.00 мкг/л). Волчаночный антикоагулянт (ВА) – 1,06 NR (референтные пределы – 0,79-1,19).

Результаты иммунограммы: ЦИК – 400.0 ед., снижение количества В-лимфоцитов, повышение микробной емкости крови, на фоне лейкоцитоза повышение абсолютных значений фагоцитоза, нарушение в иммунорегуляции.

Исследование КЩС – снижение pO_2 – 60,0 (реф. пределы – 75,0-100,0 mmHg), увеличение лактата – 2,27 (реф. пределы – 0,50-2,00 ммоль/л). Рентгенограмма ОГК (сентябрь 2008): справа в S2 – фиброз, туберкулома 2x3 см с четкими контурами однородной структуры.

Больному проводилось лечение: пентоксифиллин таб. 400 мг x 2 раза/с., гепарин 5 тыс. ед. в/в капельно x 3 р. сут. через день под прикрытием противотуберкулезных препаратов. Через неделю у больного появились боли в области живота тянущего характера, тошнота. Лихорадка до 38,6°C. Больной переведен в хирургическое отделение с подозрением на тромбоз мезентериальных сосудов. Поводилось дезинтоксикационная, антикоагулянтная (гепарин), спазмолитическая, противовоспалительная, глюкокортикостероидная и антибактериальная терапия с положительной динамикой в виде купирования болевого синдрома, нормализацией температуры. При обследовании: нормализация лейкограммы, снижение СОЭ. Сохранялся тромбоцитоз – 601×10^9 /л. В общем анализе мочи: белок – 0,033%, уд. вес 1025, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – 8-10 в поле зрения. Отмечалась нормализация биохимических показателей.

Коагулограмма: протромбиновое время – 0,91; МНО-0,88; АЧТВ – 39,10 сек (†); ТВ – 21,50 сек (†); растворимые фибринмономерные комплексы (РФМК) – 5,5 мг/100м (†); система протеина С – 0,53 (↓), Д-димер – 184 мкг/л (референтные пределы 63-246); ВА – 0,98; резистентность фактора ВА к активированному протеину С – 0,44 (↓). Данные коагулограммы свидетельствовали о гипокоагуляции по внутреннему механизму. При этом на конечном этапе свертывания отмечается небольшое увеличение РФМК, резистентность фактора ВА к действию протеина С.

Консультация гематолога: у больного тромбофилия сложного генеза, обусловленная резистентностью ВА фактора к действию протеина С и лекарственно-индуцированной васкулопатией.

Рекомендовано: 1) Вессел Дуэ Ф 600 ЛЕ 10 инъекций в течение 10 дней, затем 250 ЛЕ (в капсулах) по 1 капсуле 1 раз в день в течение 3 мес. Курсы 3 раза в год. 2) Тромбо АСС 50 мг 1 раз в сутки.

На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось, кашель практически не беспокоил. Температура нормализовалась. ЧСС 64–84 уд/мин. Над поверхностью лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

На основании жалоб, анамнеза, данных объективного и дополнительных методов обследова-

ния был установлен заключительный клинический диагноз: *Комбинированная гематогенная тромбофилия, обусловленная резистентностью фактора ВА к действию протеина С. Гиперкоагуляционный синдром. Лекарственно-индуцированная васкулопатия. Инфарктная пневмония с локализацией в S9-10 левого лёгкого, осложненная выпотом в левую плевральную полость, ДН – Iст. Клинически излеченный туберкулез верхней доли правого легкого с остаточными явлениями в виде туберкуломы S1 верхней доли правого легкого, адгезивного плеврита справа. Состояние после перенесенного острого панкреатита: тромбоз воротной вены, частично реканализированный.*

На амбулаторном этапе, на фоне рекомендованной терапии состояние больного оставалось удовлетворительным. Болей в грудной клетке, кашля и эпизодов кровохарканья не было. Лихорадка не отмечалась.

Обсуждение. При анализе клинического случая обращает на себя вниманиеотягощенный семейный анамнез раннего тромбообразования (мать больного скончалась в 54 года от ОНМК). Начало заболевания с клиникой пневмонии возможно спровоцировала вакцинация против гриппа. При рентгенографии в правом легком обнаружен инфильтративный фокус средней интенсивности с полостью распада до 10 мм, с полиморфными очагами вокруг и выпотом в плевральную полость. На фоне проведения противотуберкулезной терапии у пациента появились папулезные высыпания, гепатоспленомегалия (за счет тромбоза портальной вены), быстро прогрессирующее ухудшение функции почек с развитием ОПН, потребовавшее проведения гемодиализа, после которого появились инфильтративные изменения в левом легком с выпотом в левую плевральную полость и кровохарканье.

Наличие у пациента легочно-почечного синдрома, а также множественные органые поражения – тромбоз венозной системы печени с формированием гепатолиенального синдрома, эпизод тромбоза мезентериальных сосудов, папулезные высыпания, диктовали необходимость поиска причины рецидивирующего тромбообразования. Установленный диагноз тромбофилии, обусловленной резистентностью ВА фактора к действию протеина С, определил стратегию лечения пациента на долгие годы вперед.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует многогранность проявлений полиорганного поражения при тромбофилии и трудности ее диагностики в повседневной клинической практике.

CARDIOLOGIE

PARTICULARITĂȚILE STRUCTURALE ȘI FUNCȚIONALE ALE MIOCARDULUI LA PACIENȚII CU HIPOTIROIDIE CONFORM REZULTATELOR ECOCARDIOGRAFIEI

Andronati Vladimir, Ciobanu Nicolae, Izvoreanu Alexandru, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Echocardiographic examination of 41 patients has demonstrated that mitral prolapse (MP) of the 1st and 2nd degree is frequently associated with latent or apparant hypothyroidism and occasionally with prolapse of the tricuspid and/or aortic valve. As a rule, MP has a silent course without regurgitation and is diagnosed at ultrasonography. Its correction is made by replacement with thyroid hormones. MP complications (sudden death, thromboembolism, infectious endocarditis) are rare in patients with hypothyroidism. Thyroid insufficiency sometimes is accompanied with hydropericardium which is symptomless and is detected only at echocardiography.*

Actualitate. În ultimii ani crește incidența hipotirodiei atât clinic manifeste, cât și subclinic. Cercetările hormonale au evidențiat formele subclinice. Este cunoscut faptul că un deficit nesemnificativ al hormonilor tiroidieni în organism determină dereglări semnificative ale proceselor metabolice, inclusiv procese distrofice în miocard.

Material și metode. Au fost studiați 41 de pacienți (3 bărbați, 39 femei) cu hipotirodie primar depistată, vârsta de la 22 până la 65 de ani. 4 persoane au avut o formă gravă a hipotirodiei (forma clinică clasică a mixedemului) la 17 pacienți – hipotirodie subclinică, la ceilalți 20 pacienți – forma clinică a bolii. Durata medie a bolii a fost de 3-5 ani, la pacienții cu mixedem – 13 și 15 ani. Pe lângă examenul clinic aprofundat, la toți pacienții a fost efectuată Ecocardiografia. Valva mitrală a fost studiată prin câteva aborduri: parasternal (pe axa lungă și cea scurtă) și apical (imaginea bi și tetra camerală). Examinarea bidimensională evidențiază cuspele valvei mitrale în întregime și fixează prolapsul uneia sau al ambelor cuspe în atrium stâng, precum și apreciază starea mușchilor papilari, coardelor și cavităților cordului. Au fost apreciate diametrul, structura pereților aortei, a valvei aortice, deschiderea valvelor în sistolă, S-au determinat diametrul intern, structura pereților aortei, valvei aortice, grosimea miocardului atriilor stâng și drept. În ventricolul stâng a fost apreciat diametrul telesistolic (DTS), diametrul telediastolic

(DTD), volumul telesistolic (VTS), volumul telediastolic (VTD), volumul sistolic, fracția de ejeție, grosimea și amplitudinea mișcărilor peretelui posterior al ventricolului stâng și al septului interventricular. A fost studiată valva aortală, structura și mișcarea cuspele sale, amplitudinea deschiderii diastolice, suprafața orificiului valvei mitrale. Au fost apreciate dimensiunea diastolică a ventricolului drept, iar în artera pulmonară – diametrul la nivelul valvelor. Grupul de control a fost alcătuit din 16 pacienți practic sănătoși cu funcția normală a glandei tiroide.

Concluzie. Prolapsul valvei mitrale gradele I și II a fost depistat mai des pe fond de hipotireoză clinică și subclinică, în cazuri particulare a fost asociat prolapsul valvei tricuspide și/sau aortale. De regulă, prolapsul valvei mitrale la pacienții cu hipotireoză are o evoluție „mută”, nu se asociază cu regurgitare și se apreciază cu ajutorul ultrasonografiei. Pentru corecția acestuia este suficientă terapia substituțională cu hormoni tiroidieni. Complicațiile PVM (moartea subită, tromboembolia, endocardita infecțioasă) de obicei nu se dezvoltă la pacienții cu hipotireoză. Deseori în caz de insuficiență tiroidiană se apreciază hidropericardul, care evoluează asimptomatic și este depistat doar la ecocardiografie.

LIPOPROTEINA (A) – FACTOR NOU DE RISC CARDIOVASCULAR

Caproș Natalia, Chiachisciuc Victor, Josan Doina, More Tatiana, Colesnic Ion, Chimovschi Valeriu, IMSP SCM „Sfânta Treime”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The assessment of the lipoprotein (a) level in patients with coronary artery disease revealed the increased value in 40% of cases; this can raise the risk of cardiovascular complications.*

Actualitate. Recomandările pentru investigațiile de laborator în evaluarea inițială a anginei pectorale, conform Ghidului Societății Europene de Ateroscleroză din 2009, includ screeningul pentru lipoproteina (a), ca un factor de risc cardiovascular independent de valoarea altor lipide.

Scopul lucrării: evaluarea nivelului lipoproteinei (a) la pacienții cu cardiopatie ischemică și riscul de evenimente cardiovasculare majore (infarct miocardic, accident vascular cerebral).

Material și metode. Au fost incluși în studiu 200 de bolnavi (120 bărbați și 80 femei), între 42 și 61 de ani (vârsta medie – 52±1,0 ani), cu cardiopatie ischemică, internați în IMSP SCM „Sfânta Treime”.

Principalii parametri ai spectrului lipidic urmăriți: nivelul seric al lipoproteinei (a) [Lp (a)], măsurat prin metoda imunoturbidimetrică, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol și trigliceride serice – prin metoda enzimatică fotometrică.

Rezultate. Toți bolnavii au fost examinați clinic și paraclinic. Hipertensiune arterială esențială în anamneză au prezentat 150 (75,0%) pacienți, 43 (22,5%) au suportat în trecut infarct miocardic, 7 (3,5%) – accident vascular cerebral și 53 (26,5%) sufereau de diabet zaharat tip 2, istoric familial de boală cardiovasculară prematură au semnalat 16 (5,3%) dintre ei. Nivel mărit de Lp (a) a fost depistat la 80 (40%) din pacienții studiați. Bolnavii cu antecedente majore suportate (infarct miocardic și accident vascular cerebral) au avut un nivel al Lp (a) de peste 50 mg/dL. Concentrațiile plasmatice ale Lp (a) au fost similare la bărbați și la femei, nivelul de peste 30 mg/dL a fost estimat la subiecții cu risc cardiovascular intermediar sau înalt, cu istoric familial de boală cardiovasculară prematură. Asocierea dintre Lp (a) și riscul crescut de evenimente majore nu a corelat cu nivelul colesterolului LDL sau al altor fracții lipidice.

Concluzie. Nivelul crescut al lipoproteinei (a) la pacienții cu cardiopatie ischemică poate spori riscul de complicații cardiovasculare.

EVALUAREA PREDISPOZIȚIEI GENETICE ÎN RISCUL CARDIOVASCULAR

Caproș Natalia, Istrati Valeriu,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Literature data on genetic markers in cardiovascular risk evaluation are reviewed. Knowledge of genetic structure of the key mechanisms can have predictive value beyond conventional risk factors.*

Actualitate. Evaluarea predispoziției genetice de boală coronariană poate avea o valoare clinică utilă pentru obținerea informației despre factorii convenționali de risc, utilizați curent în algoritmi de risc, ca „Framingham Risk Score”, ce includ vârsta, sexul, concentrațiile lipidice, tensiunea arterială, indicele masei corporale, tabagismul și istoricul familial de boli cardiovasculare.

Scopul lucrării: sinteza literaturii consacrate evaluării predispoziției genetice în riscul cardiovascular.

Material și metode. A fost selectată literatura din perioada 1990-2010 în MEDLINE, folosind termenii: „evaluarea predispoziției genetice în riscul cardiovascular”.

Rezultate. Câteva gene: APOB, eNOS, APOE, ACE, PAI1, MTHFR, PON1, GPIIb/IIIa, LPL și CETP,

selectate pentru rolul-cheie în procesele ce predispun spre ateroscleroză, au efecte confirmate în metaanalizele studiilor asupra riscului cardiovascular. Drenos F. și coaut. (2007) a inclus 11 polimorfisme nucleotidice unitare ale genelor candidate și a obținut funcția de risc genetic cu ajutorul distribuției binomiale pentru calcularea coeficientului unei gene de risc. Riscul sumar a fost mai mare la purtătorii cu 6 (atestat la 8.3% din coronarieni) și 7 (la 3%) altele decât la cei cu 3 sau 4 (la 50%) alele asociate de risc. Considerarea vârstei a arătat probabilitatea medie pe 10 ani de dezvoltare a bolii coronariene pentru un bărbat de 55 de ani cu cea mai mică decilă de „risc genetic”, estimată la un risc de 10% (95% CI 8,5% la 11,4%), în timp ce cei cu decilele 9 și 10 au avut riscul mai mare de 20%.

Concluzie. Cunoașterea structurii genetice a mecanismelor-cheie poate avea valoare predictivă mai importantă decât factorii convenționali de risc cardiovascular.

REZONANȚA MAGNETICĂ CARDIACĂ ÎN CARDIOMIOPATIILE NONISCHEMICE

Cazacu Anatolie,
Centrul de Diagnostic German, Chișinău

Summary. *The expert consensus panel proposes this definition: „Cardiomyopathies are a heterogeneous group of diseases of the myocardium associated with mechanical and/or electrical dysfunction that usually (but not invariably) exhibit inappropriate ventricular hypertrophy or dilatation and are due to a variety of causes that frequently are genetic” („Circulation”, 2006; no. 113, p.:1807-1816). The current arsenal of available magnetic resonance imaging (MRI) techniques can be used to define the many aspects of these often complex diseases, providing the clinician with a complete picture of the patients' myocardial disorder. A single MR examination provides morphologic and functional data and a more accurate measurement of myocardial mass and ventricular function than is possible with echocardiography. Indeed, MR tissue characterization with T1-weighted and T2-weighted sequences and T1-weighted images after intravenous injection of paramagnetic contrast material (gadolinium) can provide useful information to identify specific cardiomyopathies.*

Conform consensului de experți din 2006 („Circulation” 2006; no. 113, p.:1807-1816), cardiomiopatiile sunt definite ca un grup heterogen de patologii ale miocardului asociate cu disfuncție mecanică și/sau electrică care, de obicei, se exprimă prin hipertrofie sau dilatare ventriculară și sunt provocate de o varietate de cauze, care deseori sunt genetice. Cardiomiopatiile primare prezintă afectarea exclusivă

sau preferențială a miocardului și sunt segregate în acord cu etiologia lor genetică sau nongenetică. Cardiomiopatiile secundare prezintă afectarea miocardului ca parte a unei varietăți largi de patologii generalizate sistemice.

Diagnosticul și managementul cardiomiopatiilor este cu mult facilitat prin dezvoltarea de ultimă oră a rezonanței magnetice (RM) cardiace. RM cardiacă permite evaluarea cu acuratețe superioară ecocardiografiei a morfologiei și funcției miocardului. Iar utilizarea secvențelor tisular specifice și a secvențelor după administrarea substanței de contrast paramagnetice (gadolinium) asigură obținerea informației utile pentru identificarea cardiomiopatiilor specifice.

URGENȚELE HIPERTENSIVE LA ADULȚI

Ciobanu Gheorghe,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Actualitatea problemei. Hipertensiunea arterială (HTA) este cea mai frecventă afecțiune. Numărul hipertensivilor în plan mondial se estimează la peste un miliard, ceea ce înseamnă că 1 din 6 indivizi este hipertensiv. În RM, conform studiului CINDI, prevalența HTA la persoanele cu vârstele cuprinse între 25 și 64 de ani constituie 30%.

Scopul lucrării: studiul particularităților clinico-epidemiologice ale urgențelor hipertensive.

Material și metode. Studiul reprezintă nivelul și structura urgențelor hipertensive în populația Republicii Moldova.

Rezultate și concluzii. La evidența medicilor de familie, la 01.01.2011 se aflau 231952 bolnavi cu HTA, 56095 pacienți cu cardiopatie ischemică însoțită de HTA și 28808 bolnavi cu maladii cerebrovasculare însoțite de HTA, ceea ce reprezintă 59,9% din numărul de pacienți estimați la o prevalență a HTA de 15% din populația adultă.

Serviciul de Asistență Medicală Urgentă a deservit 175073 cazuri de urgențe hipertensive și salturi hipertensive, inclusiv urgențe hipertensive extreme – 25810 (14,7%), urgențe hipertensive comune – 90518 (51,7%) și salturi hipertensive – 58745 (33,5%), ceea ce constituie 55,3% din bolnavii aflați la evidența medicilor de familie cu HTA.

Dereglările acute ale tonusului pereților vasculari secundare producției în exces de catecolamine, angiotenzină II, vazopresină, aldosteron, tromboxan și endotelină I și diminuării secreției de mediatori endogeni vasodilatatori (oxidul nitric și prostaciclina PGI₂), de rând cu reducerea controlului endotelial al tonusului vascular și pierderii activităților fibrinolitice, cu instalarea coagulării intravasculare disemi-

nate sunt principalele mecanisme de declanșare a urgențelor hipertensive. Controlul neadecvat și tratamentul noncompliant sunt cauzele principale care influențează incidența urgențelor hipertensive.

Studiul structurii urgențelor hipertensive în raport cu mediul de reședință, categoriile de vârstă, sex și controlul medicamentos adecvat al hipertensiunii arteriale, de rând cu măsurile organizatorice, de prevenție și de conlucrare eficientă intersectorială în acordarea asistenței medicale, reprezintă modalitatea de soluționare și, în același timp, rezervele existente în acordarea asistenței medicale bolnavilor cu hipertensiune arterială.

