

Curierul medical

MEDICAL COURIER *** МЕДИЦИНСКИЙ КУРЬЕР

Ministerul Sănătății și Protecției Sociale din Republica Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Ministry of Health and Social Protection
of the Republic of Moldova.
Nicolae Testemitanu State Medical
and Pharmaceutical University



Министерство Здравоохранения и
Социальной Защиты Республики Молдова.
Государственный Университет Медицины и
Фармации им. Н. А. Тестемитану

Nr.2 (290)
2006

Berlipril

Enalapril



Cardioprotecție de la Hipertensiune la Insuficiență Cardiacă



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Colegiul de redacție • Editorial Board

Redactor-șef • Editor-in-Chief

Boris Topor, dr.h., profesor

Membrii • Members

Ion Ababil, Dr.h., profesor, academician AȘ RM
Ministrul Sănătății și Protecției Sociale
Rector al USMF "Nicolae Testemițanu"

Boris Golovin, Viceministru, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale

George Ghidirim, Dr.h., profesor, academician AȘ RM
Președinte al Ligii Medicilor din Republica Moldova

Anatol Calistru, Dr., conferențiar (secretar responsabil)

Consiliul de redacție • Editorial Council

Constantin Andriută, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Ion Bahnarel, dr., conferențiar (Chișinău, RM)

Victor Botnaru, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Valeriu Chicu, dr., conferențiar (Chișinău, RM)

Ion Corcimaru, dr.h., profesor, membru-corespondent AȘ RM (Chișinău, RM)

Silviu Diaconescu, dr.h., profesor, academician AȘM (București, România)

Nicolae Eșanu, dr., profesor (Chișinău, RM)

Constantin Ețco, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Ludmila Ețco, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Susan Galandiuk, dr.h., profesor, (Louisville, KY, SUA)

Mihai Gavriluc, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Andrei Gherman, ex-ministrul sănătății (Chișinău, RM)

Stanislav Groppa, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Aurel Grosu, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Eva Gudumac, dr.h., profesor, membru-corespondent AȘ RM (Chișinău, RM)

Vladimir Hotineanu, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Raymund E. Horch, dr.h., profesor (Erlangen, Germania)

Alexandru T. Ispas, dr., profesor (București, România)

Hisashi Iwata, dr.h., profesor emerit (Nagoya, Japonia)

Anatolii V. Nikolaev, dr.h., profesor (Moscova, Rusia)

Gheorghe Mușet, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Boris Parii, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Boris Pîrgaru, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Viorel Prisăcaru, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Hiram C. Polk, Jr., dr.h., profesor (Louisville, KY, SUA)

Mihai Popovici, dr.h., profesor, membru-corespondent AȘ RM (Chișinău, RM)

Vasile Procopșin, dr.h., profesor, membru-corespondent AȘ RM (Chișinău, RM)

William B. Rhoten, dr.h., profesor (Huntington, WV, SUA)

Dumitru Sofronie, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Silviu Sofronie, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Dumitru Șcerbatiuc, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Dumitru Tintuc, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Gheorghe Țîbîrnă, dr.h., profesor, membru-corespondent AȘ RM (Chișinău, RM)

Teodor Țîrdea, dr.h., profesor, academician (Chișinău, RM)

Victor Vovc, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Ieremia Zota, dr.h., profesor, membru-corespondent AȘ RM (Chișinău, RM)

Grup redactional executiv

Natalia Bezniciu, MA, redactor coordonator
Tel.: 222715, 205369
e-mail: coordonator-curiermed@usmf.md

Nicolae Frunțașu, Dr.h., profesor (redactor medical)

Eugenia Mincu, Lector superior (redactor literar)

Steve Worful, English consultant (Louisville, KY, USA)

ISSN 0130-1535

Curierul medical

MEDICAL COURIER *** МЕДИЦИНСКИЙ КУРЬЕР

Ministerul Sănătății și Protecției Sociale din Republica Moldova
Universitatea de Științe de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

Ministry of Health and Social Protection
of the Republic of Moldova,
Nicolae Testemitanu State Medical
and Pharmaceutical University



Министерство здравоохранения и
Социальной Защиты Республики Молдова,
Государственный Университет Медицины и
Фармации им. Н.А. Тестемитану

№.2 (290)
2006

REVISTA CURIERUL MEDICAL

Este o revistă științifico-practică acreditată, destinată specialiștilor din toate domeniile medicinei și farmaceuticii. Revista a fost fondată de către Ministerul Sănătății al Republicii Moldova în anul 1958. Din 2005, asociat al revistei devine Universitatea de Științe de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu".

Revista publică comunicări oficiale și, totodată, sunt editate diverse publicații, inclusiv independente: articole științifice, editoriale, cercetări și prezentări de cazuri clinice, prelegeri, îndrumări metodice, articole de sinteză, relații scurte, corespondențe și recenzii la monografiile, manuale, compendii.

ЖУРНАЛ CURIERUL MEDICAL

Это аккредитованное научно-практическое издание для специалистов всех медицинских профилей и фармацевтов. Журнал был основан Министерством здравоохранения Республики Молдова в 1958 году. С 2005 года соучредителем журнала становится Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. А. Тестемитану.

В журнале печатаются официальные материалы, а также научные статьи (в том числе от независимых авторов), наблюдения из клинической практики, обобщающие статьи, краткие сообщения, методические указания, рецензии на новые монографии, учебники, справочники, корреспонденция и др.

THE JOURNAL CURIERUL MEDICAL

It is a peer-reviewed, practical, scientific journal designed for specialists in the areas of medicine and pharmaceuticals. The journal was founded by the Ministry of Health of the Republic of Moldova in 1958. Since 2005, the Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy has become the co-founder of this journal.

The journal publishes official papers as well as independently submitted scientific articles, editorials, clinical studies and cases, lectures, methodological guides, reviews, brief reports and correspondences.

Apariții: 1 la 2 luni	Revista Curierul Medical, Întreprindere de Stat Certificat de înregistrare nr.10202394 din 12.03.1993 Acreditată de Consiliul Național de Acreditare și Atestare
Issues: 1 in 2 months	
Index: 32130	

Adresa redacției

Republica Moldova, Chișinău, MD-2004
Bd. Ștefan cel Mare, 192
Tel.: (+37322) 222715; 205209 Tel/fax: (+37322) 295384
www.usmf.md e-mail: curiermed@usmf.md

CUPRINS • СОДЕРЖАНИЕ • CONTENTS

EDITORIAL • РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ • EDITORIAL	
Ion Ababii	3
Sănătatea și asistența socială – o prioritate în politica statului Health and Social Assistance is a Priority of the State Politics	
STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE • НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ • CLINICAL RESEARCH STUDIES	
V. Lisnic	9
Fenotipul prezentării clinice a polineuropatiei demielinizante inflamatorii cronice și eficiența tratamentului imunosupresiv Clinical Presentation of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy and Efficiency of the Immunosuppressive Treatment	
V. Rîvneac, V. Gudumac, O. Dulghieru	14
Participarea elastazei la biodegradarea colagenului în procesul involuției post-partum a uterului Elastase Participation in the Collagen Biodegradation during the Postpartum Uterus Involution	
V. Pascari	16
Aspecte practice ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu gonartroză și dezaxări de gambă <i>in varum</i> Practical Aspects of Surgical Treatment for Patients with Gonarthrosis and Varus Alignment	
C. Чобану	22
Современный подход к ликвидации пародонтальных карманов Chronic Marginal Periodontitis as a Complex Treatment Concept	
И. В. Бугоров, С. И. Бугоров, Н. И. Бодрув, В. В. Гуцу, К. А. Каланча	24
Фурагам – лечебное средство при обструкции хронической обструктивной болезни легких Furagim in the Therapy of Chronic Obstructive Lung Disease	
D. Topa	27
Sistemul Electronic de Asistență Diagnostică Electronic Support System for the Diagnosis of Personality Disorders	
Mutahar Qasem Al-Ameer, V. Cernat, A. Cotonet, A. Hotineanu, V. Hotineanu	30
Eficacitatea pregătirii preoperatorii la bolnavii cu icter tumoral ampular și al papilei duodenale mari Efficacy of Preoperative Preparation of Patients with Duodenal Papilla Tumor	
I. Mihu, V. Pleșca	32
Noi direcții în tratamentul abdominalgiiilor funcționale la copii New Directions in the Treatment of Functional Abdominal Pain in Children	
N. Chele	35
Fracturi de mandibulă și indicii biochimici în funcție de tratament Biomechanical Data Depending on Treatment in Patients with Mandible Fractures	
V. Cazacu	39
Particularitățile evoluției clinice a fibrilației atriale izolate paroxistice în supravegherea de durată Lone Atrial Fibrillation under a Long-Term Follow-up Observation	
O. Dubinin	43
Tratamentul conservator al maladiilor hiperplastice benigne ale glandei tiroide Conservative Treatment of Benign Hyperplastical Pathology of Thyroid Gland	
L. Șincari	46
Particularitățile clinico-evolutive ale osteoartritei nodulare Clinical and Evolutive Peculiarities of Nodal Osteoarthritis	
D. Guțu	49
Современные подходы к лечению мигрени Contemporary Approach to the Treatment of Migraine	
Т. Ляшок	51
Психотерапия в комплексном лечении соматоформных расстройств у детей и подростков Psychotherapy in Complex Treatment Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescents	
O. Belic, M. Ștefanet	55
Proprietăți biomecanice ale ligamentelor uterului Biomechanical Proprieties of the Uterine Ligaments	
SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT • ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ • PUBLIC HEALTH AND MANAGEMENT	
V. Chicu, V. Dobreanschi, Ș. Cheorghita	59
Supravegherea și controlul infecției HIV/SIDA la etapa actuală în Republica Moldova HIV/AIDS Surveillance in the Republic of Moldova at the Present Stage of the Epidemic	
ARTICOLE DE PROBLEMĂ, SINTEZĂ ȘI PRELEGERI • ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ • LECTURES, REVIEW ARTICLES	
M. Maniuc	65
Chirurgia funcțională endoscopică în sinuzitele paranazale recidivante și cronice la copii Functional Endoscopic Sinus Surgery in Children with Recurrent and Chronic Sinusitis	
D. Hițu	69
Fracturile complexului zigomatic Zygomatic Complex Fractures	
В. Н. Андреев	74
Возрастные изменения и лечебные подходы при старении Physical Changes, Common Diseases, and the Principles of Aging as they Relate to Health Care Services	
JUBILEE • ЮБИЛЕИ • ANNIVERSARIES	
Vasile Cepoi la 75 de ani	76
Eugen Gladun la 70 de ani	77
IN MEMORIAM	
Chiril A. Draganiuc – 75 de ani de la naștere	80
GHID PENTRU AUTORI • РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АВТОРОВ • GUIDE FOR AUTHORS	82

Sănătatea și asistența socială - o prioritate în politica statului

Ion Ababii

Ministrul Sănătății și Protecției Sociale

A devenit deja istorie încă un an de activitate a Ministerului Sănătății și Protecției Sociale, a comunității medicale și sociale, a întregului sistem de sănătate și protecție socială din țară.

Fiind responsabil de realizarea Programului de activitate a Guvernului *Modernizarea Țării - bunăstarea poporului*, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale, în comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină și Casa Națională de Asigurări Sociale, și-a trasat pentru anul 2005 următoarele priorități: promovarea politicii în domeniul ocrotirii sănătății și protecției sociale, coordonarea acțiunilor intersectoriale în domeniul ocrotirii sănătății și protecției sociale, evaluarea și controlul realizării programelor de stat în domeniu, perfecționarea continuă a managementului resurselor sistemului ocrotirii sănătății și protecției sociale, inclusiv al resurselor umane.

Asigurarea accesului și îmbunătățirea calității serviciilor medicale în ansamblu au constituit punctele de reper în domeniul ocrotirii sănătății. Spre acestea s-au dirijat în principal și fondurile atribuite prin bugetul consolidat al ocrotirii sănătății, care, în anul 2005 a crescut cu peste 430 mln. lei, comparativ cu anul 2004.

Această contribuție suplimentară a permis inițierea procesului de compensare a medicamentelor în cadrul asigurărilor medicale, majorarea volumului de servicii și achiziții de utilaje și medicamente în cadrul programelor naționale, precum și soluționarea unor probleme de asistență medicală a persoanelor neasigurate, care suferă de maladii social-condiționate.

Cel mai elocvent indicator al nivelului de finanțare a sistemului de sănătate sunt alocațiile pe cap de locuitor care, pe parcursul ultimilor 4 ani, au crescut de peste 2,5 ori și au constituit, în 2005, 40,75\$, pentru anul 2006 fiind prevăzute deja 46,71\$.

Sursele financiare au fost utilizate, în principal, pentru salarizare, medicamente și alimentare. De menționat că, deși pe parcursul ultimilor ani, cheltuielile la capitolul medicamente au crescut de 2,5 ori, iar la produse alimentare - de 1,7 ori, sumele atribuite acoperă doar minimumul necesar.

În condițiile când alocațiile fondatorului au constituit, conform estimărilor, doar 3,3% din cele de minimum, 25% obișnuit practicate pentru modernizarea bazei tehnico-materiale, se impune de a moderniza mecanismul de finanțare și de a legifera responsabilitatea fondatorului instituțiilor medicale, obligație care îl va antrena mai eficient în consolidarea suportului tehnic și financiar al instituțiilor gestionate.

Asigurarea unei ample transparențe în gestionarea corectă a resurselor va fi promovată insistent de către instituțiile Ministerului Sănătății și Protecției Sociale, pentru că doar în acest mod și fiind dirijați de acest principiu se poate conta pe ameliorări



reale și în termen previzibil la acest capitol dificil de gospodărire a bunurilor financiare și materiale.

Pe parcursul anului trecut s-a muncit perseverent pentru modernizarea și eficientizarea funcțională a serviciului de urgență, unde au fost înregistrate rezultate satisfăcătoare. Cele mai multe servicii au fost acordate pensionarilor, invalizilor și copiilor, preponderent din localitățile rurale. S-a îmbunătățit baza tehnico-materială, s-au efectuat reparații, dotări cu utilaj și echipament.

În perioada de referință s-a majorat accesul populației la servicii medicale primare, iar pentru persoanele asigurate acest indicator

a crescut și mai evident. Este o performanță ce a rezultat și de pe urma dotării mai multor Centre de Sănătate rurale cu echipamente și tehnică medicală, prin intermediul proiectului ministerului *Fondul de Investiții în Sănătate*. De menționat și faptul că au sporit semnificativ, cu circa 21%, la adulți, și 53%, la copii, vizitele profilactice, ceea ce atestă că medicii de familie se implică eficient în activitățile de instruire preventivă a populației.

În același timp, în multe instituții medicale rurale medicii de familie nu au condiții de a acorda unele servicii medicale de bază. Un prim pas ar fi dotarea instituțiilor medicale rurale cu unități de transport, la moment fiind necesare cea 740 de vehicule. În plus, salariile și condițiile de lucru nu sunt nici pe departe atractive pentru activitatea medicilor la sate.

Asistența medicală spitalicească în medicina specializată este un pilon important în acordarea serviciilor calitative populației, de aceea în anul 2005 a continuat în ritm susținut procesul de reorganizare și de sporire a eficienței asistenței medicale spitalicești și specializate, numărul pacienților tratați în staționare fiind în creștere marcată. De altfel, pentru nivelul de asigurare a populației cu paturi, am atins media europeană, iar numărul de paturi (fără cele departamentale), în anul 2005, a constituit 56,8 la 10 mii de locuitori.

Pe de altă parte, au persistat o serie de carențe în asigurarea accesului populației din unele localități la asistența spitalicească, mai ales specializată. Pentru depășirea acestei situații reșeaua de instituții medicale spitalicești din teritoriul urmează a fi evaluată în vederea unei clasificări a spitalelor în funcție de etapa și complexitatea asistenței, prestate de fiecare din acestea, iar atribuțiile și responsabilitățile care li se delegă să fie considerate în vederea dotării cu utilajele și echipamentele indispensabile, fiind bine cunoscut faptul că multe din acestea funcționează cu echipament medical uzat și depășit.

O altă problemă ce confruntă sănătatea publică sunt maladiile socialmente condiționate ca tuberculoza, HIV/SIDA, alcoolismul etc. Tuberculoza a devenit din nou o problemă socială,

iar tendința de creștere a acesteia, din cauza virulenței micobacteriei *Koch* și prin influența redutabilă a condițiilor socio-economice precare, conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, se va păstra și în următorii ani în majoritatea țărilor.

Trezește îngrijorarea întregii societăți faptul că, în Republica Moldova, cazurile de tuberculoză la 100 mii de locuitori devansează de 10 ori incidența acestei maladii în țările Uniunii Europene. Astfel, se impune efectuarea unor măsuri funcționale de profilaxie și unor activități eficiente în focarele de tuberculoză, inclusiv prin programe de tratament adecvat și de reabilitare la nivelul unor servicii specializate. A devenit esențială preocuparea pentru asistența socială a bolnavilor de tuberculoză și familiile acestora, fapt pentru care se cere implicarea și suportul direct al administrațiilor publice locale.

Cu regret, serviciile de monitorizare epidemiologică atestă și creșterea numărului de persoane infectate cu HIV/SIDA. Extrem de complexă la acest capitol este situația din raioanele de est ale Republicii Moldova. Din cele 538 de cazuri noi de HIV, depistate în anul 2005, 228 sunt locuitori ai acestei regiuni.

În realizarea activităților de combatere a infecției HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii, am beneficiat de susținerea logistică și legislativă a instituțiilor statului, care au aprobat o serie de programe naționale și legi, ce asigură controlul eficient al acestor infecții și susținerea socială a persoanelor infectate, inclusiv prin tratamente gratuite.

Ne-am încadrat și în sistemul de activități intercomunitare de contracarare a acestor fenomene și, astfel, am beneficiat de susținere din partea mai multor organizații care activează în aceste domenii.

Activitatea medicinei preventive s-a concentrat asupra asigurării stabilității sanitaro-epidemiologice, s-a acționat ferm pentru ajustarea legislației în domeniul la rigorile Uniunii Europene, s-au făcut pași importanți în promovarea sănătății prin măsuri de profilaxie a maladiilor.

Au fost atinse obiectivele trasate de OMS privind imunizarea populației și a fost redusă morbiditatea prin hepatite virale, rujeolă, rușeolă, oreion și altele. Rămâne la poziția de problemă și situația nefavorabilă prin bolile diareice acute, maladiile parazitare.

În anul 2005, serviciile sănătății publice s-au confruntat cu o nouă provocare - gripa aviară, calificată drept un pericol global pentru toată civilizația umană. Acest risc major este plasat după semnificație, pe locul doi în lume, cedând doar crizei energetice. Deja au fost semnalate focare de gripă aviară la păsări într-o serie de țări europene, se extinde și spectrul țărilor unde au fost înregistrate cazuri de gripă aviară la oameni. În fața unui pericol de o asemenea forță suntem obligați, în primul rând, să instruim populația și, în al doilea, să ridicăm vigilența serviciilor sanitare și a tuturor instituțiilor cu forță de decizie și de intervenție promptă.

O problemă care amenință sănătatea publică în Republica Moldova rămâne a fi și consumul abuziv de alcool, droguri, vicii ce afectează tot mai frecvent sănătatea persoanelor.

Ca și în toată lumea, o problemă de valență socio-medicală majoră sunt maladiile cronice neinfecțioase, reprezentate de afecțiuni cardiovasculare, oncologice, digestive, respiratorii, care sunt cauza celor mai multe decese și invalidizări în populația de toate vârstele. Ținerea sub control a acestora, depistarea și tratamentul implică costuri uriașe care sunt greu suportate,

inclusiv de țările cu economia dezvoltată, de aceea se impune ordonarea unor activități de prevenire în masă a acestora.

Indiferent de creșterea natalității înregistrată la Chișinău și în 11 teritorii administrative, și în cursul anului 2005, procesele demografice în Republica Moldova au manifestat tendințe negative, deoarece mortalitatea generală s-a majorat, inclusiv sesizabil, în 33 de teritorii administrative. Astfel, în anul 2005 au decedat cu 7,3% mai multe persoane decât în anul 2004. Peste 2/3 din totalitatea deceselor s-au înregistrat în populația rurală. Mortalitatea generală de 12,4 la 1000 de locuitori, din Republica Moldova, deși ceva mai redusă decât în unele țări din CSI, este mult mai înaltă decât în țările Uniunii Europene.

O evoluție favorabilă s-a constatat la capitolul mortalității materne, care a diminuat în anul 2005 și a constituit 18,6 la 100 mii de nou-născuți vii, față de 23,5 la 100 de mii nou-născuți vii, în anul 2004. A scăzut pe parcursul ultimilor ani și mortalitatea infantilă, dar există încă suficiente rezerve de ameliorare la acest capitol. De exemplu, indicatorii mortalității infantile în unele teritorii administrative (într-o țară atât de mică ca Republica Moldova) se atestă mai mici decât media în țările Uniunii Europene, de vreme ce în altele se ajunge la circa 17%.

Sporul natural al populației continua să fie negativ, în anul 2005 el a constituit *minus* 1,9. Speranța de viață la naștere, un indice considerat cartea de vizită a bunăstării și eficienței structurilor sociale dintr-un stat, în Republica Moldova a constituit 68,58 ani (la femei - 71,6 ani; la bărbați - 64,5), decalajul cu țările Uniunii Europene fiind de peste 10 ani.

Populația rurală trăiește, în medie, mai puțin decât cea urbană, probabil din cauza condițiilor dezavantajoase de calitate a vieții, inclusiv prin accesul mai redus la servicii medicale. De notat aici că marea parte a populației lipsite de asigurări de sănătate o constituie cetățenii de vârstă socio-productivă din localitățile rurale.

Activitatea Ministerului în domeniul medicamentului, completată cu crearea, în 2005, a Agenției Medicamentului, s-a dirijat preferențial în promovarea poliției de stat în domeniul medicamentului și în asigurarea pieței farmaceutice cu medicamente eficiente, inofensive, accesibile și la condiții de calitate.

Un instrument eficient și definit drept obligatoriu în vederea asigurării unui nivel corespunzător de calitate a serviciilor medicale și farmaceutice este acreditarea instituțiilor din domeniu. În anul 2005 a continuat acreditarea instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice. Refuzul unor instituții de a se supune acestui examen de prestație, indiferent de motivele pe care le invocă, nu poate fi acceptat, deoarece este cert: toate instituțiile trebuie să corespundă unor standarde, iar fondatorii și colectivele trebuie să fie conștiente să asigure aceste standarde, în caz contrar pot surveni consecințe grave.

În domeniul gestionării resurselor umane avem rezultate satisfăcătoare la capitolul pregătirii cadrelor în universitate și colegii. În decursul anului 2005, USMF "Nicolae Testemițanu" a trecut cu succes acreditarea. Problema, însă, constă în repartiția neuniformă a cadrelor în teritoriile republicii. Asigurarea cu medici a locuitorilor rurali este doar de 6,1 la 10 mii de locuitori, iar a celor urbani, mai cu seamă în municipiul Chișinău, este de 10 ori mai mare.

Este un indicu defavorabil și faptul că, în Republica Moldova, vârsta medie a medicilor funcționali se apropie de 50

de ani, ceea ce denotă încadrarea insuficientă a tinerilor specialiști, mai cu seamă în serviciile din sectorul medical primar.

În anul 2005 au absolvit studiile postuniversitare de rezidențiat 516 medici. Prin filiera de repartizare de către minister în câmpul muncii, au fost plasați 208 tineri specialiști sau 40 la sută din absolvenți. Din cei 639 de absolvenți ai colegiilor de medicină, au fost angajați conform repartizării 480 de persoane. Datele prezentate denotă nivelul insuficient de plasare în câmpul muncii a tinerilor specialiști și, astfel, nu sunt acoperite necesitățile sistemului sanitar din raioanele republicii. Este, în special, deficient nivelul de completare a instituțiilor cu medici de familie în raioanele Cantemir, Rezina, Cimișlia, Fălești și Căușeni, unde acest indicator atinge numai 50% - 66% din necesar.

Încadrarea medicilor în activitățile practice după specialitate, inclusiv în localitățile rurale, necesită operarea unor creșteri salariale substanțiale, iar pentru susținerea și motivarea tinerilor specialiști ca să profeseze în instituțiile medico-sanitare ale Țării s-au propus modificări în legislație care să prevadă o serie de facilități pentru cadrele medicale tinere repartizate în localitățile rurale. Concomitent, ministerul consideră oportun de a obliga prin lege rezidenții după absolvire să activeze 3 ani conform repartizării.

În anul 2005, știința medicală autohtonă a înscris o serie întreagă de realizări notorii. În cadrul celor peste 70 de proiecte științifice și 6 programe de stat, au fost elaborate noi metode de diagnostic și de tratament, s-au publicat peste 2000 de lucrări în reviste naționale și internaționale de specialitate, au fost elaborate și editate 85 de manuale, monografii și compendii. La expozițiile internaționale au fost obținute 45 de medalii de aur și de argint, care confirmă valoarea cercetărilor medicale efectuate în republică.

În același timp, este necesar să intensificăm relațiile și angajamentele noastre în parteneriate internaționale, inclusiv în dezvoltarea diferitelor proiecte regionale și continentale, precum și în diseminarea rezultatelor acestora în instituțiile medico-sanitare teritoriale pentru a spori calitatea asistenței medicale.

Protecția socială a populației este un domeniu important în activitatea Ministerului Sănătății și Protecției Sociale, care a impus promovarea unor remanieri efective în asigurarea securității sociale a populației prin elaborarea și aplicarea de noi mecanisme de protecție socială a tuturor categoriilor de populație, în special ale celor socialmente vulnerabile.

În anul 2005, planul veniturilor la Bugetul Asigurărilor Sociale de Stat a fost executat la nivel de 102,3%, ceea ce a permis sporirea

prestațiilor de asigurări sociale. Astfel, de la 1 aprilie 2005 s-a efectuat cea de-a treia indexare a pensiilor cu 18,2%.

Reformarea sistemului de pensionare în sectorul agrar reprezintă o preocupare de extremă importanță ce persistă la ordinea de zi în activitatea ministerului, cu elaborarea strategiei de reformare a sistemului de pensionare în sectorul agrar.

Activitatea în domeniul asistenței sociale s-a desfășurat conform prevederilor Strategiei de reformă a sistemului de asistență socială care, în scopul intensificării protecției sociale a categoriilor socialmente vulnerabile, a dispus alocării sociale suplimentare pentru invalizi, participanți la război, pentru persoane care îngrijesc un invalid de gradul I nevăzător.

În contextul prevederilor Strategiei de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei, se înscrie și Planul de acțiuni pentru eficientizarea modului de acordare a compensațiilor nominative precum și testarea noului mecanism de acordare a compensațiilor nominative în raioanele Sorocea, Orhei, Leova și sectorul Râșcani din mun. Chișinău.

În cadrul serviciilor de protecție socială a persoanelor socialmente vulnerabile activează 2245 de lucrători sociali, care deservesc la domiciliu 22980 de persoane vârstnice și persoane inapte de muncă, cifră nici pe departe suficientă pentru a acoperi necesarul de asistență socială la domiciliu.

În același context se înscriu serviciile acordate de cele 83 de cantine de ajutor social, de care beneficiază lunar câteva mii de persoane vârstnice, persoane cu diferite dizabilități, precum și familiile cu mulți copii.

Pentru susținerea socială a populației din Fondul republican de susținere socială a populației și cele locale, în anul 2005 au fost acordate peste 254200 de ajutoare materiale, în sumă de 51,7 mln. lei.

În instituțiile sociale sunt întreținute 3466 de persoane, iar pe parcursul anului au fost instituționalizate încă 456, inclusiv 57 de copii cu deficiențe mintale. În anul 2005, Centrul Republican Experimental de Protezare, Ortopedie și Reabilitare a deservit 93027 de pacienți, a asigurat cu articole protetico-ortopedice 3234 de persoane și cu fotolii-cărucioare - peste 2000 de invalizi.

Un pas clar în susținerea maternității a fost și decizia prin care indemnizația unică la nașterea copilului care se acorda în anul 2005 în cuantum de 500 lei, indiferent de statutul de asigurare, din anul 2006 va constitui 800 lei. A fost majorată și indemnizația lunară pentru creșterea copilului, spor pe care l-au apreciat deja multe familii cu venituri modeste.

Obiective pe termen scurt și de perspectivă

Pentru a definitiva activitatea ministerului și a instituțiilor subordonate este necesar de a promova ideea de egală responsabilitate pentru solidarizarea societății civile și a factorilor de decizie întru protecția sănătății și condiției sociale a populației, care să fie tratate ca un bun de valoare supremă, idee clar expusă în Programul de activitate a Guvernului *Modernizarea Țării - bunăstarea poporului*.

Vectorul politicii statului nostru este cel de integrare în structurile europene, aspirație ce și-a găsit exprimarea în *Planul de Acțiuni Republica Moldova - Uniunea Europeană* și presupune, la o primă etapă, alinierea sistemului nostru de sănătate și protecție socială la standardele europene și mondiale.

În domeniul sănătății publice se va munci pentru armonizarea întregului cadru legislativ și normativ la standardele

europene, pentru elaborarea strategiei de dezvoltare a sistemului pe termen mediu și definitivarea Politicii Naționale de Sănătate.

Se vor revedea funcțiile Ministerului Sănătății și Protecției Sociale conform prevederilor reformei Administrației Publice Centrale. Conform experienței multor țări din Europa Occidentală, o parte din funcții se transmit institutelor de cercetări științifice, specialiștilor principali, catedrelor universitare, spitalelor republicane și municipale, curatorilor. Folosind acest deosebit potențial în comun cu asociațiile neguvernamentale, este important de a prevedea și elabora protocoalele și ghiduri clinice, standardele asistenței medicale în domeniu și tarifele medico-economice.

Elaborarea mecanismului de etapizare a asistenței medicale în funcție de complexitatea ei, clasificarea instituțiilor medico-sanitare publice de nivel rural, raional, municipal și republican și crearea centrelor de excelență sunt alte câteva direcții de activitate a Ministerului.

Înzestrarea cu echipament și utilaj medical rămâne o problemă-cheie. Ne inspiră optimism inițiativa președintelui Țării, susținută de Guvern, care optează pentru aplicarea tehnologiilor moderne la prestarea serviciilor medicale în consonanță cu Programul de Stat de dotare cu tehnică medicală a instituțiilor, care se va desfășura în perioada 2006 – 2008 și va începe în anul 2006 cu 3 teritorii-pilot.

Repartizarea medicilor și asistenților medicali, conform necesităților în teritoriu și motivarea lor prin majorarea salariilor, crearea condițiilor favorabile de muncă și de trai vor constitui o altă prioritate în activitatea noastră.

Este evidentă necesitatea susținerii dezvoltării structurilor de asistență medicală privată în conformitate cu specificul național și cu exigențele Organizației Mondiale a Sănătății prin elaborarea cât mai rapidă a întregului cadru legislativ.

Cu o deosebită atenție ne vom preocupa de perfecționarea mecanismului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, iar pentru accelerarea implementării acestei noutăți de esență în sistemul de sănătate vom stipula exact criteriile și termenele de contractare, vom insista pentru transparență în repartizarea și utilizarea fondurilor la toate etapele, gradul de acoperire și respectarea strictă a obligațiilor contractate și a indicatorilor de calitate.

Serviciile incluse în Programul Unic necesită de a fi acoperite integral din fondul AOAM prin contractarea integrală a mijloacelor aprobate pe tipuri de asistență medicală în criteriile de contractare. Odată cu obținerea creșterii fondurilor de asigurări, se va extinde spectrul de servicii din Programul Unic, inclusiv medicamente compensate pentru tratament în condiții de ambulatoriu.

O preocupare de importanță strategică în activitatea ministerului și a tuturor instituțiilor medico-sanitare este transpunerea în fapt a politicii de promovare a sănătății și de profilaxie a maladiilor, fiecare cetățean fiind ajutat să conștientizeze că este responsabil de propria sănătate și că poate reuși să o păstreze printr-un mod sănătos de viață.

Pentru o comunicare productivă și evitarea situațiilor de conflict în relația medic-pacient, se cere elaborarea Codului Etic și respectarea deontologiei medicale. La aceasta urmează să contribuie asociațiile profesionale și Liga medicilor.

Un imperativ al timpului este și crearea unui sistem informațional medical integrat cu utilizarea eficientă a capacităților moderne de comunicare.

La capitolul responsabilităților de protecție socială, vom promova în continuare strategia de reformare a sistemului de asigurare cu pensii în sistemul agrar, cât și strategia de reformare a asistenței sociale, accentul fiind pus pe reformarea sistemului de prestații sociale (în special, a compensațiilor nominative), ceea ce va contribui nemijlocit la posibilitatea de redistribuire eficientă a mijloacelor financiare existente și la orientarea lor către cele mai sărace pături ale populației.

Pe lângă spectrul de preocupări și obiective preconizate, în sistemul de sănătate și protecție socială, există multiple probleme, care pot fi soluționate doar în situația că vom atrage și vom implica în acest proces întreaga societate.

Închei cu aprecierea de care sunt mândru, că toate cele ce s-au realizat în domeniul sănătății și protecției sociale, pe parcursul anului trecut, sunt exponentul fidel al muncii perseverente și consacrate a tuturor lucrătorilor medicali și sociali din republică care, în pofida greutăților de diferit ordin, întrețin verticalitatea funcțională a serviciilor de asistență medicală și socială.

O treaptă în realizarea năzuințelor umanității spre supraviețuire

Recent a avut loc cea de-a XI-a Conferință Științifică Internațională cu genericul *Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane*

Întrebarea hamletiană „A fi ori a nu fi?” capătă în prezent o importanță globală. Omenirea s-a apropiat de limita după care existența vieții pe *Terra* are sensul aceleiași întrebări – a fi ori a pieri?, adică este amenințată de dispariție. Progresul tehnico-științific, pe lângă efectele pozitive ori aparent pozitive, a generat multiple probleme globale care au dezechilibrat mediul ambiant, au dereglat căi firești de dezvoltare a societății, au dus, în ultimă instanță, la situații care pun în pericol existența civilizației.

Pentru diminuarea și, ulterior, depășirea acestei situații extrem de dificile în care s-a pomenit umanitatea, la faza inițială, sunt necesare eforturi științifice eficiente și urgente în elaborarea unei strategii de supraviețuire. Printre soluțiile potențiale, un rol central, cristalizat îl are afirmarea celor mai înalte valori spiritual-morale în conștiința oamenilor și în relațiile dintre ei. De fapt, problema supraviețuirii a devenit la ordinea de zi cea mai stringentă.

Comunitatea științifică, din Țară și de peste hotarele ei, axată pe găsirea soluțiilor privind problemele asigurării securității umane, s-a reunit la cel de-al XI-lea for. Prin actuala Conferință Științifică Internațională cu genericul: *Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane*, marcăm un ciclu, devenit tradițional, de foruri științifice de nivel internațional. Aceste manifestări ale lumii științifice au devenit adevărate foruri prin profunzimea, multilateralitatea, competența abordărilor dedicate problemelor stringente ale contemporaneității, care țin direct de strategia existenței omenirii, fiind examinate prin prisma filosofiei, bioeticii, medicinei, economiei, dreptului, biologiei ș.a.

Anul de start al conferințelor, 1995, pune începutul elucidării complexe a problemelor bioetice, fapt care se realizează prolific până în prezent:

Conferința I - Probleme filosofice, de etică, drept și tehnico-organizaționale privind informatizarea societății (24-25 octombrie 1995).

Conferința a II-a - Omul, informatizarea, sănătatea: aspecte socio-filosofice și etico-medicale (27-28 martie 1997).

Conferința a III-a - Problema supraviețuirii omenirii: aspecte socio-filosofice, economico-juridice, politico-internaționale și etico-medicale (15-16 aprilie 1998).

Conferința a IV-a - Filosofie, Medicină, Ecologie: probleme de existență și de supraviețuire a omului (7-8 aprilie 1999).

Conferința a V-a - Bioetică, Filosofie, Medicină practică: probleme de existență și de supraviețuire a omului (19-20 aprilie 2000).

Conferința a VI-a - Progresul tehnico-științific, Bioetica și Medicina: probleme de existență umană (25-26 aprilie 2001).

Conferința a VII-a - Știința, Tehnica, Medicina și Bioetica în strategia de existență umană: probleme de interacțiune și interconexiune (24 aprilie 2002).

Conferința a VIII-a - Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de supraviețuire a omului: probleme de interconexiune și interacțiune (23-24 aprilie 2003).

Conferința a IX-a - Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina practică în strategia de existență umană (10-11 martie 2004).

Conferința a X-a - Bioetica, Filosofia, Medicina și Economia în strategia de supraviețuire a civilizației contemporane (16-17 martie 2005).

Conferința a XI-a - Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane (6-7 martie 2006).

În cadrul conferințelor au luat cuvântul, prezentând referate și implicând publicând materialele respective circa, 820 de specialiști din diverse domenii de activitate: filosofie, bioetică, antropologie, biologie, medicină, economie, sociologie, drept, chimie, psihologie, farmaceutică, ecologie, management, istorie, lingvistică, politicologie ș.a. Conferințele au permis discutarea și lansarea în circuitul științific a subiectelor a 15 teze de doctor habilitat și a 24 de teze de doctor în știință.

Materialele publicate ale conferințelor reprezintă subiectele discutate la cele unsprezece întruniri de nivel internațional și pot fi considerate atât elaborări academice, cât și o veritabilă enciclopedie a problemelor supraviețuirii omenirii, prin tratare poliaspectuală a acestora. Dacă facem o incursiune în conținutul materialelor publicate, putem depista frecvența celor mai abordate probleme: *bioetică, informatizare, noosferă și noosferizări, securitate, globalizare, sinergetică, biosferă, supraviețuire, medicină și supraviețuire, dezvoltare durabilă, ecologie, filosofie a ecologiei, filosofie contemporană ca filosofie a supraviețuirii omului, spiritualitate contemporană, axiologie, etică, psihologie medicală, aspecte filosofice ale reprezentanților de seamă ale culturii naționale, medicinii teoretice și clinice, economie, demografie* etc. La discutarea subiectelor incluse în programele conferințelor au participat specialiști din Republica Moldova, România, Canada, Țirdea, Ucraina, Rusia, Iordania, Bulgaria, Italia, SUA, Japonia ș.a.

E și firesc ca temele acestor conferințe să aibă afinitate cu tema generală de cercetări științifice a catedrei Filosofie și Bioetică, USMF „Nicolae Testemițanu” – *Problema supraviețuirii omului și a omenirii în condițiile informatizării, globalizării, ecologizării și noosferizării socum-ului: aspecte sociofilosofice și bioetice*; catedra, colectivul căreia este nucleul organizațional al acestor conferințe, avându-l drept șef pe consacratul om de știință, academicianul Teodor Țirdea, doctor habilitat în științe filosofice, conducătorul științific al temei în cauză.

Deschiderea lucrărilor celei de-a unsprezecea conferințe a avut loc la 6 martie 2006, în sala de conferințe a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Lucrările au fost precedate de alocuțiunea de deschidere a forului a profesorului universitar T. Țirdea: *Strategia asigurării securității umane din perspectiva bioeticii, filosofiei și științei și cuvântul de salut al prim-vice-rectorului, profesorului universitar Nicolae Eșanu.*

Lucrările au cuprins discursuri consacrate diferitelor aspecte ale strategiei de asigurare a securității umane:

1. *Bioetica drept element indispensabil al sistemului de instruire universitar (T. Țirdea).*
2. *Asigurările de sănătate: realizări și probleme (C. Ețco).*
3. *Redimensionarea problemelor morale și tehnogene în condițiile societății globalizate (L. Roșca).*
4. *Răsfărângeri ale bioeticii în câmpul educației (P. Ioan, Iași, România).*
5. *Éthique des interventions en santé publique: du principisme spécifique a un modele centre sur les valeurs phares (R. Masse, Canada, Université Laval).*
6. *Influența factorilor de mediu asupra stării sănătății populației umane din R. Moldova (A. Crivoi).*
7. *Probleme ecologo-igienice ale calității mediului urban (Gr. Friptuleac).*
8. *Unele aspecte caracteristice ale indicilor de sănătate în R. Moldova (T. Grejdeanu).*
9. *Cercetările pe animale din perspectivă bioetică (O. Tagadiuc).*
10. *Impactul economiei asupra sistemului sanitar. Unele probleme ale sistemului de sănătate din România (V. Rotilă, Galați, România).*

Ulterior, lucrările au continuat conform atelierelor:

Atelierul I: *Asigurarea securității umane din perspectiva bioeticii și filosofiei: probleme și tendințe.*

Atelierul II: *Impactul factorului ecologic și al economiei de piață asupra sănătății publice.*

Atelierul III: *Medicina practică în asigurarea securității individului: probleme și realizări.*

În cadrul discuțiilor au fost analizate probleme privitor la extinderea sferei cunoștințelor etice, situația reperelor filosofiei la intersecția mileniilor, filosofia contemporană – condiții de supraviețuire a omenirii cu elucidarea noilor repere paradigmale

și a recentelor orientări conceptuale; noile abordări teoretice ce promovează elucidarea problemelor interacțiunii activității medicale și științelor medico-biologice, informatizării și paradigmei noosferice, bioeticii și suicidului, aspectelor medico-sociale și filosofice ale eutanasierei, noosferizării și proceselor demografice. S-au elucidat o serie de probleme teoretice generale ale bioeticii. Întâlnim și investigații cu profunde conotații de abordare corelațională având următoarele subiecte: moralitatea și bioetica în cadrul problemei axiologice, considerații bioetice ale științei, filosofiei și moralei, bioetica și biopolitica în strategia de existență umană etc. S-a menționat că, în prezent, se sesizează o necesitate tot mai vădită de elucidare a tematicii bioetice în interconexiune cu probleme majore ale contemporaneității cum ar fi cele ale globalizării, securității intereselor vitale, noosferizării, informatizării și axiologizării.

În cadrul conferinței a fost lansat un volum cu materiale inserând *in extenso* subiectele discutate conform lucrărilor în plen și celor trei ateliere. Rubrica *Recenzii și biografii* conține un elogiu aniversar adus doctorului habilitat în filosofie, conferențiarului D. Căldare, cu prilejul celor 60 de ani împliniți și o recenzie la publicația dlui T. Țirdea: *Elemente de Bioetică, Chișinău, 2005.*

Așadar, lucrările Conferinței a XI-a Științifice Internaționale, alăturate celor care au derulat într-o perioadă de mai bine de un deceniu și jumătate, au înregistrat un pas științific apreciabil, rezultatele căruia, credem, constituie o valoare incontestabil de necesară în strategia de supraviețuire și dezvoltare durabilă. Practica nu poate să aibă sorți de izbândă fără o argumentare teoretică solidă, fără discuții multispectuale. Anume în această direcție este îndreptată activitatea catedrei Filosofie și Bioetică de la USMF „Nicolae Testemițanu”, a Asociației de Bioetică și cea a Centrului Național de Bioetică din Republica Moldova.

Petru Berlinschi, dr., conferențiar
Vitalie Ojovanu, dr., conferențiar
Catedra Filosofie și Bioetică
USMF “Nicolae Testemițanu”

Fenotipul prezentării clinice a polineuropatiei demielinizante inflamatorii cronice și eficiența tratamentului imunosupresiv

V. Lisnic

Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Clinical Presentation of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy and Efficiency of the Immunosuppressive Treatment

The study examined 55 patients with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP), the diagnosis being based on the criteria of the American Academy of Neurology. Three phenotypes of clinical presentation of CIDP were distinguished: motor-sensitive, motor, and sensitive. The motor-sensitive phenotype develops as a distal symmetric neuropathy with or without signs of central nervous system impairment and multifocal motor-sensitive neuropathy. It measured the efficiency of different methods of immunosuppression: corticosteroids, corticosteroids in association with azathioprine, corticosteroids in association with plasmapheresis and with intravenous immunoglobulins. Administration of corticosteroids is efficient in the short-term management of CIDP. Corticosteroids are not efficient in the treatment of motor phenotype of CIDP while intravenous immunoglobulins significantly ameliorate the evolution of all the phenotypes of CIDP. The treatment of corticosteroids in association with azathioprine is cost-efficient in the treatment of symmetric motor-sensitive and sensitive neuropathies.

Key words: demyelinating polyneuropathy, electromyography, corticosteroids, azathioprine

Фенотип клинического проявления хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатии и эффективность иммуносупрессивного лечения

Была исследована группа, состоящая из 55 больных с хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатией (ХВДП), диагноз которых был основан на критериях Американской Неврологической Академии. Были выделены 3 фенотипа клинического проявления ХВДП: моторно-сензитивный, моторный и сензитивный. Моторно-сензитивный фенотип проявлялся в форме дистальной симметричной невропатии с или без признаков поражения центральной нервной системы и мультифокальной моторно-сензитивной формой. Была исследована эффективность различных методов иммуносупрессивного лечения: кортикостероиды, кортикостероиды в сочетании с азатиоприном, кортикостероиды в сочетании с плазмаферезом и внутривенные иммуноглобулины. Назначение кортикостероидов эффективно при краткосрочном менеджменте ХВДП. Кортикостероиды неэффективны в лечении двигательного фенотипа ХВДП. Иммуноглобулины, введенные внутривенно, значительно улучшают течение всех фенотипов ХВДП. Комбинированное применение кортикостероидов и азатиоприна является доступным и эффективным методом лечения симметричной моторно-сензитивной и сензитивной невропатии.

Ключевые слова: демиелинизирующая полинейропатия, электромиография, кортикостероиды, азатиоприн

Introducere

Polineuropatia demielinizantă inflamatorie cronică (*PDIC*) este o neuropatie periferică dobândită, de origine necunoscută, prezumtiv imunologică. Austin J. a fost primul care a descris polineuropatia cronică, sensibilă la administrarea corticosteroidelor. Lucrarea a fost publicată în 1958 [1], cu 50 de ani după descrierea paraliziei acute ascendente Guillain-Barré [2]. Expunerea clasică a *PDIC* aparține renumitului neurolog al contemporaneității Dyck P. J. [3] care, în 1975, a publicat împreună cu colaboratorii săi datele examinării unui eșantion de 53 de pacienți din Clinica Mayo (*SUA*). Ulterior, numeroși cercetători au descris grupuri similare de pacienți. Totodată, au fost marcate și unele patene de *PDIC* în aspectul prezentării clinice, rezultatelor examinării de laborator, prognosticului. Diferențierea formei de evoluție a *PDIC* are o importanță majoră, deoarece stabilirea corectă a fenotipului de evoluție a polineuropatiei permite inițierea unui tratament precoce și eficient.

Obiectivele studiului

Determinarea fenotipului de prezentare clinică a *PDIC* și a eficienței diferitelor metode de tratament imunosupresiv în relație cu fenotipul clinic al *PDIC*.

Material și metode

Pentru studiu au fost selecțiați 55 de pacienți cu *PDIC*. Diagnosticul de polineuropatie demielinizantă inflamatorie cronică a fost stabilit în baza criteriilor Academiei Americane de Neurologie [4]. Au fost studiați 34 de bărbați și 21 de femei cu vârste cuprinse între 20 și 84 de ani, vârsta medie fiind de 47,38 ± 1,92 ani. La pacienți s-a determinat forța musculară, în diferite grupuri de mușchi, și scorul total muscular conform scalei *Medical Research Council* (MRC), scorul neuropatic [5]. Cercetările electrofiziologice au cuprins examenul de stimulodetecție în fibrele motorii ale nervilor median, ulnar, peroneu comun extern, tibial și fibrele senzitive ale nervilor median, ulnar și sural. În unele cazuri, pentru confirmarea diagnosticului, a fost efectuată biopsia nervoasă. Examinările electroneuromiografice au fost efectuate la electromiograful *Keypoint*, Danemarca. Examenul de stimulodetecție, în fibrele motorii ale nervilor periferici, a fost completat cu examenul conductibilității în fibrele tractului piramidal prin potențiale evocate motorii, obținute după stimularea magnetică transcorticală și radiculară. Câmpul magnetic a fost generat de stimulatorul *MagLite 2*, Danemarca. În cazurile asociate de afectarea sistemului nervos central (SNC), pacienții au fost examinați la imagierie prin rezonanță magnetică cerebrală.

În fiecare caz a fost completată fișa de examinare a pacientului cu polineuropatie, care a inclus datele istoricului maladiei, rezultatele examenului somato-visceral și neurologic, scorul MRC, scorul neuropatic, rezultatele investigațiilor complementare, care a facilitat analiza statistică a materialului.

Pacienților li s-a administrat următoarele modalități de tratament: corticosteroizi – 14 cazuri; combinarea corticosteroizilor și preparatelor citostatice (azatioprin) – 14 cazuri; plasmofereză în combinație cu corticosteroizi – 7 cazuri; imunoglobuline administrate intravenos (IGIV) – 7 cazuri; tratament nespecific – 13 cazuri. Evoluția stării pacienților a fost apreciată după datele examenului scorului MRC, scorului neuropatic, examenului electrofiziologic, la inițierea tratamentului și la intervale de o lună, 3 luni, 6 luni și 12 luni de tratament.

Rezultate obținute

La pacienții incluși în studiu s-a constatat o polineuropatie demielinizantă cu deficit motor-senzitiv, pur motor sau pur senzitiv datorat disfuncției nervilor periferici. Manifestările clinice ale pacienților s-au instalat într-o perioadă de 2 sau mai multe luni. Diagnosticul de polineuropatie demielinizantă a fost confirmat prin examenul de stimulodectecție a nervilor periferici și/sau biopsie nervoasă, eficiența clară a tratamentului imunosupresiv administrat.

Rolul decisiv în precizarea diagnosticului de *PDIC* a revenit examenului de stimulodectecție. Pentru confirmarea

diagnosticului de *PDIC*, este necesară prezența a cel puțin trei din următoarele patru modificări electrofiziologice:

1. Prolungirea latenței distale (> 130%), în doi sau mai mulți nervi (fig. 1).
2. Diminuarea vitezei de conducere, în doi sau mai mulți nervi (fig. 1).
3. Răspunsuri tardive prelungite (> 130%): răspunsurile F (fig. 2) și reflexul H, în unul sau mai mulți nervi.
4. Bloc de conducere/dispersie temporară (fig. 3), în unul sau mai mulți nervi.

Studiul efectuat a arătat că *PDIC* este o entitate nozologică polimorfă și, în cadrul acestei polineuropatii, pot fi evidențiate 3 fenotipuri clinice: neuropatie mixtă motorie-senzitivă, neuropatie motorie și neuropatie senzitivă (tab. 1).

În majoritatea cazurilor, *PDIC* se manifestă prin fenotipul mixt motor-senzitiv. El a fost stabilit la 42 de pacienți din 55 de examinați (76,36% din cazuri). Totodată, s-a constatat că și neuropatia motorie-senzitivă este o entitate neomogenă. Mai frecvent ea evoluează sub forma unei neuropatii motorii-senzitive simetrice. Acest subtip a fost determinat la 39 din 42 de pacienți (92,86% din cazuri). Mai rar se constată subtipul de neuropatie motorie-senzitivă multifocală – 3 cazuri din 42 (7,14%). În cadrul neuropatiei motorii-senzitive simetrice, la 7 pacienți (17,95% din cazuri) s-au depistat și semne de afectare a SNC. În cazurile menționate s-a constatat prezența semnului Babinski, care denotă implicarea tractului piramidal în procesul patologic.

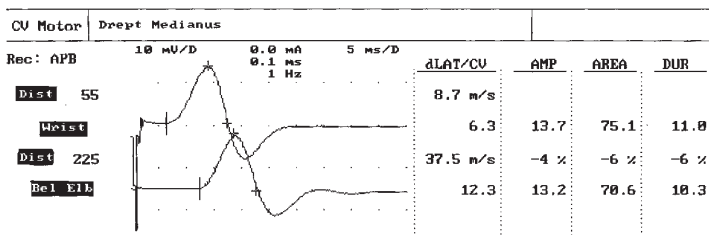


Fig. 1. Majorarea latenței distale – 6,3 ms și diminuarea vitezei de conducere a impulsului – 37,5 ms în fibrele n. median.

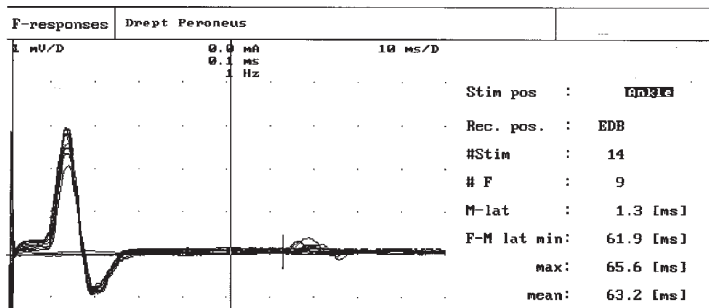


Fig. 2. Prolungirea latenței undei - F – 61,9 ms în fibrele n. peroneu comun.

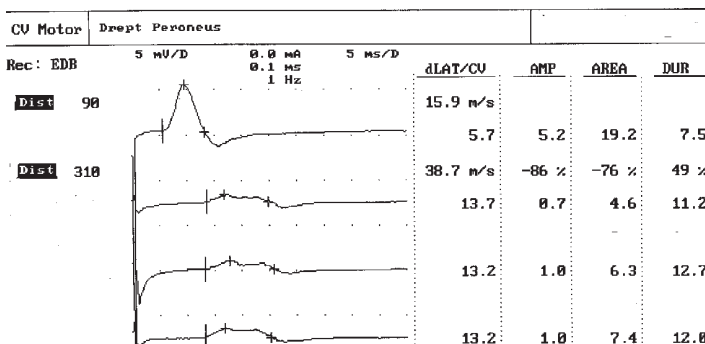


Fig. 3. Bloc de conducere (86%) și dispersie temporară (49%) în fibrele n. peroneu comun.

Rareori s-a determinat paternul motor: 9 din 55 de cazuri de PDIC (16,36%). El poate evolua sub forma de neuropatie motorie multifocală – 7 din 9 cazuri și sub forma de PDIC pur motorie - 2 din 9 cazuri.

Paternul senzitiv a fost constat și mai rar – 4 din 55 de pacienți cu PDIC (7,27% din cazuri).

Modalitatea tratamentului administrat pacienților, în relație cu fenotipul PDIC, este prezentată în tabelul 2.

La majoritatea pacienților, la care s-a administrat un tratament imunosupresiv, a fost constată o ameliorare a stării clinice și a indicilor electrofiziologici (tab. 3), însă eficiența tratamentului administrat a fost diferită în funcție de modalitatea de imunosupresie și fenotipul PDIC.

Din tabel observăm că pacienții care beneficiază de tratament imunosupresiv demonstrează o evoluție mai benignă a maladiei. În cazul administrării corticosteroizilor atât ca tratament unic, cât și în combinație cu citostatice (azatioprin) sau ședințe de plasmofereză, a fost constată o ameliorare a stării pacienților și reducerea gradului de expresie a scorului neuropatic.

Corticosteroizii (prednison, prednisolon), în doză de 1 mg/kg/zi, s-au administrat într-o singură priză dimineată, timp de 4-6 luni, cu reducerea treptată a dozei pe parcursul lunilor (5 mg la fiecare 2 săptămâni) după atingerea ameliorării clinice și electrofiziologice sau cel puțin atingerea unui platou în evoluția maladiei. În prima lună de tratament cu corticosteroizi nu se

depistează o ameliorare a stării pacienților. Astfel, valoarea medie a scorului neuropatic a scăzut nesemnificativ - de la 19,8 ±1,2 la 19,6 ±1,3 (t=0,11; p>0,05), după prima lună de tratament și până la 19,5 ±1,4 (t=0,16; p>0,05), după 3 luni de tratament. Însă după a VI-a lună de administrare consecutivă a preparatului, se constată o diminuare evidentă a scorului neuropatic - 16,1 ±1,3 (t=2,1; p<0,05), această tendință fiind menținută și peste un an de la inițierea corticoterapiei - 15,9 ±1,4 (t=2,12; p<0,05).

Tratamentul cu corticosteroizi a fost bine tolerat de 18 din 35 de pacienți, ca regulă, de pacienții mai tineri care nu sufereau și de alte boli. La 7 pacienți, cărora li s-a administrat corticosteroizi în calitate de tratament unic, au fost înregistrate așa efecte adverse ca majorarea masei corporale (3 cazuri), insomnia (2 cazuri), retenția lichidelor (1 caz), hiperglicemia (1 caz). Tratamentul cu corticosteroizi a fost contramandat în cazul evoluției hiperglicemiei la un pacient. Pentru ameliorarea efectelor adverse posibile, pacienților din start li s-a recomandat o alimentație redusă în calorii, cu conținut micșorat de sodiu, carbohidrați simpli, suplimentată cu calciu și vitamina D.

Tratamentul cu prednisolon nu este costisitor și este un raport cost-eficient, în managementul de scurtă durată a PDIC. Însă, administrarea de lungă durată poate fi asociată cu potențialele efecte adverse, care vor necesita și tratament costisitor.

