

Curierul medical

MEDICAL COURIER *** МЕДИЦИНСКИЙ КУРЬЕР

Revista Ministerului Sănătății
și Asociației societăților medicale din Republica Moldova

The Journal of the Ministry of Health
and the Association of Medical Societies
of the Republic of Moldova



Журнал Министерства здравоохранения
и Ассоциации медицинских обществ
Республики Молдова

Nr.3 (278),
2004

CUPRINS

Adresarea Ministrului Sănătății

GHID PENTRU AUTORI

EDITORIAL

A. Gherman

Primul trimestru de implementare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală

CRONICĂ

Olga Osadci

O trecere în revistă a temelor actuale din sistemul sănătății

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

Gh. Mușet, Nina Fiodorova, M. Betiu,

Ludmila Cazac, Nina Rotari

Experiența tratamentului anticandidozic cu Mycosyst

Curdi Salah Eddin Mohamed

Иммунный статус больных с фурункулом лица и шеи и эффективность иммунномодулирующей терапии в комплексном лечении

A. Scorpan

Esofagita de reflux – sinonim sau manifestare a bolii de reflux gastroesofagian

Gh. Caradja, Lucia Marcoci

Evoluția hipertensiunii arteriale la bolnavii cu hipotiroidie

I. Mihu, I. Moldovanu, Viorica Pleșca

Statul vegetativ al copilului cu dureri abdominale recurente

C. Palihovici

Despre importanța depistării tulburărilor de personalitate în tratamentul integral al tuberculozei pulmonare

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

M. Pîslă

Aspecte ale organizării expertizei medico-militare în Forțele Armate ale Republicii Moldova

3	Svetlana Condratiuc, M. Revenco, V. Oprea, Tatiana Prigoda	35
4	Unele considerații privitor la factorii ce contribuie la debutul folosirii substanțelor psihoactive	
7	A. Cojocaru, Florica Nuțiu, Tatiana Globa Claude Bernard	38
STOMATOLOGIE		
9	T. Popovici, M. Popovici Considerații clinico-tehnice de amplasare a implanturilor lamă în edențațiile parțiale	40
10	Valentina Bodrug Unele aspecte clinice și bacteriologice ale periodontitelor distructive	45
12	PRELEGERI, ARTICOLE DE SINTEZĂ Eugenia Calenici Psihofarmacoterapie tulburărilor nevrotiforme și afective în hipertensiunea arterială esențială	47
19	B.C. Șamughia Perspectiva uzului preparatelor antihomotoxice în terapia hepatitelor virale acute și cronice	51
22	C. Andriuță Comentariul specialistului	55
24	CREAȚIA COLEGIILOR NOȘTRI C. Andriuță Hepatita virală G – maladie parenterală antroponoză	58
27	RECENZIE Sorin Cristea Manual: Limba română. Profil medical cu suport gramatical și de cultivare a limbii române	58
33	JUBILEE Gheorghe Paladi la 75 de ani Boris Parii la 60 de ani	63 64

Colegiul de redacție

Redactor-șef

Boris Topor, dr.h., profesor

Membri:

- Andrei Gherman, Ministru Sănătății al Republicii Moldova
- Ion Ababii, dr.h., profesor, academician AŞ RM
Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
- Președinte al Asociației Societăților Medicale
- Ion Bahnarel, dr., conferențiar, viceministru
- Gheorghe Ghidirim, dr.h., profesor, academician AŞ RM
Președinte al Ligii Medicilor din Republica Moldova

Consiliul de redacție

- Constantin Andriuță, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Vitalie Bejisor, dr.h., profesor, membru corespondent AŞ RM (Chișinău, RM)
- Larisa Catriniță, viceministru (Chișinău, RM)
- Ion Cercimaru, dr.h., profesor, membru corespondent AŞ RM (Chișinău, RM)
- Silviu Diaconescu, dr.h., profesor, academician AŞM (București, România)
- Constantin Ețco, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Ludmila Ețco, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Susan Galanduk, dr.h., profesor (Louisville, KY, SUA)
- Hisashi Iwata, dr.h., profesor emerit (Nagoya, Japonia)
- Petru Galețchi, dr., profesor (Chișinău, RM)
- Mihai Gavriliuc, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Aurel Grosu, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Eva Gudumac, dr.h., profesor, membru corespondent AŞ RM (Chișinău, RM)
- Vladimir Hotineanu, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Anatolii V. Nikolaev, dr.h., profesor (Moscova, Rusia)
- Boris Parii, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Boris Pirgaru, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Hiram C. Polk, Jr., dr.h., profesor (Louisville, KY, SUA)
- Mihai Popovici, dr.h., profesor, membru corespondent AŞ RM (Chișinău, RM)
- Vasile Procopiș, dr.h., profesor, membru corespondent AŞ RM (Chișinău, RM)
- William B. Rhoden, dr.h., profesor (Huntington, WV, SUA)
- Dumitru Sofronie, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Dumitru Ţeberbiatiuc, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Dumitru Tintiuc, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Gheorghe Tămbălări, dr., colaborator științific superior (Chișinău, RM)
- Gheorghe Turcanu, viceministru (Chișinău, RM)
- Victor Voicu, dr.h., profesor (Chișinău, RM)

Membrii de onoare al Consiliului de redacție

- Stanislav Groppa, dr.h., profesor (Chișinău, RM)
- Vasile Negrescu, dr., conferențiar (Chișinău, RM)

Grup redațional executiv

- Anatol Calistru, dr., lector superior (secretar responsabil)
Tel.: 237370, e-mail: secretary@cmmedical.org
- Nicolae Frunțășu, dr.h., profesor (redactor literar)
Tel.: 227782
- Maia McFadden, B.Sc. (consultant pentru limba engleză),
Tel.: 748144
- Corina Moraru, dr., asistent (coordonator editorial)
Tel.: 295433, e-mail: ceo@cmmedical.org
- Natalia Meșina, contabil-șef, tel.: 205250
- Valeria Bulat, administrator, tel.: 220688

Curierul medical

MEDICAL COURIER
REVISTĂ MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII
și Asociației societăților medicale din Republica Moldova

The Journal of the Ministry of Health
and the Association of Medical Societies
of the Republic of Moldova



Журнал Министерства здравоохранения
и Ассоциации медицинских обществ
Республики Молдова

Nr.3 (279),
2004

Stimați colegi!

Ziua Lucrătorului medical și a Farmacistului este o sărbătoare nobilă, un semn de recunoștință pentru cei ce stau la straja sănătății.

"Curierul medical" Vă adreseză felicitări și urări de bine cu prilejul sărbătorii profesionale!

Suntem deciși să ne continuăm activitatea, sperând că vom obține noi colaborări, doritorii de a-și publica rezultatele științifice și observările practice, de a informa populația despre dezvoltarea în continuare a Sistemului Sănătății din Republica Moldova.

Colaboratorii redacției

REVISTA "CURIERUL MEDICAL"

Este o revistă științifico-practică atestată, oferită specialiștilor din toate domeniile medicinii și farmaceuticii. Revista a fost fondată de către Ministerul Sănătății al Republicii Moldova în anul 1958. Din 2002 la editarea revistei contribuie Asociația societăților medicale din Republica Moldova.

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

ЖУРНАЛ "CURIERUL MEDICAL"

Это – аттестованное научно-практическое издание для специалистов всех медицинских профилей и фармацевтов. Журнал был основан Министерством здравоохранения Республики Молдова в 1958 году. С 2002 года журнал издается с участием Ассоциации медицинских обществ Республики Молдова.

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, 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 2002, the Association of the Medical Societies of the Republic of Moldova contributes to the publication 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.

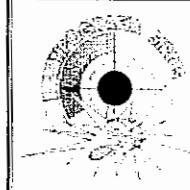
Prețul abonamentului anual/ Anual rate

Apariții: 1 la 2 luni

Moldova, particular	Lei 150
Moldova, departamental	Lei 300
CSI	USD 20
Europa de Est	USD 25
Uniunica Europeană	EU 50
S.U.A., Canada	USD 100

Issues: 1 in 2 months

Index: 31130



Tipar executat la:
"Tipografia Sirius" SRL
MD-2012, Chișinău,
str. A. Lăpușneanu, 2
Tel/fax: (37322) 232352

СОДЕРЖАНИЕ

Обращение министра здравоохранения

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АВТОРОВ

РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

А. Герман

Обязательное медицинское страхование.

Итоги первого квартала

ХРОНИКА

Ольга Осадчий

Актуальные проблемы системы здравоохранения

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Г. Мушет, Нина Федорова, М. Бециу,

Людмила Казак, Нина Ротарь

Опыт применения противокандидозного препарата Микусист

Курди Салах Еддин Мухамед

Иммунный статус больных с фурункулом и карбункулом лица и шеи и эффективность иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении

А. Скорпани

Рефлюксный эзофагит - синоним или проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Г. Караджа, Лучия Маркоч

Течение гипертонии у больных гипотиреозом

И. Миху, И. Молдовану, Виорика Плешка

Вегетативный статус ребенка с возвратными болями в животе

К. Палихович

О клинической необходимости выявления личностных расстройств в комплексном лечении туберкулеза легких

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М. Пыслэ

Аспекты организации военно-враченой экспертизы в Вооруженных Силах Республики Молдова

Светлана Кондратюк, М. Ревенко, В. Опрая,
Татьяна Пригода

К вопросу о факторах, способствующих началу употребления наркотиков

А. Кожокару, Флорика Нуциу, Татьяна Глоба
Клод Бернар

СТОМАТОЛОГИЯ

Т. Попович, М. Попович

К технике применения пластинчатых имплантатов при частичной адентии

Валентина Бодруг

Некоторые клинические и бактериологические аспекты деструктивных пародонтитов

ЛЕКЦИИ, ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Евгения Каленич

Психофармакотерапия невротиформных и аффективных расстройств у больных гипертонической болезнью

Б.К. Шамугия

Перспективы применения антигомотоксических препаратов при лечении острых и хронических вирусных гепатитов

К. Андриуцэ

Комментарий специалиста

ТВОРЧЕСТВО НАШИХ КОЛЛЕГ

К. Андриуцэ

Вирусный гепатит G

РЕЦЕНЗИИ

С. Кристя

Румынский язык. Его культивирование в медицинской сфере

ЮБИЛЕИ

Георгий Палади – 75 лет

Борис Парий – 60 лет

CONTENTS

3 The address of the Minister of Health

GUIDE FOR AUTHORS

EDITORIAL

A. Gherman

First trimester of the introduction of the obligatory medical insurance

CHRONICLE

Olga Osadciu

Topics concerning the health care system

CLINICAL RESEARCH STUDIES

Gh. Mușet, Nina Fiodorova, M. Bețiu,

Ludmila Cazac, Nina Rotari

Anti-candidal treatment with Mycosyst

12 Curdi Salah Eddin Mohamed

The immunological status of patients with face and neck furuncles and carbuncles and the efficiency of immunomodulation therapy in complex treatments

19 A. Scorpan

Reflux esophagitis - synonym or manifestation of the gastroesophageal reflux disease

22 Gh. Caradja, Lucia Marcoci

The evolution of arterial hypertension in patients with hypothyroidism

24 I. Mihu, I. Moldovanu, Viorica Pleșca

The vegetative status of children with recurrent abdominal pains

27 C. Palihovici

The importance of the diagnosis of personality disturbances during the integral treatment of pulmonary tuberculosis

PUBLIC HEALTH AND MANAGEMENT

33 M. Pîslă

Aspects of medical expertise in the armed forces of the republic of Moldova

35 Svetlana Condratiuc, M. Revenco, V. Oprea,

Tatiana Prigoda

Concerning the factors that promote the beginnings of drug use

38 A. Cojocaru, Florica Nuțiu, Tatiana Globa

Claude Bernard

STOMATOLOGY

40 T. Popovici, M. Popovich

Clinical considerations about the placement of blade implants in partial edentulous

45 Valentina Bodrug

Clinical and bacteriological aspects of destructive periodontitis

LECTURES, REVIEW ARTICLES

Eugenia Calenici

The psychotherapy of neurotiform and emotional disturbances in essential arterial hypertension

51 B.C. Șamugia

Prospects of the utilization of antihomotoxic medications in the treatment of chronic and acute hepatitis

55 C. Andriuță

Editorial comment

CREATION OF OUR COLLEAGUES

C. Andriuță

Viral hepatitis G

REVIEWS

58 S. Cristea

Manual: Romanian language. Cultivation in medical field.

ANNIVERSARIES

63 Cheorghe Paladi, the 75th anniversary

Boris Parij, the 60th anniversary

DE ZIUA LUCRĂTORULUI MEDICAL ȘI A FARMACISTULUI

STIMĂȚI COLEGI!

Cu prilejul Zilei lucrătorului medical și a farmacistului Vă adresez felicitări cordiale, Vă exprim recunoștință și apreciere a activităților realizate pentru sănătatea populației și pentru contribuția adusă la dezvoltarea sectorului sănătății din Republica Moldova.

Sărbătoarea noastră profesională este un bun prilej pentru fortificarea solidarității în rândurile noastre, promovarea imaginii lucrătorului medical dedicat cetățenilor țării sale, aprecierea realizărilor majore pentru dezvoltarea serviciilor de asistență medicală și sporirea calității acestora.

Anii 2003-2004, cum și a fost așteptat, au necesitat un efort deosebit din partea fiecărui lucrător medical de a cunoaște, înțelege și a aplica în practică prevederile sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Pe bună dreptate, acești ani sunt considerați ani de cotitură pentru sistemul sănătății și reușita schimbărilor în bine, care depind în mare măsură de activitatea responsabilă a fiecărui lucrător medical la locul lui de serviciu.

Perioada de tranziție este însotită de multe dificultăți, însă deja se conturează unele momente pozitive: majorarea finanțării sistemului sănătății, schimbarea statutului instituțiilor medicale, punerea în aplicare a tarifelor noi la serviciile medicale și alte schimbări ce vor permite dezvoltarea treptată a sistemului sănătății.

Greutățile de moment pot fi depășite în comun, eventualele erori sau omitemi vor fi corectate la timp, vom lucra și în continuare intens la reinnoirea echipamentului și tehnicii medicale în cadrul instituțiilor medico-sanitare, modernizarea serviciilor medicale și racordarea lor la standardele internaționale, îmbunătățirea relației medic – pacient și, firește, se va face tot posibilul pentru o remunerare mai bună a lucrătorilor din sistemul sănătății.

Important este să depășim cu demnitate perioada de schimbări majore în sistemul sănătății, iar activitățile zi de zi să fie realizate cu mult profesionalism și perseverență.

Prin munca pe care o realizăm, prin atitudinea față de profesia de medic, de farmacist, prin grija manifestată față de pacienți, suntem capabili să demonstrăm că sistemul sănătății

din Republica Moldova este o forță și o structură care poate face lucruri frumoase și mari.

În atenție rămân prioritățile orientate spre dezvoltarea sistemului sănătății și asigurarea populației cu asistență medicală: consolidarea sectorului de asistență medicală primară și urgentă, realizarea programelor de stat de prevenire a bolilor social-conditionate și a maladiilor contagioase, sporirea volumului și a calității asistenței medicale mamei și copilului, implementarea conceptului sistemului informațional medical integrat.

Am pus accent pe promovarea politicii medicamentului prin restabilirea și dezvoltarea rețelei farmaceutice de stat și sporirea accesului populației la medicamente esențiale, ieftine și calitative, stabilirea unui sistem de evaluare și acreditare a instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice, optimizarea fondului de paturi în instituțiile spitalicești și sporirea calității serviciilor medicale prestate. Am ținut să consolidăm politicile statului

în pregătirea universitară și postuniversitară a cadrelor medicale, stabilirea premiselor pentru implementarea relațiilor economice și contractuale între plătitorii, furnizorii și consumatorii serviciilor medicale.

Implementarea reușită a acestor priorități este o investiție serioasă pentru ziua de mâine a sistemului sănătății.

Cert este faptul că peste o noapte nu putem aștepta schimbarea imediată a situației, traversăm o perioadă anevoieasă, ce necesită multă răbdare și implicare a tuturor instituțiilor sistemului sănătății și a multor structuri ale societății pentru a susține și realiza planurile trasate.

În această Zi, alături de recunoștință celor cărora le-ați alinat durerea și păstrat viața, de cuvintele frumoase ale rudelor și prietenilor, colegilor, Vă adresez urări de bine și prosperare, succese în plan profesional, încredere în ceea ce faceti și în oamenii care vă înconjoară.

Vă doresc multă inspirație, răbdare și înțelegere, realizări frumoase și multă sănătate!

Iar această Zi de sărbătoare să fie o adevarată sărbătoare a sufletului!

Andrei Gherman
Ministrul Sănătății

GHID PENTRU AUTORI

* **Lucrările vor fi tipărite** pe formatul A4, Times New Roman 14 în Word 97 sau Word 2000 la 2 intervale și cu marginile 2,5 cm pe toate laturile. Articolele vor fi structurate după schema:

1. Foaia de titlu va conține prenumele și numele autorilor, titlul/gradul științific, instituția de unde vine lucrarea și prenumele, numele, adresa, numărul de telefon, adresa electronică ale autorului cu care se va coresponda.

2. Referate: în limba română, engleză și rusă, până la 150-200 cuvinte pe foi aparte, finisate cu cuvinte-cheie, de la 3 până la 6.

3. Textul articolelor clinice, experimentale până la 15 pagini și a publicațiilor scurte va cuprinde: introducere, material și metode, rezultatele obținute, discuții și concluzii. Altă modalitate se va accepta dacă ea va corespunde conținutului materialului. Publicațiile referative și farmaceutice nu vor depăși 20 pagini și nu vor conține mai mult de 50 referințe.

4. Bibliografia - pe foaie aparte, la 2 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors către publicațiile medico-biologice.

5. Tabelele - pe foi aparte, la 2 intervale, 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 dependență de numărul fotografiei.

* **Lucrările vor fi prezentate** în 3 exemplare cu toate elementele corespunzătoare.

* **Pe dischete** se va indica numele autorului, denumirea articolului, failul și versiunea.

* **Scrierea de însotire.** Publicațiile vor fi însotite de o scrioare dc la numele autorului, responsabil pentru corespondență. Scrierea va conține afirmația, că toți autori sunt de acord cu conținutul și că materialele date nu s-au publicat anterior.

* **Prezentarea.** Manuscrisele vor fi depuse pe numele redactorului-șef Boris Topor, dr.hab.șt.med., prof., catedra chirurgie operatorie și anatomic topografică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", pe adresa:

Bd. Ștefan cel Mare, 192,
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (+37322) 220688, 222715
Fax: (+37322) 295384
www: cmedical.org
e-mail: info@cmedical.org

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АВТОРОВ

* Рукописи печатают на бумаге формата А4, через 2 интервала, с полями в 2,5 см, шрифтом 14 Times New Roman, в Word 97 или Word 2000. 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. Рефераты печатают на отдельных листах, на румынском, английском и русском языках, 150-200 слов. В конце рефератов 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 50 библиографических источников.