Mortalitatea populației Republicii Moldova în a. 2010 a înregistrat tendințe ascendente comparativ cu a. 2009. Au fost înregistrate 43631 cazuri de decese, față de 42139 cazuri în 2009, sau cu 1492 (3,5%) cazuri mai multe, indicile mortalității constituind 12,2% (2009 – 11,8%). Din numărul total al decedaților, 13241 (30,3%) au decedat în vârstă aptă de muncă.

Structura nozologică a mortalității generale ne arată că bolile aparatului circulator în anul 2010 au constituit 24512 cazuri, sau 53,2% din totalul deceselor, inclusiv bărbații constituind 11209 cazuri, (45,7%) și femeile – 13303 cazuri (54,3%). Mortalitatea prin boli ale aparatului circulator la 100 mii populație a constituit 687,5 (în 2009 – 56,1% sau 662,4).

Cardiopatia ischemică și bolile cerebrovasculare însoțite de HTA ca o cauză de deces sunt în creștere. Urgențele hipertensive necesită diagnostic rapid, pentru determinarea tipului și a organelor-țintă afectate. Sunt necesare eforturi comune ale medicului de familie, medicilor cardiologi, serviciului de asistență medicală urgentă și sectorului spitalicesc în scopul asigurării controlului adecvat și tratamentului compleant al HTA.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE CHEZ LA FEMME

Ciobanu Gheorghe,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

L'Actualité du problème. L'hypertension artérielle (HTA) reflète un problème majeur de santé publique touchant au moins 20% de la population adulte dans la plupart des pays. Sa prévalence et plus basse chez la femme avant 55 ans, puis elle augmente progressivement avec l'âge, dépassant celle des hommes dans les tranches d'âge les plus élevées. Cependant, on assiste actuellement à une baisse de la mortalité par maladie cardiovasculaire chez les hommes alors qu'elle augmente progressivement chez les femmes.

But: mettre en évidence les particularités épidémiologiques et cliniques de l'hypertension artérielle chez la femme.

Matériels et méthodes. L'étude présente le niveau et la structure de la morbidité et de la mortalité, par l'hypertension artérielle, chez la femme dans la République de Moldova, les facteurs de risques et les mécanismes de protection contre l'hypertension artérielle.

Résultats et conclusions. Les dernières statistiques de MS du la République de Moldova en 2010 on chiffre 13303 femmes et 11209 hommes, le nombre de décès par maladie cardiovasculaire. La mortalité des femmes à cause de la pathologie cardiovasculaire a constitué 71,9 cas sur 10 mille personnes en 2010, mais la mortalité des hommes 65,4 cas.

Dans la République de Moldova, la progression actuelle de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaires chez les femmes pourrait traduire l'apparition de nouveaux facteurs de risque environnementaux, tels que le tabagisme, ou une prise en charge différente de la maladie, ou des réponses différentes aux traitements selon le sexe, ou, enfin, une association de ces trois facteurs réunis.

La ménopause semble être une étape critique dans l'incidence de la mortalité d'origine cardiovasculaire chez la femme, l'incidence de la mortalité cardiovasculaire n'argumente qu'à partir de la tranche d'âge de 50-54 ans, ce qui correspond à l'âge moyen de la femme à la ménopause.

La mortalité des femmes provoquée par les maladies cérébrovasculaires à hypertension artérielle en 2010 a constitué 18,1 cas en comparaison de 16,5 cas chez les hommes à 10 mille sujets. En 2008 la mortalité des femmes due aux affections cérébrovasculaires a constitué 14,8 cas de la population urbaine et 19,1 cas sur 10 mille de celle rurale. L'incidence de la mortalité liée à l'hypertension artérielle a été de 15,9% chez les femmes dans les dernières statistiques publiées aux Etats-Unis. Le risque d'AVC est augmenté de 46% pour chaque augmentation de 7,5 mm Hg de la PAD.

L'atteinte coronaire demeure la cause la plus importante de décès chez l'hypertendus. Les mécanismes de protection de l'estradiol vis-à-vis de la PA sont multiples et impliquent des effets vasculaires. Après la ménopause, la protection relative des femmes contre la pathologie cardiovasculaire disparaît progressivement.

L'objectif thérapeutique dans l'HTA est à intégrer au sein d'une prise en charge du risque global cardiovasculaire du patient comportant une diminution de la PA tout en contrôlant les facteurs de risque modifiables. Le traitement antihypertendu permet de diminuer la survenue des événements cardiovasculaires. Le traitement antihypertendu du sujet âgé ne doit pas comprendre plus de trois antihypertenseurs associés à dosage optimal (dont un diurétique thiazidique).

HIPERTROFIA VENTRICULULUI STÂNG SUB TRATAMENT COMBINAT CU EPROSARTAN ȘI INDAPAMIDĂ

Ciobanu Nicolae,
IMSP Institutul de Cardiologie

Summary. *The carried out study monitored and demonstrated through repeated echography examinations certain positive effects of combined antihypertensive treatment with Eprosartan and Indapamid on the arterial pressure values (functional modifications) as well as on the left ventricle hypertrophy (structural changes) beginning with the 6th month of therapy. This positive trend was later continued, that being confirmed by the data gained at 12 months from the treatment initiation.*

Rezumat. Studiul a urmărit și a demonstrat, prin control ecografic reluat, efectele benefice ale tratamentului antihipertensiv ce a combinat eprosartanul cu indapamida, relevante atât asupra valorilor tensiunii arteriale (modificările funcționale), cât și asupra indicilor ecocardiografici ai hipertrofiei ventriculului stâng, evidente deja în a 6-a lună de curăție. Schimbările pozitive se consolidează în continuare, evoluție ce s-a confirmat prin datele fixare după 12 luni de medicație.

Scopul lucrării: evaluarea hipertrofiei ventriculului stâng sub efectele tratamentului cu Eprosartan combinat cu Indapamidă.

Material și metode. Am efectuat un studiu prospectiv monocentric al pacienților hipertensivi, tratați cu combinația eprosartan 600-1200 mg + indapamidă 2,5-5 mg/zi. Durata supravegherii subcurative – 12 luni. Pacienții înrolați în studiu au fost monitorizați prin examen ecocardiografic, realizat inițial și la intervalul de 6 și de 12 luni. Am analizat un lot din 51 de pacienți, inclusiv 27 (52,94%) de bărbați și 24 (47,06%) de femei, ce aveau vârste cuprinse între 38 și 65 de ani (media de vârstă – 50,65±0,97 ani).

Rezultate. Am asistat la o reducere evidentă a valorilor tensionale la pacienții incluși în studiu. Valorile medii ale tensiunii arteriale sistolice au fost 160,71±2,09 mm Hg la momentul inițierii tratamentului antihipertensiv cu eprosartan și indapamidă, 147,38±1,35 mm Hg peste 6 luni ($p<0,01$) și 139,71±1,54 ($p<0,001$) peste 12 luni. Există și o diferență statistic veridică între valorile TA sistolice peste 6 și 12 luni ($p<0,05$). O evoluție similară a fost caracteristică și pentru TA diastolică: 96,86±0,99 mm Hg inițial, 91,29±0,91 mm Hg peste 6 luni ($p<0,01$) și 88,75±0,98 mm Hg peste 12 luni ($p<0,01$). Luând în considerație prezența unei reduceri semnificative a valorilor tensionale, am urmărit indicii hipertrofiei ventriculului stâng. Indicele masei miocardului ventriculului stâng (IMMVS) a fost inițial 154,05±2,63 g/m², a

devenit $137,26 \pm 2,35 \text{ g/m}^2$ peste 6 luni ($p < 0,001$) și s-a redus în continuare până la $128,25 \pm 2,50 \text{ g/m}^2$ peste 12 luni de tratament combinat ($p < 0,001$). Reducerea dinamică a IMMVS a fost statistic semnificativă și în perioada 6-12 luni de tratament ($p < 0,01$).

Indicele hipertrofiei ventriculului stâng în același timp nu a suportat modificări statistic veridice: $0,518 \pm 0,006$ inițial, $0,515 \pm 0,007$ peste 6 luni și $0,511 \pm 0,007$ peste 12 luni ($p > 0,05$ pentru toți indicii). Această discrepantă se explică prin evoluția inversă a grosimii pereților ventriculului stâng, a septului interventricular (SIV) și a peretelui posterior al ventriculului stâng (PPVS), în sistolă și diastolă, pe fundalul reducerii volumului telediastolic al ventriculului stâng. Grosimea medie sistolică a SIV a fost $16,10 \pm 0,14 \text{ mm}$ inițial, $16,69 \pm 0,18 \text{ mm}$ peste 6 luni și $17,16 \pm 0,17 \text{ mm}$ peste 12 luni ($p < 0,01$). Grosimea medie diastolică a SIV a fost de $12,86 \pm 0,12 \text{ mm}$ inițial, $12,27 \pm 0,11 \text{ mm}$ peste 6 luni și $11,88 \pm 0,11 \text{ mm}$ după 12 luni ($p < 0,01$). Grosimea medie sistolică a PPVS a fost $18,08 \pm 0,14 \text{ mm}$ inițial, $18,69 \pm 0,16 \text{ mm}$ (peste 6 luni) și $19,20 \pm 0,19 \text{ mm}$ (peste 12 luni) ($p < 0,01$). Grosimea medie diastolică a PPVS a fost $12,69 \pm 0,09 \text{ mm}$ inițial, $12,22 \pm 0,09 \text{ mm}$ peste 6 luni și $11,96 \pm 0,11$ peste la 12 luni ($p < 0,01$). Volumul telediastolic s-a micșorat statistic semnificativ în dinamică, de la $122,86 \pm 3,09 \text{ cm}^3$ inițial până la $111,24 \pm 3,34 \text{ cm}^3$ după 6 luni de tratament antihipertensiv combinat și până la $104,81 \pm 3,15 \text{ cm}^3$ peste 12 luni ($p < 0,001$).

Concluzii. Studiul efectuat a demonstrat că tratamentul antihipertensiv combinat cu eprosartan și indapamidă are efecte benefice atât asupra valorilor tensiunii arteriale (modificările funcționale), cât și asupra indicilor ecocardiografici ai hipertrofiei ventriculului stâng, evidente deja în a 6-a lună de curaj. Schimbările pozitive se consolidează în continuare, evoluție ce s-a confirmat prin datele înregistrate după 12 luni de medicație. Examenul ecocardiografic a demonstrat că reducerea hipertrofiei ventriculare stângi este asociată cu micșorarea volumului telediastolic al ventriculului stâng și cu o contracție globală mai eficientă a peretelui ventricular.

FACTORII DE RISC CARDIOVASCULAR LA PACIENȚII CU RISC OSTEOPOROTIC

Deseatnicova Elena, Bancu Irina,
Izvoreanu Alexandru, Groppa Liliana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Study of cardiovascular risk factors, presence of cardiovascular pathology in patients with osteoporotic fractures.*

Scopul lucrării: studiul factorilor de risc cardiovascular, prezența patologiei cardiovasculare la pacienții cu fracturi osteoporotice.

Material și metode. Am efectuat un studiu retrospectiv al anamnesticii pacienților cu fracturi osteoporotice. Am inclus în cercetare 37 pacienți cu vârsta medie de $76,8 \pm 7,4$ ani, 23,9% au fost bărbați și 76,1% – femei, spitalizați în Secția de traumatologie. Pentru a exclude tipurile de fracturi cauzate de anotimpul iernii, am evaluat doar pacienții internați în secție pe perioada iunie-noiembrie. Pentru toți bolnavii, forța traumatizantă a fost de maximum căderea de la înălțimea propriului corp, deci toate fracturile date le putem clasifica în categoria celor atraumatice. Factorii de risc pentru osteoporoză au fost relevați în conformitate cu testul internațional de 1 minut (OMS, 1999)

Rezultate. Din cei 37 de pacienți cu fractura atraumatică a femurului 23,9% au fost bărbați și 76,1% – femei. S-a observat că în cazul bărbaților fracturile apar cu 7,1 ani mai devreme decât la femei ($71,5 \pm 7,2$ comparativ cu $78,6 \pm 7,1$, $p = 0,00014$). Nici un pacient nu a fost diagnosticat cu osteoporoză anterior fracturii femurale, nici unul nu a fost prevenit despre riscul înalt pentru osteoporoză și nu le-a fost recomandată folosirea preparatelor anti-osteoporotice.

Indici generali și cardiovasculari al pacienților cu fractură de femur incluși în studiu: vârsta medie – $61,6 \pm 9,4$ ani, femei – 87,4%; bărbați – 12,6%; IMC – $29,2 \pm 6,8$; obezitate sau supraponderabilitate (IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), hipercolesterolemia – 5,3%, hipertensiune arterială 81,2%, presiunea sistolică sangvină $182,5 \pm 30,9 \text{ mm Hg}$, presiunea diastolică sangvină – $104,3 \pm 15,3 \text{ mm Hg}$. Cardiopatia ischemică, cardiocleroză postinfarct – 4%; cardiopatia ischemică, angina pectorală stabilă – 12,6%; cardiopatia ischemică, cardiocleroză postinfarct, angina pectorală stabilă – 14,8%; insuficiență cardiacă cronică I-II (NYHA), AVC – 7,7%. A fost evidențiată patologia somatică la 94,1% pacienți, 83,7% fiind diferite forme ale patologiei ischemice a inimii (27,4% – angina stabilă, 18,8% – cardiocleroză postinfarct), 4,4% – fibrilația atrială, 62% – insuficiența cardiacă cronică, 81,2% – hipertensiunea arterială, 7,7% AVC, 16,2% – diabet zaharat tip 2, 12,0% – boală pulmonară cronică obstructivă, 6,8% – ulcer duodenal sau gastric. În majoritatea cazurilor pacienții au două și mai multe patologii asociate.

Examinarea factorilor de risc pentru osteoporoză ne arată că până la fractură, la fiecare bărbat au fost găsiți cel puțin $2,8 \pm 0,7$ factori de risc (fumatul, abuzul de alcool frecvent, diareea, disfuncții erectile, tratamentul cu glucocorticosteroizi, fracturi osteoporotice la rude), la femei am găsit mai puțini factori de risc $1,7 \pm 0,4$. Cele mai des întâlnite au fost: menopauza 63%, micșorarea staturii 31%, fracturile

atraumatice la rudele pacientelor 22%, alte antecedente de fracturi 24%, fumatul 11%, tratamentul de durată cu glucocorticosteroizi 4%, episoade de diaree cronică 4%, abuzul de alcool 2%.

Concluzii. Fracturile atraumatice în regiunea proximală a femurului apar la vârsta medie de $77,3 \pm 7,5$ ani, la bărbați cu 7 ani mai devreme. Fiecare al 4-lea pacient decedează în decursul primului an de după apariția fracturii. Practic la 95% din toți bolnavii este prezentă asociația a câtorva maladii cronice, cea mai frecvent întâlnită este patologia cardiacă: cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut, hipertensiunea arterială. Nici un pacient nu a fost diagnosticat cu osteoporoză anterior fracturii femurale. Practic toți pacienții au prezentat factori de risc pentru osteoporoză anterior fracturii și au apelat frecvent la medicii de familie și la alți specialiști – ginecologi, urologi, endocrinologi.

STRATEGII TERAPEUTICE ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ

Grosu Aurel,

Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained cardiac arrhythmia encountered in everyday clinical practice. Our understanding of the pathophysiology of AF has increased dramatically over the past few decades. Recent treatment guidelines have heightened our awareness of the challenges involved in the treatment of AF and provided useful recommendations for its diagnosis and management. Because AF is usually associated with multiple comorbid conditions, greater emphasis must be placed on individualizing treatment. This review focuses on current treatment guidelines for patients with AF, assessing the benefits and shortcomings of current pharmacologic options and discussing new agents and trials that may provide better opportunities to improve and individualize patient management.*

Orientările terapeutice majore în fibrilația atrială (FA) urmăresc tratamentul nemijlocit al aritmiei și prevenirea complicațiilor tromboembolice. Pentru bolnavii cu FA persistentă există două strategii fundamentale de tratament: 1) restabilirea și menținerea ritmului sinusal; 2) controlul frecvenței ventriculare în cazurile în care tahiaritmia rămâne cronică. Aceste abordări terapeutice au generat numeroase controverse, care în prezent sunt rezolvate numai parțial. Întrucât FA este o aritmie complexă sub raportul aritmogenezei și heterogenă din punctul de vedere al expresiei clinice, există mai multe opțiuni terapeutice, în raport cu tipul și durata FA, precum și cu existența unei afecțiuni cardiace subiacente. Decizia terapeutică, pentru fiecare caz de FA, nu poate fi de-

cât individuală, cântărindu-se avantajele și riscurile fiecărui tip de strategie; uneori opțiunile terapeutice suferă modificări pe parcursul supravegherii pacientului. Strategiile terapeutice și algoritmul de tratament trebuie să fie bazate doar pe evidențele atestate la moment. Se pare că informațiile despre prevenirea complicațiilor tromboembolice în FA sunt mai bogate, de aceea recomandările respective sunt mai argumentate.

Recomandările Ghidului Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2010 privind tratamentul diferențial al FA

Experții Societății Europene de Cardiologie (European Society of Cardiology – ESC) au încercat să clasifice utilitatea sau eficiența tratamentelor de rutină recomandate și nivelul de evidență pe care se bazează aceste recomandări. Utilitatea sau eficiența unui tratament recomandat este prezentată după cum urmează:

clasa I = evidențe și/sau acord general în confirmarea faptului că tratamentul este benefic, util și eficient;

clasa II = dovezi discordante și/sau divergență de opinii cu privire la eficiența tratamentului;
IIa: majoritatea dovezilor/ opiniilor pledează în favoarea utilității/ eficienței;
IIb: utilitatea/ eficiența sunt mai puțin argumentate de dovezi/ opinii;

clasa III = dovezi sau acord general care indică faptul că tratamentul nu este util/eficient și în unele cazuri poate fi dăunător.

Nivelul de evidență va fi clasificat astfel:

nivelul A – date derivate din cel puțin două trialuri clinice randomizate;

nivelul B – date derivate dintr-un singur trial clinic randomizat și/sau metaanaliză, sau din studii nerandomizate;

nivelul C – consens de opinie al experților, bazat pe trialuri și pe experiența clinică.

Astfel, în Ghidurile de practică medicală (GPM), elaborate de către grupurile de lucru, indicațiile de obicei sunt împărțite în trei clase, în funcție de oportunitatea lor. Puterea dovezilor legate de un anumit tratament depinde de datele disponibile și este ierarhizată după trei niveluri. Însă trebuie să se țină cont că pacienții sunt diferiți prin unele caracteristici clinice, fapt care impune abordarea individuală a fiecăruia, cu judecată clinică, experiență și bun simț. Mai mult, așa cum se întâmplă cu orice ghiduri, ele nu sunt imprescriptibile.