S-a determinat că corticosteroizii sunt eficienți la administrare în cazurile formelor senzitive-motorii. Ele sunt

Tabelul 1

Fenotipurile de evoluție clinică a PDIC

Nr. d/o	Fenotipul PDIC	Numărul de pacienți	Vârsta medie	Raportul bărbați/femei
1.	Neuropatie motorie-senzitivă	42	48,7±2,3	24/18
	- Neuropatie motorie-senzitivă simetrică	-39		
	- cu afectarea SNC	7		
	- fără afectarea SNC	32		
	- Neuropatie motorie - senzitivă multifocală	- 3		
2.	Neuropatie motorie	9	42,5±2,9	6/3
	- PDIC pur motorie	-2		
	- Neuropatie motorie multifocală	-7		
3.	Neuropatie senzitivă	4	49,1±3,5	4/0

Tabelul 2

Tratamentul administrat, în relație cu fenotipul de PDIC

Nr. d/o	Tratamentul	Fenotipul PDIC		
		Motor-senzitiv (N=42)	Motor (N=9)	Senzitiv (N=4)
1.	Corticosteroizi (N=14)	10	2	2
2.	Tratament combinat (corticosteroizi, azatioprin; N=14)	10	3	1
3.	Tratament combinat (corticosteroizi, plasmofereză; N=7)	4	3	–
4.	Imunoglobuline intravenos (N=7)	7	–	–
5.	Nespecific (N=13)	11	1	1

eficiente atât în cazurile administrării a corticosteroizilor în calitate de tratament unic, cât și în combinaire cu alte modalități de imunosupresie (citostatice, plasmofereză).

Rezultate similare au fost atinse la administrarea tratamentului combinat – a prednisolonului cu citostatice (azatioprin) și a prednisolonului cu ședințe de plasmofereză. Ameliorare statistic concludentă a fost marcată începând, de asemenea, la cea de a VI-a lună de tratament consecutiv. Astfel, scorul mediu neuropatic a scăzut de la valoarea inițială de 19,9 ±1,3 puncte până la 16,1 ±1,3 (t=2,1; p<0,05) la a VI- lună de tratament și până la 15,8 ±1,5 (t=2,1; p<0,05), la un an de la inițierea tratamentului. Pacienților se administra doza obișnuită de prednison – 1 mg/kg/zi timp de 3 luni cu reducerea treptată a dozei (5 mg la fiecare 2 săptămâni). Totodată, se administra azatioprin în doză de 2,0-3,0 mg/kg oral, într-o singură priză. O doză test de 50 mg se indică prima săptămână. Fiind tolerată, doza se majorează treptat cu 50 mg, în fiecare săptămână. Tratamentul se efectuează sub controlul analizei generale a sângelui și a enzimelor ficatului în fiecare săptămână pentru o perioadă de 4 săptămâni și o dată în lună pentru următoarele luni.

În cazurile administrării tratamentului combinat dintre corticosteroizi și azatioprin, efectele adverse au fost mai puțin exprimate decât la pacienții care au administrat doar prednison/prednisolon. Astfel, insomnia și majorarea masei corporale au fost înregistrate la 2 pacienți, însă ele au dispărut treptat după diminuarea dozei corticosteroizilor. Totodată, în 3 cazuri s-a constatat o reacție hipersenzitivă temporară în primele săptămâni de tratament cu azatioprin, 2 pacienți au menționat senzația de grețuri, un pacient - mialgii. Aceste efecte adverse au fost tolerate de pacient și nu au necesitat discontinuitatea tratamentului.

În cazul administrării concomitente a corticosteroizilor și plasmoferezei, ameliorarea stării pacienților a fost observată la sfârșitul primei luni de tratament, confirmată prin diminuarea scorului neuropatic. Inițial această ameliorare era nesemnificativă:

t=1,16, p>0,05, după o lună de tratament, și t=1,31, p>0,05, după 3 luni de tratament. Diferența a devenit statistic semnificativă după 6 și 12 luni (t=2,2, p<0,05) de tratament ca și în cazurile tratamentului solitar cu corticosteroizi sau combinat cu azatioprin.

Efecte adverse au fost constatate la 3 pacienți: majorarea masei corporale (2 cazuri), insomnie (1 caz). Însă, dificultățile întâmpinate la administrarea de lungă durată a plasmoferezei limitează utilizarea acestei modalități de tratament al PDIC.

Cel mai evident efect pozitiv a fost constatat după administrarea imunoglobulinelor intravenos. Ameliorarea apare peste 2 – 3 săptămâni după finalizarea curei de tratament, uneori poate fi dramatică, manifestându-se peste 1-2 zile după ultima infuzie. Valoarea medie a scorului total neuropatic s-a micșorat statistic semnificativ deja la finele primei luni de tratament, menținându-se în descreștere constantă pe parcursul anului. Astfel, scorul total neuropatic în grupul de pacienți, care au administrat IVIG, s-a micșorat de la valoarea inițială de 18,8 ±1,6 la 14,7 ±1,2 (t=2,22, p<0,05) la finele primei luni de tratament. Ulterior, acest indice s-a aflat în descreștere continuă: 14,7 ±1,2 – după 3 luni de tratament, 14,7 ±1,2 – după 6 luni de tratament cu IGIV, și 14,7 ±1,2 – după 12 luni de tratament cu IGIV. Însă, de regulă, ameliorarea este tranzitorie (1- 6 săptămâni), ulterior la pacienți apar pusee și ei necesită infuzii regulate pentru a menține ameliorarea scontată.

Doza standard de 2,0 g/kg se administrează pe parcursul a 2 – 5 zile. Tratamentul a fost bine tolerat. Numai într-un caz pacientul a acuzat cefalee după infuzia de IGIV.

La pacienții, care din diferite motive nu au beneficiat de tratament imunosupresiv, s-a constatat o agravare a stării funcționale și o avansare a scorului neuropatic. Valoarea medie a scorului neuropatic a crescut de la 18,6 ±1,3 – valoarea inițială, la 18,8 ±1,4 – după o lună; 20,6 ±1,4 – după 3 luni; 21, ±1,4 – după 6 luni și 22,4 ±1,3 (t=2,07, p<0,05) – după 12 luni de evoluție a maladiei.

Tabelul 3

Evoluția scorului neuropatic al pacienților cu PDIC datorată tratamentului administrat

Tratamentul administrat	Scor neuropatic				
	Fundal	1 lună	3 luni	6 luni	12 luni
Corticosteroizi (N=14)	19,8 ±1,2	19,6 ±1,3	19,5 ±1,4	16,1 ±1,3	15,9 ±1,4
Tratament combinat (corticosteroizi, azatioprin; N=14)	19,9 ±1,3	19,4 ±1,5	19,3 ±1,3	16,1 ±1,3	15,8 ±1,5
Tratament combinat (corticosteroizi, plasmofereză; N=7)	19,7 ±1,4	17,4 ±1,4	17,1 ±1,4	15,8 ±1,1	15,8 ±1,1
Imunoglobuline intravenos (N=7)	18,8 ±1,4	14,7 ±1,2	14,6 ±1,3	14,4 ±1,3	14,2 ±1,2
Nespecific (N=13)	18,6 ±1,3	18,8 ±1,4	20,6 ±1,4	21,1 ±1,4	22,4 ±1,3

Discuții

După manifestări clinice, *PDIC* se aseamănă foarte mult cu sindromul Guillain-Barré (*SGB*), distincția de bază fiind evoluția manifestărilor în timp. În cazurile de *PDIC*, evoluția progresivă se constată pentru o perioadă mai mare de 8 săptămâni, spre deosebire de *SGB*, în cadrul căruia nadirul manifestărilor neurologice se instalează în mai puțin de 2 luni [6].

Studiul a constatat că, la pacienții cu *PDIC*, cel mai frecvent se depistează varianta mixtă motorie-senzitivă, în cadrul căreia se determină semne clinice de afectare atât a fibrelor motorii, cât și a celor senzitive ale nervilor periferici. În majoritatea cazurilor, pacienții se prezintă cu deficit motor și senzitiv simetric, antrenând atât porțiunile distale, cât și proximale ale membrului. Se afectează atât fibrele nervoase ale membrului inferior, cât și ale membrului superior, însă gradul de suferință a fibrelor nervoase ale membrului inferior este mai avansat, decât a fibrelor nervilor membrului superior. Maladia poate avea o evoluție monofazică progresivă sau în pusee. Neuropatia motorie-senzitivă simetrică poate evalua cu și fără semne de afectare a SNC.

Steroidii sunt eficienți în forma mixtă motorie-senzitivă de *PDIC*. Steroidii sunt eficienți și când sunt administrați ca tratament unic, și când sunt administrați în combinație cu alte preparate imunomodulatoare ca azatioprin sau în combinație cu plasmofereza. Dar toxicitatea steroidilor, în aspectul tratamentului de lungă durată, este o considerație importantă. Reieșind din cele menționate, se recomandă administrarea tratamentului combinat dintre corticosteroidi și azatioprin în scopul administrării unei doze mici de corticosteroidi, pentru a evita potențialele efecte adverse de la administrarea corticosteroidilor: osteoporoza, majorarea masei corporale, complicațiile gastrointestinale etc.

Forma de neuropatie motorie-senzitivă multifocală, caracterizată printr-o asimetrie evidentă sau deficit motor-senzitiv multifocal, se întâlnește rar. Evoluția maladiei este lent progresivă. Preponderent suferă mușchii distali ai membrului, cu predilecție se afectează membrul superior.

În cadrul variantei pur motorii de *PDIC*, deficitul motor evoluează monofazic progresiv, implicând mușchii atât ai membrului superior, cât și ai membrului inferior. Se afectează și mușchii proximali, și distali ai membrului. În cazul neuropatiei motorii multifocale, deficitul motor este evident asimetric, antrenând cu predilecție mușchii mâinii propriu-zise. În ambele forme motorii se depistează blocuri de conducere și disperse temporale.

Formele pur motorii practic nu beneficiază de la administrarea steroidilor și preparatelor citostatice, dar răspund excelent la administrarea IGIV. La acești pacienți consecvent se depistează blocuri de conducere, ceea ce indică posibilitatea reversei blocurilor de conducere de către IGIV [7, 8]. Spre deosebire, steroidii practic nu influențează blocurile de conducere, ci din contra, le pot accentua [9, 10].

La pacienții cu forma senzitivă, tabloul clinic este determinat de manifestări senzitive, sindromul de bază fiind ataxia senzitivă. Deși în aceste cazuri nu se depistează semne clinice de afectare

motilității, la examenul de stimulodectecție se determină o diminuare importantă a vitezei de conducere în fibrele motorii, care se include în criteriile necesare pentru stabilirea diagnosticului unei polineuropatii demielinizante. O explicație posibilă a acestei preservări relative a funcției motorii, în pofida micșorării vitezei de conducere în fibrele motorii, constă în absența blocurilor de conducere și degenerării axonale, în axonii motorii ai nervilor periferici. În cazurile menționate, amplitudinea potențialului de acțiune muscular compus era intactă. Ulterior, la acești pacienți ar putea apărea și manifestări clinice motorii.

Formele pur senzitive pot beneficia de la administrarea steroidilor, însă efectul pozitiv nu este atât de marcant ca în cazurile de *PDIC*, fenotipul motor-senzitiv.

Concluzii

Sub antetul de *PDIC* pot evolua mai multe entități nozologice, ceea ce complică diagnosticul și managementul neuropatiilor demielinizante. Deși fenotipurile de *PDIC* dispun de mai multe similarități, totodată, există și diferențe importante. Cea mai eficientă metodă de tratament al *PDIC*, independent de patetul de evoluție, este administrarea imunoglobulinelor intravenos. Deoarece administrarea IGIV este o metodă costisitoare și puțin accesibilă, actual rămâne tratamentul cu corticosteroidi, care este eficient în fenotipul mixt motor-senzitiv. Combinarea corticosteroidilor cu preparate citostatice este tot atât de eficientă ca și administrarea corticosteroidilor ca tratament unic, însă este preferențială, deoarece reduce din efectele adverse potențiale.

Bibliografie

1. Austin J. H. Recurrent polyneuropathies and their corticosteroid treatment. *Brain*, 1958; 81:157-194.
2. Guillain G., Barré J. A., Strohl A. Sur un syndrome de radiculonévrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Remarques sur les caractères cliniques et graphiques de réflexes tendineux. *Bull Soc. Med. Hop. Paris*, 1916; 40:1462-1470.
3. Dyck P. J., Lais A. C., Ohta M. Chronic inflammatory polyradiculoneuropathy. *Mayo Clin. Proc.*, 1975; 50:621-637.
4. Ad Hoc Subcommittee of the American Academy of Neurology AIDS Task Force. Research criteria for diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Neurology*, 1991; 41:617-618.
5. Lisnic V. Evaluarea și tratamentul neuropatiilor demielinizante. Chișinău, 2004. Tipografia AȘ RM. 132 p.
6. Barohn R. J., Saperstein D. S. Guillain-Barre' syndrome and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Semin. Neurol.*, 1998; 18:49-61.
7. Said G. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *J. Neurol.*, 2002; 249:245-253.
8. Pollard J. D. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. *Curr Opin Neurol.*, 2002; 15:279-283.
9. Sabatelli M., Madia F., Mignogna T. Pure motor chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *J. Neurol.*, 2001; 248:772-777.
10. Köller H., Kieser B. C., Jander S., Hartung H. P. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *N. Engl. J. Med.*, 2005; 352:1343-1356.

Vitalie Lisnic, dr., conferențiar
Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
 Chișinău, str. Korolenko, 2
 Tel: 737211
 E-mail: vlisnic@mtc.md

Recepționat 4.11. 2005

Participarea elastazei la biodegradarea collagenului în procesul involuției post-partum a uterului

V. Rîvneac, V. Gudumac, O. Dulghieru

Catedra Histologie, Citologie și Embriologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Elastase Participation in the Collagen Biodegradation during the Postpartum Uterus Involution

Electron-histochemical analysis revealed the localization of the elastase in the uterus during the process of its postpartum involution. The smooth muscle cells, macrophages and fibroblasts secrete the elastase in the intercellular space, where it is included in the extra cellular collagen resorption. Intracellular lysis of the collagen is carried out mainly by the macrophages and fibroblasts with active participation of the elastase.

Key words: postpartum uterus involution, collagen resorption, elastase, electron histochemistry

Участие эластазы в процессе биодegradации коллагена при послеродовой инволюции матки

Электронно-гистохимически исследована локализация эластазы в матке крыс при её послеродовой инволюции. Выявлена интенсивная внеклеточная активность фермента, с расположением продукта реакции на цитомембранах гладкомышечных клеток, а также (в гораздо меньшей степени) макрофагов и фибробластов и на прилежащих к ним коллагеновых фибриллах. Продукт реакции обнаруживался и в вакуолях с коллагеном в макрофагах и фибробластах.

Ключевые слова: послеродовая инволюция матки, деградация коллагена, эластаза, электронная гистохимия

Introducere

Uterul, în perioada de involuție post-partum, constituie un model optim pentru studierea proceselor de collagenoliză. Pe fond de sarcină, cantitatea de collagen în uter sporește de 4-5 ori [1]. În perioada involuției postgestaționale a uterului are loc o resorbție intensivă a collagenului, cantitatea căruia la șobolani atinge indicii normali în decursul primelor 4 zile [2]. Mecanismele unei degradări atât de accelerate a collagenului sunt necunoscute. Se consideră că un rol important în degradarea collagenului revine proteinazelor serinice, în special, elastazei [3, 4]. Fermentul lizosomal are capacitatea de a scinda *in vitro* componentele de bază ale matricei intercelulare: collagenul, elastina, proteoglicanii și glicoproteinele [5, 6, 7, 8, 9]. Recent, a fost demonstrată capacitatea elastazei de a activa procollagenaza [10, 11].

În pofida numeroasele cercetări dedicate elastazei, participarea ei în degradarea collagenului *in vivo* n-a fost demonstrată.

În lucrarea actuală, cu ajutorul metodei electron-histochemice, a fost studiată localizarea activității elastazei în uter în procesul involuției post-partum.

Material și metode

A fost cercetat uterul șobolanilor după 2 și 3 zile după naștere, când, conform rezultatelor noastre biochimice [12], activitatea elastazei este maximă. Animalele erau decapitate sub narcoza cu eter. Materialul experimental a fost supus prelucrării histochemice pentru determinarea activității elastazei la nivel ultrastructural, în conformitate cu procedura descrisă [13], cu utilizarea în calitate de substrat a Glutaryl-Ala-Ala-Ala-4MβNA („Bachem”). Probele tisulare-martor se incubau fără substrat. Secțiunile ultrafine nu se contrastau.

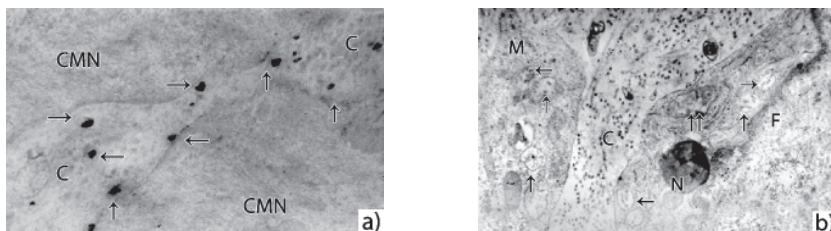


Fig. 1. 3 zile postnatale:

- Produsul reacției la elastază (↑) localizat extracelular pe citolema celulelor musculare netede (CMN) și pe fibrilele de collagen (C), x 25 000.
- Vacuole cu collagen (↑) în citoplasma macrofagului (M) și fibroblastului (F). În una dintre vacuole se detectează produsul reacției la elastază (↑↑). C - collagen, N - nucleu, x 15 000.

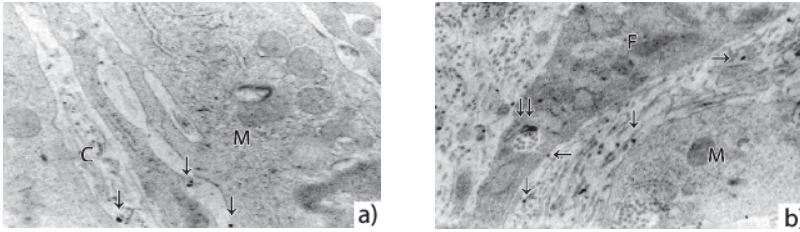


Fig. 2. 2 zile postnatale:

- a) Granule ale produsului de reacție (↑) amplasate extracelular pe citolema macrofagelor (M) și pe fibrilele de colagen (C) adiacente, x 20 000.
- b) Vacuolă cu colagen ce conține produsul reacției (↑↑) în citoplasma fibroblastului (F). Granule ale produsului reacției (↑) se detectează și extracelular, pe citolema fibroblastului și macrofagului (M), precum și pe fibrilele de colagen (C) adiacente, x 20 000.

Rezultatele obținute

La cercetarea miometrului, peste 2 și 3 zile postnatale, printre celulele musculare netede se pot distinge benzi groase de colagen (fig. 1a). Produsul reacției la elastază se depista în unii lizozomi ai celulelor musculare netede. O reacție intensă, în spațiile intercelulare, s-a putut urmări în ambele termene de cercetare. Cantități considerabile de produs al reacției sub formă de granulații solitare sau de conglomerate granulare mai mult sau mai puțin omogene se depistau pe citolema celulelor musculare netede și pe fibrilele de colagen atât cele adiacente, cât și cele din profunzimea stratului fibrotic (fig. 1a), ceea ce demonstrează secreția elastazei de către aceste celule în spațiul extracelular.

În ambele termene de cercetare, macrofagele conțineau produsul reacției la elastază în lizozomi și în diferite vacuole. În citoplasma celor mai multe macrofage se disting cantități diferite de vacuole, conținând fibrile fragmentate de colagen (fig. 1b). În multe vacuole cu colagen se depistau granule ale produsului de reacție la elastază, ceea ce demonstrează natura fagocitară a acestor vacuole (fig. 1b).

Activitatea elastazei s-a evidențiat și extracelular, dovadă fiind dislocarea produsului reacției, mai des în cantități mici, sub formă de granule solitare, pe citolema macrofagelor, precum și pe fibrilele de colagen adiacente (fig. 2a).

Ca și în macrofage, la 2 și la 3 zile postnatale, în citoplasma multor fibroblaste se observau diferite cantități de vacuole și fagolizozomi care includeau fragmente fagocitate de fibrile de colagen la diferite etape de degradare (fig. 1b, 2b). În unele din aceste vacuole se detecta produsul reacției la elastază, ceea ce indică originea fagocitară a acestor vacuole (fig. 2b). Am detectat și o oarecare activitate extracelulară a enzimei: o mică cantitate de produs al reacției se distinge sub formă de granule solitare pe citolema fibroblastelor și pe fibrilele de colagen adiacente (fig. 2b).

Preparatele de referință nu conțineau produsul reacției urmărite.

Concluzii

Rezultatele obținute demonstrează că în procesul involuției postgestaționale a uterului elastaza, pe lângă participarea în resorbția intracelulară a colagenului de către macrofage și fibroblaste, este secretată (în special) de celulele musculare netede, precum și, într-o măsură oarecare, de macrofagi și fibroblaste, în spațiul extracelular, unde participă activ la degradarea extracelulară a colagenului.

Bibliografie

1. Parakkal Paul F. J. Ultrastructure Reserch., 1972, vol.40, p. 284-291.
2. Woessner J. F. Collagenase in Normal and Pathological Connective Tissues. New York, 1980, p. 223-239.
3. Bieth J.G. J. Soc. Biol., 2001, vol.195, Nr. 2, p. 173-179.
4. Reboud-Ravaux M. J. Soc. Biol., 2001, vol.195, Nr. 2, p. 143-150.
5. Kielty C. M., Lees M., Shuttleworth C. A., Woolley D. Biochem. Biophys. Res. Commun., 1993, Mar., 31, vol. 191, Nr. 3, p. 1230-1236.
6. Kittelberger R., Neale T. J., Francky K. T. et al. Biochim. Biophys. Acta., 1992, Aug., 25, vol.1139, Nr. 4, p. 295-199.
7. Starkey P. M. Acta Biol. Med. Ger., 1977, vol.36, Nr. 11-12, p. 1549-1554.
8. Verraes S., Hornebeck W. et al. J Invest. Dermatol., 2001, Nov., vol. 117 Nr. 5, p. 1091-1096.
9. Watanabe H., Hattori S., Katsuda S. et al. J Biochem. (Tokyo), 1990, Nov., vol.108, Nr. 5, p. 753-759.
10. Shamamian P., Schwartz J. D., Pocock B. J. et al. J Cell. Physiol., 2001, Nov., vol.189, Nr. 2, p. 197-206.
11. Zhu Y., Liu X., Skold C. M. et al. Respir. Res., 2001, vol.2, no 5, p. 300-305.
12. Rîvneac V., Grumeza O., Eșanu N., Pelin A. Zilele Universității de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", 1998, p. 75.
13. Smith R. E., Van Frank R. M. Lysosomes in Biology and Pathology. New York, 1975, p. 123-249.

Victor Rîvneac, dr.h., profesor
Catedra Histologie, Citologie și Embriologie
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 192
Tel.: 205133
E-mail: victorrivneac@yahoo.com

Recepționat 11.05.2005

Aspecte practice ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu gonartroză și dezașări de gambă *in varum*

V. Pascari

Catedra Urgențe Medicale, USMF „Nicolae Testemițanu”

Practical Aspects of Surgical Treatment for Patients with Gonarthrosis and Varus Alignment

The author describes indications and contraindications of surgical treatment for arthrosis of knee and the resulting shank imbalance and varus deformity. It is argued that surgical treatment, depending on the type and degree of shank disposition, torsion within the shank, ligament instabilities and other intra-articular acute pathologies, is effective. The results of the treatment in 81 patients have been analyzed, and show the success of supra-tubercle osteotomy of the tibia for the correction of the shank position.

Key words: gonarthrosis, varus alignment

Некоторые практические аспекты хирургического лечения больных с деформирующим артрозом коленного сустава с варусной деформацией голени

Автором определены показания и противопоказания, разработаны критерии, которые помогают правильно оценить состояние пациента, обоснованно выбрать методы и последовательность выполнения хирургического лечения больных. Представлен опыт лечения 81 больного с деформирующим артрозом коленного сустава, сочетающийся с варусной деформацией голени, которым были проведены высокие корректирующие остеотомии большеберцовой кости.

Ключевые слова: гонартроз, варусная деформация голени

Generalități

Osteoartroza articulației genunchiului este întâlnită mai des la femei, artroza primară constituind 70%, la bărbați mai des este prezentă artroza secundară (53%), motivul de bază fiind traumatismele (microtraumatismele) articulației genunchiului (89,5%), dezașările de gambă *in varum* fiind monitorizate la 86,4% (V. Pascari, I. Marin, 1997) din numărul total de bolnavi cu dezașări de gambă în plan frontal.

Metoda de elecțiune, în tratamentul gonartrozelor statice cu dezașări de gambă *in varum*, pe bună dreptate este considerată osteotomia subcondiliană tibială de reaxare a gambei (plus sau minus osteotomie).

Osteotomia metafizară de reaxare a gambei ameliorează biomecanica articulară, diminuează presiunea intra-articulară, adaptează intensitatea lor la rezistența mecanică a țesuturilor, realizată prin mărirea suprafeței articulare portante. Pe lângă efectul său primordial mecanic, osteotomia are și un efect vascular, ameliorând trofismul metafizo-epifizar, suprimând staza venoasă și favorizând nutriția cartilajului articular. Suprimarea tracțiunilor capsuloligamentare (prin axare) și a stazei venoase (care influențează favorabil fibrele amelincice senzitive din jurul vaselor plasate în țesutul osos spongios) explică efectul antalgic al osteotomiei, pierzând din intensitate durerile permanente, inclusiv și durerile în stare de repaus.

O osteotomie, care nu realizează o repartiție uniformă a presiunii la nivelul suprafețelor articulare, va avea un efect provizoriu, deoarece supraîncărcarea persistentă a unuia din compartimentele articulare va determina reparația reacțiilor osoase cu condensare, stază venoasă etc., astfel, întregul cerc vicios al osteoartrozei va recidiva.

Genunchiul, biomecanic, reprezintă un punct de echilibru între forțele gravitaționale, care induc varusul, și forțele

musculare oponente, care induc valgusul. Forțele gravitaționale varizante predomină asupra forțelor musculare valgizante, transferând rezultanta forțelor de presiune în compartimentul medial, unde își au debutul modificările de gonartroză; deformarea în varum fiind prezentă în 86,4% (V. Pascari, I. Marin, 1997) din numărul total de cazuri.

Primele leziuni ale cartilajului articular apar în jumătatea anterioară a compartimentului tibial și condilului femural care contactează una cu alta, când genunchiul este în extensie; în flexiune suprafețele de contact ale cartilajului articular se deplasează posterior, unde acesta este intact.

Ca urmare, un genunchi cu gonartroză unicompartimentală medială, în acest stadiu, va prezenta o diformitate *in varum* numai în extensie și se corectează la aliniamentul normal în flexiune – consecință anatomică tardivă, ligamentul colateral intern se va relaxa când articulația este în extensie, în raport cu gradul de eroziune al cartilajului articular, și va reveni la tensiunea normală în poziție de flexiune a genunchiului. Mișcările, în plan anteroposterior, ale condilului femural pe platoul tibial sunt controlate în timpul flexiunii și extensiei de ligamentele încrucișate și acest control se menține atât timp cât ligamentul încrucișat anterior rămâne intact. În momentul în care acesta se rupe, ca rezultat al modificărilor degenerative, în extensie femurul va rămâne subluxat posterior pe platoul tibial și leziunile anterioare ale cartilajului articular din compartimentul medial se vor extinde în sens posterior. În acest moment al evoluției gonartrozei, deformarea *in varum* a articulației va fi prezentă atât în flexiune, cât și în extensie, fiind însoțită de o scurtare progresivă a ligamentului colateral medial.

În acest stadiu, stoparea procesului artrozic cu ameliorarea biomecanicii articulare este posibilă printr-o osteotomie supratuberozitară (tibială) de reaxare a gambei. Prelungirea

tratamentului conservator nu va ameliora starea sănătății pacientului, iar procesul degenerativ, în stadiul următor de evoluție, se va extinde și în compartimentul extern al articulației, în multe cazuri momentul osteotomiei curative și de corecție fiind depășit.

Material și metodă

Succesul osteotomiilor de corecție va fi asigurat numai în cazul unei pregătiri preoperatorii minuțioase, care include:

I. Examenul radiografic

- **Examenul radiografic (de față și de profil) al genunchiului** – de preferință executate pe filme lungi și centrate la genunchi, care demonstrează gradul modificărilor artrozice, localizarea lor și oferă o primă imagine asupra unei eventuale dezaxării existente în plan frontal sau sagital. Sunt necesare, însă, și o serie de incidente radiologice speciale:
- **Radiografia întregului membru inferior în ortostatism**, propusă de J. Ramadier, J. Dyparc Massare, permite un studiu amplu al deviațiilor axiale în plan frontal. Pentru a obține o imagine adevărată (anatomică) a osului tibial, tubul radiografic va fi amplasat la o distanță de 3 m și centrat pe genunchi (fig.1).

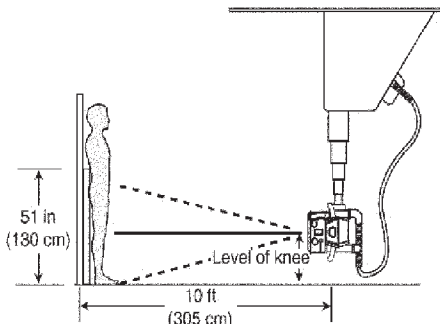


Fig. 1.

Casetele radiografice sunt adaptate la un stativ, ele includ nivelul corespunzător al membrului inferior, iar prin încheierea clișeele radiologice se obține un film întreg al membrului pelvian în ortostatism, pe care se trasează:

- Centrul radiologic al capului femural.
- Centrul radiologic al interliniei articulare a genunchiului.
- Centrul radiologic al osului astragalian.

De pe clișeele radiologice obținute se va trasa:

- **Axul mecanic** al membrului inferior, care reprezintă o linie ce unește centrul capului femural cu cel al articulației tibio-tarsiene. În mod normal, axul mecanic trece între spinele tibiale sau în imediata lor vecinătate, mai frecvent prin cea externă, din cauza valgusului fiziologic (fig. 2a).
- **Axul anatomic** constituit din cele două axe femurală și tibială, care definește valgusul fiziologic (6-8°). În cazul dezaxărilor în afară (*genu valgum*, fig. 2c) sau înăuntru (*genu varum*, fig. 2b) centrului radiologic al genunchiului.

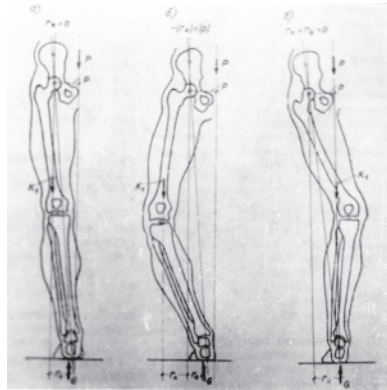


Fig. 2.

- **Radiografiile axiale ale rotulei** permit un studiu mai amplu al compartimentului femuropatelar, evidențiind eventualele lui anomalii (displazii rotuliene, luxații și subluxații de rotulă etc.), astfel determinând tactica tratamentului chirurgical.

P. Ficat recomandă de a fi examinat compartimentul femuropatelar în 3 incidente: la 30°, la 60° și la 90°, pentru a studia cele trei sectoare de sprijin rotulian.

În cazurile indicate (instabilitate capsuloligamentară) sunt realizate radiografiile în poziții forțate de *valgum* sau *varum*, precum și pentru ligamentele încrucișate, care ne permit determinarea tipului și gradului luxațiilor articulare (distensia ligamentului omolateral sau a celui contralateral).

II. Determinarea sediului osteotomiei de corecție

Bolnavii se examinează radiologic în poziție de ortostatism, formând filmul radiologic al membrului pelvian, se determină axul mecanic la care, prin centrul mecanic al genunchiului, sunt trasate perpendicular cele două axe AB - A'B, CD - C'D' – femurală și tibială CD, C'D', obținându-se două unghiuri ($\angle C'GA, \angle BGD$) ale componentei femurale sau tibiale a deformației. Înclinația interliniei articulare (CD, C'D') devenită oblică spre axul mecanic sau de partea opusă indică originea tibială sau femurală a dezaxării (fig.3).

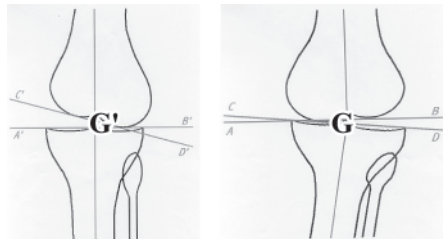


Fig. 3.

Studiul filmului radiografic al întregului membru inferior în ortostatism permite să se precizeze exact sediul osteotomiei de corecție și valoarea viciilor structurale ale genunchiului.

III. Determinarea valorii mărimii liniare a deformării unghiulare a genunchiului (V. Pascari, I. Marin, P. Zabolotni)

Succesul osteotomiei de reaxare a gambei este într-o directă corelare cu corectitudinea determinării valorii mărimii liniare a deformării unghiulare a genunchiului care, cu ușurință, poate fi determinată în perioada preoperatorie și determinată și baza autoalotransplantului osos necesar de rezeecat (minus-osteotomie), sau inclavat (plus-osteotomie) în defectul restant din zona osteotomiei de valgizare, obținându-se o reaxare perfectă a gambei dezaxate în plan frontal.

Membrul inferior este examinat radiologic în întregime în poziție de ortostatism, de la o distanță de 300 cm, diametrul osului corespunzând cu valorile lui anatomice. Axul mecanic al membrului inferior este trecut prin centrul capului osului femural, genunchiului și osului astragal, în așa mod determinându-se gradul de diformitate unghiulară.

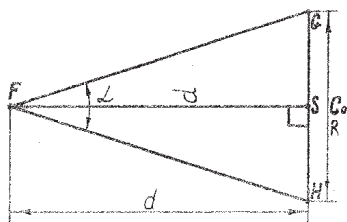


Fig. 4.

Valoarea mărimii liniare a deformării unghiulare a genunchiului, la nivelul osului, a fost determinată prin următoarea formulă matematică:

$$Co = 2d \times \operatorname{tg}(a/2) \quad (1).$$

Cum rezultă din fig.4, mărimea Co (valoarea corecției liniare a deformării unghiulare la nivelul osului) depinde de unghiul de deformare a cât și de diametrul (d) al osului, la nivelul osteotomiei.

În cazurile în care sunt folosite aparate de fixare externă (aparatură Ilizarov), corecția liniară a diformității unghiulare la nivelul aparatului (Ca) poate fi determinată după o formulă analogică formulei 1; deosebirea constă numai în faptul că, pentru determinarea Ca, se folosește înălțimea triunghiului MFN (fig.5). Distanța de la vârful F până la baza fiecărui din cele două triunghiuri menționate mai sus, din punct de vedere al biomecanicii, are rolul de braț și, notând-o prin Br, scriem o relație mai generală decât relația (1): $C = 2 \times Br \times \operatorname{tg}(a/2)$ (2).

Formula (2) determină valoarea corecției liniare unice C, care se va transforma în corecția liniară la nivelul osului Co, corespunzător cazului în care în calitate de braț se va lua respectiv înălțimea triunghiului GFH sau MFN. Calculele respective sunt veritabile numai în cazul când inelele aparatului Ilizarov sunt fixate cu 4 bare, formând un patralater imaginat, iar punctele de fixare ale capetelor tijelor, pe părțile laterală și medială ale patralaterului, vor forma o linie improvizată, care le vom numi

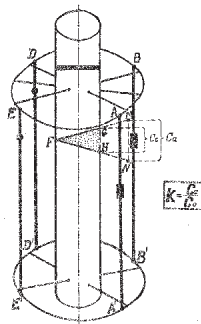


Fig. 5.

laturi active, iar laturile anterioară și posterioară improvizate – laturi pasive.

Pentru corectarea deformării unghiulare prin intermediul aparatului Ilizarov, mărimea brațului Br se va determina după următoarea formulă (fig.6): $Br = SF = SO + OF = l/2 + d/2$.

Aici l este lungimea laturii pasive BD a dreptunghiului improvizat, format din capetele barelor de fixare ale inelului proximal ABDE, iar d este diametrul osului la nivelul osteotomiei.

Pentru utilizarea în practica chirurgicală a corecțiilor liniare Co și Ca, ar putea fi recomandate direct formulele (1, 2), însă, pe lângă faptul că aplicarea acestor formule e destul de anevoioasă din cauza structurii lor, mai poate apărea și riscul de a comite la calculul manual erori, care se pot răsfrânge negativ asupra tratamentului.

Din aceste considerente, formulele indicate mai sus au fost calculate, verificate la calculator într-un tabel aparte (vezi tab.1) valorile corecției liniare pentru diferite grade de deformări unghiulare (mai des utilizate în practica chirurgicală).

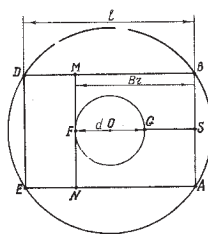


Fig. 6.

Așadar, pentru a găsi în tabel corecția liniară a deformării unghiulare la nivelul osului și corecția la nivelul aparatului, pe orizontală a fost depusă mărimea deformării unghiulare, iar pe verticală – brațul (Br).

În cazurile în care reaxarea gambei va fi realizată într-un moment (fără aparate de fixare externă), brațul va corespunde cu diametrul (d) la nivelul osteotomiei, care este determinat de pe clișeu radiologic.

Pentru determinarea corecției liniare **Ca**, reaxarea gambei fiind realizată în aparatul Ilizarov, va fi necesară măsurarea suplimentară a distanței laterii anterioare (BD) a patruleiului improvizat, format din capetele barelor de fixare ale inelului proximal al aparatului Ilizarov. Notând lungimea determinată prin 1 și calculând manual $Br = 1/2 + d/2$, la intersecție pe orizontală cu valoarea deformării unghiulare, vom obține indicele mărimii corecției liniare a deformării unghiulare. În practica chirurgicală, pentru corectarea gradului de deformare unghiulară la nivelul aparatului (piulițelor de corecție), G. A. Ilizarov recomandă a se efectua într-un regim aproximativ de 1,5 mm. Studiarea statistică a celor mai frecvente cazuri de corecție a deformărilor de gambă în varum a monitorizat următorul diapazon al indicelui **K** (regimul corecției deformării unghiulare la nivelul aparatului) – 1,22 mm - 1,58 mm. Deși, de fiecare dată nu avem un număr întreg, totuși poate fi relativ ușor aplicat în cazul piuliței cu 6 fețe și barei cu pasul de 1 mm, reieșind din calculele că rotirea piuliței cu 90° în jurul axei constituie 0,25 mm. Deci, pentru a stabili regimul corecției liniare zilnice în aparatul Ilizarov, ca mărimea liniară a corecției liniare să corespundă cu 1° al deformării unghiulare, vom folosi coeficientul **K**, care este ușor de calculat după relația: $K = Ca/Co$.

Exemplul 1. Bolnavul A., cu o deformare în varum a genuchiului de 20°, diametrul osului (Br) la locul osteotomiei de corecție este de 60 mm.

Care este corecția liniară la nivelul osului?

Rezolvare: Deoarece în cazul de față este vorba despre o corecție la nivelul osului, brațul va coincide cu diametrul osului la nivelul osteotomiei și va constitui 60 mm. În tabelul deja amintit mai sus (vezi tab. 1), la intersecția liniei pe verticală, care corespunde brațului de 60 mm, cu coloana pe orizontală, care corespunde unghiului deformării de 20°, găsim numărul 21. Deci, în cazul menționat, corecția liniară a deformării unghiulare va constitui 21 mm, adăugându-se corecția de 4-9°.

Exemplul 2. Bolnavul V., cu o deformare unghiulară a genuchiului de 22° în varum. Diametrul osului în locul osteotomiei este de 56 mm. Pentru reaxarea gambei a fost folosit aparatul Ilizarov, la care distanța laterii anterioare a patruleiului de fixare a capetelor tijelor inelului proximal (I) al aparatului Ilizarov, constituie 110 mm. Care este corecția liniară a deformării unghiulare la nivelul aparatului și valoarea coeficientului **K**?

Tabelul 1

BR (mm)	DEFORMAREA ANGULARĂ (GRADE)																							
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
45	5	6	7	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
46	5	6	6	7	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23		
47	4	5	6	7	7	8	9	10	11	12	12	13	14	15	16	17	17	18	18	20	21	21		
48	4	5	6	7	8	8	9	10	11	12	13	13	14	15	16	17	18	19	20	21	21	22		
49	4	5	6	7	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23		
50	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24		
51	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24		
52	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25		
53	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25		
54	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25		
55	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25		
56	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	25		
57	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	25		
58	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
59	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
60	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		

Notă: Tabelul se va utiliza la determinarea corecției liniare a deformității unghiulare la nivelul osului.

Tabelul 2

Determinarea corecției liniare a deformității unghiulare în cazurile în care vor fi folosite aparate de fixare externă (aparatul Ilizarov)

BR (mm)	Deformarea angulară																							
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
90	8	9	11	13	14	16	17	19	21	22	24	25	27	29	30	32	33	35	37	38	40			
91	8	10	11	13	14	16	18	19	21	22	24	26	27	29	30	32	34	35	37	39	40			
92	8	10	11	13	14	16	18	19	21	23	24	26	27	29	31	32	34	36	37	39	41			
93	8	10	11	13	15	16	18	20	21	23	24	26	28	29	31	33	34	36	38	40	41			
94	8	10	11	13	15	16	18	20	21	23	25	26	28	30	31	33	35	37	38	40	42			
95	8	10	12	13	15	17	18	20	22	23	25	27	28	30	32	34	35	37	39	40	42			
96	8	10	12	13	15	17	18	20	22	24	25	27	29	30	32	34	36	37	39	41	43			
97	8	10	12	14	15	17	19	20	22	24	26	27	29	31	32	34	36	38	39	41	43			
98	9	10	12	14	15	17	19	21	22	24	26	28	29	31	33	35	36	38	40	42	43			
99	9	10	12	14	16	17	19	21	23	24	26	28	30	32	33	35	37	38	40	42	44			
100	9	10	12	14	16	17	19	21	23	25	26	28	30	32	33	35	37	39	41	43	44			
101	9	11	12	14	16	18	19	21	23	25	27	28	30	32	34	36	37	39	41	43	45			
102	9	11	12	14	16	18	20	21	23	25	27	29	30	32	34	36	38	40	42	43	45			
103	9	11	13	14	16	18	20	22	23	25	27	29	31	33	34	36	38	40	42	44	46			
104	9	11	13	15	16	18	20	22	24	26	27	29	31	33	35	37	39	40	42	44	46			
105	9	11	13	15	17	18	20	22	24	26	28	30	31	33	35	37	39	41	43	45	47			
106	9	11	13	15	17	19	20	22	24	26	28	30	32	34	35	37	39	41	43	45	47			
107	9	11	13	15	17	19	21	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	47			
108	9	11	13	15	17	19	21	23	25	27	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48			
109	10	11	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	33	35	36	38	40	42	44	46	48			
110	10	12	13	15	17	19	21	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49			

Rezolvare: Deoarece în acest caz este vorba despre o corecție la nivelul aparatului, brațul va fi determinat printr-un calcul manual simplu:

$Br = 1/2 + d/2 = 110/2 + 56/2 = 55 + 28 = 83$ mm.

În tabel (vezi tab. 2), la intersecția coloanei pe verticală, care corespunde brațului de 83 mm, și liniei pe orizontală, care coincide unghiului de 22, găsim numărul 32 mm, care corespunde mărimii liniare a corecției deformității unghiulare de 22°, în aparatul Ilizarov.

Coeficientul K va fi determinat din raportul: $K = Ca/Co = 32/22 = 1,45$ mm.

Deci, pentru a obține corecția de 1° cu aparatul Ilizarov este necesară rotirea de 1,45 mm a piulițelor de corecție.

IV. Determinarea torsiunii oaselor gambei la bolnavii cu gonartroză și dezaxarea gambei în plan frontal

cea mai acceptabilă metodă de determinare a torsiunii gambei a fost propusă de X. 3. Гафаров (1984). Torsiunea oaselor gambei, în normă, constituie 18-24°, adică segmentul proximal al gambei este rotat intern cu 10-12°, cel distal – extern, constituind, de asemenea, 10-12°.

În unele cazuri de gonartroză cu dezaxarea gambei în varum (*valgum*) are loc o rotație exagerată a oaselor gambei extern (intern), maleola medială – AA, deplasându-se anterior, cea laterală – BB – posterior (fig. 7), iar la valgizarea gambei are loc un proces inversat al torsiunii gambei.

Pentru determinarea torsiunii gambei vor fi folosite 3 puncte: maleola medială, maleola laterală (puncte mobile) și un punct fix – tendonul achilian. Axa maleolară transversală în raport cu axa frontală, care trece printr-un punct fix al tendonului achilian, formează un unghi a (fig. 7), care și constituie gradul de torsiune a oaselor gambei.

De către X. 3. Гафаров, pentru determinarea gradului de torsiune a oaselor gambei, a fost propusă formula:

$T = 360/Sx(L-L1)$

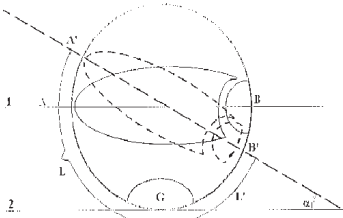


Fig. 7.

T – torsiunea oaselor gambei.

S – perimetrul articulației talocrurale la nivelul maleolei.

L – distanța de la mijlocul tendonului achilian și maleolei mediale.

L1 – distanța de la mijlocul tendonului achilian până la maleola laterală.

Deci, în fiecare caz determinând valoarea torsiunii gambei, se va determina tactica tratamentului chirurgical, iar în cazurile indicate osteotomiile de corecție se vor asocia cu detorsionarea gambei.

V. Indicații către osteotomiile de corecție

Absolute:

- Artroză deformantă a articulației genunchiului, gradul I-II.
- Dezaxarea gambei în plan frontal (până la 15° în ortostatism), preponderent cu afectarea unui compartiment articular).
- Prezență a sindromului algic.
- Amplitudine satisfăcătoare de mișcări (nu mai puțin de 80°-90°).
- Înălțime a interliniei articulare mai mare sau egală cu 50% din normă.
- Stabilitate articulară satisfăcătoare.
- Vârsta pacientului până la 65 de ani.

Relative:

- Gonartroză de gradul III (afectarea tuturor compartimentelor articulare).
- Dezaxarea gambei în plan frontal (mai mult de 15° în ortostatism).
- Volumul de mișcări 80°-90°, cu un deficit în extensie nu mai mare de 10°, instabilitate articulară moderată.

Contraindicații:

- Articulație totalmente desființată de procesul degenerativ – distrofic.
- Dereglări neurovasculare ale membrului inferior.
- Prezența bolilor agravante.

Intervențiile chirurgicale au fost realizate în funcție de stadiul evolutiv al osteoartrozei articulare și al gradului dezaxării gambei. În gonartroză de gr. I-II, însoțită de o deformare *in varum* a gambei, amplitudinea de mișcări mai mare de 80°-90°, cu o stabilitate satisfăcătoare a articulației genunchiului, noi am realizat osteotomia supratuberozitară de valgizare a gambei („plus”-osteotomie), cu inclavarea în defectul restant (după reaxarea gambei) a unui con osos (autoalo- transplant) baza căruia corespunde cu valoarea diformității unghiulare, în dezaxările de gambă mai > de 15°, reaxarea gambei a fost realizată cu aparate

de fixare externă (aparatur Ilizarov). În ambele situații, corijarea axului membrului pelvian fiind realizată după metoda propusă de V. Pascari, I. Marin, P. Zabolotni, 1996.

În osteoartroza de genunchi, cu dezaxarea gambei *in varum* mai mult de 10°, instabilitate articulară moderată, artroză femuro-patelară, amplitudine de mișcări în articulația genunchiului satisfăcătoare (80-90°, cu un deficit în extensie nu mai mare de 10°), noi preferăm etapizarea tratamentului chirurgical, primar realizându-se osteotomia de corecție în mod obligatoriu, efectuându-se și osteotomia osului peroneu și, numai după o reabilitare funcțională completă, se realizează avansarea tendonului rotulian sau restabilirea aparatului capsuloligamentar.

Dacă simptomatologia articulară nu este acută, se va acorda totdeauna întâietatea osteotomiei de corecție, iar în cazul unei artroze severe de genunchi, cu dereglări ale axului membrului pelvian, schimbări articulare esențiale (“șoarece articular”, alterările suprafeței articulare cu apariția aspectului velvetic neregulat al cartilajului, subțierea lui până la dispariție, însoțită de formarea osteofitelor, degenerarea meniscurilor cu blocaje repetate), se va efectua o intervenție chirurgicală intra-articulară de debredare articulară cu o reabilitare precoce a mișcărilor, iar ulterior se va realiza și osteotomia de corecție.

În cazurile asocierii unei torsiuni exagerate a oaselor gambei (gradul de torsiune a oaselor gambei va fi determinat după metoda Gaforov), corijarea diformității rotatorii se realizează după metoda propusă de Ilizarov, primar fiind reaxat axul mecanic al membrului pelvian și secundar - detorsionată gamba, aparatul de fixare externă (aparatur Ilizarov) fiind menținut până la consolidarea sediului osteotomiei.

În SCT și O, Clinica de Ortopedie și Traumatologie Nr.1 a CȘPDMU, mun. Chișinău, pe parcurs a 14 ani, au fost tratați chirurgical 81 de bolnavi cu artroză deformantă de genunchi însoțită de dezaxări de gambă în plan frontal (*varum*), cu vârsta de la 20 la 74 de ani. Bărbați – 33, femei – 48, majoritatea bolnavilor prestând activitate fizică (87%).

Aspecte practice ale osteotomiei de deschidere „plus-osteotomie”

Avantaje:

1. Incizie avantajoasă în zona bine vascularizată a țesuturilor.
2. Excluderea leziunii sindesmozei tibioperoniere proximale.
3. Refacerea formei anatomice a osului.
4. Nu dereglează stabilitatea aparatului capsuloligamentar al articulației genunchiului.

Dezavantaje:

1. Folosirea autotransplantului osos, colectat din creasta iliacă, duce la o traumatizare suplimentară și sporește durata intervenției chirurgicale.
2. Folosirea alotransplantului osos sporește termenul de consolidare a locului osteotomiei.
3. Este posibilă apariția dereglărilor neurovasculare, în cazurile inclavării în defectul restant a unui transplant osos masiv.

Tehnica operatorie:

- Determinarea mărimii deformării unghiulare după clișeele radiologice ale membrului pelvian în ortostatism.
- Determinarea valorii mărimii liniare a deformării unghiulare după metoda propusă de V. Pascari, I. Marin, P. Zabolotni.
- Se va realiza o osteotomie oblică (10°) în zona metafizară a tibiei (supratuberozitar), prin abord anteromedial, în 1/3 proximală a tibiei.

În zona defectului restant (bazal), se va inclava alotransplantul osos pregătit preoperatoriu, baza cărui corespunde cu valoarea mărimii unghiulare, iar restul defectului interfragmentar va fi substituit cu autotransplant osos colectat din creasta iliacă, astfel, obținându-se o axare precisă a gambei și crearea condițiilor optime de consolidare precoce a fragmentelor osteotomizate.

Cele din urmă vor fi stabilizate cu o placă metalică înșurubată.

Notă: 1. Osteotomia osului peroneu se va efectua în cazurile în care traiectul osteotomiei va trece la nivelul sindesmozei tibioperoniere proximale sau mai jos de sindesmoză, dezaxarea gambei fiind mai mare de 10°.

Aspecte practice ale osteotomiei de închidere (minus-osteotomie)

Avantaje:

1. Se exclude un traumatism suplimentar, condiționat de formarea unui transplant osos.
2. Nu există riscul de a leza fasciculul neurovascular.
3. Termenele de consolidare sunt optime.

Dezavantaje:

1. Necesitatea pregătirii preoperatorii minuțioasă care vizează determinarea exactă a unghiului de deformare și o tehnică chirurgicală impecabilă.
2. Necesitatea de a interveni și la sindesmoza tibioperonieră proximală sau la osteotomia osului peroneu, în 1/3 proximală, existând pericolul de lezare a nervului peroneu.
3. Scurtarea membrului după înlăturarea icului osos.

Tehnica operatorie

- Determinarea mărimii deformării unghiulare după celeșeele radiologice ale membrului pelvin în ortostatism.
 - Determinarea valorii mărimii liniare a deformării unghiulare după metoda propusă de V. Pascari, I. Marin, P. Zabolotnii.
 - Abord în formă de „S”, care începe pe partea laterală a extremității distale a femurului, fiind prelungit pe fața anteromedială a 1/3 proximale a gambei.
 - Osteotomie transversală (supratuberozitară) în zona metafizară a extremității proximale a tibiei.
 - Rezecarea conului osos de pe partea laterală a tibiei baza căruia (mărime liniară) va corespunde cu valoarea deformării unghiulare, obținându-se o corijare perfectă a axului mecanic dezaxat în plan frontal (*varum*). În dezaxările de gambă în *valgum*, conul osos va fi extras de pe partea medială a extremității proximale a tibiei.
- Realizându-se osteotomiile de deschidere (închidere), prin inclavarea (extragerea) unui con osos, este necesar să se aplice

corecția optimă în fiecare caz concret, în funcție de particularitățile anatomice ale pacientului. În osteotomiile de valgizare, corecția va fi aplicată în limita valorilor 4°- 9°, iar în cele de varizare, va fi aplicată în valorile de 1°- 2°.

Aspecte practice în corijarea dezaxărilor de gambă (*varum*) cu aparate de fixare externă (aparatură Ilizarov)

- Se montează aparatul Ilizarov din 3 inele, între inelele proximale montându-se sistema de șarniere.
 - Abord linear, 2-3 cm, pe partea anteromedială în zona metafizară proximală a tibiei.
 - Corticotomie supratuberozitară a tibiei.
- Regimul corijării dezaxărilor de gambă, în plan frontal cu aparate de fixare externă (aparatură Ilizarov), se realizează după metoda propusă de V. Pascari, I. Marin, P. Zabolotnii.

În cazurile în care diformitatea unghiulară este însoțită de o torsiune exagerată a oaselor gambei, se procedează în felul următor:

- Primar, după metoda descrisă mai sus, se înlătură deformarea unghiulară în plan frontal.
- După corijarea deformării unghiulare în plan frontal, barele și șarnierele între inelul proximal și cel intermediar se stabilizează definitiv.
- Capetele barelor inelului distal se montează egal cu o gaură pe circumferința proximal sau distal, în funcție de momentul de detorsionare a gambei (externă sau internă), corectarea torsiunii fiind efectuată cu piulițele de corecție ale inelului distal (1mm în 24 de ore).

Rezultate

Rezultatele postoperatorii au fost apreciate după metodele propuse de P. Maquet (1976), Г.Ородниченко (1986), care au definitivat următoarele criterii:

- lichidarea deformării unghiulare;
 - lichidarea sau micșorarea sindromului algic;
 - gradul restabilirii volumului de mișcări în articulația genunchiului;
 - claudicație și necesitatea de sprijin adăugător.
- Analizând rezultatele postoperatorii la bolnavii cu afecțiuni degenerative ale articulației genunchiului însoțite de diformități axiale în *varum*, la care s-a efectuat osteotomia supratuberozitară de valgizare a tibiei, au fost monitorizați următorii indici:
- Rezultate bune – 46 (56,8%).
 - Satisfăcătoare – 27 (33,3%).
 - Nesatisfăcătoare – 8 (9,8%).

Rezultatele nesatisfăcătoare au fost generate de o corecție insuficientă a axului mecanic al membrului pelvin (2), corecția incorect aplicată (5), procese inflamatorii (1).

Ameliorarea suferințelor unui bolnav cu gonartroză însoțită de dezaxări de gambă în *varum* este posibilă prin administrarea unui tratament complex, care include tratamentul chirurgical (osteotomia de corecție), terapia de fond a osteoartrozei (remedii medicamentoase), măsuri cinetice și fizice, măsuri igienice și dietetice.

Concluzii

1. Tratamentul chirurgical al bolnavilor cu artroză deformantă de genunchi, însoțită de dezaxări de gambă în *varum*, necesită un șir de investigații clinice și paraclinice preoperatorii (determinarea gradului de dezaxări a gambei în

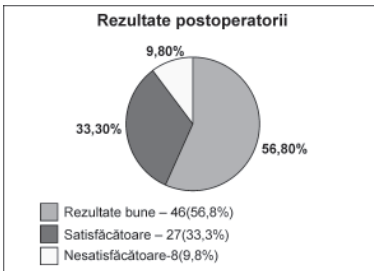


Fig. 7.

- varum, de torsiune a gambei, determinarea mărimii liniare a valorii deformării unghiulare după metoda propusă de V. Pascari, I. Marin, P. Zabolotnii [1996], prezenței instabilităților articulare de genunchi) și elaborarea unei tactici corecte de tratament chirurgical.
- Osteotomiile de reaxare a gambei (valgizare) urmează a fi realizate în conformitate cu indicațiile absolute (relative), către osteotomiile de corecție a axului mecanic al membrului pelvian.
 - În perioada preoperatorie se va pregăti un alotransplant osos, baza căruia (mărimea liniară) va corespunde cu valoarea mărimii unghiulare a deformării axului mecanic al membrului pelvian și, intraoperator, va fi inclavat în defectul restant de os al tibiei (sediul osteotomiei), obținându-se o corecție optimă a gambei dezaxate în varum.
 - Optimizarea aplicării hipercorecției chirurgicale, în fiecare caz individual, în funcție de particularitățile fiziologice ale bolnavului supus osteotomiilor de valgizare a gambei.