4. Список литературы печатают на отдельном листе, через 2 интервала, в порядке появления в тексте ссылок, указанных 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, через 2 интервала, нумеруя римскими цифрами и с пояснениями снизу.

6. Рисунки. На оборотной стороне каждой фотографии указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора и верхний край - стрелкой. Цветные фото печатаются из средств авторов.

7. Подрисуочные подписи приводят на отдельном листе, в соответствии с номером фотографий.

* Рукописи подают в 3-х экземплярах. Копии иллюстраций должны быть приложены ко всем экземплярам.

* Представляют дискету с указанием имени автора, названия статьи, всех файлов и их версий.

* Сопроводительное письмо. Рукопись 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. Рукописи подают на имя главного редактора, Бориса Михайловича Топор, д.м.н., проф., кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Государственного медицинского и фармацевтического Университета им. Н.Тесемицану, по адресу:

Пр. Стефана Великого, 192, MD-2004,
Кишинёв, Республика Молдова
Телефон: (+37322) 220688, 222715
Факс: (+37322) 295384
www: cmedical.org
e-mail: info@cmedical.org

GUIDE FOR AUTHORS

* Manuscripts should be typed on one side only of A4, doubled-spaced throughout, with 2,5 margins, printing-type 14 Times New Roman, in Word 97 or 2000. 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 50 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 doubled-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 doubled-spaced 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, article's title, text editor's name and its version.

* **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.

192 Bd. Stefan cel Mare,
Chisinau, MD-2004, Republic of Moldova
Telephone: (+37322) 220688, 222715
Fax: (+37322) 295384
www: cmedical.org
e-mail: info@cmedical.org

EDITORIAL

Primul trimestru de implementare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală

Andrei Gherman

Ministrul Sănătății al Republicii Moldova

După trei luni de activitate în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM), pe data de 20 aprilie a.c., la Președinția Republicii Moldova a fost evaluată activitatea primei perioade de implementare a AOAM, ea fiind apreciată drept satisfăcătoare. De rând cu tendințele pozitive evidențiate în domeniul respectiv, totuși, mai rămân încă multe probleme ce necesită a fi soluționate.

În continuare vă propunem principalele aspecte observate de la debutul AOAM.

Tendințe înregistrate în primul trimestru de implementare a AOAM

În primele trei luni ale anului 2004 se atestă sporirea accesului populației la asistență medicală primară și de urgență. În toate teritoriile numărul vizitelor la medicul de familie este în creștere, atingând în I trimestru al a. 2004 cifra de 3 mln 114 mii față de 2 mln 950 mii în perioada respectivă a anului precedent. S-au majorat posibilitățile de consultare a persoanelor asigurate în condiții de ambulator la specialiștii de profil în cadrul instituțiilor republicane și raionale, în special, în Briceni (cu 6 mii), Călărași (cu 7 mii), Căușeni (cu 4 mii), Nisporeni (cu 4 mii), Vulcănești (cu 3 mii).

În primul trimestru al anului 2004, de către Serviciul Centralizat de asistență medicală urgentă, au fost înregistrate 167 393 solicitări, cu 14 la sută mai mult decât în aceeași perioadă a anului 2003 (147 385 solicitări). Cel mai înalt spor al numărului de solicitări s-a înregistrat în raioanele deservite de stațiile de Asistență Medicală Urgentă Nord, Centru și UTA Găgăuzia, care au și cea mai înaltă cotă a locuitorilor în

localitățile rurale. Din numărul total de solicitări efectuate, 75 la sută au fost prestate persoanelor asigurate, restul - celor neasigurate. 400 de solicitări au fost deservite de Serviciul AVIASAN pe teritoriul republicii, incluzând consultări ale specialiștilor înalt calificați și transferuri în clinicele republicane.

Analiza nivelului de spitalizare a populației a demonstrat că accesul la serviciile spitalicești, pentru populația asigurată, a crescut cu peste 30 la sută și a constituit 52,8 cazuri la 1000 locuitori în primul trimestru al a. 2004 în raport cu 40,6 cazuri - în primele 3 luni ale anului 2003. O micșorare nesemnificativă s-a înregistrat la compartimentul cazurilor tratate în condiții de staționar. Dacă în primele 3 luni ale anului 2003 în întregime pe țară au fost spitalizați 147,2 mii pacienți, apoi în 2004 numărul lor a constituit 143,7 mii, inclusiv 19,3 mii persoane neasigurate. În spitalele raionale s-a atestat o majorare a dinamicii respective cu 490 pacienți.

Remunerarea muncii

În trimestrul I al anului 2004 s-au majorat cheltuielile pentru remunerarea muncii în comparație cu perioada respectivă a a. 2003 cu 41%, pentru alimentație cu 51%, pentru medicamente cu 90%. În instituțiile raionale, cheltuielile pentru remunerarea muncii au crescut cu 45%, pentru alimentație - cu 95%, medicamente - cu 93%. În instituțiile municipale și

republicane cota majorării cheltuielilor pentru remunerarea muncii constituie respectiv 41% și 33%, alimentare - 100% și 14%, iar medicamente 148% și 54%. În comparație cu octombrie-noiembrie 2003, salariul s-a majorat în perioada de referință în instituțiile raionale cu 27%, în instituțiile republicane și municipale cu 24%.

Acumulările primelor de asigurare în fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală în primele 3 luni ale anului 2004

Către 1 aprilie 2004, în fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală au fost acumulate 224 620,3 mii lei. Suma primelor de asigurare acumulate pentru luna ianuarie – martie

2004, comparativ cu cele planificate, sunt realizate în volum de 95,8 la sută.

Finanțarea instituțiilor medico-sanitare publice contractate

În cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2004 au fost contractate 92 instituții medico-sanitare publice dintre care: 4 stații zonale de asistență medicală de urgență, 19 instituții de nivel republican, 32 instituții de nivel municipal din Chișinău și 2 instituții de nivel municipal

din Bălți, de asemenea, 35 instituții de nivel raional. Au fost contractate servicii medicale pentru anul 2004, în conformitate cu prevederile Programului Unic, în quantum de 889,0 mln lei. Comparativ cu anul 2003, instituțiile medico-sanitare au fost finanțate cu o creștere substanțială.

Reieșind din prevederile contractului de acordare (prestare) a asistenței medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină, lunar, avanseză instituțiile medico-sanitare publice în quantum de până la 80% din suma lunării contractată.

Începând cu 1 aprilie 2004, reieșind din mijloacele acumulate în fondul de bază, a demarat procedura de avansare a instituțiilor medico-sanitare publice pentru luna aprilie 2004,

astfel, până la data de 05.04.2004 a fost avansată suma de 56 746 mii lei.

Referitor la achitarea integrală trimestrială (până la 100%) pentru serviciile prestate de instituțiile medicale, până la 15.04.2004 au fost achitate 20.577 mii lei (pentru 54 de instituții). Alte instituții în curând vor primi achitare definitivă, conform legislației, în baza facturilor prezentate și verificate minuțios.

Probleme ce necesită soluționare

Odată cu implementarea AOAM în cadrul asistenței primare a crescut semnificativ volumul de lucru, fapt care a condus la apariția unor probleme la etapa de debut. Problema principală a constituit-o îndreptarea programată a pacienților pentru diagnosticare și tratament la serviciile specializate de ambulator și spital de către medicii de familie. Această prevedere a Regulamentului a provocat reacții atât din partea persoanelor asigurate, cât și din partea medicilor specialiști din spitale și secțiile consultative. Regulamentul în cauză a fost discutat și în cadrul grupului de lucru guvernamental, din care fac parte conducători ai instituțiilor medicale republicane, municipale etc. Ei au propus respectarea Regulamentului, deoarece în cadrul AOAM este necesară o reglementare clară a nivelurilor și tipurilor de asistență medicală.

Tinerii specialiști nu preferă să activeze în condiții rurale, unii medici ce activează la sate, părăsesc locul de muncă în favoarea unor munci mai bine plătite. Pentru a soluționa această problemă, în Regulamentul privind salarizarea angajaților din instituțiile medicale încadrate în sistemul asigurărilor, pentru medicii de familie și asistentele medicale, ce activează în localitățile rurale, sunt prevăzuți cei mai înalți coeficienți de salarizare.

Multe instituții medicale primare necesită reparărie, dotare cu transport pentru activități în teritoriu. Prin intermediul proiectului Fondului de Investiții în Sănătate se fac investiții în asistență medicală primară prin dotarea Centrelor de Sănătate cu echipament, pentru lucrări de reabilitare, însă acestea nu rezolvă problemele pentru toate instituțiile medicale de la sate.

În serviciile specializate de ambulator în toate teritoriile există un surplus de specialiști de profil în timp ce localitățile rurale duc lipsă de medici.

Considerăm că problema menționată persistă și din cauza mecanismului de plată, ce se realizează în conformitate cu numărul actual de specialiști angajați în secțiile consultative și nu în dependență de volumul și calitatea serviciilor prestate. Este necesară rezolvarea acestei probleme.

Sunt evidente mai multe probleme în gestionarea spitalelor, în primul rând, la gestionarea mijloacelor financiare, tarificarea și salarizarea lucrătorilor medicali, procurarea medicamentelor și consumabilelor.

Este atestată tendința de supraîmplinire a condițiilor contractuale din partea instituțiilor medicale raionale. Cauza principală a acestui fenomen este nerespectarea procesului de etapizare a pacienților care nu prevede tratarea în staționar a patologiilor ce pot fi tratate ambulator. O altă cauză, des întâlnită, este și nerespectarea prevederilor Programului Unic al AOAM referitor la programarea serviciilor medicale cu redistribuirea lor pe luni în conformitate cu prevederile condițiilor contractuale. Așadar, în primele trei luni numărul

pacienților asigurați și tratați în condiții de staționar, a depășit cotele programate în spitalele raionale cu 28%, în cele republicane - cu 18% și în cele municipale - cu 10%. Situația a fost condiționată și de dorința de a nu genera conflicte la debutul asigurărilor, lipsa experienței în planificarea serviciilor, gestionarea insuficientă de către conducătorii instituțiilor subordonate.

Pentru rezolvarea acestor și altor probleme, în instituțiile medico-sanitare publice au fost organizate 124 deplasări de serviciu, iar în 6 raioane, unde au apărut cele mai multe probleme, au fost deplasate echipe de lucru care au examinat situația și au acordat suportul necesar în domeniile planificării și gestionării mijloacelor acumulate, tarificării personalului medical, aplicării standardelor de tratament.

O problemă care a afectat activitatea spitalelor, preponderent fostelor spitale județene, este întreținerea unui surplus de paturi și personal din sursele ce provin din fondurile de asigurări.

Provoacă tensionări și salarizarea lucrătorilor medicali. Implementarea noului Regulament de salarizare în baza salariului mediu de 360 lei a permis în careva măsură rezolvarea problemei în sectorul primar și de urgență, infirmierelor, asistentelor medicale și a personalului auxiliar. La moment căutăm posibilități pentru îmbunătățirea finanțării altor categorii de lucrători medicali.

În scopul sporirii nivelului transparenței în utilizarea surselor pentru remunerarea muncii personalului de conducere a instituțiilor medico-sanitare, minimizarea diferenței salariilor față de cel al angajaților, se propune ca stabilirea coeficienților de multiplicare să se efectueze de către fondatorii acestor instituții, înăndu-se cont de indicii activității instituției, precum și de calitățile profesionale ale conducătorilor.

Proiectul Hotărârii ce se referă la acest comportament a fost susținut de către ministerele cointeresate și Compania Națională de Asigurări în Medicină, și el se prezintă Guvernului pentru aprobare.

Ne îngrijorează calitatea asistenței medicale acordate persoanelor asigurate și dorim ca aceasta să nu fie inferioară recomandațiilor din standardele de tratament.

Cu regret, persistă informarea neadecvată a populației și a lucrătorilor medicali despre drepturile și obligațiunile lor în cadrul AOAM, ceea ce generează multe conflicte. Continuăm activitatea de popularizare a acestor prevederi în rândurile populației și în colectivele medicale.

Este în proces de realizare întocmirea pașapoartelor tehnice pentru toate instituțiile medico-sanitare publice din Republica Moldova, informațiile colectate vor fi utilizate la planificarea investițiilor necesare pentru ameliorarea situației tehnico-materiale în anii 2005 – 2008.

CRONICĂ

Controlul activității instituțiilor medicale

Pe parcursul primelor două luni ale anului 2004, de către experți și alți specialiști ai CNAM și ai agenților teritoriale, au fost efectuate mai multe controale ale activității unor instituții, în cadrul cărora au fost propus spre executare întocmai:

Respectarea de către prestator a prevederilor contractului de acordare a asistenței medicale persoanelor asigurate și a altor acte legislative ce reglementează procesul de prestare a serviciilor medicale persoanelor asigurate.

- Păstrarea, perfectarea, completarea registrelor persoanelor asigurate ce au beneficiat de asistență medicală conform instrucțiunilor în vigoare.
- Calificarea corectă a cazurilor de spitalizare repetată neîntemeiată și al transferurilor intraspitalicești.
- Respectarea drepturilor pacienților asigurați în procesul de acordare a asistenței medicale, precum și informarea cuvenită a lor.

Activități de perfecționare a implementării AOAM

În această perioadă a fost revăzut mecanismul salarizării angajaților instituțiilor medico-sanitare publice cu căutarea soluțiilor de majorare a salariilor.

Implementarea și perfecționarea în continuare a mecanismului organizării asistenței medicale programate persoanelor asigurate la diferite niveluri.

Introducerea suplimentară în contingentele ce necesită a fi asigurate de Guvern, în limita alocațiilor prevăzute de Legea cu privire la fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru anul 2004, a gravidelor, parturientelor, lăuzelor.

Au fost reexamineate, coordonate cu Comisia guvernamentală și aprobată tarifele unice la serviciile medicale, începând cu 5 aprilie 2004, utilizate de instituțiile medicale pentru prestarea serviciilor medicale persoanelor neasigurate și celor asigurate supra Programul Unic (publicate în Monitorul Oficial). La unele servicii tarifele sunt mai mici decât cele din decembrie 2003.

De asemenea s-au revăzut modalitățile de acordare a asistenței medicale cetățenilor raioanelor din stîngă Nistrului în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală și s-au elaborat propunerি, care se referă la anularea taxei pe valoarea adăugată la consumabile și tehnica medicală.

Reexaminarea contractelor încheiate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, achitarea datoriilor creditoare și altele sunt la etapa de analiză și soluționare.

Continuă campania de informare în masă a populației.

S-a inclus în toate programele de instruire a medicilor și asistentelor medicale discuții cu genericul: „Deontologia medicală în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală”.

Continuă instruirea tuturor conducerilor IMSP în privința noilor forme de administrare a subdiviziunilor și gestionare a mijloacelor financiare.

Pe parcursul primului trimestru al anului curent au fost antrenate Asociația societăților medicale, Liga Medicilor la reexaminarea tarifelor la serviciile medicale și perfectarea standardelor medico-economice de tratament a maladiilor, care urmează a fi reexamineate până la începutul semestrului doi, de asemenea s-au elaborat și sunt în proces de întocmire pașapoartele tehnice pentru toate instituțiile medico-sanitare publice din republică. Informațiile obținute vor fi utilizate la planificarea investițiilor necesare, pentru ameliorarea situației tehnico-materiale în anii 2004-2008.

Suntem în căutarea diferitelor forme de ameliorare a calității asistenței medicale acordate persoanelor asigurate.

Receptionat 24.05.2004

CRONICĂ

O trecere în revistă a temelor actuale din sistemul sănătății

Ambulanțele procurate pentru Serviciul de Urgență

Recent au fost repartizate 45 de ambulanțe în Piata Marii Adunări Naționale pentru toate rajoanele republicii.

Lotul de ambulanțe procurat este compus din mașini performante pentru acordarea asistenței medicale de urgență. Ambulanțele au tractiune din față, cu gardă de la sol la baia de ulei de 29 cm, ceea ce le va permite să se deplaseze și în condiții mai dificile, pe drumuri mai puțin adaptate traficului. Sunt dotate cu sistem de radioficare, inclusiv legătură dintre cabina șoferului și compartimentul pacientului.

Mașina este dotată cu echipament performant pentru acordarea ajutorului medical urgent: oxigen fix și mobil, defibrilator cu ECG, suport pentru picurătoare, masă cu amortizoare pentru targa pacientului, trusa medicală completată cu sac ambu pentru maturi, copii, laringoscop cu lamele, aspirator mecanic etc.

Ambulanța are toate atribuibile (bară stroboscopică, girofaruri etc.) pentru a putea fi văzută în traseu și de a lumina în caz de necesitate pe timp de noapte locul accidentului pentru

acordarea asistențe medicale urgente. Nici un serviciu de urgență din Republica Moldova până acum nu a avut o ambulanță cu asemenea capacitate.

Specialiștii Ministerului Sănătății consideră că această achiziție va contribui semnificativ la renovarea parcoului de mașini a Serviciului de Urgență din țară și creșterea capacitaților de acordare a asistenței medicale de urgență pacienților.

Aceste ambulanțe au fost repartizate pentru Serviciul Centralizat de Urgență - pentru toate substațiile de asistență medicală urgentă (din raioane) și cele 4 stații zonale.

Transport sanitar pentru Centrele de Sănătate

8 unități de transport sanitar au fost procurate recent din surse centralizate ale Ministerului Sănătății. Acest transport este prevăzut pentru Centrele de Sănătate cu cea mai mare rază de deservire a populației.

Transportul sanitar de marca YAZOCT-3962, în valoare totală de 735 mii 500 lei, este distribuit pentru: Centrul de Sănătate Bașcalia (raionul Basarabeasca); Centrul de Sănătate Ochiul Alb (raionul Drochia); Centrul de Sănătate Cocieri (raionul Dubăsari); Centrul de Sănătate Marinici (raionul Nisporeni); Centrul de Sănătate Cotujenii Mari (raionul Șoldănești); Centrul de Sănătate Nemțeni (raionul Hâncești); punctul Asistență Medicală Urgentă Zăicani; Stația Zonală Asistență Medicală Urgentă „Nord”; Centrul de Sănătate Morozeni (raionul Orhei).

Acest transport sanitar este destinat medicilor de familie care asigură asistență medicală în raza de deservire a Centrelor de Sănătate sus-menționate. Cu aceste mașini medicii de familie se deplasează în Oficiile Medicilor de Familie pentru a organiza

Recent, în incinta Ministerului Sănătății, a avut loc un tender pentru procurarea a încă 30 de ambulanțe. La momentul actual parcul de transport al serviciului de urgență din Republica Moldova are circa 260 unități de transport pentru acordarea asistenței medicale de urgență. Se așteaptă ca până la sfârșitul acestui an parcul să fie reînnoit integral.

examene și măsuri profilactice în școli, grădinițe, examinarea pacienților care sunt la evidență medicală, deplasarea pentru a efectua primirea persoanelor bolnave direct la Oficiile Medicilor de Familie, deplasarea la domiciliul pacientului. Cu acest transport medicii de familie mai asigură examene profilactice, transportarea la centrul raional a bolnavilor de tuberculoză și diferite maladii sociale.