Ghidurile de practică nu trebuie utilizate în mod dogmatic și nu presupun schimbarea comportamentului profesional. Atitudinea față de ghiduri este bine expusă în două declarații ale instituției-

lor care promovează GPM. În opinia Organizației Mondiale a Sănătății, „ghidurile trebuie să furnizeze informații extensive, bine echilibrate și critice despre beneficiile și limitele diferitelor intervenții de diagnostic și tratament, astfel încât medicul să-și poată exercita judecata cea mai potrivită în fața cazurilor individuale”, iar Comitetul Executiv al „National Health System” din Marea Britanie precizează că „ghidurile clinice pot numai să ajute practicianul și pot fi folosite pentru a mandata, a autoriza sau a prescrie opțiunile de tratament” și „oricât de convingătoare ar fi o dovadă sau alta pe care o invocă ghidul, practicianul trebuie să interpreteze aplicarea acesteia pe responsabilitate proprie”. Judecata clinică adesea depășește sursele explicite de informație, adăugând considerente de bun simț, atitudine și valoare, astfel încât temerea unora că GPM le-ar putea leza aptitudinile clinice și ar compromite raționamentul lor, impunând o „medicină de carte de bucate”, nu se susține. Oricât de bazată pe dovezi ar fi medicina, sâmburele său de „artă” rămâne prezent. Medicul rămâne suveran în libertatea de a lua decizii, acceptând totuși ghidurile ca acte normative.

Controlul ritmului sau controlul frecvenței ventriculare

Restabilirea și menținerea ritmului sinusal la pacienții cu FA este soluția ideală, întrucât permite ameliorarea stării clinice a bolnavului, înlătură simptomele generate de tahiaritmie, sporește debitul cardiac și toleranța la efort fizic, în special la bolnavii cu insuficiență cardiacă, reduce riscul evenimentelor embolice și al dezvoltării cardiomiopatiei. Deși conversia FA (în contrast cu controlul frecvenței ventriculare) urmărește rezolvarea mai multor probleme conjugate cu prezența aritmiei, la moment nu există suficiente dovezi care ar demonstra eficiența acestei căi. Restabilirea și menținerea ritmului sinusal oferă avantaje teoretice în reducerea riscului tromboembolic și, prin urmare, a necesității prescrierii tratamentului antitrombotic cronic. Totodată, medicamentele folosite pentru controlul frecvenței ventriculare sunt, în general, considerate mai sigure în comparație cu agenții antiaritmici. Valoarea relativă a acestor două strategii terapeutice constituie subiectul mai multor studii care deocamdată sunt în derulare. Datele disponibile în prezent nu confirmă cu certitudine avantajul unei sau altei strategii, de aceea rămânem în așteptarea unui răspuns mai clar.

Mijloacele antiaritmice utilizate actualmente nu satisfac necesitățile medicinei practice în restabilirea și menținerea ritmului normal la bolnavii cu FA. Chiar și după convertirea la ritm sinusal prin aplicarea șocului electric, durata menținerii ritmului sinusal descrește continuu. Cardioversiile repetate (seriate) doar amână transformarea FA în forma per-

manentă. Așadar, una dintre problemele centrale în tratamentul FA constă în luarea deciziei de restabilire a ritmului sinusal (numită „control al ritmului”) sau acceptarea strategiei controlului frecvenței cardiace prin administrarea beta-blocanților, antagoniștilor canalelor de calciu, digoxinei (numită „control al frecvenței”).

Prima alegere este strategia de convertire a FA și restabilirea ritmului sinusal. Latura slabă și dezavantajul acestei strategii constă în posibilitatea redusă de menținere ulterioară a ritmului sinusal. Rezultatul ar putea fi îmbunătățit prin utilizarea agenților antiaritmici după cardioversia electrică, însă apare problema reacțiilor adverse, inclusiv a efectelor proaritmice.

Cealaltă alegere constă în strategia controlului frecvenței cardiace, care poate fi obținută cu ușurință, deși deocamdată nu este destul de clar dacă aplicarea acestei strategii nu influențează mortalitatea și morbiditatea.

Una dintre problemele fundamentale ale tratamentului FA la momentul depistării acesteia constă în căutarea răspunsului la întrebarea: cât de rațională este încercarea de restabilire a ritmului sinusal? Cu alte cuvinte, ne aflăm în fața unei dileme: cărei strategii să-i dăm prioritate? Soluția acestei probleme în mare măsură va depinde de faptul, care dintre variantele posibile – controlul frecvenței sau controlul ritmului – va asigura o profilaxie mai eficientă a complicațiilor tromboembolice, va reduce mortalitatea, va ameliora simptomatologia sau va îmbunătăți calitatea vieții bolnavului cu FA. Altă problemă clinică importantă este dacă anumite categorii de pacienți, cum ar fi femeile, hipertensivii sau bolnavii cu insuficiență cardiacă, persoanele tinere cu boală structurală a cordului ar beneficia de aplicarea unei sau altei strategii.

Au fost realizate câteva studii mari, având drept scop compararea beneficiului și a riscului posibil al celor două strategii: controlul frecvenței vs controlul ritmului. Aceste cercetări au înrolat bolnavi cu vârsta de peste 65 de ani, dar femeile, pacienții tineri cu boli cardiace și cu FA paroxistică au fost mai puțin numeroși.

Este de menționat că majoritatea persoanelor încadrate în trialurile analizate au fost de vârstă înaintată, predominând bărbații, iar mulți aveau factori de risc pentru AVC (hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, cardiopatie ischemică). Totodată, unele subgrupuri de pacienți cu FA, cum ar fi cei tineri, fără boli structurale cardiace sau cu FA paroxistică, nu au fost prezenți în aceste studii. Prin urmare, rămâne neclar dacă și aceste subloturi ar putea beneficia în urma controlului ritmului sau a controlului frecvenței cardiace obținute cu insis-

tență. Astfel, a fost demonstrat că în FA controlul frecvenței cardiace este o strategie acceptabilă, de alternativă controlului ritmului sinusal la bolnavii cu recurențe frecvente de FA.

Așadar, controlul frecvenței cardiace în asociere cu terapia anticoagulantă cronică este strategia recomandată pentru majoritatea bolnavilor cu FA. Controlul ritmului nu s-a dovedit a fi superior controlului frecvenței cardiace (în asociere cu anticoagularea cronică) în reducerea morbidității și mortalității și ar putea fi chiar mai dezavantajos în unele subgrupuri de pacienți. Strategia controlului ritmului sinusal este dictată de unele situații speciale, cum ar fi simptomele prost tolerate, toleranța la efort fizic redusă, preferințele pacientului.

Pentru pacienții cu FA simptomatică, prost tolerată, controlul ritmului sinusal este inevitabil. Metoda cea mai eficientă și inofensivă de menținere a ritmului sinusal trebuie să reducă morbiditatea, să amelioreze simptomatologia prin diminuarea palpitațiilor induse de FA. În plus, studiile randomizate au arătat că controlul ritmului sinusal nu a fost superior în prevenirea complicațiilor tromboembolice. Prin urmare, una dintre lecțiile importante obținute din rezultatele studiilor realizate este că anticoagularea trebuie continuată la toți pacienții cu factori de risc, chiar și la cei care rămân în ritm sinusal sub tratament antiaritmice.

FIBRILAȚIA ATRIALĂ ȘI COMPLICAȚIILE TROMBOEMBOLICE

Grosu A., Gratii C., Diaconu N.,
Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Atrial fibrillation is associated with high risk of thromboembolic complications and is responsible of approximately 20% of ischemic stroke, which has more severe evolutions and prognosis. The risk of development of embolic events can be reduced with optimal antithrombotic therapy.*

Actualitate. Fibrilația atrială (FA) este asociată cu un risc înalt de complicații tromboembolice și este responsabilă de cca 20% din accidentele vasculare cerebrale (AVC) ischemice. Ictusul cauzat de FA are o evoluție severă și un prognostic rezervat. Riscul dezvoltării evenimentului tromboembolic din FA poate fi redus printr-o terapie antitrombotică adecvată.

Scopul lucrării: studierea ponderii FA în dezvoltarea AVC ischemic și estimarea gravității afectării neurologice și a ratei de deces la bolnavii cu stroke și FA.

Material și metode. În studiu au fost incluși 735 de pacienți cu AVC ischemic acut, admiși în secțiile de neurologie și de terapie intensivă din Spitalul Clinic Municipal „Sf. Treime” pe parcursul anului 2004. În funcție de ritmul cardiac apreciat, bolnavii au fost divizați în 2 loturi: lotul I – cu FA și lotul II – cu RS.

Rezultate. Dintre pacienții înrolați în cercetare – 28,4% aveau FA (lotul I) și 71,6% erau în RS (lotul II). În urma aprecierii tipului de AVC, s-a constatat că ictus ischemic constituit au dezvoltat 77% dintre bolnavii, preponderent printre cei din lotul I (84% vs 74,3%, $p < 0,05$), pe când AVC minor, lacunar și accident ischemic tranzitoriu (AIT) a fost determinat cu o frecvență mai mare la pacienții cu RS. La spitalizare o rată mare de bolnavii cu FA au prezentat semne clinice de leziune cerebrală severă (79% vs 37%, $p < 0,01$), starea generală a acestor bolnavi era mai gravă, fiind prezentată printr-o rată înaltă de plegii, pareze, disfazii și de afectarea mai profundă a stării de conștiință. O treime (29,4%) dintre bolnavii înrolați au relatat prezența evenimentelor tromboembolice în antecedente: pacienții cu FA mai des au suportat AVC recurente (4,4 % vs 2,6%, $p < 0,05$) și embolii periferice (1,5% vs 0%, $p < 0,05$), iar bolnavii cu RS – AIT (3,8 % vs 1,9%, $p < 0,05$). Rata deceselor intraspitalicești a fost de 18,1%, mai mare fiind printre subiecții cu FA (30,6% vs 13,2%; $p < 0,001$).

Concluzie. Prezența FA a fost apreciată la 1/3 dintre bolnavii cu AVC ischemic acut. Bolnavii cu FA au avut o evoluție mai severă a patologiei neurologice, prezentând o rată mai înaltă de recurențe tromboembolice cerebrale în antecedente și o frecvență mai mare de mortalitate intraspitalicească.

EFICIENȚA TRATAMENTULUI MEDICAMENTOS CU PROPRANOLOL ȘI FLUOXETINĂ LA PACIENȚII CU SINCOPE MEDIATE NEURAL

Grosu A., Raducan A., David L.,
Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The optimal medical therapy of patients with NMS is still controversial. The aim of study was to compare the therapeutic efficacy of propranolol and fluoxetine in the treatment of these patients.*

Scopul lucrării: aprecierea eficienței tratamentului medicamentos cu propranolol și fluoxetină a pacienților cu sincope mediate neural.

Material și metode. În studiu au fost incluși 107 pacienți (67 femei, 40 bărbați) cu vârsta medie de $39,4 \pm 1,6$ ani, care prezentau sincope/presincope, cu răspuns pozitiv la testul tilt (TT). Pacienții au fost divizați în 2 subloturi, pentru aprecierea eficienței tratamentului medicamentos cu beta-blocantul neselectiv propranolol și cu inhibitorul selectiv al recaptării serotoninei fluoxetină, evaluând dinamic recurența sincopală/presincopală timp de 6 luni. Astfel, 41 pacienți (38,3%) au fost selectați pentru tratament cu propranolol în doză medie $24,0 \pm 2,2$ mg/zi (sublotul 1), iar celorlalți 66 (61,7%) li s-a recomandat fluoxetină 20 mg într-o priză matinală (sublotul 2).

Rezultate. Din pacienții incluși în studiu doar 67 (62,6%) au primit tratament pe durata de timp precognizată. Dacă recurența sincopală inițială nu s-a deosebit statistic semnificativ între subploturi, reprezentând $4,2 \pm 0,4$ sincope/an pentru subplotul 1 și $3,7 \pm 0,4$ sincope/an pentru subplotul 2 ($p > 0,05$), recurența presincopală inițială a fost mai înaltă la pacienții ce au administrat propranolol ($6,0 \pm 0,8$ vs $4,0 \pm 0,5$ presincope/lună, $p < 0,05$). Atât propranololul, cât și fluoxetina au redus statistic semnificativ recurența sincopală/presincopală la pacienții ambelor subploturi, începând cu prima lună de tratament, fără o deosebire statistic semnificativă pe toată durata de evidență ($p = 0,19$, $x^2 = 1,7$), cu o tendință de eficiență mai sporită la tratament cu fluoxetină. Astfel, în luna a 6-a de evidență dinamică din 18 pacienți ce au folosit propranolol 12 (66,7%) erau asimptomatici, 4 (22,2%) continuau să prezinte și sincope, și presincope, iar 2 (11,1%) subiecți mai acuzau stări presincopale. Din 49 pacienți ce au luat fluoxetină nu prezentau manifestări clinice 41 (83,7%), continuau să prezinte sincope/presincope 4 (8,2%) și numai presincope – 4 (8,2%) bolnavi.

Concluzie. Atât propranololul, cât și fluoxetina au redus statistic semnificativ recurența sincopală și presincopală la pacienții cu sincope neurocardiogene pe parcursul a 6 luni de evidență.

ROLUL CITOCHINELOR PROINFLAMATORII ÎN INSUFICIENȚA CARDIACĂ LA COPII, SECUNDARĂ ȘUNTURILOR CONGENITALE SISTEMICO-PULMONARE CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ PULMONARĂ

Palii Ina, Guscova Alexandra, Luchianciuc Diana, Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The pathophysiological role of inflammatory cytokines – IL-1b, IL-6 și TNF-alfa was estimated in pediatric chronic heart failure (CHF) secondary to congenital systemic to pulmonary shunts, associated with pulmonary arterial hypertension (PAH). A higher level of cytokines was determined at patients with CHF and severe PAH, comparing with those with CHF and moderate PAH ($p < 0,05$), and with health children ($p < 0,001$).*

Actualitate. În prezent există suficiente dovezi care sugerează că mecanismele imune pot avea un rol central în patogenia insuficienței cardiace cronice (ICC), inflamația de asemenea fiind comună și hipertensiunii arteriale pulmonare (HTPA).

Scopul lucrării: determinarea rolului fiziopatologic al citochinelor proinflamatorii – IL-1b, IL-6 și TNF-alfa în ICC la copii secundară șunturilor congenitale sistemico-pulmonare complicate cu HTPA de diferit grad.

Material și metode. În studiu au fost incluși 70 de copii cu vârsta între 0,5 luni și 18 ani, cu ICC secundară șunturilor sistemico-pulmonare simple, combinate și complexe, asociate cu HTPA (clasificația anatomo-fiziopatologică, modificată față de Veneția 2003, Ghidul HTPA SEC 2009). În funcție de gradul HTPA, pacienții au fost divizați în 2 loturi: lotul I – 16 copii cu ICC și HTPA grad moderat (presiunea sistolică în artera pulmonară (PsAP) 50-70% din cea sistemică) și lotul II – 54 copii cu ICC și HTPA grad sever (PsAP > 70% din cea sistemică). După CF NYHA/Ross, în lotul I de studiu au prevalat copiii cu CF II și III, iar în lotul II – cu CF III și IV ($p < 0,001$). Lotul-martor I-au constituit 10 copii practic sănătoși, cu suflul cardiac inocent. Loturile au fost comparabile după vârstă și sex. Citochinele proinflamatorii au fost determinate prin metoda analizei imunofermentative.

Rezultate. La pacienții lotului I de studiu nivelul seric al IL-1b a constituit $3,71 \pm 0,37$ pg/ml față de $10,49 \pm 1,56$ în lotul II ($p < 0,05$) și $2,74 \pm 0,53$ la copiii sănătoși ($p > 0,05$, $p < 0,001$). Valoarea IL-6 a fost de $5,5 \pm 0,83$ pg/ml în lotul I față de $8,61 \pm 0,83$ în lotul II ($p = 0,05$) și $1,63 \pm 0,62$ la pacienții sănătoși ($p < 0,001$). Nivelul TNF-alfa a fost de $3,62 \pm 0,37$ în lotul I, în comparație cu $6,88 \pm 0,9$ în lotul II ($p > 0,05$), iar la cei sănătoși – $1,82 \pm 0,91$ pg/ml ($p > 0,05$, $p < 0,001$).

Concluzie. Citochinele proinflamatorii – IL1b, IL6 și TNF alfa – sunt relevante în fiziopatologia ICC secundară șunturilor congenitale asociate cu HTPA, nivelul acestora crescând în corelație cu severitatea patologiei – CF NYHA/Ross a ICC și gradul de HTPA.

REALIZĂRILE ȘI PERSPECTIVELE CARDIOLOGIEI INTERVENȚIONALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Popovici Ion, Popovici Mihail, Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat. *Studiul analizează experiența acumulată în valorificarea tehnologiilor legate de cardiologia intervențională din Republica Moldova și expune unele sugestii care ar putea favoriza esențial rezultatul utilizării procedurilor invazive de revascularizare miocardică cu minimalizării cazurilor de reabordări tardive. Pledoaria de suport este proliferarea acestor tehnologii prin deschiderea unor centre specializate în teritoriu.*

Descoperirea și implementarea principiului de diagnostic și tratament prin cateter a fost una dintre cele mai mari reușite ale cardiologiei contemporane. Angioplastia transluminală percutană a devenit principala metodă de revascularizare miocardică, în lume fiind realizate anual cca 700-850 proceduri anual la un mln. de populație. La moment în Institutul de Cardiologie al RM funcționează două laboratoare de

cateterism cardiac, dotate cu echipament modern, ceea ce a permis realizarea și în țara noastră a unui număr ascensiv de intervenții diagnostice și curative pe cord prin tehnici miniinvazive. Mai mult, în temeiul unui număr impunător de proceduri efectuate – cca 1500 de coronaroangiografii și cca 400 de angioplastii anuale efectuate în laboratorul din Chișinău – au putut fi elaborate și sistematizate anumite criterii pentru obținerea unor performanțe mai palpabile în tratamentul prin cateter, miza de referință fiind complicațiile care pot compromite sever rezultatul angioplastiei – restenoza și tromboza intrastent.

Pentru aceasta au fost elaborate criteriile de selectare a pacienților din categoriile de risc pentru aceste evenimente (celor cu DZ, artere de diametru mic, cu leziuni pe mari lungimi de vas, cu leziuni de bifurcații sau difuz calcificate, cu ocluzii cronice), care fiind completate cu o tactică adecvată de abordare tehnică, pot diminua substanțial aceste evoluții. La cea de a doua prevedere se referă utilizarea rațională a stenturilor farmacologice, sau în unele cazuri a baloanelor acoperite cu substanță anti-restenoză, precum și implementarea la scară largă a ultrasonografiei intravasculare (IVUS), tehnologie de vârf în monitorizarea subcurativă a pacienților din categoria de risc a restenozei intrastent.