Bibliografie

- Denischi A., Antonescu D. Gonartroza. Edit. Medicală, București, 1997.
- Duparc J., Massare C. Mesures radiologiques des deviations angulaires du genou sur le plan frontal. Ann.Radiol., 1967,10;9/10:635-656.

- Panaït Gh., Ceeș T., Stoica C., Popa S., Hassan H., Budinec C., Diana Flor. Limitele indicației osteotomiei în gonartroză. Revista de Ortopedie și Traumatologie, Asociația Medicală Română, Societatea Română de Ortopedie și Traumatologie, 1996, vol. 6, nr. 1-2, p.51-55.
- Pascari V. Tratamentul chirurgical al bolnavilor cu gonartroză și dezaxarea gambei în plan frontal.
- Pascari V., Marin I., Zabolotnii P. Determinarea corecției liniare a deformității unghiulare la bolnavii cu gonartroză și dezaxarea gambei în varus. Ed. Universul, Curierul medical,1996, nr.2, p. 45-48.
- Pascari V. Folosirea aparatelor de fixare externă în tratamentul bolnavilor cu gonartroză și dezaxări de gambă în varus. Materialele congresului IV al Ortopezilor-Traumatologilor din Republica Moldova, 85 p.
- Ramadier J. O. Etude radiologique des deviations dans la gonarthrose, Rev. Chir./ortop., 1967, 53, 2, 139-147.
- Гафаров X. 3. Биомеханическое обоснование лечения искривлений костей голени при болезни Блюанта. Ортопедия, травматология и протезирование, 1983, № 5, с. 36-41.
- Илизаров Г. А., Девитов А. П. Лечение деформации коленного сустава по Г. А. Илизарову с формированием клиновидного костного ретенгата. Методические рекомендации. Курган, 1982.

Vasile Pascari, dr., conferențiar
Catedra Urgențe Medicale, USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str.Toma Cioba, 1
Tel.: 250766

Recepționat 29.11.2005

Современный подход к ликвидации пародонтальных карманов

С. Чобану

Кафедра терапевтической стоматологии, ГУМФ им. Н. А. Тестемциану

Chronic Marginal Periodontitis as a Complex Treatment Concept

This article examines the etiological and epidemiological aspects of chronic marginal periodontitis, its origins, development and consequences. The author details the principles in the treatment of chronic cervical inflammation and sets out a complex step-by-step plan of treatment in accordance with surgical evaluation. The goals are the elimination of periodontal pockets with their pathological components and the marginal restoration of periodontal function.

Key words: *LiAr*, periodontitis

Aspecte moderne de înlăturare a pungilor parodontale

Tratamentul parodontitei marginale cronice prevede aplicarea unui întreg complex de procedee în scopul lichidării procesului inflamator și restabilirii funcției parodontiului marginal. Înlăturarea pungilor parodontale nu poate fi obținută prin aplicarea numai a tratamentului conservativ, de aceea în această lucrare se pune accentul pe tratamentul chirurgical cu aplicarea materialelor de adicție (*LiAr* – material osteoplastic de tip collagen-apatit, fiind sintetizat prin difuzie ghidată a ionilor de Ca^{2+} , OH^{-} , PO_4^{3-} printre fibrele de collagen care, la rândul său, se depun uniform pe tot volumul collagen, având mărimea particulelor de 5-10 mkm) în combinație cu metoda de regenerare tisulară ghidată. În studiu au fost incluși 11 pacienți cu parodontită marginală cronică, forme medie și gravă, la care s-a intervenit chirurgical (operații cu lambou) și aplicarea materialului *LiAr* în zona defectului (70% volum), și aplicarea membranei rezorbabile *Parodocol* la 6 pacienți. În zilele a 20-a, a 62-a, a 90-a au fost efectuate radiografiile și viziofotografiile de control unde s-a verificat, în mod comparativ, formarea de os în zona defectului.

Cuvinte-cheie: *LiAr*, parodontită

Введение

Основные лечебные мероприятия при лечении заболванний пародонта должны быть направлены на купирование воспалительного процесса, на предупреждение распро-

странения его вглубь и, не в последнюю очередь, на восстановление анатомической структуры пародонта, его функций, с достижением длительной и стабильной ремиссии[1]. Несмотря на все усилия врачей-пародонтологов, лечение

заболеваний пародонта по-прежнему относится к числу актуальных проблем стоматологии, в ходе решения которых были и успехи, и неудачи.

Одной из важнейших целей в лечении заболеваний пародонта является ликвидация пародонтального кармана и создание условий для восстановления костной ткани и соединительно-тканного прикрепления зуба. В то же время следует помнить главный принцип всякой терапии: “Noli nocere!” (не навреди), который был сформулирован еще во времена Гиппократа. Это можно достичь только при использовании хирургических методов, т.е. пародонтальной хирургии.

Хирургический метод в комплексном лечении заболеваний пародонта остаётся ведущим еще и потому, что лечение тяжелых форм, сопровождающихся выраженными воспалительно-деструктивными изменениями, невозможно без радикальных вмешательств на тканях всего пародонтального комплекса.

Замещение костных дефектов может осуществляться с помощью имплантирования искусственных и естественных остеогенетических материалов. По характеру взаимодействия с биологическими тканями такие материалы, независимо от их природы, можно разделить на две группы: на биодеградируемые и небиодеградируемые. Поведение биодеградируемых материалов сопровождается несколькими стадиями биотрансформаций материала, каждая из которых влияет на скорость формирования и роста нативной кости в зоне заполнения дефекта имплантатом. Из множества остеопластических материалов, известных в медицинской практике, в данной работе мы применили гидроксиапатитколлагеновый материал *LitAr*, который состоит из ксеногенного коллагена и гидроксиапатита (или гидроксиофосфата кальция: $\text{Ca}_5(\text{OH})(\text{PO}_4)_3$) [2]. *LitAr* имеет высокую степень структурной интегрированности компонентов, он получен путём направленной диффузии ионов Ca^{2+} , OH^- , PO_4^{3-} (величина кристаллов гидроксиапатита 5-10 мкм) в объеме органической основы имплантационного материала. Содержание солевого компонента в материале *LitAr* составляет около 75% общей массы (вес) [2,3]. Необходимо отметить, что диффузия кристаллообразующих ионов обеспечивает более высокую степень интегрированности компонентов, чем их простое механическое перемешивание. Именно равномерное распределение ионов путём направленной диффузии по всему объему коллагеновых волокон сближает материал *LitAr* со структурой кости, которую схематически можно представить как систему волокон белка (коллагена), проинкальнированных кристаллами гидроксиапатита, равномерно распределённых во всём объеме массы белка [4].

Материал и методика

В данной работе мы изучали клинико-рентгенологические изменения пародонтальных карманов при использовании гидроксиапатитколлагенового материала *LitAr*. Исследование было проведено на 11 пациентах в возрасте 22-65 лет с хроническим маргинальным пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести, с глубиной пародонтальных карманов более 5 мм. После установления диагноза, всем пациентам проводился курс противовоспалительной терапии: удаление зубных отложений ультразвуковым методом, обильные орошения полости рта антисептическими

растворами, инстиляции и аппликации с *BioR*-ом, содержащим тальк и натуральный антибиотик “Мирт”, 5-6 дней. По переходной складке вводили 1% раствор *BioR*, чередуя процедуру с введением *озона* по рекомендуемой методике, через день, всего 7-10 дней, полоскания раствором *стоматидина* 2 раза в день (утром и вечером, по 30 сек) и обволакивающие таблетки, содержащие лизоцим *лисобакт*. Внутрь назначали: метронидозол (500 мг 2 раза в день) и доксициклин (100 мг 2 раза в день), в течение 8-ми дней [5]. Зубы шинировали временной шиной. По окончании предоперационной подготовки приступали ко второму этапу – хирургическому. После проведения анестезии соответственно зоне интервенции, проводили разрезы по общепринятой методике, отслаивали мукоперистостальный лоскут, осуществляли детартраж, сурфасаж, остеопластику, при необходимости обрабатывали поверхность корня зуба раствором лимонной кислоты pH 1, обильно орошается физиологическим раствором, в области дефекта вводился материал *LitAr* (70% объема), пропитанный порошком амоксициллина. Перед укладыванием лоскута на прежнее место и ушиванием, у 6 пациентов накладывали резорбирующиеся мембраны *Пародонкол*. Наложение швов и повязки [6]; давались рекомендации по уходу за полостью рта (полоскание раствором хлоргексидина 0,05% первые 5 дней, 2-3 раза в день, затем стоматидина, 2 раза в день). Рентген-контроль проводили сразу после операции и на 20, 62, и 90 дни. Швы снимали на 8-10 день после операции.

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде болевую реакцию в первые сутки после операции наблюдали у 3 пациентов, что составляет 27,2%, на второй день – у двух пациентов (18,1%). По нашим наблюдениям, интенсивность и характер боли зависели от объема вмешательства и индивидуальной реакции пациента; болевой синдром быстро купировался после приёма 1 таблетки диклалгина. Коллатеральный отёк у всех пациентов был незначительным, он снижался на 2-е сутки, а к 4-му дню исчезал полностью. Такая динамика коллатерального отёка, по нашим наблюдениям, была обусловлена прикладыванием пузыря со льдом сразу после окончания операции, длительностью 1-1,5 часа. Нагноение послеоперационных ран, отторжение материала и аллергических реакций на применяемый материал (*LitAr*) не наблюдалось ни в одном случае. Это объясняется тем, что остеопластический материал *LitAr* по своей композиции близок к структуре кости [2]. Периодические рентгенологические исследования (в том числе визиографическая денситометрия) показывали вначале заполнение костного дефекта искусственным материалом, на фоне которого происходит формирование новой кости. Этот феномен обусловлен свойствами материала *LitAr*, в частности: биодеградацией его в первые 15-30 дней и биотрансформацией в нативную кость (через 1-2,5 мес., в зависимости от величины дефекта) [1,3].

Выводы

1. Достижение хороших результатов в пародонтальной хирургии зависит от комплексного и индивидуального подхода к каждому конкретному клиническому случаю.

2. Во многом успех зависит от предоперационной подготовки пациента и соблюдении им всех послеоперационных рекомендаций.

3. Ликвидация пародонтальных карманов, восстановление, хотя бы частично, костной ткани могут быть достигнуты остеопластическими материалами, которые имеют сходную структуру с костной тканью, к ним относится и *LitAr*.

4. Данные рентгенологического (визиографического) исследования наглядно демонстрируют возможность ликвидации костных дефектов при хирургическом лечении пародонтальных карманов. Этому способствовал апробированный нами материал *LitAr*.

Литература

1. Григорян А. С., Грудянов А. И. Болезни пародонта. Медицинское Информационное Агентство. Москва, 2004, 239-240.
 2. Литвинов С. Д., Цейтлин М. Д., Капшинников А. В. Материал *LitAr* и дефекты костей пальцев кисти и предплечья. <http://www.litar.sama.ru>

3. Литвинов С. Д., Буланов С. И. Коллаген-апатитовый материал и дефекты костной ткани челюсти. *Ж. Стоматология*. 2001; 3; 7-12.

4. Краснов А. Ф., Литвинов С. Д. Медицинская практика применения материала *LitAr*: история и реальность. <http://www.litar.sama.ru>

5. Seiler J. S., Herold R. W. The use of systemic antibiotics in the treatment of aggressive periodontal disease. *J. of Periodontology*. March-April, 2005, p.155-158.

6. Новикова Е. Н., Парёв В. Н., Романов А. Е. Оценка эффективности использования пародонтальных повязок на основе Пародунма в комплексном лечении пародонтита. *Медицинский Алфавит. Стоматология*. 2004, № 1, с. 8-11.

Sergiu Ciobanu, dr., conferențiar
Catedra Stomatologie Terapeutice
USMF "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, str. T. Ciorbă, 42
Tel.: 243430

E-mail: sergiocobanu@yahoo.com

Recepționat 16.01.2006

Фурамаг – лечебное средство при обострении хронической обструктивной болезни легких

Статья представлена к публикации АО Онлайнфарм, Латвия

И. В. Буторов, С. И. Буторов, Н. И. Бодруг, В. В. Гуцу, К. А. Каланча

Кафедра внутренних болезней №6 ГУМФ им. Н. А. Тестемицану

Furamag in the Therapy of Chronic Obstructive Lung Disease

The inclusion of Furamag in the ethyotropic therapy scheme of aggravated Chronic Obstructive Lung Disease infections brings positive therapeutic effects in 86.6% of the cases. The effects are manifested in the remarkable improvement or normalization of laboratory evidence of the disease, the disappearance of microbial inflammatory processes in bronchi, and the suppression of the growth of microbial flora.

Key words: Furamag, chronic obstructive lung disease

Furamag - remediu terapeutic în acutizările obstructiilor pulmonare cronice

Includerea preparatului Furamag în schema de tratament etiotrop al acutizărilor infecțioase ale BPCO, în 86,6% din cazuri, asigură efect terapeutic pozitiv care se manifestă prin dispariția esențială a semnelor clinice și indicilor paraclinici ai procesului inflamator în bronhii. Furamag-ul favorizează eradicarea sau supresia creșterii florei microbiene din 93,3% din cazuri.

Cuvinte-cheie: Furamag, boală pulmonară cronică obstructivă

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин временной и стойкой утраты трудоспособности, нанося обществу огромный экономический ущерб [1,2]. В настоящее время ХОБЛ встречается у 5-7% людей старше 60 лет и является четвертой по значимости причиной смерти [3,4]. Большинство авторитетных специалистов полагают, что ХОБЛ является воспалительным заболеванием с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и легочной паренхимы, с развитием эмфиземы, проявляющееся частично обратимой бронхиальной обструкцией, характеризующееся прогрессированием и нарастающими явлениями дыхательной недостаточ-

ности. По данным проведенных исследований, при ХОБЛ легкой и средней тяжести течения (при ОВФ₁ >50% от должного) чаще встречается *Streptococcus pneumoniae*, при тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания (при ОВФ₁ <50% от должного) - грамотрицательная микрофлора. Рост заболеваемости ХОБЛ, ее прогрессирующий характер с формированием легочно-сердечной недостаточности, приводящей к стойкой утрате трудоспособности активной части населения, изменению социального статуса больных, ухудшению их качества жизни определяют медико-социальную значимость проблемы [5]. Согласно современным представлениям, лечение ХОБЛ должно проводиться комплексно. Очевид-

но, что терапия направлена прежде всего на устранение инфекционного агента, нормализацию иммунного статуса, регрессирование воспалительных изменений и восстановление бронхиальной проходимости. Назначение антибактериальной терапии должно быть обоснованным, с учетом фармакокинетики антибактериального препарата и способности создания ингибирующей концентрации его в мокроте. При этом следует помнить о быстро развивающейся устойчивости выделенных микроорганизмов на фоне ранее широко применяемых антибактериальных препаратов, вследствие чего выделяется много полирезистентных штаммов микроорганизмов, персистирующих в секрете бронхиального содержания. Эти причины обуславливают необходимость поиска и разработки новых противомикробных средств, с оценкой их клинической эффективности для достижения наиболее оптимального результата лечения.

В настоящее время на молдавском фармацевтическом рынке появился новый препарат нитрофуранового ряда Фурамаг, представляющий лекарственную композицию растворимого фурагина и магния карбоната основного в соотношении 1:1. Фурамаг разработан в АН института органического синтеза Латвии. Его краткая характеристика: создатели препарата считают наличие в составе основного карбоната магния значительно повышающего биодоступность фурагина растворимого, что определяет более выраженный – антибактериальный эффект. Максимальная концентрация в крови сохраняется от 3-х до 7-8 часов при пероральном приеме по 1 капсуле (50 мг), накапливаясь в значительной концентрации в мокроте, обладает бактерицидным действием, нарушая целостность бактериальных оболочек за счет воздействия на процесс клеточного дыхания микроорганизма. В результате задерживается рост как грамположительных, так и грамотрицательных возбудителей.

Препарат обладает широким спектром антимикробного действия и медленным развитием резистентности, что делает его предпочтительным для лечения инфекционных обострений и при ХОБЛ.

Цель исследования – изучить клиническую эффективность и безопасность применения препарата нитрофурановой группы Фурамаг (Олайнфарм, Латвия) в лечении инфекционных обострений при ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ наблюдений за 30 больными ХОБЛ в стадии обострения, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клинической больницы МЗ РМ в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст $49 \pm 2,5$ лет). После выяснения жалоб и анамнеза выполнялись общеклинические методы обследования и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам. Для оценки антимикробной активности Фурамага измерялся диаметр зоны подавления роста микроорганизмов. Указанные лабораторные методы исследования проводились как до, так и после 10–12-дневного лечения. Посев материала обнаруживал рост *Staphylococcus haemolyticus* (52,5%), *Staphylococcus epidermalis* (10%), *Staphylococcus aureus* (5%). При этом резистентность выделенной флоры к Фурамагу методом серийных разведений ни в одном случае не обнаружено. Из

общего числа обследованных 15 больных составили основную группу, где в стандартной терапии ХОБЛ использовались антибиотики с учетом инфекционной этиологии воспаления. Курс терапии начинался после клинического и лабораторного подтверждения диагноза. Фурамаг назначался по 50 мг 3 раза в сутки после еды, продолжительность его приема составила 10–12 дней. Изучение результатов лечения базировалось на сравнении исходных и контрольных параметров, субъективной оценки клинического течения воспаления, лабораторных показателей крови и бактериологического исследования мокроты. Характеристика обследованных больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика обследованных больных

Показатели	Основная группа (n=15)	Группа контроля (n=15)
Возраст, лет	52,0±1,2	53,5±1,5
ОВФ ₁ /ЖЕЛ	50,5±1,4	51,0±1,8
Длительность заболевания, лет	14,9±1,4	14,2±1,6
Степень бронхиальной обструкции (ОВФ₁)		
Более 70% должных величин	10 (66,6%)	9 (60,0%)
50–69% должных величин	5 (33,4%)	6(40,0%)
Частота обострений в год	2,4±0,6	2,6±0,3
Кумулятивный индекс основных симптомов	10,6±1,3	10,4±1,2

Результаты исследования и их обсуждение

Этиотропное лечение Фурамагом в комбинации с другими фармакологическими средствами привело к выраженному положительному эффекту в абсолютном большинстве наблюдений (в 86,6% случаев), что проявлялось в регрессе предъявляемых жалоб (уменьшение кашля, количество мокроты, общей слабости, одышки). Клинико-лабораторная ремиссия при приеме Фурамага развивалась значительно быстрее по сравнению с контрольной группой, в среднем в 1,4 раза. Динамика основных клинических симптомов больных ХОБЛ при различных схемах лечения представлена в табл. 2.

У 12 (80,0%) больных основной группы отмечалась более значимая положительная динамика основных клинических показателей, характеризующих дренажную функцию бронхов: уменьшились интенсивность кашля, количество мокроты, изменился ее характер, а так же значительно уменьшилась одышка. В группе контроля наблюдалась положительная динамика основных показателей, характеризующих дренажную функцию бронхов, однако и достоверных различий между исходными данными и данными после курса лечения не отмечено. Общая сумма баллов оценки клинического статуса больных ХОБЛ основной группы снизилась с $10,6 \pm 0,5$ до $3,7 \pm 0,3$ (в 2,8 раза, $p < 0,001$), группы контроля – с $10,4 \pm 0,6$ до $7,8 \pm 0,7$ (в 1,3 раза, $p < 0,05$). По завершении курса лечения интенсивность кашля уменьшилась в обеих группах. Вместе с тем необходимо отметить, что на фоне приема Фурамага большинство больных (до 93,3%) отмечали значительное уменьшение интенсивности, частоты и длительности кашля, сочетавшееся с возрастанием его продуктивности и улучшением отхождения мокроты, в группе контроля кашель уменьшился только у 12 (80%) больных. На фоне

лечения количество отделяемой мокроты уменьшилось у больных основной группы на $36,0 \pm 2,7\%$, в группе контроля – на $20,0 \pm 2,1\%$. После завершения курса лечения уменьшение одышки отмечали все больные, однако степень уменьшения выраженности одышки на фоне приема Фурамага была более выраженной ($52,7 \pm 1,4\%$), тогда как в группе контроля она составила $27,4 \pm 2,1\%$. Уменьшение выраженности клинической симптоматики и субъективное улучшение состояния больных сопровождалось положительной динамикой аускультативной картины в легких. К концу курса лечения у больных основной группы отмечено уменьшение количества сухих хрипов на $39,3 \pm 4,2\%$ и только на $32,5 \pm 2,1\%$ у больных группы контроля. Применение в комплексной терапии больных ХОБЛ Фурамага способствовало более быстрой, чем в группе контроля, нормализации клинко-лабораторных показателей заболевания. Уровень силовых кислот снизился с $224,4 \pm 4,8$ до $200,4 \pm 5,6$ ед. ($p < 0,05$), серумокогда - с $0,317 \pm 0,008$ до $0,245 \pm 0,004$ ед. ($p < 0,05$), фибриногена - с $4,9 \pm 0,38$ до $3,7 \pm 0,32$ г/л ($p < 0,05$). В группе контроля наблюдались положительные изменения в показателях острофазовых реакций, однако они были менее выраженными. Так, уровень силовых кислот снизился с $226,8 \pm 4,9$ до $214,5 \pm 5,1$ ед. ($p > 0,1$), серумокогда - с $0,319 \pm 0,009$ до $0,298 \pm 0,007$ ед. ($p > 0,1$), фибриногена - с $4,2 \pm 0,42$ до $3,9 \pm 0,54$ г/л ($p > 0,1$). После завершения курса лечения у больных основной группы клинический индекс тяжести (КИТ) снизился с $1,62$ до $0,38$; лабораторный (ЛИТ) – с $1,08$ до $0,16$; лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) снизился с $0,96$ до $0,08$, в группе контроля изменился лишь КИТ, составивший по завершении лечения $0,62$ против $1,68$ до начала лечения.

На 10-12-е сутки лечения у 80% больных основной и у 60% больных группы контроля отмечалась нормализация показателей общего анализа крови, уменьшение или исчезновение признаков микроно-воспалительного процесса в

бронхах, что свидетельствовало об эффективности санации бронхиального дерева.

Микробиологический контроль мокроты в процессе применения Фурамага установил эрадикацию патологических штаммов у 5 (33,3%) больных, подавление роста микробной флоры у 9 (60,0%), смену возбудителя - у 1 (6,7%). В контрольной группе больных санация очага воспаления достигнута только в 6 (40%) случаях, в остальных случаях (60%) - количественное уменьшение микроорганизмов.

Анализ динамики клинических симптомов и синдрома на фоне проводимой терапии показал, что у больных основной группы к концу лечения в 66,6% случаев наблюдался хороший клинический эффект, в 20,0% – удовлетворительный. У больных группы контроля хороший эффект был отмечен в 60,0% случаев, удовлетворительный - в 20,0%. Положительного клинического эффекта от проводимой терапии на данный период не удалось достигнуть в 13,4% случаев у больных основной группы и в 20,0% случаев в группе контроля, что вылилось основанием для проведения коррекции в лечении указанных больных.

При функциональном обследовании больных установлено, что на фоне уменьшения клинических симптомов отмечалась положительная динамика показателей ФВД. Скоростные показатели ФВД (ОВФ₁, ОВФ₂/ЖЕЛ), отражающие степень бронхиальной проходимости и обструкции, достоверно возросли у больных основной группы. Было отмечено, что у больных ХОБЛ легкой степени тяжести на фоне лечения все показатели ФВД имели положительную динамику и практически достигли показателей нормы. При легкой и средней степени тяжести показатели ФВД увеличились в среднем на 48,5% и 35,0% соответственно по отношению к исходным данным. В группе контроля после проведенных лечебных мероприятий при легкой и средней тяжести показатели ФВД увеличились на 45,0 и 27,0% соответственно.

Таблица 2

Динамика основных клинических симптомов у больных ХОБЛ

Признаки	Выраженность признаков, в баллах			
	Основная группа (n=15)		Группа контроля (n=15)	
	Исходные данные	Через 15 дней	Исходные данные	Через 15 дней
Кашель	$2,7 \pm 0,19$	$1,4 \pm 0,06^{**}$	$2,7 \pm 0,17$	$1,9 \pm 0,18$
Одышка при физической нагрузке	$2,6 \pm 0,18$	$1,9 \pm 0,16^{**}$	$2,5 \pm 0,15$	$2,1 \pm 0,13$
Мокрота	$2,5 \pm 0,11$	$1,6 \pm 0,13^{**}$	$2,5 \pm 0,12$	$1,8 \pm 0,14$
Сухие хрипы	$2,8 \pm 0,17$	$1,7 \pm 0,09^{**}$	$2,7 \pm 0,19$	$2,0 \pm 0,15$
Общий кумулятивный индекс	$10,6 \pm 0,5$	$3,7 \pm 0,3^{**}$	$10,4 \pm 0,6$	$7,8 \pm 0,7$

Примечание: ** - $< 0,01$ различия показателей статистически достоверны между исходными данными и через 15 дней после лечения.

Таблица 3

Динамика липидного спектра крови в процессе лечения (M±m)

Показатели	Основная группа (n=15)		Группа контроля (n=15)	
	Исходные данные	Через 15 дней	Исходные данные	Через 15 дней
ОХС, ммоль/л	$5,67 \pm 0,11$	$4,52 \pm 0,16^{**}$	$5,54 \pm 0,12$	$5,01 \pm 0,14$
ЛПНП, ммоль/л				
Триглицериды, ммоль/л	$1,83 \pm 0,12$	$1,16 \pm 0,11^{**}$	$1,88 \pm 0,14$	$1,43 \pm 0,15$
ХС ЛПВП, ммоль/л	$0,83 \pm 0,18$	$1,26 \pm 0,12^{***}$	$0,85 \pm 0,20$	$0,91 \pm 0,21$

Примечание: ** - $p < 0,01$ *** - $p < 0,01$ различия показателей статистически достоверны между исходными данными и через 15 дней после лечения.

На фоне проводимой терапии у больных основной группы происходило достоверное изменение показателей липидного спектра, которые по окончании курса лечения стали ближе к норме по сравнению с таковыми в группе контроля (табл.3).

Положительные изменения в липидном спектре крови заключались в достоверном снижении уровня триглицеридов и общего холестерина, в снижении атерогенных фракций холестерина и возрастании его антиатерогенной фракции, благодаря чему коэффициент атерогенности снизился с $5,69 \pm 0,49$ до $4,12 \pm 0,31$.

Заклучение

Итак, наш опыт применения Фурамага (Олайнфарм, Латвия) на основании полученных результатов клинического и лабораторного исследования, позволяет положительно оценить его действие в комплексной терапии хронической обструктивной болезни легких. Включение препарата в схему этиотропной терапии оказывает позитивный лечебный эффект и позволяет добиться высокого процента хороших и удовлетворительных результатов. Своевременно назначенный Фурамаг может существенно повысить качество жизни и сократить сроки лечения больных хронической обструктивной болезнью легких. Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что использование Фурамага подтверж-

дает его высокую эффективность, биодоступность, отсутствие побочных эффектов, что является основой для рекомендации его в качестве лечебного средства в выборе схемы лечения ХОБЛ. Кроме того, следует отметить финансовую доступность Фурамага для населения.

Литература

1. Емельянов А. В. Диагностика и лечение обострений хронической обструктивной болезни легких. Русский медицинский журнал., 2005, № 4., с 183-189.
2. Чучалин А. Г. Пульмонология в России и пути ее развития. Пульмонология, 2002, № 4, с. 6-22.
3. Зонис Я. М. Немедикаментозная реабилитация больных обструктивными заболеваниями легких. Пульмонология, 2000, № 2, с. 83-87.
4. Сюрин С. А., Деревоедов А. А. Диагностика и лечебная тактика при хроническом бронхите в фазе клинической ремиссии. Клиническая медицина, 2005, № 3, с. 50-54.
5. Бетанели Т. Ш., Зарубина Н. Г. Клиническая эффективность препарата моксифлоксацин (авелокс) в лечении обострений у больных с хроническими обструктивными болезнями легких. Пульмонология, 2004 № 1, с. 115-118.

*Иван Викторович Буторов, д.м.н., профессор
Заведующий кафедрой внутренних болезней № 6
ГУМФ им. Н. А. Тестемичану
Кишинэу, ул. Пушкина, 51
Тел.: 244534*

Recepționat 27.02.2006

Sistemul Electronic de Asistență Diagnostică

D. Țopa

Catedra Psihologie și Pedagogie, Specialitatea Psihologie Medicală, Universitatea de Stat din Moldova

Electronic Support System for the Diagnosis of Personality Disorders

The author describes and evaluates the Electronic Support System for the Diagnosis of Personality Disorders which she has herself developed. The evaluation of this system in the diagnosis of 105 patients from the Psychiatric Clinical Hospital demonstrated efficiency in all cases of personality disorders. The efficiency of the Electronic Support System for Diagnosis results from the application of an innovative scientific approach, characterized by the following factors: 1. thorough interrogation and detailed analysis to identify the symptoms; 2. the observation of certain so-called obligatory symptoms; 3. the intensity of symptoms, which make the diagnostic system more focused, emphasizing only the important symptoms.

Key words: electronic support system in diagnosis, personality disorders

Электронная система диагностической поддержки

Автор представила разработанную электронную систему диагностической поддержки. Результаты тестирования данной системы на 105-и пациентах Психиатрической клинической больницы показали эффективность системы во всех случаях при диагностировании личностных расстройств и органических изменений личности.

Ключевые слова: электронная система диагностической поддержки, личностные расстройства

Introducere

În articolul precedent am abordat problemele în diagnosticarea tulburărilor de personalitate și am enunțat criteriile

în baza căror trebuie creat un sistem tehnologic de diagnosticare care ar asista specialiștii din domeniu, facilitându-le, astfel, activitatea și reducând probabilitatea de eroare. Întreaga structură

medicală are nevoie de tehnologizare, iar specialiștii având acces și condiții de lucru la un nivel modern, rezultatele obținute de aceștia nu numai că se vor reflecta în mod direct în societate, printr-o statistică net satisfăcătoare a pacienților reintegrați în societate, dar eficiența specialiștilor va spori direct proporțional cu gradul de utilizare a tehnologiilor moderne, în întregul sistem medical. Astfel, a fost elaborat un asemenea sistem electronic de asistență diagnostică (SEAD), care să îndeplinească o serie de cerințe pentru a îmbunătăți activitatea specialiștilor.

Metoda proprie

În realizarea sistemului electronic am plecat de la ipoteza că fiecare tulburare este diagnosticată dacă se stabilește prezența unui număr convențional de anumite simptome. Construind tabelele de simptome organice și specifice, fixând atribuțiile fiecărui simptom la stabilirea sindromului organic, tipului de tulburare organică de personalitate sau a tulburării specifice de personalitate, prin introducerea răspunsurilor la una din cele două anchete care sunt alese automat de către sistem ca urmare a răspunsului la întrebările cheie, se poate stabili lista de tulburări specifice de personalitate sau sindroame organice și tipuri de tulburări de personalitate cu acest tablou simptomatic, calculată sub formă de probabilitate, exprimată în procente. Am presupus că, în cazul tulburărilor organice, se va afișa sindromul organic cu cea mai mare probabilitate de prezență, care ne indică localizarea topografică cerebrală a problemei și tipul de tulburare organică de personalitate, care ne indică modificările de personalitate apărute în urma problemei organice. Iar în cazul tulburărilor specifice de personalitate, se va afișa tulburarea actuală de personalitate, dacă este identificată de sistem, sau predispoziția dominantă caracterială, dacă simptomele sunt prezente mai mult de 90%, predispoziția structurală, care ne indică pe ce bază s-a dezvoltat tulburarea specifică de personalitate și reacțiile de caracter secundare.

Inovațiile științifice folosite în SEAD s-au dovedit a fi factorul determinant al reușitei acestui sistem electronic, deoarece am obținut un sistem de diagnostic, care imită diagnosticarea intuitivă de care dau dovadă cei mai buni specialiști, într-o formă accesibilă.

Am introdus în sistem următorii factorii:

- 1. Ponderea** - factorul care indică importanța și valoarea fiecărui simptom în sindrom, tip de tulburare organică de personalitate sau tulburare specifică de personalitate – a oferit o sensibilitate deosebită sistemului. Plecând de la ideea că majoritatea simptomelor se întâlnesc în toate tulburările psihice, anume factorul vizat a diferențiat fin simptomatica în fiecare sindrom, tip de tulburare organică de personalitate sau tulburare specifică de personalitate.
- 2. Obligatorivitatea** - factorul care indică simptomele obligatorii fără de care nu poate fi atestat un sindrom, tip de tulburare organică de personalitate sau tulburare specifică de personalitate și este stabilită la maxim două pentru fiecare sindrom, tip de tulburare organică de personalitate sau tulburare specifică de personalitate – a fixat setul obligatoriu de simptome, nepermițând dizolvarea lor în cadrul mai multor tulburări.
- 3. Coeficientul de intensitate** - factorul care amplifică prin intensitatea sa valoarea simptomelor specifice pentru a atesta tulburările specifice de personalitate și în funcție

de intensitatea simptomelor – a făcut sistemul sensibil la intensitatea simptomului resimțit de subiect.

Anume această inovație științifică a făcut ca procesul de diagnosticare să ajungă la eficiența maximă.

Rezultatele

La finele celor trei ani de cercetare, în vederea elaborării unui sistem performant și rapid de diagnosticare a tulburărilor care afectează determinant personalitatea indivizilor, pot susține că am reușit să elaborez *Sistemul electronic de asistență diagnostică (SEAD)*, care să îndeplinească obiectivele propuse și să răspundă expectațiilor mele. *SEAD*-ul îndeplinește următoarele condiții:

1. Este un instrument de diagnosticare rapidă: testarea unui subiect durează maximum 6 minute.
2. Este o metodă complexă de diagnosticare: *SEAD*-ul răspunde tuturor situațiilor patologice ale personalității, atât celor fiziologice cât și celor psihogene.
3. *SEAD*-ul dispune de un „motor” de calculare rapidă și precisă a probabilităților prezenței unei tulburări specifice de personalitate sau a sindroamelor organice și tipurilor de tulburări organice de personalitate.
4. Este o modalitate accesibilă specialiștilor cu o experiență mică și/sau începătorilor, fapt care permite utilizarea pe larg a metodei.
5. Este un instrument care reduce influența factorilor perturbanți asupra rezultatelor testării, adică reduce influența factorilor personali ai examinatorului (lipsa de experiență, lipsa pregătirii speciale, oboseală, dezinteres, loialitatea față de un anumit curent științific, antipatie, simpatie sau altă situație de contratransfer etc.), prin intermediul standardizării chestionarului de preluare a datelor și a raportului final.
6. *SEAD*-ul prezintă un grad înalt de flexibilitate, datorat actualizării frecvente ale datelor și receptivității sistemului la apariția datelor noi (integrarea imediată în prelucrare), cât și utilizarea *feed-back*-ului în regim *on-line*, pentru depistarea lacunelor sistemului și accesarea datelor noi și pentru colaborarea la distanță.
7. Permite vederea în ansamblu a simptomaticei psihice a subiectului, afișând întreaga listă de probabilități, în formă procentuală, fapt care permite evaluarea nu doar a caracteristicilor patologice dominante, ci și a celor secundare.
8. Este un instrument de stocare a datelor și permite prelucrarea lor statistică ulterioară, fiind prevăzut și cu un sistem de raportare.
9. Este un sistem de diagnosticare eficient, iar testarea lui pe un eșantion de 105 subiecți a confirmat eficiența lui în toate cazurile experimentale.
Testul a fost aplicat pe 105 subiecți, alții decât cei care au participat la testarea prototipului, toți fiind pacienți ai Spitalului Clinic de Psihiatrie, care îndeplineau următoarele condiții:
 1. Vârsta cuprinsă între 16 și 55 de ani, adică anume perioada în care pot fi diagnosticate tulburările de personalitate și cele organice, fără a fi complicate de modificările mentale de vârstă.
 2. Subiecții aveau deja confirmat unul din diagnosticile ce urmau a fi testate de sistem, sau care erau înscrși în diagnosticare diferențială cu unul din diagnosticile vizate

de sistem. Subiecții examinați pentru sindroamele organice aveau traume localizate, fapt care mi-a permis să testez exactitatea localizării topografice din sistem, epilepsie limbică și epilepsie cu sindrom diencefalic. Aceiași subiecți aveau confirmate clinic și modificările de personalitate, cu tip specificat în fișă, fapt care mi-a permis să evaluez și funcționalitatea testării tipurilor de tulburări de personalitate pe același eșantion. Subiecții testați pentru tipurile de tulburări organice de personalitate au fost selectați dintre pacienții cu diagnostic de tulburare organică de personalitate cu specificația tipului. Subiecții testați pentru tulburări specifice de personalitate au fost selectați pe baza expertizei medico-militare și a expertizei medico-legale, toți având diagnostic clinic de tulburare specifică de personalitate. Doar cei 4 subiecți testați pentru tulburarea schizoidă de personalitate au fost selectați din mai mulți pacienți din secțiile clinice, unde erau înscrși la diagnosticare diferențiată între tulburare schizotipală sau primul acces de schizofrenie. Mi-am permis să-i testez prin metodele psihodiagnostice folosite în laborator, iar după ce am constatat că ei nu prezintă tulburări de gândire care ar fi caracteristice pentru tulburările endogene, personalitățile lor fiind caracteristice tipului schizoid, i-am testat cu *SEAD*. Toți subiecții sunt introduși în baza de date a sistemului.

Perioada aplicării *SEAD*-ului a fost decembrie 2004 - iulie 2005. A durat mai bine de jumătate de an din cauză că a fost destul de complicat să găsec pacienți care au confirmat diagnosticul care urma să-l testez cu *SEAD* și apoi nu toți din cei care întruneau caracteristicile necesare au fost de acord să fie incluși în baza de date *SEAD*. În medie, pentru testarea fiecărui pacient un test necesare maxim 6 minute.

Concluzii

În afara succesului metodei, *SEAD*-ul mai are și o mare capacitate de dezvoltare deoarece:

1. Pot fi ușor introduse date noi sau completate cele existente în baza de date *SEAD*.
2. Coeficienții de intensitate pot fi ajustați pentru diferite grade de sensibilitate a sistemului.

3. Sistemul poate fi extins și pentru diagnosticarea altor tulburări mentale.
4. Simptomele obligatorii pot fi ajustate tipului de cercetare dorită.
5. Ponderea simptomelor, la fel, poate fi ajustată în caz că utilizatorii sistemului vor să accentueze importanța unor anumite aspecte dându-le o valoare determinantă.
6. *SEAD*-ul poate fi folosit în foarte multe domenii: de la instituțiile medicale și poliție până la evaluarea resurselor umane în întreprinderi.

Obiectivul acestei cercetări a fost facilitarea activității diagnosticienilor și economisirea timpului, permițându-le să-și canalizeze energia în creativitate, ea fiind adevăratul potențial al speciei noastre și sperând că datorită potențialului creativ, în scurt timp după ce se va începe utilizarea *SEAD*-ului, pe baza sau cu ajutorul său, vor apărea sisteme mai performante decât acesta și în alte sfere ale sistemului medical.

Bibliografie

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision, 2000.
2. **Grant L., Adams K.** Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders. Ed. 2, Oxford University Press, 1990.
3. **Ionescu G.** Tulburările personalității. Ed. Saklepios, 1989.
4. **Kernberg O. F.** Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies, Zale University Press, 1984.
5. **World Health Organisation.** Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992.
6. **Gilban V., Topa D., Pasat C., Golban D., Coșciug I.** Unele tangențe comune în etiopatogenia tulburărilor isteriforme și schizofreniei. Catedra Psihiatrie și Narcologie USMF „Nicolae Testemitanu”. Materialele Congresului II Național de Psihiatrie, vol. *Tulburările nevrotice în actuala dinamică a factorilor de stres*. Ed. Imperiei de vest. Oradea, 2003, p. 3-14.

Diana Topa, doctorandă

Universitatea de Stat din Moldova

Catedra Psihologie și Pedagogie, Specialitatea Psihologie Medicală
Chișinău, str. Mateevici, 60

Tel.: 727585

E-mail: diana_topa@msn.com

Recepționat 26.09.2005

Eficacitatea pregătirii preoperatorii la bolnavii cu icter tumoral ampular și al papilei duodenale mari

Mutahar Qasem Al-Ameer, V. Cernat, A. Cotoneț, A. Hotineanu, V. Hotineanu

Catedra Chirurgie Nr. 2, USMF "Nicolae Testemițanu"

Efficacy of Preoperative Preparation of Patients with Duodenal Papilla Tumor

Patients with tumoral jaundice have severe metabolic disorders a high mortality rate due to polyorganic dysfunctions. To lower the risks of surgery preoperative decompression, using modern endoscopic methods, must be included in the general preoperative procedures. This study analyses the efficacy of this preparation of patients with jaundice due to ampullary stenosis and tumours of the major duodenal papilla.

Key words: tumor, jaundice, ampullary stenosis

Эффективность предварительной подготовки больных с желтухой при опухоли ампулы и большого дуоденального соска

У больных с желтухой на фоне опухоли возникают тяжелые обменные нарушения, у них также высока смертность ввиду множественных органических дисфункций. Операционный риск снижается предварительной декомпрессией билиарных путей, используя эндоскопические, чрезбрюшинно-печеночные современные методы в сочетании с медикаментозной подготовкой. В статье анализируется эффективность предоперационной подготовки у больных с желтухой, вызванной опухолью ампулы и большого дуоденального соска.

Ключевые слова: опухоль ампулы и большого дуоденального соска, хирургическое лечение

Introducere

Bolnavii cu icter mecanic prin obstacole neoplazice (ampulare și ale papilei duodenale mari) sunt cu dismetabolisme complexe și severe [1,2,3]. Intervenția chirurgicală este impusă de agravarea rapidă a stării lor generale, astfel încât o reechilibrare completă nu poate fi obținută, mai ales la cei cu colangită și fenomene de insuficiență hepatorenală [1,4,5].

Singura măsură logică este decompresia arborelui biliar prin metode moderne endoscopice cu aplicarea drenării nazo-biliare și imagistice prin drenare transparietotranshepatică ecoghidată [6], concomitent cu pregătirea medicamentoasă. Scăderea nivelului seric al bilirubinemiei și recăpătarea chiar parțială a funcțiilor hepatorenale are un rol important în reducerea riscului anestezico-chirurgical la bolnavii cu ictere obstructive tumorale [1,7,8,9,10].

Material

Au fost internați și operați 64 de pacienți cu icter obstructiv tumoral determinat de blocul tumoral ampular și al papilei duodenale mari în perioada aa. 2000-2006, în 3 clinici (Spitalul Clinic Republican, Institutul Oncologic din Moldova, Republica Yemen). Au fost cercetate 26 de pacienți și 38 de pacienți, vârsta lor medie a fost 60,5 ani. Pregătirea preoperatorie a fost posibilă numai în 34 de cazuri.

Metode

Decompresia endoscopică a fost posibilă la 34 pacienți. În 19 (29,7%) cazuri, a fost realizat drenajul nazo-biliar procedeu – Bailly, decompresia prin coledocoduodenostomie suprapapilară a fost efectuată la 6 (9,4%) pacienți. Endoproteza biliară a fost instalată în 5 (7,8%) cazuri din numărul total.

La 4 pacienți cu tumoare a papilei duodenale mari s-a efectuat decompresie prin hepaticostomă transparietotranshepatică ecoghidată (DPHT).

Operațiile efectuate au fost: radicale – 11 cazuri, paliative chirurgicale – 51 de cazuri, laparoscopie diagnostică + biopsie – în 2 cazuri.

Discuții

Disfuncția multiorganică este des întâlnită la pacienții cu ictere tumorale, din cauza citolizei hepatice, endotoxinemiei, insuficienței renale, cu o rată a mortalității crescută.

DE presupune, la prima etapă, colangiografia retrogradă endoscopică (CPGRE), care inițial realizează etapa diagnostică cu determinarea ulterioară a procedurii posibile de decompresie.

Pentru scăderea riscului operator, decompresia a fost posibilă în 34 de cazuri (fig. 1); dintre acestea, la 30 de pacienți – prin CPGRE.

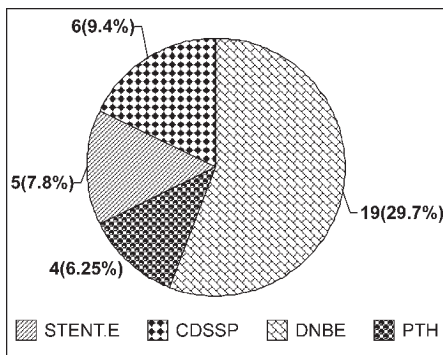


Fig.1. Decompresia preoperatorie a arborelui biliar (N=34 de bolnavi).

Tabelul 1

Dinamica bilirubinemiei și a protrombinei în perioada pregătirii preoperatorii, până la decompresie și după decompresia CBP

Parametrii biochimici	Endoscopic			Hepaticostomie		
	Până la decompresie		După decompresie	Până la decompresie		După decompresie
BT 2-20 μmol/l	Nr. bl.	Inițial	a 8-a – a 10-a zi	Nr. bl.	Inițial	a 8-a – a 10-a zi
	12	150,5 ± 12*	13,2 ± 1,05*	2	150,5 ± 12*	15 ± 0,2*
	18	278 ± 23*	55,3 ± 4,3*	2	278 ± 23*	51 ± 1,2*
PT 85-105%	Nr. bl.	Inițial	a 8-a – a 10-a zi	Nr. bl.	Inițial	a 8-a – a 10-a zi
	12	67,3 ± 04**	75,2 ± 0,1**	2	65,3 ± 0,4**	56,1 ± 0,2**
	18	54,01 ± 0,5**	62,4 ± 3,5**	2	45,01 ± 0,5**	45,3 ± 0,4**
AST 0.1- 0.45 mmol/O/l	30	4,1 ± 0,2 mmol/O/l	1,2 ± 0,5 mmol/O/l	4	4,1 ± 0,2 mmol/O/l	1,1 ± 0,2 mmol/O/l
ALT 0.1- 68 mmol/O/l	30	3,1 ± 0,2 mmol/O/l*	1,5 ± 0,2 mmol/O/l*	4	2,8 ± 0,2 mmol/O/l*	0,80 ± 0,2 mmol/O/l*
Ureea 2.5-8.3 mmol/l	30	13,2 ± 0,32**	9,5 ± 0,75**	4	13,5 ± 0,75**	7,5 ± 0,25**
PG 60-80 g/l	30	36,21 ± 0,63*	42,41 ± 0,54*	4	36,21 ± 0,63*	43,21 ± 0,23*

Notă explicativă: Nr. bl. – numărul bolnavilor; BT – bilirubina totală; PT – protrombina; PG – proteina generală; DNBE – drenarea nazobiliară endoscopică; DPTHE – drenarea percută - natranshepatică ecoghidată.

*P > 0,05 – criteriul veridicității, P calculat în raport cu valorile inițiale.

La 4 pacienți cu tumoare a papilei doudenale mari și la care CPGRE și drenarea endoscopică, procedeul Bailly, a fost imposibilă din cauza hemoragiilor provocate de manevre endoscopice, a fost necesară decompresia arborelui biliar prin montarea hepaticostomei transparietotranshepatice ecoghidate (DPTH).

Eficacitatea decompresiei preoperatorii a arborelui biliar a fost studiată prin analiza în dinamică a bilirubiniei, protrombinei, enzimelor hepatice (AST, ALT), proteinei generale (tabelul 1). Normalizarea bilirubinemiei serice a fost posibilă preoperatorii până la 15 ± 0,2 mmol/l; la bolnavii cu bilirubinemie mai mare de 278 ± 23 mmol/l bilirubina a diminuat de 6–8 ori. Același efect s-a constatat și în dinamica protrombinei, enzimelor hepatice, proteinei generale (tabelul 1).

De rând cu dinamica pozitivă a homeostaziei, a fost înregistrată ameliorarea funcțiilor vitale importante, diminuarea insuficienței hepatorenale, fapt care a permis atingerea stării de operabilitate la toți bolnavii din lotul studiat.

Eficacitatea decompresiei arborelui biliar prin DNBE, în comparație cu DPTH, a fost marcată prin scăderea nivelului seric al BT în ambele metode (DNBE, DPTH), însă scăderea rapidă a BT a avut loc după DPTH (tabelul 2).

Tabelul 2

Dinamica bilirubiniei în primele 3–10 zile după decompresia preoperatorie a arborelui biliar prin DNBE în comparație cu DPTH ecoghidată

Grupuri de bolnavi	Inițial	a 3-a – a 5-a zi		a 8-a – a 10-a zi	
		DNBE	DPTH	DNBE	DPTH
I (N=4)	150,5 ± 12*	—	55,1 ± 3,1*	—	15 ± 0,2*
II (N=19)	278 ± 23*	130,2 ± 1,2*	—	55,3 ± 4,3*	—

*p > 0,05 – criteriul veridicității P calculat în raport cu valorile inițiale.

Durata pregătirii a fost de 10 zile, cel puțin pentru ameliorarea funcțională a organelor hepatorenale.

Rezultate

Rezultatul pregătirii preoperatorii a fost marcat prin scăderea bilirubinemiei de la 278 ± 23 până la 51 ± 1,2, prin decompresia CBP, ceea ce a creat condiții de risc minimal pentru intervenția chirurgicală și decurgerea perioadei postoperatorii cu rata mortalității de 5%. Rata complicațiilor postoperatorii precoce la pacienții la care a fost posibilă decompresia preoperatorie a fost mai scăzută, respectiv, pacienții cu decompresie preoperatorie au beneficiat de o supraviețuire mai îndelungată (după operații radicale de la 17 până la 20 de luni și după operații paliative – de la 13 până la 15 luni).

Concluzie

La toți bolnavii cu ictere obstructive tumorale, decompresia preoperatorie endoscopică sau PTH este obligatorie. La bolnavii cu tumori ampulare decompresia CBP este realizată endoscopic, însă în prezența contraindicațiilor este eficientă și drenarea percutanotranshepatice.

Rata supraviețuirii după operațiile radicale a fost de 20 de luni, iar după cele paliative a fost de 15 luni; în comparație cu pacienții la care decompresia preoperatorie nu a fost posibilă, la care rata supraviețuirii după operațiile radicale a fost constituit 15 luni și după paliative – 13 luni.

Restabilirea fluxului biliar în tubul digestiv ameliorează funcțiile vitale, scade rata complicațiilor postoperatorii, în special a celor toxice.

Bibliografie

I. Acalovschi I. Bolnavul cu teren hepatic și biliar; Tratat de patologie chirurgicală. Ed. Medicală. București, 1998, vol. 2, p. 247-278.

2. Angelescu N. Tratat de patologie chirurgicală. Ed. Medicală. București, 2001, p. 114-116.
3. Burke C. A., Beck G. J., Church J. M. The natural history of untreated duodenal and ampullary adenomas in patients with familial adenomatous polyposis followed in an endoscopic surveillance program. *Gastrointest. Endosc.*, 1999, v. 49, p. 358-364.
4. Campion F. X., Rosenblatt M. S. Quality assurance and medical outcomes in the era of cost containment. *Surg. Clin. North. Am.*, 1996, v. 76, p. 139-160.
5. Lai E. C., Mok F. P. Tan E. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N. Engl. J. Med.*, 1992, v. 326, p. 1582-1586.
6. Cameron J. L., Crist D. W., Sitzmann J. Factors influencing survival after pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer. *Am. J. Surg.*, 1991, v. 161, p. 120-125.
7. John T. G., Greig, J. D., Carter D. C. Carcinoma of the pancreatic head and periampullary region: tumour staging with laparoscopy and laparoscopy ultrasonography. *Ann. Surg.*, 1995, v. 221, p. 136-146.
8. Lammer J., Hausegger K. A., Fluckiger F. Common bile duct obstruction due to malignancy: Treatment with plastic versus metal stents. *Radiology*, 1996, v. 201, p. 167.
9. Lee K. T., Tsai C. C., Ker C. G. The management of obstructive jaundice caused by pancreatic head carcinoma and periampullary carcinoma. *J. Form. Med. Assoc.*, 1992, v. 3, p. 208-213.
10. Pitt H. A., Cameron J. L., Postier R. G. Factors affecting mortality in biliary tract surgery. *Am. J. Surg.*, 1981, v. 141, p. 74-76.

Mutahar Qasem Al-Ameer, doctorand
Catedra Chirurgie Nr. 2
USMF "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, str. N. Testemițanu, 27
Tel.: 079500461
Recepționat 6.02.2006

Noi direcții în tratamentul abdominalgiilor funcționale la copii

I. Mihu, V. Pleșca

Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

New Directions in the Treatment of Functional Abdominal Pain in Children

The author presents a clinical study to affirm the efficiency of the microspherical presentation of Mebeverin (Duspatalina) in the treatment of functional abdominal pain in children. The research studied 25 children from 10 to 15 years who took Duspatalin, and 10 children of the same age who took a placebo. It was observed that the administering of microspheres of Duspatalin (Mebeverin 20 mg) is well-tolerated and superior to the placebo in the relief of functional abdominal pain. The efficiency of Duspatalin for the improvement of meteorism is less evident in the control of abdominal pain and diarrhea, but twice as effective as the placebo. As a result the administering of Duspatalin is recommended in children with functional abdominal pain and discomfort.

Key words: abdominal pain, children, Duspatalin

Новые направления в лечении функциональных абдоминалгий у детей

Авторы представляют клиническое исследование, целью которого является оценка эффективности микрогранул Mebeverin (Duspatalin) в лечении абдоминалгий функционального характера у детей. Исследование охватывало 25 детей в возрасте от 10 до 15 лет, получавших лечение Duspatalin, и 10 детей соответствующего возраста, получавших плацебо. В результате было сделано заключение, что назначение микрогранул Duspatalin (Mebeverin 20 mg) переносится без побочных эффектов и превосходит эффективность плацебо при купировании абдоминалгий функционального характера у детей; эффективность Duspatalin в отношении метеоризма меньше, чем в отношении абдоминалгии и констипации стула, но превосходит плацебо в 2 раза; назначение Duspatalin рекомендуется детям с дискомфортом и болями функционального характера в животе.

Ключевые слова: абдоминалгия, дети, Duspatalin

Actualitatea problemei cercetate

Evaluarea și diferențierea durerilor abdominale la copii este pe cât de dificilă pe atât de principală, întrucât nu copiii, ci părinții interpretează greșit astfel de deranjamente, iar medicul, aflat de cele mai multe ori în fața unor circumstanțe dificile, trebuie să acționeze cu promptitudine și exactitate. De aceea este argumentată utilizarea remediilor spasmolitice în practica gastroenterologică, inclusiv pentru copii, ea își găsește tot mai mulți adepți [1,2,3,4,5]. Relaxanții mușchilor netezi, cu tropism față de tractul gastrointestinal, includ remediile colinolitice, spasmolitice miotrope și blocatorii canalelor de Ca⁺⁺ ai mușchilor netezi. Și dacă în cazul afecțiilor organice ale tractului gastrointestinal spasmul mușchilor netezi intervine de la caz la caz, prin mecanism secundar, precedat de reacții inflamatorii, apoi

în cazul implicărilor funcționale, spasmul structurilor musculare netede ale intestinului, manifestat prin durere, ca regulă, este mecanismul primar de declanșare a dereglărilor funcției și, desigur, a înșelurii fenomenelor algice. Cele mai frecvente dereglări funcționale ale intestinului sunt: sindromul intestinului iritabil (IBS - *Irritable Bowel Syndrome*), diareea funcțională, constipația funcțională și durerea abdominală recurentă.

Tonusul, capacitatea de contracție a musculaturii intestinale netede sunt asigurate de echilibrul structurilor de activare și inhibare, activarea sistemului simpatic este responsabilă de relaxarea mușchilor netezi ai intestinului, iar contracția lor – de activarea structurilor parasimpatice, funcționarea sincronă a miocitelor - de concentrația și transportul transmembranar al ionilor de Ca²⁺. Anume creșterea concentrației

de Ca^{2+} creează condiții pentru activarea complexului actină-miozină care favorizează contracția musculară, relaxarea celulelor musculare netede fiind cauza scăderii concentrației ionilor de Ca^{2+} . În acest context, este utilă prezentarea mecanismelor de menținere a homeostaziei calcice în miocit. Astfel, activarea structurilor parasimpatice ale sistemului nervos vegetativ, prin receptorii muscarinici care duc la deschiderea canalelor transmembranare de sodiu (Na^+) cu pătrunderea acestuia în citosolul miocitului, depolarizarea membranei miocitare și deschiderea canalelor de Ca^{2+} . Creșterea numărului canalelor de Ca^{2+} duce la formarea complexului calciu-calmodulină, fosforilarea miozinei și formarea complexului actină-miozină urmată de contracția musculară. La toate acestea, mecanismul central de scădere a tonusului mușchilor netezi ai intestinului este în funcție de activitatea sistemului nervos simpatic și stimularea noradrenalinei (receptorii noradrenergici sunt amplasați pe membrana miocitară), după care urmează ieșirea ionilor de potasiu (K^+) și indirect închiderea canalelor de Ca^{2+} cu micșorarea concentrației calcice în citosolul miocitar.