Prin procurarea transportului sanitar, Ministerul Sănătății vine în suportul administrației publice locale, în scopul îmbunătățirii activității serviciului Asistență Medicală Primară.

În prezent 50% din cele 360 Centre de Sănătate din republică sunt asigurate cu transport sanitar.

*Prezentat de Olga Osadcii,
serviciul de presă al Ministerului Sănătății
Chișinău, MD-2009, str. V. Alexandri, 2
tel.: 73-58-79
e-mail: osadcii@mednet.md
Receptionat 20.05.2004*

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

Experiența tratamentului anticandidozic cu Mycosyst

Gh. Mușet¹, Nina Fiodorova¹, M. Bețiu¹, Ludmila Cazac², Nina Rotari²

¹Catedra Dermatovenerologie USMF “N. Testemițanu”

²Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Chișinău

The prospective clinical study, comprising 95 patients with superficial candidiasis, revealed the high efficacy and safety of the anti-candidal treatment with Mycosyst, Gederon Richter. The clinical efficacy median (healing/amelioration) was of 90,3% and microbiological one (healing) – 92,3%. Neither noticeable adverse reactions, nor complications (including hematological and urinary deviations) were registered. Mycosyst (fluconazole) is recommended as first line anti-candidal drug.

Key words: Mycosyst, fluconazole, candidiasis

Анализ результатов лечения 95 больных с различными формами кандидоза установил высокую эффективность и безопасность препарата Микосист (флуконазол), Гедеон Рихтер. Средние показатели клинической эффективности (выздоровление/улучшение) составили 90,3%, а микробиологического выздоровления – 92,3%. Препарат хорошо переносится пациентами, не вызывает побочных эффектов и осложнений. Микосист (флуконазол) может быть рекомендован как основной препарат для лечения кандидоза.

Ключевые слова: Микосист, флуконазол, кандидоз

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

Introducere

Produsul Mycosyst (fluconazol), Gedeon Richter, face parte dintr-o nouă clasă de agenți triazolici, fiind un puternic și specific inhibitor al sintezei nucleului sterol al fungilor.

Mecanismul de acțiune este bazat pe cuplarea inelului azolic al fluconazołului cu lanosterol-C₁₄-dimetilaza P₄₅₀-dependentă fungică. Aceasta stopează conversia lanosterolului în ergosterol, cauzând o serie de perturbări în permeabilitatea membranei fungice, în activitatea enzimelor și structura chitinei. Substituirea inelului imidazolic cu cel triazolic potențează efectul antifungic și crește spectrul de acțiune (4).

Avantajul major al fluconazołului este specificitatea, adică la o concentrație plasmatică minimă se atinge un efect micostatic esențial de rând cu o toxicitate joasă pentru celulele macroorganismului. Într-adevăr, inhibarea selectivă a biosintizei ergosterolului vital pentru fungi, este de 10 ori mai mare pentru sistemele enzimatice ale monooxygenazelor fungice de sinteză ale sterolilor vizavi de monooxygenazele mamiferice de sinteză a colesterolului (7).

Fluconazolul este specific pentru enzimele fungice dependente de citocromul P-450. Doza zilnică de 50 mg fluconazol, administrată timp de până la 28 zile, s-a demonstrat a nu afecta concentrațiile plasmatiche ale testosteronului la bărbați sau concentrațiile steroizilor la femeile în perioada fertilă (3). Fluconazolul, în doze de 200-400 mg pe zi, nu are nici un efect clinic semnificativ asupra nivelurilor de steroizi endogeni sau a răspunsului ACTH.

După administrarea orală, fluconazolul este bine absorbit, nivelurile plasmatici sunt de peste 90% din cele obținute prin administrarea intravenoasă (6,7). Absorbția orală nu este afectată de ingestia concomitentă de alimente. Are o penetrabilitate bună în toate fluidele organismului studiate (4). În stratul cornos, derm-epiderm și glandele sudoripare se obțin concentrații înalte de fluconazol, superioare concentrațiilor serice (2).

S-a demonstrat acțiunea preparatului să împotriva infecțiilor micotice oportuniste, cum ar fi cele cu specii de *Candida*, inclusiv candidoza sistemică, infecții cu *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis*, *Coccidioides immitis*, de asemenea, cu *Microsporum* și *Trichophyton* (1,4,5).

Studiile clinice au demonstrat eficiența crescută și siguranța înaltă a preparatului Mycosyst în tratamentul candidozelor, dermatofitilor, onicomicozelor etc. (8,9,10).

Scopul studiului

Aprecierea eficacității terapeutice a produsului Mycosyst în tratamentul candidozelor cutaneo-mucoase.

Material și metode

Studiul clinico-microbiologic a fost realizat pe 95 bolnavi cu candidoza: I lot – 40 pacienți cu afectare urogenitală (vulvovaginită – 30; balanopostită – 10); lotul II – 15 pacienți cu stomatită și cheilită; lotul III – 20 pacienți cu intertrigo; lotul IV – 20 pacienți cu peronixis multiplu, onixis incipient și candidoza palmo-plantară. Din studiu au fost excluși pacienții cu infecții cutaneo-mucoase asociate.

S-au efectuat 3 vizite de apreciere clinico-microbiologică: una primară și două de control (la 7-10-a și după 21 zile). Diagnosticul a fost stabilit în baza datelor subiective, inspecției clinice și cercetării de laborator (examen microscopic direct și însmârări pe mediul Sabouraud). La toți pacienții din studiu,

diagnosticul de candidoza s-a confirmat prin culturi (apreciere cantitativă >10⁵ UFC/ml).

Administrarea Mycosystului a fost individualizată în funcție de forma clinică, încadrându-se în următoarele scheme de tratament: 50 mg/zi, 14 zile (stomatită/cheilită și intertrigo candidoza); 100 mg/zi, 7 zile (candidoza urogenitală); 150 mg, fiecare 5 zile, nr.4 (peronixis/onixis și candidoza palmo-plantară). Eficacitatea tratamentului s-a apreciat clinic (vindecare, ameliorare, eșec) și microbiologic (vindecare, eșec).

Rezultatele obținute

Pacienții s-au încadrat în limitele de vîrstă 10-48 ani, durata maladiei – de la 2 luni la 5 ani. Istorul bolii a relevat numeroase tentative de tratament pentru candidoza (nistatină, ketokonazol, topice). Factori de fond constatați: diabetul zaharat – la 8 pacienți; acțiunea cronică a factorilor excitanți – la 11; tratamente antecedente prelungite cu antibiotice – la 15 bolnavi.

Comunic pentru pacienții cu candidoza urogenitală au fost acuzele la leucoree, prurit și senzații de arsură; pentru pacienți cu stomatită candidoza – senzații de arsură și uscăciunea mucoasei; în candidoza pluriilor mari – prurit de intensitate variată, în afectarea repliurilor unghiale și plicelor interdigitale – senzații de arsură și senzații de durere.

În lotul femeilor cu vulvovaginită (lotul I) inspecția clinică a relevat semne de extindere perifocală: uretrită – 11; vestibulită – 8; intertrigo interfesier și inghinocrural – 9 paciente. Cinci din cei 10 bărbați cu balanopostită prezintau și uretrită. La pacienții din lotul II predomină asocierea glositei și gingivitei, precum și a cheilitei cu comisurită. Formele intertrigo semnalate în lotul III: submamare și axilare – 6, inghinocrurale și interfesiere – 8; abdominale – 6 cazuri. La toți pacienții din lotul IV peronixisul/onixisul multiplu (3-5 degete) a fost marcat și de afectarea plicelor interdigitale, iar la 10 bolnavi se manifestă și candidoza palmo-plantară.

Vindecare/ameliorare clinică la primul control: I lot – la 21/7 (70%/23,3%) femei și 9/1 (90%/10%) bărbați; al II-lea lot – 9/4 (60%/26,7%) bolnavi; al III-lea lot – la 13/4 (65%/20%) bolnavi; al IV-lea lot – 7/8 (35%/40%) pacienți. Vindecarea microbiologică: I lot – 25 (83,3%) femei și 10 (100%) bărbați; lotul II – 10 (66,7%); lotul III – 16 (80%); lotul IV – 12 (60%) cazuri.

Vindecare/ameliorare clinică la al doilea control: lotul I – la 25/3 (83,3%/10%) femei 10/0 (100%/0) bărbați; lotul II – 11/3 (73,3%/20%) bolnavi; lotul III – la 15/3 (75%/15%) bolnavi; lotul IV – 9/6 (45%/30%) pacienți. Vindecarea microbiologică: I lot – 28 (93,3%) femei și 10 (100%) bărbați; al II-lea lot – 14 (93,3%); al III-lea lot – 18 (90%); al IV-lea lot – 17 (85%).

Eșec clinic/microbiologic la finele observării a constituit 10/8 (10,5%/8,4%) cazuri: lotul I – 2/2 (6,7%) femei; lotul II – 1/1 (6,7%); lotul III – 2/2 (10%); lotul IV – 5/3 (25%/15%) cazuri.

Astfel, mediana eficacității clinice (vindecare/ameliorare) în totalul studiului a fost de 90,3%, iar a celei microbiologice (vindecare) – 92,3%.

Reacții adverse sub formă de grețuri au fost semnalate la 3 bolnavi aflați la schema continuă de 100 mg/zi. După transferarea pacienților la scheme intermitente, peste o zi, acestea au dispărut. Complicații, inclusiv devieri hematologice și urinare, nu au fost înregistrate.

Discuții și concluzii

Efectul anticandidoza al Mycosystului este remarcabil, fluconazolul la momentul actual considerându-se standardul de

aur în tratamentul candidozelor cutaneo-mucoase și sistemice. Fiind un flagel al imunosupresiei și a perturbărilor metabolice (diabet zaharat), unele forme de candidoză, în special onixisul candidozic, necesită cure de tratament prelungit sau de susținere. Eșecul terapeutic este condiționat în unele cazuri și de colonizarea cu specii *Candida non-albicans*. Rezultatele obținute în prezentul studiu sunt în concordanță cu cele publicate anterior.

În concluzie, Mycosystul a demonstrat o eficiență înaltă în tratamentul candidozei cutaneo-mucoase, fiind practic lipsit de reacții adverse și complicații. Mycosystul (fluconazol) poate fi recomandat ca anticandidozic de primă opțiune în managementul micozelor levurice.

Bibliografie

1. British Society for Antimicrobial Chemotherapy Working Party. Lancet. 1992; 340: 648-51.
2. Faergemann J., Laufén H. Clin. Exp. Dermatol. 1993; 18: 102-106.

3. Devenport M.N., Crook D., Wynn V., Lees L.J. Br. J. Clin. Pharmacol. 1989; 27:7:851-859.
4. Grant S.M., Clissold S.P. Drugs. 1990; 39: 877-916.
5. Kujath P., Lereh K., Kochrndorfer P., Boss C. Infection. – 1993. – Vol.21. – P.376-382.
6. Mikamo H., et al. Chemotherapy. – 1998. – Vol.44, N5. – P.354-368.
7. Richardson K. Curr. Med. Res. Opin. 1991; 12: Suppl. 1:60-66.
8. Вансова А.Ш., Мусаева Н.Ш. Curier medical. 2003; 4: 45-46.
9. Касымов О.И., Максудова М.Н., Нуралиев М.Д. Curier medical. 2003;4: 49-50.
10. Исмаилова Г.А.. Капкаев Р.А. Curier medical. 2003; 4: 47-48.

Gheorghe Mușet, dr. h., prof.

Catedra Dermatovenerologie, USMF "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, str. Costiujeni, 5, tel.: 79-41-21
e-mail: dermatoco-med@mail.md
Receptionat 12.05.2004

Иммунный статус больных с фурункулом и карбункулом лица и шеи и эффективность иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении

Курди Салах Еддин Мохамед

Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГУМФ им. Н. Тестемицану

În Centrul de Chirurgie Maxilo-facială a Moldovei a fost studiat statutul imunologic al 101 bolnavi cu furuncule și carbuncule ale feței și gâtului și 50 persoane practic sănătoase. Toți bolnavii au fost bărbați în vîrstă de 15 – 35 ani. Starea sistemului imun a fost determinată prin indici relativi și absoluci: CD3, CD20, CD4, CD8, CD16, CD20 nivelul imunocomplexelor circulante (NIC), prezența imunoglobulinelor clasei A, G, M, E. Imunocorecția a fost efectuată cu ajutorul preparatului Imunofan 0,005% - 1 ml. subcutanat sau intramuscular dată în 24 ore. Perioada de tratament a constituit 5-10 injecții. În acest mod, cercetările efectuate de noi au arătat că terapia imunomodulatorie, independent de forma infecției purulente, posedă o proprietate sporită de detoxicare. Folosirea ei în terapie complexă permite de a mări considerabil posibilitatea de însănătoșire, chiar și la bolnavii cu forme clinice grave.

Cuvinte-cheie: statutul imunologic, furuncule ale feței și gâtului, imunocorecție

At the Maxillo-Facial Surgery Center of Moldova, the immunological status of 101 patients with face furuncles and carbuncles along with 50 basically healthy persons were studied. All patients were men, ages 15 to 35 years old. The condition of patient immune systems was defined on relative and absolute parameters: CD3, CD20, CD4, CD8, CD16 circulating immuno-complex level, and the presence of class A, G, M and E antibodies. Immuno-correction was carried out with the help of a preparation of Imunofani (0.005 % - 1 ml hypodermically or intramuscularly once daily) for a treatment course of 5-10 injections.

Our research shows that immuno-modulation therapy, irrespective of the form of purulent infection, possesses an expressed detoxification action. Its application in complex therapies considerably increases the number of cases with favorable outcomes, including patients with severe clinical forms.

Key words: immunological status, face furuncles and neck, immuno-correction

Проблема лечения фурункулов и карбункулов лица и шеи, их осложнений продолжает оставаться одной из ведущих в современной хирургии [2, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 35, 36]. Ее актуальность определяется неуклонным ростом числа больных с этой гнойной патологией, увеличением доли тяжелых форм, рефракторных к лечению, отсутствием тенденции к снижению летальности [14, 23]. Все это в полной мере можно отнести и к больным стоматологического профиля [14, 21, 24, 26, 32, 33, 34]. Данные современной литературы свидетельствуют о постоянном росте ко-

личества больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи, в том числе фурункулы и карбункулы, сопровождающиеся увеличением процента тяжелых, прогрессирующих форм, характеризующихся присоединением таких осложнений, как тромбофлебит лицевых вен, кавернозного синуса, сепсис, двухсторонняя септическая пневмония, вторичные внутричерепные воспалительные процессы и др. [1, 3, 5, 6, 22, 23].

Особые трудности возникают при лечении больных с измененной реактивностью организма, аутоиммунными за-

болеваниями, вторичной иммунологической недостаточностью [12, 13, 22, 23, 26, 27, 28].

Известная неудовлетворенность результатами антибиотикотерапии предопределила поиск новых лекарственных средств иного происхождения и механизма действия [4, 7, 12, 20, 30, 35, 36].

Отклонения установленные у больных с гнойными заболеваниями, в том числе в области головы и шеи, разнообразные и различные по интенсивности нарушения гомеостаза, предопределили необходимость разработки программы корректирующей терапии [9, 10, 11, 25, 27, 28, 29, 31, 34, 35]. Развитие гнойно-септических заболеваний сопровождается не только нарушениями гемодинамики и метаболизма, но и расстройством иммунитета. Чаще они протекают в виде иммунной недостаточности различной степени выраженности [12, 15, 28, 29]. При гнойно-хирургических заболеваниях лица и шеи также наблюдаются изменения иммунологической реактивности [22, 23, 26, 27, 13, 19].

Увеличение количества больных с тяжелыми и осложненными формами фурункулов и карбункулов, резистентность к проводимой терапии послужили основанием для проведения развернутого клинико-лабораторного и инструментального обследования больных с фурункулами и карбункулами лица и шеи, а также для оценки эффективности нового иммуномодулятора четвертого поколения, включенного в базисную терапию.

Материал и методика

Нами обследовано 101 больной и 50 практически здоровых лиц.

Контрольная группа - период наблюдений с 2000 по 2002 г.

В первую группу входило 19 больных с карбункулами лица и шеи, из них 11 больных принимали иммуномодулирующую терапию в комплексном лечении. Во вторую группу входило 33 больных с осложненными фурункулами лица и шеи, из них 18 больных принимали иммуномодулирующую терапию в комплексном лечении. В третью группу входило 49 больных с фурункулами лица и шеи без осложнений, из них 24 больных принимали иммуномодулирующую терапию в комплексном лечении. Все больные были мужчинами в возрасте от 15 до 35 лет. Из обследованных нами лиц

78 человека (52%) были в возрасте от 15 до 20 лет. К возрастной группе от 21 до 25 лет принадлежало 54 человека (36%), а в возрасте от 26 до 35 лет было 19 человек (12%). Фурункулы и карбункулы в области верхней губы были отмечены у 32 больных – 26,9%, у 24 больных (20,2%) - в области нижней губы, у 14,3% больных - в щечной области, у 9,3% больных - в лобной области, у 7,5% больных - в области шеи, у 5% больных - в области носа. Наиболее часто осложненное течение принимают фурункулы и карбункулы, локализующиеся в области верхней губы, щеки и носа. Тем самым ещё раз подчеркивается значение *V. angularis*, как основного пути для генерализации инфекции.

Больные госпитализировались в основном на 3-й или 4-й день после начала заболевания - 60%, на 6-й день и позже - 18% от общего количества больных этой группы. Выдавливание гнойничка отмечалось у 72% больных с фурункулами и у 81% больных с карбункулами кожи лица и шеи.

Состояние системы иммунитета определяли по относительным и абсолютным показателем CD3, CD20, CD4, CD8, CD16, по уровню циркулирующих иммунокомплексов (ЦИК), по содержанию иммуноглобулинов классов A, G, M, E. Для определения популяционного состава лимфоцитов использовали моноклональные антитела anti - CD3, CD4, CD8, CD16, CD20 (производство фирмы Сорбент, Россия) в teste непрямой иммунофлюресценции. Количественное содержание основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодифузии в геле по Mancini и Carbonare с обработкой данных на ЭВМ. Концентрацию IgE в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием набора фирмы Adaltis SPA (Италия) и учетом результатов на иммунологическом анализаторе STAT FAX 303 (США). Уровень ЦИК в сыворотке крови определяли путем осаждения комплексов 3,75% раствором полиэтиленгликоля.