Valorificarea și răspândirea în teritorii a acestor tehnologii și a experienței acumulate ar putea favoriza esențial rezultatul îndepărtat, din care rezultă considerabile beneficii economice prin minimizarea cazurilor de reabordări tardive.

Viitorul cardiologiei intervenționale întrevide perspective clare prin crearea în teritoriul țării a unor noi centre de cateterism cardiac cu regim de lucru non-stop, care să fie accesibile prin amplasarea lor geografică adecvată, prin instruirea în regim alert a echipelor mobile de urgență și prin educația sanitară a populației. În conexiune cu aceste evoluții ar fi și implementarea noilor tehnici miniinvazive de tratament al patologiilor cardiace structurale – defecte interseptale sau interatriale, stenoze sau insuficiențe valvulare, tehnici care devin tot mai larg utilizate în practica medicală din lume și care vor minimiza consecințele inerente metodelor chirurgicale.

STUDIUL CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ CRONICĂ DE ORIGINE ISCHEMICĂ, DUPĂ TRATAMENTUL DE SCURTĂ DURATĂ ADMINISTRAT ÎN STAȚIONAR

Vataman Eleonora, Lăsâi D., Filimon Silvia, Priscu Oxana, Grivenco Aliona, Cucută Snejana, Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Purpose of this study was to determine changes in quality of life under the influence of short duration in patients with chronic heart failure.*

Scopul lucrării: determinarea modificărilor calității vieții sub influența tratamentului de scurtă durată la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică.

Material și metode. La 91 pacienți cu insuficiență cardiacă (IC) cronică de origine ischemică (CF NYHA II-III) au fost aplicate chestionarele „Minnesota, MacNew” și „SF-36” la internarea în Clinica Institutului de Cardiologie și peste 10 zile de tratament în staționar.

Rezultate. S-a constatat că scorul global al chestionarului Minnesota a avut o majorare nesemnificativă: inițial – $2,68 \pm 0,14$, peste 10 zile – $2,40 \pm 0,08$, pe când scala emoțională, scala socială și scorul global al chestionarului „MacNew” s-au majorat concludent după tratamentul de 10 zile în staționar (tabelul 1).

Tabelul 1. Modificările scalelor emoționale, fizice și psihice și ale scorului global al chestionarului „MacNew” după tratamentul administrat în staționar

Parametri	Inițial	După tratament
Scala emoțională, $M \pm m$	$8,4 \pm 0,28$	$9,4 \pm 0,21^*$
Scala fizică, $M \pm m$	$7,6 \pm 0,32$	$8,4 \pm 0,38$
Scala socială, $M \pm m$	$8,3 \pm 0,34$	$9,6 \pm 0,28^*$
Scor global, $M \pm m$	$8,2 \pm 0,22$	$8,2 \pm 0,22$

Notă: * – $p < 0,05$, comparativ cu valorile inițiale.

Parametrii chestionarului „SF-36” s-au dovedit a fi mai puțin sensibili la intervențiile terapeutice de scurtă durată și doar indicele funcționării fizice s-a îmbunătățit semnificativ (tabelul 2).

Tabelul 2. Modificările indicilor și componentelor sumare ale chestionarului „SF-36” după tratamentul administrat în staționar

Parametri	Inițial	După tratament
Funcționarea psihică, $M \pm m$	$5,75 \pm 1,2$	$7,56 \pm 1,3$
Funcționarea fizică, $M \pm m$	$0,36 \pm 0,14$	$0,79 \pm 0,15^*$
Durerea, $M \pm m$	$4,88 \pm 0,66$	$4,69 \pm 0,54$
Sănătatea generală, $M \pm m$	$14,3 \pm 0,78$	$13,2 \pm 0,63$
Vitalitatea, $M \pm m$	$12,3 \pm 0,54$	$12,1 \pm 0,55$
Funcționalitatea socială, $M \pm m$	$4,13 \pm 0,09$	$4,19 \pm 0,14$
Funcționalitatea emoțională, $M \pm m$	$0,81 \pm 0,28$	$0,94 \pm 0,27$
Sănătatea mintală, $M \pm m$	$15,9 \pm 1,0$	$16,5 \pm 0,83$
Componenta fizică sumară, $M \pm m$	$25,7 \pm 1,2$	$25,4 \pm 1,5$
Componenta psihică sumară, $M \pm m$	$33,1 \pm 1,4$	$33,7 \pm 1,1$

Notă: * – $p < 0,05$, comparativ cu valorile inițiale.

Concluzii. S-a constatat ameliorarea calității vieții la pacienți cu IC cronică după administrarea tratamentului în staționar. Chestionarul „MacNew” a demonstrat cea mai mare sensibilitate la modificările parametrilor calității vieții pacienților în urma tratamentului de scurtă durată.

MODIFICĂRILE FUNCȚIEI SISTOLICE ȘI CELEI DIASTOLICE ALE VENTRICULULUI STÂNG PE PARCURSUL UNUI AN DE TRATAMENT AL INSUFICIENȚEI CARDIACE LA PACIENȚII CU CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ȘI DIABET ZAHARAT TIP 2

Vataman Eleonora, Filimon Silvia, Hotineanu Raisa, Lăsai Dorin, Priscu Oxana, Grivenco Aliona, Institutul de Cardiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Heart failure in people with heart disease and type 2 diabetes mellitus (DZt2) is the result of specific metabolic disorders (hyperglycemia, insulin resistance and a.) and associated pathogenetic factors (dyslipidemia, increased levels of free fatty acids, endothelial dysfunction, stress oxidation, inflammation, neurohormonal activation). Glycemic control plus drug treatment reduces neurohormonal modulation major risk of developing heart failure in patients with type 2 diabetes.*

Actualitate. Insuficiența cardiacă la persoanele cu cardiopatie ischemică și diabet zaharat tip 2 (DZt2) este consecința dereglărilor metabolice specifice (hiperglicemia, rezistența la insulină și a.), precum și a factorilor patogenetici asociați (dyslipidemia, creșterea nivelurilor acizilor grași liberi, disfuncția endotelială, stresul oxidativ, inflamația, activarea neurohormonală). Controlul glicemiei plus tratamentul medicamentos de modulare neu-

rohormonală reduce important riscul dezvoltării insuficienței cardiace la pacienții cu DZ tip 2.

Scopul studiului: determinarea efectului tratamentului medicamentos combinat asupra funcțiilor sistolică și diastolică la bolnavii cu insuficiență cardiacă de origine ischemică și diabet zaharat tip 2.

Material și metode. În studiu au fost incluși 191 de pacienți cu insuficiență cardiacă, cu vârsta medie de 58,2±0,7 ani, 160 (83,8%) bărbați și 31 (16,2%) femei, 185 (96,9%) persoane aveau sechele ale unui infarct miocardic vechi. Pacienții au fost divizați în 2 grupuri în funcție de prezența DZt2: gr. I – fără DZt2 (152 pacienți); gr. II – cu DZt2 (39 pacienți). În ambele grupuri fost aplicat tratament standard cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotenzinei II, β-adrenoblocante, spironolactonă, antiagregante, diuretice, nitrați, iar corecția glicemiei la pacienții gr. 2 a fost menținută cu sulfonilureice.

Rezultate. În urma tratamentului complex administrat pe parcursul a 12 luni, în gr. II s-a determinat reducerea grosimii peretelui posterior al ventriculului stâng (PPVS) cu 1,00 mm (p<0,05), indicele volumului telesistolic a scăzut cu 20% (p<0,05), presiunea în artera pulmonară s-a redus cu 10% (p<0,05), iar fracția de ejeție (FE) din ventriculul stâng (VS) s-a majorat treptat, atingând valoarea de 42,78±1,77% (p<0,05). Am obținut, de asemenea, o reducere importantă a disfuncției diastolice la acești bolnavi, confirmată prin micșorarea raportului E/A cu 18% (p<0,05) la finele perioadei de supraveghere.

Evoluția unor indicatori ecocardiografici ai funcției sistolice și celei diastolice

Indicatorii	Grupul	Inițial	3 luni	6 luni	12 luni
Grosimea PPVS, mm	Gr.1	9,76±0,15	10,28±0,26	10,62±0,39	9,78±0,16
	Gr.2	11,84±0,39	10,92±0,45	10,34±0,48*	10,93±0,47*
Indicele volumului telesistolic, ml/m ²	Gr.1	86,12±3,32	79,58±6,93	81,60±5,64	82,23±4,14
	Gr.2	84,16±13,24	83,00±18,00	93,50±15,47	64,40±12,49*
Indicele volumului telediastolic, ml/m ²	Gr.1	130,27±4,36	120,88±8,85	125,37±6,42	125,41±4,75
	Gr.2	119,17±16,18	119,50±22,50	130,25±18,89	122,66±28,90
FE a VS,%	Gr.1	37,06±0,62	39,68±1,08	40,74±1,08*	38,85±0,78*
	Gr.2	40,10±6,63	41,71±1,94	41,76±1,56	42,78±1,77*
Presiunea în artera pulmonară, mm Hg	Gr.1	49,54±1,33	47,71±2,42	45,92±1,31*	46,87±1,13*
	Gr.2	44,79±2,49	46,00±6,78	43,04±3,03*	40,65±2,69*
Viteza fluxului diastolic (E) inițială, m/s	Gr.1	0,69±0,04	0,79±0,05	0,62±0,05	0,67±0,03
	Gr.2	0,41±0,08	0,71±0,16	0,36±0,08	0,29±0,07
Viteza fluxului diastolic (A) finală, m/s	Gr.1	0,46±0,03	0,81±0,34	0,49±0,04	0,48±0,03
	Gr.2	0,38±0,07	0,62±0,06	0,31±0,07	0,33±0,08
Raportul E/A	Gr.1	1,55±0,13	1,86±0,27	1,27±0,14	1,43±0,12
	Gr.2	0,84±0,21	0,80±0,25	0,74±0,27	0,69±0,22*

Notă: * – p<0,05.

Concluzie. Terapia îndelungată de modulare neurohormonală, asociată cu statutul de normoglicemie, la pacienții cu insuficiență cardiacă de origine ischemică și diabet zaharat tip 2 îmbunătățește atât

funcția sistolică, cât și cea diastolică, reduce gradul de hipertrofie a ventriculului stâng și nivelul presiunii în artera pulmonară, contribuind astfel la ameliorarea funcției globale de pompă cardiacă.

MODIFICĂRILE INDICILOR DE REMODELARE CARDIACĂ LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ CRONICĂ DE ORIGINE ISCHEMICĂ, DUPĂ REABILITAREA FIZICĂ LA DOMICILIU

Vataman Eleonora, Lăsăi D., Aprodu Silvia, Grivenco Aliona, Morcov Larisa, Filimon Silvia, Priscu Oxana, Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The aim of this work was to study the cardiac remodeling in patients with heart failure of ischemic origin, who carried out the physical rehabilitation program at home.*

Scopul lucrării: studierea remodelării cardiace la pacienții cu insuficiență cardiacă de origine ischemică, care au efectuat programul de reabilitare fizică la domiciliu.

Material și metode. În studiu au fost incluși 191 de pacienți cu insuficiență cardiacă clasa funcțională II-III NYHA de origine ischemică și cu disfuncție sistolică a ventriculului stâng (VS) (fracția de ejecție a

VS<50%). Ulterior lotul de pacienți a fost divizat în 2 grupuri: grupul 1 de control – 88 bolnavi (vârsta medie – 57,7±1,0 ani) și grupul 2 – 103 pacienți (vârsta medie – 58,6±0,9 ani), care au aderat la programul de reabilitare fizică la domiciliu. Examenul ecocardiografic în regim bidimensional a fost efectuat inițial, la 3, 6 și 12 luni de supraveghere. Pacienții din ambele grupuri au primit același tratament: cu bisoprolol, lisinopril, spironolactonă, acid acetilsalicilic, furosemid.

Rezultate. Peste 1 an de supraveghere am determinat că la pacienții din grupul 2 valorile indicelui volumului telesistolic (VTS) al VS și indicelui sfericității (ISf) în sistolă s-au micșorat concludent – cu 21,8% și 6,9%, respectiv (figurile 1, 2), pe când la bolnavii din grupul 1 (de control) nu s-au constatat diferențe concludente ale acestor parametri. Indicele volumului telediastolic (VTD) și ISf în diastolă nu s-au modificat semnificativ în ambele grupuri. Pe parcursul perioadei de supraveghere s-a constatat majorarea fracției de ejecție (FE) a VS la cei din grupul 2, iar la pacienții din grupul 1 (de control) FE a VS s-a redus semnificativ peste 1 an de supraveghere (figura 3).

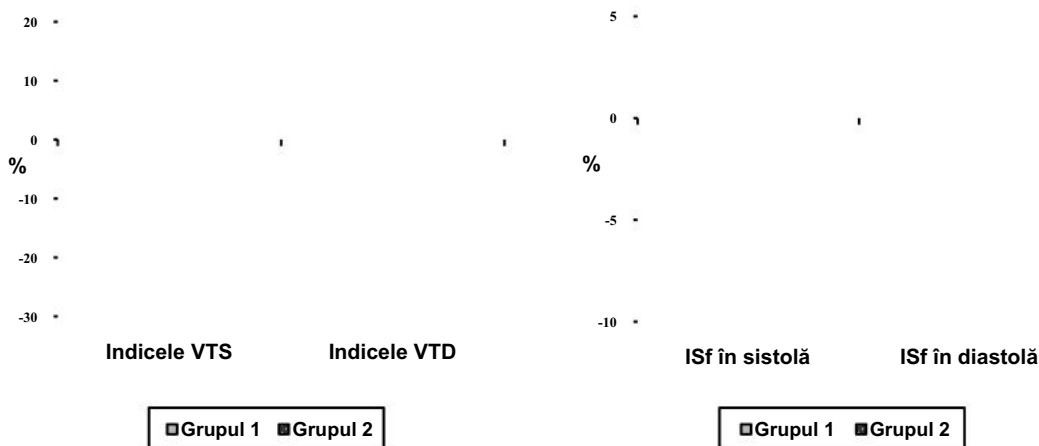


Fig. 1 (* – p<0,05, comparativ cu valorile inițiale)

Fig. 2 (* – p<0,05, comparativ cu valorile inițiale)

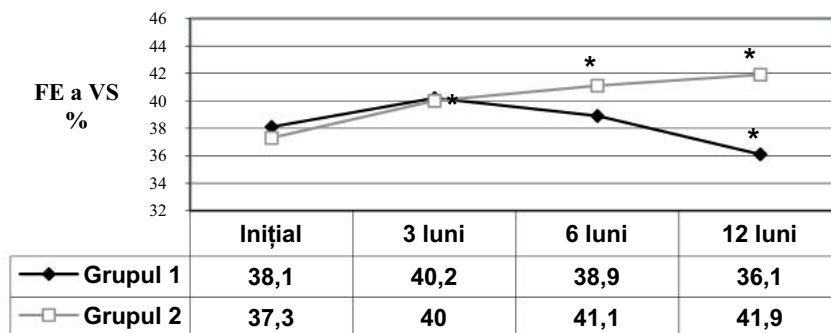


Figura 3 (* - p < 0,05, comparativ cu valorile inițiale)

Concluzii. Programul de reabilitare fizică la domiciliu asociat cu tratamentul de modulare neurohormonală a pacienților cu insuficiență cardiacă de origine ischemică a contribuit la regresarea cardio-

megaliei și ameliorarea funcției de pompă cardiacă. Indicele volumului telesistolic și indicele sfericității în sistolă s-au dovedit a fi cei mai sensibili parametri de remodelare cardiacă.

NOI TEHNOLOGII PENTRU DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL PATOLOGIEI ATEROSCLEROTICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Popovici Ion,

Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Intravascular ultrasound is one of modern methods recently introduced into daily practice of Department of Interventional Cardiology of Institute of Cardiology. The techniques of intravascular ultrasound are used for revealing and estimation of morphological parameters of the atherosclerotic plaque in coronary arteries, and also for „individual” treatment of in-stent restenosis, for determination of necessary treatment options, such as POBA (plain old ballon angioplasty) for restenosis of stent edges „candy restenosis” or implantation of a new pharmacological stent „stent in stent” in diffuse restenosis of BMS (bare-metal stent), etc. Intravascular ultrasound is of great importance as for careful research of atherosclerotic lesions before stent implantation, and for quality assessment of procedure after.*

Sindromul coronarian acut (ACS – *acute coronary syndrome*) este o cauză majoră de morbiditate și mortalitate în lumea dezvoltată. 50 de ani la rând coronarografia invazivă a fost „standardul de aur” pentru a stabili prezența, localizarea și severitatea stenozelor arterelor coronariene epicardice. Coronarografia are marele merit de a rezuma evaluarea patologiei aterosclerotice folosind un singur criteriu – severitatea stenozei.

Intervenția coronariană percutanată (PCI – *percutaneous coronary intervention*), cu aplicarea stenturilor a devenit o alternativă importantă de tratament al patologiei menționate. Și în Republica Moldova numărul de proceduri cu aplicarea stenturilor în scopul tratării anginei și a infarctului de miocard a cunoscut o dezvoltare masivă – peste 1.000 de coronariene realizate în fiecare an.

Studiile patomorfologice au demonstrat că majoritatea evenimentelor coronariene acute sunt în mai mare măsură dependente de prezența plăcii vulnerabile, decât de prezența leziunii care obstrucționează, fie și de procent important, vasul coronarian. La aceleași concluzii au ajuns și studiile angiografice seriate, care au remarcat faptul că progresia plăcilor aterosclerotice nu se corelează atât de fidel cu riscul de evenimente coronariene acute: majoritatea infarctelor miocardice acute se produc în artere coronare fără obstrucții luminale semnificative (<70%).

La momentul actual se consideră că stenoza coronariană este cauza anginei de efort, pe când placa vulnerabilă este cauza evenimentelor coronariene acute. Cel mai frecvent sindroamele coronariene acute rezultă din ruperea plăcii coronariene aterosclerotice instabile sau vulnerabile, cu tromboză coronariană succesivă. Se consideră că următoarele mecanisme ar fi implicate în declanșarea complicațiilor aterotrombotice: ruptura capului fibros al plăcii (55-60%), eroziunea plăcii (30-35%), erodarea nodulului calcificat (2-7%), precum și hemoragia din aria plăcii (3-5%).

Majoritatea plăcilor calificate ca instabile sau fragile sunt niște fibroateroame cu cap fibros subțire (*thin-cap fibroatheroma*), dar anume detecția acestora constituie o problemă dificilă sub aspect tehnic. Atât metodele invazive, cât și cele neinvazive au sarcina de a demonstra existența unui cap fibros subțire și a unui miez necrotic, de a evalua adecvat și a diferenția calcificările de fibroză sau de ateroamele cu conținut lipidic și în final – de a repera prezența inflamației. Metodologic este nevoie și de o perfectă rezoluție, investigația urmând să furnizeze date cât mai precise.