Patogenia spasmelor musculaturii netede, indiferent de nivelul contracției, este condiționată de dereglarea inter-relațiilor între organul-țintă și sistemele reglatorii sub influența cărora se află toate organele viscerale, inclusiv ale tractului gastro-intestinal. Dereglarea funcțională se datorează discordanței la diferite niveluri ale axei enteroreglatorii sau ale întregului sistem. Spasmul mușchilor netezi ai tractului gastrointestinal este cauzat de stres, activarea influențelor parasimpatice, acțiunii hormonilor digestivi precum: motilina, colecistochininpancreozemina, serotonina, neurotenzina, scăderea influențelor simpatice, acțiunii somatostatinelor, endorfinelor, peptidei intestinale vasoactive. Spasmul muscular neted alcătuiește una din principalele verigi ale durerii abdominale, din aceste considerente jugularea lui devine una din sarcinile actuale ale medicinei contemporane, în special când este vorba de copii. Acest fapt este valabil atât în cazul dereglărilor de structură (maladiile organice), cu atât mai mult în cazul dereglărilor funcționale, întrucât patogenia unor astfel de dereglări este complexă, generată de numeroase conexiuni ale diferiților factori patogeni.

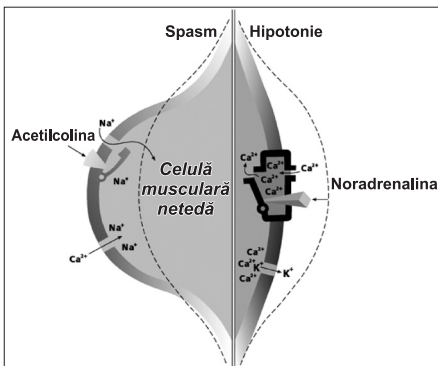


Fig. 1. Mecanismul contracției celulei musculare netede.

La momentul actual companiile farmaceutice nu pot pune la dispoziția clienților remedii, care ar suplini deficiența tuturor mecanismelor ce se implică în spasmul mușchilor netezi ai tractului gastrointestinal. Ca și în trecut, jugularea spasmului și durerilor viscerale rămân spasmoliticele miotrope, care manifestă eficacitate în cazurile în care durerea abdominală se datorează spasmului muscular și dilatării organelor cavitare. Este important că remediile spasmolitice nu influențează nocicepția, adică nu intervin în calitate de analgezic, prin aceasta, administrarea lor nu afectează procedura de diagnostic diferențial al stărilor chirurgicale acute.

Unul din spasmoliticele miotrope clasice, utilizat deja în 7 țări ale lumii mai bine de 35 ani, este Mebeverina (Duspatalin). Particularitatea sa de acțiune constă în suprimarea incompletă a musculaturii netede a intestinului, sau altfel spus, lichidând spasmul intestinal, păstrează la nivel fiziologic peristaltismul, fapt care permite administrarea lui atât în cazul abdominalgiilor ce însoțesc crizele diareice, cât și în cele constipative. Experiențele au demonstrat că Mebeverina activează prin două mecanisme. În primul rând, posedă efect antispastic, micșorând permeabilitatea celulelor musculare netede pentru ionii de Na, micșorând, ulterior, indirect fluxul ionilor de potasiu și amănând hipotonia. În doze curative, Mebeverina blochează, prin mecanism direct, canalele de Na, producând micșorarea evidentă a ionilor de Na și prevenind spasmul muscular. În al doilea rând, Mebeverina stimulează α_1 -adrenoreceptorii din pereții tractului digestiv asociați cu depoul ionilor de calciu. În rezultat, ultimii părăsesc depoul celular, canalele de calciu se deschid, celula musculară netedă micșorându-și tonusul.

Mebeverina blochează umplerea depoului cu calciu extracelular. Dacă se activează α_1 -adrenoreceptorii în prezența preparatului, atunci depoul calcic nu mai poate fi completat. În rezultat fluxul ionilor de calciu din celulă se întrerupe, fără a aduce după sine hipotonie sau relaxare. Anume astfel de mecanism face Mebeverina unică în acțiunea sa. În afară de aceasta, ambalată în microsferă incapsulată, este posibilă eliberarea Mebeverinei pe traiectul întregului tract gastrointestinal, inclusiv în regiunile

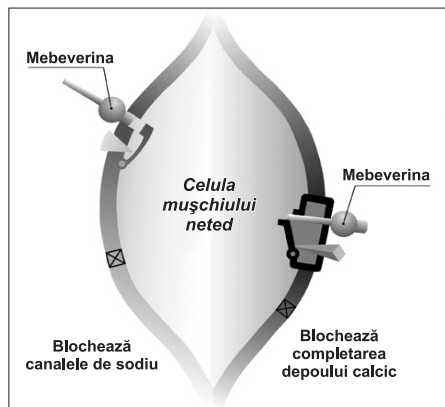


Fig. 2. Mecanismul de acțiune a Mebeverinei.

distale ale colonului, fapt care o face avantajos, în special în cazurile de IBS.

Considerând avantajele Mebeverinei în tratamentul spasmelor musculaturii netede ale tractului gastrointestinal la copii, precum și ponderea majorată a tulburărilor funcționale digestive care decurg cu dureri abdominale, s-a inițiat un studiu, **formula de lucru** al căruia a fost:

Aprecierea eficacității microsferelor cu Duspatalin, 20 mg, în tratamentul dereglărilor funcționale ale tractului digestiv la copii.

Material și metodă

Cercetările s-au efectuat pe un eșantion de 35 de copii (vârsta între 10-15 ani), care au fost repartizați în două subeșantioane: în primul eșantion s-au studiat 25 de copii cu dereglări funcționale ale tractului digestiv, care au administrat în protocolul curativ Duspatalin 20 mg de 2 ori în zi timp de 10 zile, iar în subeșantionul doi s-au studiat alți 10 copii, cărora li s-a aplicat tratamentul placebo.

Principiul placebo a prevăzut administrarea vitaminei C + glucoză 0,5, câte 1 pastilă de 2 ori pe zi. Dacă după 3 zile de administrări placebo regulate copilul nu se înscria în placebo respondenți, el era tratat în funcție de tulburarea funcțională pe care o manifesta.

Cazuri care au răspuns la tratament s-au considerat copiii care pe parcursul zilei au semnalat ameliorarea sau dispariția durerilor comparativ zilei precedente.

Criteriile de includere în cercetare

- Prezența durerilor abdominale de caracter funcțional.
- Investigații și explorări care să excludă prezența schimbărilor organice.
- Administrarea a câteva cure de tratament cu eficacitate parțială, indicate pentru abdominalgii funcționale.

Criteriile de excludere din cercetare

- Copiii, părinții cărora nu au dat acordul pentru includerea preparatului în protocolul curativ sau pentru administrarea unui medicament inofensiv după principiul placebo.
- Hipersensibilitate la unul din ingredientele preparatului.

Procesarea statistică a fost efectuată în programul CDC Atlanta, în EpiInfo, versiunea Windows 3.01. Având în vedere volumul mic al eșantionului, s-a operat cu metoda ANOVA.

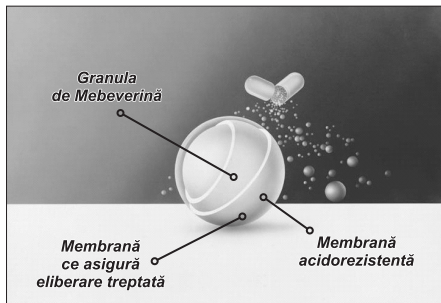


Fig. 3. Mebeverina în formă de microsferă incapsulată.

Rezultatele cercetărilor

În continuare se prezintă evoluția abdominalgiiilor și meteorismului intestinal la copiii care au administrat Duspatalin, în raport cu tratamentul comparativ placebo.

Din cele prezentate se observă că, la administrarea tratamentului cu Duspatalină, evoluția abdominalgiiilor este net eficientă regresiei acestora la copiii tratați placebo ($p < 0,05$). Eficiența Duspatalinei a putut fi înregistrată ca fiind mai superioară chiar din prima zi de tratament, alcătuind o proporție de 3:1 ($p < 0,05$). Tot aici trebuie de menționat că efectul preparatului poate lipsi la primele administrări, păstrându-se posibilitatea de apariție a acestuia în primele 6 zile.

Cu toate acestea, administrând Duspatalină, doi din copii au fost rebeli la tratament, ei fiind excluși către ziua a patra de tratament din eșantion. La fel trebuie de precizat că, în decursul administrării Duspatalinei, nici unul din copii nu a acuzat recidivarea durerilor, pe când printre copiii placebo-respondenți, un astfel de fenomen, deși într-un singur caz, dar a fost înregistrat.

Din cele prezentate se poate conchide că meteorismul este mai puțin respondent la tratament atât în eșantionul copiilor care au administrat Duspatalină, cât și la copiii care au administrat placebo ($p = 0,027$). Pe lângă toate acestea, și în cazul meteorismului s-a observat fenomenul de reactivitate față de tratament care nu se manifestă din prima zi la toți copiii, însă se păstrează posibilitatea eficienței către ziua a 5-6-a de tratament. Tot în

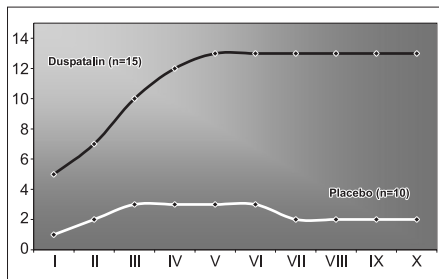


Fig. 4. Evoluția comparată a durerilor abdominale în administrarea Duspatalinei și în tratamentul placebo.

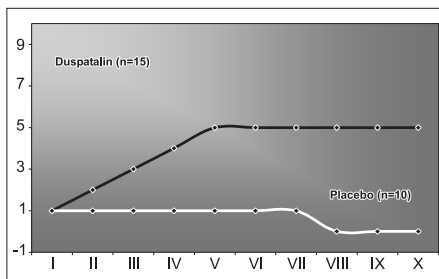


Fig. 5. Evoluția comparativă a meteorismului în administrarea Mebeverinei și în tratamentul placebo.

imaginea prezentată se poate urmări instabilitatea placebo-responzenților pentru ameliorarea meteorismului, astfel că, deși prezentă din prima zi, după o săptămână de tratament efectul placebo (autosugestia) echivalându-se cu zero, nu mai este efectivă ($p=0,054$).

Din cele prezentate rezidă: eficiența Duspatalinei la copii în precipitarea durerilor abdominale este incomparabilă acesteia pentru ameliorarea meteorismului intestinal ($p<0,001$). Deci, la copii, Duspatalina este preferențială cazurilor în care durerea abdominală nu este însoțită de meteorism, cu toate că în cazul prezenței unui astfel de deranjament, în regim intermitent, situația poate fi supusă ameliorării ($p=0,0519$).

Trebuie de menționat că, administrată în forma microsferelor incapsulate, Mebeverina (Duspatalina), nu provoacă reacții adverse de tipul celor alergice sau de tipul supradozării.

Concluzii și recomandări

- Administrarea microsferelor cu Duspatalină (Mebeverină 20 mg) este net efectivă tratamentului placebo în ameliorarea abdominalgiilor de origine funcțională.
- La copii, Duspatalina este preferențială cazurilor în care durerea abdominală nu este însoțită de meteorism, cu toate că în cazul prezenței unui astfel de deranjament, în regim intermitent, situația poate fi supusă ameliorării.
- Administrarea Duspatalinei (20 mg) în doză zilnică de 40 mg în două prize, la copiii de peste 10 ani, este tolerată fără manifestarea reacțiilor adverse și este recomandată pentru administrare în combaterea disconfortului și abdominalgiilor de origine funcțională.

Bibliografie

1. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*, 1999; 45:111-115.

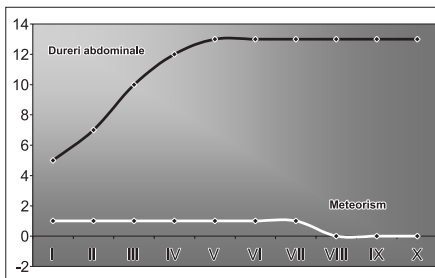


Fig. 6. Evoluția comparativă a durerilor abdominale și meteorismului în administrarea Mebeverinei.

2. Gilbody J., Fletcher C., Hughes I., Kidman S. Comparison of two different formulations of mebeverine hydrochloride in irritable bowel syndrome. *Int. J. Clin. Pract.*, 2000; 54 (7): 461-464.

3. Tasman-Jones C. Mebeverine in patients with the irritable colon syndrome: double blind study. *N. Z. Med. J.*, 1986; 40: 276-278.

4. Амелин А. В. Клиническая фармакология мебеверина (Дюспаталина) и его роль в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта. *Клиническая фармакология и терапия*, 2001;10 (1): 1-4.

Ion Mihu, dr. h., profesor interimar
 Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul
 Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului
 Chișinău, str. Burebista, 93
 Tel.: 559655
 E-mail: mihu_ion@yahoo.com

Recepționat 11.07.2005

Fracturi de mandibulă și indicii biochimici în funcție de tratament

N. Chele

Catedra Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, USMF „Nicolae Testemițanu”

Biomechanical Data Depending on Treatment in Patients with Mandible Fractures

The work is based on clinical supervision of 79 patients with mandible fractures who were treated in the National Center of Emergency Medicine. All patients were administered intravenous perfusions of one liter of Alvezzine solution for a period of one week. The analysis detects concentration of proteins and alkaline phosphates in blood serum on the first day of hospitalization, at the 7th day, and at the end of the treatment. The study also showed that in patients given complex treatment the enumerated biochemical indexes were not changed during the course of treatment.

Key words: mandible fractures

Динамика некоторых биохимических показателей у больных с переломами нижней челюсти, которые принимали традиционное и комплексное лечение

Работа основана на клиническом наблюдении 79 больных, перенесших травмы нижней челюсти и получивших лечение в Национальном научно-практическом центре неотложной медицины муниципалитета Кишинэу. Смесь аминокислот (Альвезин), назначенная боль-

ним с переломами нижней челюсти, обеспечивает костные ткани пластическим материалом для биосинтеза белков и компенсирует частично недостаток пищи из-за длительной иммобилизации нижней челюсти. У больных, которым было назначено комплексное лечение, качественные и количественные показатели белковых фракции изменены меньше, чем у больных, которым проводилось обычное лечение. Полученные результаты позволяют рекомендовать *Альвезин* как дополнительное медикаментозное средство при лечении больных с переломами нижней челюсти.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти

Introducere

Interesul pentru problematica traumatismelor maxilo-faciale, în deosebi ale fracturilor de mandibulă, este în ascensiune continuă atât pentru incidența lor considerabilă de 67,8%, cât și pentru problemele majore care le generează aceste traumatisme, și care necesită soluționare urgentă (1,4).

Chirurgia orală și maxilo-facială modernă cunoaște numeroase metode și remedii de corecție a tulburărilor metabolice caracteristice traumatismelor maxilo-faciale, multe din formulele terapeutice fiind cunoscute și aplicate cu rezultate eficiente. Sunt, însă, numeroase probleme care necesită soluționare. De multe ori, posibilitățile terapeutice sunt limitate, fiind aplicate tardiv, incomplet și insuficient pe fondul unei reactivități scăzute a organismului.

Factorul cel mai vulnerabil, implicat în traumatismele mecanice de maxilar, îl constituie dificultățile procesului de alimentație cauzate de imobilizarea îndelungată a mandibulei. Subalimentația nu numai că reduce pătrunderea substanțelor nutritive în organism, dar duce la diferite dereglări funcționale și metabolice. În acest context, alimentația în traumatismele faciale trebuie să fie orientată spre fortificarea rezistenței nespecifice a organismului și să conțină cantitatea optimă de substanțe nutritive: vitamine, lipide, proteine și glucide pentru formarea calusului osos.

Ținând cont de multiplele funcții pe care le îndeplinesc în organism proteinele, o atenție deosebită trebuie acordată aportului alimentar adecvat cantitativ și calitativ de proteine. O modalitate de suplینire a necesităților organismului, în primele zile după accidentare, poate fi administrarea parenterală a amestecului de aminoacizi. Aceștia, după cum se știe, constituie sursa principală de formare a proteinelor, a substanțelor biologic active, a unor hormoni și enzime. Însă în literatura de specialitate nu există studii complexe referitoare la oportunitatea folosirii lor.

Având în vedere cele spuse mai sus, scopul studiului constă în a determina modificările unor indici biochimici (proteinei totale, fracțiunilor proteice și nivelul de enzimaoactivitate) la bolnavii cu fracturi de mandibulă în dinamică, în funcție de tratamentul aplicat.

Material și metode

Pentru determinarea eficacității tratamentului complex administrat bolnavilor cu fracturi de mandibulă, s-a efectuat analiza clinico-biochimică la 79 de pacienți, cu vârstă cuprinsă între 20 și 45 de ani, cu fracturi unilaterale, fără deplasare, care au fost internați în Centrul Național Practico - Științific de Medicină de Urgență, din municipiul Chișinău, în perioada aa. 2000-2005.

Pentru studierea rezultatelor traumatismului complex bolnavii au fost repartizați în 2 eșantioane:

- eșantionul martor – 20 de pacienți care au administrat tratament obișnuit: anestezie tronculară, poziția și imobilizarea fragmentelor osoase, extracția dintelui (după indicații) din linia de fractură, asanarea cavității bucale, antibioticoterapia intramusculară, analgezice, hiposensibilizante, igiena cavității bucale, exerciții kinetoterapeutice și proceduri fizioterapeutice.
- eșantionul de studiu – 59 de bolnavi la care, în afară de tratamentul tradițional sus-menționat, tracția elastică a fost înlocuită cu tracție rigidă. Începând cu ziua a doua de la internare, s-a administrat intravenos complexul de aminoacizi *Alvezin* care conține un amestec de aminoacizi esențiali și neesențiali, ionii de Na, K, Ca, Mg, Cl, un litru în zi pe parcursul a șapte zile, pentru stimularea proceselor de hematopoieză și osteogeneză (certIFICATE DE INOVATOR Nr. 3207 din 03.07.1997 și Nr. 3845 din 15. 03. 2002).

La 20 de pacienți din acest eșantion, metoda atelelor bimaxilare a fost înlocuită cu șuruburi bicorticale pentru fixație rigidă, propuse și confecționate de noi.

Materialele studiului au fost supuse prelucrării statistice după criteriile *Student* și *Wilcoxon-Mann-Witney*. Intensitatea proceselor reparative, la pacienții incluși în studiu, a fost apreciată după următorii indici biochimici: conținutul de proteine totale și creatinină în serul sanguin, redistribuirea fracțiilor proteice, activitatea fosfatazei alcaline și a transaminazelor ALAT și ASAT.

Determinarea proteinelor totale în serul sanguin s-a efectuat după metoda biuretică conform procedurii descris de V. Г. Колб și В. С. Камышников (1982) (3).

Concentrația creatininei în serul sanguin a fost determinată prin metoda Popper (3).

Distribuția fracțiilor proteice în serul sanguin a fost estimată prin metoda de electroforeză pe membrane de acetaceluloză.

Determinarea activității fosfatazei alcaline s-a efectuat cu ajutorul seturilor de reactive (firma *Lahema*, Cehia) conform instrucțiunii anexate.

Enzimaoactivitatea aminotransferazelor ALAT și ASAT a fost apreciată prin metoda colorimetrică Raitman și Frenkell, 1957(3).

Rezultate și discuții

Rezultatele de evaluare a modificărilor fracțiilor proteice la bolnavii cu fracturi de mandibulă sunt reflectate în tabelul 1 și fig. 1, din care rezultă că, pe fondul tratamentului obișnuit (7 zile), la bolnavi se instalează o disproteinemie caracterizată printr-o hiperproteinemie moderată, însoțită de o scădere a conținutului albuminelor, o creștere ușoară a alfa-1 și una mai marcată a alfa-2 globulinelor cu o creștere moderată a fracțiunilor gama-globulinelor.

Disproteinemia persistă, devenind mai puțin accentuată la momentul externării bolnavilor (la sfârșitul tratamentului).

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

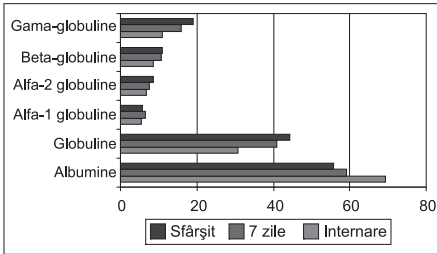


Fig. 1. Modificările fracțiilor proteice în serul sanguin la pacienții cu fracturi de mandibulă care au administrat un tratament obișnuit.

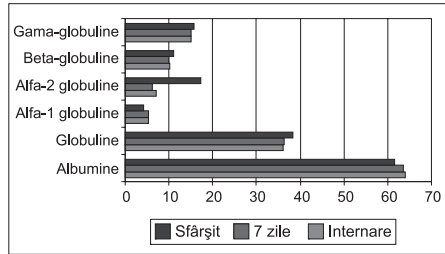


Fig. 2. Modificările fracțiilor proteice în serul sanguin la pacienții cu fracturi de mandibulă care au administrat un tratament complex.

Asemenea modificări în conținutul proteinelor plasmatice și al fracțiilor lor corespund disproteinemiilor tipului inflamațiilor acute.

La bolnavii care au fost supuși curei de tratament complex, modificările calitative și cantitative înregistrate ale proteinelor plasmatice sunt mai puțin pronunțate în comparație cu bolnavii care au făcut tratament tradițional.

Conținutul albuminelor scade în serul sanguin la toți pacienții, însă mai semnificativ la bolnavii supuși tratamentului tradițional (tab. 1) în comparație cu pacienții supuși tratamentului complex.

Albuminele îndeplinesc două funcții importante; pe de o parte, asigură presiunea coloido-osmotică a plasmei (80%) și, pe de altă parte, transportă o varietate de substanțe: hormoni, vitamine, lipide etc. Ele se sintetizează în ficat și prezintă o sursă mobilă de aminoacizi care pot fi utilizați la sinteza proteinelor tisulare (2).

Hipoalbuminemia care se instalează la pacienții cu fracturi de mandibulă se datorează, probabil, unui dezechilibru între procesele de sinteză și cele de degradare, cauzat de subnutriție.

Luând în considerație faptul că aprovizionarea țesutului osos cu calciu în mare măsură depinde de conținutul de albumine care fixează și transportă acest element spre țesutul mineralizat, hipalbuminemia înregistrată de noi la pacienții cu fracturi de mandibulă, în viziunea noastră, ar putea contribui la micșorarea aportului de calciu la locul afectat. Pe de altă parte, în hipalbuminemia calciului este mobilizat din țesutul osos, fapt care se reflectă negativ asupra procesului de mineralizare în locurile afectate ale osului. De aceea aportul adecvat de proteine și de săruri de calciu este absolut necesar pentru completarea necesităților organismului în acești compuși, la pacienții cu fracturi de mandibulă.

Analiza datelor obținute au demonstrat că la pacienții cu fracturi de mandibulă nivelul alfa-1 și alfa-2 al globulinelor în

Tabelul 1

Modificările fracțiilor proteice în dinamică, la bolnavii cu fracturi de mandibula care au administrat un tratament obișnuit și complex

Perioadele de cercetare	Indicii studiați	Tratament obișnuit		Tratament complex		Criteriile statistice	
		n	M \pm m	n	M \pm m	t	P
I.	Albumine	20	69.20 +/- 0.72	59	64.00 +/- 0.95	-0.82	>0.05
	Globuline	20	30.80 +/- 1.46	59	36.00 +/- 1.26	-0.60	>0.05
	Alfa-1 globuline	20	5.43 +/- 0.57	59	5.40 +/- 0.39	-1.40	>0.05
	Alfa-2 globuline	20	6.80 +/- 0.76	59	7.05 +/- 0.36	-1.48	>0.05
	Beta-globuline	20	8.60 +/- 0.69	59	10.12 +/- 0.27	0.64	>0.05
	Gama-globuline	20	10.97 +/- 0.91	59	14.98 +/- 0.59	-0.09	>0.05
II.	Albumine	20	59.10 +/- 3.49	59	63.62 +/- 0.90	-5.50	<0.01
	Globuline	20	40.90 +/- 0.17	59	36.38 +/- 1.14	-2.16	<0.05
	Alfa-1 globuline	20	6.48 +/- 0.56	59	5.22 +/- 1.02	-3.19	<0.01
	Alfa-2 globuline	20	7.63 +/- 0.54	59	6.11 +/- 1.12	-2.79	<0.05
	Beta-globuline	20	10.80 +/- 0.55	59	10.03 +/- 0.33	-1.92	>0.05
	Gama-globuline	20	15.99 +/- 0.74	59	15.02 +/- 0.47	-3.01	<0.05
III.	Albumine	20	55.65 +/- 0.42	59	61.66 +/- 0.80	-5.12	<0.01
	Globuline	20	44.35 +/- 0.43	59	38.34 +/- 0.96	-5.62	<0.01
	Alfa-1 globuline	20	5.68 +/- 0.60	59	4.16 +/- 0.43	-3.35	<0.01
	Alfa-2 globuline	20	8.71 +/- 0.55	59	17.36 +/- 0.39	-3.93	<0.01
	Beta-globuline	20	11.05 +/- 0.54	59	11.17 +/- 0.29	-3.43	<0.01
	Gama-globuline	20	18.91 +/- 0.76	59	15.65 +/- 0.48	-4.98	<0.01

Notă: I - internare; II - după 7 zile; III - externare.

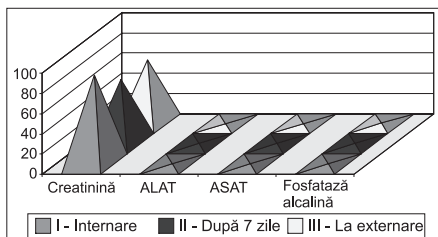


Fig. 3. Modificările indicilor biochimici, la bolnavii cu fracturi de mandibulă care au administrat tratament obișnuit.

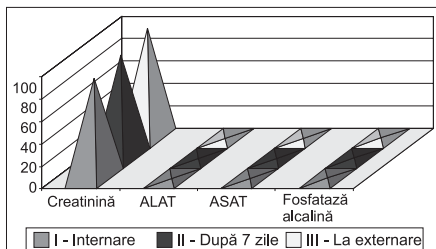


Fig. 4. Modificările indicilor biochimici, la bolnavii cu fracturi de mandibula care au administrat un tratament complex.

serul sangvin este crescut, totodată, la bolnavii care au administrat un tratament complex, aceste modificări au fost mai puțin exprimate (tabelul 1, fig. 2).

Creșterea nivelului alfa-globulinelor în acest caz indică prezența unui proces inflamator acut la bolnavii cu fracturi de mandibulă.

Se știe că hiper-alfa-1 și alfa-2 globulinemia se instalează întotdeauna în caz de inflamații acute, afecțiuni ale țesutului conjunctiv (osos), deoarece în componența acestor fracțiuni intră așa-numitele proteine ale fazei acute (proteina "C"- reactantă, alfa-1- antitripsina, ceruloplasmina, haptoglobina etc.).

Majoritatea proteinelor fazei acute participă la procesele imunologice ale organismului însoțite de reacții destructive și inflamatorii care se desfășoară paralel cu proliferarea tisulară. De aceea unii autori consideră că testele privind modificarea conținutului acestor proteine în anumită măsură reflectă nu numai gradul de exprimare a procesului destructiv și inflamator, dar și intensitatea regenerării reparative.

Conținutul beta-globulinelor în serul sangvin, la pacienții investigați, nu suportă modificări considerabile. Se constată doar o tendință spre majorarea concentrației acestora (tabelul 1).

Conform cercetărilor noastre, la pacienții cu fracturi de mandibulă se stabilește o majorare moderată a conținutului de

gama-globuline în serul sangvin, fapt care persistă pe parcursul tratamentului și care indică amplificarea sintezei imunoglobulinelor la acești pacienți.

Gama-globulinele sunt reprezentate în cea mai mare parte de anticorpii care se produc ca răspuns la stimularea antigenică din partea celulelor imunocompetente. Pe de altă parte, intensitatea osteogenezei reparative în mare măsură este determinată de condițiile de alimentare, pe când subnutriția diminuează nu numai procesul de regenerare a osului, dar are drept consecințe multiple dereglări ale metabolismului, care pot genera apariția și dezvoltarea osteopatiilor alimentare. De aceea aportul adecvat al produselor alimentare care conțin proteine de valoare deplină contribuie evident la intensificarea proceselor de regenerare ale elementelor structurale, îndreptate spre restabilirea funcțiilor lezate ale osului fracturat. La bolnavii cu fracturi de mandibulă se constată o tendință de creștere a activității fosfatazei alcaline totale, în ambele grupuri de pacienți (tabelul 2 și fig. 3, 4).

Fosfataza alcalină este enzima care hidrolizează esterii acidului fosforic în mediul bazic. Enzima este prezentă în țesutul osos, ficat, intestin etc. Fosfataza alcalină osoasă este produsă de osteoblaști și are un rol important în formarea țesutului osos. Din osteoblaști enzima pătrunde în lichidul extracelular, apoi nimereste în plasma sanguină.

Tabelul 2

Modificările indicilor biochimici, la bolnavii cu fracturi de mandibula care au administrat un tratament obișnuit și complex

Perioadele de cercetare	Indicii studiați	Tratament obișnuit		Tratament complex		Criteriile statistice	
		n	M±m	n	M±m	t	P
I.	Creatinina	20	88.66± 7.26	59	89.56 ±/-4.19	-0.11	>0.05
	ALAT	20	0.39 +/- 0.03	59	0.39 +/- 0.03	0.54	>0.05
	ASAT	20	0.44 +/- 0.05	59	0.41 +/- 0.03	2.22	<0.05
	Fosfataza alcalină	20	0.96 +/- 0.13	59	0.91 +/- 0.06	2.44	<0.05
II.	Creatinina	20	63.95±/ 4.49	59	92.66 ±/-3.42	-5.08	<0.01
	ALAT	20	0.32 +/- 0.04	59	0.36 +/- 0.02	-2.45	<0.05
	ASAT	20	0.38 +/- 0.02	59	0.34 +/- 0.03	-4.43	<0.01
	Fosfataza alcalină	20	1.02 +/- 0.12	59	0.95 +/- 0.04	-0.23	>0.05
III.	Creatinina	20	63.60±/ 3.94	59	98.51 ±/- 3.89	-6.30	<0.01
	ALAT	20	0.40 +/- 0.03	59	0.39 +/- 0.03	-6.83	<0.01
	ASAT	20	0.39 +/- 0.03	59	0.36 +/- 0.03	-4.00	<0.01
	Fosfataza alcalină	20	1.15 +/- 0.09	59	1.00 +/- 0.05	-2.40	<0.05

Notă: I - internare; II - după 7 zile; III - externare.

Activitatea enzimei în ser crește în toate afecțiunile scheletului care evoluează cu reacție osteoblastică când are loc intensificarea formării osului (2). Nivelul de creștere a activității enzimei în serul sanguin este determinat de extinderea și severitatea leziunii osului (cu cât mai mare e leziunea și procesul distructiv este mai acut, cu atât mai crescută va fi valoarea enzimei în ser).

Tendința de creștere a activității fosfatazei alcaline totale, după părerea noastră, este rezultatul creșterii numărului și activității celulelor care produc această enzimă în procesul osteogenezei reparative.

Luând în considerație faptul că creșterea activității fosfatazei alcaline totale în serul sanguin se constată și în afecțiuni hepatobiliare, de exemplu în colestază, și pentru excluderea acestor afecțiuni, la toți pacienții a fost determinată activitatea serică a alaninaminotransferazei (ALAT) și asparataminotransferazei (ASAT), principalii indicatori ai stării funcționale a ficatului. Rezultatele obținute sunt expuse în tabelul 2 și fig. 3, 4 din care reiese că tratamentul aplicat practic nu influențează asupra activității ALAT și ASAT în serul sanguin și deci nu produce perturbări ale stării funcționale a ficatului la pacienții cu traumatisme ale maxilarului inferior.

Deci creșterea activității fosfatazei alcaline, după părerea noastră, este rezultatul majorării numărului și activității celulelor care produc această enzimă în procesul osteogenezei reparative.

Concluzii

1. La pacienții cu fracturi de mandibulă se instalează o disproteinemie caracterizată printr-o creștere moderată a proteinei totale în ser, o scădere a albuminelor, o creștere ușoară a alfa-1 și una marcată a alfa-2 globulinelor însoțită

de o moderată creștere a gama-globulinelor. Disproteinemia persistă devenind mai puțin accentuată la momentul externării bolnavului (sau la sfârșitul tratamentului). Disproteinemia care apare la momentul internării este o consecință a traumei cauzată și de subnutriție.

2. Amestecul de aminoacizi (preparatul *Alvezin*) administrat bolnavilor asigură țesuturile cu material plastic pentru biosinteza proteinelor, astfel compensând parțial subnutriția. Drept urmare, la pacienții la care a fost aplicat un tratament complex, modificările calitative și cantitative ale proteinelor plasmatiche sunt mai puțin pronunțate decât la cei supuși tratamentului tradițional.
3. Rezultatele obținute ne permit recomandarea *Alvezin*-ului ca remediu medicamentos suplimentar în tratarea pacienților cu fracturi de mandibulă.

Bibliografie

1. Șerbatuic D. și coaut. Unele aspecte etiologice ale traumatismelor faciale. Conferința științifico-practică. Urgețele medico-chirurgicale. SCMU. Chișinău, 3-4-XII-1997, p. 9-10.
 2. Mody E., Funduc I., Alexandrescu R., Dobreanu M. Biochimia clinică (Patochimia), Ed. ALL. Educațional. București, 2000.
 3. Колб В. Г., Камышников В. С. Справочник по клинической химии. Минск. Белорусь, 1992.
 4. Рущкий Н. Ф. Комплексное лечение переломов нижней челюсти, сопровождающихся повреждением нижнего альвеолярного нерва. Дисс. канд. наук. Смоленск, 1986.
- Nicolae Chele, asistent universitar**
Catedra Chirurgie Orală și Maxilo-Facială
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Toma Ciorbă, 1
Tel.: 205321
Email: dentchele@yahoo.com
Recepționat 28.11.2005

Particularitățile evoluției clinice a fibrilației atriale izolate paroxistice în supravegherea de durată

V. Cazacu

Institutul de Cardiologie

Lone Atrial Fibrillation under a Long-Term Follow-up Observation

The aim of the study was to analyze the features of the clinical evolution of lone paroxysmal atrial fibrillation under a long-term follow-up observation. 45 patients, 27 men and 18 women, were included in the study and were followed-up observed for a mean time of 9.8 ± 0.67 years. At the end of the observation period 29 were still in sinus rhythm, 6 had developed persistent atrial fibrillation, and 5 - chronic atrial fibrillation. 5 patients of the study group underwent cardiac pacemaker implantation. The lone atrial fibrillation in patients under 60 years old is associated with the low risk of complications. The enlargement of the left atrium is a risk factor for the development of chronic atrial fibrillation. Frequent recurrences of paroxysmal atrial fibrillation predispose the patient to the development of chronic condition of atrial fibrillation.

Key words: lone atrial fibrillation

Особенности клинического течения идиопатической пароксизмальной мерцательной аритмии при длительном наблюдении

Было обследовано 45 больных (27 мужчин и 18 женщин) с пароксизмальной формой мерцательной аритмии (МА), которые находились под наблюдением в течение $9,8 \pm 0,67$ лет. К концу периода наблюдения у 29 больных сохранился синусовый ритм, персистирующая форма МА отмечена у 6 больных, у 5 больных развилась хроническая форма МА. Отдельную группу составили 5 больных, которым имплантировался ЭКС. Было отмечено, что пароксизмальная МА у больных моложе 60 лет ассоциируется с низким риском осложнений; увеличение параметров ЛП способствует развитию хронической МА; частые рецидивы пароксизмальной МА способствуют переходу в хроническую форму МА.

Ключевые слова: мерцательная аритмия

Introducere

Fibrilația atrială evoluează în varianta paroxistică la circa 30% - 60% din bolnavi în funcție de populația studiată (1-3). Mai multe studii au arătat că la 25 - 45% dintre pacienți absentează patologia cardiacă evidentă sau alte boli sistemice; prin urmare, fibrilația atrială (FA) poate fi considerată izolată (idiopatică, *lone atrial fibrillation*) (6,7).

În baza studiilor clinice, s-a constatat că, cu timpul, aproximativ în 5% - 18% din cazuri fibrilația atrială paroxistică (FAP) se transformă în varianta cronică, fiind în strânsă relație cu durata disritmiei (1,8,9). În unele comunicări, rata de evoluție în forma cronică pe parcursul unui an a fost de 8%, la doi ani - 12% și la 4 ani de supraveghere - 18% (9,10). Instalarea FA cronice depinde și de etiologia aritmiei. La pacienții cu patologie organică cardiacă, evoluția FA paroxistică în forma cronică a fost înregistrată în 66% la pacienții cu stenoză mitrală reumatică, la 40% - cu hipertensiune arterială, la 27% - cu cardiopatie ischemică și doar 5% - la persoanele cu FA izolată într-o perioadă de șase ani de supraveghere (11,12).

Scopul: studierea particularităților de evoluție clinică a fibrilației atriale izolate paroxistice la supravegherea de lungă durată.

Material și metode

Din arhiva Institutului de Cardiologie au fost selectate 114 fișe de observație ale pacienților tratați în perioada aa. 1995 - 1999 cu diagnosticul de fibrilație atrială paroxistică. Conform clasificării clinice recente, FA paroxistică a fost definită ca episod care durează mai puțin de 48 de ore, rar până la 7 zile și se termină spontan (21). Pacienții au fost selectați în baza următoarelor criterii:

- anamnezic - fără date sugestive pentru boli cardiace;
- fibrilație atrială paroxistică documentată electrocardiografic;
- pacienții fără semne clinice de afectare cardiacă;
- cavitățile cordului cu dimensiuni normale și funcție ventriculară normală, confirmată ecocardiografic (EcoCG);
- jugulara spontană a disritmiei;
- fără patologii asociate (diabet zaharat, tireotoxicoză, bronhopneumopatii, hipertensiune arterială, cancer etc.).

Informația primară a fiecărui pacient a fost stocată într-o anchetă standardizată care a inclus: datele clinice, durata aritmiei și frecvența recurențelor, datele ECG și EcoCG, modul de restabilire a ritmului sinuzal (RS), complicațiile documentate. Pacienții selectați au fost contactați telefonic și prin intermediul invitațiilor scrise pentru prezentare la control periodic. La examinarea clinică repetată s-au prezentat 45 de bolnavi (27 de

bărbați și 18 femei). La prezentare s-a concretizat istoricul bolii, durata aritmiei, frecvența recurențelor, manifestările clinice ale disritmiei (palpitații, fatigabilitate, dispnee etc.), regularitatea și durata administrării tratamentului prescris, complicațiile determinate de tahiaritmie. La examenul fizic s-a stabilit starea generală a pacientului, s-a apreciat frecvența ritmului, valorile tensiunii arteriale (manometrie tradițională la nivelul arterei brahiale). A fost studiată fișa de ambulatoriu a fiecărui pacient. Explorările paraclinice au inclus ECG de repaus în 12 derivații standard la aparatul *Bioset-6000* (Germania) cu viteza mișcării hârtiei 50 mm/sec. Înregistrarea ECG a confirmat sau infirmat prezența FA. A fost evaluată durata și amplitudinea undei P (în ritm sinuzal), durata complexului QRS, intervalul QT. Examenul EcoCG, modul M și 2D, a fost efectuat la aparatul *Ultramarc-8* (firma ATL, SUA) cu folosirea transductorilor de 2,5 - 3,5 MHz. EcoCG transtoracică a permis evaluarea dimensiunilor cavităților cordului, gradul insuficienței valvulare. EcoCG bidimensională a fost înregistrată din incidențele parasternală axa lungă și scurtă apicală 4 camere. Dimensiunile telesistolice și telediastolice ale VS și VD, volumele telesistolice și telediastolice ale VS, fracția de ejeție au fost determinate din incidența parasternală axa lungă, modul-M. Dimensiunile transversale și superoinferioare ale AS și AD au fost determinate din incidența parasternală axa lungă și apicală 4 camere.

Valorile medii pentru fiecare indice în cazul aritmiei au fost calculate în 5 cicluri cardiace consecutive.

Rezultatele obținute au fost introduse în ancheta personală standardizată a fiecărui pacient. Datele înregistrate au fost prelucrate prin aplicarea diferitelor metode de evaluare statistică: criteriul Student, T-criteriul pentru selecții coerente, criteriul *Chi-Square*.

Rezultatele studiului

Așadar, în studiu au fost incluși 45 de bolnavi (27 de bărbați și 18 femei) cu vârsta medie de $45 \pm 1,5$ ani. Durata medie de supraveghere a constituit $9,8 \pm 0,67$ ani. La 7 (15,5%) bolnavi din lotul de studiu, paroxismul s-a dezvoltat pentru prima dată. La internare 30 (66,7%) de pacienți erau în ritm sinuzal. În funcție de durata aritmiei, 11 (24,4%) bolnavi au fost internați în primele 12 ore de la apariția disritmiei, 2 (4,4%) pacienți - la 24 de ore, 1 (2,2%) pacient - la 48 de ore și 1 (2,2%) pacient - până la 72 de ore. La internare pacienții prezentau următoarele acuze:

- palpitații - 28 (62,2%);
- fatigabilitate - 6 (13,3%);
- vertije, stare presincopală - 4 (8,9%);
- dispnee, disconfort toracic - 4 (8,9%).

Trei (6,7%) pacienți erau asimptomatici. Din anamneza s-a determinat că, până la includerea în studiu, 14 (31,1%) bolnavi aveau paroxisme de tahiaritmie săptămânal, 19 (42,2%) bolnavi – lunar și la 9 (20%) pacienți – aproximativ o dată în an. Durata disritmiei a constituit minute la 18 (42,8%) pacienți, ore - la 22 (52,4%) pacienți și zile - la 2 (4,8%) pacienți. Factorii declanșatori au fost: stresurile psihoemoționale – 17,8%, efortul fizic – 6,7%, abuz de alcool – 6,7%, electrocutare – 2,2%, postprandial – 2,2% pacienți.

Important este că în 64,4% din cazuri pacienții nu au fost în stare să precizeze cauza apariției FA. La 4 (8,9%) pacienți, din numărul total, la membrii familiei a fost constatată FA.

În timpul spitalizării, la 35 pacienți s-a aplicat testul cu efort fizic dozat, care a declanșat tulburări de ritm la 2 (5,7%) bolnavi. Stimularea electrică transesofagiană (SETE) a fost efectuată la 20 de pacienți; în 19 (95%) cazuri s-a declanșat disritmia. La 9 (39%) bolnavi din 23, în timpul înregistrării *Holter-ecg*, s-au depistat paroxisme de fibrilație atrială (durata paroxismului >30 secunde). La 8 (88,9%) pacienți paroxismele au fost asimptomatice.

La sfârșitul perioadei de supraveghere, pacienții au fost divizați în trei loturi (în funcție de tipul fibrilației atriale dezvoltate):

- lotul I – 29 (64,4%) de bolnavi care au rămas în ritm sinuzal pentru toată perioada de supraveghere;
- lotul II – 6 (13,3%) pacienți care au trecut în forma persistentă, în medie peste 5,7 ani de la selectare;
- lotul III - 5 (11,1%) pacienți la care s-a dezvoltat forma cronică, în medie peste 13,1 ani de la selectare.

Un grup aparte au format 5 (11,1%) bolnavi care au necesitat implantare de *pacemaker*, în medie peste 6,5 ani de la includere în studiu. Indicația pentru implantarea stimulatorului cardiac a fost disfuncția progresivă a nodului sinuzal cu bradicardie sinuzală, episoade de bloc SA gr. II și pauze atriale. *Pacemaker-ele* implantate au fost bicamerale, cu stimulare preponderent atrială, alternând cu ritm sinuzal propriu. Trei pacienții din acest lot administrau Amiodaronă 200 mg/zi în scop de prevenire a FA paroxistice și doi pacienți administrau Metoprolol 50 – 75 mg/zi. Examenul EcoCG inițial nu a depistat

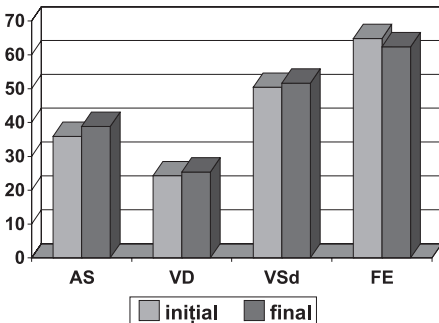


Fig. 1. Parametrii EcoCG la pacienții din lotul I (cu ritm sinuzal (RS). AS (atriul stâng), VD (ventriculul drept), VSd (ventriculul stâng/diastolic), FE (fracția de ejeecție).

tulburări importante la pacienții supravegheați. Pe toată perioada de urmărire s-a observat o dinamică mai evidentă a dimensiunii AS. La pacienții din lotul I s-a observat o majorare a dimensiunilor AS de la 35,9 mm la 38,8 (p<0,0001). (fig. 1)

În lotul II s-a observat o majorare a dimensiunilor AS de la 37 mm la 40,9 mm (p<0,0005) (fig.2).

O creștere semnificativă a dimensiunii AS s-a observat la pacienții din lotul III. Pe parcursul perioadei de urmărire, AS s-a dilatat de la 37,8 mm la 44,9 mm (p<0,005) (fig.3).

La ultima vizită s-a depistat că 12 (26,7%) pacienți au dezvoltat hipertensiune arterială, 4 (8,9%) pacienți - cardiopatie ischemică. În ritm sinuzal au rămas 29 (64,4%) de pacienți, 17 (58,6%) dintre ei având paroxisme scurte (secunde) care nu necesitau corecție medicamentoasă.

În perioada de urmărire, 22 (48,9%) de pacienți au administrat tratament continuu cu unul din următoarele medicamente administrate pe cale orală: Amiodaronă 200 mg/zi, Metoprolol 50-150 mg/zi, Digoxină 0,25 mg/zi. 5 (11,1%) bolnavi făceau tratament sporadic cu aceleași medicamente. 6 (13,3%) pacienți

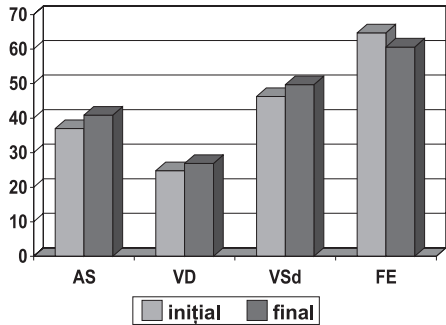


Fig. 2. Parametrii EcoCG la pacienții din lotul II (cu fibrilație atrială persistentă). AS (atriul stâng), VD (ventriculul drept), VSd (ventriculul stâng/diastolic), FE (fracția de ejeecție).

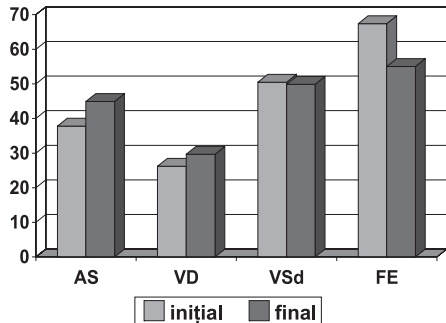


Fig. 3. Parametrii EcoCG la pacienții din lotul III (cu fibrilație atrială cronică). AS (atriul stâng), VD (ventriculul drept), VSd (ventriculul stâng/diastolic), FE (fracția de ejeecție).

administrau tratament numai la accese, medicamentul cel mai des folosit fiind Verapamilul, 80 mg, administrat într-o priză *per os*. Din numărul total de bolnavi tratament antiagregant cu aspirină 325 mg/zi au urmat 19 (42,2%) pacienți. Este necesar de menționat că, pe parcursul studiului, 12 (26,7%) pacienți nu au administrat nici un tratament.

Agravarea semnelor clinice de insuficiență cardiacă s-a observat la 6 bolnavi. Toți pacienții făceau parte din lotul cu FA cronică.

Discuții

În studiul efectuat, la 29 (64%) de pacienți nu s-a putut determina o cauză a apariției FAP. Ca factori declanșatori au fost menționați: stresurile psihoemoționale (17,8%), efortul fizic (6,7%), electrocutarea (2,2%), alcoolul (2,2%).

Datele studiilor anterioare au pus în evidență pacienți simptomatici, care prezentau acuze la palpații, fatigabilitate, vertige, dispnee. Este necesar de menționat că prezența acestor simptome nu este o indicație certă pentru documentarea FA (6). C. W. Israiel și al. (2004) au demonstrat că 40% dintre pacienții studiați acuza palpații, dar la înregistrarea *Holter* prezența FA nu s-a confirmat (4). În studiul realizat, 93,3% dintre pacienți erau simptomatici, fapt care a determinat și spitalizarea lor. La acești pacienți simptomatologia corela cu înregistrarea electrocardiografică a paroxismlui.

La pacienții cu FA simptomatică primar apărută, durata aritmiei poate exprima probabilitatea conversiei spontane. Aceasta a fost ilustrat într-un studiu unde 1822 de pacienți au fost internați în staționar din cauza FA; 356 (20%) pacienți au avut o durată a disritmiei mai puțin de 72 de ore (13). Din acești 356 de pacienți, două treimi s-au reintors spontan la RS. Dimensiunile AS au fost în limitele normei atât în grupul care s-a reintors spontan la RS, cât și în grupul care au rămas în FA. În studiul prezent toți pacienții, cu durata aritmiei mai puțin de 12 ore, s-au reintors spontan la RS.

Recurențele în FAP sunt destul de frecvente. Incidența lor în diferite studii este de 70% în an (fără terapie antiaritmică), până la 90% - în patru ani și 60% - în șase ani (14, 15).

În studiul SPAF au fost evaluați 341 de pacienți cu FA persistentă, care au fost urmăriți timp de 26 de luni (9). În acest timp, la 49% dintre pacienți a fost documentată FA curentă. La 104 pacienți, care au suportat cardioversie electrică sau farmacologică, rata recurențelor a fost de 54%. Ca un factor preventiv al recurențelor în acest studiu a fost mărirea AS (9). În studiul realizat 29 (64%) de pacienți pe toată perioada de urmărire nu au avut recurențe ale FA. Aceasta s-ar explica prin spitalizarea în clinică specializată după anumite cazuri acute (electrocutare, stresuri, efort fizic, abuz de alcool) și respectarea după externare a recomandărilor medicului. 6 (13,33%) pacienți au dezvoltat forma persistentă, în medie peste 5,7 ani de la selectare, paroxismele fiind mai des jugulate de către pacient sau de asistența medicală de urgență. Medicamentele mai des utilizate au fost Novocainamida, 1000 mg administrată i/v și Verapamilul atât în formă de tabletă, cât și injectabil.

Circa 5 – 18% dintre pacienții cu FAP izolată trec în forma permanentă, dar progresarea, în diferite studii a depins de durata disritmiei (1, 8, 9). Prezența afecțiunilor cardiace predisune la instalarea FA cronică (11). Pacienții cu FAP izolată, într-o perioadă

de urmărire de 6 ani, dezvoltă FA cronică, numai în 5% (12). În studiul prezent 5 (11%) pacienți au dezvoltat forma cronică, în medie peste 13,1 ani de la punerea în evidență a afecțiunii. Ca factor favorizant de trecere în forma permanentă a fost dimensiunea AS, care în dinamică a crescut de la 37,8 mm la 44,9 mm ($p < 0,005$). O moderat dilatare a AS (40 – 45 mm) poate crește riscul instalării FA cronice (16). Studiul *Framingham* a arătat un risc de 42% din cazurile de dezvoltare a FA, la fiecare 5 mm de majorare a AS. În studiul efectuat s-a observat că instalarea FA permanente s-a instalat la un număr mai mare de pacienți care aveau istoric familial de FA. Alt factor favorabil dezvoltării FA cronice a fost frecvența paroxismlor de FA.

Evoluția FAP izolate are un prognostic favorabil în apariția complicațiilor embolice sistemice (17). Accidentele tromboembolice la subiecții cu FAP izolată au o rată joasă. Într-un studiu asupra pacienților cu FAP izolată, rata evenimentelor embolice a constituit doar 8,2% (0,55 la 100 de pacienți/ani) (8). E. Davidson și al. (1989) au comunicat despre o rată a accidentelor tromboembolice de 0,64 la 100 de pacienți/ani, S. Scardi și al. (1999) – 3,1% (0,36 la 100 de pacienți/ani).

Pacienții cu FA cronică izolată prezintă un risc crescut pentru complicații tromboembolice. În studiul efectuat de [18] un pacient a avut tromboembolism pulmonar și 7 pacienți au avut 8 evenimente embolice (16,3%), cu un procent cumulativ de 18,3% (1,3 în 100 pacienți/ani). Vârsta medie în timpul evenimentului embolic a constituit în medie 57 de ani și peste 6 ani de la depistarea FA cronice izolate (18).

Riscul embolic sistemic a fost estimat și într-o metaanaliză a cinci trialuri randomizate cu anticoagularea în FA, rezultatele cărora au fost similare (19).

Prin urmare, conform studiilor prezentate, pacienții cu FA izolată au un risc scăzut pentru complicații tromboembolice. Dar acest risc crește odată cu vârsta. Studiul *Framingham* a arătat o rată mai mare a incidentului în perioada de urmărire la bolnavii cu FA cronică izolată (28,2%), decât în lotul de control (6,8%) (20). Dar în acest studiu numai 11,8% dintre pacienți cu FA izolată erau mai tineri de 50 de ani, iar mai mult de 50% dintre bolnavi – de 70 de ani și mai mult. Pacienții cu HTA, diabet zaharat nu au fost excluși din studiu, iar la 40% s-au depistat alte patologii cardiovasculare după ce a fost diagnosticată FA izolată.

Pentru a micșora importanța factorului de vârstă, în studiul efectuat de noi au fost incluși pacienții mai tineri de 60 de ani. Nici un pacient din acest grup nu a suportat accidente tromboembolice. Aceasta poate fi explicată prin faptul, că majoritatea pacienților, în deosebi cei care au trecut în forma permanentă, respectau recomandările prescrise. Progresarea insuficienței cardiace s-a observat la pacienții din lotul FA cronice.

Concluzii

1. Prezența FAP izolată la pacienții mai tineri de 60 de ani este asociată cu un risc scăzut de complicații.
2. Majorarea în dinamică a dimensiunilor atriliului stâng este un factor care predisune la dezvoltarea fibrilației atriale cronice.
3. Recurențele frecvente în FA paroxistică predispun la dezvoltarea fibrilației atriale cronice.

Bibliografie

1. Davidson E., Weinberger L., Rotenberg Z. et al. Atrial fibrillation: Cause and time of onset. Arch. Intern. Med., 1989; 149:457.
2. Kannel W. B., Abbott R. D., Savage D. D. et al. Coronary heart disease and atrial fibrillation. The Framingham study. Am. Heart. J., 1983; 106:389.
3. Phillips S. J., Whisnant J. P. et al. Prevalence of cardiovascular disease and diabetes mellitus in residents of Rochester, Minnesota. Mayo Clin. Proc., 1990; 65:344.
4. Israel C. W., Gronfeld G., Ehrlich J. R. et al. Long-term risk of recurrent atrial fibrillation as documented by an implantable monitoring device. Implications for optimal patient care. J. Am. Coll. Cardiol., 2004; 43:47.
5. Page R. L., Wilkinson W. E., Clair W. K. et al. Asymptomatic arrhythmias in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation and paroxysmal supraventricular tachycardia. Circulation, 1994; 89:224.
6. Levy S., Maarek M., Coumel Ph., Guize L., Lekieffre J., Medredowsky J. L. et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France. The ALFA study. Circulation, 1999;99:3028-3035.
7. Clementy J., Dulhoste M. N., Laiter C. et al. Flecainide acetate in the prevention of paroxysmal atrial fibrillation: a nine-month follow-up of more than 500 patients. Am. J. Cardiol., 1992; 70:44A.
8. Kopecky S. L., Gersh B. J., McGoon M. D. et al. The natural history of lone atrial fibrillation: a population-based study over three decades. N. Engl. J. Med., 1987, sep 10;317(11):669-74.
9. Flaker G. C. et al. Clinical and echocardiographic features of intermittent atrial fibrillation that predict recurrent atrial fibrillation. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) Investigators. Am. J. Cardiol., 1995; 76:355.
10. Al-Khatib S. M., Wilkinson W. E. et al. Observations on the transition from intermittent to permanent atrial fibrillation. Am. Heart. J., 2000; 140:142.
11. Aboaf A. P., Wolf P. S. Paroxysmal atrial fibrillation. A common but neglected entity. Arch. Intern. Med., 1996; 156:362.
12. Petersen P., Godtfredsen J. Atrial fibrillation—a review of course and prognosis. Acta. Med. Scand., 1984; 216:5.