Результаты исследования

Анализ полученных данных был проведен с использованием математических методов обработки. Результаты тестирования показателей клеточного иммунитета у больных с фурункулом без осложнения, осложненным фурункулом, и карбункулом кожи лица и шеи до лечения и у лиц контрольной группы отражены в таб.1.

Таблица I

Показатели клеточного иммунитета у больных с фурункулом, карбункулом (ФКЛШ) до лечения и у практически здоровых лиц ($M \pm m$)

Иммунологические показатели	Единица измерения	Обследованные группы		P 3:4
		Практически здоровые лица n=50	Больные с ФКЛШ n=101	
1	2	3	4	5
Лейкоциты	* $10^9/\text{л}$	5.83±0.11	6.98±0.30	<0.001
Лимфоциты	%	26.50±0.28	23.01±0.30	<0.0001
CD3	* $10^9/\text{л}$	1.14±0.04	0.69 ±0.02	<0.0001
CD4	* $10^9/\text{л}$	0.78±0.04	0.52±0.06	<0.01
CD8	* $10^9/\text{л}$	0.20±0.01	0.22±0.03	>0.05
CD16	* $10^9/\text{л}$	0.53±0.02	0.22±0.04	<0.001
CD4/CD8		3.90±0.13	2.39±0.14	
J1/CD3		5.11±0.60	10.11±0.90	

Сравнительный анализ полученных результатов в обследованных группах свидетельствует о выраженных модификациях изученных иммунологических параметров. Так, у пациентов с фурункулом без осложнения, осложненным фурункулом и карбункулом до лечения на фоне лейкоцитоза отмечается снижение абсолютного и относительного количества лимфоцитов по сравнению с данными контрольной группы ($p<0,001$). Исследование популяционного состава этих клеток показало достоверное снижение как общего количества Т-лимфоцитов CD3 ($0,69\pm0,02.10^9/l$) и ($0,95\pm0,04.10^9/l$), так и субпопуляции Т-хелперов ($0,52\pm0,06.10^9/l$) и ($0,74\pm0,04.10^9/l$, ($p<0,01$) на фоне относительного недостоверного повышения ($P>0,05$) абсолютного количества Т-супрессоров (CD8). Субпопуляция естественных киллеров CD16 также была сниженной ($p<0,001$) по сравнению с соответствующим показателем у практически здоровых лиц - $0,52\pm0,06.10^9/l$ против $0,74\pm0,04.10^9/l$ ($p<0,01$).

При интерпретации иммунологических данных наиболее информативными являются не столько абсолютные количества клеток, сколько соотношение разных популяций и субпопуляций. Иммунорегуляторный индекс (CD4/CD48) среди лиц основной группы был в 1,4 раза ниже по сравнению с соответствующим показателем контрольной группы, что свидетельствует о тенденции становления иммунодефицитного состояния. Одновременно констатировали выраженное повышение показателей Л/CD3 (соотношение абсолютного количества лейкоцитов к общему количеству Т - тотальных лимфоцитов) в 1,65 раза (таб.1). Чем выше значение последнего показателя, тем больше тенденция к становлению иммунодефицитного состояния.

Результаты тестирования показателей гуморального иммунитета у больных ФКЛШ до лечения и у лиц контрольной группы отражены в таб. 2.

Сравнение результатов показателей гуморального иммунитета продемонстрировало достоверное снижение абсолютного количества популяции CD 20 среди лиц основной группы, более чем в 1,9 раза по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы. Одновременно констатировали выраженное повышение Л/CD20 (лейкоциты к В-лимфоцитам) в 2,33 раза.

Одновременно констатировали повышение концентрации иммуноглобулинов классов М и G в сыворотке крови на 62,3% и 38,6% соответственно по сравнению с этими показателями у практически здоровых лиц. В то же время содер-

жание сывороточного иммуноглобулина класса А снизилось в 1,6 раза, что частично отражает и состояние местного иммунитета при данной патологии. По данным литературы существуют коррелятивные взаимоотношения между содержанием сывороточного и секретного IgA (8). Поэтому определение IgA в сыворотке крови дает возможность в определенной мере судить о его концентрации в других биологических субстратах. Тестирование IgE в сыворотке крови продемонстрировало более высокий уровень по сравнению с региональными и возрастными параметрами. Повышение концентрации IgE, возможно, является результатом микробной сенсибилизации. Такую же динамику мы наблюдали и в отношении содержания ЦИК ($187,0\pm5,7$ ед.опт.пл. против $62,0\pm4,0$ ед.опт.пл.) концентрация которых увеличилась в 3 раза, что является результатом связывания антигена синтезированными специфическими антителами.

Таким образом, у больных с осложненным фурункулом и карбункулом был установлен дисбаланс показателей иммунного статуса, проявляющийся в снижении количественного содержания основных лимфоцитарных популяций и субпопуляций, сывороточного IgA и повышении концентрации IgM, IgG, IgE и ЦИК.

В целях аргументации необходимости эффективности иммуномодулирующей терапии при осложненных фурункулах и карбункулах контингент основной группы был подразделен на 2 подгруппы с учетом проводимой терапии: I - традиционное лечение (хирургическое вмешательство, антибиотики, антигистаминные средства, антикоагулянты, анальгетики) и II - подгруппа - традиционная терапия в комплексе с иммуномодулятором Имунофан.

Результаты полученных данных отражены в таблицах 3 и 4, мониторизацию иммунного статуса проводили до начала лечения и на 5-7-й день после окончания курса терапии.

Как видно из представленных данных в табл.3 имеется существенная разница в показателях клеточного иммунитета. Так у пациентов, получавших иммунокоррекцию по сравнению с больными с традиционной терапией отметили достоверное повышение количества лимфоцитов ($P<0,001$), популяции CD3 ($1,23\pm1,4.10^9/l$ и $0,615\pm0,5.10^9/l$ соответственно, $P<0,001$), CD4 ($0,96\pm0,09.10^9/l$ и $0,46\pm0,02.10^9/l$, $P<0,001$) CD16 ($0,60\pm0,03.10^9/l$ и $0,22\pm0,02.10^9/l$ при $P<0,001$).

Одновременно было установлено снижение абсолютного количества CD8 ($0,20\pm0,03.10^9/l$ и $0,24\pm0,01.10^9/l$ соответственно, при $P<0,05$).

Таблица 2

Показатели гуморального иммунитета у больных с фурункулом, карбункулом до лечения и у практически здоровых лиц

Иммунологические показатели	Единица измерения	Обследованные группы		P 3:4
		Практически здоровые лица n=50	Больные с ФКЛШ n=101	
1	2	3	4	5
Лейкоциты	* $10^9/l$	$5,83\pm0,11$	$6,98\pm0,30$	<0,001
CD20	* $10^9/l$	$0,48\pm0,03$	$0,25\pm0,05$	<0,001
IgM	Г/л	$1,28\pm0,2$	$2,08\pm0,07$	<0,001
IgG	Г/л	$10,40\pm0,40$	$14,41\pm0,35$	<0,001
IgA	Г/л	$2,22\pm0,10$	$1,40\pm0,10$	<0,05
IgE	КЕ/л	150,00	183,67	
ЦИК	Ед.опт.пл.	$62,00\pm4,00$	$187,00\pm5,70$	<0,0001
Л/CD20		$12,14\pm1,14$	$28,37\pm2,40$	
CD3/CD20		$2,38\pm0,19$	$2,80\pm0,17$	

Особенно информативными в интерпретации полученных результатов оказались индексы иммунологической реактивности – CD4 / CD8, Л / CD3, CD3 / CD20. Так, индекс иммунологической реактивности у пациентов получавших Имунофан, увеличился в 1,7 раза по сравнению с больными с традиционным лечением, в то время как Л/CD3 снизился в 2,33 раза, что свидетельствует о благоприятной модификации иммунодефицита ($4,69 \pm 0,41$ против $10,47 \pm 1,12$, $P < 0,01$).

Данные о состоянии гуморального иммунитета у больных с фурункулом, осложненным фурункулом и карбункулом с использованием Имунофана и без него представленные в таблице 4.

Характеризуя изменения параметров гуморального иммунного ответа у обследованных групп мы отметили достоверное увеличение абсолютного количества В-лимфоцитов ($0,49 \pm 0,02$. 10^9 /л против $0,23 \pm 0,07$. 10^9 /л, $P < 0,001$), концентрации иммуноглобулинов классов M,G,A в сыворотке крови в 1,2-1,7 раза. У пациентов получавших препарат Имунофан, концентрация ЦИК снизилась в 2,1 раза.

Таким образом, анализ результатов изучения иммунного статуса у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи, получавших и не получавших иммуномодулирующую терапию, продемонстрировал выраженную иммунологическую эффективность, проявляющуюся в оптимизации соотношения лимфоцитарных популяций и субпопуляций,

особенно демонстративно проявляющиеся в индексах их соотношения (CD4/CD8; Лейко/CD3, Лейко/CD20, CD3/CD20).

Иммунокоррекцию проводили с использованием препарата Имунофан 0,005% - 1 ml подкожно или внутримышечно 1 раз в сутки, курс лечения 5 инъекций больным с фурункулами без осложнения, 8 инъекций 27 больным с осложненным фурункулом и с карбункулом, по 10 инъекций – 2-м больным с карбункулом. У всех больных применялись антигистаминные средства (Димедрол, Супрастин, Тавегил и т.д.) и антикоагулянты прямого действия (Гепарин, Проксопарин), анальгетики (Анальгин, Баралгин и др.), противогрибковые средства (Нистатин).

У 78 больных применялись антибиотики группы цефалоспаринов (Цефазолин, Цефатаксим, Зенацеф и т.д.). У 32 больных применялись антибиотики группы макролидов (Эритромицин). У 9 больных применялись тетрациклины (Тетрациклины). У 56 больных применялся Линкомицин гидрохлорид. 21 больному назначали ципрофлаксацин (Севест, Ciprinol). У 13 больных применялись метронидазол (Metrogyl, Metronidozol). Лечение 57-и больных проводили двумя и более антибиотиками.

На основании полученных клинико-иммунологических данных для назначения адекватного лечения с использованием традиционных методов и разработанных нами (Имунофан в комплексном лечении) больных ФКЛШ следует

Таблица 3

Состояние клеточного иммунитета у больных с ФКЛШ, получавших Имунофан и без него

Иммунологические показатели	Единица измерения	Обследованные группы			P
		Практически здоровые лица n=50	Больные, не получавшие Имунофан n=48	Больные, получавшие Имунофан n=53	
1	2	3	4	5	3:4
Лейкоциты	* 10^9 /л	5.83±0.11	6.39±0.14	5.75±0.10	<0.01 <0.001 >0.05
Лимфоциты	%	26.50±0.28	24.01±0.21	26.67±0.27	<0.001 <0.001 >0.05
CD3	* 10^9 /л	1.14±0.04	0.61 ±0.05	1.23 ±0.14	<0.001 <0.001 >0.05
CD4	* 10^9 /л	0.78±0.04	0.46±0.02	0.96±0.09	<0.001 <0.001 <0.05
CD8	* 10^9 /л	0.20±0.01	0.24±0.01	0.20±0.03	<0.02 <0.05 <0.05
CD16	* 10^9 /л	0.53±0.02	0.22±0.02	0.60±0.03	<0.001 <0.001 >0.05
CD4/CD8		3.90±0.13	2.90±0.24	4.83±0.41	
Л/CD3		5.11±0.60	10.47±1.12	4.69±0.31	

Таблица 4

Состояние гуморального иммунитета у больных с ФКЛШ, получавших Имунофан и без него

Иммунологические показатели	Единица измерения	Обследованные группы			
		Практически здоровые лица n=50	Комплексное лечение без Имунофана n=48	Комплексное лечение с Имунофаном n=53	
1	2	3	4	5	3:4
Лейкоциты	* 10^9 /л	5.83±0.11	6.98±0.30	5.83±0.11	
CD20	* 10^9 /л	0.48±0.03	0.23±0.05	0.49±0.02	<0.01 <0.001 >0.05
IgM	Г/л	1.28±0.2	1.92±0.02	2.21±0.2	<0.01 >0.05 <0.01
IgG	Г/л	10.40±0.40	13.51±0.50	15.59±1.40	<0.001 >0.05 <0.001
IgA	Г/л	2.22±0.10	1.24±0.10	2.19±0.10	<0.001 <0.001 >0.05
IgE	КЕ/л	150	218.10	151.83	
ЦИК	Ед.опт.лл.	62.00±4.00	222.00±7.00	104.00±5.00	<0.001 <0.001 <0.001
Л/CD20		12.14±1.14	28.81±2.10	11.57±1.14	
CD3/CD20		2.38±0.19	2.73±0.21	2.47±0.24	

отметить, что продолжительность лечения больных с фурункулами составила 4,1 дня, с осложненными фурункулами 6,1 дня, а с карбункулами 9,8 дня.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что иммуномодулирующая терапия независимо от формы гнойной инфекции обладает выраженным детоксицирующим действием.

Применение ее в комплексной терапии позволяет значительно увеличить случаи благоприятного исхода заболевания, в том числе и среди пациентов с его наиболее тяжелыми клиническими формами.

Клиническая эффективность лечения коррелирует с результатами иммунологического обследования этих больных, для которых характерна дезинтеграция иммунной системы.

Иммунокорrigирующее действие проявлялось как на местных, так и на системных уровнях.

Восстановление нарушенных показателей гомеостаза под влиянием иммуномодулирующей терапии у больных с местной формой гнойной инфекции происходило в более ранние сроки, чем у больных с сепсисом.

Исходя из полученных данных, следует считать, что иммуномодулирующую терапию необходимо применять в ранних стадиях заболевания, не дожидаясь развертывания во всей полноте клинических проявлений и развития синдрома полиорганной недостаточности.

Библиография

1. Bosta M., Songlois P., Mogurs M. et al. // Practical immunology. Oxford, Edinburgh, Boston, Millburn. 1998, 400-407P.
2. Chan KL., Soo G., van Hasselt CA. // Furunculosis. Ear Nose Throat J. 1997 Mar. 76(3). P 126.
3. Gozal D. // Sedation in emergency medicine. 9th International Dental Congress on Modern Pain Control. – Jerusalem, 2000/ - P. 131-133.
4. Jones R.N., Pfaller M.A., Cormical M.G. // Infection diseases: principles and practice of antimicrobial therapy. Avery's Drug Treatment. – 4th ed. – Barcelona: ADIS Press, 1997 – P.1455-1515.
5. Kanzaki H., Arata J. // Role of fibronectin in the adherence of Staphylococcus aureus to dermal tissues. J Dermatol Sci. 1992 Sep. 4(2). P 87-94.
6. Labeille B. // Treatment of superficial skin infections caused by Staphylococcus pyogenes. Ann Dermatol Venereol. 1997. 124(8). P 567-70.
7. Lange H., Baltzold O. H., Graner E. K. // Antibiotikaresistens von Staphylokokken bei Hauterkrankungen. Hautarzt. – 1996. –v.28. –N6. -P.314-318.
8. Suleimanov A.K., Zhelodkov M.M., Chernysheva M.I., Lebedev V.V., Magomedova D.A. Changes in Levels of specific IgG, IgA, IgM, and IgE during treatment of Patients with chronic Furunculosis. // Soviet Archives of internal Medicine – 1992 –V64-№6 p.644-646.
9. Takey S., Arora Y., Walker S. //the treatment of acute abscesses by antibiotic cover. Brit. J. Surg. – 1998. – Vol. –91– 602-607p.
10. Thoma-Greber E., Fr'osch M., Stolz W., Landthaler M., Plewig G. //Interferon-Gamma. Therapie von rezidivierenden Furunkulosen bei HIV-Infektion. Hautarzt. 1993 Sep. 44(9). P 587-9.
11. Tulecka T., Michalska W., Cybulski Z., Chylak J., Pietkiewicz K. // Effect of treatment with autologous staphylococcal vaccine on the course of the immunologic process. Med Dosw Mikrobiol. 1993. 45(2). P 263-5.
12. Аганов В.С., Смирнов С.Н., Шулаков В.В., Царев В.Н.//Жур. Стоматологии 2001, № 3, ст. 23-27 (комплексная озонотерапия ограниченного вялотекущего гнойного воспаления мягких тканей Ч.Л.О.)
13. Багаутдинова В.И. Клиника и лечение осложненных фурункулов и карбункулов лица. Автореферат Дисс. Канд. Мед. Наук – Полтава, 1994 – 17с.
14. Бажанов Н. Н. Стоматология: / Н. Н. Бажанов. М.: Медицина, 1997.
15. Бернадский Ю.П., Заславский Н.П., Бернадская Г.П. Гнойная чл.х. 1983, стр. 203-210.
16. Бугаков Е.М. Клиника, диагностика и лечение острых воспалительных заболеваний ЧЛО и шеи у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. М., 1987, 20c.
17. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М.: Медицина, 1996. – 415 с.
18. Гостищев В. К. Общая хирургия: Учебник для студ. мед. ВУЗов. — М.: Медицина, 1993.
19. Губин М.А. Диагностика и лечение острых прогрессирующих воспалительных процессов ЧЛО и их осложнений: Дисс. Д-ра Мед. Наук. М., 1987.
20. Губин М.А., Лазутиков О.В., Лунев Б.В.// Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи. Жур. Стоматология № 5, 1998 с. 15-18.
21. Заусаев В.И. и др. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1981. – С 290-296.
22. Захарова Г.Н., Булкин В.А., Лепилин А.В.// Профилактика и лечение тромбоэмбolicких осложнений у больных с фурункулами и карбункулами лица. Жур. Вестник хирургии имени И.Н. Грекова – Ленинград, № 7, 1989 с. 100-102.
23. Конобеевцев О.Ф. Интенсивная терапия больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. – М.: Медицина, 1985 – С. 227-245.
24. Конобеевцев О.Ф. Особенности анестезии больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Там же. – С. 98-126.
25. Кузнецов В.П., Чихладзе М.В., Сепиашвили Я.Р./Жур. Аллергология и иммунология- 2001- том. 2 № 1, с. 92-104.
26. Лихицкий А.М. Особенности диагностики, клинического течения и лечения фурункулов и карбункулов лица. Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. Киев 1996.
27. Лободов Б.В. Применение плазмафереза в лечении гнойных заболеваний лица и шеи. Дисс. Канд. Мед. Наук. Воронеж-1994.
28. Михайлова А.А. //Индивидуальные мислопептиды – лекарства «нового поколения», используемые для иммунореабилитации. Int.J.Immunoregul. 1996, №2, 27-31.
29. Моисеенко В.С. Применение гемосорбции в интенсивной терапии гнойно-септических процессов у стоматологических больных. Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук – Воронеж 1993.
30. Неделько Н.А., Каде А.Х., Петросян Н.Э. и др. //Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Основные причины развития. Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. – М.: Авиа издат, 2001. – С.409-410.
31. Пасевич И.А. Инфракрасное низкоинтенсивное лазерное излучение в диагностике и комплексном лечении острого неспецифического лимфаденита лица и шеи у детей. Автореф. Дис. Канд. Мед. Наук. – Смоленск, 1996. – 18 ст.
32. Рабинович С.А., Московец О.Н., Анисимова Е.Н. // Повышение эффективности местного обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах в условиях воспаления. Материалы IV Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб., 1999. – С.104.
33. Робустова Т.Г. Инфекционные и протозойные заболевания челюстно-лицевой хирургии. – М.: Медицина, 2000. – С. 327-375.
34. Шаргородский А.Г., Забелин А.С., Федорова Г.Г.// Комплексное лечение больных прогрессирующими флегмонами Ч.Л.О. Журнал стоматологии № 2, 1998 с. 32-34.
35. Щербатюк Д.И. Пути повышения эффективности комплексного лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области и профилактики осложнений. Дисс. Док. Мед. Наук. М. 1988.
36. Щербатюк Д.И. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. – Кишинев: Штиинца, 1987. – С.13-67.