Printre cele mai performante tehnici validate pentru identificarea plăcilor instabile la nivelul arterelor coronare sunt ecografia intravasculară (IVUS – *intravascular ultrasound*), cu derivatele acesteia, histologia virtuală și palpografia, tomografia de coerență optică (OCT), rezonanța magnetică nucleară (RMN) intravasculară, spectroscopia în spectru apropiat de infraroșu (NIR *spectroscopy*) și termografia intracoronariană. Majoritatea tehnologiilor enumerate sunt utilizate preponderent pentru investigații științifice, căci în practica clinică aria lor de aplicare este limitată, mai ales din cauza costurilor înalte. În schimb IVUS a devenit o investigație de utilizare largă.

În cadrul Laboratorului de Cardiologie Intervențională al Institutului de Cardiologie deja de 10 ani se practică diagnosticul și tratamentul miniinvaziv al patologiei coronariene. Principalele avantaje ale tehnicilor imagistice invazive sunt diagnosticul precis și posibilitatea deciziilor curative efectuate în timpul intervențiilor coronariene complexe și șansa de identificare corectă a leziunilor cu o probabilitate ridicată de eventuale evenimente adverse pe viitor. Anterior, pentru evaluarea invazivă a patologiei coronariene în RM se folosea doar coronarografia, care se cunoaște că nu poate furniza informații importante despre caracteristicile morfologice ale plăcii coronariene. Cu peste 1 an în urmă am pus în aplicare ultrasonografia intracoronariană, care este una din

tehnicele informative de depistare timpurie și de caracterizare a patologiei coronariene.

Ecografia intravasculară este o metodologie de imagistică medicală, care folosește un cateter special conceput cu o sondă cu ultrasunete miniaturizate, care este atașată la capătul distal al cateterului. Capătul proximal al acestei sonde se conectează la echipamentele de monitorizare

computerizată cu ultrasunete, iar cel proximal se introduce în lumenul arterei examinate. Fasciculul de ultrasunete este direcționat perpendicular pe peretele vascular, astfel că prin rotația transductorului se pot culege imagini ale anatomiei vasului coronarian pe toată circumferința acestuia (figura 1).

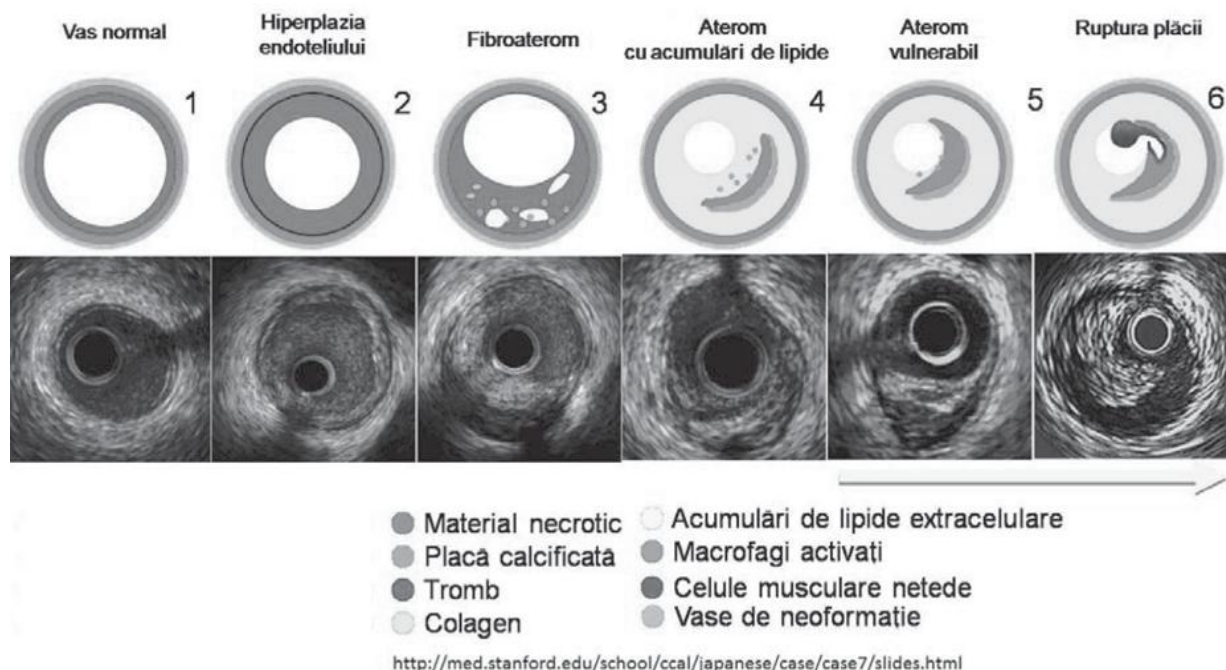
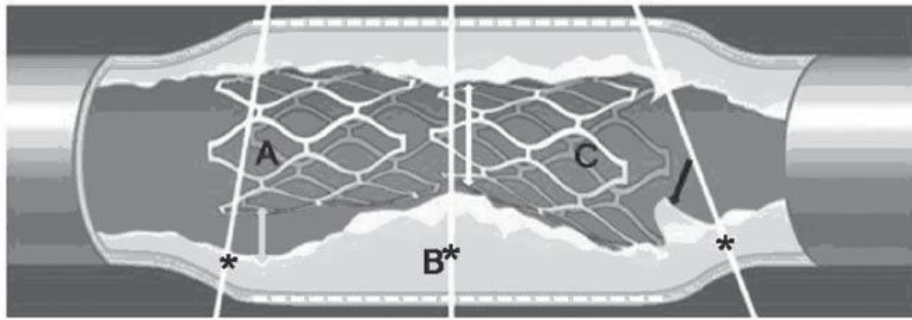


Fig. 1. Etapele de evoluție a aterosclerozei coronariene redată prin imaginile surprinse de ultrasonografia intracoronariană. 1 – vas normal, 2 – hiperplazie intimală, 3 – fibroaterom, 4 – aterom cu miez lipidic, 5 – aterom vulnerabil, 6 – ruptura plăcii care a rezultat cu tromboza și ocluzionarea vasului (infarct miocardic acut).

Prin urmare, noua tehnologie cu ultrasunete oferă posibilitatea de evaluare din interior a vaselor. Astfel, se poate vizualiza endoteliul (peretele interior) vaselor de sânge în timp real la momentul efectuării examenului coronarografic. Examinarea IVUS poate detecta și preciza nivelul de localizare a plăcii de aterom; ea poate estima acumularea progresivă și măsura volumul plăcii; poate analiza structura morfologică a ateromului (hipoecoică, fibroasă sau calcificate); distinge remodelarea pozitivă de tip expansiv și apreciază gradul de stenoză reală; poate surprinde primele semnalmente de complicații ale plăcii, cum ar fi ruptura, ulcerarea, hematomul intraparietal, din care rezultă evenimente cardiace majore ca atacul de cord și obstrucția arterei.

La nivel mondial această tehnică a apărut la începutul anilor '90 ai sec. XX și s-a prezentat

imediat ca una capabilă de a rezolva probleme importante la momentul dat – restenoza după angioplastie. Aplicarea acestei tehnologii a dus la recunoașterea faptului că cea mai mare parte a restenozelor (vizualizate la examenul angiografic) nu erau cu adevărat o restenoză, ci o remodelare a plăcii ateromatoase, care era încă prezentă în lumenul arterei după efectuarea angioplastiei. Stenoza cauzată de placa coronariană, aparent minoră pe angiograme, sângele și substanța de contrast străbătând placa disecată, în realitate nu dispărea, ci se reorganiza cu timpul și era cauza revenirii simptomatice tipice și a falimentului procedurii pe termen lung. Această recunoaștere a promovat utilizarea mai frecventă a stenturilor, cu scopul fixării plăcii pe peretele interior al arterei.



<http://med.stanford.edu/school/ccal/japanese/case/case7/slides.html>

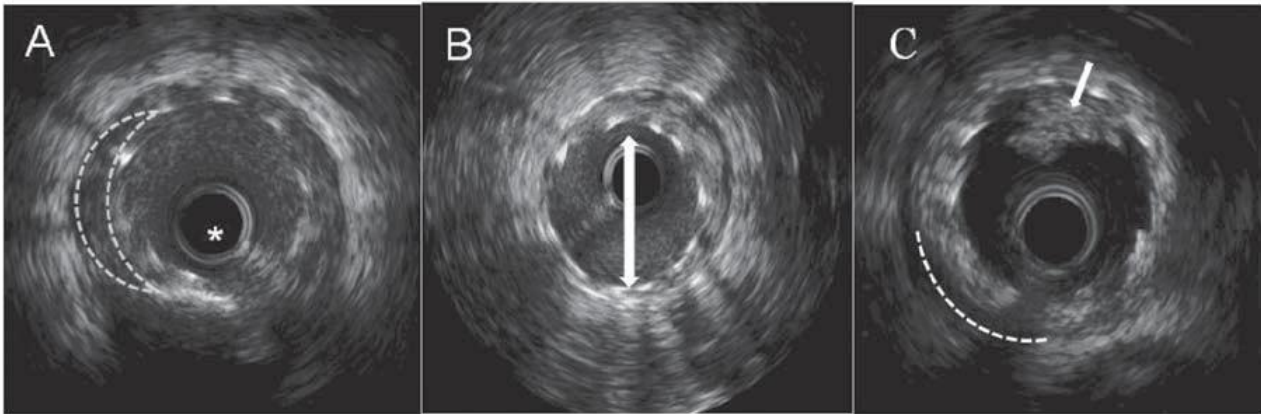


Fig. 2. Reprezentarea schematică a procedurii de angioplastie coronariană (PCI) și imaginile incongruențelor detectate prin ultrasonografia endocoronariană. A – stent coronarian fixat deficient de peretele vascular (pe schemă îl indică săgeata), iar pe imaginea IVUS segmentul este demarcat prin linie punctată); B – stent coronarian insuficient dilatat cu arie de secțiune mică (săgeata albă); C – stentul coronarian a cauzat disecarea marginală a plăcii reziduale (săgeata neagră), care se distinge și pe imaginea IVUS respectivă (săgeata albă).

În plus, examenul IVUS a servit pentru a confirma in vivo rezultatele autopsiei, arătând că placa ateromatoasă tinde să cauzeze atât extinderea laminei elastice interne, cât și a celei externe. Cu alte cuvinte, ateromul poate crește nu numai spre interiorul lumenului vascular, ci și în exterior, determinând așa-numitul fenomen de „remodelare pozitivă a vasului”. Posibilitatea creșterii spre exterior este în mare măsură subestimată de angiografie, care e în stare să dezvăluie numai marginea plăcii care iese în lumenul vasului.

Această dezvăluire a adus o importantă contribuție la înțelegerea tipului de leziuni coronariene care cauzau infarctul miocardic. Stenoza tipică în calitate de cauză a infarctului miocardic a alcătuit sub 50%, fiind considerată nesemnificativă la coronarografie. Noile evidențe au schimbat accentul principal al măsurilor de prevenire a atacului de cord, ghidajul de reper fiind nu doar îngustarea severă, ci și placa vulnerabilă.

Am apreciat avantajele acestei metode în special pentru situațiile în care imaginile angiografice sunt puțin informative, cum ar fi cazul leziunilor ostiale, sau în cazul în care imaginile angiografice se suprapun. IVUS este utilă și pentru a evalua efectele

imEDIATE ale tratamentului prin implantarea stentului coronarian, precum și pentru a observa rezultatele tratamentului medicamentos de-a lungul timpului. Studiul CRUISE (*Can Routine Ultrasound Impact Stent Expansion*), care a comparat rezultatele la distanță a 538 de pacienți cărora procedurile de implantare a stenturilor le-au fost ghidate cu IVUS, versus doar coronarografia, a demonstrat reducerea cu 39% a necesității reintervențiilor în brațul ghidat de IVUS. Predictorii ultrasonografici ai necesității de reintervenție includeau rezultatul final cu aria de secțiune transversală mai mică a vasului tratat, precum și prezența plăcii reziduale la marginile stentului.

La nivelul Laboratorului de Cardiologie Intervențională al Institutului de Cardiologie IVUS se folosește curent pentru studiul cauzelor de faliment al stenturilor medicate.

Din momentul apariției stenturilor active farmacologic (*DES – drug eluting stent*), acestea sunt prezentate de către producători ca fiind o terapie antirestenotică, universal aplicabilă și cu rezultate „infaillibile”. Rezultatele unor studii randomizate arată că utilizarea DES a redus în mod evident incidența restenozei în stent, comparativ cu rezultatele obținute prin implantarea stenturilor metalice convenționale

(BMS – *bare metal stent*). Aceste rezultate s-au remarcat inițial la pacienții cu risc intrinsec redus de restenoză (leziuni simple ale arterelor de calibrul mare, cum ar fi cele urmărite în studiul RAVEL), dar mai recent s-au confirmat și pentru tratamentul leziunilor lungi și pe vasele de calibrul mic (studiul SIRIUS).

Totuși, problema restenosei persistă, deși într-un procent semnificativ mai mic, inclusiv după aplicarea ultimelor generații de stenturi medicate. Aplicarea tehnicii IVUS în restenoza intrastent DES a demonstrat posibilitatea de eliminare, în caz de restenoză intrastent, a materialului cu caracteristici de hiperplazie neointimală, folosind tehnicile de aterectomie rotațională. Rațiunea aterectomiei rotaționale (care reprezintă o tehnică destul de costisitoare) aplicate în aceste tipuri de leziuni coronariene s-a dovedit concludentă.

Rezultatele pozitive ale primelor studii nu au fost, însă, confirmate în studiile multicentrice clinice ulterioare, care au prezentat probe contradictorii, cum ar fi studiul ROSTER monocentric, care a confruntat eficiența aterectomiei rotaționale cu cea a angioplastiei cu balon în cazul restenozei difuze intrastent. Rezultatele au demonstrat reducerea în TLR la 12 luni în grupul tratat prin aterectomie rotațională. Un alt studiu – ARTIST – a analizat angioplastia versus aterectomia de rotație pentru tratamentul restenozei difuze în stent. Conform acestuia, PCI s-a

prezentat mai eficientă decât aterectomia rotațională, în termeni de supraviețuire liberă de evenimente adverse.

În Departamentul „Cardiologie Intervențională” al Institutului de Cardiologie tehnologia IVUS se aplică pentru tratamentul „personalizat” al restenozelor intrastent. În baza informațiilor obținute se folosesc diferite strategii terapeutice, cum ar fi POBA (*plain old balloon angioplasty*) simplă pentru leziunile de restenoză a marginilor stentului „candy restenosis” sau implantarea unui nou stent acoperit „stent în stent”, în situația restenozei difuze a stentului metalic etc.

IVUS este de valoare importantă pentru cercetarea atentă a patologiei aterosclerotice înainte de a purcede la implantarea stentului. Folosind informația despre caracteristica de bază a vasului, se iau decizii privind lungimea, diametrul și caracteristicile stentului ce urmează a fi implantat. IVUS este utilă și pentru controlul calității procedurii după implantarea stentului, când se urmărește lipsa disecției reziduale (o cauză frecventă de restenoză, nu tot timpul evidentă la angiografie), precum și poziționarea corectă și expandarea suficientă a protezei endovasculare. Abilitatea IVUS de a prezice, cel puțin în parte, apariția restenozei pune în aplicare strategii terapeutice bazate pe caracteristicile individuale ale pacientului, ceea ce în definitiv înseamnă și o utilizare rațională a resurselor atribuite medicinei.

IMSP Spitalul Clinic Republican

În spital sunt desfășurate și funcționează 740 de paturi în 17 secții spitalicești, din care 270 sunt de profil terapeutic (secțiile endocrinologie și hepatologie câte 60 de paturi, alergologie, gastroenterologie, nefrologie, reumatologie și terapie generală – câte 30). Anual în secțiile terapeutice se tratează în jur de 8500 de pacienți.

Secțiile terapeutice ale SCR sunt secții specializate cu un potențial clinic și profesional înalt.

În secțiile de staționar activează 23 de medici-interniști, dintre care 80% dețin categorii superioară sau prima categorie, două secții (nefrologie, reumatologie) sunt conduse de doctori în medicină, conferențieri universitari. În baza secțiilor terapeutice activează 3 clinici: „Reumatologie și Nefrologie” (șef – prof. univ., d.h.m. L. Groppa), „Gastrologie” (șef – prof. univ., d.h.m. V. Dumbrava), „Endocrinologie” (șef – prof. Z. Anestiadi).

Cele mai frecvente afecțiuni, în funcție de specializarea secțiilor, sunt: astm bronșic, ulcer duodenal, hepatită cronică virală, diabet zaharat, glomerulonefrită acută, artrită reumatoidă, cardiopatie ischemică.

Pentru confirmarea afecțiunilor generale și profesionale, medicii au la dispoziție metodele contemporane de diagnostic (funcțional și de laborator), de care dispune SCR și centrele medicale de diagnostic. Medicii din secție participă la conferințele clinice și clinico-morfologice în secție și pe spital, conferințele practico-științifice în republică, la congresul interniștilor, ședințele lunare ale societății interniștilor, la expozițiile medicamentelor și tehnicii medicale.

IMSP SCM nr. 1

În anul 1961, odată cu darea în exploatare a spitalului, au fost deschise 2 secții de terapie cu capacitatea totală de 60 de paturi. Conform situației la 01.01.2011, capacitatea totală a secțiilor de terapie a rămas aceeași – 60 de paturi spitalicești. În cadrul secțiilor de boli interne se acordă asistență medicală înalt calificată pacienților din sectorul de deservire Botanica al mun. Chișinău. În secțiile de terapie și

secția de internare a spitalului actualmente activează 10 medici-terapeuți, care dispun de categorii de calificare, inclusiv: categorie superioară – 5, I categorie – 3, II categorie – 1.

Serviciul terapeutic este condus de vicedirectorul medical Ion Arteni. Secțiile de terapie servesc ca bază clinică pentru Catedra „Medicină de Familie” a USMF „N. Testemițanu”. IMSP SCM nr. 1 dispune de posibilități suficiente pentru asigurarea adecvată a volumului de investigații, inclusiv de performanță, necesare în procesul curativ-diagnostic al bolnavilor internați.

Anual în secțiile de terapie se tratează peste 2300 de bolnavi cu diverse afecțiuni acute și cronice în acutizare. Pe primul loc în structura morbidității în cadrul secțiilor de boli interne se plasează patologia cardiovasculară (40,2%) cu 936 de pacienți, urmată de patologia pulmonară (29,8%) cu 693 de cazuri și patologia aparatului digestiv (13,8 %) cu 322 de bolnavi.