13. Danias P. G., Caulfield T. A. et al. Likelihood of spontaneous conversion of atrial fibrillation to sinus rhythm. J. Am. Coll. Cardiol., 1998; 31:588.
14. Coplen S. E. et al. Efficacy and safety of quinidine therapy for maintenance of sinus rhythm after cardioversion. Circulation., 1990; 82:1106.
15. Rostagno C. et al. Clinical course of lone atrial fibrillation since first symptomatic arrhythmic episode. Am. J. Cardiol., 1995; 76:837.
16. Charles R. et al. Progression to Chronic Atrial Fibrillation After the Initial Diagnosis of Paroxysmal Atrial Fibrillation: Results From the Canadian Registry of Atrial Fibrillation Am. Heart. J., 2005; 149 (3): 489-496.
17. Onundarson P. T. et al. Chronic atrial fibrillation: epidemiologic features and 14-year follow-up: a case control study. Eur. Heart. J., 1987;8:521-7.
18. Scardi S. et al. Lone Atrial Fibrillation: Prognostic Differences Between Paroxysmal and Chronic Forms After 10 Years of Follow-Up. Am. Heart. J., 1999;137(4):686-691.
19. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. Arch. Intern. Med., 1994; 154:1449.
20. Brand F. N., Abbott R. D., Kannel W. B., Wolf P. A. Characteristics and prognosis of lone atrial fibrillation: 30-year follow-up in the Framingham Study. JAMA., 1985;254:3449-53.
21. Fuster V. et al. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary. Circulation, 2001;104:2118-50.

Vitalie Cazacu, doctorand

Institutul de Cardiologie

Chișinău, str. N. Testemițanu, 29/1

Tel.: 069217117

E-mail: vital_ic@yahoo.com

Recepționat 06.01.2006

Tratamentul conservator al maladiilor hiperplastice benigne ale glandei tiroide

O. Dubinin

Catedra Chirurgie 2, Clinica 1, USMF, Nicolae Testemițanu”

Conservative Treatment of Benign Hyperplastic Pathology of Thyroid Gland

Nowadays the conservative management of benign hyperplastic pathology of thyroid gland does not necessary lead to the patient's recovery and the pathology involution. In case of diffuse toxic goiter during the 1st year recovery can be observed in 25-50% patients. Still, disease relapse is met in up to 90% of cases. Nodular forms of thyrohyperplasty don't fall for conservative treatment. Due to this, in cases of inefficiency of the conservative treatment the latter should be interrupted in 3-6 months and surgical treatment should be suggested.

Key words: thyroid gland, benign thyrohyperplasty

Консервативное лечение доброкачественных гиперпластических заболеваний щитовидной железы

В настоящее время консервативное лечение доброкачественных гиперпластических тиреопатий не всегда приводит к выздоровлению или инволюции заболевания. При диффузном токсическом зобе излечение в течение первого года наблюдается у 25-50% пациентов. Однако рецидивы заболевания в течение первых 5-ти лет достигают 90% случаев. Узловые формы тиреопатий не поддаются консервативному лечению. Таким образом, при неэффективности медикаментозного лечения в течение 3-6 месяцев пациентам показано оперативное лечение.

Ключевые слова: щитовидная железа, доброкачественная тиреогиперплазия

Actualitatea

Conform datelor OMS, 7% din populația globului pământesc este afectată de gușă endemică, iar sporirea afecțiunilor radioactive în ultimul deceniu a adus la creșterea morbidității maladiilor glandei tiroide cu 2% anual.

La moment, tiroidita autoimună (TA) este cea mai răspândită afecțiune între maladiile glandei tiroide și se depășește populația diferitelor țări de la 0,1-1,2%, la copii, la 6-11% - la femei după 60 de ani. După A. Weetman, frecvența TA în populație (forme clinice evidente) constituie 1% și 5-7% din populația adultă.

Morbiditatea gușii difuze toxice (GDT) în populație este relativ înaltă și prezintă 1-2% la femei, corelația între bărbați și femei cu GDT este 1:7. Gușa difuză toxică poate să se dezvolte la orice vârstă, însă mai frecvent se depistează între 30 și 40 de ani, și prezintă 12% din numărul total al maladiilor glandei tiroide.

Leziunile nodulare ale glandei tiroide, depistate în cadrul unui control profilactic, constituie 5-10 % din numărul total al maladiilor GT și încă 25% din noduli în tiroidă se depistează prin examenul sonografic (noduli nepalpabili) la persoanele practic sănătoase [4].

Possibilități și limite terapeutice

Principiile tratamentului conservator al maladiilor glandei tiroide sunt bine reflectate în literatura de profil pe exemplul tratamentului a două maladii ale tiroidei, cu schimbări structurale și funcționale pronunțate – gușa difuză toxică și tiroidita autoimună.

Tratamentul conservativ al GDT, în majoritatea cazurilor este determinat de atașamentul clinicianului față de una sau altă metodă de tratament și de experiența lui în aplicarea metodei de tratament, de particularitățile școlilor naționale de endocrinologie și chirurgicale, de posibilitățile instituțiilor medicale, cât și de vârsta, sexul bolnavului și de formele evoluției clinice a maladiei etc. În Europa aproximativ 95% din clinicieni, în calitate de tratament curativ inițial la pacienții în vârstă până la 50 ani cu tirototoxicoză de gravitate medie, preferă aplicarea substanțelor tirotostatice. În SUA, în unele țări din Europa de Apus 69% din endocrinologi, în tratamentul pacienților vârstnici cu GDT, aplică izotopii radioactivi ai iodului, iar 27% preferă aplicarea izotopilor radioactivi ai iodului în calitate de tratament inițial la pacienți tineri. În cazul tratamentului cu iod radioactiv, practic la toți pacienți cu timpul survine hipotiroidia care, în situația dată, este tratată de un șir de autori ca un sfârșit al bolii dar nu ca o complicație a tratamentului radioizotopic [1, 2, 3].

O problemă primordială este aprecierea cantității de radioiod necesară unui bolnav, o doză excesivă putând să producă o distrugere brutală și intensă a țesutului glandular, în timp ce o doză redusă riscă să controleze incomplet tirototoxicoză. Conform datelor centrelor clinice care dispun de experiență largă în administrarea iodului radioactiv, aceste doze variază între 80 – 120 $\mu\text{Ci}/\text{per gram}$ țesut glandular, în cazul când ^{131}I constituie tratamentul inițial, și pot fi majorate până la 150 – 200 $\mu\text{Ci}/\text{per gram}$ la bolnavii cu tirototoxicoză difuze severe, cardioretice asociate, volum important al hipertrofiei glandulare (peste 100 g) sau tratament anterior cu substanțe anti-tiroidiene de sinteză. Administrarea unor doze mai mici ($= 50 - 80 \mu\text{Ci}/\text{per gram}$) reduce incidența hipotiroidismului, dar menține posibilitatea persistenței hipertiroidismului.

În pasivul metodei, în afara posibilității survenirii hipotiroidiei precoce sau tardive după iradiere, trebuie înscrise și un șir de contraindicații sau complicații: riscul carcinogenetic al administrării iodului radioactiv la copii și adolescenți, riscul distrugerii glandei tiroide fetale – în gestație, agravarea oftalmopatiei după administrarea radioiodului, întârzierea apariției efectului clinic, persistența sau recidiva tirototoxicozei, cancerizarea, tulburări dismenoree – amenoree etc [3, 5, 6].

În Europa, inclusiv în Rusia, majoritatea clinicienilor încep tratamentul GDT prin aplicarea substanțelor anti-tiroidiene de sinteză (ATS), care au fost introduse în terapia tirototoxicozei de către T. Astwood, în 1943. Din numărul mare de preparate folosite ulterior,

actualmente sunt preferate tioamidele (mercazolil, carbamazol, propiltiouracil, neomercazol) care reprimă biosinteza și secreția hormonilor tiroizieni, blochează iodinarea tirozinelor și trecerea de la monoiodtironină la diiodtironină și, ulterior, a acesteia din urmă în tiroxină. În plus, derivații de tiouracil inhibă conversia periferică a T4 în T3. Ca rezultat al reducerii hormonemiei tiroziene, apare o hipersecreție de tirostimulină al cărei efecte secretorii și morfogenice asupra tiroidei sunt disociate, căci, datorită ATS, activitatea de stimulare endocrină este redusă, în timp ce debitul hormonal nu este influențat. În același timp activitatea celulară este stimulată, dezvoltându-se o hiperplazie parenchimatoasă și o exagerare a volumului gușii și a vascularizării acesteia. Indiferent de mecanismul de acțiune, substanțele ATS nu frânează decât incomplet secreția hormonală, utilizarea acestor preparate duce la o reducere a tirototoxicozii doar în condițiile unei administrări prelungite și în doze adecvate. Posologia ATS variază în funcție de produsul utilizat, faza de evoluție a bolii, vârsta bolnavului și forma anatomo-clinică a tirototoxicozei. Preparatele tirotostatice pot fi utilizate ca monoterapie a tratamentului hipertiroidismului, în asocieră cu iodul radioactiv sau ca medicație pregătitoare pentru tratamentul chirurgical. Numeroase statistici menționează o reducere considerabilă a morbidității postoperatorii la bolnavii tratați cu ATS față de cei care au administrat doar iod, iar riscul crizei tirotoxice este diminuat, practic exclus [4].

Eficiența tratamentului cu substanțe ATS este apreciată diferit de domeniu, frecvența remisunilor stabile fiind între 25 – 50%, din ce reiese că cel puțin un bolnav din doi păstrează un risc de recidivă după o cură de 6 – 12 luni cu ATS. Revenirea simptomatologiei se produce la 50% din bolnavii cu funcție tiroidiană supresibilă și la 78% - din cei cu funcție nesupresibilă, necesitând o nouă cură de ATS. La pasivul metodei trebuie notate necesitatea unei perioade îndelungate de tratament, reacțiile toxice (febră, erupții eritematoase), complicațiile sangvine (deprimarea hematopoiezei cu neutropenie și agranulocitoză, anemie aplastică etc.).

Constatarea efectelor simptomatice ale antagoniștilor adrenergici cu acțiune periferică, în special a medicației β -blocante asupra sindromului hipermetabolic din tirototoxicoză (componentele cardiovasculare), diverse preparate din această grupă sunt tot mai insistente și constante folosite în tratamentul GDT. Propranololul, anaprilina, atenololul sunt larg utilizate în pregătirea preoperatorie a bolnavilor tirotoxici și în terapia anti-tiroidiană periferică, datorită influenței favorabile asupra semnelor cardiovasculare și obstacolării conversiei T4 în T3.

Majoritatea autorilor aplică la începutul tratamentului mercazolila (20 – 40 mg/24 ore) sau propiltiouracila (200 – 400 mg/24 ore) în asocieră cu β -blocantele și substanțe sedative și neurotipe. După micșorarea dozei substanțelor ATS până la doza de susținere, se indică L-tiroxina (25 – 50 mg/24 ore). Este cunoscut faptul, că administrarea dozelor cât mari atât și mici de mercazolilă, în măsură egală micșorează nivelul anticorpilor la receptorul TSH, frecvența recidivelor tirototoxicozei, după 12 luni de tratament, este practic aceeași. Dozele mari de mercazolilă provoacă des complicații sangvine – deprimarea hematopoiezei cu neutropenie și agranulocitoză [2, 7].

Frecvența recidivelor depinde de durata curei tratamentului conservativ – după o cură de 3 – 6 luni o remisune îndelungată a fost obținută în 25% din observații, după 24 de luni de tratament

cu substanțe ATS acest indice crește, conform datelor diverselor statistici, până la 30 – 50%. Trebuie menționat faptul că lipsa remisuniilor stabile, după medicația cu substanțe anti-tirodience, nu satisface specialiștii endocrinologi. Conform datelor multor autori, frecvența remisuniilor timp de 5 ani este cifrată între 50 – 60%, înscă unii autori prezintă observații asupra 90% cazuri de recidive ale GDT în aceeași perioadă de timp.

Tratamentul conservativ al tiroidei autoimune depinde de faza maladiei și, deoarece etiologia TA este puțin cunoscută, este îndreptat asupra unor componente ale patogenezii.

La pacienții în faza hipertiroidiană a tiroidei autoimune tratamentul curativ poate fi redus la administrarea substanțelor simptomatice (α – blocante, neurotrope, sedative). În același timp, diagnosticul diferențial al TA cu hipertiroidismul și al GDT este dificil, de aceea tratamentul TA frecvent începe cu administrarea substanțelor ATS (mercazolioli).

Tiroidita autoimună este cea mai frecventă cauză a hipotiroidei spontane, care necesită un tratament substitutiv. Mulți autori acceptă concepția intensificării fluxului de tiroglobulină în sânge pe baza stimulării tirotrope intense care determină reacția sistemului imun. Metodele esențiale ale tratamentului TA sunt bazate pe administrarea permanentă a hormonilor tiroidieni în cazul hipotiroidei clinice evidente și hipotiroidei subclinice. Doza tiroxinei, necesară pentru terapia substitutivă, în medie constituie 1,6 mg/k corp, deci la pacienții cu un surplus al masei corporale, ce este tipic pentru hipotiroide, doza medie este 100 – 150 mg/24 ore. Stabilirea dozei individuale se începe de la 12,5 – 25 mg/24 ore și se mărește treptat până la stabilirea eutiroidiei. Acest regim al tratamentului hormonal este indicat pacienților cu schimbări cardiovasculare și vârstnici. În cazul intoleranței la hormonii tiroidieni, cu scopul micșorării sensibilității miocardului la tiroxină, este rațională administrarea β – blocanților (10 – 20 mg/24 ore).

La pacienții vârstnici cu schimbări cardiovasculare severe, stabilirea tratamentului substitutiv poate dura până la 6 luni.

Luarea în considerare a faptului că tiroidita autoimună este o afecțiune autoimună organospecifică, în cadrul căreia se evidențiază o hiperactivitate severă a umunității morale și celulare, poate argumenta aplicarea substanțelor imunodepresive, în special a glucocorticosteroidilor. Până în prezent nu există unanimitate despre raționalitatea aplicării lor și a dozelor propuse. Majoritatea autorilor au confirmat ineficacitatea unor doze moderate (20 – 30 mg/24 ore) de glucocorticosteroidi, iar administrarea îndelungată a unor doze mai mari (40 – 80 mg/24 ore) provoacă diverse reacții nespecifice pronunțate, deoarece glucocorticosteroidii sunt substanțe cu acțiune limfoidă puternică: inhibă aparatul genetic al celulelor limfocitare, sinteza metaboliților necesari pentru funcționarea normală și diviziunea celulelor. După întreruperea tratamentului cu glucocorticosteroidi, se remarcă creșterea progresivă în volum a gușii pe fondul TA. Toate acestea au servit argumente pentru a renunța la tratamentul TA cu glucocorticosteroidi [10, 11].

În cazurile gușii nodulare sau polinodulare, posibilitățile tratamentului sunt limitate de alternativa – tratamentul conservativ și observația în dinamică.

Scopul tratamentului conservativ, la bolnavii cu gușă nodulară, este preîntâmpinarea mării ulterioare în dimensiuni a formațiunii nodulare.

O problemă mai grea este tentativa de a micșora nodulii în dimensiuni cu ajutorul hormonilor tiroidieni.

Alegerea metodei conservative de tratament este justificată în cazul depășirii nodului coloidal și a nodulii în divers grad de proliferare de dimensiuni mici (–1 cm).

În tratamentul conservator al gușilor nodulare se aplică preparate combinate ce conțin tiroxină și o cantitate fiziologică de iod. Nivelul TSH în acest caz trebuie să fie în limitele 0,1 – 0,5 UI/l. Această metodă de tratament poartă un caracter supresiv. Drept indicație pentru continuarea tratamentului conservativ și observației dinamice servește lipsa creșterii în dimensiuni a nodului în perioada de observație (creșterea nodului în dimensiuni se socotea mărirea diametrului lui cu 0,5 cm timp de 6 luni). După stabilizarea dimensiunilor nodului sau involuția lui, administrarea tiroxinei se întrerupe pentru 6 luni. Conform datelor unor autori, asemenea rezultate sunt obținute în 6 – 12% din cazuri. În creșterea nodului în dimensiuni tratamentul hormonal se întrerupe și este recomandat tratamentul chirurgical. I. Sisson et al. au obținut rezultate bune, cu diminuarea nodulilor în dimensiuni până la 50% în 10% din observații, iar conform datelor lui T. Morite, rezultate satisfăcătoare au fost evidențiate în 28% din cazuri. A. Beangic afirmă că aplicarea tiroxinei, în tratamentul formelor nodulare ale gușii, poate doar preîntâmpina dezvoltarea lor ulterioară, dar nu poate micșora dimensiunile formațiunilor nodulare [8, 9].

Putem menționa că în prezent tratamentul medicamentos al tiropatiilor hiperplastice benigne nu totdeauna duce la vindecarea pacienților și la involuția maladiei. În legătură cu aceasta, în cazul ineficacității tratamentului curativ, el trebuie să fie întrerupt după 3-6 luni, pentru a se recurge la intervenție chirurgicală.

Bibliografie

1. Beckers C., Convette C., Thalasso M. Evaluation of serum thyroxine by radioimmunoassay. J. Nucl. Med., 1973;14: 317-320.
2. Buchanan W. W., Alexander W. D., Crooks J. et al. Association of thyrotoxicosis and autoimmune thyroiditis. Brit. Med. J., 1961; 1: 843-847.
3. Francomano E., Cotellese R., Scipione P., Ricci A., Ricciardi A., Napolitano L., Scurti D. Trattamento chirurgico dell'ipertiroidismo. Annali Italiani di Chirurgia, 1994, Nov.-Dic., 65 (6), p. 177-681.
4. Leclere L., Orgiazzi J., Roussel S., Schienger J. L., Wemeau J. L. La Thyroïde. 2-eme edition Elsevier Paris, 2001.
5. Nordsyke R. A., Gilbert F. I. Jr., Miyamoto L. A. et al. The superiority of antimicrosomal over antithyroglobulin antibodies for detecting Hashimoto's thyroiditis. Archives of Internal Medicine, 1993; 153 (7): 862-865.
6. Reinhardt W. Thyroid diagnosis: false TSH determination caused by heterophilic antibodies. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1991; 116 (45): 1731-1732.
7. Балаболкин М. И. Некоторые вопросы тиреологии. Терапевтический архив, 1988, №9, с.136-141.
8. Братусь В. Д., Чернык М. П. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. Терапевтический архив, 1973, №9, с.49-55.
9. Казарян Г. А., Арутюнян В. М. Диагностика и лечение заболеваний щитовидной железы. Ереван, 1990.
10. Спасивцева В. Г. Аутоиммунный тиреоидит (клиника, диагностика, лечение). Советская медицина, 1983, №12, с.59-64.
11. Кач Ф. С. Лечение аутоиммунного тиреоидита (болезни Хашимото) в свете отдаленных результатов. Проблемы эндокринологии, 1972, №1, с.7-12.

Oleg Dubinin, medic-chirurg, competitor

Catedra Chirurgie 2, Clinica 1

USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, str. N. Testemițanu, 27

Tel.: 403490

E-mail: dr_dubinin@mail.ru

Recepționat 22.03.2006

Particularitățile clinico-evolutive ale osteoartrozei nodulare

L. Șincari

Catedra Medicină Internă, Facultatea Rezidențiat, USMF „Nicolae Testemițanu”

Clinical and Evolutive Peculiarities of Nodal Osteoarthritis

In our analysis of 90 patients with nodal osteoarthritis (NOA) we found that NOA is a multifactor chronic joint condition, and that the associated pain and physical disability profoundly affect activities of daily life. The most commonly involved joints were: distal interphalangeal joints, proximal interphalangeal joints, and the first carpo-metacarpal joint. In the study we found the radiological degree II and III in 68 patients (75.55%), the radiological degree I in 16 patients (17.78%), and the radiological degree IV in 6 patients (6.67%). Disability assessment has shown that 22.2% of the patients were in functional class I, 60% in class II, and 17.8% in class III. Early diagnosis and treatment of NOA is vital.

Key words: nodal osteoarthritis, interphalangeal joints

Клинические особенности течения узелкового остеоартроза

Результаты исследования 90 больных с узелковым остеоартрозом (УОА) руки показали, что УОА является хроническим, полифакториальным заболеванием, где боль и дискомфорт влияют на работоспособность больных. Чаще всего были вовлечены в процесс следующие мелкие суставы рук: дистальные межфаланговые суставы, проксимальные межфаланговые суставы, первый пястно-фаланговый сустав. У больных преобладали II, III рентгенологические стадии, выявленные у 68 больных (75,55%), I рентгенологическая стадия - у 16 больных (17,78%), IV рентгенологическая стадия - у 6 больных (6,67%). Были определены следующие функциональные классы инвалидности (ФК): I ФК - в 22,2%, II ФК - в 60%, III ФК - в 17,8% случаев. Ранняя постановка диагноза остеоартроза и последующее его лечение на сегодняшний день остаются актуальными.

Ключевые слова: узелковый остеоартроз, межфаланговые суставы

Introducere

Mâna este locul frecvent al artrozei articulațiilor periferice. Artroza mâinii poate afecta pronunțat calitatea vieții prin dificultatea realizării activităților cotidiene, cum ar fi îmbrăcatul și alintarea [4].

Artroza digitală poate fi un marker important pentru o tendință de afectare sistemică a articulațiilor, în special, a articulațiilor genunchilor și șoldurilor [4,5].

Definiția artrozei mâinii, în particular pentru studiile epidemiologice, a fost obiectivul reevaluării și revizuirii pe parcursul ultimilor ani.

Artroza cu manifestările sale clinice (durere, redoare și deformare articulară) și manifestările sale radiologice (îngustarea spațiului articular, scleroză subcondrală și osteofitoză) este considerată drept semn final de degradare a cartilajului articular. Factorii, care contribuie la deteriorarea cartilajului articular, sunt numeroși și foarte frecvent vorbesc despre un caracter multifactorial al maladiei.

Rolul traumatismelor, factorilor ereditari și ai celor hormonală, vârsta, hipermobilitatea articulară, fumatul în declanșarea și, ulterior, în evoluția osteoartrozei digitale a fost analizat pe parcursul ultimilor ani, însă rămâne o temă de dezbatere și în continuare [4].

Tabloul clinic al osteoartrozei digitale, cu regret, nu este studiat detaliat - ca gonartroza și coxartroza. Posibil aceasta este condiționată de faptul, că osteoartroza mâinii (OA) decurge mai benign în raport cu alte localizări [6,8]. Articulațiile interfalangiene distale (IFD) sunt mai des afectate decât articulațiile interfalangiene proximale (IFP). Predominanța feminină este clasică. Analiza biomecanică a forțelor exercitate asupra articulațiilor a evidențiat că articulațiile IFD suportă o

presiune mai mare [8], explicând predominarea feminină în artroza digitală din cauza activităților manuale.

Nodozitățile Heberden se depistează de la 11 % [9] la 20% [2] din toate cazurile de artroză și atacă mai frecvent femeile în vârstă, cu anamneză heredocolaterală agravată și, de asemenea, femeile în perioada menopauzală. Artroza mâinii frecvent este atribuită unei variante speciale de OA primară din cauza caracterului ereditar și lipsa oricărei cauze aparente, dar se poate dezvolta și secundar, pe fondul unei artrite cronice (artrita reumatoidă (AR), gută) sau posttraumatică [2,9].

După părerea unor autori, debutul maladiei e asimptomatic [2], alții [3,6] susțin un asemenea debut: la început apare o tumefiere a țesuturilor moi periarticulare, localizată mai frecvent pe suprafața dorso-laterală a degetelor, mono- sau bilaterală, însoțită de durere, prurit și senzație de arsură la nivelul acestora, iar peste câteva luni (3-6 luni), sau chiar ani, tumefierea devine osoasă - apar nodulii Heberden, care constituie „cartea de vizită” a OA IFD, iar nodulii Bouchard - pentru OA IFP. Nodulii reprezintă tumefieri osoase, fiind situații, de obicei, pe suprafața dorso-laterală a falangei afectate. Ei sunt dureroși, frecvent se complică cu sinovită reactivă, manifestată prin tumefierea țesuturilor periarticulare, temperatură locală ridicată, uneori hiperemia pielii periarticulare. Bolnavii cu OA interfalangiană, mai frecvent decât alți bolnavi cu alte localizări ale OA, prezintă redoare articulară cu o durată de până la 30 minute (în medie 5-10 minute) dimineața ori/și după o perioadă oarecare de repaus - semn distinctiv de redoarea articulară în alte maladii inflamatorii articulare, mai cu seamă în AR [3,6].

În stadiile precoce ale OA digitale periariculare se pot dezvolta chisturi mici, care uneori se pot erupe spontan, cu eliberarea unui conținut vâscos, incolor, care conține o cantitate

Tabelul 1

Caracteristica generală a bolnavilor cu OA nodulară (n=90)

Indicii	n	%
Vârsta bolnavilor		
< 50	11	12,22
51-60	30	33,33
61-70	35	38,89
> 70	14	15,56
M±m	61,09±1,09	
Vârsta la debutul maladiei		
<40	25	27,78
41-50	43	47,78
51-60	19	21,11
> 60	3	3,33
M±m	45,46±0,83	
Durata maladiei		
<1	6	6,7
1-5	16	17,7
5-10	14	15,6
>10	54	60
M±m	15,93±1,14	

de acid hialuronic [1,3,6]. Chisturile sunt însoțite de o durere puternică în regiunea articulației afectate care de cele mai deseori e pulsatilă, de senzație de frigere și prurit în regiunea dată. După eliminarea conținutului chisturilor, fenomenele subiective se pot atenua sau dispar definitiv.

Nodulii Heberden pot fi solitari sau multipli, uneori înconjurând articulația IFD sub formă de inel. De cele mai dese ori nodulii Heberden se pot situa la nivelul articulației IFD a degetelor I – III [3,6]. În stadiile avansate ale OA mâinii, tabloul clinic poate fi completat de instabilitatea articulară, micșorarea volumului mișcărilor în articulații (*flexia și extensia*), de asemenea, de micșorarea capacității funcționale, care se manifestă prin îngreunarea ori imposibilitatea de a efectua unele activități fizice cum ar fi: apucatul, croșetatul, tăiatul, cusutul [7].

Osteoartrita articulațiilor IFP se întâlnește la 1/2 dintre bolnavii cu nodulii Heberden, ei se pot dezvolta izolat în una sau câteva articulații [2]. De cele mai deseori decurge asimptomatic, fără sindrom dureros, dar deformarea articulară este evidentă și contribuie la mărirea în volum a articulațiilor. În rezultatul deformării, degetele capătă o formă fuziformă, mișcările în articulații sunt reduse, iar în caz de sinovită reactivă tabloul clinic amintește artrita reumatoidă, creând dificultăți de diagnostic diferențial.

Bolnavii cu OA a policelui acuză dureri la baza policelului. Rareori bolnavul poate prezenta durere „undevea” în regiunea articulației radiocarpene. Palparea policelului este dureroasă, uneori palpator se poate desluși crepitația articulară la mișcarea degetului. Sinovita reactivă este însoțită de tumefierea țesuturilor periarticulare, de majorarea temperaturii locale respectiv articulației. În stadiile tardive ale OA policelului poate avea loc atrofia mușchilor adiacenți, ce duce la dezvoltarea „măinii pătrate” [3].

Etiologia OA erozive până în prezent nu este elucidată. Unii autori o tratează ca o formă de tranziție între OA și AR, dar de cele mai dese ori – ca o formă mai gravă a OA deformante a mâinii [10].

Perioada evolutivă a OA în regiunea mâinii, de obicei, durează câțiva ani. Maladia începe cu prezența unui disconfort, durere, prurit la nivelul articulațiilor afectate. În decurs de câțiva ani (uneori luni), manifestările periodice se acutizează, apoi diminuează, deseori apar fenomene de sinovită reactivă. După o perioadă de câteva săptămâni, procesul se stabilizează, durerea și alte fenomene subiective dispar, apar nodulii Heberden și/sau Bouchard, volumul mișcărilor în articulații se micșorează, apare instabilitatea articulară, diformități, luxații sau subluxații ale falangelor.

Pentru OA mâinii este caracteristic afectarea articulară pe rând, adică la o anumită etapă în unele articulații predomină fenomenele de sinovită reactivă, pe când în altele – procesul deja s-a stabilizat [3,6].

OA mâinii rareori poate fi însoțită de complicații. Afectarea articulației policelului sau și radiocarpene se poate complica cu sindromul de tunel [3].

Material și metode

Studiul nostru a cuprins 120 de bolnavi cu OA deformantă, dintre care 90 de bolnavi cu OA nodulară și 30 – cu gonartroză, examinați și observați în SCM „Sf. Treime” (catedra de Medicină Internă Nr. 1, Facultatea Reziendențiat), pe parcursul anilor 2001-2004.

Lotul martor l-a constituit 30 de femei sănătoase, de aceeași vârstă.

Diagnosticul de OA a fost stabilit în baza criteriilor ARA (Asociația Reumatologică Americană), revizia anului 1987. Toți subiecții loturilor experimental și martor au fost cercetați complex, în condiții de staționar și ambulatoriu, conform unei fișe de observație clinică, elaborată conform scopului și obiectivelor lucrării. Caracteristica generală a bolnavilor cu OA nodulară, în momentul examinării și la debutul maladiei, durata maladiei sunt prezentate în tabelul 1.

După cum se arată în tabel, în studiu au fost incluse femei cu vârsta medie de 61,09 ± 1,04, iar durata medie a maladiei a fost 15,93 ± 1,14 ani. Vârsta medie, la debutul maladiei în acest grup a constituit 45,46 ± 0,83. Anume această vârstă se consideră nefavorabilă în declanșarea maladiei [2,3].

Rezultate obținute

La pacienții cercetați au predominat stadiile II și III radiologice, constatate în 68 (75, 55%) din cazuri, stadiul radiologic I fiind stabilit în 16 (17,78 %) cazuri. Stadiul IV, cel mai avansat, care determină alterări structurale grave, a fost prezent la 6 (6,67 %) bolnavi cu osteoartrita digitală. Diagnosticul stadial s-a efectuat în baza criteriilor Kellgren și Laurence, 1957.

Analizând clasele funcționale de handicap articular, la bolnavii din studiu s-a stabilit: clasa funcțională (CF) I – la 20 (22,2 %) bolnavi, CF II – la 54 (60 %) bolnavi. Handicap articular grav – CF III – s-a stabilit la 16 (17,8 %) bolnavi.

Analizând simptomele la debutul maladiei s-a constatat că artralgiile în articulațiile IFD au fost prezente în 93,33 % cazuri, iar dureri în articulațiile IFP – în 12,22 % cazuri (tab. 2). Dureri în regiunea articulației IFD a degetului II au prezentat 68 (75, 6%) bolnavi, având un caracter simetric, și 9 (10 %) bolnavi – cu caracter asimetric. Artralgiile, la nivelul articulației IFD a degetului III, au semnalat 32 (35,5 %) bolnavi – cu caracter simetric și 15 (16,7 %) bolnavi – cu caracter asimetric, dureri la nivelul articulației interfalangiene a policelui – în 28,9% din cazuri. Dureri în prima articulație carpo-metacarpiană, la debut, au prezentat 9 (10 %) bolnavi, dureri în regiunea articulației IFD a degetului IV – 7 (7,8 %) bolnavi și în regiunea degetului V – 11 (12,2%) bolnavi.

Tabelul 2

Frecvența alterării articulațiilor la debut

Articulațiile	Articulațiile dureroase (%)	Articulațiile tumefiate (%)
Articulațiile IFD	93,33	92,22
Articulațiile IFP	93,33	92,22
Articulația interfalangiană a policelui	28,29	30
Prima articulație carpo-metacarpiană	10	0

Din cele expuse mai sus conchidem: durerea este simptomul principal în OA mâinii la debut și persistă cel mai frecvent la nivelul degetului II și III, date comparabile cu cele din literatură [6].

Artralgiile la nivelul articulațiilor IFP mai des au fost constatate la nivelul degetului III – la 10 (11,1 %) bolnavi și la nivelul degetului IV – la 6 (6,7 %) bolnavi.

Tumefierea articulară la debutul maladiei s-a evidențiat în 92,22 % din cazuri la nivelul articulațiilor IFD și în 12,22 % din cazuri la nivelul articulațiilor IFP; la nivelul articulației interfalangiene a policelului în – 30 % din cazuri.

De rând cu simptomele de durere și tumefiere articulară, bolnavii la debutul maladiei au prezentat fenomene subiective: prurit, jenă și senzație de frigere la nivelul articulațiilor afectate, constatate în 88,9 % din cazuri la nivelul articulațiilor IFD și în 15,6 % din cazuri – la nivel articulațiilor IFP.

Intensitatea durerilor articulare a fost apreciată de către 10 (11,1 %) bolnavi ca severă și de către 80 (89,9 %) bolnavi – ca moderată.

Caracteristica durerilor articulare în depedență de variațiile diurne a fost descrisă ca durere matinală – de către 2 (2,2 %) bolnavi și permanentă – de către 88 (97, 8 %) bolnavi.

Conform mecanismului de instalare, durere articulară la suprasolicitare fizică au semnalat 47 (52,2 %) de bolnavi, dureri pulsatile – 43 (47,8 %) de pacienți.

Redoare articulară la debut a fost depistată în 100 % din cazuri (la toți bolnavii din lotul cu OA nodulară), ea fiind matinală și de inactivitate, cu o durată medie de 1,02±0, 01 ore.

Crepitația articulară a fost semnalată de către 60 (66,7 %) bolnavi în lotul cu OA nodulară. Din cadrul altor manifestări clinice, la debutul OA mâinii au fost înregistrate: dureri la nivelul regiunii cervicale a coloanei vertebrale (la 10 % din bolnavi), dureri la nivelul regiunilor lombară a coloanei vertebrale (31, 1

%) și toracică – la 1,1 % din bolnavi, gonalgii (la 25,6 % din bolnavi), artralgiile la nivelul articulațiilor halucelui (la 50 % din bolnavi), acroparestezii (la 98,9 % din bolnavi). În același timp, așa semne de afectare generală ca frisoane, fatigabilitate, pierdere în pondere, afectare tegumentară și alterarea stării generale nu s-au depistat.

Concluzii

- 1) OA nodulară este o maladie degenerativă articulară, care afectează doar structurile cartilajinoase și osoase ale articulației și nu manifestă afectări extraarticulare.
- 2) Printre semnele de debut ale OA nodulare putem evidenția durerea, tumefierea, senzații subiective ca pruritul, jena articulară, acroparestezii.
- 3) Cel mai frecvent au fost afectate articulațiile IFD a degetelor II – III și I articulație carpo-metacarpiană.
- 4) Deci, OA nodulară reprezintă o componentă minoră în cadrul handicapului global, însă poate afecta esențial calitatea vieții (predomnanța CF-II-III de handicap articular); în legătură cu aceasta depistarea precoce și tratamentul adecvat al OA nodulare prezintă o problemă actuală.

Bibliografie

1. Păun R. *Tratat de medicină internă. Reumatologie*. București, 1999, vol. II, p. 1066-1145.
2. Мазурова В. И. Клиническая ревматология. Руководство для практических врачей. Санкт-Петербург, 2001, с. 338-370.
3. Коваленко В. Н., Борженко О. П. Остеоартроз. Практическое руководство. Моршун, 2003, с. 145-147.
4. Cicuttini F. M., Spector T. D. Epidemiologie de l'arthrose de la main. *Revue du Rheumatism*, 1995, 62 (6 bis), 87S-93S.
5. Verrouil E., Mazieres V. Les facteurs etiologiques de l'arthrose des doigts. *Revue du Rheumatism*, 1995, 62 (6bis.), 95S-97S.
6. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. М., Медицина, 1997, с. 385-397.
7. Chiriac R., Ancuța C. *Arthroza. Iași: Performantica*, 2005, p. 262-268.
8. Radin E. L., Parker H. G., Paul I. L. Pattern of degenerative arthritis. Preferential involvement of the distal finger joints. *Lancet*, 1971, 1, 377 p.
9. Boloșiu H. D. *Teme alese de reumatologie*. Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2003, p. 200-201.
10. Dieppe P. Recommended methodology for assessing the progression of osteoarthritis of the hip and knee joints. *Osteoarthritis cart.*, 1995, 3:73-77.

Laura Șincari, doctorandă
Catedra Medicină Internă Nr. 1, Rezidențiat USMF “Nicolae Testemițanu” Chișinău, str. Alecu Russo, 11
Tel.: 492147

Recepționat 24.02.2006



Современные подходы к лечению мигрени

D. Guțu

Articol înaintat pentru publicație de către Reprezentanta Companiei Engleze
GlaxoSmithKline Export Limited în Republica Moldova

Мигрень - это расстройство, характеризующееся головной болью, чаще односторонней, протекающей в форме приступов. Иногда приступы головной боли сочетаются с аурой, представляющей собой комплекс проходящих очаговых неврологических симптомов. Мигрень, являясь идиопатической формой головной боли, как правило, не приводит к необратимому поражению головного мозга, однако она тяжело переносится и существенно ухудшает качество жизни. Ею страдает от 3 до 30% населения, преимущественно лица в возрасте до 35 лет.

Международная классификация включает следующие формы мигрени [1]:

- 1) без ауры,
- 2) с аурой (аура без головной боли; базиллярная; эквиваленты; семейная гемиплегическая; гемиплегическая);
- 3) мигренозный статус;
- 4) осложненная мигрень;
- 5) другая мигрень (офтальмоплегическая; ретиальная);
- 6) мигрень неуточненная.

Важнейшими **этиологическими факторами** заболевания считаются наследственная предрасположенность, эндокринная недостаточность, нарушения сна, метеофакторы (колебания температуры воздуха, атмосферного давления и т. д.), курение, стресс. **Патогенез** мигрени сложен и до конца не выяснен. Наиболее известны сосудистая, нейrogenная и биохимическая теории [2]. Клинически типичный приступ простой мигрени состоит из двух фаз. В первой (фаза предвестников, которая возникает за день до начала головной боли) - отмечаются утомляемость, раздражительность, снижение настроения или, реже, эйфория. Во второй - появляется односторонняя пульсирующая головная боль, локализующаяся, как правило, в лобно-височной области. Длительность приступа не превышает 1-3 суток, ему нередко сопутствуют тошнота, рвота, светобоязнь. Нарушения сосудистого тонуса проявляются покраснением конъюнктивы, набуханием поверхностной височной артерии, побледнением кожи лица, похолоданием кистей и стоп. В типичных случаях аура проявляется парестезиями, начинающимися в кисти и распространяющимися на лицо и язык. При мигрени с аурой без головной боли отмечаются только зрительные нарушения. Для базиллярной мигрени характерны атаксия, дизартрия в сочетании со зрительными нарушениями и расстройствами чувствительности; для гемиплегической - односторонняя слабость конечностей; для

офтальмоплегической - мигренозные атаки с проходящими глазодвигательными (односторонний птоз, диплопия, мидариаз) расстройствами; для ретиальной - слепота на один глаз или монокулярная скотома. Осложненная мигрень проявляется мигренозным инсультом [6], который возникает только у больных, у которых приступ протекает с аурой. При этом очаговая симптоматика аналогична таковой при ауре у данного больного и сохраняется до 7 дней. По течению выделяют легкие, умеренные и тяжелые формы, которые определяются частотой и интенсивностью мигренозных проявлений.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИГРЕНОЗНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- Односторонняя локализация.
- Пульсирующий характер боли.
- Интенсивность, усугубляющаяся при монотонной работе и ходьбе.
- Тошнота, рвота, светобоязнь, чувствительность к звукам.
- Длительность мигренозной атаки от 4 до 72 часов.
- В анамнезе не менее 5 атак.
- Продолжительность любого симптома ауры не более 60 минут.
- Полная обратимость симптомов ауры.
- Длительность между аурой и головной болью 60 минут.

При правильно и своевременно проведенном лечении в условиях оптимального режима труда и отдыха мигрень не приводит к утрате трудоспособности. При лечении используются: 1) анальгетики-антипиретики; 2) препараты спазмолитики; 3) агонисты серотонина; 4) блокаторы b-адрено-рецепторов; 5) блокаторы кальциевых каналов. **Мощным противомигренозным действием обладают агонисты серотонина.** Наилучшим противомигренозным действием обладает препарат **Имигран** (Imigran) компании **GlaxoSmithKline (Великобритания)**.

Имигран (суматриптан) - специфический селективный агонист серотониновых 5HT₁-рецепторов (5-гидрокситриптамин-1-подобных), расположенных преимущественно в черепно-мозговых кровеносных сосудах. Не действует на другие подтипы серотониновых 5HT-рецепторов (5HT₂, 5HT₃). Выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, содержащих 50 или 100 мг суматриптана (в виде сукцината); в шприцах предварительного заполнения по 0,5 мл в комплекте с автоинжектором: во флаконах с дозирующим устройством в виде назального спрея (1 доза - 10 или 20 мг).

В экспериментальных исследованиях показано, что суматриптан вызывает избирательное сужение сонных артерий, не оказывая при этом существенного влияния на церебральный кровоток. Сонные артерии снабжают кровью экстракраниальные и интракраниальные ткани, в т.ч. мозговые оболочки. Считается, что расширение этих сосудов и/или их отек является основным механизмом развития мигрени у человека. Кроме того, экспериментально установлено, что суматриптан ингибирует активность тройничного нерва. Полагают, что указанные эффекты лежат в основе противомигренозной активности суматриптана. Клинический эффект отмечается через 10-15 мин после п/к введения препарата в дозе 6 мг, через 15 мин после интраназального введения 20 мг и через 30 мин после приема внутрь или ректального введения 100 мг препарата.

Показания:

- 1) купирование острых приступов мигрени, с аурой или без нее;
- 2) купирование острых приступов мигрени, с аурой или без нее, особенно у пациентов, у которых приступ протекает с тошнотой и рвотой, а также у пациентов, нуждающихся в быстром купировании приступа (для спрея назального).

Режим дозирования: Имигран не предназначен для применения с целью профилактики. **Имигран** рекомендуют применять как можно раньше после возникновения приступа мигрени, но он одинаково эффективен на любой стадии приступа. Внутрь для купирования острых приступов мигрени **взрослым** назначают **Имигран** в рекомендуемой дозе 50 мг, в некоторых случаях - 100 мг. Если симптомы мигрени не исчезают и не уменьшаются после введения первой дозы **Имиграна**, то препарат не следует назначать повторно для купирования продолжающегося приступа. Однако **Имигран** можно применять для купирования последующих приступов мигрени. Если симптомы уменьшились или прошли, а затем возобновились, можно принять вторую дозу в течение следующих 24 ч при условии, что интервал между дозами составляет не менее 2 ч. В течение

любого 24-часового периода максимальная доза **Имиграна** не должна превышать 300 мг. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая водой.

Противопоказания: ИБС или подозрение на ее наличие; стенокардия Принцметала; инфаркт миокарда в анамнезе; неконтролируемая артериальная гипертензия; заболевания периферических сосудов; инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; тяжелые нарушения функции печени; одновременный прием препаратов, содержащих эрготамин или его производные (в т.ч. метисергид); одновременный прием ингибиторов MAO и период до 14 дней после их отмены; повышенная чувствительность к препарату.

Беременность и лактация: Клинический опыт применения **Имиграна** при беременности ограничен. Препарат можно назначать только в случаях, когда предполагаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода. Таким образом, **Имигран** представляет собой чрезвычайно ценную новую терапевтическую альтернативу в лечении мигрени.

Литература

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. ВОЗ, Женева, 1995, т. 1, 698 с.
2. Мендель Т., Члюковская А. Мигрень - актуальный уровень знаний. Новости фармации и медицины, 1998; 32 (1-2): 2-6.
3. Вейн А. М., Колосова О. А и соавт. Мигрень. М, 1995. 180 с.
4. Колосова О. А., Осипова В. В. Современные аспекты клиники и патогенеза мигрени. Журн. невропат. и психiatr., 1991; 91 (5): 104-106.
5. Свиридова Е. И., Калашникова Л. А., Асанова Л. М. Нервно-психические расстройства у больных мигренью и их детей. Журн. невропат. и психiatr., 1990; 90 (8): 92-94.
6. Колосова О. П. Мигрень. В: Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. А. М. Вейна. М: Медицина, 1999: 111-148.
7. Боголепов Н. К. Клинические лекции по невропатологии. М: Медицина, 1971. 431 с.
8. Федорова М. Л. Мигрень. Большая медицинская энциклопедия, т. 15, М: Советская энциклопедия, 1981: 419-426.

Dragoş Guţu, director
 Reprezentanţa GlaxoSmithKline Export Limited
 Chişinău, str. Bănulescu Bodoni, 57/1, bir. 404
 Tel/Fax: 234717



Chişinău, Str. Bănulescu Bodoni, 57/1, bir. 404
 Tel/fax: 234717

Психотерапия в комплексном лечении соматоформных расстройств у детей и подростков

T. Ляшок

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГУМФ им. Н. А. Тестемичану

Psychotherapy in Complex Treatment Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescents

The article reports the results of a study of two types of treatment for psychosomatic disorders in forty-one children between 5 and 18 years old. Twenty-one patients underwent a complex treatment of psychotherapy: individual and, in some cases, family psychoanalysis and medication. Twenty patients received only medication. The group which received the complex treatment displayed the greater success. The results were seen in 16.8 ± 4.3 months.

Key words: clinical study, psychotherapy, psychosomatic disorders in childhood

Психотерапия в лечении комплексных соматоформных расстройств у детей и подростков

Scopul lucrării îl reprezintă optimizarea psihoterapiei în tratamentul complex al tulburărilor somatoforme la copii și adolescenți. Au fost studiați și tratați 41 de copii și adolescenți, cu vârsta cuprinsă între 5-15 ani. Pacienții au fost divizați în două grupuri de tratament: 21 de pacienți au administrat tratament complex: psihoterapie (de autocontrol *biofeedback*, psihanalitică individuală, familială) și farmacoterapie; 20 de pacienți - doar tratament medicamentos. Mai des, rezultate veridice pozitive s-au înregistrat în administrarea tratamentului complex în combinație cu psihoterapia individuală și familială (datele din catamneza $16,8 \pm 4,3$ luni).

Cuvinte-cheie: studiu clinic, psihoterapie, tulburări somatoforme la copii

Введение

Соматоформные расстройства составляют один из аспектов психосоматической патологии. Психосоматика является медицинской концепцией, которая теоретизирует модель болезней, в рамках которой болезненные расстройства объясняются как соматический отклик эмоциональных дисфункций, проявляющихся клинически или нет, образующихся вследствие интрапсихических конфликтов или внешних стрессовых причин [1]. В современной медицине соматоформные расстройства у детей и подростков представляют интерес и для семейных врачей, педиатров, хирургов, эндокринологов, урологов, но особенно для психиатров. Эти больные являются проблематичными, многократно обследуемыми, хроническими посетителями врачей. В детском контингенте число больных с соматоформными расстройствами составляет от 16 до 68% [2]. Такой разброс показателей обусловлен неоднозначной оценкой доли психологических факторов в соматической патологии у детей. В проблематике расстройств изучение эмоций в норме и патологии установлено и эволюционно-позитивную (приспособительную) роль, и отрицательное значение аффекта у детей, проявляющееся тогда, когда биологически адекватная реакция на ситуацию невозможна [3]. Наиболее часто негативное реагирование отмечается в первые месяцы жизни. Глубокая тревога, связанная со специфическими физиологическими функциями, ведущая к дисфункции, имеет основу в раннем взаимодействии между матерью и ребенком. Установлено, что имеющий ведущее значение в развитии психосоматики дефицит символизации эмоционального, соматического и ментального статуса формируется у незащищенных привязанностью, дезорганизованных детей [3,4]. Особенности эмоций у детей, их кратковременность,

разнообразие, интенсивность при большой устойчивости отрицательных, способствует частому возникновению пониженного настроения, при этом у мальчиков отмечается более выраженная симптоматика эмоциональных нарушений. По данным Антропова Ю. Ф., Шевченко Ю. С., у больных с психосоматическими расстройствами наблюдается депрессия невротического уровня. Среди особенностей детских депрессий отечественные и зарубежные авторы указывают на *маскированный* характер аффективной симптоматики (ларвированная детская депрессия): преобладание в клинике раннего и дошкольного возраста психосоматических проявлений - нарушений питания, развития (анаклитическая депрессия), энуреза, аутоэротизма, фобий, тревоги, и только у подростков присутствие аффективной симптоматики взрослых [5, 6]. Доминирование психосоматических нарушений в одной из функциональных систем наблюдается при энурезе, энкопрезе. Энурез на фоне стертых депрессивных состояний описан в 33% случаев, энкопрез - в 7% случаев. В настоящее время энурез у детей и подростков представляет медицинскую и социальную проблему в связи с распространенностью: 20% 5-летних детей, 2% молодых людей Англии и 5-7 миллионов детей Америки страдают этим расстройством [7].

В связи с распространенностью соматоформных расстройств актуальна проблема адекватности терапии, так как чаще всего эти больные получают симптоматическую фармакотерапию. Исследования терапевтических подходов при психосоматических расстройствах указывают на необходимость комплексности, которая включает психофармакотерапию и психотерапию [8, 9]. В то же время преимущественное использование суггестивной, поведенческой психотерапии также является симптоматическим подходом, так как не

соотносится с психогенезом расстройств. Психоаналитическая терапия базируется на глубоко-психологических механизмах образования симптомов и учитывает психосоматическую структуру личности. Horn Н., исходя из «огромного влияния окружающих взрослых на развитие ребенка и подростка», подчеркивает важность точной концептуализации родительской вовлеченности в расстройство ребенка для упорядочивания семейной терапии для возрастания эффекта этого подхода [10]. Сравнивая психотерапию, фармакотерапию и комбинированное лечение соматоформных расстройств, на основе изучения первоисточников, авторы чаще исследуют эффективность фармакотерапии, чем психотерапии. Исследования по комбинированию психотерапии с применением антидепрессантов содержат противоречивые данные. Психофармакология продемонстрировала выраженную эффективность в лечении депрессий у детей и подростков, но закрытый мониторинг требует оценки обратных эффектов, включая суицидальное поведение и ажитацию [11].

Учитывая актуальность данной темы, представляет теоретический и практический интерес изучение эффективности психотерапии.

Цель исследования – оптимизировать эффективность психотерапии в комплексном лечении соматоформных расстройств у детей и подростков с помощью исследования клинико-патопсихологических особенностей и применения соответствующих вариантов психотерапии - индивидуальной, семейной.

Материал и методика

Исследование проводилось в Психоневрологическом диспансере и дневном стационаре для детей за период 2001-2004 гг. Были исследованы и получали лечение 41 больной с соматоформными расстройствами. Возраст больных варьировал между 5 и 18 годами (дети – 33 (80,5%), подростки – 8 (19,5%)), средний возраст 10,8 лет. Пол: мужской – 29 (70,7%), женский – 12 (29,3%). Исследовались соматизированное расстройство – 2 больных (4,9%), невращения – 13 больных (31,7%), энурез – 18 больных (43,9%), энкопрез – 8 больных (19,5%). В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на две группы: основную и контрольную. В основной группе 21 пациент получали комплексное лечение: психотерапию – индивидуальную, семейную соответственно клиническим проявлениям и фармакотерапию, в контрольной группе 20 пациентов – только фармакотерапию. Больные обеих групп получали анксиолитики, седативные препараты. Наблюдаемые группы были однородными по полу, возрасту и выраженности расстройства ($p > 0,05$). Индивидуальную психотерапию получали 76,2% больных, сочетание индивидуальной и семейной психотерапии – 23,8% больных. Сеансы психотерапии (biofeedback, психоанализ) продолжительностью 1-1,5 часа проводились 1-2 раза в неделю в течение 3-6 месяцев.

Для исследования больных применялись методы: клинический, параклинический (электроэнцефалография, эхоэнцефалография, реоэнцефалография) и клинико-патопсихологический (рисуночные тесты «Дом, дерево, человек», «Моя семья», опросники Айзенка - взрослый и подростковый варианты, и Э. Г. Эйдемиллера - «Анализ внутрисе-

мейных взаимоотношений»). Повторные исследования были проведены в катамнезе (средняя длительность 16,8 ± 4,3 мес.). Статистический анализ эффективности лечения проводили с использованием ч критерия, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В генезе психогенных расстройств большое значение имеет конституционально-личностная неполноценность. У более половины обследованных больных (58,5%) установлены отклонения во время беременности, родов, синдромом невропатии, у 34,2% больных – наследственная отягощенность невротическими чертами, а в 19,5% - неполные семьи, 17,1% больных воспитывались родственниками из-за отъезда родителей за границу. Ранняя депривация – этиологический фактор депрессий в младшем возрасте, влияла не только на аффективные стороны психического развития, но способствовала и задержке психомоторного развития уже на первом году жизни – страх ходьбы после падения с задержкой формирования навыка - 9,8% больных. Взаимоотношения родителей в большинстве семей были открыто конфликтные или напряженные, создавая среду для психотравматизации 63,4% детей в семье. В отношениях с сибсами пациенты проявляли неустойчивость (36,6%) избирательно-положительное (46,3%) отношение. Несмотря на хорошие материально-бытовые условия почти у всех семей – 82,9%, отдельную комнату имели только 29,3% больных, отражая дисфункции системы *родитель-ребенок* (проблемы отделения, страх сепарации). Невротическое реагирование у больных наблюдалось с младшего возраста и выражалось в безвозвности, тревожности, трудностях адаптации. Выраженная дезадаптация в школе (детском саду) наблюдалась почти у всех больных с симптоматикой функционального характера – повышением температуры тела, головными болями, болями в животе, страхом школы (56,1%) и отражалась на поведении, учебе.

В анамнезе у всех пациентов наблюдались респираторные заболевания, некоторые лечились по поводу гастрита, дисфункций кишечника (19,5%), мочевого пузыря, аллергии (7,3%), функциональных нарушений трофики миокарда (2,4%). До появления симптоматики соматоформных расстройств больные имели следующие личностные особенности: высокую тревожность, сенситивность, внушаемость (97,6%), среднюю устойчивость интересов в играх, занятиях (56,1%), высокую активность (65,9%), высокую интенсивность, продолжительность эмоций (78,1%), низкую фрустрационную толерантность (85,4%). Во взаимоотношениях больные проявляли недоверчивость, средне - низкую общительность (60,9%), высокую агрессивность (75,6%). Среди возможных этиологических факторов соматоформных расстройств у больных определялись длительное эмоциональное напряжение - 100% больных, конфликты (незаслуженное наказание, оскорбления) 56,1% больных, стрессы (использ - 34,2% больных, сепарация, траур - 9,8% больных. В психогенезе рассматривались следующие интрапсихические конфликты по В. Н. Мясищеву: истерический (46,3%), невращенческий (36,6%), обсессивно-психастенический (17,1%). А также конфликты: между потребностью независимости и зависимостью (34,2%); между потребностью до-

стижения и страхом неудачи (36,6%); между нормами и тенденцией к агрессивному поведению (39%); между большой потребностью проявить себя и отсутствием признания достижений (36,6%). В процессе психотерапии выявлены психологические выигрыши от болезни в большинстве случаев: уход от решения трудных проблем (90,2%), поиск опеки, сочувствия, заботы (73,2%), поиск самоутверждения, признания (53,7%), отстранение от некоторых нагрузок в школе (детском саду), дома (31,7%), оправдание неудач, несостоятельности (29,3%).

Клиническая картина соматоформных расстройств отличалась полиморфизмом: у большинства больных базовый синдром сочетался с другими невротическими проявлениями менее выраженными, но достаточно многочисленными (62,9%). Таким образом, в клинике расстройств наблюдалась: депрессивная симптоматика (92,7%), в том числе с проявлениями негативизма, агрессивного поведения (12,2%), обсессивным влечением кусать ногти (24,4%); астенический синдром (73,2%); тревожно-фобический синдром (48,8%) – в спектре проявлений преобладали страхи школы (52,1%) и кошмары (68,3%); энурез (43,9%), энкопрез (19,5%), а также тики (9,7%); заикание (7,3%).

Параклинические исследования. По данным электроэнцефалографии почти у всех больных определялись умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, уменьшение амплитуды колебаний, гиперсинхронизация с отсутствием фокальных нарушений ритмики, что, по мнению ряда авторов, свидетельствует об эмоциональном напряжении и активации лимбико-ретикулярных структур [17]. Нормализация ЭЭГ сочеталась с редукцией невротических проявлений, отражая функциональный характер этих нарушений. По данным эхоэнцефалографии, у больных наблюдалось умеренное расширение боковых желудочков мозга – 80,5% больных, реоэнцефалографии – умеренная дистония сосудов мозга – 72,9% больных.

Экспериментально-психологические исследования служили не только материалом для анализа, но и источником информации, которая в некоторых случаях определяла направление в психотерапии. Проективные рисуночные тесты позволили получить разнообразную информацию о личностных характеристиках больных, которые дополняли клиническую картину соматоформных расстройств.

Интерпретация рисунка дом, дерево, человек. Анализ рисунка *дерева* выявил у больных: депрессивность из-за чувства незащищенности, скванность реальностью (56,2%), напряжение в стремлении к автономности с изоляцией аффекта от интеллекта (51,2%), игнорирование реальности, страх перед открытым выражением сильных эмоций (24,4%). Трудности адаптации обнаруживались в связи с бессознательным страхом кастрации, мазохистскими тенденциями (46,3%), недостаточным удовлетворением эмоциональных потребностей, компенсаторной интеллектуализацией (26,8%), трудностями управления влечениями, враждебностью (26,8%).