**Курди Салах Еддин Мухамед, докторант,
кафедра челюстно-лицевой хирургии
ГУМФ им. Н. Тестемицану.
Chișinău, str. T.Ciorbă, 1, tel.: 069121810
e-mail: kurdisalah@hotmail.com; salahkurd@maktoob.com
Receptionat 10.02.2004**

Esofagita de reflux – sinonim sau manifestare a bolii de reflux gastroesofagian

A. Scoran

Catedra Medicină de Familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Spitalul Clinic Municipal nr.1

In this article, endoscopic and morphological descriptions of changes of the esophagus in 104 patients suffering from gastroesophageal reflux disease are given. The peculiarities of morphological modifications of the gastroesophageal reflux disease of endoscopically negative and positive forms were defined. The characteristics of «reflux» esophagitis and its correlation to the given pathology were also provided.

Investigations have revealed that reflux esophagitis is a manifestation of the gastroesophageal reflux disease and develops on the basis of histological modifications of the mucous membranes of the esophagus due to the aggressive influence of gastroesophageal reflux. The endoscopically negative form of gastroesophageal reflux disease doesn't negate the inflammation of esophagus. The histological examination of 27 patients with the endoscopically negative form of gastroesophageal reflux disease showed an inflammation of the esophagus (polymorphonucleated infiltration, vessels distension of the submucous membranes), changes which are not found during esophagoscopy.

Key words: gastroesophageal reflux, esophagitis, heartburn

В статье приводится эндоскопическая и морфологическая характеристика изменений пищевода у 104 больных, страдающих гастроэзофагальной рефлюксной болезнью. Определены особенности морфологических изменений при ГЭРБ эндоскопически негативной и позитивной формах. Данна характеристика «рефлюкского» эзофагита и его удельный вес в структуре ГЭРБ.

Исследование демонстрирует, что рефлюкский эзофагит является проявлением ГЭРБ и развивается на фоне гистологических изменений слизистой оболочки пищевода в результате агрессивного воздействия гастроэзофагального рефлюкта. Эндоскопически негативная форма ГЭРБ не исключает наличия воспалительного процесса в слизистой оболочке пищевода. Гистологическое исследование, проведенное у 27 больных с эндоскопически негативной формой ГЭРБ, доказывает наличие воспалительного процесса в слизистой оболочке пищевода (полиморфонуклеочная инфильтрация, расширение сосудов подслизистого слоя) - изменения, которые не обнаруживаются во время эзофагоскопии.

Ключевые слова: гастроэзофагальный рефлюкс, эзофагит, изжога

Introducere

În plan terminologic, deseori, patologia esofagului condiționată de refluxul gastroesofagian patologic (RGEp) este desemnată diferit: boala de reflux gastroesofagian (BRGE), esofagită de reflux (ER), esofagită peptică etc. Până în prezent în unele publicații nuantele distinctive de ordin terminologic dintre denumirile BRGE și ER lipsesc (1, 8, 10). Vorbind despre ER și BRGE, autori mai frecvent operează cu primul termen – ER.

Maladia vizată are la bază dereglați referitor la funcția sfincterului esofagian inferior (SEI), urmate de retrogradări ale conținutului gastric/sau gastroduodenal, cât și virtuale repercușiuni din partea altor organe, care afectează calitatea vieții pacienților.

Boala de reflux gastroesofagian constituie o entitate clinică independentă cauzată de mecanisme complexe de perturbare a motilității tractului digestiv superior cu retrupulsia conținutului gastric sau intestinal în esofag. Boala decurge cu diverse simptome (esofagiene și extraesofagiene), însătoare sau nu de leziuni ale mucoasei esofagului, esofagita de reflux reprezentând consecința acesteia (4). Termenul de esofagită de reflux se aplică numai subgrupului de pacienți cu BRGE care prezintă modificări endoscopice și histologice ale mucoasei esofagiene datorate refluxului gastroesofagian (2).

Manifestarea clinică de bază a BRGE (ER) - pirozisul, este cel mai frecvent și important simptom, care sugerează maladie în cauză. De asemenea un simptom specific al maladiei este regurgitația. În evoluția BRGE pirozisul și regurgitația dispun de specificitate înaltă – 89 % și 95 % respectiv (5, 9, 11, 12). La cca 60 % din pacienți cu pirozis, endoscopic nu se confirmă prezența esofagitei (3, 6). La pacienții cu ER în 3,8 % cazuri boala a fost depistată偶然 în cadrul FGDS efectuată cu scop diagnostic, deoarece pacienții nu remarcau acuze specifice (7).

Endoscopic, BRGE este delimitată ca forma endoscopică pozitivă și forma endoscopică negativă. În prima variantă sunt

rezente semne de inflamație a mucoasei esofagului, în a două – ele lipsesc.

Scopul actualei cercetări este de a determina modificările macroscopice (endoscopice) și histologice la pacienții care au manifestări clinice caracteristice pentru BRGE (ER).

Material și metode

Pentru realizarea scopului, în studiu au fost inclusi 104 pacienți, care prezintau manifestări clinice caracteristice pentru BRGE.

Toți pacienții au fost supuși examenului endoscopic (FGDS) cu prelevarea biopsialului din mucoasa treimii inferioare a esofagului și cercetarea histopatomorfologică a lui.

Vârsta pacienților a variat de la 17 la 67 ani, media constituind 42,7 ani.

După cum reiese din tabelul 1, predominantă evident numărul bărbaților afectați de BRGE – 70 cazuri (67,31 %), sexului feminin revenindu-i 34 paciente (32,69 %) din totalitatea lotului. Astfel, conform observărilor proprii, incidența BRGE este mult mai înaltă la bărbați și raportul bărbați/femei constituie 2,1 : 1.

Rezultatele obținute

În funcție de rezultatele endoscopiei digestive superioare (EDS) pacienții s-au subdivizat în două loturi : I lot – cu forma endoscopică pozitivă a BRGE – 77 pacienți (74,04 %) și lotul II – cu forma endoscopică negativă a BRGE (fără modificări macroscopice din partea mucoasei esofagului) – 27 pacienți (25,96 %) (tabelul 2).

Printre pacienții primului lot (77 cazuri) s-a înregistrat următorul corăport al gradelor de afectare a mucoasei esofagului : gradul A – 36 cazuri (46,66 %), gradul B – 19 pacienți (24,60 %), gradul C (25,87 %) și gradul D – 2 bolnavi (2,87 %).

Modificările vizual accesibile din partea mucoasei esofagului, depistate la EGDS, sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 2

Subdividerea pacienților conform rezultatelor examenului endoscopic (după clasificarea Los Angeles, 1994)

BRGE	Total	
	abs	%
I. Endoscopic pozitivă	77	74,04
gradul A	34	41,16
gradul B	20	25,97
gradul C	21	27,27
gradul D	2	2,6
II. Endoscopic negativă	27	25,96
Total	104	100

Hiperemia mucoasei esofagului a fost depistată la toți pacienții cu esofagită de reflux (ER), mai frecvent fiind afectate treimile inferioară și medie ale esofagului – 60 pacienți (77,9%). Toată aria esofagului a fost hiperemiată la 17 pacienți (22,1%). S-a determinat o dependență veridică ($P < 0,001$) a gradului de hiperemie a mucoasei de gradul severității evoluției clinice a BRGE.

Edemul mucoasei în treimea inferioară a fost depistat la 40 pacienți (51,9%), în treimea inferioară și medie mucoasa esofagului a fost edematiată la 29 pacienți (27,2%), iar la 8 pacienți (10,4%) edemul mucoasei s-a constatat pe toată aria esofagului. Expresivitatea edemului mucoasei depinde direct de evoluția esofagitei ($P < 0,001$).

Edemul și inflamația afectează în special elasticitatea pliurilor esofagiene. Ea se determină prin insuflarea aerului în esofag în timpul endoscopiei. Elasticitatea pliurilor nu-a fost afectată la 60 pacienți (57,7%). La 32 (30,8%) bolnavi elasticitatea pliurilor mucoasei a fost afectată, pliurile se atenuau incomplet în timpul insuflării aerului. În 12 cazuri (11,5%) pliurile au fost rigide, la insuflarea activă a aerului nu dispăreau.. De menționat că, statistic, s-a constatat veridică dependență ($P < 0,001$) a afectării elasticității pliurilor mucoasei esofagului de gradul de evoluție clinică a BRGE.

Endoscopic a fost studiată și funcția SEI, care în 38 cazuri (36,5%) a fost închis complet. La 66 pacienți (63,5%) SEI a fost deschis pe toată perioada examinării.

RGE în timpul examinării esofagului a fost depistat la 102 pacienți (98,1%).

La 20 pacienți (26%) cu esofagită de reflux a fost depistată inflamație severă a mucoasei (edem și hiperemie pronunțate). În timpul endoscopiei la acești pacienți s-a determinat hemoragie esofagiană de contact. Hemoragiile de contact se observă la pacienții cu evoluție severă – 14 cazuri (93,3%) și gravitate medie – 6 cazuri (20,7%) a esofagitei de reflux ($P < 0,001$).

La 62 pacienți (80,5%) în timpul endoscopiei au fost depistate eroziuni ale mucoasei esofagului inclusiv în esofagita cu evoluție ușoară – la 21 pacienți (33,9%), cu gravitate medie – la 26 pacienți (41,9%) și cu evoluție severă – la 15 pacienți (24,2%). Eroziuni solitare au fost constatate în 24 cazuri (38,7%), eroziuni multiple – în 24 cazuri (38,7%) și multiple confluente – la 14 pacienți (22,6%). În esofagita de reflux cu evoluție severă la 14 pacienți (93,3%) au fost depistate eroziuni multiple confluente, iar în esofagita cu evoluție ușoară eroziuni solitare au fost constatate numai la 21 pacienți (33,9%). Deci, prezența și caracterul eroziunilor se află în dependență de gradul de evoluție al esofagitei de reflux ($P < 0,001$).

În 5 cazuri (8,1%) de esofagită de reflux endoscopic au fost depistate ulcere în treimea inferioară a esofagului.

Aspectele manifestărilor morfopatologice referitor la peretele esofagului sunt ilustrate în tabelul 4.

Endoscopia esofagului face posibilă colectarea biopsialului din mucoasa esofagului și examenul histologic al ei. Având în vedere, că la 27 pacienți (26%) cu tablou clinic caracteristic pentru BRGE, însă endoscopic modificări vizuale n-au fost depistate (forma endoscopic negativă a BRGE), s-a efectuat studiul histopatologic al mucoasei esofagului pentru a determina modificările morfologice atât în forma endoscopic pozitivă, cât și în cea negativă a BRGE. După cum s-a menționat, au fost examinați 77 pacienți cu BRGE endoscopic pozitivă și 27 pacienți cu forma endoscopică negativă.

Eroziuni ale mucoasei esofagului au fost depistate la 48 pacienți cu BRGE endoscopic pozitivă (62,3%) (tabelul 4). Infiltrat inflamator, care denotă prezența procesului acut al maladiei, a fost determinat la 68 pacienți (88,3%) cu formă endoscopică pozitivă a BRGE.

Tabelul 1

Repartizarea pacienților în funcție de vârstă și sex

Apartenență de sex	Vârstă, ani										Total	
	<20		21-30		31-40		41-50		51-60			
	abs	%	abs	%	abs	%	Abs	%	abs	%	abs	%
Masculin	2	1,92	27	25,96	25	24,04	7	6,73	7	6,73	2	1,92
Feminin	1	0,96	12	11,53	8	7,69	7	6,73	5	4,81	1	0,96
Total	3	2,88	39	37,50	33	31,73	14	13,46	12	11,54	3	2,88
											104	100

Tabelul 3

Caracterul modificărilor stabilit prin intermediul fibroesofagoscopiei

	Evoluție ușoară		Gravitate medie		Evoluție severă		P
	abs	%	abs	%	abs	%	
Modificări	33	55,0	29	100	15	100	< 0,001
Hiperemie							
în 1/3 inferioară	22	66,7	6	20,7	0	0	
în 1/3 inferioară + medie	9	27,3	13	44,8	10	66,7	< 0,001
toată aria esofagului	2	6,0	10	34,5	5	33,3	
Elasticitatea pliurilor							
atenueare completă	53	88,3	7	24,1	0	0	
atenueare parțială	7	11,7	19	65,5	6	40,0	< 0,001
pliurile rigide	0	0	3	10,4	9	60,0	

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

Tabelul 3 (continuare)

Edem al mucoasei							
în 1/3 inferioară	27	81,8	11	37,9	2	13,3	< 0,001
în 1/3 inferioară + medie	6	18,2	15	51,7	8	53,3	
toată aria esofagului	0	0	3	10,4	5	33,3	
Linia „Z”							
bine conturată	50	83,3	8	27,6	2	13,33	< 0,001
caracter frust	9	15,0	21	72,4	11	73,33	
nu se diferențiază	1	1,7	0	0	2	13,33	
SEI							
închis	33	55,0	5	17,2	0	0	< 0,001
deschis complet	6	10,0	6	20,7	13	86,7	
deschis parțial	21	35,0	18	62,1	2	13,3	
RGE	59	98,3	28	96,6	15	100	< 0,05
Hemoragie de contact	0	0	6	20,7	14	93,3	< 0,01
Eroziuni							
lipsesc	39	65,0	0	0	0	0	< 0,001
solitare	16	26,7	8	27,6	0	0	
multiple	5	8,3	18	62,1	1	6,7	
multiple confluente	0	0	3	10,3	14	93,3	
Ulcer	0	0	1	3,4	4	26,7	< 0,001
Hernie hiatală	0	0	11	37,9	7	46,7	< 0,001

Tabelul 4

Modificările histopatologice ale mucoasei esofagului în BRGE

Nr. d/o	Criteriul histopatologic	BRGE endoscopic pozitivă n = 77		BRGE endoscopic negativă n = 27	
		abs	%	abs	%
1	Eroziuni	48	62,3	0	0
2	Infiltrat inflamator	68	88,3	0	0
3	Număr crescut de polimorfonucleare	66	85,7	11	40,7
4	Hiperplazia stratului bazal	77	100	27	100
5	Alungirea papilelor	75	97,4	27	100
6	Modificări vasculare	40	51,9	4	14,8
7	Vacuolizarea celulelor	56	72,7	17	62,9
8	Mărirea spațiilor intercelulare	66	85,7	18	66,7
9	Displazie	19	24,7	0	0
10	Metaplazie	5	6,5	0	0
11	Acantoză	21	27,3	6	22,2
12	Hipercheratoză	33	42,9	7	25,9

Atât în forma endoscopic pozitivă, cât și în cea negativă, hiperplazia stratului bazal, alungirea papilelor, vacuolizarea celulelor, lărgirea spațiilor intercelulare se întâlnesc relativ des și sunt similare în ambele loturi.

Displazia și metaplazia epitelului, depistate respectiv în 24,7% și 6,5% cazuri în BRGE endoscopic pozitivă, n-au fost stabilite în forma endoscopic negativă. Incidența cât și gradul de expresivitate ale majorității modificărilor histopatologice ale peretelui esofagian sunt condiționate de forma clinică a BRGE.

Infiltrat inflamator a fost constatat la 15 pacienți (100%) cu evoluție severă a BRGE, comparativ cu 41,7% (25 cazuri) în forma ușoară ($P < 0,001$).

De menționat, că acest criteriu histopatologic ca: hiperplazia stratului bazal, alungirea papilelor, modificări vasculare, vacuolizarea celulelor, lărgirea spațiilor intercelulare, se întâlnesc cu o frecvență de 100% în forma severă de evoluție a BRGE ($P < 0,001$).

Indiscutabil este rolul metodei histopatologice în depistarea displaziei și, în deosebi, a metaplaziei epitelului esofagian. Din 104 pacienți examinați, în 19 cazuri (18,7%)

au fost depistate diferite grade de displazie, iar în 5 cazuri (4,8%) a fost constatătă metaplazia epitelului esofagian.

Discuții

Rezultatele cercetării constată, că prezența unui tabou clinic caracteristic pentru BRGE nu întotdeauna corelează cu taboul endoscopic. Din 104 pacienți cu semne clinice de BRGE în 27 cazuri n-au fost depistate modificări macroscopice ale mucoasei esofagului. Studiul histologic al biopsiei esofagiene, colectat în timpul endoscopiei, denotă diferite modificări morfologice din partea mucoasei esofagului. Rezultate similare au fost constatate de alți autori și au fost subdivizate în modificări histologice blânde și severe (2). Cercetarea noastră demonstrează că atunci când au fost depistate modificări blânde (hiperpilazia stratului bazal, alungirea papilelor, etc.) s-au constatat și semne de inflamație: infiltratie polimorfonucleară, lărgirea spațiilor intercelulare etc.

Modificările histopatologice severe caracterizează procesul inflamator acut al maladiei cu sau fără deregarea integrității stratului epitelial.

Modificările histopatologice blânde depistate la pacienții cu BRGE forma endoscopic negativă caracterizează procesul iritativ-necrobiotic al factorilor agresivi (HCl) asupra mucoasei pe fondalul căruia se asociază procesul inflamator, sau ele pot reflecta stadiul de remisiune al inflamației.

Concluzii

1. Tabloul clinic caracteristic pentru BRGE nu întotdeauna corelează cu tabloul endoscopic.
2. Esofagita de reflux reprezintă o formă de evoluție a BRGE, care se dezvoltă la o anumită etapă a maladiei pe fondul modificărilor histopatomorfologice, caracteristice pentru BRGE.
3. Esofagita de reflux este o manifestare a BRGE și deci nu poate fi utilizată în plan terminologic ca sinonim al acesteia.