IMSP SCM “Sfântul Arhanghel Mihail”

Secția terapie este deschisă în 1950, odată cu fondarea instituției. Numărul paturilor a variat pe parcursul anilor de la 120 până la 40.

Serviciul terapeutic în cadrul SCM „Sfântul Arhanghel Mihail” funcționează sub conducerea vicedirectorului medical Svetlana Chișlaru în 3 secții, în care activează 2 medici cu categorii superioară, 2 medici cu categoria I și 6 medici cu categoria II

În anul 2010, în secția de boli interne s-au tratat 1840 de pacienți cu următoarea structură nozologică: 77,0% – maladiile aparatului cardiovascular, 12,6% – afecțiunile aparatului respirator și 10% – patologia aparatului digestiv cu 5 nozologii prevalente: HTA, angina pectorală, instabilă, alte cardiopatii, diabetul zaharat, pancreatita.

Spitalul dispune de următoarele metode de investigație ECG: ecocardiografia, Holter-monitoring ECG, Holter-monitoring TA, dopplerografia vaselor, spirometria, ecografia organelor interne, fibrogastroscopia, fibrocolonoscopia, examenul radiologic, examenul de laborator (clinic, biochimic

și imunologic), precum și de o secție de reabilitare cu chinetoterapie, acupunctură, masaj și tratament fizioterapeutic.

ISMP SCM „Sfânta Treime”

ISMP SCM „Sfânta Treime” a fost creată la 10 martie 1976, conducător – medicul-șef L. Pinschi. Secția „Boli interne nr. 1” și-a început activitatea curativă în anul inaugurării spitalului, fiind dotată cu 40 de paturi. Prima șefă de secție a fost dr. V. Tcacenco.

La moment vicedirector este dr. Galina Zavatın, specialist principal netitular de boli interne al Direcției Sănătății a Consiliului mun. Chișinău, medic-internist de categorie superioară.

Secția de internare a SCM „Sfânta Treime” a răspuns la 35713 adresări, dintre care 24907 de cazuri au fost spitalizate, iar în secțiile cu profil terapeutic, în anul 2010 au beneficiat de tratament 8992 de pacienți, printre care predominau cazurile de patologie cardiovasculară, inclusiv patologia cerebrovasculară, afecțiunile aparatului respirator plasându-se pe locul 2, iar cele ale aparatelor genito-urinar și digestiv pe locurile 3 și 4, corespunzător.

În spital funcționează 2 secții de boli interne, care se desfășoară fiecare pe 25 de paturi și în care activează 14 medici-interniști cu categorie superioară (6), categoria I (2) și categoria II (6).

Pe baza clinică a spitalului funcționează Clinica de Reumatologie și Nefrologie (profesor titular – Liliana Groppa, prof. univ., d.h.m.) și Clinica de Sinteze Terapeutice (șef departament – Sergiu Matcovschi, prof. univ., d.h.m.).

În diagnostic se utilizează: teste imunologice, spectrul hormonal, probe reumatice, markerii hepatitelor virale etc., analize bacteriologice, investigații funcționale și imagistice (reovazografie, TC, RMN, ECG, EcoCG etc.), investigații histopatologice, metodele endoscopice. ISMP SCM „Sfânta Treime” dispune în incinta proprie sau contractate prin CNAM pe anul curent de toate modalitățile și metodele de diagnostic paraclinic (de laborator și instrumental), în deplină conformitate cu protocoalele clinice naționale și instituționale

ISMP SCM nr. 4

ISMP Spitalul Clinic Municipal nr. 4 a fost construită din contul donațiilor comunității evreiești din Chișinău la începutul secolului XIX. De la început avea două secții de terapie și chirurgie, dar din anul 1906 a apărut și maternitatea.

În anul 1940 spitalul a fost naționalizat și în baza lui a fost organizat Spitalul orașenesc nr. 4, care activează până în prezent. Actualmente ser-

viciul terapeutic este desfășurat sub conducerea vicedirectorului medical Liliana Gârbu, pe 70 de paturi organizate în 2 secții de boli interne. În cadrul acestor secții activează 7 medici-interniști, după cum urmează: 5 medici cu categoria superioară și câte un medic cu categoriile I și II.

În spital se tratează pacienți pe profil terapeutic din sectorul Buiucani și satele adiacente. Conform numărului de pacienți tratați primul loc îl deține patologia cardiologică, locul doi – patologia gastrointestinală și locul trei – patologia pulmonologică.

ISMP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății al RM

ISMP SCMS RM funcționează din 1970, fiind o instituție curativ-profilactică, care a deservit lucrătorii din ramura construcției și studenții din instituțiile de învățământ superior și care în 2001 s-a transformat în ISMP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății. Instituția are și Serviciu de asistență medicală primară, Secție consultativ-diagnostică. De la înființare și până în prezent, activitatea de bază a instituției este de profil terapeutic. ISMP SCMS include: **Asistența medicală spitalicească** – staționarul de 220 paturi organizate în secțiile cu profil terapeutic: Geriatrie cu 40 paturi; Boli interne nr. 1 cu 44 paturi (include paturi de profil gastrologic); Boli interne nr. 2 cu 25 paturi; Boli interne nr. 4 cu 45 paturi (include paturi de profil hepatologic); Neurologie cu 55 paturi; **Serviciul de asistență medicală primară**, în componența căruia sunt: Centrul de sănătate pentru studenți, Secția consultativ-diagnostică, Secția de asistență medicală contra plată, Centrul medical de sănătate pentru imigranți și emigranți. Serviciul de asistență medicală specializată de ambulatoriu, în cadrul căruia activează Secția consultativ-diagnostică, asigură asistență medicală specializată pe diferite profiluri, inclusiv cele terapeutice: Cardiologie p/a; Reumatologie p/a; Endocrinologie p/a; Neurologie p/a; Gastroenterologie p/a; Alergologie p/a; Boli infecțioase p/a; Ftiziopulmonologie.

În cadrul Secției consultativ-diagnostice activează Serviciul imagistic, Serviciul de diagnostic-funcțional (ECO-EG, REG, EEG, ECG, USG), investigații endoscopice, Secția de fizioterapie și Laboratorul dotat cu aparataj performant, ce asigură un diagnostic necesar și calitativ clinic, biochimic, imunologic.

În total în ISMP SC MS RM activează 23 de medici de profil terapeutic (terapeuți, medici de familie, gastrologi, geriatri): 16 cu categoria superioară și 6 cu categoria I.

Secția de terapie a CCD al Ministerului Apărării

Secția de terapie este localizată în cadrul Centrului consultativ și de diagnostic al MA (din 1992) și dispune de următoarele încăperi funcționale: cabinete de primire ale medicilor – 3; sală de asistență medicală urgentă; cabinet de proceduri; staționar de zi format din două saloane a câte două paturi; cabinet de menaj al personalului medical.

La moment în secție activează doi medici: maior-medic Cebotaru Valeriu – șeful secției (medic-internist) și funcționară AN dr. Rusnac Ala (medic-internist categorie superioară).

Fiind una dintre secțiile de bază ale CCD, pe parcursul anului, efectivul secției a fost implicat pe deplin în activitatea curativ-diagnostică a CCD, efectuând acordarea asistenței medicale urgente, lucrul consultativ-diagnostic și de tratament al bolnavilor de profil terapeutic, lucrul în comisiile de expertiză medico-militară, consultativă și balneo-sanatorială. Asigurarea lucrului staționarului de zi, de asemenea, intră în activitățile de bază ale secției de terapie.

Adresabilitatea pe motiv de boală în a. 2010 s-a repartizat astfel încât prevalează afecțiunile aparatului respirator (infecțiile respiratorii acute cu tratament ambulatoriu (militarii prin contract și ofițerii), în puncte medicale (cazuri necomplicate) și staționar (în SCMC) cu 853 de adresări. Micșorarea semnificativă a numărului de adresări se datorează îmbunătățirii condițiilor de serviciu al militarilor, precum și lucrului mai eficient de profilaxie a infecțiilor respiratorii în unitățile militare. Pe următorul loc s-au plasat afecțiunile tractului digestiv cu 402 adresări (toate categoriile, gastritele și duodenitele cronice – 283 adresări, militarii în termen – 179 de adresări). Pe locul III s-au clasat patologiile sistemului osteoarticular cu 73 de adresări.

Un ajutor esențial în lucrul Secției îl aduc secțiile de laborator, de diagnostic funcțional și radiologie ale Centrului consultativ-diagnostic. Spectrul de investigații de care dispune CCD include analize clinice și biochimice, ECG, USG, FGDS, investigații radiologice, spirometrie.

Serviciul terapeutic departamental al ÎS „Calea Ferată din Moldova”

Asistența medicală terapeutică a Departamentului „Calea Ferată din Moldova” posedă o rețea bine determinată pe toată aria Republicii Moldova și are ca scop de bază deservirea profilactică și tratamentul lucrătorilor Căii Ferate. Serviciul terapeutic ambulatoriu este constituit din: ambulatoriile din Ocnița, Ungheni, Basarabeasca, în frunte cu Policlinica fero-

viară consultativă centrală din orașul Chișinău, care deservește o populație de 17605 persoane (lucrători și pensionari ai Căii Ferate). În rețea activează 21 de medici-interniști, care posedă categoria superioară – 6, prima categorie – 6, categoria II – 3; 5 medici nu au categorie de calificare. În cadrul serviciului de ambulatoriu, în anul 2010 au fost îndeplinite 30529 vizite la medicii cu profil terapeutic. Au fost efectuate 6804 examinări medicale ale lucrătorilor, serviciul cărora este condiționat de factori nocivi. La evidență se află 1134 persoane cu maladii cronice preponderent cu maladii ale sistemului digestiv – 492 și cardiovascular – 352.

Serviciul terapeutic de staționar se efectuează în staționarul din Bălți, cu 15 paturi, și staționarul din Spitalul Clinic Central din mun. Chișinău. În SCC mun. Chișinău activează 2 secții: terapie generală cu 35 paturi și cardiologie cu 35 paturi (25 paturi cardiologice și 10 paturi endocrinologice, cu 6 paturi de terapie intensivă). Secția de terapie generală este desfășurată pe 35 de paturi, inclusiv 15 paturi terapie generală, 20 paturi gastroenterologie și dispune de 4 medici: 1 categoria superioară, 1 categoria I, 2 categoria II. Șef secție terapie – A. Scorpan, d.ș.m., conferențiar universitar, categoria superioară. În staționar în 2010 s-au tratat preponderent pacienți cu patologia sistemului digestiv – 775 persoane, sistemului respirator – 398 pacienți, sistemului urogenital – 503 pacienți.

Staționarul este dotat cu laborator clinic, biochimic, bacteriologic, de diagnostică funcțională: endoscopie digestivă, ECG, EcoCG, Holter Monitoring ECG, secție imagistică: R-grafie, USG.

În secția de medicină internă activează cabinetul de ozonoterapie, dotat cu ozonar „Medozonis BM” produs în Rusia. Metoda curativa ozonoterapia a fost implementată în anul 2004 și este utilizată cu succes în tratamentul hepatitelor cronice, pneumopatiilor cronice obstructive, angiopatiilor diabetice etc.

CSF „GALAXIA”

CSF „GALAXIA” este o clinică privată care activează din 1998 în baza licenței nr. 012811, autorizate de Camera de Licențiere la 16.08.2004, a autorizării sanitare nr. 035610 din 16.08.2004, autorizării sanitare nr. 035610 din 26.12.2005, certificatului de acreditare nr. 0156 din 15.03.2004 și „Regulamentului de organizare și funcționare a unității medico-sanitare private”, reactualizate în termenii stabiliți.

În anul 2010 în staționarul de profil terapeutic al clinicii au beneficiat de asistență 367 de pacienți, durata medie de tratament a fost de 6,3 zile. În structura maladiilor înregistrate, pe primul loc se situează bolile sistemului respirator, maladiile os-

teoarticulare ale mușchilor și ale țesutului conjunctiv, gastrointestinale, nefrologice, cardiovasculare ș.a. Diagnosticarea și tratamentul pacienților sunt organizate aplicând modalitatea de conlucrare între diverși specialiști și abordare prin suportul consiliului a tacticii și deciziilor.

IMSP SR Anenii Noi

Odată cu darea în exploatație a Spitalului Raional din Anenii Noi în luna decembrie 1961, a fost deschisă secția „Terapie” cu o capacitate de 40 de paturi. Primul șef de secție a fost Pochidico Taisia.

Serviciul terapeutic se desfășoară sub conducerea dr. Cebotaru Victor, iar șef al secției de terapie generală, cu o capacitate de 60 de paturi, dintre care 10 geriatrie și 14 neurologice, este dr. Mihail Preotesa. În anul 2010, în condiții de staționar, au primit tratament circa 2300 de pacienți. În structura nozologiilor predomină cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, pneumoniile, bronșitele, cirozele, diabetul zaharat, boala cerebrovasculară.

În raion activează 8 interniști, dintre ei 5 posedă categorie de calificare profesională: categorie superioară – 3; categoria I – 2; fără categorie – 3. Numărul anual de vizite efectuate de medicii-interniști atinge cifra de 17 mii.

În spitalul raional sunt disponibile următoarele metode de diagnostic: ECG, radiografie, USG, spirometrie, precum și servicii vaste de laborator, printre care și estimarea troponinelor.

IMSP SCM Bălți

Serviciul terapeutic din mun. Bălți este asigurat de medicii-terapeuți din Centrul Consultativ R. Turcanu și A. Cușnir, atestați cu categorie superioară, și medicii din secția de terapie generală.

Secția de terapie generală a Spitalului Clinic din mun. Bălți a fost fondată la 14 februarie 1979 cu 60 paturi, fiind destinată pentru bolnavii de profil: reumatologic, hematologic, toxicologic, alergologic, nefrologic, precum și pentru pacienții cu dificultăți în diagnostic, inclusiv toate comele de etiologie neprecizată până în anul 1982. Primul șef de secție a fost Tudor Vacarciuc, în prezent șef al secției este Victor Golubciuc.

Actualmente în secție activează 4 medici, toți cu categorie superioară, care participă activ la conferințele științifico-practice, la congrese atât în țară, cât și peste hotare, inclusiv cu rapoarte și publicații, cu un activ comun de peste 60 de lucrări. Victor Golubciuc și Lia Iachim au colaborat la editarea cursului universitar „Actualități în Medicina Internă”, sub conducerea profesorului universitar, d.h.ș.m., șef al catedrei, „Medicină Internă nr. 1” FR și SC L. Groppa.

Anual se tratează un număr de circa 1600-1700 de bolnavi. În anul 2010, primele 5 nozologii care au prevalat au fost: 1) osteoartroza deformantă (319), 2) artrita reumatoidă (196), intoxicațiile acute (168), dintre care 135 cazuri cu alcool și surogați, 4) artrita reactivă (147), 5) uticarii și edem Quincke (133).

În procesul de diagnostic avem un suport în investigații, cum ar fi cele din cadrul spitalului, precum și cele din Centrul de Diagnostic din or. Chișinău, Centrele „Magnific” și „Incomed”, Centrul German, beneficiind de TC, RMN, scintigrafii, angiografii, Ecodoppler, investigații imunologice și consultațiile profesorilor din cadrul spitalului „Sfânta Treime”, Spitalul Clinic Republican și Institutul Oncologic.

IMSP SR Basarabeasca

Secția de terapie a IMSP Spitalul Raional Basarabeasca și-a început activitatea în cadrul spitalului raional Basarabeasca în anul 1946, cu șefa secției Pancova Nadejda.

La moment, secția activează pe 34 paturi cu 2 medici, ambii cu categoria superioară. În secție are loc spitalizarea pacienților de profil: cardiologic, endocrinologic, neurologic, pneumologic, gastroenterologic, patologie mixtă etc. În structura nozologică predomină afecțiunile sistemelor cardiovascular, respirator și gastrointestinal. În anul 2010 spitalul a prestat asistență la circa 3000 de pacienți de profil terapeutic.

Pentru pacienții secției de terapie pot fi efectuate următoarele investigații: microradiografia cutiei toracice; radiografia de diferite niveluri; EGG; USG; FEGDS; analiza generală a sângelui și a urinei, analiza sputei, microscopia sputei, analize biochimice.

IMSP SR Briceni

Spitalul Raional Briceni a fost înființat în anul 1960. Primul șef al secției de terapie a fost Gligberg Dina. La moment secția este condusă de Ana Zaporojan.

În prezent secția de terapie a Spitalului Raional este desfășurată pe 80 de paturi, din care 65 sunt plasate în Spitalul Raional Briceni și 15 paturi terapeutice – în spitalul din Lipcani.

20 paturi sunt de profil general, 20 paturi – cardiologice, 15 – pulmonologice, 15 – neurologice și 20 – geriatrie.

În serviciu sunt antrenați, în afară de șeful secției, 6 medici, dintre care 3 au categorie superioară, 1 medic – categoria I și 2 – fără categorie.

În structura nozologică pe anul 2010 au predominat: cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, pneumoniile, BPCO, cirozele hepatice.

În raion există următoarele metode de diagnostic: laboratorul clinic și biochimic, bacteriologic, examene radiologice, irigoscopia, USG, FEGDS (cu determinarea H.pylori), EcoCS cu Doppler, ecografia vasculară.

IMSP SR Cahul

Spitalul Raional Cahul este un centru medical la sudul Republicii Moldova. Asistență medicală populației raionului Cahul i se acordă în IMSP Cahul, CMF, AMU.

Secția „Terapie” în cadrul Spitalului Raional Cahul există din anul 1940. În anul 1988 șefă a secției a fost numită Natalia Lorchin. Secția de cardiologie este condusă de Elena Cârnicu.

În Spitalul Raional Cahul activează 15 interniști, dintre ei 3 în secția terapie, 3 în secția cardiologie, 4 în secția de internare, în secția consultativă – 5 medici (alergolog, reumatolog, cardiolog, gastroenterolog, endocrinolog) cu următoarele categorii: superioară – 4 medici, categoria I – 4, categoria II – 6 și fără categorie – 1

Spitalul Raional Cahul dispune de 433 de paturi, dintre care de profil terapeutic – 90 (50 paturi terapie, 40 paturi cardioreumatologie).

În anul 2010 din Spitalul Raional Cahul s-au externat 12 481 de pacienți, dintre care profilului terapeutic îi revin 2475 (19,5%). Conform entităților nozologice, în secția terapie în 2010 s-au tratat: pneumonii – 346 bolnavi, ciroze – 297, pancreatite – 155, diabet zaharat – 124, BPCO și bronșite cronice – 120 și alte patologii – 357 de bolnavi. În cardiologie, conform entităților nozologice, în 2010 s-au tratat cu: HTA esențială – 267 bolnavi, cardiopatie ischemică – 416, afecțiunile sistemului osteoarticular – 106 și cu alte patologii – 287 de bolnavi. Durata medie de tratament în 2010 în secția terapie – 9,4, în secția cardiologie – 10,5 zile.