В рисунке *дома* депрессивность у больных объяснялась потребностью в домашнем очаге, склонностью отвергать его (61,5%), безнадёжностью относительно ситуации дома (30,7%). Также определялись враждебность, защит-

ные тенденции, нежелание впускать в свое «Я» (69,2%), потребность в привязанности, любви, как источнике тепла в доме, оральный эротизм (51,3%).

Рисунок *человека* отражал нарциссизм, экспансивность у больных, вуаеристические тенденции в регрессии (65,8%), выборочное восприятие информации из-за конфликта (51,2%), неадекватность и затруднения вербальной коммуникации (31,7%), потребность в интеллектуальном контроле агрессии (70,7%), тревогу и инфантильные сексуальные импульсы (53,7%). Часть больных проявляли эмоциональную зависимость от доминирующей матери с сосредоточенностью на соматических проявлениях (34,2%), компенсаторную озабоченность силой, властью при отсутствии внутреннего равновесия из-за трудностей идентификации (41,3%), отрицание телесных влечений, скванность, перфекционизм, эксгибиционизм (24,4%). Межличностные отношения больных характеризовались замкнутостью, зависимостью, субильным восприятием реальности (68,3%), амбивалентностью (неподчинение и незащищенность) в стремлении к независимости (58,5%), увлечением, фиксацией на энергичной деятельности (43,9%), ригидностью, страхом кастрации (41,5%).

Таким образом, ведущими клинико-патопсихологическими характеристиками больных были депрессивность, стремление к автономности, блокированное семьей, страх открытого выражения эмоций, неадекватность вербальной коммуникации, оральный эротизм, мазохистские тенденции, проблемы контролирования агрессии, эмоциональная зависимость от матери с сосредоточенностью на соматике, трудности самовосприятия, несоответствия телесных влечений необходимости их чрезмерного разумного контроля, инфантилизм, чувство неполноценности, тревога. Все эти проблемы могут быть основой множества интрапсихических конфликтов с клиническими проявлениями.

Учитывая роль семьи в формировании модели взаимоотношений ребенка, развитии невротических конфликтов или их нейтрализации, нами исследовалось функционирование систем взаимоотношений *родитель-родитель, родитель-ребенок*.

Рисунок Моя семья. Большинство больных воспринимали семью как совмещающую среду со страхом перед окружающей реальностью (69,2%). Родители были представлены доминирующими, агрессивными фигурами (66,3%), с проявлениями конфликта с отцом (26,3%), реже с матерью (6,3%). Доминирующую позицию в семье могли занимать также бабушки (25,3%), а подчиняемое – дедушки (8,4%). С ними больные проявляли конкурентные отношения (62,1%). Уровень интеграции и эмоциональных связей в большинстве семей был низкий (57,7%), присутствовал эгоцентризм, озабоченность материальными критериями социального статуса (49,5%), часть больных компенсировали потребность в любви и спокойствии через заботу о животном (20%). Выполнение рисунка позволило актуализировать, затем прорабатывать напряжения в семье в психотерапии.

По данным *опросника Э. Г. Эйдмиллера Анализ семейных взаимоотношений* большая часть больных воспринималась в стиле потворствующей (48,8%), доминирующей (26,8%) гиперпротекции, меньшая часть – в стиле гипоп-

ротекции, эмоционального отвержения с повышенной моральной ответственностью (24,4%). Отклонения в воспитании объяснялись воспитательной неуверенностью родителей (48,8%), фобией утраты ребенка (29,3%), предпочтением инфантилизма (17,1%). Расширение родительских чувств компенсировало с помощью ребенка недостаточную эмоциональную близость супругов (43,9%). Сфера воспитания использовалась для вынесения конфликтов супругов, проекции отрицательных качеств на ребенка (36,6%). Избирательность отношений родителя в зависимости от пола ребенка (31,7%), поверхностный интерес к ребенку (12,2%) объясняли трудности интеграции семьи, проблемы идентификации больных.

Таким образом, неблагоприятные взаимоотношения родителей в большинстве случаев являлись отражением семейных представлений в родительских семьях, влияя на стиль воспитания детей. Процесс воспитания не ориентировался на детей, а служил реализации компенсаторных тенденций родителей. То есть интрапсихические конфликты родителей могли способствовать генерированию соматоформных расстройств детей.

По данным опросника Айзенка, большая часть родителей были интровертами (67,5%), а подростков (95%) - экстравертами. Родители (52,5%) и подростки (60%) обнаруживали средний нейротизм. То есть родители проявляли черты меланхолического и флегматического темперамента, а подростки - холерического и сангвинического темперамента. Действительно, большинство родителей были легко расстраиваемыми, тревожными, ригидными личностями, а подростки - активными, вспыльчивыми, нуждающимися в эмоциональных привязанностях. Личностные несоответствия создают условия для непонимания родителями эмоциональных потребностей подростков.

Эффективность любого терапевтического вмешательства определяется исчезновением симптоматики, долговременность результата учитывалась в катанезе. Положительному эффекту лечения соответствовали: клиническая компенсация (уменьшение базовой, сопутствующей или всей симптоматики), разрешение внутренних конфликтов, адекватность во взаимоотношениях в семье и обществе.

Положительный эффект лечения достоверно преобладал у девочек: 65,7% случаев ($\chi^2=4,61$; $p<0,05$). Наблюдалось уменьшение как базовой - 59,6%, так и сопутствующей - 50% симптоматики ($\chi^2=4,09$; $p<0,05$). У отцов 26-56 лет дети чаще имели положительный эффект лечения: 53,1% случаев, чем моложе 26 лет - 16,6% случаев, что объяснялось большей стабильностью в семье и заботой о детях ($\chi^2=5,83$ $p<0,05$). Положительному эффекту способствовали удовлетворенность учебной и трудовой деятельностью у подростков - 60% случаев ($\chi^2=4,12$ $p<0,05$). Преобладало уменьшение физической симптоматики: 67,7% ($\chi^2=5,01$ $p<0,05$), соматических жалоб - 75% ($\chi^2=2,12$ $p>0,05$), депрессивной симптоматики - 48,9% ($\chi^2=1,07$ $p>0,05$), астенических проявлений - 58,3% ($\chi^2=0,8$ $p>0,05$), обсессивной симптоматики - 51,5% ($\chi^2=0,04$ $p>0,05$), энуреза - 34,8% ($\chi^2=2,55$ $p>0,05$), энкопреза - 11,1% ($\chi^2=5,82$ $p<0,05$).

В результате психотерапии наблюдались положительные изменения в личностном аспекте больных. Данные ри-

сунка Дом, дерево, человек в катанезе зафиксировали гармонно между духовной и материальной жизнью субъекта: 51,5% случаев ($\chi^2=0,12$ $p>0,05$), снижение напряжения и тенденции блокировать эмоции - 58,3% случаев ($\chi^2=3,53$ $p>0,05$), уменьшение страха кастрации и мазохистских тенденций - 56,1% случаев ($\chi^2=0,86$ $p>0,05$), уменьшение агрессивных тенденций - 53,1%, тревоги - 59,5% случаев ($\chi^2=3,18$ $p>0,05$), облегчение межличностных контактов, замещение признаков орального, анального эротизма соответствующими вариантами формами - 55% случаев ($\chi^2=0,57$ $p>0,05$), а также снижение вербальной агрессивности - 52,7% случаев ($\chi^2=0,9$ $p>0,05$), контроль телесных импульсов - 65,7% случаев ($\chi^2=5,16$ $p>0,05$), компенсацию нарциссизма - 59,5% случаев ($\chi^2=2,11$ $p>0,05$). По данным рисуночного теста *Моя семья* в результате лечения у больных установлено существенное улучшение семейной атмосферы - 65,4% случаев ($\chi^2=2,73$ $p>0,05$). По данным опросника Айзенка, 48,7% подростков обнаруживали снижение нейротизма ($\chi^2=0,18$ $p>0,05$).

Применение фармакотерапии сопровождалось кратковременным эффектом - больные вновь поступали на лечение, комплексное применение психотерапии и фармакотерапии в большинстве случаев сопровождалось положительным эффектом - 68% ($\chi^2=59,02$ $p<0,001$). При применении индивидуальной психотерапии положительный эффект наблюдался в 51,1% случаев, при сочетании индивидуальной и семейной психотерапии - 86,8% случаев ($\chi^2=15,99$ $p<0,001$). Учитывая многофакторную этиологию соматоформных расстройств (генетические, биологические, стрессовые факторы, свойства темперамента, модели родительского влияния), терапевтические программы включали семейные консультации, психотерапию. Однако применение семейной психотерапии часто было затруднено из-за отказа родителей включиться в терапию, родительской замешанности из-за бессознательных конфликтов в расстройстве ребенка.

Выводы

1. В клинической картине у больных обеих групп преобладала депрессивная, астеническая симптоматика, тревожно-фобический синдром, энурез, которые имели связь с конфликтами, стрессами, сепарацией. Возникновению расстройств предшествовали: невропатия, ранние невротические реакции, трудности адаптации, личностные особенности больных - тревожность, сенситивность, высокая продолжительность эмоций, агрессивность.
2. У больных установлены патопсихологические проявления: депрессивность в связи с блокированием автономности, чрезмерная эмоциональная зависимость от матери с сосредоточенностью на соматике, страх открытого выражения эмоций, неадекватность вербальной коммуникации, оральная эротизм, мазохистские, частично интериоризированная агрессия, отрицание телесных влечений. Эти данные являлись предметом психотерапии.
3. Бессознательные конфликты, структурная незрелость воспитывающихся личностей, результирующие в расстройстве детей указывали на необходимость семейной психотерапии.

4. Применение только фармакотерапии недостаточно для лечения соматоформных расстройств у детей и подростков. Наиболее эффективным является комплексный подход с применением сочетания индивидуальной и семейной психотерапии – достоверное преобладание положительного эффекта лечения в катамнезе.

Literatura

1. Nacu A. Relațiile psihosomatice la etapa contemporană. Curierul medical, №2, 1998, p. 13-17.
2. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб. Изд-во Речь, 2002.
3. Bergman A., Harpaz-Rotem I. Revisiting rapprochement in the light of contemporary developmental theories. J. Am. Psychoanal. Assoc., 2004; 52(2): 55-70.
4. Lemche E., Klann-Delius G. et al. Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia. Psychother. Psychosom., 2004; 73(6): 366-74.
5. Nissen G. Depressive Syndrome im Kindes – und Jugendalters. New York, 1971.
6. Van Kampen. High initial efficacy of full-spectrum therapy for nocturnal enuresis in children and adolescents. BJU. Int., 2002; 90(1): 7-804.

7. Fritz G., Rockney R. et al. Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with enuresis. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr., 2004; 43(12): 50-1540.
8. Baving L., Schmidt M. H. Evaluated treatment approaches in child and adolescent psychiatry. Z. Kinder Jugendpsychiatr Psychother., 2001; 29(3): 189-205.
9. Амон Г. Психосоматическая терапия. СПб. Изд-во Речь, 2000.
10. Horn H. Involving parents in child psychoanalytic psychotherapy. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr., 2003; 52(10): 766-76.
11. Hamrin V., Pachler M. Child and adolescent depression: review of the latest evidence-based treatments. J. Psychosoc. Nurs. Men. Health. Serv., 2005; 43(1): 54-63.
12. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия. М. Изд-во Медицина, 1990.

Tatiana Leaşoc, doctorandă
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală
USMF „Nicolae Testemițanu”
Tel.: 079729964
E-mail: le_tatiana@inbox.ro

Recepționat 16.01.2006

Proprietăți biomecanice ale ligamentelor uterului

O. Belic, M. Ștefanet

Catedra Anatomia Omului, USMF “Nicolae Testemițanu”

Biomechanical Properties of the Uterine Ligaments

The study of the uterine ligamentary apparatus morphology showed the presence of bands of smooth muscular tissue, structural elastic fibers which give the ligaments their elasto-mechanical properties. The analysis of biomechanical properties of round and wide ligaments showed the limits of reliability to be 3.96 ± 2.1 N/mm² in patients 41- 48 years old and 2.65 ± 0.14 N/mm² in those over 49. The longitudinal limit of the wide ligament is 9.18 ± 3.55 N/mm² and 6.43 ± 0.06 N/mm², and the transverse 7.1 ± 1.0 N/mm²; 7.55 ± 0.27 N/mm². The results of this research can be used in preventative medicine, surgical gynecology and training.

Key words: biomechanical properties, uterin ligamentary apparatus

Биомеханические свойства связок матки

Изучение морфологии связочного аппарата матки показало наличие в их структуре пучков гладкой мышечной ткани, эластических волокон, которые обеспечивают связкам эластичность. Анализ изучения биомеханических свойств круглых и широких связок показал, что предел прочности равен 3.96 ± 2.1 N/mm² (41- 48 лет) и 2.65 ± 0.14 N/mm² (старше 49 лет), а для широкой связки - 9.18 ± 3.55 N/mm² и 6.43 ± 0.06 N/mm² (при продольном нагружении проб) и 7.1 ± 1.0 N/mm²; 7.55 ± 0.27 N/mm² (при поперечном нагружении). Результаты исследования можно использовать в профилактической медицине, хирургической гинекологии и в учебном процессе.

Ключевые слова: биомеханические свойства, связочный аппарат матки

Introducere

Formațiunile conjunctive, care stau la baza aparatului ligamentar al diferitelor organe și sisteme, prezintă structuri dinamice care reacționează prompt la influența mulțililor factori ai mediului intern și cel ambiant. Structura acestor ligamente și proprietățile lor biomecanice prezintă o reflectare a particularităților morfofuncționale ale viscerelor în diferite perioade de vârstă, în normă și patologic.

În literatura de specialitate am întâlnit numai o singură lucrare (1) dedicată studierii proprietăților biomecanice ale ligamentului rotund al uterului. Tracțiunea lentă și continuă a ligamentului rotund determină o alungire mai accentuată a porțiunii inghinală (cu 1 – 3 cm), în timp ce tracțiunea porțiunii pelviene (fără disecție prealabilă) determină o alungire de numai 1 – 2 cm. În opinia autorului citat, tracțiunea exercitată asupra ligamentului rotund în sectorul său inghinal nu duce la apariția

unui fund de sac peritoneal la nivelul inelului inghinal profund, fund de sac care să ridice probleme de ordin tehnico-chirurgical. Ruperea ligamentului rotund se obține ușor la femeile tinere prin tracțiunea bruscă a porțiunii intrapelviene deperitonizate. Ruptura se produce la nivelul limitei dintre zona deperitonizată și cea încă peritonizată sau în apropierea acestei frontiere, fapt care ne sugerează ideea despre rolul mecanic al peritoneului mai important decât cel în general cunoscut. La femeile în vârstă, rezistența la tracțiune a ligamentului rotund este mult crescută, ruperea obținându-se uneori cu mare dificultate.

Dat fiind faptul că informația privind problema de interes e insuficient reflectată în literatura de specialitate, noi am decis să efectuăm o analiză a datelor bibliografice referitor la proprietățile biomecanice ale țesuturilor conjunctive cu structură similară aparatului ligamentar al uterului.

Gradul de extensie și forța de rupere a peretelui aortei cu vârsta se micșorează de 2 – 2,5 ori (3, 4, 5). Cele mai extensibile sunt porțiunile ascendente și abdominală, mai puțin – crosa și porțiunea toracică descendentă a aortei.

Tunicile peritoneale, colectate de la cornute mari, se caracterizează printr-o rezistență și o elasticitate înaltă (2). Forța medie de rupere, care revine unui mm² în secțiune transversală

a lamelelor peritoneale, este egală cu 6 – 7 kg. Extensia lor oscilează în limitele de 12 – 20% în raport cu lungimea inițială a probelor supuse examinării.

Scopul cercetării

Determinarea proprietăților biomecanice ale ligamentelor rotunde și late ale uterului uman.

Material și metode

Unii parametri biomecanici ai ligamentelor uterine late și rotunde, în special rezistența maximă, au fost evaluați pe 21 de cadavre. Cu acest scop am folosit mașina de încercări mecanice „F- P 10” (Germania) cu mărirea forței minimă a diviziunilor 2 N în primul diapazon, în condițiile laboratorului catedrei Rezistența Materialelor a facultății Inginerie și Management în Construcția de Mașini, UTM, Chișinău, și un dispozitiv confecționat cu participarea noastră și acceptat drept propunere-inovație (certificat de inovator nr. 3645 din 26.06.2000 și modificarea acestuia - certificat de inovator nr. 4090 din 22.12.2003, eliberate de USMF „Nicolae Testemițanu”). Metoda de determinare a gradului de extindere a ligamentelor uterului a fost acceptată drept propunere-inovație – certificat de inovator nr. 4074 din 16.12.03, eliberat de USMF „Nicolae Testemițanu”.

Tabelul 1

Ligamentul rotund al uterului (segmentul ligamentar). Forța de rupere a probelor orientate longitudinal

Grupuri de vârstă (ani)	Ligamentul rotund (segmentul ligamentar)			
	Numărul de probe, n	Efort, N M ± m	P	Coefficientul de variație, Cv %
I - 41 – 48	5	29,4 ± 2,7	< 0,001	18,36
II - 49 – 55	6	15,02 ± 2,8	< 0,01	41,3
III - 56 – 66	5	11,72 ± 3,3	< 0,05	55,5
IV - >67	5	8,04 ± 1,5	< 0,01	41,0

Tabelul 2

Forța de tensiune la ruperea ligamentului rotund

Grupuri de vârstă (ani)	Ligamentul rotund (segmentul ligamentar)		
	Numărul de probe, n	Efort, N M ± m	Coefficientul de variație, Cv %
I - 41 – 48	5	29,4 ± 2,7	18,36
II - > 49	16	11,59 ± 0,3	10,6
p < 0,01			

Tabelul 3

Parametrii tensometrici principali (I – III) ai ligamentului rotund al uterului

Grupuri de vârstă (ani)	I			II			III		
	M ± m	P	Cv	M ± m	P	Cv	M ± m	P	Cv
I - 41 – 48	3,96 ± 2,1	>0,05	106,1	66,6 ± 7,9	<0,001	26,3	0,084 ± 0,03	<0,05	83,3
II - 49 – 55	2,7 ± 0,7	<0,05	55,1	51,2 ± 7,5	<0,001	34,9	0,21 ± 0,16	>0,05	185,7
III - 56 – 66	4,16 ± 0,5	<0,001	24,0	42,0 ± 3,3	<0,001	17,1	0,098 ± 0,02	<0,01	40,8
IV - > 67	3,83 ± 1,1	<0,05	57,4	44,24 ± 9,3	<0,01	46,3	0,08 ± 0,02	<0,01	62,5

Tabelul 4

Parametri biomecanici ai ligamentului rotund, în funcție de vârstă

Grupuri de vârstă (ani)	I		II		III	
	M ± m	Cv	M ± m	Cv	M ± m	Cv
I - 41 – 48	3,96 ± 2,1	106,1	66,6 ± 7,9	26,3	0,084 ± 0,03	83,3
II - > 49	2,65 ± 0,14	56,6	45,8 ± 0,4	3,9	0,13 ± 0,006	23,1
p > 0,05			p < 0,05			p > 0,05

Observație: I – limita de duritate, N/mm²; II – extindere la rupere, %; III – coeficientul de rigiditate, N/mm².

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

Rezultate și discuții

Rezultatele analizei datelor obținute în actualul studiu denotă, că particularitățile elasto-mecanice ale ligamentului rotund al uterului diferă de la o perioadă de vârstă la alta, de la caz la caz, ele, totodată, corelând cu starea fiziologică a organismului. Informația tensometrică care se referă la segmentul ligamentar al ligamentului *teres uteri*, în aspect de vârstă, este prezentată în tabelul 1.

În tabelul 1 sunt expuși unii parametri tensometrici stabiliți prin examinarea probelor obținute din segmentul ligamentar al ligamentului *teres uteri*. Probele au fost supuse solicitărilor mecanice cu aplicarea forței paralel axului mare al ligamentului rotund, cu înregistrarea eforturilor care conduc la apariția soluțiilor de continuitate a materialului examinat. Așadar, solicitare maximă – 29,4 ± 2,7 N suportau probele prelevate de la persoane în vârstă de 41- 48 de ani. Rezistență minimă s-a înregistrat în grupul de vârstă IV – persoane care au depășit vârsta de 67 de ani, la care parametrul în cauză echivalează cu 8,04 ± 1,5 N. Referitor la valoarea coeficientului de variație, putem constata că în perioada

de vârstă 41-48 de ani variabilitatea medie a fenomenului studiat este de 18,36%, iar în alte loturi acest parametru este mai înalt, constituind respectiv 41,3, 55,5 și 41,0%.

În perioada reproductivă (până la 48 de ani) și în cea de menopauză (după 49 de ani) a fost stabilită o diferență statistic semnificativă: $p < 0,01$ (tabelul 2).

Conform rezultatelor obținute, limita rezistenței ligamentului rotund, în perioada de vârstă 41-48 de ani, este egală $3,96 \pm 2,1$ N/mm², iar, în perioada de vârstă 56 – 66 de ani, este mai înaltă și constituie $4,16 \pm 0,5$ N/mm². Valorile limitei de duritate, a extinderii la rupere și a coeficientului de rigiditate sunt prezentate în tabelul 3.

Nu a fost stabilită diferență statistic veridică a limitei de duritate în perioada reproductivă (grupul I, până la 48 de ani) și în perioada menopauzei (grupul II, >49 de ani) – $p > 0,05$ (tabelul 4).

Proprietățile biomecanice ale ligamentului lat sunt dependente în anumită măsură de prezența, orientarea spațială a componentelor sale fibrilare. Noi am stabilit efortul depus

Tabelul 5

Forța de rupere a ligamentului lat

Grupuri de vârstă (ani)	Determinare în sens longitudinal			
	Numărul de probe, n	Efort, N M ± m	P	Coeficientul de variație, Cv %
I - 41 – 48	5	20,48 ± 3,65	< 0,01	35,6
II - 49 – 55	6	13,4 ± 2,0	< 0,001	32,8
III - 56 – 66	5	10,58 ± 1,0	< 0,001	20,79
IV - > 67	5	7,21 ± 1,7	< 0,01	47,2

Tabelul 6

Efort care cauzează ruperea totală a ligamentului lat

Grupuri de vârstă (ani)	Determinare în sens transversal			
	Numărul de probe, n.	Efort, N M ± m	P	Coeficientul de variație, Cv %
I - 41 – 48	5	13,72 ± 2,85	< 0,01	41,5
II - 49 – 55	6	9,07 ± 2,6	< 0,05	62,8
III - 56 – 66	5	13,3 ± 2,6	< 0,001	39,1
IV - > 67	5	7,06 ± 0,4	< 0,001	11,3

Tabelul 7

Forța de rupere a ligamentului lat

Grupuri de vârstă (ani)	Determinare în sens longitudinal			Determinare în sens transversal		
	Numărul de probe, n.	Efort, N M ± m	Coeficientul de variație Cv%	Numărul de probe, n.	Efort, N M ± m	Coeficientul de variație Cv%
I – 41 – 48	5	20,48 ± 3,65	35,6	5	13,72 ± 2,85	41,5
II - >49	16	10,4 ± 0,3	10,6	16	9,81 ± 0,28	11,21
		$p < 0,05$			$p > 0,05$	

Tabelul 8

Parametrii biomecanici principali (I – III) ai ligamentului lat al uterului

Grupuri de vârstă (ani)	Determinare în sens longitudinal								
	I			II			III		
	M ± m	P	Cv	M ± m	P	Cv	M ± m	P	Cv
I - 41 – 48	9,18±3,55	<0,05	77,3	62,0±2,6	<0,001	9,2	0,17±0,07	<0,05	94,1
II - 49 – 55	7,2±1,3	<0,01	40,3	59,6±10,6	<0,01	42,6	0,13±0,02	<0,001	30,8
III - 56 – 66	6,3±1,75	<0,05	55,6	36,4±11,4	<0,05	68,7	0,30±0,09	<0,05	63,3
IV - > 67	5,81±1,85	<0,05	63,8	34,8±8,1	<0,01	51,1	0,15±0,02	<0,001	33,3

Tabelul 9

Parametrii biomecanici principali (I – III) ai ligamentului lat al uterului

Grupuri de vârstă (ani)	Determinare în sens transversal								
	I			II			III		
	M ± m	P	Cv	M ± m	P	Cv	M ± m	P	Cv
I - 41 – 48	7,1±1,0	<0,001	31,0	35,0±6,3	<0,01	39,7	0,21±0,04	<0,01	42,0
II - 49 – 55	10,34±6,1	>0,05	141,2	48,2±14,4	<0,05	71,8	0,20±0,09	<0,05	100,0
III - 56 – 66	8,05±2,8	<0,05	75,8	29,6±4,1	<0,001	30,7	0,31±0,1	<0,05	96,8
IV - > 67	4,27±0,4	<0,001	18,7	20,8±2,9	<0,001	31,25	0,21±0,03	<0,001	28,6

Tabelul 10

Particularitățile biomecanice ale ligamentului lat, în funcție de vârstă

Grupuri de vârstă (ani)	Determinare în sens longitudinal					
	I		II		III	
	M ± m	Cv	M ± m	Cv	M ± m	Cv
I - 41 – 48	9,18 ± 3,55	77,3	62,0 ± 2,6	9,2	0,17 ± 0,07	94,1
II - > 49	6,43 ± 0,06	3,9	43,6 ± 1,2	11,2	0,19 ± 0,008	15,8
	p > 0,05		p < 0,01		p > 0,05	

Tabelul 11

Particularitățile biomecanice ale ligamentului lat, în funcție de vârstă

Grupuri de vârstă (ani)	Determinare în sens transversal					
	I		II		III	
	M ± m	Cv	M ± m	Cv	M ± m	Cv
I - 41 – 48	7,1 ± 1,0	31,0	35,0 ± 6,3	39,7	0,21 ± 0,04	42,9
II - > 49	7,55 ± 0,27	14,6	32,8 ± 1,2	14,9	0,24 ± 0,005	8,3
	p > 0,05		p > 0,05		p > 0,05	

asupra ligamentului lat, care cauzează ruperea totală a pieselor examinate și gradul de extensie a lor, ele fiind extensionate în sens longitudinal.

Conform datelor prezentate în tabelul 5, o solicitare mecanică maximă [(20,48 ± 3,65 N), (p < 0,01)] suportau probele prelevate din ligamentele late ale uterului, care aparțineau persoanelor cu vârsta cuprinsă între 41-48 de ani. În lotul experimental constituit din piese anatomiche respective, colectate de la persoanele vârstă cărora depășea 67 de ani, s-a înregistrat cea mai scăzută forță de rupere a probelor – 7,21 ± 1,74 N (p < 0,01). E necesar de evidențiat gradul mediu de variabilitate a parametrului în cauză, în perioada de vârstă 56 – 66 de ani, în care coeficientul de variație (C_v) este 20,79%. În celelalte categorii de vârstă se observă un grad înalt al criteriului studiat (C_v > 20,0%). În studierea forței de tensiune, care provoacă ruperea totală a ligamentului lat pe axul transversal (tabelul 6), s-a stabilit că lotul I cu vârsta de 41 – 48 de ani posedă cel mai înalt indice de efort necesar (13,72 ± 2,85 N); concomitent cu înaintarea în vârstă, acest indice scade – în lotul cu vârsta de peste 67 de ani, acesta este egal cu 7,06 ± 0,4 N (p < 0,001). Putem enunța un grad mediu de variație a lui în perioada de vârstă de după 67 de ani (C_v = 11,3), pe când în celelalte perioade de vârstă observăm un grad înalt al forței necesare pentru ruperea ligamentului vizat.

Compararea datelor statistice, referitor la două grupuri de vârstă (I – perioada reproductivă – până la 48 de ani și II – perioada menopauzală – după 49 de ani) indică eocvent diminuarea mării acestui efort odată cu înaintarea în vârstă [41 – 48 de ani - 20,48 ± 3,65 N și 10,4 ± 0,3 N, în perioada de vârstă de după 49 de ani (p < 0,05)]. Diferență statistic autentică,

la piesele examinate în sens transversal [13,72 ± 2,85 N și 9,81 ± 0,28 N (p > 0,05) respectiv], nu s-a stabilit (tabelul 7).

Noi am stabilit parametrii biometrici principali (I – limita durității, N/mm²; II – extinderea la rupere, %; III – coeficientul de rigiditate, N/mm²) a ligamentului lat (determinare în sens longitudinal - tabelul 8 și transversal - tabelul 9).

După cum denotă datele din tablelele 8 și 9, limita durității în direcție longitudinală cu vârsta scade (9,18 ± 3,55 N/mm² în I perioadă de vârstă (41 – 48 de ani) și 5,81 ± 1,85 N/mm², în a IV-a perioadă de vârstă, la femeile de peste 67 de ani, iar în extindere transversală, în al II-lea grup de vârstă (49-55 de ani) este cel mai înalt – 10,34 ± 6,1 N/mm².

Comparând datele din două grupuri de vârstă: grupul I – 41–48 de ani și al II-lea – după 49 de ani, s-a stabilit că pentru majoritatea indicilor tensometrici ele nu sunt statistic veridice (p > 0,05) [tablelele 10, 11].

Reieșind din particularitățile poziționării distribuiri ligamentelor uterine și luând în considerație prezența în structura lor a fibrelor musculare netede și striate și a fasciculelor colagene, reticuline, elastice, conform legilor biomecanicii, în jurul uterului se formează un sistem de cupluri de forță. Firește, în unele din cupluri forțele acționează în direcții diametral opuse, în alte cupluri direcția forțelor de acțiune este amenajată sub un unghi. Aceste cupluri sunt multiple, bine pronunțate și, conform specificului de acțiune, contribuie la menținerea poziției normale a uterului. Posibil că la modificarea uneia din componentele cuplului de forță (traumă, intervenție chirurgicală, dereglarea țintei și a centrului de greutate al corpului) se creează premise pentru dereglări în celelalte forțe, secundate de apariția și dezvoltarea ulterior a prolapsului uterin.

Bibliografie

1. Ciobanu G. T. Ligamentele rotunde ale uterului uman. Rezumatul tezei de doctorat. Litografia IMF. Cluj-Napoca, 1978.
2. Кузнецов Н. Н. Брюшина крупного рогатого скота и препараты из нее как новый пластический материал для медицинской практики. Дисс. на соискание уч. ст. д.м.н. Кишинев, 1958.
3. Фрунган Н. М. Биоморфоз аорты человека. Кишинев, *Штиинца*, 1982, 176 с.
4. Фрунган Н. М. Упругомеханические свойства стенки аорты человека в возрастном аспекте. *Механика композитных материалов*, 1982, 6, с. 1072 -1076.

5. Яруев Ю. А. Морфологические и функциональные аспекты изучения некоторых механических свойств аорты человека. *Механика полимеров*, 1975, с.730-736.

Olga Belic, dr., lector superior
Catedra Anatomia Omului
USMF "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 192
Tel.: 205210
Recepționat 16.09.2005

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

Supravegherea și controlul infecției HIV/SIDA la etapa actuală în Republica Moldova

V. Chicu¹, V. Dobreanșchi², Ș. Cheorghita²

¹Catedra Epidemiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

²Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Mențiuni

Investigațiile au fost efectuate în cadrul Proiectului - Pactul de Stabilitate pentru Europa de Sud – Est: *Fortificarea supravegherii hidurilor politice și legislației pentru a preveni și a controla bolile infecțioase*, finanțat de Ministerul Sănătății și Solidarității Sociale al Greciei. Opiniile, rezultatele, concluziile și recomandările prezentate în acest studiu aparțin autorilor și nu reflectă poziția Ministerului Sănătății și a Solidarității Sociale al Greciei.

HIV/AIDS Surveillance in the Republic of Moldova at the Present Stage of the Epidemic

The HIV/AIDS epidemic shows a continuous increase in the numbers of new cases in the years 2003-2005. In 2005 the highest index of the increase of HIV/AIDS incidence was recorded – 12.5 cases per 100,000 of the population. The HIV/AIDS infection rate is growing steadily. At the end of 2005 there were 65.2 cases of HIV/AIDS per 100,000 in the Republic as a whole. In five administrative territories the prevalence index was higher than that of the Republic. In 2005, more than half of the new cases of HIV/AIDS – 55.5% - were through sexual contact. The author proposes the immediate creation of an adequate system of HIV/AIDS surveillance in the Republic.

Key words: HIV/AIDS infection, behavioral risk

Надзор и контроль ВИЧ/СПИД инфекции в Республике Молдова на современном этапе

Характерным для эпидемического процесса ВИЧ/СПИД инфекции является постоянный рост количества новых случаев на протяжении 2003-2005 годов. В 2005 году был определен самый высокий показатель ВИЧ-инфицированности – 12.5 случаев на 100000 населения, а показатель превалентности на конец 2005 года составил 65,20‰₁₀₀₀₀₀. В 5 административных территориях показатели превалентности выше республиканского показателя. В 2005 году основное значение в распространении ВИЧ/СПИД инфекции имел половой путь передачи, удельный вес которого составил 55,5% от общего количества вновь зарегистрированных случаев. Предложена адекватная система надзора и контроля ВИЧ/СПИД инфекции на современном этапе в Республике Молдова.

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД инфекция, надзор, контроль, поведенческий риск

Introducere

Fiind o maladie emergentă (primele cazuri de boală au fost înregistrate în anul 1981), infecția HIV /SIDA, într-un termen relativ scurt, a afectat populația din peste 200 de țări de pe globul pământesc [6]. Pandemia de HIV/SIDA prezintă un pericol real

pentru securitatea statelor și întreaga omenire, aducând cele mai mari prejudicii morale, sociale și economice din toate bolile infecțioase, care s-au înregistrat în ultimele decenii.

Conform Programelor ONU SIDA (UNAIDS), numărul estimativ al persoanelor infectate de maladia HIV/SIDA este

de 40,3 milioane, inclusiv 38,0 mln. de adulți, dintre care 17,5 mln. sunt femei și 2,3 mln. – copii. Numai pe parcursul anului 2005 au fost înregistrate 4,9 mln. de cazuri noi [7].

De la debutul epidemiei globale au decedat din cauza maladiei SIDA 25 mln. de bolnavi, inclusiv 3,1 mln. în anul 2005. O particularitate caracteristică pentru pandemia de HIV/SIDA din ultimii ani este creșterea cu un ritm vertiginos a numărului de persoane afectate în țările Europei de Est și Asiei Centrale. Un teritoriu cu risc înalt de răspândire a devenit Federația Rusă, unde au fost depistate 70% din numărul tuturor persoanelor infectate în această regiune. În Țările Baltice, pe parcursul ultimilor 2-3 ani, numărul persoanelor HIV pozitive depistate s-a majorat de 5-6 ori [6].

În linii generale, pentru procesul epidemic al infecției HIV/SIDA în țările Europei de Est, sunt caracteristice următoarele particularități [6]:

- în majoritatea țărilor epidemia se află în faza inițială de dezvoltare și intervențiile oportune, eficiente și operative pot reduce răspândirea ei în perspectivă;
- peste 80% din numărul persoanelor infectate sau bolnave sunt la vârsta de până la 30 de ani (în țările Europei de Vest cota acestui grup de vârstă constituie doar 30%);
- creșterea rolului transmiterii pe cale sexuală și tendința de extindere a infecției în rândurile populației generale;
- existența factorilor sociali și comportamentali (situația socio-economică nefavorabilă, migrația intensivă a populației, utilizarea de către tineret a drogurilor pe cale intravenoasă) care favorizează răspândirea infecției HIV/SIDA.

Scopul lucrării

Analiza manifestării procesului epidemic, actelor legislative și normative existente și propunerea unui sistem adecvat de supraveghere și de control al infecției HIV/SIDA în Republica Moldova, la etapa actuală.

Material și metode

Pentru efectuarea studiului au fost utilizate materialele rapoartelor statistice și investigațiilor epidemiologice ale cazurilor de infecție HIV/SIDA, înregistrate în Republica Moldova, în anii 1987-2005, cât și actele legislative și normative în vigoare, care reglementează activitatea de combatere și de

profilaxie a infecției. Au fost folosite metodele de analiză epidemiologică descriptivă și analitică.

Diagramele au fost realizate cu ajutorul programului Microsoft Excel.

Rezultate și discuții

Pentru Republica Moldova infecția HIV/SIDA este o problemă prioritară de sănătate publică. Conform rezultatelor seminarului național, la care au participat 131 de specialiști, inclusiv: epidemiologi, infecționiști, microbiologi, medici de familie etc., infecția HIV/SIDA a fost plasată pe primul loc în lista bolilor infecțioase, prioritară pentru sistemul de supraveghere în republică.

Răspândirea epidemică a infecției HIV/SIDA se înregistrează din anul 1996 (fig.1), fiind transmisă preponderent pe cale parentală (utilizarea intravenos a drogurilor) – 83,4 % din numărul total de cazuri înregistrate (fig.3). Pe parcursul ultimilor 10 ani dinamica incidenței are un caracter neuniform (fig.1) cu o creștere în aa. 1996-1999, indicele maximal fiind înregistrat în anul 1998 ($9,4\%_{0000}$). În această perioadă răspândirea infecției se înregistrează în rândurile consumatorilor de droguri intravenos și ponderea acestei căi atinge în anul 1999 86,5 % (fig.3). Măsurile realizate au permis de a reduce și de a stabiliza nivelul incidenței, în perioada aa. 1999-2002, la valori de 3,55-4,66 % $_{0000}$. Începând, însă, cu anul 2003, se atestă o creștere a indicilor incidenței de la $6,01\%_{0000}$ până la $12,5\%_{0000}$, în anul 2005 Pentru această majorare, spre deosebire de răspândirea epidemică din aa. 1996-1999, este caracteristică răspândirea infecției pe cale sexuală, ponderea căreia, în anul 2005, a atins 55,5% din numărul total de cazuri înregistrate, în comparație cu 16, 6%, în anul 1996 (fig.3).

În procesul analizei a fost evidențiată o interdependență între căile de transmitere și sexul persoanelor infectate. Astfel, în perioada în care predomină calea parentală de răspândire în mediul persoanelor consumatoare de droguri intravenos, rata persoanelor infectate de sex masculin varia între 66,7%, în anul 1996, și 63,0%, în anul 2000, iar rata persoanelor de sex feminin, în aceeași perioadă, a fost între 16,7% și 13,2%. Odată cu intensificarea răspândirii infecției pe cale sexuală, repartizarea cazurilor înregistrate în funcție de sexul persoanelor infectate se caracterizează prin prevalarea persoanelor de sex feminin – 26,8% (bărbați - 17,0%), în anul 2003, și 33,4% (22,1%), respectiv în anul 2005. Tendința de răspândire a infecției HIV/SIDA pe căi sexuale, care se manifestă în ultimii ani, este în corelație cu infectarea unor grupuri ale populației cu comportament de risc (persoane care practică sex comercial, sex neprotejat, migrația etc.). În aceste condiții, există riscul stabilirii unor „puniți” [2] între aceste grupuri vulnerabile și populația generală cu afectarea diferitelor grupuri și implicarea altor căi de transmitere – de la mama seropozitivă la făt și cea intraspitalicească.

Caracterul cronic al infecției HIV/SIDA, chiar și în condițiile unei incidențe relativ reduse, duce la creșterea numărului de persoane infectate și, respectiv, la majorarea indicilor de prevalență (fig.1). La sfârșitul anului 2005, indicele infecției HIV/SIDA a atins $65\%_{0000}$ și creșterea în continuare a numărului de persoane infectate va condiționa, în mod progresiv creșterea impactului social și economic al acestei infecții.

Infecția HIV/SIDA se înregistrează în toate teritoriile administrative ale republicii, având însă o răspândire teritorială

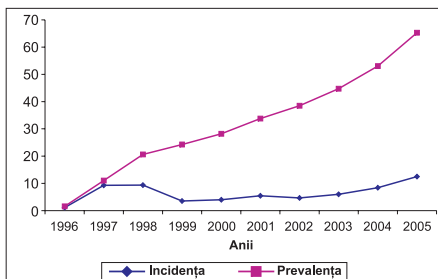


Fig.1. Dinamica incidenței și prevalenței, în aa. 1996-2005 (cazuri la 100.000 de populație).

neuniformă (fig. 4). Din primii ani ai răspândirii epidemice, nivelul prevalenței stabil se menține cu indici mai înalți în populația orașelor Bender, Chișinău, Tiraspol și Bălți. Cel mai activ focar este mun. Bălți, indicele prevalenței, la sfârșitul anului 2005, a fost de 8,6 ori mai mare decât indicele mediu pe republică. De asemenea, și populația raioanelor de Nord (Soroca, Edineț, Râșcani, Rezina, Râbnița, Sângerei, Dondușeni, Florești, Glodeni) este mai afectată decât populația din raioanele zonelor Centru și Sud (fig.4).

Caracteristic pentru răspândirea infecției, în anumite grupuri de vârstă, este infectarea populației tinere, active (grupuri de vârstă 20-34 de ani) (fig.2). Indicele incidenței, în grupurile de vârstă menționate, în anul 2004 a depășit de 3,2 ori indicele republican, iar nivelul incidenței în mediul populației, din grupul de vârstă 35-39 de ani, a fost de 1,7 ori mai înalt decât indicele republican. În general, din numărul total de cazuri de infectare înregistrate în anul 2004, grupurilor de populație cu vârsta cuprinsă între 15-44 de ani le revin 92,7% din cazuri. În același timp, următoarele particularități ale manifestării procesului epidemic stabilite la infecția HIV/SIDA, în anii 1996-2005:

- majorarea continuă și progresivă a indicilor de prevalență;
- modificările structurale ale căilor de transmitere;
- sporirea cotei persoanelor infectate de sex feminin, vor condiționa extinderea infectării populației atât în grupurile de vârstă de 45 de ani și mai mult, cât și în grupurile de vârstă de sub 15 ani.

Răspândirea pandemică a infecției HIV/SIDA, prezența în societate a unui șir de condiții și factori, care favorizează răspândirea maladiei, necesită dezvoltarea unui cadru legislativ și normativ internațional și național pentru supraveghere și controlul infecției, elaborarea unor măsuri eficiente de reducere a impactului ei asupra sănătății populației.

În conformitate cu recomandările organizațiilor internaționale ONUSIDA, OMS și, reieșind din particularitățile manifestării procesului epidemic la infecția HIV/SIDA în diferite perioade de timp, în Republica Moldova au fost elaborate și adoptate de către Ministerul Sănătății și Protecției Sociale, Guvern și Parlament acte legislative și normative necesare pentru funcționarea unui sistem de supraveghere și control al infecției HIV/SIDA.

În anul 1987 a fost creat primul laborator, iar în octombrie 1989 – Centrul Republican de Profilaxie și Combatere a Infecției HIV/SIDA responsabil de organizarea supravegherii și controlului acestei maladii în republică. Actualmente, în republică funcționează 15 laboratoare pentru investigațiile infecției HIV/SIDA, dotate cu echipament modern, inclusiv laboratorul de referință a Centrului SIDA și laboratorul Instituției Medico-Sanitare Publice, Dispensarul Dermatovenereologic Republican,

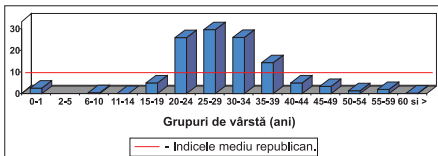


Fig.2. Nivelul incidenței în grupurile de vârstă ale populației, în anul 2004 (cazuri la 100000 de populație).

dotat cu echipament pentru investigații molecularo-genetice (PCR). Concomitent, a fost asigurată pregătirea specialiștilor: medicilor-laboranți, epidemiologilor, infecționiștilor, personalului instituțiilor medicale în domeniul investigațiilor de laborator, supravegherii epidemiologice, organizării și realizării măsurilor antiepidemice și profilactice.

În anul 1993, Parlamentul Republicii Moldova a adoptat Legea *Cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA* nr. 1460-XII din 25 mai 1993.

Primul *Program Național de Profilaxie și Combatere a Maladiei SIDA și a bolilor sexual transmisibile* a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 692 din 09.10.1995 pentru aa.1995-2000.

Acest program a fost elaborat în condițiile unei situații epidemice relativ favorabile – înregistrarea cazurilor sporadice în rezultatul infectării pe cale sexuală. La elaborarea programului nu s-a ținut cont de particularitățile răspândirii globale și de pericolul răspândirii infecției în rândurile consumatorilor de droguri intravenos – comportament puțin studiat în republică în anii '90. Finanțarea activităților era prevăzută numai de bugetul de stat și acoperirea un volum limitat de resurse necesare unui studiu complex. Activitățile de informare a populației și colaborarea intersectorială în realizarea măsurilor de profilaxie au fost insuficiente; n-a fost prevăzută participarea activă a organizațiilor nonguvernamentale (ONG) în planificarea și realizarea activităților de combatere și profilaxie a infecției HIV/SIDA.

Agravarea situației epidemice, în aa. 1996-1997, a pus în fața sistemului sănătății și societății noi probleme în ceea ce privește analiza complexă a situației și elaborarea răspunsului național bazat pe o nouă strategie de combatere și de profilaxie a infecției HIV/SIDA. Soluționarea acestor probleme a fost posibilă în cadrul *Proiectului de Asistență Tehnică și Financiară MOL/99/001. Acordarea asistenței în planificarea strategică în domeniul HIV/SIDA și implementarea activităților de prevenire și informare* (1), acordat Guvernului Republicii Moldova de către programul ONUSIDA (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS*).

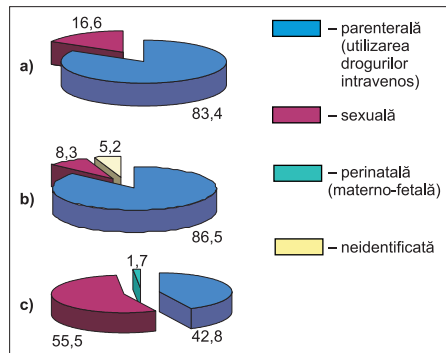


Fig.3. Structura căilor de transmitere a infecției HIV/SIDA, în aa. 1996 (a), 1999 (b) și 2005 (c), în Republica Moldova.

În rezultatul realizării proiectului menționat, a fost efectuată analiza situației la infecția HIV/SIDA și a fost elaborat *Programul Național pentru Prevenirea și Controlul Infecției HIV/SIDA și ITS*, aa.2001-2005, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 482 din 18 iunie 2001. Bază pe strategii bine determinate, acest program a avut un caracter realizabil și rezultatele lui au contribuit la mobilizarea potențialului sistemului sănătății, altor ministere, departamente și ONG-uri, în implementarea unor activități complexe de supraveghere și de control al infecției HIV/SIDA și ITS, desfășurarea pe scară largă a activităților de informare și educare, intensificarea lucrului în grupurile cu risc sporit de infectare, inițierea asistenței medicale și suportului social destinat persoanelor HIV pozitive și bolnave de SIDA. Pentru realizarea complexă și eficace a prevederilor programului au fost elaborate și au fost adresate propuneri argumentate de suport din partea organismelor internaționale – Fondului Global SIDA/TB/ Malaria și a Băncii Mondiale. Începând cu 14 mai 2003, odată cu susținerea tehnică și financiară a acestor donatori, în republică a început realizarea Proiectului *Sprijinul Programului Național de Profilaxie și Combatere a Infecției HIV/SIDA și al Programului Național de Control al Tuberculozei*.

În cadrul acestui proiect se acordă suport financiar în dezvoltarea și fortificarea rețelei de laboratoare pentru diagnosticarea infecției HIV/SIDA – procurarea echipamentului modern și test-sistemelor; testarea gravidelor și persoanelor din grupurile cu risc sporit de infectare, asigurarea inofensivității hemotransfuziilor, procurarea medicamentelor pentru tratamentul specific antiretroviral, tratamentul maladiilor oportuniste și concomitente la persoanele cu HIV/SIDA. Un suport esențial este acordat în dezvoltarea și elaborarea unor noi strategii de comunicare, activităților educaționale în rândurile tinerilor în vederea promovării unui mod sănătos de viață.

Întru realizarea programelor naționale de combatere și profilaxie a infecției HIV/SIDA, prin ordinul Ministerului

Sănătății al Republicii Moldova nr.123 din 09.08.2002, a fost aprobat standardul supravegherii epidemiologice a infecției HIV/ SIDA. La elaborarea standardului s-a ținut cont, de asemenea, de recomandările OMS și ONUSIDA [8,9].

În legătură cu expirarea termenului de activitate a programului național, adoptat în anul 2001, la 5 septembrie 2005 Guvernul Republicii Moldova a aprobat Programul Național de Profilaxie și Control al Infecției HIV/SIDA și Infecțiilor cu Transmitere Sexuală (ITS), pentru aa. 2006-2010. Programul dat este rezultatul unei cooperări intersectoriale și a fost elaborat de către Ministerul Sănătății și Protecției Sociale cu participarea Ministerelor Educației, Tineretului și Sportului, Afacerilor Interne, Justiției, Finanțelor, ONG-urilor, organizațiilor internaționale, acreditate în Republica Moldova și donatorilor externi în baza unei analize detaliate a situației epidemice, tendințelor procesului epidemic al infecției HIV/SIDA și răspunsului național.

Programul național pentru aa. 2006-2010 este axat pe 9 strategii [2], realizarea cărora va contribui la reducerea intensității răspândirii infecțiilor HIV/SIDA/ITS și impactului negativ al acestor maladii asupra sănătății la nivel de individ și societate:

- dezvoltarea, consolidarea și asigurarea funcționării unui sistem unic național interdepartamental, multisectorial de coordonare a activităților structurilor statale și nonguvernamentale în problemele care țin de controlul și profilaxia infecțiilor HIV/SIDA și ITS;
- dezvoltarea capacităților și extinderea acțiunilor de educare, informare și comunicare pentru publicul larg, tineret și grupurile vulnerabile în profilaxia HIV/SIDA/ITS;
- dezvoltarea și consolidarea sistemului de supraveghere epidemiologică a infecțiilor HIV/SIDA/ITS cu elemente de generația a II-a (supraveghere comportamentală);
- extinderea acțiunilor de profilaxie a HIV/SIDA/ITS, în grupurile vulnerabile, în baza consolidării eforturilor statului și ONG-urilor;
- dezvoltarea infrastructurii și capacității de acordare a asistenței medicale, sociale și de îngrijire paliativă

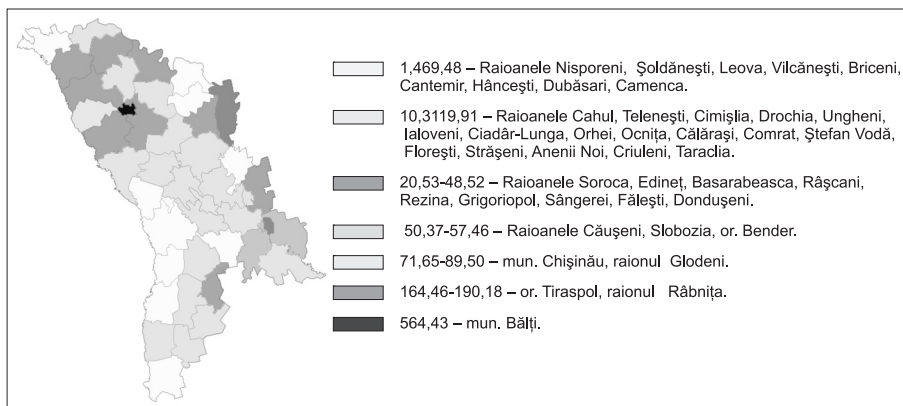
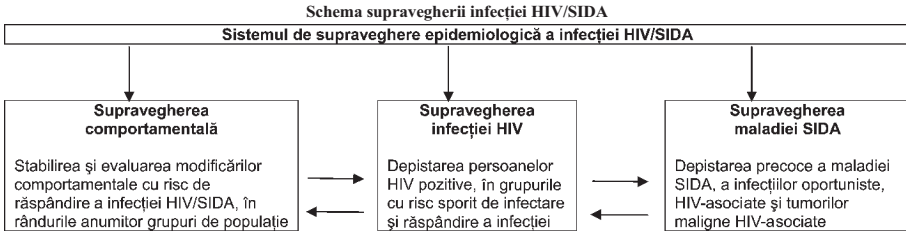


Fig.4. Indicii de prevalență a infecției HIV/SIDA în teritoriile administrative, la sfârșitul anului 2005 (cazuri la 100.000 de populație).

Tabelul 1



persoanelor cu HIV/SIDA, membrilor familiilor lor, precum și copiilor afectați de HIV/SIDA;

- extinderea activităților de asigurare cu servicii de consiliere și testare voluntară confidențială în instituțiile medicale publice și în cadrul serviciilor de sănătate pentru tineri;
- consolidarea bazei și extinderea capacității de prevenire a transmiterii infecției HIV/SIDA și ITS de la mamă la făt;
- asigurarea securității hemotransfuziilor, intervențiilor medicale și prevenirea răspândirii nozocomiale a infecției HIV/SIDA și a sifilisului;
- suplimentarea și extinderea acțiunilor de prevenire, diagnostic, tratament și de îngrijire a persoanelor cu infecția mixtă HIV/TB, inclusiv în instituțiile penitenciare.

În rezultatul realizării strategiilor și activităților incluse în program către anul 2010 vor fi atinși următorii indicatori:

- asigurarea accesului populației la programe educaționale și informaționale;
- realizarea programelor educaționale și activităților profilactice, bazate pe strategia de reducere a noxelor în grupurile populației cu risc sporit de infectare;
- acordarea solicitanților în 100% din cazuri a serviciilor gratuite de consiliere și de testare benevolă și confidențială la HIV și ITS, în special femeilor gravide și grupurilor de populație cu vârsta cuprinsă între 15-24 de ani;
- accesul la tratamentul specific antiretroviral și al maladiilor oportuniste în 100% din cazuri, conform recomandărilor OMS/ONUSIDA;
- asigurarea cu tratament profilactic a femeilor gravide HIV pozitive și nou-născuților în 100% din cazuri; asigurarea cu produse pentru alimentarea artificială a copiilor născuți din mame HIV pozitive;
- consolidarea capacităților și asigurarea accesului la îngrijiri paliative și tratament a persoanelor cu HIV/SIDA.

Implementarea strategiilor propuse și atingerea indicatorilor menționați va asigura realizarea scopului principal (obiectivului global) al programului – reducerea către anul 2010 a nivelului incidenței generale prin infecția HIV/SIDA până la 3,5 din cazuri la 100 mii de populație, iar în grupurile populației cu vârsta între 15-24 de ani – până la 4,2.

Pe fondul dezvoltării și perfecționării active a programelor naționale de combatere și profilaxie a infecției HIV/SIDA, s-a redus actualitatea și importanța actului principal, care asigură baza legală a tuturor activităților anti HIV/SIDA în republică, a Legii *Cu privire la profilaxia maladiei SIDA*, adoptată de Parlamentul Republicii Moldova în anul 1993.

Pe parcursul anului 2005, inclusiv cu suportul proiectului Pactului de Stabilitate în Europa de Sud - Est *Fortificarea supravegherii și răspunsului la bolile transmisibile în Europa de Sud - Est. Componenta doi – fortificarea supravegherii, ghidurilor politice și legislației pentru a preveni și controla bolile infecțioase*, a fost elaborat un nou proiect de Lege al Republicii Moldova *Cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA* care, în prezent, trece procedura de coordonare cu ministerele și departamentele interesate.

Odată cu aprobarea acestei legi, în republică va fi creat un spațiu legislativ și normativ, armonizat la cerințele și recomandările ONUSIDA, OMS și ale Planului de Acțiuni *Uniunea Europeană – Republica Moldova*, necesar pentru supravegherea și controlul eficient al infecției HIV/SIDA.

Concluzii și propuneri

1. Activizarea transmiterii infecției HIV/SIDA pe cale sexuală, care se manifestă în ultimii ani, sporește riscul răspândirii maladiei în părțile largi ale populației în toate teritoriile administrative ale republicii cu intensificarea și altor căi de transmitere; de la mamă la făt și nozocomială.
 2. Răspândirea epidemică a infecției HIV/SIDA în rândurile consumatorilor de droguri intravenos la sfârșitul anilor 90 dictează necesitatea elaborării în viitorul apropiat a unui plan special de asistență complexă pentru tratamentul specific antiretroviral intensiv al bolnavilor, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor (infecții micobacteriale atipice, infecția cu citomegalovirus, forme multirezistente de tuberculoză, toxoplasmoză etc.) și tumorilor maligne HIV- asociate.
 3. În răspândirea infecției HIV/SIDA, la etapa actuală un rol important îl are comportamentul sexual cu risc sporit de infectare a unor grupuri de populație.
 4. Reieșind din rezultatele analizei epidemiologice, din recomandările organizațiilor internaționale referitor la implementarea generației a doua de supraveghere a infecției HIV/SIDA, din conținutul actelor legislative și normative adoptate în Republica Moldova, se propune de a fi implementat în republică sistemul de supraveghere a infecției HIV/SIDA, care include 3 părți componente (tab.1).
- Supravegherea comportamentală este un proces continuu și sistematic de colectare, analiză și de interpretare a datelor comportamentale relevante pentru a înțelege tendințele și mecanismele de răspândire și pentru a stabili grupurile de populație, comportamentele cărora le fac mai vulnerabile în infecția HIV/SIDA.