Bibliografie

1. Gheorghe L., Gheorghe C. Practic Medical. Vademecum în gastroenterologie. Partea I. Afecțiuni ale tubului digestiv. Editura Hemira, 2002, p. 13-21.
2. Gheorghe C., Pîrvulescu I., Bacheman G., Gheorghe L. Modificări histologice minime la pacienții cu boala de reflux gastroesofagian endoscopic negativă. În: Simpozionul național de gastroenterol., hepatol., endoscopie digestivă. Cluj-Napoca, 2002, vol. II, suppl. I, p. 74-75.
3. Locke G. R., Talley N. F., Fett S. L. *et al.* Prevalence and clinical Spectrum of gastroesophageal reflux. // Gastroenterology. – 1997; 112: 1448-1456.

4. Lupașco Iu., Dumbrava V-T A., Romanciu I. Boala de reflux gatroesofagian. Ghid de practică medicală. – 2002, 112 p.
 5. Spechler S. J. Epidemiology and natural history of gastro/esophageal reflux disease. // Digestion. 1992; 51; suppl. I : 24-29.
 6. Аруин Л. И., Исаков В. А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и Helicobacter pylori. // Клин. Мед., 2000; 78; 10: 62-68.
 7. Богданов И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: некоторые этиопатогенетические, клинические и морфологические особенности. Автореф. Дис. К. М. Н., Санкт – Петербург, 1999, 21 с.
 8. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. В кн.: Болезни пищевода. М. «Триада - X», 2000, с.56-68.
 9. Кубышкин В. А., Корняк Б. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Диагностика, консервативное и оперативное лечение. М., 1999, 189 с.
 10. Охлобыстин А. В. pH – метрическое исследование пищевода. Болезни пищевода. М. «Триада - X», 2000, с. 51-55.
 11. Рапонорт С. И., Лаптева О. Н., Райхлии Н. Т., Смирнова Е. А., Хуцишвили М. Б., Расулов М. И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, новые данные по механизму заживления эрозивно – язвенных поражений пищевода: Обзор. // Журн. Клинич. медицина, 2000; 78; 8: 31-37.
 12. Рысс Е. С., Фишзон – Рысс Ю. И. Рефлюксная болезнь: понятие, клинические проявления, диагностика, лечение. // Терап.-арх. – 1994; 66; 2: 80-82.
- A.Scorpan, șeful secției medicină internă nr. 2
Spitalul Clinic Municipal Nr.1
Chișinău, str. Meleștiu, 20, tel. 27-10-91
Receptionat 26.04.2004**

Evoluția hipertensiunii arteriale la bolnavii cu hipotiroidie

Gh. Caradja, Lucia Marcoci

Catedra Endocrinologie, USMF "Nicolae Testemițanu"

In this study, 52 patients with hypothyroidism (18 of which with concomitant arterial hypertension) were observed before and during treatment with thyroid agents. The initial dose of thyroid agents in patients with hypothyroidism with arterial hypertension should be minimal, independent of the patient's age. The final therapeutic dose should be calculated strictly on the basis of individual indications and increased gradually, especially in older patients.

Key words: hypothyroidism, arterial hypertension, treatment with thyroid agents

Под наблюдением находились 52 больных гипотиреозом (из которых 18 в сочетании с артериальной гипертензией) обследованные перед и во время лечения тиреоидными гормонами. Начальные дозы заместительной гормонотерапии при гипотиреозе с артериальной гипертензией должны быть минимальными независимо от возраста больных. Окончательная терапевтическая доза подбирается индивидуально, особенно в пожилом возрасте.

Ключевые слова: гипотиреоз, артериальная гипертензия, гормональная терапия

Introducere

Modificările metabolice care apar în legătură cu insuficiența tiroidiană, pot genera diverse tulburări cardiovasculare. Necătând la informațiile frecvente despre tensiunea arterială (TA) normală sau scăzută la bolnavii cu hipotiroidie, unii autori au înregistrat HTA în 10 - 50% cazuri investigate (1,4,10,12). Hipertensiunea arterială severă este una dintre motivele de diagnosticare tardivă a hipotiroidiei sau de limitare a utilizării hormonilor tiroidieni. În puține publicații de specialitate se afirmă despre rezistența HTA în hipotiroidie la administrarea hipotensivelor obișnuite și despre posibilitatea normalizării TA sub influența terapiei cu hormoni tiroidieni (8,14).

Patogenia HTA în cazurile cu hipotiroidie este neclară din mai multe motive. Legătura directă dintre hipotiroidie și HTA și considerarea hipotiroidiei ca un factor de risc la instalarea a HTA, în special la vîrstnici, se confirmă sau se infirmă (2,11,13). Se presupune că o creștere a rezistenței periferice ar putea fi determinată de factorii hemodinamici compensatori la volumul sistolic scăzut și modificările perelui vascular. Se presupune, că apariția HTA în unele cazuri este determinată de surplusul noradrenalinei indușă de prolactina crescută și scăderea activității dopaminergice în sistemul nervos central (3,5,6,11). S-a decis de a face prezentul studiu pentru a clarifica aspectele contradictorii privind patogenia și tratamentul HTA în cazurile cu hipotiroidie.

Materiale și metode

Studiu a fost efectuat pe un lot de 52 pacienți cu hipotiroïdie primară spitalizați consecutiv în secția Endocrinologie a Spitalului Clinic Republican pe parcursul a 6 luni, cu vârstă cuprinsă între 26-64 ani, dintre care 42 femei și 10 bărbați. Hipotiroïdie de gravitate medie a fost înregistrată în 23 cazuri, gravă în 29 cazuri. Durata bolii între 6 luni - 11 ani. La 18 pacienți hipotiroïdie a fost primar depistată și nu s-a administrat tratament cu L-Thyroxin până la ziua spitalizării. Concentrațiile caliuului și natriului seric au fost normale. Regimul alimentar liber. La administrarea hormonilor tiroidieni s-a ținut cont de vârstă bolnavilor gravitatea și durata hipotiroïdiei, sensibilitatea individuală, caracterul și gradul de manifestare a tulburărilor cardio-vasculare. Bolnavilor cu o vârstă mai avansată, cu hipotiroïdie mai gravă, cu o durată mai lungă a bolii li s-a administrat hormoni tiroidieni începând cu doze mai mici și cu creșterea mai lentă a dozelor. Pacienții din studiu nu au primit remedii antihipertensive (beta-adrenoblocante, diuretice, inhibitorii enzimei de conversie, blocanții canalelor de Ca etc.). După indicarea L-Thyroxinei dozele preparatelor antihipertensive la pacienții cu HTA preexistentă au fost scăzute până la suspendare.

Rezultatele obținute

HTA a fost înregistrată în 18 cazuri (35%) din cele 52 investigate. Vârstă medie a bolnavilor cu HTA a fost mai mare (48 ± 3 ani) decât a bolnavilor cu TA normală (38 ± 2 ani). În 11 cazuri (61%) din cele 18 cu hipotiroïdie și HTA, TA a crescut odată cu apariția hipotiroïdiei, restul 7 cazuri (39%) HTA a debutat înainte de înregistrarea hipotiroïdiei. Valorile TA la momentul spitalizării au fost cuprinse între 150/90 și 210/130 mmHg; în grupul cu vârstă de până la 50 ani – cca 170/110mmHg, peste 50 ani – 190/110mmHg. Astfel s-a observat valorile mai ridicate ale tensiunii pulsatile la vârstnici.

De menționat faptul că în 5 cazuri (11%) cu hipotiroïdie nedagnosticată timp îndelungat, în tabloul clinic al bolii predominau modificările cardio-vasculare (HTA, dureri precordiale etc.) care au mascat simptomatologia hipotiroïdiană clasica.

Pe parcursul tratamentului cu 50-150 mkg/zi de L-Thyroxină, doza finală fiind atinsă cu prudență în 30-40 zile începând de la 12,5 mkg (în special la vârstnici), au diminuat manifestările clinice ale hipotiroïdiei. Valorile TA au scăzut evident în 5 cazuri cu HTA și s-au normalizat în restul 13 cazuri, variind între 110/60-150/90mmHg.

S-a observat că scăderea TA deseori s-a înregistrat înainte de instalarea compensării hipotiroïdiei.

TA s-a stabilizat la limite normale în toate cele 11 cazuri cu HTA depistată odată cu hipotiroïdia și în 2 cazuri cu HTA preexistentă. În 5 cazuri de HTA tratată ineficient înainte de instalarea hipotiroïdiei L-Thyroxina administrată a scăzut evident valorile TA.

Pe parcursul terapiei adecvate cu L-Thyroxină administrată la persoanele cu hipotonie de vârstă diferită au disparut și alte manifestări cardiace, inclusiv și durerile anginoase.

Discuții

Manifestările cardio-vasculare sunt prezente în cca 70% cazuri cu hipotiroïdie. În până la 50% din cazuri este prezenta HTA (1,4,10,12). Cele 18 persoane (35%) cu hipotiroïdie și HTA înregistrate în prezentul studiu confirmă aceste statistici. Conform datelor unor autori, la pacienții cu hipotiroïdie TA are valori mai ridicate decât restul populației (3,10). În aceste cazuri, hemodinamic are loc reducerea volumului de ejeție, debitului cardiac și a frecvenței cardiace, datorită schimbărilor funcționale

și structurale ale miocardului (diminuarea contractilității și excitabilității). Acesta este rezultatul alterării compartimentului vascular periferic (crește rezistența periferică, se reduce volemia, crește permeabilitatea capilară), ca urmare a reducerii nevoilor în oxigen prin metabolismul tisular (4,9,12). Însă aceste afirmații probabil ar fi valabile pentru cazurile cu hipotiroïdie gravă, îndelungată, deoarece înregistrarea efectului antihipertensiv la administrarea L-Thyroxinei deseori înainte de compensarea hipotiroïdiei ar putea exclude legătura hipertensiunii cu modificările organice avansate din miocad și pereții vasculari.

TA "pensată" (pulsatilă mică) în cazurile cu hipotiroïdie se explică prin faptul că unii factori (vasoconstricția periferică) tind să mărească presiunea diastolică, în timp ce alții (diminuarea debitului de contractie, hipovolemia) tind să scadă tensiunea sistolică. În total are loc o scădere a presiunii diferențiale și o creștere a presiunii medii, fapt înregistrat și la persoane tinere cu HTA din prezentul studiu.

La vârstnicii cu hipotiroïdie din studiu nostru, dar și din alte studii s-a observat pierderea aspectului convergent al TA, crescând preponderent odată cu tensiunea sistolică și tensiunea pulsatilă din cauza aterosclerozei. (10,12,14).

HTA preexistentă împreună cu alte manifestări cardiace, pot masca hipotiroïdia (3,7,9) la fel ca în cele 2 cazuri înregistrate în prezentul studiu. Aceste schimbări pot debuta și avansa datorită hipotiroïdiei probabil prin creșterea nivelului seric al norepinefrinei (3,11).

În cazurile cu HTA determinată numai de hipotiroïdie, administrarea hormonilor tiroidieni cu mărirea treptată a dozei a dus la normalizarea TA. În cazurile cu HTA preexistentă hipotiroïdiei, TA s-a micșorat în unele cazuri până la valori normale, rezultate identice înregistrate și în alte studii (2,12).

Deoarece, odată cu normalizarea TA deseori administrarea de L-Thyroxină a dus la dispariția sindromului anginos, fapt menționat și de alți autori (1,5,6,8), este bine de a diferenția la pacienții cu hipotiroïdie 2 tipuri de dureri precordiale: coronarogene (în special la vîrstă înaintată) care pot fi provocate sau agravate chiar la administrarea atență a hormonilor tiroidieni și metabolice, care dispar în urma hormonosubstituției adecvate. Aceste forme prezintă dificultăți în diagnosticul clinic.

Concluzii

1. TA crescută înregistrată în 35% cazuri cu hipotiroïdie investigate, a scăzut sau s-a normalizat odată cu administrarea terapiei cu L-Thyroxină.

2. Dozele inițiale de L-Thyroxină în cazurile cu hipotiroïdie asociată sau complicată de HTA trebuie să fie mici (12,5mg/zi), creșterea lentă, doza definitivă se stabilește individual, cu atenție în special la persoanele în etate.

Bibliografie

1. Bing R.F., Briggs R.S., Buden A.C. et al. Reversible hypertension and hypothyroidism // Clin. Endocrinol. – 1986. – Vol.13, - N4., P. 339-342.
2. Drucker D.J. Et al. Cardiovascular surgery in the hypothyroid patient // Arch Intern. Med 1985. P 85-87.
3. Dumitache C, Ionescu B., Ranetti A. Elemente de diagnostic și tratament în endocrinologie // Editura națională. – 1998. P.366-367.
4. Klein I, Ojamaa K. Cardiovascular manifestation of endocrine disease // J. Clin. Endocrinol. Metab. 1992, N79. P 339-342.
5. Klein I. Thyroid hormone and the cardiovascular system // Am. J. Med.- 1990, N88. P 631-637.
6. Levine H. D. Compromise therapy in the patient with angina pectoris and hypothyroidism // A clinical assessment. Am. J. Med. – 1980.- N69.- p. 411-418.

7. **Ladenson P.W.** Recognition and management of cardiovascular diseases related to thyroid dysfunction // Am. J. Med. – 1990, - vol.88 P. 638-641.
8. **Mandel S.I.** Levothyroxine therapy in patient with thyroid disease // Ann. Intern. Med. – 1993.- N. 119(6). – P. 492-502.
9. **Paine T.D.** Coronaryarterial surgery in patients with incapacitating angina pectoris and myxedema // Am. J. Cardiol. – 1977. – N. 40. – P. 226-231.
10. **Shapiro L.E., Surks M.J.** Hypothyroidism. Principles and practice of endocrinology and metabolism // 2nd ed. Philadelphia, 1995. – P. 404-411.
11. **Teodorescu Exareu J.** Fiziologia și fiziopatologia sistemului endocrin // București. – 1989- partea 1. – P. 1248-1249.
12. **Totoianu I.Gh., Vasilescu Gh.** Bolile tiroidei la adult și copil // editura lumina Transilvaniei. – Târgu Mureș. – 1993.- Vol.2. –P 24,77.
13. **Tot A.D.** Thyroxine replacement therapy // Ann. Academy Med. – 1993. N.22 (4), P. 583-586.
14. **Young R.E., Jones S.J.** Age and the daily dose of thyroxine replacement therapy for hypothyroidism // Age and aging. – 1984. – N. 13 (5) P.293-303.

Gheorghe Caradja, dr. conf.

Catedra Endocrinologie, USMF "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, str. N. Testemițanu 29
Spitalul Clinic Republican, etaj 7
tel.: 72-89-88, 72-85-41
Recepționat 22.01.2004

Statutul vegetativ al copilului cu dureri abdominale recurente

I.Mihu, I.Moldovanu, Viorica Pleșca

Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, USMF "Nicolae Testemițanu"

Keeping in mind the complexity and frequency of mistakes in diagnosing abdominal pains, the authors carried out psychosomatic investigations of 45 children (study group) with functional abdominal pain and 45 children (control group) with chronic gastroduodenitis in the acute stage in order to develop the most relevant principles of treatment for these patients and the adoption of an adequate therapeutic attitude. It was determined that recurrent abdominal pain, including in children, was caused by multiple factors, especially specific somato-vegetative disintegration. These factors were evaluated according to the scores of the motor vegetative profile, which can be useful for differentiating specific organic symptoms of upper gastro-intestinal tract.

Key words: abdominal pain, children

Учитывая сложность диагностирования болей в животе, не связанных с органическими поражениями, и частоту ошибок при этом, авторы исследовали психо-вегетативный статус у 45-и детей с функциональными болями и 45-и детей (контрольная группа) с обострением хронического гастрита для установления более надежных принципов диагностики и лечения этих патологических процессов.

Было доказано, что рекуррентные боли в животе, в том числе у детей, -это полигистологическое заболевание, при котором преобладают соматовегетативные нарушения. Изучение моторно-вегетативного профиля у таких детей помогает отличить функциональные изменения желудочно-кишечного тракта от органических заболеваний.

Ключевые слова: рекуррентные абдоминальные боли, дети, гастродуоденит

Actualitate

Durerea și disconfortul abdominal la copil sunt din cele mai frecvente cauze de prezentare la medic [1,2,5,9]. Prin definiția Criteriilor de la Roma II (1999), durerea sau disconfortul abdominal, percepute intermitent în cursul zilei, de durată relativ scurtă, timp de cel puțin 12 săptămâni în ultimele 12 luni, va fi apreciată ca durere abdominală recurrentă [1,2,7]. Analiza statisticelor arată că 10-15% din copiii cu vîrstă de 5 - 14 ani fac astfel de dureri, frecvența lor maximă fiind în intervalul de 8 și 12 ani [1,2,3,5].

Durerea abdominală recurrentă apare de cele mai dese ori ziua și nu deranjează copilul în timpul somnului; se localizează predilect în regiunea mezogastrică; uneori poate corela cu mesele sau cu efortul fizic, dar de cele mai multe ori nu are relații cu vreun eveniment cert [4,6,12]. Aceste senzații durează de la câteva minute până la o oră sau ceva mai mult; revin în mai multe pusee pe zi, dar se pot semnala și odată în săptămână sau în lună; uneori pot surveni brusc, deranjând activitatea copilului (discuție, joc, alimentație etc.) [1,2,5,9]. 90-95% din durerile abdominale recurente sunt de cauza funcționale, care prin investigații paraclinice nu pot fi apreciate ca inflamatorii, infecțioase, structurale specifice sau biochimice [1,5,6,9,10].

Diagnosticarea durerilor abdominale, în special la copil, adesea devine o adevărată dilemă pentru forța de discernere a medicului, care are de soluționat o adevărată enigmă, de fapt o

ecuație cu multe necunoscute. Obișnuite medicul va stabili un diagnostic sau altul în funcție de cunoștințele sale în domeniu, de experiența sau pur și simplu de "inspirația" sa clinică [5,8,9,12].

Din cauza complexității diagnosticului abdominalgilor nonorganice, delimitarea durerilor abdominale fără substrat organic până nu demult se efectua doar în cazuri rare; la etapa actuală însă, în special la copii, abordarea clinică a abdominalgilor impune o atitudine mai diferențiată [11,12].

Material și metode

În prezentul studiu ne-am propus să investigăm cât mai subtil fenomenul durerilor abdominale, copiii încadrati în cercetare fiind departajați în 3 loturi de comparare: I lot – cel de studiu - a inclus 45 copii cu dureri abdominale funcționale, în lotul II am supraveghet 45 copii cu gastroduodenită cronică acutizată, iar lotul III a inclus 45 copii afirmativ sănătoși.

Selecția loturilor a inclus triajul clinic prin examene clinico-anamnestice (inclusiv interviul-anchetă) și triajul paraclinic prin examenul sumar al sângelui, teste biochimice: bilirubinemie, ALAT, AsAT, examenul coprologic, coproparazitologic; ultrasonografie a organelor interne, esofagogastroduodenofibroscopie. Astfel, criteriile pentru includerea în lotul I au fost: durerile abdominale acuzate curs de minimum 12 săptămâni, în ultimele 12 luni,

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

parametrii antropometrici corespunzători vârstei, absența semnelor clinice (febră, rectoragie, scădere în greutate) și celor paraclinice de maladii organice (devieri în examinările de laborator și instrumentale). Lotul II a inclus copii cu gastroduodenită acută confirmată prin esofagogastroduoden-fibroscopie. Lotul III a fost constituit din 45 de copii practic sănătoși.