În secția consultativă, în 2010 la evidența endocrinologului s-au aflat 2520 pacienți, la evidența gastroenterologului – 1683, a reumatologului – 611 bolnavi, a alergologului (medicul lucrează pe 25% salariu) – 70 de pacienți, la evidența cardiologului – 9186 de pacienți.

În secțiile de profil terapeutic se folosesc următoarele metode de diagnostic de laborator: investigații clinice, biochimice, serologice, bacteriologice, citologice, histologice; metode de diagnostic funcțional: ECG, ECG cu probe farmacologice, spirometria, pneumotahometria; precum și metode radiologice: microradiografia și radiografia cutiei toracice, examenul radiologic al cordului cu esofag baritat, examenul radiologic al aparatelor digestiv și urinar,

tomografia; metode endoscopice și ultrasonografice: USG a cordului, abdomenului, glandei tiroide, FEGDS, bronhoscopia, colonoscopia, RRS.

IMSP SR Călărași

Serviciul terapeutic din raionul Călărași activează din anul 1945. Secția de terapie a Spitalului Raional este desfășurată pe 60 de paturi după următoarea structură: terapie – 33 paturi, neurologie – 17, geriatrie – 10 paturi. Lucrul este îndeplinit de către 5 medici.

În decurs de 8 luni, în secția de terapie generală s-au tratat 1532 pacienți, din ei 904 din localitățile rurale și 538 din localitățile urbane: terapie – 908, geriatrie – 144, neurologie – 480.

În structura morbidității predomină următoarele nozologii: patologia cardiovasculară – 28%, predominant HTA, pe locul II se plasează patologia pulmonară cu 14%, iar pe locul III se patologii hepatice și gastrointestinală cu 10%, pe locul IV – patologia endocrină cu 9,5%

IMSP SR Cantemir

IMSP Spitalul Raional Cantemir a fost fondat în anul 1977. Atunci a fost deschisă Secția de Terapie, la început cu 30 paturi, mai târziu cu 60 paturi. În secție erau 2 saloane de terapie intensivă, cu un post de asistente medicale aparte. În prezent în spital funcționează 220 paturi, inclusiv în 2 secții terapeutice: secția terapie nr. 1, cu 22 paturi (șefa secției – Zinaida Malașevschi, categoria superioară), se tratează pacienți cu patologii ale aparatului cardiovascular și celui reumatic, și secția terapie nr. 2, care activează pe 23 paturi, în care se tratează persoane cu patologia aparatelor respirator, digestiv, endocrin, urinar și în care este un medic-internist cu categoria superioară, care îndeplinește funcția de șef al secției – Raisa Miron.

În anul 2010 în Secția de terapie nr. 1 s-au tratat 849 pacienți, inclusiv cu cardiopatie ischemică 386 (45,4%), hipertensiune arterială 262 (30,8%), infarct miocardic acut 15 (1,8%), cardiopatii reumatismale 25 (2,9%), cardiomiopatii 54 (6,4%), boli de sistem 56 (6,5%), boli respiratorii și cord pulmonar 28 (2,7%) și alte patologii 23 (2,7%). În anul 2010 în Secția de terapie 2 s-au tratat 902 pacienți, cu afecțiuni ale aparatului respirator 292 (32%), aparatului digestiv 207 (23%), aparatului endocrin 152 (17%), aparatului urinar 108 (12%) și altele 143 (16%).

În asistența de ambulatoriu, conform datelor anului 2010, predomină în structura nozologică: locul I – sistemul cardiovascular 7491, în special HTA, locul II – aparatul digestiv – 5009, locul III – patologia

aparaturii endocrin, locul IV – aparatul respirator 835 pacienți și locul V – aparatul urinar 680 pacienți.

Un rol important pentru stabilirea diagnosticului cât mai timpuriu, calitativ, îl are Laboratorul clinico-diagnostic și biochimic, unde se efectuează hemoleucograma, urinograma, analiza biochimică, coagulograma, K, Na, HBsAg și H. pylori. Secția de diagnostic și imagistica efectuează radiografia cutiei toracice, irigoscopia, ultrasonografia, fibrogastroduodenoscopia, electrocardiografia, spirometria.

IMSP SR Căușeni „Ana și Alexandru”

În anul 2010 Spitalul Raional Căușeni a sărbătorit 100 de ani de la fondare. După datele istorice, spitalul a fost fondat în anul 1910 și dispunea de 30 paturi: 15 în secția pentru bărbați și 15 în cea de femei. Printre primii șefi ai secției de terapie (anii 1950-1970) au fost Eudochia Condrașova, Vladimir Tiotin, iar din anul 1994 până în prezent secția este condusă de către Vasile Godoroja. În secția de terapie II, cu paturi pulmonologice, gastrologice, nefrologice, șefa de secție este Elena Ochișan.

Dintre cele 292 de paturi amplasate în spitalul raional, cele de profil terapeutic constituie 60 paturi, inclusiv 10 geriatrie, 25 de paturi secția terapie I (profiluri cardiologic, reumatologic); 35 paturi secția terapie II (profil – pulmonologie, gastrologie, nefrologie, endocrinologie, hematologie). În total, în anul 2010, în secțiile de profil terapeutic s-au tratat 2112 pacienți, inclusiv 348 cu profil geriatric.

Durata medie de tratament a constituit: profilul geriatric – 10,9 zile, terapeutic – 9,0 zile. Primele 5 nozologii care au prevalat în staționar sunt: hipertensiunea arterială, hepatite cronice și ciroze hepatice, pneumonii, cardiopatia ischemică, bronhopneumopatiile cronice.

Metodele de investigații care ne ajută în stabilirea diagnosticului: 1) radiologice, 2) ultrasonografice, 3) endoscopice (FEGDS), 4) electrocardiografia, 5) aprecierea troponinelor și CK-MB în sânge, 6) analize biochimice, 7) analiza generală a sângelui, 8) microscopia sputei.

La moment în spital activează 7 medici-interniști: categoria superioară – 4, categoria II – 2, fără categorie – 1.

IMSP SR Ceadâr-Lunga

Secția de terapie din SR Ceadâr-Lunga a fost deschisă în anul 1954, pentru 10 paturi de profil general. Primul șef de secție a fost Molceanova Roza.

La moment secția este desfășurată pe 52 de paturi, dintre care 12 paturi în satul Copceac, și este

condusă de Ruseva Nadejda. În cadrul serviciului terapeutic activează 3 medici, 2 cu categorie superioară și 1 medic cu categoria I de calificare.

Anual în secție se tratează cca 1980 de pacienți (conform datelor pentru anul 2010), cu următoarele nozologii predominante: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, pneumonii, BPCO, astm bronșic, hepatite cronice, ulcer gastroduodenal, infecții ale tractului urinar.

Diagnosticul este facilitat de următoarele metode disponibile în raion: ECG, radiografie, irigoscopia, spirometrie, FEGDS, rectoromanoscopie, laborator clinic și biochimic (inclusiv markerii infecțiilor virale hepatice).

IMSP SR Cimișlia

Secția de terapie din raion a fost deschisă în anul 1949, primul șef de secție a fost Nisinzan Samuil. La moment secția de terapie este desfășurată pe 65 paturi (dintre care 10 geriatrie) și activează sub conducerea șefului secției, medicului cu categorie superioară, Ghenciu Ion. În secție activează 3 medici-interniști cu categoria superioară și categoria I.

Pe parcursul anului 2010, în secție au fost tratați 2576 bolnavi, dintre care terapeutici – 968, cardiologici – 620, neurologici – 668 și geriatrie – 320.

În spitalul raional ca metode de diagnostic se folosesc: ultrasonografia, fibrogastroduodenoscopia, radiografia, electrocardiografia, testul cu troponine, markerii hepatici virali.

IMSP SR Comrat

Serviciul terapeutic în raionul Comrat a fost instituit la începutul secolului XX.

La moment în Spitalul Raional activează secția de terapie generală pe 59 paturi: profil terapeutic – 29; profil cardiologic – 15; profil neurologic – 15. În componența acesteia intră secțiile de terapie din satul Congaz și or. Congaz. În total activează 3 medici, dintre care 2 cu categorie superioară de calificare și 1 cu categoria I.

Anual sunt deserviți circa 2000 de bolnavi cu: maladii cardiovasculare (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică), maladii ale aparatului respirator (pneumonii, bronșite cronice), boli ale aparatului digestiv (hepatite cronice, ciroze, ulcere gastrice și duodenale, gastrite, duodenite).

În raion sunt disponibile următoarele metode de diagnostic: ECG, USG, TC, examen radiologic, FEGDS.

IMSP SR Dondușeni

Secția de terapie a fost deschisă în anul 1957 în componența spitalului de sector Dondușeni, pe lângă fabrica de zahăr. În anul 1965 a fost proiectat

Spitalul Raional Dondușeni și în anul 1970 s-a deschis spitalul unde a început activitatea secției de terapie. În prezent există o secție comună cu denumirea „Secția de terapie generală”, condusă de dr. Liliana Oboroc, care include 43 paturi de profil terapeutic, cardiologic și neurologic.

Pe parcursul anului 2010 au fost internați și tratați 1996 de pacienți, dintre care 762 de profil terapeutic, 104 – geriatric, 526 – cardiologic și 604 – neurologic.

Colectivul secției este format din 4 medici (3 posedă categorie superioară), un internist, neurolog, cardiolog, geriatru. Dintre patologii terapeutice predomină bronhopneumopatiile cornice obstructive, hepatitele cornice de etiologie mixtă, diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică cu dereglări de ritm cardiac.

Pentru investigațiile pacienților sunt folosite metodele de laborator care corespund protocoalelor clinice elaborate la locul de lucru, printre care un laborator contemporan.

IMSP SR Drochia

IMSP Spitalul Raional Drochia a fost creat în 1946 cu 20 paturi terapeutice. Din 1970 – 70 paturi terapeutice; odată cu reorganizarea și formarea județului Soroca - cu 70 paturi terapeutice or. Drochia plus 20 paturi s. Ochiul Alb. În prezent secția de terapie își desfășoară activitatea pe un număr de 70 paturi în incinta Spitalului Raional Drochia (cardiologie – 10, endocrinologie – 10, terapie – 20, geriatrie – 10, gastrologie – 20). În secție activează 3 medici (1 cu categoria superioară și 2 cu categoria II), sub conducerea șefului de secție Mariana Martânova.

Anual în secția de terapie se tratează cca 2000 de bolnavi, între care predomină cei cu patologia cardiovasculară (CI, HTA, valvulopatii), afecțiuni endocrinologice (diabet zaharat, tiroide) și patologie pulmonară (pneumonii, BPCO, astm bronșic).

La stabilirea diagnosticului se utilizează următoarele metode de investigație: radiologie, ecocardiografie, ultrasonografie cu Doppler al vaselor; fibrogastroscopie, laborator clinic și biochimic.

IMSP SR Edineț

Serviciul de medicină internă din raionul Edineț a fost fondat în octombrie 1985, desfășurat pe 50 paturi (30 gastrologice și 20 terapie generală). Primul șef de secție a fost Luțac Dora, în prezent șefă secției de terapie generală este Ludmila Vrenea.

În IMSP SR Edineț Serviciul terapeutic include: secția de terapie generală, secția de cardioreumatologie, secția de pulmonologie, secția de neurologie.

În secția de terapie generală funcționează 50 paturi: 40 terapeutice (30 gastrologice și 10 terapie generală) și 10 paturi endocrinologice.

Activează în secție 5 medici, dintre care cu categorie superioară 4 și 1 cu categoria II.

În secția de terapie generală se tratează pacienții cu patologii endocrine, ale aparatului digestiv, oncologici, patologia aparatului respirator, otrăviri și altele. Structura nozologică se repartizează astfel: pancreatita (327 cazuri), ciroza hepatică (180 cazuri), ulcere (85 cazuri), pielonefrită (77 cazuri), intoxicații (76 cazuri).

În raion se utilizează diferite metode de investigație: ultrasonografie, endoscopie, FEGDS, RRS, FCS, bronhoscopie, radiologie, ECG, EchoCG, EchoEG, dopplerografie transcraniană și extracraniană, dopplerografia vaselor membrelor superioare și inferioare.

IMSP SR Fălești

În Spitalul Raional Fălești activează două secții de boli interne: secția boli interne nr. 1 – 60 paturi (cardiologie, reumatologie, neurologie, geriatrie) și secția boli interne nr. 2 – 55 paturi (gastrologie, pulmonologie, nefrologie, endocrinologie, hematologie, oncologie, alergologie, toxicologie).

În raion activează doi medici-interniști: în secția de boli interne nr. 2 șefa secției Tambur Svetlana (medic-internist, categorie superioară) și Avram Iurie (medic-internist, I categorie). Cinci nozologii prevalează în secția de boli interne nr.2: pneumonii comunitare – 325 bolnavi, ciroza hepatică – 234, diabet zaharat – 228, pancreatite cronice – 204 bolnavi, bronhopneupatii cronice obstructive – 166.

Investigațiile care se efectuează în laboratorul clinic din raion: analize clinice, analize biochimice (inclusiv LATEX-test, LE celule, markerii virali: HB1Ag, antiHBCor total, antiHB1Ag, antiHCV); analize bacteriologice – sputocultura, urocultura, coprocultura, hemocultura; sânge la sterilitate cu aprecierea sensibilității la antibiotice. Secția de diagnostic realizează electrocardiografia, R-grafia cutiei toracice, abdomenului, ultrasonografia organelor abdominale, genitale, a glandei tiroide.

IMSP SR Florești

Secția de Medicină internă a fost înființată în anul 1900, primul șef de secție fiind Iacov Mihai.

În prezent, în cadrul serviciului terapeutic activează 7 medici, din care 3 posedă categoria superioară de calificare, câte un medic au categoria I și respectiv II, iar 2 medici sunt fără categorie. Actualmente raionul dispune de 95 paturi terapeutice.

Anual sunt tratați în jur de 2000 de pacienți, cu următoarele patologii predominante: CPI, angină pectorală de efort; infarct miocardic, hipertensiune arterială, diabet zaharat tip II, bronșită cronică, hepatite cronice, ciroze hepatice, pancreatită cronică și pneumonii.

În raion sunt la dispoziția pacienților următoarele metode de diagnostic: USG, ECG, R-grafia cutiei toracice, FGDS, analiza generală a sângelui, analize biochimice, markeri biochimici și hepatici, ionograma.

IMSP SR Glodeni

Spitalul Raional Glodeni a fost creat în anul 1949. Secția de terapie a fost formată în același an. Primul șef de secție a fost Cravișvili Nicolae, iar în prezent șef de secție este M. Sărăteanu. Secția funcționează pe 40 de paturi: 25 – terapeutice, 15 – neurologice.

S-au tratat în staționar bolnavi cu 38 de forme nozologice, dintre care predomină: patologia aparatului respirator – 18,9%, patologia aparatului digestiv – 16,2 %, patologia cardiovasculară – 8,0%, diabetul zaharat – 7,4%.

Pentru diagnosticarea maladiilor terapeutice IMSP SR Glodeni posedă de următoarele investigații: endoscopic – FEGDS; ultrasonografie; radiologice cu ajutorul aparatului fluorografic – „12 F-7-Simens”, sirescop CX, radioscopie, radiografie, tomografie; ECG. Serviciul de laborator din raion îndeplinește toate necesitățile de diagnostic clinic, biochimic, serologic, imunologic conform cerințelor contemporane.

IMSP SR Hâncești

Secția de boli interne a fost înființată în anul 1964. La moment secția este desfășurată pe 30 de paturi: endocrinologice – 10 paturi; patologia bolilor interne – 10; gastrologie – 10 paturi.

În secție activează un singur medic, Ludmila Sâli, cu stagiul de muncă 22 ani, șef de secție timp de 11 ani, categoria I. În secția consultativă activează un singur medic-internist, Valentina Apostolov, cu stagiul de muncă de 34 ani, categoria superioară.

În anul 2010, în total au fost tratați 906 pacienți. În structura nozologică locul de frunte îl ocupă patologiiile gastrointestinale: 225 pacienți cu ciroză hepatică, 97 – hepatite cronice, 36 pacienți cu ulcere gastrice și 61 cazuri de pancreatite cronice. Locul II îl ocupă bolile respiratorii – 140 pacienți. Locul III – patologiiile endocrine: în staționar au fost tratați cu diabet zaharat tip I și tip II 161 depacienți, cu patologia glandei tiroide – 61 bolnavi. Locul IV îl ocupă intoxicațiile de diverse etiologii, 70% din ele fiind intoxicații cu alcool. Locul V le revine patologiiilor renale.

În spital sunt implementate Protocoalele Clinice elaborate de catedre. Investigațiile necesare se efectuează conform recomandărilor din Protocoale: o gamă largă de investigații de laborator, ecografia, FEGDS, radiografia, ECG etc.

IMSP SR Ialoveni

Secția de terapie a SR Ialoveni a fost înființată în luna octombrie 2000, din necesitatea de paturi spitalicești pentru bolnavii terapeutici, în urma reorganizării structurale a sistemului de ocrotire a sănătății, cu scopul eficientizării gestionării surselor financiare, îmbunătățirii calității serviciilor medicale prestate populației în îmbunătățirii accesului la serviciile de diagnostic clinic și paraclinic, cu posibilitatea asigurării dieto-terapiei.

Secția activează pe 51 de paturi, ceea ce constituie 7,4 paturi de profil terapeutic la 10 mii populație, fiind cel mai jos indicator printre raioanele republicii. În secție lucrează 3 medici-interniști; Violeta Cotovan este șefa secției de terapie; 2 medici din 3 posedă categoria I de calificare.

Pe parcursul anului 2010, în secție au fost internați în total 2239 bolnavi, nivelul spitalizării constituind 2,3 la 100 de locuitori și este în creștere față de anul 2009 cu 0,1 spitalizări sau cu 4,5%. Din secție au fost externați cu 327 bolnavi mai mult decât capacitatea ei reală după normativ (cu 17%). Astfel, planul a fost îndeplinit cu 110,0 %. Dintre toți pacienții tratați în secția terapie, 24% (536) au fost spitalizați în mod urgent. Serviciul AMU (903) a inițiat spitalizarea a 210 bolnavi, ce constituie 39,2% sau 9,4% din numărul total de bolnavi; cu îndreptare de la medicul de familie s-au spitalizat 153 pacienți sau 68,5%. La adresare de sine stătător au fost spitalizați 31 pacienți (1,4%).

IMSP SR Nisporeni

Secția de terapie a IMSP SR Nisporeni funcționează din anul 1958; ea este desfășurată pe 20 paturi terapeutice, 10 paturi geriatrie; 10 paturi neurologice. În secție activează 2 medici fără categorii și 1 medic-rezident.