Această formă de supraveghere funcționează ca un sistem de alertă timpurie, fiind un instrument eficient în depistarea și evaluarea unor noi comportamente sau a modificărilor comportamentale existente cu risc epidemiologic sporit și în elaborarea programelor de prevenire a infecției HIV/SIDA [3,4,5].

Rezultatele supravegherii comportamentale sunt utile și pentru modificarea sau adoptarea unor noi acte legislative în domeniul sănătății publice.

Compartimentul *Supravegherea infecției HIV* include activități de stabilire a riscului și tendințelor de răspândire a infecției HIV/SIDA în mediul diferitelor grupuri de populație.

Toate activitățile, care au loc în cadrul compartimentului de supraveghere epidemiologică a infecției HIV/SIDA, se bazează pe rezultatele sero-supravegherii – depistarea anticorpilor specifici virusilor HIV 1 și HIV 2 în sângele (serul sangvin) testat.

Grupurile de populație, în mediul cărora se realizează sero-supravegherea, sunt selectate, în conformitate cu prevederile actelor legislative și normative internaționale și naționale în vigoare, rezultatele supravegherii comportamentale.

În prezent, activitățile de depistare a persoanelor HIV pozitive în cadrul sero-supravegherii infecției HIV includ:

- testarea obligatorie a donatorilor de sânge, plasmă, organe și a cetățenilor Republicii Moldova, care se deplasează în alte țări, în conformitate cu actele legislative ale țărilor respective – supravegherea de rutină a infecției HIV;
- testarea selectivă a gravidelor, femeilor, care practică sex comercial, deținuților în instituțiile penitenciare - supravegherea de santinelă;
- testarea benevolă și confidențială, inclusiv anonimă – asigurarea în 100% din solicitări;
- testarea în grupurile de populație cu risc comportamental sporit de infectare și de răspândire a infecției HIV, stabilite în rezultatul supravegherii comportamentale – supraveghere comportamentală;
- testarea, conform indicațiilor epidemiologice, a persoanelor care s-au aflat în condiții similare cu persoanele HIV pozitive sau a persoanelor din focarele epidemice – supraveghere activă.

În baza rezultatelor supravegherii infecției HIV se stabilesc și se elaborează prognoze a particularităților manifestării procesului epidemic în timp, spațiu (teritoriile administrative ale republicii) și în rândul diferitelor grupuri de populație, se propun măsuri de reducere a riscului de răspândire a infecției în rândurile populației sănătoase și măsuri de asistență medicală și suport social acordat persoanelor infectate (acoperirea cu servicii esențiale și intermediare).

Compartimentul *Supravegherea maladiei SIDA* este axat pe colectarea informației despre manifestarea timpurie a maladiei SIDA, infecțiilor oportuniste și tumorilor maligne HIV- asociate:

- în rândurile persoanelor infectate – supravegherea activă;
- în rândurile bolnavilor care se adresează după asistență medicală – supravegherea pasivă (de rutină)

Raportul dintre numărul bolnavilor cu maladia SIDA depistați în rândurile persoanelor infectate cu HIV, aflate la evidență [nSIDA (HIV)] și numărul total al bolnavilor cu maladia SIDA (nSIDA), depistați din numărul persoanelor infectate cu HIV, care se aflau la evidență, cât și din rândul persoanelor HIV- infectate, care nu se aflau la evidență, ne permite să stabilim gradul de sensibilitate și de eficacitate (S) a întregului sistem de supraveghere a infecției HIV/SIDA.

$$S = \frac{nSIDA(HIV)}{nSIDA} \cdot 100$$

Sistemul de supraveghere a infecției HIV/SIDA, propus spre implementare, va contribui la colectarea și evaluarea informației despre componentele principale care determină riscul apariției unor factori sociali favorabili (comportamente) răspândirii infecției HIV/SIDA, stabilirea particularităților de manifestare a procesului epidemic și elaborarea măsurilor eficiente de control al infecției.

Bibliografie

1. **Infecția HIV/SIDA și ITS în Republica Moldova.** Analiza situației și răspunsul național. Chișinău, 2000, 405 p.
2. **Meeting the Behavioral.** Data Collection Needs of National HIV/AIDS and STD Programmes. A joint Impact/FHI/UNAIDS Workshop: report and conclusions. May, 1998, 39 p.
3. **Chin J., Bennett A., Mills St.** Primary determinants of HIV prevalence in Asian Pacific countries. AIDS, 1998; 12 (suppl. B): S87-S91.
4. **Mills St., Saidel T.** et al. HIV risk behavioral surveillance: a methodology for monitoring behavioral trends. AIDS, 1998; 12 (suppl. 2): S37-S46.
5. **Phalla T., BunLeng H.** et al. HIV and STD epidemiology, risk behavioral, and prevention and care response in Cambodia. AIDS, 1998; 12 (suppl. B): S11-S18.
6. **AIDAS** epidemic update. December 2004. UNAIDS, WHO. Geneva, 2004.
7. **AIDAS** epidemic update. December 2005. UNAIDS, WHO. Geneva, 2005.
8. **WHO** Recommended Surveillance Standards, Second edition – October, 1999.
9. **Guidelines for Second Generation HIV surveillance.** UNAIDS, 2000.

Valeriu Chicu, dr., conferențiar
Catedra Epidemiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
 Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 165
Tel.: 205122
E-mail: vchicu@usmf.md

Recepționat 13.02.2006



Chirurgia funcțională endoscopică în sinuzitele paranasale recidivante și cronice la copii

M. Maniuc

Catedra Otorinolaringologie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Functional Endoscopic Sinus Surgery in Children with Recurrent and Chronic Sinusitis

Recurrent and chronic sinusitis is common in children. Data demonstrates frequency of the sinusitis in 18% to 40% of the population. In the late '70s the concept of the ostiomeatal complex and the altered management of chronic sinusitis were developed. Functional endoscopic sinus surgery was elaborated to address the ostiomeatal complex by removing diseased tissues and restoring the normal physiology. This method, along with great advantages, has accompanying disadvantages. As a result, a new concept - minimally invasive sinus surgery - was elaborated. This form of concept has been applied in functional surgery for adults. Relatively little comparative data regarding endoscopic minimally invasive sinus surgery in children has been accumulated, however.

Key words: sinusitis, endoscopic surgery

Функциональная эндоскопическая хирургия при рецидивирующих и хронических синуситах у детей

Рецидивирующие и хронические синуситы являются частым заболеванием у детей. Согласно данным литературы, их частота составляет от 18% до 40% среди всего населения. В 70-х годах прошлого столетия получила развитие концепция об остиомастальном комплексе, которая изменила представления о лечении хронических синуситов. Были разработаны принципы функциональной эндоскопической хирургии, направленные на удаление патологически измененных тканей остиомастального комплекса и восстановление нормальных функций данного области. Эти методы наряду с большим преимуществом имеют и определенные недостатки. В этой связи в последние годы появились работы относительно нового направления - минимально инвазивной хирургии околоносовых пазух. Этот новый подход, успешно был внедрен в клинику для взрослых. В детской практике данный метод применяется пока редко.

Ключевые слова: синусит, эндоскопическая хирургия

Sinuzitele recidivante și cronice prezintă, la ora actuală, una din cele mai răspândite patologii ale organelor ORL cu implicații clinice și sociale importante. În ultimii ani, patologia inflamatorie rinosinuzală are o tendință clară de creștere [1, 2]. Raportul bine cunoscut, când în structura afecțiunilor nasului, gâtului și urechii predomină patologia aparatului limfatic faringian, în ultimii ani se schimbă. Incidența rinosinuzitelor recidivante și cronice se majorează și se plasează în ierarhia maladiilor organelor ORL pe primul loc [3, 4]. În legătură cu aplicarea largă a noilor metode de investigație, s-a constatat că 18% - 40% din populația globului pământesc suferă de afecțiuni inflamatorii ale sinusurilor paranasale [5]. Iar cercetările craniului, efectuate prin rezonanță magnetică nucleară, denotă că la 24,7% - 39% din pacienții investigați s-au depistat modificări patologice ale sinusurilor paranasale [6].

Un rol aparte în problema complexă și incomplet elucidată a afecțiunilor rinosinuzale revine etiopatogeniei patologiei date. În literatura contemporană patogenia sinuzitelor recidivante și cronice se descifrează ca o „cooperare” dintre infecție și factorii predispozanți.

Printre mecanismele fiziopatologice importante, care favorizează dezvoltarea patologiei inflamatorii recidivante și cronice a sinusurilor paranasale, se atestă alerggia, imuno-deficiențele, impuritățile și noxele mediului ambiant, unele maladii sistemice.

De o importanță deosebită se consideră variantele anatomice și anomaliile structurilor meatalui nazal mijlociu. Grație noii metode performante de diagnostic optico-vizual- endoscopic nazale, ele se depistează la pacienții cu sinuzite în peste 70% din

cazuri. Variantele și anomaliile meatalui mijlociu nazal formează spații anatomice înguste la nivelul infundibulului, așa-zisele presinusuri care, de fapt, constituie „anticamera”, ale sinusurilor paranasale [7]. Pe fundalul acestor modificări structurale ale complexului ostiomeatal, în urma virozelor repetate, alergiei, acțiunii impurităților mediului și a altor factori, se dezvoltă inflamația locală a mucoasei nazale, edemul ei, apar zone de contact ale pituitarei cu structurile învecinate, alterarea epitelului ciliat, stagnarea mucusului și bacteriilor pe suprafața mucoasei și, în consecință, dezvoltarea patologiei inflamatorii locale a infundibulului [8, 9]. Boala instalată a infundibulului duce la blocarea căilor tranziționale ostiale și dereglarea proceselor de ventilare și drenare sinuzală. Ca urmare, în cavitatea sinusurilor se produc dereglări metabolice și de echilibru acido-bazic, alterarea epitelului ciliat, stagnarea mucusului și bacteriilor saprofite pe suprafața mucoasei sinuzale, ultimele căpătând însușiri patogene. Astfel, se dezvoltă suprainfecția și se declanșează procesul inflamator sinuzal [10, 11]. Prioritatea în descoperirea mecanismelor patologice menționate ale sinuzitelor paranasale recidivante și cronice, în formula contemporană, aparține lui W. Messerklinger care, pentru prima dată, a evidențiat clar rolul variantelor anatomice ale meatalui nazal mijlociu în procesele fiziopatologice complexe sinuzale.

În ultimele decenii se dezvoltă vertiginos o nouă ramură a chirurgiei endonazale, chirurgia funcțională endoscopică a sinusurilor paranasale. Acest gen de chirurgie provine din confluența chirurgiei endonazale și a endoscopiei nazale și sinuzale și este fundamentat pe descoperirea noilor mecanisme patologice ale sinuzitelor paranasale.

Chirurgia endonazală are un istoric destul de vechi, fondatorul ei considerându-se I. Mikulicz [12], care primul a publicat metoda endonazală de deschidere a sinusului maxilar, prin meatul nazal mijlociu. În 1923, G. Boeninghaus [13] a publicat rezultatele unor ample cercetări, privitor la abordarea sinusului maxilar prin meatul nazal mijlociu. Pentru a ameliora procesul de drenare și îngrijire postoperatorie, autorul a propus rezecția concomitentă a capătului anterior al cornetului nazal mijlociu.

G. Killian [14] a propus, pentru a eficientiza sinusotomia endonazală a maxilarului, ablația apofizei unciforme – manevră operatorie care astăzi este etapa inițială în orice intervenție chirurgicală endoscopică a sinusurilor paranazale. Utilizând speculul nazal – instrumentul propus de către el și care acum îi poartă numele, autorul rezeca cu foarfecele uncinatului și deschidea în felul acesta calea de acces spre infundibul și orificiul natural al sinusului maxilar.

La începutul secolului XX, s-au acumulat date științifice despre două metode de abordare endonazală a sinusului maxilar: prin meatul nazal mijlociu și prin cel inferior.

Este de remarcat, că cercetările ulterioare au scos în evidență fapte importante pentru conceptul modern de chirurgie funcțională endoscopică. S-a stabilit că substanța de contrast, introdusă în sinusul maxilar prin orificiul format în meatul nazal inferior, se transportă în direcția ostiului natural. De asemenea, s-au obținut date concludente despre acțiunea nefavorabilă a aerului inspirat asupra activității epitelului ciliat [15].

În primele decenii ale secolului XX s-au pus bazele chirurgiei etmoidului. Prin lucrări științifice de mare valoare, s-au determinat principiile fundamentale ale chirurgiei etmoidale: formarea unei cavități unice prin înlăturarea celulelor etmoidale, folosirea instrumentelor curbate, efectuarea operației sub control vizual, necesitatea de înlăturare minuțioasă a tuturor celulelor etmoidale afectate.

O nouă etapă în dezvoltarea rinocirurgiei a început cu implementarea tehnicii endoscopice. Aplicarea acestei tehnologii a permis de a ridica la un nou nivel calitativ chirurgia endonazală. Ca și în alte domenii ale medicinei, în rinologie, utilizarea endoscopului permite de a studia zonele „obscure” ale meaturilor nazale. De asemenea, chirurgul are șansa de a realiza intervenția operatorie cu leziuni organice și funcționale minime.

Prima încercare de aplicare a endoscopului în otorinolaringologie a fost efectuată de A. Hirschmann [16], când acesta a folosit cistoscopul pentru vizualizarea foselor nazale și a cavității sinusului maxilar printr-un orificiu format cu freza în fosa canină. Mai târziu, [17] a propus o nouă variantă de examinare endoscopică a sinusului maxilar – prin orificiul efectuat în peretele lateral al meaturii nazal inferior.

Era contemporană de dezvoltare a endoscopiei diagnostice și chirurgicale rinologice a început în anii '70 (sec. XX), când a fost elaborat noul sistem de optică rigidă Hopkins. W. Messerklinger a studiat mecanismele fiziopatologice ale sinuzitelor, a demonstrat rolul extrem de mare al variantelor anatomice ale meaturii nazal mijlociu în patogenia afecțiunilor inflamatorii ale sinusurilor paranazale și a fundamentat noul abord de endoscopie diagnostică și chirurgicală.

Conceptul chirurgiei funcționale endoscopice a sinusurilor paranazale atestă postulatul: afecțiunile inflamatorii ale acestora

sunt consecință a blocajului căilor de ventilare și drenare sinuzală, în urma dezvoltării inflamației locale a mucoasei infundibulului. De aceea, realizarea sinusotomiei endoscopice cuprinde ca etapă indispensabilă abordarea infundibulului, ca element-cheie în tehnica chirurgicală dată. Desigur, manevrele operatorii includ în teritoriul său și deschiderea sinusurilor ca atare, în primul rând, a etmoidului, care se efectuează în funcție de caracterul și de extinderea procesului patologic.

În ultimele decenii, chirurgia funcțională endoscopică a sinusurilor paranazale a cunoscut o amplă dezvoltare. S-au elaborat diverse variante de operație, modificări ale căilor de acces și ale volumului manevrelor operatorii. Însă toate aceste metode nu sunt altceva decât o metamorfoză a două direcții de abordare a etmoidului.

Prima - tehnica *Messerklinger*, are la bază deschiderea antegradă a etmoidului și este considerată acum tehnică endoscopică rinosinuzală standard [18].

Operația endoscopică standard, ca de altfel și alte tehnici de acest gen, se efectuează sub anestezie locală la adulți și generală - la copii. Controlul endoscopic se realizează prin aplicarea telescopului cu vizualizare antegradă sau laterală: la 30° și, mai rar, la 70°. Pentru a îmbunătăți calea de acces, cornetul nazal mijlociu se fracturează și se deplasează către septul nazal. În următoarea etapă se identifică structurile anatomice ale meaturii nazal mijlociu și se efectuează unciformectomia cu ablația totală a apofizei unciforme. După aceasta se realizează antrostomia, care începe cu reperarea ostiului sinusului maxilar (uneori acesta se vizualizează bine, alteori se identifică prin „palpare” cu sonda butonată). Ultimul se lărgeste, formându-se mijlociul orificiului de comunicare între sinusul maxilar și fosele nazale.

În etapa următoare (în caz de afectare a sinusului frontal), se abordează recessul frontal, înlăturându-se minuișorul osos al peretelui lateral nazal localizat între orbită și inserția capătului anterior al cornetului nazal mijlociu. Pentru o vizualizare mai bună al recessului frontal, se chiuretează celulele *agger nasi*. Cu endoscopul, 30°, introdus în spațiul format, se vizualizează ostiumul natural al sinusului frontal care, de obicei, se identifică medial de celulele *agger nasi*. În cazul dificultăților de vizualizare, ostiumul frontalului se identifică cu sonda butonată. Conform tehnicii standard, ostiumul sinusului frontal se lărgeste cu chiureta curbată, dacă diametrul său este mai mic de 2 mm. Această etapă necesită maximă atenție pentru a evita posibile leziuni ale bazei craniului.

Dacă este afectat și etmoidul posterior, următoarea etapă constituie deschiderea acestuia prin perforarea lamelei bazale a cornetului nazal mijlociu. Manevra dată se efectuează, pentru mai multă siguranță, în porțiunea inferomedială a acestei.

După înlăturarea largă a celulelor etmoidale, se explorează sinusul sfenoidal. Pentru a evita o confuzie chirurgicală deosebit de gravă (lezarea nervului optic, arterei carotide interne, sinusului venos cavernos), în cadrul sfenoidotomiei, se recomandă de a repera, mai întâi, ostiumul natural al sfenoidului sau de a efectua anumite măsurări ale dimensiunii anteroposterioare a foselor nazale. Dacă convingerea chirurgului în identificarea sfenoidului este fermă, apoi se realizează explorarea sinusului prin peretele său anterior. Revizuirea cavității sfenoidului se efectuează cu multă precauție având în

vedere localizarea arterei carotide interne și a nervului optic care, în anumite variante, tranzitează sinusul sfenoidal. Așadar, în esența sa tehnica *Messerklinger* se caracterizează prin abordarea anteroposterioară a sinusurilor paranasale, începând cu înlăturarea totală a apofizei uniceforme. Celulele etmoidale se înlătură extins, ostiurile sinusului maxilar și ale celui frontal se lărgesc, abordarea sfenoidului se efectuează transetmoidal.

O altă abordare a sinusurilor paranasale, în cadrul chirurgiei endoscopice rinosinuzale, este cea propusă și promovată de către M. E. Wigand [19]. Această tehnică prevede deschiderea etmoidului în sens posterior-anterior. Mai întâi se rezeacă capătul posterior al cornetului nazal mijlociu. Prin manevra dată se obține o cale de acces largă către celulele etmoidale posterioare și sinusul sfenoidal. Se explorează etmoidul posterior. După înlăturarea celulelor posterioare ale etmoidului, se recurge la deschiderea sfenoidului, care începe cu abordarea peretelui său anterior. Cu ajutorul aspiratorului și pensei antegrade, se înlătură conținutul patologic din cavitatea sinusului. Se rezeacă larg pereții anteroinferiori ai sinusului sfenoid, așa încât să se poată vizualiza clar plafonul sfenoidului. Acesta servește un bun reper anatomic pentru identificarea peretelui superior al etmoidului care este, de fapt, baza craniului. Se efectuează etmoidotomia în direcție posteroinferioară. Se deschid celulele *agger nasi*, recessul frontal și se lărgeste ostiumul sinusului frontal. Sinusul maxilar, conform tehnicii *Wigand*, se deschide prin fontanela posterioară, cu pensa curbată la 45°. Prin orificiul format se înlătură polipi și mucoasa patologic modificată a sinusului maxilar.

În concluzia acestui compartiment, putem deduce că particularitățile principale ale tehnicii *Wigand* sunt rezecea capătului posterior al cornetului mijlociu nazal, deschiderea largă a sinusului sfenoidal și celulelor etmoidale posterioare, explorarea celulelor *agger nasi* și ale recessului frontal, cu lărgirea la necesitate a orificiului sinusului frontal și deschiderea sinusului maxilar prin fontanela posterioară. Cu alte cuvinte, operația *Wigand* este o polisinosotomie retrogradă cu abordarea largă a sinusurilor paranasale.

În ultimii ani, se discută în controversă că chirurgia endoscopică standard necesită aplicare doar în cazurile de afecțiuni polipoase extinse ale sinusurilor paranasale sau în operații sinuzale repetate. Noi, de asemenea, suntem de părere că tehnica standard are indicații limitate, mai ales în practica pediatrică. Din experiența noastră ea se impune doar în caz de operații repetate ale sinusurilor paranasale sau în polipoze rinosinuzale extinse.

Tehnica standard de chirurgie endoscopică endonazală nu corespunde întocmai noilor cerințe în legătură cu înlăturarea amplă a structurilor complexului ostiomeatal și a sinusurilor paranasale. De asemenea, de pe pozițiile chirurgiei cruițătoare, este greu de acceptat tehnica *Wigand* care prevede rezecea cornetului nazal mijlociu - structură importantă a foselor nazale, înlăturarea radicală a peretelui anterior al sfenoidului și a celulelor etmoidale. Cu toate că chirurgia endoscopică este genul chirurgiei cruițătoare, rezultatele ei finale și unele complicații eventuale au constituit baza noilor căutări. Savanții și-au concentrat atenția asupra elaborării metodelor cruițătoare de operații endoscopice endonazale. Obiectivul principal al acestor intervenții este de a elimina structurile afectate ale foselor nazale,

respectând, în același timp, configurația anatomică și funcțiile fiziologice ale nasului. Au fost formulate principiile chirurgiei minim invazive ale sinusurilor paranasale [20]. Această abordare prevede restabilirea căilor de ventilare și de drenare a sinusurilor paranasale și a funcției epitelului ciliat prin înlăturarea țesuturilor afectate doar în zona delimitată de procesul patologic. Mucoasa pituitară nemodificată, alte structuri intacte ale complexului ostiomeatal, conform cerințelor postulate ale chirurgiei minim invazive, rămân în afara teritoriului operator. Cu alte cuvinte, se respectă integritatea tisulară a structurilor anatomice din zona intervenției chirurgicale, mai ales a învelișului pituitar, în porțiunea lor nealterată. Aceasta este foarte important pentru derularea eficientă a proceselor reparative postoperatorii și prevenirea complicațiilor la distanță, în primul rând, a sinechiilor meatalui mijlociu.

Tehnic operația începe cu rezecea submucoasă a apofizei uniceforme, în porțiunea ei inferoposterioară, efectuată cu pensa retrogradă *Stammberger*. În acest fel, se deschide calea de acces către ostiumul sinusului maxilar. Ultimul devine accesibil pentru vizualizare directă și evaluarea mucoasei din regiunea perioestială. Pituitara ostiumului sinuzal se respectă din punctul de vedere al integrității sale tisulare. Se înlătură doar polipi și/sau granulațiile clar delimitate. Ostiumul sinuzal nu se reperaază, orificiile accesorii din regiunea fontaneli posterioare se rezolvă doar în cazul dovedit de recirculație a secretului patologic. Orice altă manipulație în cavitatea sinusului maxilar nu se aplică. Conform canoanelor abordării minim invazive, hemirezecea inferioară a uncinului este suficientă pentru recuperarea procesului patologic din sinusul maxilar. Prin aceasta, tehnica minim invazivă în debutul operației se deosebește principial de chirurgia endoscopică standard, în care uncinul se eviscerează integral. După abordarea apofizei uniceforme și a ostiumului sinusului maxilar, urmează explorarea bulei etmoidale. Se rezeacă cu atenție peretele medial al bulei, cel lateral (orbital) rămânând absolut intact. În continuare, dacă este afectat și etmoidul posterior, se perforază cu pensa sau cu microdebriderul lamela bazală a cornetului nazal mijlociu și se explorează celulele etmoidale posterioare.

Conținutul patologic din sinusul maxilar se evacuează prin puncție în regiunea meatului inferior nazal urmată de lavajul cavității sinuzale cu soluții antiseptice. Chisturile mari ale maxilarului, de asemenea, se rezolvă prin puncția obișnuită a sinusului maxilar. Mucoasa polipoasă a sinusului maxilar și/sau a chisturile mici nu se înlătură. Accentul se pune pe tratamentul postoperatoriu al procesului inflamator.

În caz de afectare a sinusului frontal sub control endoscopic, utilizând telescopul de 30°, se deschide celula *agger nasi*. Se înlătură pas cu pas pereții ei, rămânând intact doar peretele superior, care este comun cu sinusul frontal. Este demn de menționat, că în cazul în care din start se preconizează de a deschide recessul frontal, etapa dată se efectuează înaintea rezecei bulei etmoidale. Aceasta este foarte important, deoarece bula constituie limita posterioară a recessului frontal și structura de protecție (din punctul de vedere al unei eventuale leziuni iatrogene) a fosei endocraniene și a arterei etmoidale anterioare, fiind reper clar pentru evaluarea relațiilor anatomice foarte complexe din această zonă. Orificiul natural al sinusului frontal, localizat posterior și medial de celula *agger nasi*, rămâne intact.

Abordarea sinusului sfenoidal se efectuează prin meatul nazal superior după lateropozitia cornetului nazal mijlociu și a celui superior. Aceasta iarăși deosebește abordul minim invaziv de tehnica standard, în care sfenoidul se explorează transetmoidal. Se efectuează examinarea minuțioasă opticovizuală a recesului sfenoidetmoidal și înlăturarea mucoasei patologice sau a polipilor din această zonă. Referitor la ostiumul sfenoidului, este de preferință ca acesta să rămână intact, chiar și în cazul modificărilor polipoase. În stenoze instalate, ostiumul sinuzal se lărgeste din contul marginii sale inferioare. Se recomandă deschiderea sinusului sfenoidal doar în cazurile sfenoiditelor micotice.

În concluzie, putem deduce că chirurgia endoscopică standard a sinusurilor paranazale se recomandă de a fi aplicată în:

- 1) orice intervenție chirurgicală endoscopică a sinusurilor paranazale repetată;
- 2) sinuzitele paranazale polipoase extinse sau asociate cu astm bronșic.

Chirurgia endoscopică rinosinuzală minim invazivă se aplică în:

- 1) sinuzitele supurate recidivante;
- 2) sinuzitele supurate cronice;
- 3) sinuzitele polipoase limitate;
- 4) chistul sinusului maxilar;
- 5) polipii antrocoanali (etmoido- sau sfenocoanali).

Așadar, chirurgia endoscopică minim invazivă a sinusurilor paranazale este o chirurgie blândă și cruțătoare. În domeniul rinologiei pediatrice, ea are avantaje evidente și este metoda prioritară în majoritatea formelor clinice de sinuzite paranazale.

Bibliografie

1. **Ababii I., Popa V., Maniuc M. ș. a.** Otorinolaringologie (vademecum clinic). Central Editorial Poligrafic Medicină, Chișinău, 2000, 226 p.
 2. **Pignatari S. S., Weckx L. L., Sole D.** Rhinosinusitis in children. *J. Pediatr.* July, 1998, vol. 74, suppl 1, p. 31-36.
 3. **Niement P. A., Gordts F.** Epidemiology and prevalence of specific chronic sinusitis. *Int. J. Pediatr Otorhinolaryngol.* October, 1999, vol. 5, nr. 49, suppl 1, p. 101-103.
 4. **Пискунов С. З., Пискунов Г. З.** Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии. М., 1991, 48 с.

5. **Пискунов Г. З.** Состояние и перспективы развития эндоскопической и микроскопической эндоназальной хирургии. *Российская ринология.*, 1998, № 2, с. 62.
 6. **Заболотный Д. И., Яремчук С. Э., Чорный О. В.** Спектрофотометрическая оценка окрашенных соединений мочи больных полипозными риносинуситами как новый метод определения прогноза течения данного заболевания. Матер. юбилейной Верес. науч.-практ. конф. с межд. учасг., "Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии". Москва, 2005, 29-30 сентября.
 7. **Cooke L. D., Hadley D. M.** MRI of the paranasal sinuses: incidental abnormalities and their relationship to symptoms. *J. Laryngol. Otol.*, 1991, vol. 105, p. 278-281.
 8. **Stammerberger H.** Paranasal sinuses: anatomic terminology and nomenclature. *Ann. of Otolaryngology and Laryngology.*, 1995, vol. 104, suppl. 167.
 9. **Messerklinger W.** Die normalen Sekretwege in der nase des Menschen. *Arch. Klin. Exp. Ohrn-Kehlk-Heilk.*, 1969, Bd.195, p.138-151.
 10. **Sarafoliani C.** Rinologia. București, 2003, 592 p.
 11. **Козлов В. С.** Консервативное и хирургическое лечение острого и хронического синусита. Дисс. докт. мед. наук. СПб, 1997.
 12. **Messerklinger W.** Das Infundibulum Ethmoidale und seine antzündlichen Erkrankungen. *Arch. Otolaryngol.* 1979, Bd.222, p.11-22.
 13. **Mikulicz J.** Zur operativen Behandlung des Emphiems der Haghmorshohle. *Erch. Klin.Chir.*, 1887. Bd 34, s. 626-634.
 14. **Boeninghaus G.** Die operationen an den Nebenhohlen der nase. *Handbuch der spezielien Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege.* Ed. I. Katz., F. Blumenfeld., Leipzig., Kabitzsch, 1923.
 15. **Killian G.** Die Krankheiten der Kieferhohle. *Heymann P.: Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.* Wien, 1900, Bd.3, s. 1004-1096.
 16. **Proetz A. W.** Essays on the applied physiology of the nose. St.Louis.: Annals Publishing Co. - 1941, 395 p.
 17. **Hirschmann A.** Über endoscopie der Nase und deren Nebenhohlen. Eine neue Kieferhohlenfensterung. *Arch. Laryngo.Rhinol.*, 1903, Bd.14, s. 195-202.
 18. **Spielberg W.** Antroscopy of maxillary sinus. *Laryngoscope*, 1922, vol. 32, nr. 6, p. 441-443.
 19. **Stammerberger H.** Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique. Philadelphia: B.C.Dekker, 1991, 529 p.
 20. **Wigand M. E.** Transnasal ethmoidectomy under endoscopic control. *Rhinology.* 1993, vol.19, nr. 1, p.7-15.
 21. **Setliff R. S.** Minimally invasive sinus surgery. The rationale and the technique. *Otolaryngologic Clinics of North America.*, 1996, vol. 29, nr.1, p.115-129.

Mihail Maniuc, dr., conferențiar
Catedra Otorinolaringologie, USMF "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, str. V. Alecsandri, 2
Tel.: 729298
E-mail: maniuc_mihail@yahoo.com

Recepționat 10.03.2006



Fracturile complexului zigomatic

D. Hițu

Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, USMF „Nicolae Testemițanu”

Zigomatic Complex Fractures

Of the patients admitted to the Centre of Oral and Maxillo-Facial Surgery in Chișinău, 377 (34%) were treated for fractures between 1998 and 2003. Over the years of this study the incidence of such fractures has gradually increased.

Key words: trauma, diagnosis, treatment

Переломы скулового комплекса

Работа основана на клиническом наблюдении 377 пациентов, перенесших травмы и получивших лечение в г. Кишинёве на протяжении 1998 – 2002 годов, что составило 34% из общего числа пациентов, находившихся на лечении в этом отделении. Указывается на постоянный рост числа травм этого рода.

Ключевые слова: переломы, диагноз, лечение

Introducere

Familiarizarea cu particularitățile traumatismului complexului zigomatic ne obligă să recurgem la diagnosticarea corectă a acestei leziuni, să efectuăm un tratament adecvat, să elaborăm și să efectuăm măsurile acceptabile de profilaxie. Trauma reprezintă ansamblul tulburărilor de ordin local și general care apar în urma acțiunii unui agent extern violent asupra organismului [1 – 14].

Frecvența traumatismelor grave, în timp de pace, este în creștere; fapt explicat, în special, prin intensificarea traficului rutier și creșterea violenței. Conform datelor OMS, în 2002, au fost înregistrate 5.188.000 de decese secundare urgențelor traumatologice, constituind 9,1% din totalitatea cazurilor de deces, inclusiv 11,6% bărbați și 6,3% femei [6].

Dezvoltarea rapidă a tehnologiilor moderne, supraaglomerarea, creșterea vitezei de circulație și multiplicarea agenților vulnerabili în habitudinea umană generează urgențe traumatologice, majorând incidențele, transformându-le în „epidemie traumatică”.

Termeni – sinonime cu care se vehiculează în literatura de specialitate: fracturi zigomatico-maxilare, fracturi zigomatico-orbito-maxilare, zigoma, malar, zigomatic, osul obrazului. Unii autori denumesc aceste leziuni fracturi zigomatico-maxilare, zigomatico-orbito-maxilare [8,14].

Statistici

Statistica traumatismului maxilo-facial, în perioada aa. 1998 – 2002: fracturi de mandibulă – primul loc; plăgi faciale – locul doi; urmează ca incidență fracturile oaselor nazale; pe poziția patru – leziunile osului malar, și leziunile maxilarului superior – pe locul cinci. Plăgile faciale multiple, asociate cu fracturi ale complexului zigomatic-orbitar, s-au plasat pe locul doi, fiind precedate de fracturile oaselor nazale. În proporții egale, fracturile membrelor ocupă locul doi după fracturile nazale. În decursul a 5 ani, la Centrul Republican de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, s-au tratat 377 de bolnavi cu fracturi ale complexului zigomatic-orbitar, ceea ce constituie 34% din totalul accidentațiilor cu traumatisme ale etajului mijlociu al feței. Fracturile complexului zigomatic, pe parcursul acestei perioade, s-au micșorat de la 22,85%, în anul 1998, la

17,77%, în anul 2002, și reprezintă unicul gen de fracturi ale oaselor faciale care s-au redus în această perioadă.

Etiologia. Agresiunile, căderile, accidentele de muncă, sportive și rutiere provoacă mai des trauma zigomatică. Leziuni provocate de animale, prin arme de foc, catatraumatisme, accidentele iatrogene și fracturile patologice sunt mai rar întâlnite.

Patogenia. Sub acțiunea factorilor vulneranți asupra osului, complexul zigomatic-orbitar se deplasează posterior și inferior; se poate roti, infundându-se în cavitatea sinusului maxilar ori fosa infratemporală, desprinzându-se de locurile în care se sudează cu oasele adiacente.

Topografia. Linia de fractură interesează marginea inferioară a orbitei, sutura zigomatico-maxilară, peretele anterior al sinusului, suturile fronto-zigomatică și zigomatico-temporală.

Anatomia complexului zigomatic

Osul zigomatic e situat în partea anterolaterală a feței; stratul de tesuturi moi este subțire și poate fi des expus traumatismului. Osul zigomatic, par, este cel mai rezistent os facial care contribuie la fixarea oaselor craniului facial de cel cerebral. Are 4 apofize (frontală, temporală, maxilară, orbitară) și tubercul maxilar. Oasele malare participă la formarea aspectului feței și reprezintă o suprafață pentru inserția mușchilor masticatori și mimici, deaceia orice deviere a oaselor de la normă duce la dereglări estetice și funcționale. Periostul, bogat vascularizat și inervat, are un rol important în vascularizarea osului și în consolidarea fragmentelor. Cel mai sărac periost în vase sangvine și formațiuni nervoase revine suprafeței orbitare a osului malar.

Analizele studiilor histotopografice ale oaselor malare au stabilit că substanța medulară prevalează în corpul osului malar și la marginea inferioară a orbitei, iar apofizele (frontală, temporală, maxilară), în general, constau dintr-o substanță osoasă compactă. În locul suturilor malaro-frontală, temporo-malară substanța spongioasă dispare complet. Deoarece fracturile oaselor malare, de obicei, se produc mai des respectiv suturilor osoase, în cazul traumei, substanța medulară nu contactează cu mediul înconjurător și de aceea aceste fracturi rar se complică cu osteomieliită.

Pe fața orbitară se află un orificiu mic, foramenul zigomatic-orbitar care continuă cu un canal, ramificat, la rândul său, terminându-se cu două orificii pe fața externă: foramenul zigomatico-facial și foramenul zigomatico-temporal.

Osul zigomatic asigură protecția maxilei împotriva agenților traumatici externi din partea anterolaterală. Osul malar participă la formarea stâlpilor de rezistență alveolomalar, care începe de la molarii, trece pe sutura zigomatico-alveolară, mai apoi pe corpul osului zigomatic și pe apofizele osului zigomatic.

În cazul în care acțiunea factorului traumatic depășește elasticitatea și rezistența osului, apare fractura. M. A. Nahuman (1975) a demonstrat prin cercetările sale că, pentru a fractura peretele anterior al sinusului maxilar, e nevoie de o forță de 65 - 78 kg, iar cel al arcului zigomatic – de 83 – 190 kg. Fracturarea osului zigomatic la femei apare la impactul cu o forță de 83 - 180 kg și la bărbați – de 160 - 260 kg.

Formele anatomo-clinice ale fracturilor malare

Sistemizarea tuturor tipurilor de fractură care să întruacească în totalitate criteriile anatomice, clinice și terapeutice este imposibilă. Din numeroasele clasificări ne vom referi doar la două: clasificarea fracturilor masivului mediofacial [P. Ф. Низов, 1981] și clasificarea lui D. Theodorescu: anterioare și posterioare, la care ne vom referi în continuare.

Mai des noi folosim următoarea clasificare:

1. Fisuri ale osului zigomatic fără deplasare (fracturi incomplete).
2. Fracturile osului zigomatic cu deplasare.
3. Fracturile osului zigomatic (plagă deschisă – cu sau fără deplasare).
4. Fracturile osului zigomatic eschiloase (cominutive) – cu ori fără deplasare.
5. Fracturile osului zigomatic cu corpi străini (cu ori fără deplasare).

*NB!*Aceeași clasificare este utilizată și pentru arcada zigomatică.

Simptomatologia fracturilor anterioare (orbito-sinuzale) zigomatico-maxilare

Pacientul acuză dureri, sângerare unilaterală nazală, deschiderea limitată a gurii, dereglarea sensibilității în regiunea infraorbitară ș.a.

Se observă înfundarea reliefului malar ori nivelarea (turtirea) reliefului osos și, în unele cazuri, edem care creează asimetria feței ori maschează deplasarea. Pielea, în regiunea dată, poate fi contuzionată, cu excoriații, hematom ori prezența unei plăgi. La palpare se constată puncte dureroase, discontinuitate osoasă, neregularitate sau denivelare „în treaptă”, în unghi sau în șanț, a rebordului inferior sau lateral (sutura fronto-zigomatică) al orbitei, suturii zigomatico-alveolare și ale arcadei zigomatice. Rebordul inferior al orbitei și sutura zigomatico-alveolară se palpează mai bine. Dacă de la traumatism au trecut câteva ore, edemul traumatic maschează înfundarea. Mobilitatea patologică și crepitațiile osoase se depistează rar. Emfizemul subcutanat apare datorită lezării sinusului maxilar. Globul ocular este în exoftalmie, provocată de hematomul retrobulbar sau din contra – în enoftalmie, după rezorbția cheagului din cavitatea orbitei. Se atestă echimoze palpebrale și ale conjunctivei bulbare.

Endobucal: Sutura zigomatico-alveolară este întreruptă, denivelată, osul malar este prăbușit. Palparea este dureroasă,

cu simptom de „treaptă” la nivelul suturii zigomatico-alveolare. Se atestă contuzii ale țesuturilor moi din regiunea infraorbitară, de obicei, fără lezarea integrității mucoasei. Pot avea loc hemoragii în mucoasa vestibulară pe plica de tranziție la nivelul premolarului doi și al molarilor unu și doi. Simptomul Malevici, în fracturarea sinusului maxilar, la percuția dinților de pe partea afectată, se determină un sunet surd, zgomot de „oală spartă”, depistabil și în fracturile de maxilar superior.

Endonazal: Epistaxis unilateral din partea afectată se instalează imediat posttraumatic. Dacă bolnavul s-a adresat prea târziu, la examinarea fosei nazale din partea traumatată se pot depista cheaguri de sânge, mucoasa este edematiată.

Dereglări estetice: Asimetria feței este provocată de edemul țesuturilor moi și de deplasarea fragmentelor fracturate (prăbușiri posterioare și inferioare). Edemul posttraumatic, care se instalează după traumă (la 7-8 ore), maschează conturul feței și creează dificultăți în diagnosticul traumatic. Examinarea bolnavului cu ajutorul spatulelor ne permite materializarea prăbușirii osului malar.

Epifora unilaterală: este provocată de comprimarea ori lezarea canalului lacrimo-nazal, partea osoasă ori a țesuturilor moi care formează canalul.

Diplopie rezultată prin prăbușirea planșeului orbitar și căderea globului ocular sau prin lezarea mușchilor mobilizatori ai globului. Compresiunea ori secțiunea nervului optic provoacă diminuarea sau pierderea temporară sau definitivă a vederii. Hemoragia retrobulbară deplasează globul ocular anterior. Pareza ori paralizia nervului oculomotor provoacă tulburări de mobilitate a globului ocular. Emfizemul subcutanat, care se palpează în regiunile infraorbitară și palpebrală inferioară, este cauzat de lezarea sinusului maxilar, a celulelor etmoidale în traumatism asociat. Sunt prezente devieri ale axei vizuale, chimozosul, echimoza palpebrală, hematomul conjunctival.

Tulburările nervoase pot include: anestezia sau hipoestezia teritoriului inervat de nervul infraorbitar (hemibuza superioară, aripa nazală din partea afectată, mucoasa vestibulară, dinții de pe hemiarcada respectivă) provocate de compresie, elongări, zdrobirea ori ruperea nervului infraorbitar prins între fragmentele osoase. Pragul de sensibilitate la incisivi, canini și premolari este diminuat.

Limitarea mobilității mandibulei este produsă de blocarea apofizei coronoide și compresiunea mușchilor temporal, provocate de deplasarea primară, posterioară și inferioară.

Suflarea nasului forțată poate provoca emfizem subcutanat, la înlăturarea forțată a crustelor sangvine poate apărea hemoragia.

Diagnosticul preventiv este stabilit după examenul clinic, care depistează tumefacții, echimoze palpebrale sau conjunctivale, prăbușirea osului, dureri în regiunea feței, în special, în aria facială, limitarea excursiei mandibulare, hipoestezii pe traiectul nervului infraorbitar.

Simptomatologia fracturilor posterioare (arcada zigomatică)

Arcada zigomatică e formată din apofiza temporală a osului zigomatic și apofiza zigomatică a osului temporal. *Patogenia:* liniile de fractură pot fi unice, duble și triple, porțiunea fracturată înfundându-se „în treaptă” sau în „V”, „U”. În fracturile fără deplasare (fisuri), bolnavii prezintă dureri la presiunea regiunii date, modificări ale pielii cauzate de traumă.

În fracturile cu deplasare, bolnavul acuză deformația părții laterale a feței. Limitarea deschiderii gurii e generată nu numai de deplasarea fragmentelor fracturate medial și de presiunea lor asupra procesului coronoid, ci și de traumarea mușchilor temporal și masticator. Imediat după deplasare se observă o înfundare (prăbușire) care, ulterior, este mascată de edem. La palpate se percepe o întrerupere a continuității osoase în „treaptă”, în „U” ori „V”, ori proeminențe eschiloase ale arcadei. Deschiderea gurii este dureroasă și limitată. Blocajul maxilar rar este prezent. Mișcărilor laterale ale mandibulei sunt dereglate și dificile. Bolnavii pot prezenta (rar) tulburări de sensibilitate pe traiectul nervului zigomatic. Radiologic se determină: dereglarea integrității arcadei zigomatice, deformarea arcadei zigomatice, fracturi liniare, eschiloase, cu ori fără deplasare.

Diagnosticul

1. Acuzele, istoricul dezvoltării bolii, examenul subiectiv și cel obiectiv permit stabilirea diagnosticului preventiv.

2. Explorările paraclinice.

- Examenul cu spatule.
 - Examenul radiologic în incidență semiaxială: fractura complexului zigomatic, în cele mai dese cazuri este eschiloasă. Examenul radiologic distinge liniile de fractură, numărul lor, direcția, gradul de dislocare, raportul cu oasele învecinate și cu sinusul maxilar. Deplasarea fragmentului fracturat, mai des, este posterioară și inferioară și, mai rar, anterioară și laterală. Este prezentă dereglarea integrității osoase a marginii infraorbitare, a arcadei zigomatice și a suturii zigomatico-alveolare. Incidența (Hiertz) semiaxială. Tomografia computerizată.
 - Hemosinusul este cauzat de lezarea mucoasei sinusului maxilar. Sinusul maxilar este micșorat în volum, opac. Radiografia în dinamică a sinusului maxilar determină restabilirea volumului și dispariția opacității, restabilirea conturului maxilar timp de 7-10 zile.
3. Determinarea sensibilității pe traiectul nervului infraorbitar. EOD - pragul de sensibilitate al pulpei dinților (incisivi, canini, premolari) este mai sus de 100 mA.
4. Sondarea închisă a canalului lacrimo-nazal cu sonda Bowman calibrul 1-2.
5. Examenul de laborator a sângelui.

6. Fracturile de până la 10 zile se consideră recente, 11-30 de zile - fracturi învechite, mai mult de 31 de zile - fracturi vicios consolidate.

7. Leziuni viscerale concomitente s-au constatat de către neurochirurg, oftalmolog, traumatolog, chirurg, otorinolaringolog.

Diagnosticul diferențial cu:

1. Le-Fort II-III. 2. Fractura apofizei alveolare. 3. Fractura *tuber maxillae*. 4. Fractura arcadei zigomatice.

Diagnosticul definitiv se stabilește după: examenul clinic al pacientului, care a depistat tumefacții, dureri în regiunea feței, în special pe aria mediofacială, limitarea excursiei mandibulare pe partea lezată, dereglări funcționale. Examenul radiologic, în incidență laterală și semiaxială, distinge liniile de fractură, numărul lor, direcția, raportul cu oasele învecinate și cu sinusul maxilar. Leziuni viscerale concomitente s-au constatat de către neurochirurg, otorinolaringolog, oftalmolog, traumatolog, chirurg. În funcție de acestea, se indică tratamente antibacteriene,

analgice, medicație simptomatică, regim adecvat de comportare și de alimentare.

Tratamentul

În funcție de locul, de direcția liniilor de fractură și de gradul de deplasare, de tipul fracturii, de prezența leziunilor asociate (comoții, contuzie cerebrală, leziuni ale toracelui), de prezența maladiilor concomitente, se alege programul optim de îngrijire medicală. Indiferent de tipul fracturii, se indică și tratament medicamentos, regim adecvat de comportare și de alimentare.

Tratamentul fracturilor zigomatice, fără deplasare, în prezent este conservativ. Fractura, în funcție de gradul de deplasare, generează un spectru divers de alterări funcționale, iar gradul de severitate al acestora din urmă este dictat de locul fracturii, de gradul de deplasare a fragmentelor fracturate, de faptul dacă traumatismul este izolat sau asociat, de intervalul de la impact până la asistența specializată.

Un moment de primă valoare este aprecierea dereglărilor funcționale survenite care, la rândul său, necesită un aparat de diagnosticare modern; importante sunt dexteritatea medicului, acordul și complianța curativă a bolnavului. Dereglările funcționale se cer evaluate atât la internarea bolnavului, cât și în decursul evoluțiilor curative.

Tratamentul conservativ aplicat bolnavilor

1. Liniște, repaus la pat.
2. Prelucrare a câmpului traumatic cu soluții antiseptice - zilnic.
3. Pungă cu gheață - în primele două zile, pentru 10-15 minute.
4. Excludere a traumatismului (presiunii) regiunii date, timp de 6 luni.
5. Limitarea deschiderii exagerate a gurii, timp de 10-12 zile.
6. La prezența plăgilor se efectuează prelucrarea chirurgicală a plăgii.
7. Tratament medicamentos [antibiotice, analgezice, ser antitetanic 0,5 ml, subcutanat, soluții vasoconstrictoare (sanorin, naftizin, glazolin, xilometazolin) 2 - 3 picături în fiecare fosă nazală, de 3 - 4 ori pe zi, 5 - 6 zile].
8. Alimentare semilichidă.

În perioada posttraumatică, la pacienții cu fracturi ale oaselor malare fără deplasare pot apărea complicații, de aceea utilizarea unor procedee de detecție în aprecierea dereglărilor funcționale ar micșora numărul lor. Explorările în dinamică a pelucii radiologice și aprecierea dereglărilor funcționale vor spori reabilitarea precoce a accidentatului cu traumatism al complexului zigomatic.

Tratamentul chirurgical al fracturilor se efectuează în funcție de gradul de deplasare a fragmentelor osoase și de dereglările funcționale. Tratamentul fracturilor zigomatice fără deplasare radiologic, dar cu dereglări funcționale, este supus tratamentului chirurgical. Indicațiile pentru reducerea fragmentelor osului fracturat sunt următoarele: limitarea mișcărilor laterale de mandibulă, dereglările estetice, dereglarea sensibilității pe traiectul nervului infraorbitar, diplopia și rezultatele examenului radiologic. Calea de abord accesibilă poate fi: subzigomatică (suborbitară), suprazigomatică (temporală), sinuzală, endobucală, prin plagă.

Metodele de coaptare a fragmentelor osoase

I. Neoperatorii.

Endobucal, cu degetul (ori spatula Bucalski): indicații până la trei zile. Medicul introduce degetul arătător în vestibulul oral

și deplasează fragmentul osos lateral, invers deplasării, reducând osul zigomatic (arcada). Cu degetele altei mâini se verifică corecția coaptării fragmentelor. Se mai poate folosi în loc de deget și o spatulă care se înfășoară cu tifon. Această metodă este folosită rar.

II. Metode operatorii.

Cu cârligul Limberg (Ginestet, Strohmeier). Reducerea fragmentelor trebuie realizată precoce, în primele 5-6 zile de la accident, deoarece mai târziu extremitățile osoase se fixează prin organizarea aderențelor și a calusului osos. Repoziția cu cârligul Limberg pe cale subzigomatică: inițial se prelucrează câmpul operatoriu cu soluții antiseptice și se izolează. Anestezia infraorbitară și infiltrativă cu soluție de lidocaină de 2% 6 ml și premedicație. Incizia se efectuează paralel cu arcada zigomatică la locul intersecției liniilor: linia care coboară de pe partea laterală a orbitei, fiind perpendiculară aripilor nazale. Lungimea inciziei cutanate este de 0,5 cm, mai apoi cu pensa încoavată, mai mult bont, deplasăm lateral țesuturile creând un canal până ce ajungem la marginea inferioară a osului (arcadei) zigomatic. Prin acest canal al plăgii se introduce cârligul Limberg (Ginestet, Strohmeier). Utilizând cârligul Limberg, este necesară respectarea unor reguli și anume: inițial brațul instrumentului trebuie să fie perpendicular cu arcada zigomatică, capătul ascuțit al instrumentului se introduce în plagă prin canalul creat (atenție, ca să nu traumatăm țesutul suplimentar ori să schimbăm direcția) ajungem la marginea inferioară a osului malar, brațul instrumentului se rotește la 90° perpendicular cu arcada zigomatică în așa mod ca vârful ascuțit să fie sub osul zigomatic posterior suturii zigomatico-alveolare, mai apoi rotim la 90°, față de planul cutanat. Reducerea fragmentelor deplasate se face cu mișcări energice, dozate invers direcției deplasării fragmentelor fracturate, anterior și superior. Se aude un zgomot (crepitație osoasă) în timpul reducerii fragmentelor osoase, de obicei, reducerea se face cu o mică hipercorecție. Bonturile osoase prin suprafețele rugoase se mențin în poziție anatomică în fracturile neeschiloase. Controlul calității reducerii: restabilirea configurației feței, dispariția simptomelor „de treaptă” la nivelul rebordului infraorbitar, arcadei zigomatică, dispariția blocajului mandibular. Restabilirea sensibilității pe traiectul nervului infraorbitar se produce timp de mai multe zile, uneori luni. Atenție instrumentul se scoate ca să nu atingem osul repus, plaga se prelucrează cu soluții de antiseptice. Pe plagă se aplică o sutură cu ac atraumatic, se drenează pentru 24-48 de ore și se aplică un pansament ușor, punga cu gheață.

Procedeele Gillies-Killner-Dan Theodorescu – calea temporală. Accesul temporal de reducere a fragmentelor fracturate se efectuează cu ajutorul unui elevator. Etapele operației, în general, sunt identice, cu excepția locului inciziei. Incizia pielii se efectuează în regiunea temporală, pe partea păroasă. Avantajul metodei date este următorul: pe pielea feței nu rămân cicatrici. Examinarea minuțioasă a bolnavului pentru a exclude traumatismul osului temporal, în caz contrar metoda este contraindicată.

Pe cale sinuzală după, (Wielage)Viladg –Dubov, 1933. Indicații în fracturile eschiloase în cazul în care, după o reducere instrumentală, fragmentul nu se menține în poziția anatomică, fractură la care este necesară revizia sinusului maxilar. Reducerea fracturii complexului zigomatic pe cale sinuzală amintește operația *sinusotomia după Caldwell-Luc* cu unele

modificări. După prelucrarea câmpului operator, izolarea lui și efectuarea anesteziei, se va realiza incizia pe plica de tranziție de la canin până la molarul doi, decolarea lamboului mucoperiostal și eliberarea țesuturilor moi dintre fragmentele dislocate. Revizia sinusului de cheaguri sangvine, eschile osoase mici, polipi și corpi străini. Prelucrăm cu soluții antiseptice cavitatea sinusului maxilar. Efectuăm rinostoma. După reducerea fracturii, imobilizarea se face cu meșe antiseptice, mai des cu meșe iodoformate și un capăt de meșă îl scoatem în fosa nazală. Aplicăm un tub perforat prin rinostomă în sinus și-l fixăm de septul nazal pentru lavaj și drenare. Săturăm plaga și aplicăm punga cu gheață. Prin tub se va efectua lavajul sinusului maxilar. Meșă endosinuzală se va extrage după 8 - 14 zile.

Metoda endobucală. Avantajele metodei date: după operație nu lasă cicatrici, fapt de mare importanță estetică. Incizia se efectuează la nivelul molarului unu și doi, pe plica de tranziție. Decolarea lamboului mucoperiostal se efectuează cu decolatorul, spatula Buealski se introduce sub osul ori arcada zigomatică. Cu mișcări energice se reduce fractura sub controlul degetelor mâinii, exobucal. În cazul reducerii fracturii se pot trauma dinții; din aceste considerente sub spatula Buealski se introduce o meșă de tifon. După reducere, plaga se suturează și se drenează.

Fracturile în care extremitățile fragmentelor fracturate rămân angrenate, după reunerea lor în poziție anatomică, necesită doar reducerea, pe una din căile enumerate mai sus.

Imobilizarea fragmentelor reduce se poate realiza prin mai multe modalități:

1. Elevatorul de reducere pe cale temporală poate fi menținut în tensiune pe fragmentul repus în poziție anatomică până la formarea calusului fibros cu ajutorul unui bandaj pericranian.
2. Pe cale sinuzală, fragmentele pot fi menținute în poziția dorită cu meșe iodoformate care umplu sinusul maxilar.
3. Osteosinteza. Se indică în fracturile deschise, eschiloase, fracturi învechite, în cazul în care nu este necesară revizia sinusului maxilar. Osteosinteza realizează o imobilizare sigură și de durată. De obicei, fixarea fragmentelor se efectuează minimum în două locuri: sutura zigomatico-frontală, marginea infraorbitară ori arcada zigomatică. Calea de abord poate fi cutanată, intraorală, cât și prin plaga traumatică. Sutura osoasă se face cu fir metallic, miniplăci și șuruburi, broșe, suspendarea malarului de osul temporal ori parietal (B. Ч. Йовчев 1964), Ю. С. Коганович (1984) suspendarea de osul frontal, dispozitive speciale.

Suspendarea după Йовчев (1964). Pe ambele bonturi osoase se creează câte un orificiu cu freza. O sârmă cu diametrul de 0,2 - 0,4 mm se trece prin aceste orificii ale extremităților osului fracturat. În același mod se recurge și la al treilea orificiu care se face la marginea inferioară a osului zigomatic, la o distanță de 3 - 5 mm de la margine. Firul metallic trece din partea externă spre cea internă, mai apoi cu un treacar este trecut prin țesuturile moi mai aproape de os, ajungând la marginea inferioară a osului zigomatic. În orificiul osului zigomatic firul, de asemenea, este introdus din partea externă în cea internă, ambele mai apoi se unesc la sutura zigomatico-frontală unde se răsucește, se scurtează și se îndoiește. Plăgile se suturează și se aplică pansamentul.

4. Sub presiune, cu ajutorul balonașului păstrat sub tensiune prin umplere cu ser fiziologic pe toată durata consolidării osoase se poate imobiliza fractura.

5. Fixare după Бажанов-Жадовский: după reducere, imobilizarea se face cu un fir gros trecut pe sub arcada zigomatică și fixat de o bară confecționată exobucal.
6. Metoda lui V. Topalo. După reducere, în cazul în care fragmentele nu se mențin în poziție anatomică corectă, imobilizarea se face cu un suport confecționat în formă de proptea din ambalajul acului seringii sterile.