Criteriile de eligibilitate pentru cele 3 loturi au inclus intervalul de vârstă 10-14 ani a copiilor. Intervalul de observare asupra acestora s-a înscris între 25.03.02 – 25.10.03, toate examinările fiind executate în baza Secției Gastroenterologie Pediatrică a Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului.

Aspectele clinice vegetative ale copiilor cu dureri abdominale recurente, cu gastroduodenită acută cât și a celor afirmativ sănătoși au fost înregistrate și evaluate prin intermediul criteriilor de anchetare și reprezentare grafică a profilului vegetativ motor (PVM), elaborate de I. Moldovanu (1994). Ancheta PVM include 106 întrebări privind senzațiile și diverse elemente comportamentale ale copilului, clasate în 12 scări cu disfuncții neuro-vegetative: I - deregări afective, II - deregări cerebrale de natură vasculară, III - deregări cerebrale generale, IV - dispnee, V - comportament respirator, VI - deregări motorii, VII - tremor, VIII - tetanie, IX - deregări cardiovasculare, X - deregări gastrointestinale, XI - deregări în sistemul de termoreglare, XII - manifestări algice. Fiecare din cele 12 parametri vegetativi îi corespund 4-11 întrebări (în mediu 8), distribuite uniform în 3 compartimente ale anchetei. În funcție de expresia clinică a semnului acuzat, sunt prevăzute 5 modalități de răspuns: niciodată, rar, câteodată, frecvent, practic totdeauna, care apreciate în unități sunt sumate după o cheie specială și plasate pe scara deregărilor vegetative pentru a imagina un grafic de aspect individual.

Rezultate și discuții

Operând prin examenul de interviu-anchetă în procedura descrisă la subcompartimentul "Material și metode", am schițat o serie de caractere ale statutului vegetativ al copiilor cu dureri abdominale funcționale și al celor cu gastroduodenită cronică, rezultatele fiind prezentate în tabelul 1.

Diferențierea fenomenologiei psihico-vegetative a copiilor cu dureri abdominale funcționale și a celor cu gastroduodenită acută a evidențiat niște coincidențe paradoxale. Astfel, în lotul copiilor cu dureri abdominale recurente predominante s-au dovedit a fi deregări cerebrale de natură vasculară: disfuncții ale analizatorilor traduse cu fenomene optice (vedere neclară, ceată în fața ochilor, îngustarea câmpului vizual) sau vestibulo-acustice (diminuarea

auzului, senzație de zgomote în cap și în urechi, vertige, senzația de irealitate a lucrurilor din jurul). Asocierea acestora cu elevări ale altor scări denotă la copiii cu dureri abdominale recurente prezența „sindromului de dezintegrare somato-vegetativă”. Fenomenul se explică prin particularitățile anatomo-fiziologice ale sistemului limbic, în care funcțiile sunt reprezentate global fără diferențiere topografică certă. Astfel, influențele cerebrale de ordin vascular sunt capabile să inducă manifestări somato-vegetative la orice nivel și, după cum arată datele cercetării, în special în sistemul respirator, cardiovascular, gastrointestinal și cel nociceptiv.

Pe locul II ca pregnantă s-au clasat manifestările algice desemnate prin: cefalec, dureri precordiale, dureri în mușchii mâinilor și picioarelor, dureri în piept (*chest pain*), dureri în epigastru, somn agitat și insuficient. De menționat, că durerile precordiale și durerile „din piept” la acești copii nu sunt generate de careva afectări organice ale cordului sau pulmonilor, ci sunt niște mialgii - dureri de origine musculară - resimțite la acest nivel.

Este semnificativă asocierea la copiii cu dureri abdominale funcționale și gastroduodenită acută a fenomenelor ce țin de scăriile X (deregări gastrointestinale) și XII (manifestări algice). Astfel, la primii manifestările algice prevalează asupra deregărilor gastrointestinale, fapt ce face posibilă supozitia prezenței fenomenului de alodinie (deregala funcție cauzată de stimulații dureroase) sau hiperalgezie (perceperea durerii la stimulații nedureroase). Compararea scării algice cu cea a deregărilor gastrointestinale la copiii cu gastroduodenită acută denotă manifestări algice datorate, în mareea lor majoritate, durerilor epigastrice. În schimb, la copiii cu dureri abdominale funcționale manifestările gastrointestinale se suprapun peste fondul algic complex, conturând în final fenomenul de "personalitate bolnavicioasă".

Pe locul III s-au distins deregăjările tubulo-digestive desemnate prin: grețuri, eructări, vărsături, inclusiv induse de surmenajul fizic, de emoții intense, la amintirea anumitelor evenimente, imagini, persoane. Durerile aparente pe acest fond se asociază cu balonare, perceperea peristaltismului intestinal sub forma unor senzații de mișcare (agitare) în abdomen; cu diaree, senzații imperioase pentru defecare; constipații. Comparând valorile acestei scări la copiii cu SII și la cei cu gastroduodenită acută, am desprins complexitatea fenomenelor digestive resimțite în cadrul durerilor abdominale funcționale comparativ cu cele ce specifică gastrita acută - dureri în epigastru, grețuri, rar vomisme. Complexul simptomatic apreciat în contextul durerilor abdominale recurente s-a prezentat ca unul instabil, cu exacerbări ce durează de la câteva ore până la câteva zile, independent de factorul alimentar, în perioadele de acalmie starea copilului fiind satisfăcătoare.

Tabelul 1

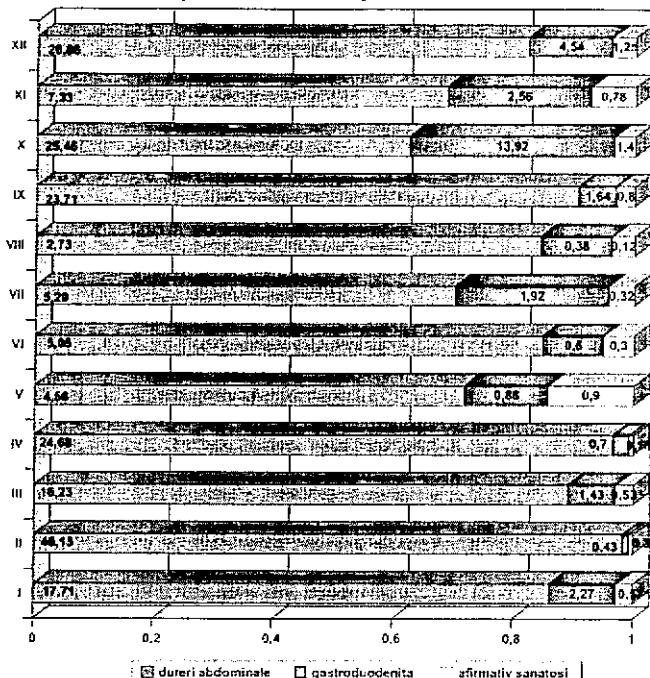
Scalele comparative ale profilului vegetativ motor (PVM)

<i>Nominarea scalelor MMPI</i>	<i>Lotul cazuri</i>	<i>Lotul control</i>	<i>Maturi sănătoși (Odobescu S. V., 2000)</i>
L - scală apreciativă	52,92 ± 1,88	58,37 ± 2,44*	50,70 ± 3,25
F - scală apreciativă	70,4 ± 3,24	47,1 ± 4,14*	45,10 ± 4,79
K - scală apreciativă	39,40 ± 1,45	53,11 ± 2,74*	50,20 ± 2,89
1 - Hp-ipocondrie	68,01 ± 2,53	51,31 ± 2,13*	46,70 ± 2,45
2 - D-depresie	65,43 ± 3,14	42,05 ± 2,89**	41,40 ± 4,44
3 - Hy-isterie	44,73 ± 2,42	41,12 ± 2,01**	43,70 ± 2,52
4 - Pt-psihopatii	59,61 ± 1,68	48,60 ± 3,56**	47,60 ± 3,69
6 - Pa-paranoie	45,48 ± 2,54	39,57 ± 2,58**	43,30 ± 3,35
7 - Ps-psihastenie	68,40 ± 2,71	47,82 ± 2,32*	45,10 ± 4,29
8 - Sc-schizofrenie	50,62 ± 1,24	46,53 ± 1,08**	43,00 ± 0,00
9 - Hp-hipomanie	71,15 ± 2,12	42,18 ± 3,88*	51,40 ± 4,86

Notă: * - $P < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Fig.1

Amplasamentul comparativ al PVM



Dispnea este un fenomen raportat la scara 4, iar copiii o invocă prin: senzație de insuficiență de aer, corset toracic (de presiune, conștiție a cutiei toracice); respirație dispneică; intoleranță încăperilor neaerisite; respirație accelerată sau amplificată (polipnee); respirație superficială; dispnee la emoții; căscat, ofstat, senzație de iritare în gât, oprire a respirației, senzație că aerul nu trece prin traheea, bronhii, pulmoni. Am semnalat că ascensiuni la scara respectivă au prezentat în marea majoritate copiii cu elevaje paralele pe scara 9 (deregări cardiovasculare), fenomen ce demonstrează constituirea unui nucleu anxios la copiii cu dureri abdominale recurente.

Pe următorul loc ca incidentă și expresie, după frecvență, se clasează deregările afective manifestate prin: irascibilitate, senzație de neliniște, anxietate, crize de panică, fond afectiv minor, senzație de tristețe, amărâre, somn neliniștit și deficit, susceptibilitate exagerată, senzație de tensiune generală, de insatisfacție și ostilitate, senzația fricii de moarte. Toate acestea ar putea fi datorate interconexiunilor formațiunii reticulare cu structurile limbice și neocorticale, prin care se ordonează comportamentul rațional dirijat spre adaptarea organismului la variațiile din mediul intern și cel extern.

Scara 6 (deregări motorii) a relevat disturbanțe mai puțin pregnante, dar totuși prezente la 9 din copiii examinați, acestea fiind afișate prin: agitație motorie în timpul emoțiilor; instabilitate carpo-pedală sau în mers; încordarea frunții, senzație de tensiune în mușchii masticatori, slăbiciune în picioare, dureri și încordarea mușchilor cervicali, ai spatelui, din regiunea lombară, senzația de conștiție a mușchilor gastrocnemieni, dificultăți de deglutiție, slăbiciuni tranzitorii într-un membru sau într-o jumătate de corp.

Comportamentul respirator (scara 5) a fost prezent la 5 copii, la care s-au manifestat, în următoarea ordine de frecvență: necesitatea de a deschide fereastra din cauza insuficienței de aer, de a ești afară, la balcon, în corridor pentru a respira cu aer proaspăt; inclusiv la emoții; copiii simt nevoie de a se mișca pentru a-și normaliza respirația; alteori de a face un duș rece, băi; unii din ei dormeau cu fereastra deschisă în perioadele calde ale anului, iar alții deschideau fereastra chiar și iarna.

Manifestările scării 7 au fost prezentate prin tremor al mâinilor, inclusiv la emoții; tremor interior (vibrăție); tremor în picioare.

Tetania (scara 8) s-a tradus prin spasme abdominale, senzația de nod în gât, înțepături și amortea în degetele mâinii, contracții musculare, fasciculații în mușchii picioarelor, mâinilor; ale degetelor mâinii, senzații care se extind uneori pe o jumătate a corpului, furnicături, amortire peribucală; spasme, contracții dureroase ale mușchilor gastrocnemieni.

Deregările de termoreglare (scara 11) s-au manifestat prin: transpirații la emoții; sudorații globale - ale întregului corp; transpirații pe anumite sectoare de tegument; edeme faciale, pe mâini, picioare, chemări imperioase la mictiune; senzații de căldură pe anumite părți ale corpului; senzație de sufocare și căldură în tot corpul; senzație de frig, mâini și picioare reci, uscăciune în gură (xerostomie).

Rezumând rezultatele de investigare comparată a fenomenelor psiho-vegetative prezентate de copii din loturile delimitate, am ajuns la concluzia că evaluarea și diferențierea acestora este dificilă, ea necesită sensibilitate și subtilitate analitică din partea examinatorului care, aflat de cele mai multe ori în fața unor circumstanțe atât de dificile, este obligat la promptitudine și exactitate.

Concluzii

1. Durerea abdominală recurrentă, inclusiv la copii, are un determinism plurifactorial și este dominată de dezintegrări somato-vegetative specifice, care fiind evaluate după gradațiile scorurilor profilului vegetativ motor (PVM) pot facilita departajarea lor de fenomenologia schimbărilor organice din compartimentele tubului digestiv.

2. Manifestările clinice gastrointestinale de origine funcțională, precum cele din cadrul durerilor abdominale recurente, sunt resimțite mai complex comparativ afectărilor organice.

3. Copiii cu dureri abdominale recurente, de rând cu manifestările din partea sistemului digestiv, de cele mai dese ori prezintă asociat deregări cerebrale de natură vasculară, sensibilitate dureroasă, dispnee, deregări cardio-vasculare, manifestări cerebrale de ordin general, deregări emoționale.

Bibliografie

1. Drossman D.A., Patrick D.L., Whitehead W.E., Toner B.B., Diamant N.E., Hu Y., Jia H. Bangdiwala Further validation of the IBS-QOL: a disease-specific quality-of-life questionnaire. Am J Gastroenterol, 2000 Apr; Vol. 95 (4), pag. 999-1007.
2. Nicholas J., Talley M.D. Current Practice of Medicine 1998 Dec, 1:811-820.
3. Verne G.N., Robinson M.E., Price D.D. Hypersensitivity to visceral and cutaneous pain in the irritable bowel syndrome. Pain, 2001 Jul; Vol. 93 (1), pag. 7-14.
4. Gulchin A., Ergun M.D. Current Practice of Medicine 1999 Dec, 2:2293-2306.
5. Berman S. Abdominal Pain – Persistent or Recurrent, in: Pediatric Decision Making, ed. a 3-a, 1996, pag. 266-268.
6. Saito Y.A., Locke G.R., Talley N.J., Zinsmeister A.R., Fett S.L., Melton L.J. A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol, 2000 Oct; Vol. 95 (10), pag. 2816.
7. McLean V.A. Eds. Rome II: The functional gastrointestinal disorders. Degnon Associates, 2000.
8. Michael Camilleri. Functional Gastrointestinal Disorders: Novel Insights and Treatments. Medscape Gastroenterology, 1999.
9. F. Iordăchescu. Pediatrie. 214-274.
10. L. Gherasim. Medicină internă, 2000, vol. III, p.627-639.
11. L. Buligescu. Tratat de hepatogastrenterologie, 1997 vol.1, p. 427-433
12. A. M. Вейн Вегетативные расстройства. ООО «Медицинское информационное агентство», Москва, 2003, 752 c.

Ion Mihu, dr.h., profesor

Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

Chișinău, str. Burebista 93, tel. 069123566

Recepționat 27.04.2004

Importanța depistării tulburărilor de personalitate în tratamentul integral al tuberculozei pulmonare

C. Palihovici

Catedra Psihologie Medicală, Psihiatrie și Narcologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

The continual revision of the National anti-tuberculosis program's (DOTS) strategy is raising the treatment of diseases to a new contention level. Among patients suffering from pulmonary tuberculosis, a category of patients exists who are "uncooperative". Recent studies have pointed out that the existence of borderline psychopathological disturbances in such patients is the basis of such "uncooperative" behavior. This fact is confirmed in this article. Diagnostic conditions were developed to assess 3 groups, according to ICD - 10. The practical use of this method will prevent the development of the "vicious circle": patient – family – society.

Key words: pulmonary tuberculosis, psychopathological disturbances

Обновленная Национальная Программа борьбы с туберкулезом поднимает на новый концептуальный уровень лечение больных. Среди пациентов, страдающих туберкулезом легких, существует категория «не кооперирующих». Многочисленные работы подчеркивают наличие пограничных первично-психических расстройств как основа такого поведения, что подтверждено и данной работой. Разработаны диагностические условия, характеризующие 3 группы таких больных, согласно МКБ-10. Их применение в практике коммунарной медицины сможет способствовать разрыву «порочного круга»: больной – семья – общество.

Ключевые слова: туберкулез легких, расстройства личности, лечение

Actualitate

Revizuirea continuă a programelor naționale de combatere a tuberculozei, implementarea strategiei DOTS, ridică problema tratamentului integral al bolnavilor de tuberculoză pulmonară de tratament și control monitorizat. Se face apel la cercetări interdisciplinare, și nu în ultimul rând, la psihosomatică. Problema apare, în special, în cazurile „eșecurilor terapeutice”, deoarece acestea sunt congruente cu chimiorezistența antibacteriană primară și secundară [1, 2, 3]. Ultima este mai numeroasă, dobândită prin lipsa de compliantă a bolnavilor, atât în procesul inițial al diagnosticării bolii, cât și pe parcursul demersului terapeutic. Importanța subiectului nu se limitează numai în sine prin tratamentul târâgănat, cronicizare acerbă, letalitatea avansată a acestui contingent de bolnavi. Impactul are o pondere sănătoasă prin expansiunea tulipinilor de micobacterii chimiorezistente, pericol endemic și epidemic.

Republica Moldova, fiind în plină mișcare demografică la ora actuală, a trezit îngrijorarea organizațiilor internaționale de sănătate, și s-a alocat ajutor considerabil tehnic și finanțier. Este recunoscută deficiența profilactică și organizatorică, dar se pune accentul pe condiția social-economică.

Publicațiile în materie de caz apar în scurt timp după experiențele terapeutice în vederea chimioterapiei moderne. Dacă majoritatea pacienților tratați, beneficiau de eficacitatea înaltă antitubercloră a preparatelor descoperite, apoi o bună parte s-au arătat mai puțin curabili. Sunt numiți factorii sociali – economici, socio-culturali, psihologici. Însă Begoin, H.Ey, Davidson [5, 7] și numeroși alți autori dau prioritate factorilor psihologici. Begoin susține că 40% din pacienții de tuberculoză pulmonară necesită consultății și intervenția terapeutică a psihiatrilor. Ministerul Sănătății al Federației Ruse în anul 1990 a luat decizia de a incorpora în ajutorul psihologic bolnavilor de tuberculoză, luându-se ca bază elaborările metodice ale Institutului de Psihiatric (Sobcik L.). Exigențele sunt în ultimul timp apropiate de necesitățile practice în acest domeniu [4-9]. Publicațiile locale sunt solitare [10,11], iar interesul practic am spune „mai mult decât scăzut”

Scopul studiului

Obiectivele studiului vizează stabilirea corelațiilor comportamentale ale bolnavilor „non-cooperanți” cu criteriile de diagnostic al dereglarilor de personalitate după CIM - 10.