Pe parcursul anului 2010 au fost spitalizați 1821 pacienți cu profil terapeutic. În structura nozologică prevalează următoarele patologii: I loc – patologia cardiovasculară cu 30%; II loc – patologia SNC cu 27%; III loc – patologia sistemului respirator, 13,6%; IV loc – patologia sistemului digestiv, 13,4%.

În precizarea diagnosticului se utilizează pe larg metodele disponibile la nivel raional: laborator clinic, biochimic, serologic; diagnostic funcțional: ECG, spirografie; diagnostic instrumental: radiografie, ultrasonografie, laparoscopie.

IMSP SR Leova

Secția de boli interne a fost deschisă în anul 1944. La moment secția activează pe 20 de paturi terapeutice, 10 – cardiologice, 10 – geriatrie, 15 – neurologice.

În cadrul secției lucrează 5 medici, șeful secției este Șumca Timofei. 4 medici au categoria superioară și un medic – categoria II.

În secția de boli interne mixtă pe parcursul anului 2010 s-au tratat 1597 de pacienți, dintre care 1495 bolnavi asigurați, inclusiv: cardiologice – 305, gastrologice – 178, geriatrie – 118, terapeutice – 585, bolnavi neurologici – 529.

Printre nozologii prevalează: bolnavii cardiologici, cei gastrologici, bolile aparatului respirator. În serviciul de ambulatoriu la fel se înregistrează: pe locul I – bolile aparatului circulator (1050 în total la evidență), locul II – maladiile aparatului digestiv, cu 866 în total la evidență, pe locul III – bolile aparatului respirator, cu 561 de cazuri în total la evidență.

Pentru stabilirea diagnosticului există la dispoziție laboratorul clinic, ultrasonograf, fibrogastroscoop, radiologie, electrocardiograf.

IMSP SR Ocnița

Serviciul de medicină internă și-a început activitatea ca unitate a asistenței medico-sanitare teritoriale în anul 1974. La moment raionul dispune de 55 paturi, inclusiv 10 paturi de geriatrie și 45 de terapie generală. În secțiile de profil terapeutic activează 4 medici interniști: 2 medici cu categoria superioară, 1 cu categoria I și 1 medic fără categorie.

În instituție, în medie se acordă tratament terapeutic specializat la circa 1936 pacienți, conform datelor anului 2010. În teritoriu, în 2010 au predominat maladiile: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, pneumoniile, boala cerebrală vasculară, ictusul nespecificat.

Raionul dispune de următoarele modalități de diagnostic: instrumentale - ECG, radiografie, USG; FGDS, spirometrie; de laborator clinic, biochimic, bacteriologic.

IMSP SR Orhei

Secția de terapie în structura IMSP Spitalul Raional Orhei funcționează din anul 2004, cu 30 paturi. Începând cu 01.01.2009, secția dispune de 50 paturi, dintre care 15 paturi pentru tratamentul bolnavilor cu patologia organelor respiratorii, 10 paturi de terapie generală cu excepția patologiilor cardiace și gastrologice, 5 paturi pentru tratamentul pacienților cu maladii endocrinologice.

Pe parcursul anului 2010 din secție au fost externati circa 1573 pacienți, dintre care: terapeutici – 350 bolnavi, endocrinologici – 170, pneumologici – 499, geriatrie – 332 pacienți. Serviciul terapeutic este realizat de 7 medici, dintre care 1 cu categorie superioară, 3 cu categoria I, 2 cu categoria II și un medic fără categorie.

Din metodele de investigații pe larg se folosesc investigațiile radiologice și de laborator (generale și biochimice), diagnostica funcțională (ECG, ECOCG, FGDS, USG organelor abdominale și glandei tiroide, colonoscopia, fibrobronhoscopia, Doppler, sonografia vaselor etc.).

IMSP SR Rezina

Spitalul Raional Rezina a fost fondat în anul 1968. Primul șef de secție a fost Gâlcă Fiodor.

În spital activează secția de boli interne cu 40 paturi boli interne profil general, inclusiv 10 paturi neurologie de urgență și 10 de profil geriatric.

La moment șef de secție este Lurie Podgoreț și sub conducerea lui activează 3 medici (cu categoriile superioară, I și II de calificare). În staționar anual se deservesc în jur de 1300 de pacienți, cu următoarele afecțiuni prevalente: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, infarct miocardic acut, pneumonii, bronșite, valvulopatii reumatismale.

Metode de diagnostic utilizate: ECG, EUS organelor cavității abdominale, diferite metode de diagnostic radiologic, EEG, teste clinice și biochimice de laborator.

IMSP SR Râbnîța

IMSP SR Râbnîța este o instituție medicală multidisciplinară, cu o capacitate de 600 de paturi, dintre care 185 de paturi cu profil terapeutic.

SR Râbnîța dispune de 30 paturi de terapie generală, precum și de 30 paturi gastrologice, 30 – pulmonologice, 50 – cardiologice. Asigurarea populației cu paturi terapeutice constituie 3.8 la 10000 populație. În structura nozologică a profilului terapeutic partea majoritară o ocupă paturile cardiologice specializate. În raion și în oraș lucrează 46 de medici-terapeuți.

Există următoarele posturi terapeutice: în secția de terapie – șeful de secție și medicul-ordinator; în secția de cardiologie – șeful de secție și 1 medic-ordinator.

Pe parcursul anului 2010 au beneficiat de asistență spitalicească 3657 pacienți în secțiile de profil terapeutic. Pondere pe nozologii a bolnavilor spitalizați a fost similară (cardiologie – 29,7%, pulmonologie – 23,6%, gastrologie – 23,4% și terapie generală – 23,3%)

IMSP SR Râșcani

La 5 iunie 1976 a fost deschisă „Zemscia bolnița”, cu 18 paturi pentru acordarea asistenței medicale, construită de către boierul Dumitru Râșcanu. În anul 1954 pe teritoriul spitalului a fost construit un bloc cu 3 etaje, în care a fost amplasată secția de terapie cu 35 de paturi.

Începând cu luna ianuarie 2010, secția terapeutică dispune de 20 paturi care acordă asistență medicală spitalicească terapeutică în raion, în frunte cu șeful de secție Baziuc Elena. În Spitalul Raional Râșcani activează 5 interniști, dintre care 1 medic cu categoria superioară, 2 cu categoria I și 2 medici fără de categorie

Pe parcursul anului 2010 în secție s-au tratat 901 bolnavi (externați). Funcția patului real a fost 106,8, iar lucrul patului real – 363,0.

În structura nozologică cele mai frecvente patologii au fost: pneumoniile – 87; bronșitele cronice – 132; diabetul zaharat – 179; astmul bronșic – 41; cirozele și hepatitele cronice – 123 cazuri.

IMSP SR Sângerei

Serviciul terapeutic a fost fondat în anul 1987. În prezent secția este desfășurată pe 55 paturi, dintre care 10 sunt de profil geriatric. În secție activează 2 medici, ambii cu categorie superioară de calificare. Șef al secției este Nina Guțu.

În structura nozologică predomină următoarele patologii: angorul pectoral, hipertensiunea arterială, alte cardiopatii ischemice, infarctul miocardic acut și diabetul zaharat. Conform datelor anului 2010, au fost deserviți 2015 pacienți.

În raion sunt la dispoziție următoarele metode de diagnostic: ECG, USG, reovazografia, EEG, examene radiologice (inclusiv ale tractului digestiv), laboratorul clinic și biochimic (testul calitativ la troponine, CFK-MB, markerii infecțiilor virale hepatice).

IMSP SR Șoldănești

Secția de boli interne a fost deschisă în 1980 și includea 25 de paturi. În prezent în secție sunt incluse 45 de paturi și activează 4 interniști: 2 medici cu categorie superioară, 1 medic cu categoria I și 1 medic fără categorie. Șef al secției este Lupan Larisa.

În anul 2010 serviciul terapeutic spitalicesc a acoperit 1484 de cazuri. În structura nozologică, tabloul a fost dominat de hipertensiunea arterială cu 179 cazuri, angorul pectoral cu 134 cazuri, accidentele vasculare cerebrale cu 77, diabetul zaharat cu 66 și cirozele hepatice cu 64 de cazuri. În secție se utilizează următoarele metode de investigație: eco-CG, USG organelor abdominale, FEGDS, radiografia.

IMSP SR Soroca

La data de 7.11.1873 Consiliul județean de zemstvă a hotărât să transfere spitalul din localitatea Bădiceni în Soroca, cu 25 de paturi. Baza autorității spitalului de zemstvă din Soroca a fost pusă de medicii: F. Bude, Ursu, Costandaki, Svirschi, Scutelnic și alții.

În toamna anului 1991 a fost dat în exploatare blocul nou al spitalului, în care la moment sunt amplasate majoritatea secțiilor, inclusiv secția de boli interne. Acum spitalul activează cu o capacitate de 360 paturi, inclusiv cu 65 paturi în secția de boli interne: 25 paturi terapie generală, 20 – cardiologie, 15 – gastrologie și 5 paturi geriatrie. Secția de boli interne activează de la deschiderea spitalului de zemstvă din județul Soroca. Șefa secției, Eugenia Rezuș, lucrează în această funcție din anul 1986. În secție activează încă 2 medici interniști cu categorie superioară și categoria I de calificare. În secția de internare a spitalului muncesc 5 medici interniști: 1 medic cu categorie superioară, 2 medici cu categoria II și 2 medici fără categorie.

Anual în secție se tratează peste 2000 pacienți cu diferite nozologii. Pe primul loc se plasează patologia aparatului circulator – cardiopatia ischemică și complicațiile ei. Pe locul II pneumoniile acute. Pe locul III – hipertensiunea arterială. Pe locul IV se situează diabetul zaharat. Pe locul V – pancreatitele și hepatitele cronice. Metodele de investigații în secție sunt următoarele: analizele de laborator inclusiv CFC și troponinele I la infarct miocardic acut, investigații radiologice inclusiv R-scopia tractului digestiv (scopia stomacului și irigoscopia), FEGDS, examenul ultrasonor.

IMSP SR Ștefan Vodă

Serviciul terapeutic activează de la deschiderea Spitalului Raional Ștefan Vodă – din aprilie 1971. La moment în spital funcționează secția de terapie generală pe 65 de paturi.

În secție activează 4 medici: 2 cardiologi – categoria superioară, medicul-neurolog și medicul-internist – categoria superioară.

Anual sunt deserviți circa 2000 de bolnavi. Predomină maladii cardiovasculare, maladiile aparatului digestiv și bolile aparatului respirator.

În raion sunt disponibile următoarele metode de diagnosticare: ECG, radiologie, examen cu ultrasunete, laboratorul clinic și biochimic.

IMSP SR Strășeni

Serviciul terapeutic raional din Strășeni a fost înființat în anul 1964. În prezent secția este desfășurată pe 36 de paturi (din care 10 geriatrie) și

17 paturi terapeutice în Cojușna. În secție activează 2 medici-interniști cu categoria superioară și II de calificare. Anual, conform datelor anului 2010, în secție beneficiază de tratament aproximativ 1386 de pacienți

În structura maladiilor din ultimii 4-5 ani predomină patologia cardiovasculară (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică), urmată de maladiile bronhopulmonare (pneumonii comunitare), diabetul zaharat și ciroze hepatice.

Serviciul dispune de modalități diverse de diagnostic: laborator clinic și biochimic inclusiv CFK și troponine, precum și metode radiologice de diagnostic, USG, FEGDS, ECG.

IMSP SR Taraclia

În anul 1944 a fost formată în Taraclia Secția raională curativă, cu o singură secție de profil general. În 1963 a fost creată secția de boli interne, care acordă serviciu terapeutic populației raionale până în ziua de azi. Aici activează 2 medici, 1 cu categoria I și 1 cu categoria II. Secția este desfășurată pe 45 de paturi și deservește anual (conform datelor anului 2010) cca 913 pacienți din toate grupele nozologice ale profilului terapeutic. Printre patologii prevalente în anul 2010 au fost înregistrate afecțiunile cardiovasculare, maladiile tractului gastrointestinal și ale aparatului respirator.

Metodele de diagnostic folosite în secție sunt cele clinico-biochimice (CFK, CFK-MB, trigliceride, colesterol) și funcțional-instrumentale, ECG, radiografice, USG.

IMSP SR Telenești

Serviciul terapeutic a fost înființat în anul 1966 pe 30 de paturi. În prezent este desfășurat pe 63 de paturi, iar în cadrul serviciului activează 6 medici, dintre care 3 cu categoria superioară de calificare, câte un medic au categoriile I și II și 1 medic nu are categorie de calificare.

Anual sunt tratați în jur de 2310 pacienți, cu următoarele patologii prevalente, conform datelor anului 2010: pneumonii, hipertensiune arterială, diabet zaharat, accident cerebral vascular și encefalopatii.

Raionul dispune de următoarele metode de diagnostic: ECG, examene radiografice, USG, FEGDS, analize de laborator clinic și biochimic (hemograma, urinograma, glicemia, colesterolul, proteina, ureea, fibrinogenul, protrombina, probele ficatului), anti-biotograma.

IMSP SR Ungheni

Serviciul terapeutic este reprezentat de Spitalul Raional Ungheni de tip decentralizat, cu două filiale în teritoriu – în localitățile Sculeni și Cornești. Secția de terapie Ungheni (înființată în 1952) este desfășurată pe 30 paturi profilate pe cardiologie (15), geriatrie (10), gastrologie (5), în care activează 3 medici, toți cu categorii superioară de calificare, sub conducerea lui Buga Iacov. Secția de pulmonologie (25 paturi) este condusă de Scarlat Pavel și dispune de 2 medici, cu categorii superioară și I de calificare. În filiala Cornești (20 paturi de terapie generală) și filiala Sculeni (13 paturi de terapie generală) activează câte un medic.

Serviciul ambulatoriu este reprezentat de medicii: cardioreumatolog, pulmonolog, endocrinolog, gastrolog, alergolog.

În cadrul spitalului și policlinicii funcționează laboratorul clinic și biochimic, unde se efectuează investigațiile de bază, precum și INR, colesterolul plus fracțiunile lui, lactat-dehidrogenaza, lipoproteidele, fosfataza alcalină, amilaza sângelui și a urinei, ionograma, inclusiv fierul seric, investigații endoscopice – FEGDS fără biopsie, RRS, investigații imagistice a organelor cavității abdominale, a organelor bazinului mic, glandei tiroide, EchoCG fără Doppler; examene radiologice cu investigare preponderentă a organelor cutiei toracice, sistemului osteoarticular; investigațiile bacteriologice, serologice se efectuează prin contractare cu CMP.

În 2010 s-au tratat 1109 pacienți în secția de terapie; predomină următoarele patologii în ordine descrescândă: CPI total – 292 pacienți, HTA – 218, ciroză hepatică – 144, diabet zaharat – 143 pacienți, hepatită cronică – 46. Tratamentul se efectuează conform standardelor de tratament, protocoalelor clinice naționale.

IMSP SR Vulcănești

Secția de terapie a fost deschisă în raionul Vulcănești în 1984. La momentul de față secția funcționează cu 17 paturi. Șeful secției este Chemenceji Nicolae – medic de categoria I și medic emerit al Găgăuziei. În secție mai lucrează un medic-ordinator.

În structura morbidității predomină următoarele patologii: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, pneumoniile comunitare, hepatitele, accidentele cerebrale vasculare. Conform datelor anului 2010, în secție s-au tratat 613 pacienți, din ei 339 neurologici și 146 – geriatrici.

În diagnostic sunt utilizate ECG, radiografia și radiosopia organelor interne, USG, metodele endoscopice, spiropgrafia, precum și un laborator clinic și biochimic.

Stațiunea balneoclimaterică „Codru”, Călărași

Stațiunea balneoclimaterică „Codru” își începe activitatea la 19 mai 1959, având la bază primul spital balneologic republican din satul Horjauca, cu 260 paturi, în clădirile vechi ale mănăstirii de bărbăți. În prezent Sanatoriul dispune de noi blocuri moderne, cu 460 de paturi, saloane lux, semilux, saloane single și pentru două persoane, bine amenajate.

Stațiunea este specializată în tratamentul maladiilor gastrointestinale, aparatului locomotor, sistemului nervos periferic, maladiilor cronice ale aparatului respirator, ginecologice și renale. La baza tratamentului balneosanatorial sunt preponderent factorii naturali climaterici, hidroterapia, spelioterapia, apele minerale, tratamentul cu nămol îmbinate cu fizioterapia, gimnastica curativă, masajul, acupunctura, alimentația dietetică și un regim sanatorial special de tratament și odihnă.

Baza de tratament bine dotată include: secția de băi – 20 de căzi; secția de nămol – 14 cușete; duș subacvatic – 4 cabinete.

Principalul remediu natural în tratamentul maladiilor gastrointestinale și celor renale este

folosirea apei hidrocarbonat sulfat de sodiu cu mineralizare 1,8 g/l, pH 8,4, t 26°C din sonda arteziană cu adâncimea de 250 m din apropierea sanatoriului. Tratamentul de bază al maladiilor ginecologice, aparatului locomotor, sistemului nervos periferic sunt băile cu apă minerală clorurată-sodică iod-bromată cu mineralizare 35g/l de la adâncimea de 800 m, și aplicațiile generale ori locale cu nămol (nămolul este adus din Crimeea). Climatoterapia, spelioterapia sunt indicate în tratamentul bolilor tractului respirator, în complex cu metodele fizioterapeutice, chinetoterapice, masajul și piscina.

Sanatoriul „Codru” este deservit de un colectiv de 230 de persoane, dintre care 11 medici de categoria superioară.

În anul 2010 au beneficiat de tratament balneosanatorial 9856 pacienți, dintre care: cu maladii gastrointestinale – 2960 pacienți, boala ulceroasă a duodenului – 480, gastrite cronice – 764, colecistite cronice acalculoase – 1227, hepatite cronice virale – 489, maladii ale aparatului locomotor – 4682, artrita reumatoidă – 46, artrita reactivă – 678, artropatii psoriazice – 210, artroze – 2280, osteocondroze – 1468, maladii ginecologice și renale – 8465, maladii ale aparatului respirator – 1368 bolnavi. Conform acestor date, 47,5% din pacienți sunt cu maladii ale aparatului osteoarticular. Policlinica dispune de metode de diagnostic ultrasonografic, ECG și de un laborator clinic, biochimic și bacteriologic.

Redactor literar – *Larisa Erşov*
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*
Asistență computerizată – *Rodica Fărâmbă*
Coperta – *Iulian Grosu*

Editura *Epigraf S.R.L.*
2012, str. București 60, of. 11, Chișinău
tel./fax 22.85.87, e-mail: epigraf@mtc.md

Tiparul executat la Firma Editorial-Poligrafică *Tipografia Centrală*.