Tratamentul chirurgical al fracturilor etajului mijlociu al feței s-a efectuat în funcție de gradul de deplasare a fragmentelor fracturate și de dereglările funcționale definite de acestea. Gravitatea leziunii va stabili consecutivitatea tratamentului. În linii generale, îngrijirile fracturilor complexului zigomatic-orbital. În perioada aa. 1998-2002, s-au dedus la următoarele intervenții:

1. Repoziția cu cărligul Limberg pe cale subzigomatică cu anestezie locală - 36,60% și cu anestezie generală - 33,42%.
2. Osteosinteza: cu fir metalic - 3,51%; cu miniplăcuțe - 3,19%.
3. Sinusotomie - 2,39%.
4. Repoziția prin acces temporal - 2,12%.
5. 20,42% din cazuri au fost asistate conservativ.

Recomandările date pacientului:

- să nu doarmă pe partea lezată;
- să nu exercite presiune pe fragmentul repus;
- să nu exercite tracțiune secundară;
- să nu aplice efort fizic pe partea respectivă timp de 6 luni ;
- limitarea deschiderii gurii primele 10 – 20 de zile;
- picături nazale cu vasoconstrictori – în faza nazală respectivă;
- pansamente zilnice;
- să nu sufle nasul;
- punga cu gheață în primele două zile, pentru 10-15 minute, de 3-4 ori pe zi,
- alimentația - lichidă și semilichidă.

În cazul reducerii arcadei zigomatice, etapele operației sunt aceleași, cu excepția locului inciziei. Incizia în fractura arcadei zigomatice se face sub arcada zigomatică, paralel cu ea, cea din urmă determinându-se prin palparea. În fracturile deschise, reducerea se poate realiza prin plagă.

În cazul fracturii complexului zigomatic și a arcadei zigomatice, se va efectua reducerea complexului zigomatic și mai apoi se va repoziționa arcada zigomatică.

Tratamentele concomitente pentru fracturile complexului zigomatic-orbital și pentru plăgile faciale s-au efectuat la 13,52% din accidentați. 8% din accidentați au fost asistați pentru fracturi ale complexului zigomatic-orbital și de mandibulă. Tratamentele concomitente pentru fracturi nazale și malare s-au practicat pentru 6% din pacienți. 5% din accidentați au necesitat îngrijiri concomitente pentru fracturi ale complexului zigomatic-orbital și fracturi ale complexului maxilo-zigomatic-orbital.

Complicațiile: 1- consolidarea vicioasă a fracturii; 2- parestezii; 3 - limitare a excursiei mandibulei; 4 - osteomieliță; 5 - fistule; 6 - diplopie, în cazul în care reducerea nu a fost făcută la timp sau corect, ea poate persista, necesitând intervenții ulterioare de corecție; 7 - contractură a mandibulei; 8 - deformații;

9 - sinuzită, osteomieliță; 10 - dereglare a vederii, hemoragii, hematoame, infectare a plăgilor, oftalmome, rinolalie, hiposomii, emfizem subcutanat, deformații ale regiunii zigomatice.

Evoluția și expertiza medicală. În fracturile fără deplasare, se indică un regim pe care bolnavul trebuie să-l respecte și periodic să facă vizite de control. Evoluția este favorabilă în cazul fracturilor fără deplasare sau a celor corect reduse. Durata incapacității de muncă în tratamentul chirurgical al fracturilor osului zigomatic este de 15-20 de zile, în cazul lezării sinusului maxilar – de 18-22 de zile. Sensibilitatea în zona vectorală a *n. infraorbitalis* se restabilește după câteva luni.

Reabilitarea bolnavilor cu fracturi ale complexului zigomatic include:

- operații plastice pentru a înlătura cicatricele;
- operații plastice de contur – peste un an de la traumă;
- în anchiloză, fractura de peste un an – rezecția procesului coronoid și osteotomia arcadei zigomatice;
- reabilitarea sensibilității pe traiectul nervului infraorbital;
- înlăturarea deformațiilor osoase;
- înlăturarea fistulelor, diplopiei.

Bibliografie

1. **Andercou A.** Urgențele chirurgicale traumatologice. Editura Dacia. Cluj-Napoca, 1993, 234 p.
2. **Burilbasa, C.** Chirurgie orală și maxilofacială. București. Editura medicală, 2003, p. 497 - 697.
3. **Popescu E.** Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor feței. Iași, 1999, p. 13-14.
4. **Ghievă V.** Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice; Ghid (S. Sârbu, N. Bacinschi, D. Șerbatuc). Ed. a 2-a reviz. și compl. Chișinău, 2002, p. 80-88.
5. **Hîțu D.** Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentul fracturilor oaselor nasale. Teză de doctor în științe medicale. 2004, 113 p.
6. **OMS -** Rapport sur la Santé dans le Monde, 2003. OMS Genève 27. Suisse, p. 3-203.
7. **Timoșca G.** Chirurgie oro-maxilo-facială. Chișinău. Universitas, 1992, p. 243 – 318.
8. **Topalo V.** și coaut. Tratamentul fracturilor complexului zigomatic. Materialele conferinței științifice anuale a colaboratorilor și studenților USMF "N. Testemițanu". Chișinău, 1997, p.489.
9. **Александров Н. И.** Травмы челюстно-лицевой области. М., Медицина, 1999, с. 3 - 249.
10. **Берналский Ю. И.** Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М., 1999, 103 с.
11. **Гуань А. Е.** и соавт. Справочник челюстно-лицевых операций. Кишинев, 2001, с. 67 - 70.
12. **Иовчев В. С.** Лечение переломов костей лица и их последствия. Ленинград, 1967, 40 с.
13. **Робустова Т. Г.** Хирургическая стоматология. М., Медицина, 2003, с. 268-314.
14. **Щербатюк Д. И.** Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Кишинев. Штинина, 1987, с. 3-34.

Dumitru Hîțu, dr., asistent
Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Toma Ciorbă
Tel.: 538324

Recepționat 17.08. 2005



Возрастные изменения и лечебные подходы при старении

В. Н. Андреев

Кафедра внутренних болезней № 3, ГУМФ им. Н. А. Тестемичану

Physical Changes, Common Diseases, and the Principles of Aging as they Relate to Health Care Services

The article describes the main changes in the organs, systems and tissues due to the aging process, and their roles in the development of diseases characteristic to an aging and elderly population. The article also addresses many issues of geriatric health care service - the definition of well-being of the elderly, the development of geriatric health care services, and principles of pharmacology for the aging and elderly.

Key words: aging disturbances, geriatric treatment principles

Modificări de vârstă, maladii și specificul tratamentului în îmbătrânire

În articol sunt analizate modificările care apar odată cu vârsta, în organele interne, sisteme și țesuturi și care explică divergențele în dezvoltarea și evoluția celor mai frecvente afecțiuni caracteristice organismului în etate, problemele asistenței geriatrice - organizarea serviciului geriatric și asistenței medicale persoanelor de vârstă pensionară, principiile terapiei medicamentoase la bolnavii în etate.

Cuvinte-cheie: schimbări de vârstă, principii de tratament geriatric

С. П. Боткин указывал на существование двух видов старения: физиологического и патологического (преждевременное). При физиологической старости сохраняется здоровье (умственное и физическое), определенная работоспособность, контактность и интерес к окружающему миру. При этом в организме равномерно развиваются изменения во всех физиологических системах с приспособлением к его уменьшающимся возможностям. Процессы старения проявляются индивидуально, они часто не соответствуют календарному возрасту. Для биологического возраста человека разрабатываются и устанавливаются соответствующие возрастные критерии. На Международном семинаре по проблемам геронтологии, организованном по линии ВОЗ (Киев, 1963), была принята календарная (возрастная) классификация, в которой различают возрастные периоды: средний – 45-59 лет, пожилой – 60-74 года, старческий – 75 лет и старше, в котором выделена отдельная категория людей, 90 лет и старше – долгожители.

В пятом, шестом и последующих десятилетиях жизни изменения наступают в первую очередь в сердечно-сосудистой и нервной системах, а затем в остальных органах и тканях.

В Институте геронтологии АМН СССР было установлено, что более 36% лиц в возрасте 80 лет и старше (было обследовано около 40000 чел.) являются практически здоровыми [5].

При определенных условиях (эндогенные факторы, внешние причины) возрастные изменения могут быть основным фоном развития болезней. Поэтому многие болезни у пожилых и старых людей развиваются в связи с возникающими возрастными изменениями и бывает чрезвычайно трудно провести грань между выраженными возрастными изменениями и началом конкретной болезни. Возрастные особенности организма обуславливают отклонения в развитии и течении болезней.

Общая особенность течения внутренних болезней у стариков, Н. Д. Стражеско (1939) отмечал, что симптоматика в старости значительно беднее, чем в зрелом возрасте, все болезни протекают вяло и растянуто во времени, более быстро истощаются физиологические системы, способные вести борьбу с вредностью, защитный аппарат не в состоянии при инфекции быстро развить гуморальный и тканевой иммунитет и т.д.

По мнению И. В. Давыдовского (1966), у старого человека патологические процессы нарастают медленно, частая бессимптомность свидетельствует об общем сниже-

нии уровня реактивных процессов, быть может, о более экономной установке регуляторов этих процессов. При физиологическом старении отмечается высокий уровень приспособительных механизмов, способствующих появлению новых компенсаторных факторов, поддерживающих жизнедеятельность органов и систем.

По материалам медицинских осмотров, частота заболеваний в возрасте 80 лет и старше в 3,9 раза выше уровня заболеваний по обращаемости людей в возрасте 50-54 года [5].

Для больных людей пожилого и старческого возраста характерна множественность патологических процессов. Наиболее частыми болезнями в стареющем организме являются хронический бронхит, бронхиальная астма, пневмонии, эмфизема легких, артериальная гипертония, систолическая гипертония, легочное сердце, атеросклероз сосудов, в частности головного мозга, ишемическая болезнь сердца (ИБС) с ее проявлениями (стенокардия, инфаркт миокарда, кардиосклероз), аритмии, сердечная недостаточность, хронический гастрит, холецистит, колит, пилелит, пиелонефрит, сахарный диабет, артроз, остеохондроз, болезни пародонта и др.

Гериатрическая помощь

Старые люди имеют право на обеспечение их потребности в уходе и лечении как на дому, так и в стационаре, а также в больничном лечении при острых заболеваниях.

Основной задачей гериатрической службы является сохранение физического и психического здоровья, социального благополучия людей пожилого и старческого возраста.

Гериатрическая помощь особенно нужна пожилым и старым людям, проживающим одиноко. По клинко-статистическим данным, каждый 5-й человек старше 60 лет, живущий одиноко, имеет резко сниженную способность к самообслуживанию или же утраты ее – прикован к дому или к постели [5]. Гериатрическая помощь распространяется также и на большие контингенты более здоровых людей пенсионного возраста или приближающихся к этому рубежу.

В организацию гериатрической службы входят гериатрические кабинеты в структуре городских поликлиник, гериатрические палаты или специализированные отделения в больницах, дома-интернаты, пансионаты, в том числе и платные, с задачей улучшения уровня лечебно-профилактической помо-

щи населению старшего возраста. Коллективные формы проведения досуга и оздоровительных мероприятий имеют определенные преимущества перед индивидуальными. В Санкт-Петербурге Э. С. Пушковой, Н. В. Кеенз (2000), с целью профилактики преждевременного старения, организована постоянно действующая группа в количестве примерно 60 человек, в возрасте 45-65 лет, в основном с высшим и средним образованием, которым с успехом в течение ряда лет пропагандируют (читают лекции) здоровый образ жизни, проводят омолаживающее лечение (полivitамини, энтеросорбенты и др.), врачебный осмотр один раз в три месяца и т.д.

Большое значение придается организации взаимной помощи пожилым и старым людям в комнатах здоровья при ЖЭК-ах, клубах пожилых, домах ученых-пожилых, районных советах ветеранов войны и труда, помощи соседей и т.д. N. Rosel (2000) подчеркивает ценности знакомых для пожилых людей. При потере близких людей старей человек не приобретает новых друзей, замыкается в себе, изолируется от общества и становится одиноком. При общении со стареющими людьми медицинскому и другому персоналу необходимо учитывать особенности их психики: постоянное обращение к прошлому, меньший интерес к будущему и нередко даже к настоящему.

У старых людей (75 лет и старше) наблюдаются ограничения в движениях, проблемы сна, угнетение настроения и понижение качества жизни, пишут U. Jakobsson et al. (2003).

На вопрос, что означает понижение качества жизни для пожилых и старых людей, последние отвечают: ухудшение здоровья, одиночество, депрессия, бремя для семейства, недостаточное к ним внимание со стороны общества и т.д. [7,10,15].

О высоком уровне беспокойства, волнений пожилых и старых людей пишут J. Montorio et al. (2003). Возносятся они по поводу незначительных вещей, характерных для повседневной жизни. Несмотря на физические ограничения, старые люди даже в возрасте 80 лет и старше хотят оставаться независимыми, пишут В. L. Callen, T. J. Wells (2003). Незыблемым правилом остается то, что старей человек, если он не нуждается в urgentной стационарной помощи, должен как можно дольше находиться в домашней обстановке. Пожилые люди чувствуют себя более счастливыми и здоровыми в собственном доме, квартире. В Германии большинство старых людей (более 80%) находятся дома и о них бережно заботятся. С одной стороны, это характерная солидарность для немцев, с другой стороны – огромное бремя для семьи. S. Bluher (2003) ставит вопрос об увеличении государственных и частных домов для обслуживания стариков.

В. С. Spillman, J. Lubitz (2002) пишут, что пожилое население США находится в опасности из-за дороговизны санаторий для обслуживания пожилых людей.

Важную роль в долголетию играет место жительства пожилых и старых людей. T. Takano et al. (2002) сообщают, что проживание в городах-гигантах, но в районах с зелеными массивами, положительно сказывается на долгоживущих людях.

Немаловажное значение имеет изменение обстановки для пожилых и старых людей – фактор отвлечения (направление на курорт, в дом отдыха и т.д.).

Необходимо помнить, что развитие усталости в ежедневных действиях у старых людей в возрасте 75-80 лет и функционального снижения в возрасте 80-85 лет – большой риск и одна из причин наступления смерти [6]. Если старей человек попал в стационар, то медицинскому персоналу необходимо установить психологический контакт с

больным, а доступ родственников должен быть более свободным, чем для более молодых пациентов.

В некоторых странах врачами назначается много лекарств пожилым и старым людям. Так, по данным С. М. Williams (2002), в Америке старше население составляет 13%, а потребляет 30% всех лекарств, предписанных врачами. Между тем лечение больных пожилого и старческого возраста отличается от лечения больных молодого и среднего возраста.

Принципы фармакотерапии больных пожилого и старческого возраста

- Первый принцип: не употреблять лекарств, если есть другая терапия.
- Второй - в лечении недопустима полипрагмазия (множественная медикаментозная терапия). Следует ограничиваться как можно меньшим количеством лекарств.
- Третий - рекомендуется назначение уменьшенных доз медикаментозных средств, особенно в начале лечения. Начальные дозы должны быть уменьшены в 2 раза по сравнению с дозами для лиц молодого и среднего возраста. По достижении лечебного эффекта дозу следует ещё уменьшить и определить поддерживающую дозу.
- Четвертый - с целью предупреждения токсического воздействия медикаментов целесообразно применение в малых дозах комплекса фармакологических средств, действующих на разные системы организма.
- Пятый - успокаивающие, обезболивающие и снотворные средства назначаются на короткий срок, с частой заменой одних препаратов на другие.
- Шестой - лечение антибиотиками следует проводить в обычных дозах, согласно общим правилам, с одновременным назначением витаминов и приемом достаточного количества жидкости.
- Седьмой - с целью уменьшения риска лекарственной интоксикации, улучшения метаболических процессов целесообразно проводить витаминотерапию.

Литература

1. Давыдовский И. В. Геронтология. М., 1966.
2. Боткин С. П. Цит. по Д. Ф. Чоботареву, Ю. К. Душенко. Ведущие проблемы советской геронтологии. Киев, 1972, с. 3-40.
3. Пушкова Э. С., Кеенз Н. В. Клиническая геронтология. 2000; 9-10: 63-67.
4. Стражеско Н. Д. В кн.: Старость. Киев, 1939.
5. Чоботарев Д. Ф., Бойко А. И. Пособие по геронтии. Киев, 1986.
6. Avlund K. et al. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; dec 31(6):454-62.
7. Berglund A. L., Ersson K. Int. J. Nurs. Pract. 2003; 29(15):2030-40.
8. Blüher S. J. Gerontol. Geriatr. 2003; apr 36(2):110-14.
9. Callen B. L., Wells T. J. J. Nurs. Scholash. 2003; 35(3):257-62.
10. De Craen A. J. et al. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2003;jan 18(1):63-6.
11. Jacobson U. et al. J. Pain Symptom Manage. 2003. Jul;26(1):623-36.
12. Montorio J. et al. Aging Ment. Health. 2003;sep 7(5):334-41.
13. Olchansky S. I. et al. J. Gerontol A. Biol. Sci. Med. Sci. 2002; aug 57(8): B292-7.
14. Rosel N. Int. J. Aging Hum. Dev. 2003; 57(1): 77-90.
15. Rossen E. K., Knaff K. A. Qual. Health. Res. 2003; jan 13(1): 20-36.
16. Spillman B. C., Lubitz I. J. Med. Care. 2002; oct 40(10): 965-75.
17. Takano T. et al. J. Epidemiol Community Health. 2002; dec 56(12): 913-8.
18. Williams C. M. Am. Fam. Physician. 2002; nov 15 66(10):1917-24.

Василий Николаевич Андреев, д.м.н., профессор
Кафедра внутренних болезней № 3
ГУМФ им. Н. А. Тестемичану
Кишинэу, ул. Колумна, 150
Тел.: 295712

Receptionat 15.09.2005

JUBILEE



*Ce ești, te privește la urma urmei pe tine.
 Ce vrei, privește și pe alții.
 Ce faci, aceea poate privi pe toți.*

Nicolae Iorga

Domnia Sa, profesorul universitar Vasile Cepoi, doctor habilitat în științe medicale, chiar din fragedă tinerețe, din anii studenției romantice și-a conturat destul de clar trei parametri de viață: *ce ești?, ce vrei?, ce faci?* Se simțea, se credea la aceste începuturi ale vieții și ale carierei sale un tânăr visător, mult prea dornic de carte, ambițios să spargă vechile tipare ale predecesorilor, ale bunilor și străbunilor săi plugari - viticultori de viță. Era pe la mijloc de secol, era printre acei fericiți supraviețuitori ai războiului, ai foametei cumplite, era plin de cutezanță și de dorință de a se afirma.

După absolvire, a plecat la baștină în calitate de șef al secției Terapie la spitalul raional. Aici, paralel cu activitatea practică, își continuă serios investigațiile științifice. Studiază acțiunea somnului electric în tratamentul ulcerului gastroduodenal. La recomandarea medicului-șef, N. Grecin, studiază cu rigurozitate eficiența tratamentului balnear al băilor de salvie în terapia complexă a pacienților cu afecțiuni ale sistemului articular în cadrul sovhozului - tehnicum "Trandafir" din Râșcani, eficiența eforturilor depuse fiind elocventă. Rezultatele au fost relatate în presa republicană, de ele s-a interesat ministerul de resort, Institutul de Stat de Medicină din Chișinău; uneori primea pe zi câte 50-60 de scrisori de la pacienții din diverse raioane ale republicii și chiar din alte republici.

Peste un an, în 1959, pleacă la Moscova pentru secundariatul clinic în Institutul Central de Curortologie și Fizioterapie. Aici, în clinica de artrologie, condusă de profesorul Z. Bâhovski, obține diploma de specialist în domeniul artrologiei. În 1961, conform unui ordin al Ministerului Sănătății al URSS, este acceptat în calitate de colaborator științific al Institutului de Reumatologie al AȘM din URSS, unde mai mult de 30 de ani studiază aspecte etiopatogenetice, clinice, de diagnostic și de tratament ale bolilor reumatice sub conducerea academicianului A. Nesterov și a profesorului M. Astapenko.

Efectuează în comun studii, cercetări la temă cu savanți din Cehoslovacia, Germania. Participă la congrese ale reumatologilor din Canada, România, în cele mai mari orașe din fosta URSS ține cursuri și conferințe săptămânale în fața reumatologilor și internștilor. Are posibilitatea și în onoarea să contacteze numeroase somități din ramură, cum sunt: academicienii A. Nesterov, E. Tareev, A. Miasnikov, E. Lebedev, A. Zborovski, A. Strukov,

profesorii M. Astapenko, A. Dolgopolova, V. Nasonova, B. Amor (Franța), V. Ott (Germania), S. Sytai (Cehia), G. Stoica (România).

Mai mulți ani își consacră cercetările studierii particularităților afectării cordului în artrita reumatoidă. Din 1966, studiază etiopatogeneza și posibilitățile unui diagnostic precoce și tratament adecvat în boala Behterew (spondilartrita anchilozantă). Cercetările aprofundate ale profesorului Vasile Cepoi s-au înununat cu publicarea monografiilor *Boala Behterew*. De fapt are la activ 7 monografii consacrate diverselor probleme de reumatologie și medicină internă. Până la ora actuală, Domnia Sa a publicat peste 200 de lucrări științifice de certă valoare, care au fost apreciate pe timpuri la Moscova cu premii și cu brevete de invenție.

Subiectele principale de studiu au fost reflectate în valoroasa monografie *Bolile degenerative și inflamatorii ale coloanei vertebrale*, lucrare pentru care, în 1981, i-a fost conferit titlul de doctor habilitat în științe medicale. În acest răstimp, dl Vasile Cepoi inițiază fondarea laboratorului de electrofiziologie și biomecanică în Centrul de Artrologie de pe lângă Institutul de Reumatologie din Moscova. Cercetările efectuate în acest laborator au stat la baza mai multor publicații și rapoarte la diverse congrese, simpozioane și conferințe științifice. Recapitularea cercetărilor de mai mulți ani i-a permis dlui profesor Vasile Cepoi să elaboreze clasificarea unor maladii ale coloanei vertebrale, care și în prezent este apreciată la justa valoare.

Apogeul publicațiilor Domniei Sale îl constituie monografia *Diagnosticul și tratamentul bolilor articulare*, apărută în 1990, cu un tiraj de 140 000 de exemplare, carte ce servește în prezent ca manual și ghid pentru reumatologi și internști.

În 1990, în urma concursului, devine șef al catedrei Medicină Internă Nr. 1, facultatea Perfecționare a Medicilor a USMF "Nicolae Testemițanu", fiind în fruntea ei până în 1997. Actualmente, este profesor la catedra respectivă. Se află mereu în vâltoarea activităților științifice, pedagogice, clinice.

Împreună cu doctorul în științe tehnice V. Rudenko, studiază un șir de metode pentru tratamentul bolilor reumatice, inclusiv ionoplasmoterapia care, în prezent, este utilizată în practica medicală. Studiile sale consacrate terapiei ionoplasmice au fost prezentate la multe congrese internaționale din Canada, Italia, Thailanda și România. Studiile au fost editate în monografiile: *Osteoartrozele, osteocondrozele, Artritele infecțioase, infecțioase-reactive și metabolice, Diagnosticul și Tratamentul Ionoplasmic al bolilor reumatice*, una din monografii fiind tradusă și în limba engleză. Acum 10 ani, profesorul universitar Vasile Cepoi a fost ales membru al Academiei de Științe Medicale Române, dovadă a recunoașterii internaționale și a eforturilor depuse de Domnia Sa pe altarul medicinei.

Dle profesor, Vă aducem mulțumiri cordiale pentru munca depusă și pentru rezultatele frumoase, dorindu -Vă ani mulți și succese noi în activitatea nobile de cercetător, clinician și de pedagog. Fie ca această primăvară însoțită să Vă aducă multe bucurii, să cunoașteți realizarea neabătută a celor mai îndrăznețe vise pe care le aveți.

Vivat universitas, vivant profesores!

Liliana Groppa, dr.h., profesor
 Șef catedră Medicină Internă Nr.1
 Facultatea Rezidențiat și Secundariat Clinic
 USMF "Nicolae Testemițanu"



Eugen Gladun, specialist obstetrician-ginecolog, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, membru corespondent al Academiei de Științe a Republicii Moldova, s-a născut la 27 aprilie 1936, în satul Nesfoaia, raionul Noua Suliță, regiunea Cernăuți, într-o familie de învățători.

În 1953, a absolvit școala medie Nr. 2 din orașul Lipcani, apoi, în 1959 - Institutul de Stat de Medicină din Chișinău, facultatea Medicină Generală. După absolvire a activat în calitate de medic obstetrician-ginecolog în Spitalul Raional Lipcani. În 1961, este admis în doctoratură pe lângă Institutul de Medicină din Chișinău, după finisarea căreia, în 1964, activează în calitate de: asistent la catedra Obstetrică și Ginecologie, până în 1968; conferențiar - în perioada 1968-1984; profesor universitar - din 1986. Este șef catedră Obstetrică și Ginecologie a USMF "Nicolae Testemițanu" din 1971 până în prezent, mai întâi la facultatea Pediatrie, apoi la facultatea Medicină Generală, actualmente facultatea Perfecționare a Medicilor.

Deține funcția de decan al facultății Pediatrie, USMF "Nicolae Testemițanu", mai apoi a fost numit decan al facultății Perfecționare a Medicilor (1969 - 1985).

În anul 1988, Eugen Gladun se află în fruntea fondatorilor Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, meritele D-lui fiind remarcate prin numirea în postul de director al acestei instituții, care sub conducerea-i iscusită a devenit eșalonul de vârf în acordarea ajutorului medical mamei și copilului în Republica Moldova.

În perioada 1998 - 2000 este Ministru al Sănătății din Republica Moldova.

Rezultatele muncii și-au găsit materializarea în excelențele-i teze: de doctor în științe medicale, susținută în 1970, și de doctor habilitat în medicină, susținută în 1984.

În lucrările sale, savantul propune pentru prima dată tehnici performante ale suturilor mecanice în intervențiile chirurgicale ginecologice, utilizând dispozitive eficiente și materiale noi, creează metode și procedee care condiționează reducerea timpului operatoriu, diminuarea pierderii de sânge, a traumatismului, a frecvenței complicațiilor postoperatorii. Rezultatele acestor cercetări stau la baza elaborărilor științifice ulterioare.

O mare atenție profesorul Gladun acordă studierii aspectelor care țin de operația cezariană. Împreună cu discipolii săi, elaborează variante de operații cezariene protejate, metode de profilaxie a eventualelor complicații septico-purulente, după operația cezariană. Studiind fiziologia și fiziopatologia peritoneului, implementează conduita tratamentului peritonitei generalizate cu abdomen deschis. Eugen Gladun este adeptul și propagatorul activ al intervențiilor reconstructive și plastice în chirurgia ginecologică. Sfera cercetărilor sale include și alte probleme de primă actualitate pentru republică: gestozele, infecțiile intrauterine, infertilitatea, prematuritatea etc.

Bilanțul muncii profesorului Eugen Gladun s-a întruchipat în numeroasele lucrări științifice (peste 200 de articole, 17 monografii, 70 de inovații, manuale, materiale didactice, teze etc.) cunoscute atât în republică, cât și peste hotarele ei. Printre discipolii D-lui 23 sunt doctori în științe medicale și 7 - doctori habilitați în medicină.

În anul 2000, este ales membru corespondent al Academiei de Științe din Republica Moldova. A participat la 3 congrese mondiale și la 9 congrese europene de specialitate (Rusia, Danemarca, Canada, Polonia, Grecia, Slovenia, Ungaria, Israel etc.). A fost invitat pentru ținerea prelegerilor la Institutul de Perfecționare a Medicilor din Sankt-Petersburg, concomitent demonstrând tehnicile operatorii proprii în 4 clinici importante din Rusia.

Activitățile profesionale, științifice și didactice sunt organice și în permanență asociate celor obștești. Mulți ani s-a aflat în fruntea Societății Obstetricienilor - Ginecologi din Republica Moldova, este Membru de Onoare al Societății Obstetricienilor - Ginecologi din România, membru al societăților Europene și Mondiale ale Obstetricienilor - Ginecologi, redactor-șef al revistei *Buletin de perinatologie*.

Pentru merite deosebite în activitatea medicală, științifică și didactică i s-a conferit titlul de Om Emerit, Laureat al Premiului de Stat. Este decorat cu medalia *Meritul civic* și *Ordinul Republicii*.

Cu profundă recunoștință și cu respect, colectivul catedrei Obstetrică și Ginecologie a FPM, USMF "Nicolae Testemițanu", alături de colegiul de redacție al revistei *Buletin de perinatologie* aduce sincere felicitări cu ocazia jubileului celui care și azi se află la masa de operații și în fața auditoriului, împărțindu-și experiența - profesorului Eugen Gladun, ilustru om de știință, personalitate de primă importanță, promovator al adevăratelor valori medicale, dascăl al mai multor generații de medici, organizator talentat al serviciului obstetric-ginecologic în Republica Moldova. Îi urăm multă sănătate, longevitate și succese în nobile sa muncă.

**Marc Ștemberg, dr., conferențiar
Catedra Obstetrică și Ginecologie
USMF "Nicolae Testemițanu"**

BIOLINE FLU / БИОЛАЙН ГРИПП

Описание препарата

Препарат широкого спектра действия для лечения гриппа и острой респираторной вирусной инфекции.

Комплексное лекарственное средство в виде сублингвальных таблеток по 300 мг в блистерах.

В состав препарата входят

Одна таблетка 300 мг содержит: Carbolicum Acidum D4, Sticta pulmonaria D4, Triosteum perfoliatum D4, Aviare C7, Influenzinum C7. Вспомогательные вещества: Lactose 297 мг, Magnesium Stearate.

Показания. Препарата «Bioline Flu» используются для комплексной терапии острых респираторных заболеваний, вызванных вирусными инфекциями, а также для профилактики гриппа и других ОРВИ. Профилактический эффект достигается за счет повышения общей иммунологической реактивности организма и выведения остаточных возбудителей после ранее перенесенных инфекционных заболеваний.

Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата.

Взаимодействие с другими лекарственными препаратами.

Возможно одновременное применение других лекарственных средств.

Применение в период беременности и при лактации

Беременным и женщинам во время лактации препарат можно принимать после консультации с врачом.

Способ применения и дозы. По 1 таблетке под язык каждые 1-2 часа до облегчения симптомов или в течение 3-4 дней, затем продолжить прием по 1 таблетке 3-4 раза в день до выздоровления. Детям 2-10 лет принимать половину взрослой дозы по 1/2 таб. каждые 2 часа до облегчения симптомов или в течение 3-х дней, затем продолжить прием по 1/2 таб. 3 раза в день до выздоровления.

Срок годности. 5 лет

Фармакологическое действие. Комплексное терапевтическое действие препарата «Bioline Flu»:

- *иммуномодулирующее*
- *отхаркивающее*
- *детоксикационное*

- *противовирусное*

- *смягчающее симптомы развития заболевания*

Фармакологическое действие реализуется за счет 5-ти компонентов различного происхождения:

Carbolicum Acidum D4

Показания. Особенно показан в случаях, где грипп привел к физическому истощению и слабости. Воспаленное, «горящее», горло, грипп, головная боль.

Действие. Оказывает сильное бактерицидное действие. Используется, чтобы уменьшить действие на организм простуды, ангины, расстройства ЖКТ с тошнотой и диареей.

Stica pulmonaria D4

Показания. Грипп, бронхиальный кашель с мокротой. Катары носа.

Действие. Антисептическое, закрепляющее, отхаркивающее, заживляющее. Помогает очищать пазухи и носовые проходы. 4D потенция используется в этой формуле для острой симптоматики.

Triosteum perfoliatum D4

Показания. Диарея с коликой, грипп, головная боль, боли тела, лихорадка с тошнотой.

Действие. Является стимулирующими отхаркивающими средством (stimulant expectorants). Раздражает слизистую оболочку желудка, стимулирует рефлекс секреции мокроты железами.

Influenzinum C7 (Influenza Nosode - Готовится

из инактивированных вирусов гриппа человека).

Показания. Любые осложнения после гриппа. Склонность к хронически рецидивирующим простудам. Профилактически: с целью активной иммунизации.

Действие. Активизирует специфические антителы, приводящие к образованию антител. Стимулирует иммунную систему и естественную защиту организма. Способствует выведению токсинов, депонированных в мезенхиме, после перенесенных заболеваний.

Aviare C7 (Myobacterium Aviary Nosode - Гото-

вится из инактивированных вирусов гриппа птиц).

Показания. Озноб, миалгии, боли в горле, ринорея. Повышение температуры тела. Поражение нижнего отдела дыхательных путей (нижний респираторный синдром) с возможным развитием первичной вирусной пневмонии: кашель, одышка и дисфония. Любые осложнения после гриппа. Склонность к хронически рецидивирующим простудам. Профилактически: с целью активной иммунизации.

BIOLINE COLD / БИОЛАЙН ПРОСТУДА

Описание препарата

Препарат широкого спектра действия для лечения простудных заболеваний.

Комплексное гомеопатическое лекарственное средство для применения в виде сублингвальных таблеток по 300 мг в блистерах. Препарат изготовлен по классической гомеопатической технологии.

Состав препарата: Echinacea angustifolia D4, Eupatorium perfoliatum D4, Aconitum napellus D6, D12, D30, Dulcamara D6, Euphrasia officinalis D6, Gelsemium sempervirens D6, D12, D30, Kali Bichromicum D6, Pulsatilla nigricans D6, Sanguinaria canadensis D6, Sulphur D8. Экспциенты: Lactose, Magnesium Stearate.

Показания

- Аденовирусная инфекция с клиникой ринита, трахеобронхита
- РС-инфекции (густые слизистые выделения)
- Обострение хронического бронхита на фоне ОРЗ
- Катаральное, катарально-отечное, продуктивное воспаление слизистых дыхательных путей
- Парагрипп с клиникой ринита, тонзиллофарингита, трахеобронхита

Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата.

Взаимодействие с другими лекарственными препаратами. Возможно одновременное применение других лекарственных средств.

Применение в период беременности и при лактации

Беременным и женщинам во время лактации препарат можно принимать после консультации с врачом.

Способ применения и дозы. В остром периоде по 1 таблетке под язык до полного растворения каждые 1-2 часа до облегчения симптомов или в течение 3-х дней, затем продолжить прием по 1 таблетке 3-4 раза в день до выздоровления. Детям 2-10 лет принимать препарат в половине взрослой дозы.

Особые замечания

На фоне приема гомеопатических препаратов возможно кратковременное обострение. Высокая лихорадка может быть признаком на то, что один или несколько составляющих наиболее подобны данному больному. Купирование симптомов происходит в течение первых 2-х суток лечения с улучшением состояния.

Фармакологическое действие

Широкий спектр действия препарата реализуется, благодаря оптимальному сочетанию и взаимному усилению индивидуальных свойств, входящих в его состав 10-ти потенцированных компонентов, 2-х минерального и 8-ми растительного происхождения. Препарат Биолайн Простуда объединяет в своем составе лекарственные свойства 10 препаратов. Три составляющих из них (**Echinacea, Aconitum, Eupatorium**) воздействуют активно на иммунные реакции, оптимизируя, дифференцировку Т-лимфоцитов, стимулируя продукцию антител. Противовирусное действие компонентов (**Echinacea, Pulsatilla**) эффективно сочетается с иммунопотенцирующим влиянием.

Четыре составляющих (**Eupatorium, Pulsatilla, Sanguinaria, Sulphur**) мягко стимулируют секрецию слизистых оболочек. Снижают вязкость бронхиального секрета и ускоряют процессы детоксикации организма. **Aconitum, Eupatorium, Euphrasia, Gelsemium** оказывают противовоспалительное действие.

Dulcamara, Sulphur, Kali Bichromicum, оказывают биокаталитическое действие, одновременно **Sulphur, Kali Bichromicum** являются дренирующими препаратами с влиянием на гепатобилиарную систему.

Резюмируя приведенные данные, можно сделать вывод, что сочетание компонентов в комплексном гомеопатическом препарате Биолайн Простуда позволяет одновременно воздействовать на разные проявления острых респираторных инфекций как воспалительного, так и интоксикационного характера и способствовать ликвидации различных патологических процессов, возникающих при острых респираторных вирусных инфекциях.

Homeofarm, SRL

Для закупки оптом, телефон – 222411

Для приобретения в розницу, телефон - 241776

IN MEMORIAM

Chiril A. Draganiuc – 75 de ani de la naștere



Sunt oameni care într-o singură viață pot trăi mai multe vieți, ei rămânând în memoria posteriorității ca oameni mari, oameni ai acțiunilor benefice, oameni ai faptelor nobile. Printre aceștia a fost și Chiril A. Draganiuc, personalitate marcantă a medicinei autohtone. E unul dintre iluștrii noștri contemporani, care a fost pus de natură și prin educație în situația să-și consacre potențialul intelectual funcțiilor pe care le deținea la fiecare etapă a vieții.

S-a născut la 27 aprilie, anul 1931, în satul Podoima, raionul Camenca, Republica Moldova, într-o familie de țărani. De mic copil a rămas fără mamă, crescut mai mult de o bunică a sa. A absolvit șapte clase în satul natal, apoi școala medie în comuna Sănătăuca, raionul Vertiujeni (actualmente Florești). A văzut cu ochii săi de copil grozăviile războiului, a simțit pe propria piele greutățile foamei, a muncit de la o vârstă fragedă pe lanurile colhoznice. Anume în acest context, la numai 14 ani, este decorat de Sovietul Suprem al URSS cu medalia *За доблестный труд в Великой Отечественной Войне 1941 – 1945*, moment semnificativ al biografiei sale. De altfel, munca i-a fost din todeauna crezul vieții.

Drumul de mai departe al destinului a cunoscut următoarele etape:

1950 – 1956, este student la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău;

1956 – 1957 – medic fiziolog la spitalul de sector din satul Sculeni, raionul Fălești;

1957 – 1958 – medic-șef al spitalului din Sculeni;

1958 – 1972 – medic-șef al Sanatoriului Republican de Tuberculoză „Vorniceni”;

1972 – 1974 – director al Institutului Moldovenesc de Cercetări Științifice în domeniul Tuberculozei;

1974–1990 – Ministru al Sănătății din Republica Moldova;
 1990 – 2004 – medic-șef al IMSP, Centrul Republican de Diagnosticare Medicală.

În deosebi, la etapa Vorniceni, Dumnealui s-a dovedit a fi un organizator chibzuit, care soluționa cu succes problemele acestui sanatoriu. În scurt timp a reușit să reorganizeze radical sanatoriul; au fost construite blocuri de tratament, au fost create laboratoare de diagnosticare modernă (biochimie, bacteriologie, radionuclizi și diagnostică funcțională, laborator pentru mediu nutritiv), au fost introduse metode noi de tratament al tuberculozei pulmonare. În acea perioadă a sporit evident activitatea științifică, s-au consolidat contactele de creație cu instituțiile științifice principale de profil din Moscova, Sankt-Petersburg, Kiev, Minsk etc. Toate acestea au contribuit la modernizarea sanatoriului de tuberculoză plasându-l printre cele mai vestite instituții de profil din fosta Uniune Sovietică.

Atmosfera de creație prezentă în sanatoriul „Vorniceni”, în acei ani, a contribuit la atragerea în activitatea științifică a medicilor clinicieni. Sintetizând rezultatelor aplicării metodelor noi de diagnosticare și de tratament, medicii din sanatoriul „Vorniceni” au susținut 10 teze de doctori în medicină și 4 teze de doctori habilitați în medicină.

Concomitent cu activitatea administrativă și științifică de proporții, Chiril A. Draganiuc continua să rămână un medic curativ, însușind specialitatea de chirurg-ftiziolog. Pacienții tratați de către Chiril Draganiuc îi sunt recunoscători și acum.

În anul 1972, Chiril A. Draganiuc a fost numit director al Institutului Moldovenesc de Cercetări Științifice în domeniul Tuberculozei. Pe parcursul activității sale în acest post, în republică, a fost organizată aprovizionarea centralizată a instituțiilor de tuberculoză cu medii nutritive pentru cultivarea micobacteriei tuberculozei și pentru determinarea sensibilității acestora la preparatele medicamentoase. În mod centralizat, a fost organizat controlul calității tratamentului formelor de tuberculoză distructive și introdusă metoda contemporană a probelor tuberculinice, a fost perfecționată organizarea, evidența și păstrarea rezultatelor microradiografiei profilactice ale populației din republică.

Calitățile lui Chiril A. Draganiuc, ca organizator talentat, s-au manifestat evident în anii aflării D-lui în funcția de Ministru al Sănătății din Republica Moldova. A dus povara ministeriatului timp de peste 16 ani, reușind să facă atâta cât n-a mai realizat nimeni până atunci, fiind în postura dată.

Prin această muncă organizatorică, dărză și creativă, ministrul Chiril A. Draganiuc a contribuit nemijlocit la edificarea a peste 200 de policlinici, blocuri și complexe spitalicești. Toate edificiile de menire medicală nou construite erau dotate cu tehnică și echipament de performanță. În același ritm se pregăteau, se perfecționau și se selectau cadrele necesare.

IN MEMORIAM

La capitolul *construcții capitale* din ramură, Republica Moldova deține primul loc printre celelalte republici ex-sovietice. Pe întregul teritoriu al republicii erau parcă semănate șantierul medicale, care creau impresia că toată medicina e un nesfârșit șantier.

Totuși, ar fi eronat să se creadă că pe atunci se putea construi ușor, că problemele medicinei puteau fi lesne soluționate, deși investițiile în ramură erau incomparabil mai mari decât cele de astăzi. Chiril A. Draganiuc, prin autoritatea și forța sa de convingere, era în stare să „smulgă” de la organizațiile de resort, republicane și unionale, cât mai multe și mai mari fonduri, pentru a realiza acel colosal volum de construcții, pentru a procura aparatul medical și întregul echipament, destul de scumpe și deficiente.

În acea perioadă au fost date în exploatare Spitalul Clinic Republican, Spitalul Clinic Orășeneș Nr.3, Chișinău, blocul nou al Institutului Oncologic, Centrul Pulmonologic, Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Institutul de Cardiologie; au fost construite spitale noi în orașele Tiraspol, Bălți; aproape în toate centrele raionale au fost construite policlinici și blocuri noi curative, maternități, stații sanitare-epidemiologice, au fost construite multiple ambulatorii sătești de diferite niveluri, puncte medicale. Au fost organizate laboratoare de medicină nucleară în orașele Bălți, Tiraspol, Cahul, Bender, Edineț ș.a., au fost deschise primele cabinete cu aparatul ultrasonor, precum încă multe altele pe diferite specialități.

O deosebită atenție a acordat Chiril A. Draganiuc reînnoirii aparatului radiodiagnostic. Dacă în anul 1972 instituțiile medico-sanitare din republică dispuneau de 509 (inclusiv 325 - staționare) aparate radiodiagnostice, apoi în 1989 funcționau deja 1000 (454 - staționare) de aparate radiodiagnostice; aparate radiografice: în 1972 - 94 de aparate, dintre care 44 - mobile și 50 - staționare, în 1989 - 194 de aparate, dintre care 72 - mobile și 122 - staționare.

S-au îmbunătățit indicatorii principali în evaluarea calității lucrului efectuat în domeniul ocrotirii sănătății: s-a micșorat mortalitatea generală și cea infantilă, morbiditatea tuberculozei, permanent se ameliorează calitatea dispensarizării diferitelor categorii de bolnavi.

În republică a avut loc sistematic perfecționarea calificării medicilor de toate specialitățile. Medicii își perfecționau cunoștințele în instituțiile respective din Moldova și din fosta URSS: Moscova, Sankt-Petersburg, Kiev, Harkov, Minsk etc.

În republică se organizau și se desfășurau sistematic congrese și conferințe cu participarea specialiștilor din ramură, aveau loc seminare consacrate implementării metodelor noi de diagnosticare și de tratament, unde erau implicați specialiștii de vază ai Institutului de Stat de Medicină din Chișinău și cei mai calificați medici-practicieni.

În afară de acele calități manageriale, Chiril A. Draganiuc era un om de o rară cumsecădenie, onest, curajos, principal și punctual: cuvântul îi era cuvânt, misiunea sa de doctor acoperindu-l pe toate celelalte. Vizitele frecvente de lucru în instituțiile medico-sanitare din toate raioanele și orașele republicii culminau cu întâlnirile pe care le avea cu medicii și pacienții.

În anul 1989 a fost dat în exploatare Centrul Republican de Diagnosticare Medicală, unul din primele centre deschise în

fosta URSS care, din anul 1990 până în anul 2004, a fost condus de Chiril A. Draganiuc.

Numeroșii vizitatori de specialitate au apreciat la justa valoare organizarea instituției de diagnosticare medicală de tip nou, nivelul de dotare cu tehnică medicală performantă, unică în felul ei.

Timpul a arătat că diversitatea, bine gândită, a diferitelor metode de investigații și analize (biochimice, imunologice, endoscopice, histologice, radionuclide, ultrasunet, radiologice cu tomografie computerizată etc.), prezența medicilor consultați-clinicieni asigură eficacitatea înaltă în activitatea centrului, ea fiind înalt apreciată de către pacienți.

La etapa reformelor, a primenirilor și a remanierilor care parvenise în domeniul medicinei, Chiril A. Draganiuc avea o poziție fermă, bazată pe principii și convingeri sănătoase: de a nu dărâma ceea ce s-a făcut cu atâta greu, de a însuși noile reguli, adică de a asimila și de a aplica principiile economiei de piață. A fost solicitat mereu să-și exprime punctul de vedere la demararea procesului de trecere la medicina prin asigurare obligatorie.

Simțul noului a fost un fel de camerton al sufletului său, citea cu discernământ literatura de specialitate, nu scăpa nici o expoziție de medicamente sau tehnică medicală, făcea rost de bani pentru a procura tot ce-i necesar în vederea asigurării unei asistențe medicale de calitate.

S-a ocupat activ cu lucrul științific în anii '60 - '70 - '80. A susținut teza de doctor în medicină, în anul 1969, apoi teza de doctor habilitat în medicină, în anul 1979. A scris mai multe articole științifice și o monografie, toate dedicate diagnosticării și tratamentului tuberculozei, problemelor organizatorice în ocrotirea sănătății.

Era omul care își programa rațional timpul, reușindu-l pe toate; în repetate rânduri a fost ales deputat în Sovietul Suprem al URSS și în Sovietul Suprem al RSSM, căutând și prin intermediul instituțiilor statale respective să contribuie la ameliorarea continuă a situației în ramura ocrotirii sănătății.

A fost înalt apreciat de către autorități: în 1959, este decorat cu insigna *Eminent al ocrotirii sănătății*; în 1961, este distins cu medalia *Pentru merite deosebite în muncă*; în 1968, i se conferă titlul onorific *Medic Emerit din RSSM*; în 1969, i se conferă titlul onorific *Erou al Muncii Socialiste*, cu înmânarea ordinelor *Lenin* și *Steluța de Aur*; în 1986, este decorat cu ordinul *Drapelul Roșu de Muncă*; în 2004, este decorat cu medalia *Nicolae Testemițanu*.

Dumnealui și-a consacrat întreaga sa viață lucrurilor utile și în așa fel a descoperit arta de a depăși timpul. Adevărată vârstă a omului sunt anii pe care nu i-a trăit degeaba.

Cei 75 de ani ai medicului, savantului, omului de stat, Chiril A. Draganiuc, pe care-i i-ar fi împlinit, sunt o etapă convențională a vieții, dar și a eternității sale. Numele și faptele D-lui vor rămâne veșnic în memoria tuturor aceluia care l-au cunoscut.

Posteritatea îi va fi recunoscătoare pentru tot ce a reușit să facă pe altarul medicinei.

Eugeniu Țurcanu, medic-șef adjunct
Centrul Republican de Diagnosticare Medicală
Chișinău, str. C. Vârnav, 13

GHID PENTRU AUTORI

* **Articolele vor fi tipărite** pe formatul A4, Times New Roman 14 în Microsoft Word la 1,5 intervale și cu marginile 2,0 cm pe toate laturile.

* **Lucrările vor fi prezentate** în 3 exemplare cu toate elementele corespunzătoare.

* **Pe dischete** se va indica numele autorului.

* **Scrisoarea de însoțire.** Articolele vor fi însoțite de o scrisoare din numele autorului, responsabil pentru corespondență. Scrisoarea va conține afirmația, că toți autorii sunt de acord cu conținutul și că materialele date nu s-au publicat anterior.

* **Prezentarea.** Articolele vor fi depuse pe numele redactorului-șef Boris Topor, dr.hab.șt.med., prof., catedra Chirurgie Operatorie și Anatomie Topografică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolaie Testemițanu".

Articolele vor fi structurate după schema:

1. Foaia de titlu va conține prenumele și numele autorilor, titlul/gradul științific, instituția și, de asemenea, prenumele, numele, adresa, numărul de telefon, adresa electronică a autorului cu care se va corespunda.

2. Rezumatele: în limba română și engleză (și rusă, de autori din Republica Moldova) până la 150-200 de cuvinte **pe foi aparte**, finisate cu cuvinte-cheie, de la 3 până la 6.

3. Textul articolelor clinice, experimentale (până la 15 pagini) și al publicațiilor scurte **va cuprinde: introducere, materiale și metode, rezultate obținute, discuții și concluzii.** Altă structură se va accepta, dacă aceasta va corespunde conținutului materialului.

Publicațiile referative și farmaceutice nu vor depăși 20 de pagini și nu vor conține mai mult de 20 de referințe.

4. Bibliografia - pe foaie aparte, la 1,5 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript, ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors pentru publicațiile medico-biologice.

5. Tabelele - pe foi aparte, enumerate cu cifre romane. Legenda va fi dată la baza tabelului.

6. Desenele - pe verso foto se pune numărul de ordine, denumirea articolului, numele primului autor, marginea superioară va fi indicată cu săgeată. Foto color se vor publica din sursele autorului.

7. Legendele desenelor - pe foaie aparte, în funcție de numărul fotografiilor.

Articolele se publică în limba prezentată.

Bd. Stefan cel Mare, 192
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (+37322) 222715
Fax: (+37322) 295384
www.usmf.md
e-mail: curiermed@usmf.md

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АВТОРОВ

* **Статьи печатают** на бумаге формата А4, через 1,5 интервала, с полями в 2,0 см, шрифтом 14 Times New Roman, в Microsoft Word.

* **Статьи подают** в 3-х экземплярах. Копии иллюстраций должны быть приложены ко всем экземплярам.

* **Предоставляют дискету** с указанием фамилии автора.

* **Сопроводительное письмо.** Статью сопровождают письмом от имени автора, ответственного за переписку. Письмо должно также содержать подтверждение, что все авторы согласны с содержанием и представленными материалами прежде не публиковались.

* **Подача.** Статьи подают на имя главного редактора, Бориса Михайловича Топора, д.м.н., проф., кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Государственного медицинского и фармацевтического Университета им. Н.Тестемитану.

Все статьи должны быть оформлены следующим образом:

1. Титульный лист включает имя и фамилию всех авторов, их степени и звания, название учреждения, из которого работа выходит, а также имя, отчество и фамилию, адрес, номер телефона и электронный адрес автора, с которым будет вестись переписка.

2. Резюме печатают **на отдельных листах**, на русском и английском языках (и на румынском – авторами из Республики Молдова), 150-200 слов. В конце резюме приводят ключевые слова, от 3 до 6.

3. Текст статей клинического и экспериментального плана (до 15 страниц) **должен состоять из: введения, материала и методов, результатов, обсуждения и выводов.** Иное изложение допустимо, если оно соответствует содержанию.

Обзорные и фармакологические статьи не должны превышать 20 страниц и включать более 20 библиографических источников.

4. Список литературы печатают **на отдельном листе**, через 1,5 интервала, в порядке появления в тексте ссылок, указанных нумером суперскриптом, и в соответствии с пунктуацией и общими требованиями, предъявляемыми к медико-биологическим статьям Международным комитетом издателей медицинских журналов.

5. Таблицы представляют **на отдельных листах**, нумеруя римскими цифрами и с пояснениями снизу.

6. Рисунки. На оборотной стороне каждой фотографии указывают номер, название статьи, фамилию первого автора и верхний край – стрелкой. Цветные фото печатаются из средств авторов.

7. Подписные подписи приводят **на отдельном листе**, в соответствии с номером фотографий.

Статьи публикуются на языке оригинала.

Пр. Стефана Великого, 192, MD-2004
Кишинев, Республика Молдова
Телефон: (+37322) 222715
Факс: (+37322) 295384
www.usmf.md
e-mail: curiermed@usmf.md

GUIDE FOR AUTHORS

* **Manuscripts should be typed** on one side only of A4, 1,5-spaced throughout, with 2,0 margins, printing-type 14 Times New Roman, in Microsoft Word.

All papers have to be executed in the following manner:

1. The title page includes the first and last names of all authors, highest academic degrees, the name of the department and institution from which the work originated, and the name and address of the author to whom reprint requests should be addressed. A telephone number and E-mail for the corresponding author must be listed.

2. The abstract. Manuscript contains a 150- to 200-word abstracts **on separate pages** in the original language and in English. The abstract ends with key words, 3 to 6.

3. The text of articles for clinical, experimental (till 15 pages) and brief reports **should consist of: Introduction, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusions.** Others descriptive heading and subheading may be used if appropriate. Review articles and pharmacology articles must not exceed 20 pages or contain more than 20 references.

4. References are listed **on separate pages** in order of appearance in the text, and the appropriate numbers are inserted in the text in superscript at the proper places. References should be typed 1,5-spaced and must follow the general arrangement and punctuation outlined in: International Committee of Medical Journal Editors requirements for manuscripts submitted to biomedical articles.

5. Tables type each **on separate sheets**, numbering consecutively with Roman numerals. Explanatory matter belongs in footnotes, not in the title.

6. Figures. The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article, the name of the first Author and an arrow indicating the top edge. Color illustration will be reproduced at the Author's expense.

7. The figures' corresponding legends should be typed on a separate page.

* **Submit an original and three copies of all elements.** Photocopies of the figures must be attached to each copy of the manuscript.

* **Submit a floppy disk** labeled with the Author's name.

* **Cover letter:** Manuscript must be accompanied by a cover letter from the author who is responsible for correspondence regarding the manuscript. The letter should contain a statement that the manuscript has been seen and approved by all authors and the material is previously unpublished.

* **Submission:** Manuscripts and books for possible review should be sent to Editor-in-Chief Boris Topor, M.D., Ph.D., Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy, State Medical and Pharmaceutical University.

Articles are published on the original language.

192 Bd. Stefan cel Mare
Chișinău, MD-2004, Republic of Moldova
Telephone: (+37322) 222715
Fax: (+37322) 295384
www.usmf.md
e-mail: curiermed@usmf.md

Autorii sunt responsabili de conținutul articolelor publicate // Авторы несут ответственность за содержание статей

SC “LABITON” SRL

LABITON – это разработчик и производитель комфортной и долговечной мебели для различных лечебных и научно-исследовательских учреждений:

- лабораторий;
- поликлиник;
- аптечных и складских помещений;
- больниц;
- диагностических центров;
- санаториев

Мебель производится в Кишиневе на современном оборудовании, из лучших отечественных и импортных материалов.

Основание мебели состоит из сварной металлоконструкции, окрашенной порошковой краской под действием высокой температуры, что значительно повышает ее антикоррозийные свойства.

При производстве рабочих поверхностей столешниц используется керамическая плитка или слоистый пластик, устойчивые к воздействию кислот, щелочей и органических растворителей.

В состав изделий мебели для лабораторий входят:

Вытяжные шкафы - различные варианты исполнения;

Столы лабораторные - для физических и химических исследований, для приема и регистрации анализов, лабораторных – с мойкой;

Шкафы - различных назначений: для химических реактивов и посуды, для одежды и белья, для эндоскопов и др.

Тумбы - с мойкой, приставные, подкатные и другие.

Нестандартные изделия.

Это далеко не полный перечень выпускаемой нами продукции.



За дополнительной информацией обращайтесь по телефонам:

(022) 49-08-14; моб.: 0691 282 73; 0794 734 76

E-mail: iftomovici@rambler.ru

ЭКорин



Каждая таблетка покрыта особым кишечно-растворимым полимером

ЭКорин

Таблетки, покрытые кишечно-растворимой оболочкой 75/150 мг, с медленной высвобождением.

Обеспечивает

- Защиту от преждевременного высвобождения содержимого таблетки в желудке
- Полное растворение покрытия в тонком кишечнике
- Обеспечивается максимальная абсорбция АСК
- Уменьшается частота и выраженность побочных эффектов со стороны ЖКТ
- Повышается доверие пациента к назначенному лечению

● Достижение

неизменного положительного эффекта каждой таблетки для каждого пациента



Непревзойденная АСК с «ЭКО» преимуществом!

ЭКорин



Всякий раз, когда Вы назначаете
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ (АСК)



ЭКорин

Таблетки, покрытые кишечно-растворимой оболочкой 75/150 мг, с медленным высвобождением.

Обеспечивает

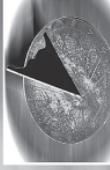
- Максимальный эффект
- Минимум побочных эффектов
- Повышенное доверие пациента к лечению



"ЮСВ" ЛИМИТЕД
Украина, Киев-03035,
Соломенская пл., 2, оф. 102
www.usvindia.com

ПЕРВОЕ ИЗОБРЕТЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Это колесо!



Этот маленький, неприметный с виду прибор нашёл применение в самых различных областях нашей жизни и по мере своего развития стал незаменимым в любом деле!

Как это связано с областью медицины?