Este preconizată depistarea structurală a personalității în comportamentul longitudinal ne univoc al pacienților de

tuberculoză pulmonară. Se va purcede la stabilirea consecințelor impactului dezadaptiv în caz de îmbolnăvire de tuberculoză pulmonară conform algoritmului calificativ al grupelor stabilită.

Material și metode

Studiul a fost realizat pe un lot de 700 pacienți în Spitalul de Psihiatrie N 2, asistății medical de specialiști în fiziatrerie, concomitent cu colaboratorii I.F.P. din Republica Moldova de asemenea și de serviciul psihiatric al acestui spital și consultanți ai catedrelor de psihiatrie ale USMF „Nicolae Testemițanu”.

Ca material verificativ de control a fost folosită examinarea a 98 de pacienți de la Spitalul municipal Chișinău (a. 2002), și 146 - din secția de tratament al bolnavilor de „multidrogrezistenți” (a.2003-2004) a I.F.P.

Au fost folosite metode clinico-instrumentale, testări de psihodiagnostic și examinările catamnestice. S-a evaluat eficacitatea tratamentului antituberculos. Prin aceste cercetări au fost precizate particularitățile personalității pacienților „ne cooperanți” privind și disruptia socială asociată.

Rezultatele obținute

Lotul de bolnavi „non-cooperanți” cu tuberculoză pulmonară cronică, eliminatori de bacili, internați în Spitalul de Psihiatrie N 2 a fost dictat de situația epidemiologică deplorabilă, dar și de campania conjuncturală de iradicare a alcoolismului ca boală socială din perioada respectivă.

Firește, că era tolerată hiperdiagnostică alcoolismului, vehiculată abuziv la orice abatere a pacientului de la regimul medical, neglijindu-se problemele psihologice ale persoanei.

Însă investigațiile clinice au arătat că numai 43% din pacienți erau alcooldependenti, pe când 57% din ei posedau tulburări de personalitate variante, structura căror a fost identificată prin cercetările ce au urmat.

Ereditatea psihopatologică ne benefică - 78,2%, îmbinată cu consecințe psihopatologice ale sindromului psihorganic dobândit: traume cerebrale - 56,4%, meningoencefalite - 29,2%, boli somatice severe - 42,2%.

Confirmări ale modificărilor reziduale prin investigații EEG, M-echo, examinări neurologice au fost în 55,4% din cazuri.

Cercetările etiologice demonstrează o prevalență filo-genetică psihorganică de o gradualitate mai mult sau mai puțin importantă pentru fiecare pacient luat aparte, ceea ce se reflectă în spectrul de adaptivitate ontogenetică ale acestuia.

Structura comportamentală este ierarhizată, plecând de la adaptabilitatea într-un mediu stabil familial, primar, către mediul variabil, labil al societății.

Repercusiunile sociale au fost următoare: școala primară și medie incompletă aveau 78,3% persoane, neangajați în muncă - 31,6%, executau muncă necalificată - 51%, celibatari - 30,6%, divorțați - 40%, eliberați de serviciul militar - 40%, foști pușcăriași - 22,1% din lotul de selecție.

Noutatea investigației. Este o moștă de implicare interdisciplinară în medicina comunitară, ținând cont de modelul progresiv al mișcării M.Balint [11] cu referință la problema psihosomaticii. Academicianul A.Gr.Nacu [12] exprimă situația generală, elucidând că din bolnavii cu tulburări limitrofe în populație majoritatea nu primesc ajutorul specializat.

Discuții

Cercetarea depistează în comportamentul „non-cooperant” paternul psihopatologic limitrof clasat în trei grupe.

Observațiile asupra primei categorii de bolnavi [42%], afectați de infirmități psichoorganice denotă o insuficiență cognitivă scăzută, ce se răspândește asupra facultăților intelectuale, perceptiv-anticipativ. Acești pacienți întâlnesc dificultăți de conștientizare și a simptomatologiei primare a tuberculozei pulmonare, a cărei dinamică insidioasă și alexitimia sunt condiționate de pragul ridicat analitic al acestora. Urmează scăderea flexibilității, promptitudinii, și consecvenței în îndeplinirea prescripțiilor medicale, neglijarea normelor igieno-sanitare individuale și a dietei alimentare. Fiind avansat sugestibili și nestatornici, deseori anxioși, ei necesită monitoringul psihiatric cu participarea psihiatrului în procesul de diagnosticare și tratament.

În tulburările de dezvoltare nevrotică (23%), la bolnavul cu tuberculoză pulmonară se observă o atitudine duplicitară vis-a-vis de simptomatologia produsă de intoxicația fizică. Actualul este dezactualizat de meditații, încercări, ritualuri igienice, alimentare, transferate de bolnav din antecedente. Față de personalul medical, pacientul nevrotic n-are încredere, fiind obsedat de sloganul că „doctorii niciodată n-au înțeles organismul lui” și, numai experiențele proprii, ritualuri inventate de el însuși s-au imprumutat de la autorități nemedicale reactivează și energizează persoana sa. Eroarea bolnavului este dăunătoare, consecințele - de autodistrugere.

H.Ey și coaut. [5], trecând în revistă teoriile existente, subliniază că aceste persoane par lipsite din copilărie de un atașament sufletesc.

Este cert că bolnavul nevrotic, obsesiv-fobic, s-au cu nevroza de conversie, are ca regulă experiențe proprii „curative”, ceea ce se manifestă și în testările psihologice, prin evocarea anxietății comune, dar și interpretări specifice algoritmului acestor nevroze. Variantele comportamentale confirmă paternul psihopatologic prin colaterale, fiind codificat, și posibil de a fi descifrat prin contribuția specializată psihiatrică. Tehnologiile psihoterapiei cognitive, și autotreningul conduceau la corecția inferenței acestor pacienți, corecția și stimularea conduitei, și dacă ne bazăm pe cercetările [5] ameliorarea statutului imuno-adaptiv.

În grupa bolnavilor cu dereglații de personalitate afectiv dezechilibrată (35%), afectați de tuberculoză pulmonară, este evidentă o conduită la limita normei psihologice și a criteriilor sociale. După O.Kernberg, acestea se califică ca tulburări severe de personalitate, ce prezintă o disproportie vădită de narcisism și agresivitate [15]. Sunt frecvente exagerări în relațiile asociatiilor, negarea culpei proprii și scăderea autocritică. Lezarea rezonanței afective reale, echilibrate se manifestă prin decafașul afectiv patologic. De asemenea, apar în comportament afecțiuni confuzionale instantanee, prezentate ca stări de afect de rutină „amneziante”. Diversitatea graduală a acestor tulburări, cât și lipsa de apreciere conștientizată, calitativă, prezentate de pacienți ca o disafectione accidentală, provocată de o persoană „negativă, răușăcătoare, nedorită” din anturajul cunoscut, care dă credibilitate autenticității, celor petrecute, fără a se face necesar o trimitere la

patologia stării. Acești bolnavi chiar la primii pași de investigații în vederea diagnosticării tuberculozei, inventează justificări, motive atenuante. Pacienții greu se împăca cu necesitatea de a urma recomandările medicale, prelungesc modul de viață precedent. Ca regulă acești pacienți investigau și promovau ostilități și ostrețizări ale personalului medical. Greu este de convins atât în cazurile unui comportament psihopatiform exploziv - isteric, cît și psihastenic, schizoid, ceea ce se constată de medicul de familie și psihiatru. Funcția psihiatrului, anume acesta este abilitatea de societate de a aprecia pericolul comportamental al subiectului, și a-i impune acestuia conștientizarea situației. Conduita autoritară psihiatrică revocă modelul decizional paternalist de tratament [adaptat după Quill și Brody: Annals of Internal Medicine, vol. 125, nr. 9, November, 1996 și R.Y. Barnet, Research in Health Care, Philosophical, Ethical and Historical Aspects. Padova, august 21-23, 1997 cit. după V. Chiriță, [14].

Concluzii

Studiul nostru are ca scop descifrarea diagnostică a comportamentului non compliant, non cooperant a unei categorii de bolnavi de tuberculoză pulmonară, a căror tratament devine anevoios, și nu rareori inefficient. Paternul nosologic ține de tulburările limitrofe, care nefind cu aspect pronunțat antisocial, deseori sunt neglijate în viața cotidiană și nu limitează vădit adaptarea la un nivel mai mult sau mai puțin stabil, sau chiar la disruptii sociale ne nominalizate delicioase. Corecțiile trebuie efectuate de comun efort interdisciplinar, prevăzut de medicina comunitară, medicii de familie.

Bibliografie

1. Crudu V. Tuberculoza rezistentă Conferința științifico-practică anuală. I.F.P., Chișinău, 2001, p. 63.
2. Sain D., Timbalari Gh., Nalivaico N., s.a. Caracteristica chimiorezistenței micobacteriei în tuberculoza pulmonară (casuri noi). Idem, p. 72-76.
3. Nalivaico N., Timbalari Gh., Sain D., s.a. Cu privire la activitatea staționarilor de fizioterapie în cadrul implementării Programului Național de control al tuberculozei în Republica Moldova pentru 2001-2005. Conferința științifico-practică anuală I.F.P., Chișinău, 2002, p. 123-130.
4. Howard Melther, Beljat Gill, Mark Petticrew, Kerstin Hinds. The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. London, 1995.
5. Ey H. Psychosomatics. Manual de psihiatrie. Paris, 1989.
6. Собчик Л. Метод стандартизированного многофакторного исследования личности в диагностике первично-психических нарушений у больных туберкулезом М., 1990.
7. Atanasiu A. Psihoimmunologia. Revista de reumatologie, Universitatea T.Maiorescu, București, 1998 vol. VI, p.17-19.
8. Шульгин Э.Л., Имерман К.Л., Панайтова С.В., Панкратов Л.Э. Нервно-психические нарушения у впервые выявленных больных туберкулезом легких и способы их коррекции. Проблемы туберкулеза, Из-во «Медицина», 1993 с. 37-40.
9. Сухова Е.В. Поведенческая агрессия больных туберкулезом и способ ее коррекции. Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2003.
10. Palihovici C. și coaut. Contribuții psihiatricice în tratamentul bolnavilor de tuberculoză pulmonară, complicată de alcoolism. Probleme actuale în psihiatrie și narcologie. Chișinău, 1995, p.162-165.
11. Palihovici C. Semnificația psihiatrică a riscului comportamental în clinica tuberculozei pulmonare. Buletin de psihiatrie integrativă an IX, vol. 2, Socola, Iași.
12. Balint M. Le medicine son malade et la maladie, Paris, 19
13. Nacu A.G. Asistența psihiatrică extraspitaliceasă și rolul psihiatrului în societate.
14. Ecologia psihicului uman, p.51-56, Chișinău, 2001.
15. Chiriță V. și coaut. Terapia medicamentoasă și recuperare în psihiatrie. Constanța, 1997, p 9-12.
16. Kernberg O. Severe personality disorders (trad. M., 2000).

C.Palihovici, dr, conferențiar

Catedra Psihologie Medicală, Psihiatrie și Narcologie
USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, str. Costiujeni, 3, tel.: 79-46-11

Recepționat 9.03.2004

Revenirea după T.I.V.A. cu RECOFOL la pacienți cu imobilizare rigidă intermaxilară după osteosinteza mandibulei

S. Sandru, V. Ghereg, V. Topală

Catedra Anestezie și Reanimatologie, Facultatea Rezidențiat și Secundariat Clinic,
Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, Facultatea Perfeccionare a Medicilor, USMF "Nicolae Testemițanu"

Perioada postanestezică imediată în chirurgia maxilo-facială este bogată în evenimente care țin de specificul chirurgical și de permeabilitatea căilor respiratorii superioare. Din intervențiile ce agravează problema în cauză, este osteosinteza de mandibulă care, de regulă, necesită ficsația intermaxilară rigidă intraoperatorie, pe termen de 7-10 zile.

În aceste cazuri detubarea pacientului, în perioada postoperatorie imediată, este destul de dificilă și deseori induce insuficiență respiratorie acută și asfixia prin deplasarea a planșeului bucal. Situația este agravată și de instalarea edemului posttraumatic al mucoasei nazale după detubarea rinotraheală pe fondul imobilizării intermaxilare rigide.

În perioada aa. 2002-2003 a fost efectuat un studiu pe un eșantion de 65 de pacienți.

Lotul I - anestezie intravenoasă totală (T.I.V.A.) cu Recofol și mioplegice, intubație nazo-traheală (foto 1) și ventilație mecanică continuă pe 34 pacienți (27 bărbați și 7 femei) ASA II-III, vârstă medie - $31 \pm 0,9$ ani și masa corporală - 71 ± 1 kg.

Foto 1



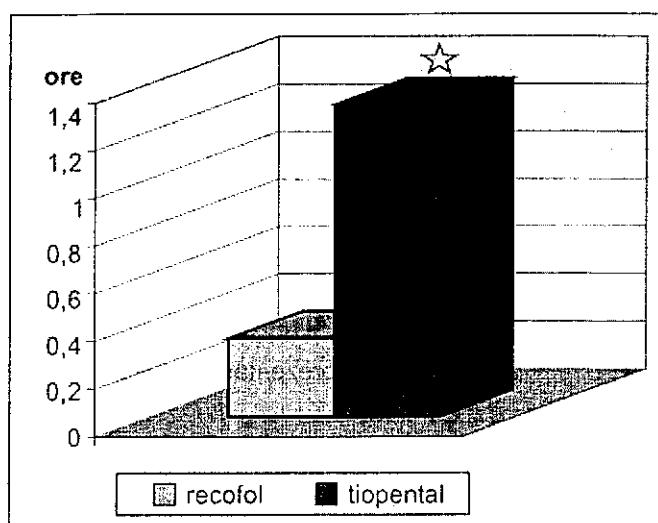
Lotul II - T.I.V.A. cu diazepam-tiopental la 31 pacienți (26 bărbați și 5 femei) ASA II-III, vârstă medie - $32 \pm 0,7$ ani, și masa corporală - $70 \pm 0,7$ kg.

Premedicația a fost similară la toți pacienții; fentanyl 0,1 mg, dimedrol 20 mg, atropină 0,5 mg. Miorelaxare: pentru intubație traheală – mioplegice depolarizante (ditilină 1–1,5 mg/kgcorp) și nedepolarizante (arduan, în medie 0,05 mg/kgcorp) cu administrarea ulterioară a arduanului pe parcursul anesteziei.

Detubarea pacienților a fost efectuată după trezirea pacientului, restabilirea tonusului muscular, reflexelor și la atingerea scării 13-15 a scorului de sedare Newcastle.

Comparând timpul necesar pentru reluarea respirației spontane și sevrajul de ventilator (timpul necesar pentru detubarea pacientului după încheierea intervenției chirurgicale) al loturilor I și II, s-a observat o recuperare mai promptă în lotul I și mai lentă în lotul II (diagrama 1).

Diagrama 1
Detubarea pacienților după T.I.V.A. (ore)

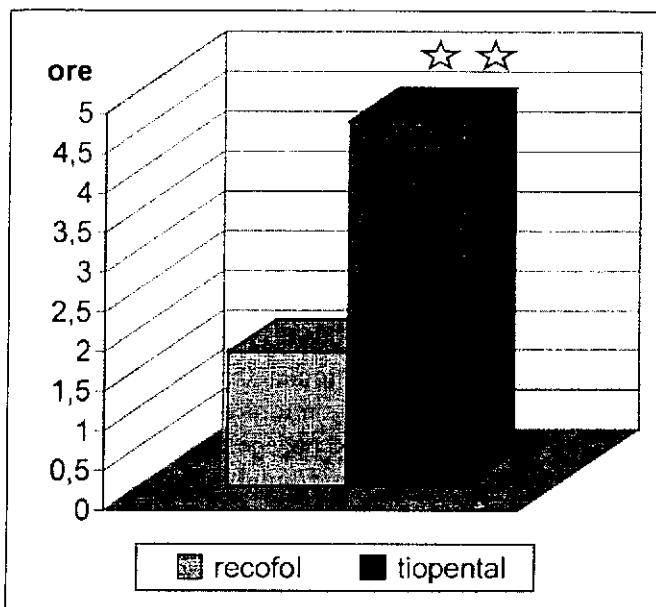


Legendă: ☆ - p<0,05:

Trezirea completă din anestezie a pacienților (17-18 puncte după scorul Newcastle) a fost mai rapidă pentru lotul I (diagrama 2).

Diagrama 2

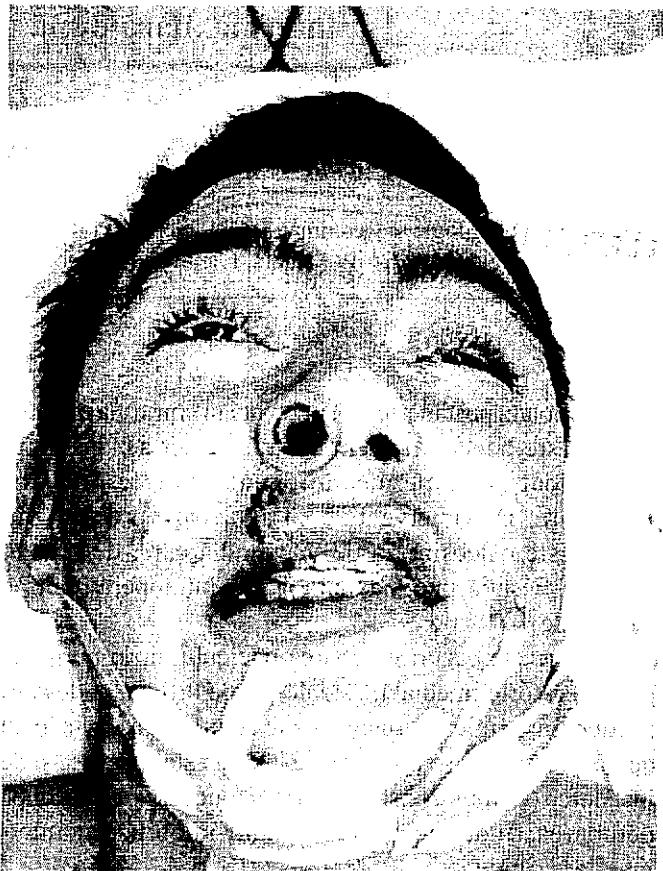
Trezirea completă din anestezie (ore)



Permeabilitatea căilor respiratorii superioare a fost asigurată prin utilizarea anestezicului de scurtă durată (recofol), înlăturarea tamponului din oro-faringe îmbibat cu secreții sanguine etc., aspirarea din oro-faringe cu sondă flexibilă prin defectele arcadelor dentare și endonazal. Pentru a preveni obstrucția căilor aeriene, în locul sondei rino-traheale a fost instalată pe un termen de 3-4 zile, sonda nazo-faringiană Robertazzi (foto 2).

Măsurile expuse au creat posibilitatea de a reduce esențial complicațiile respiratorii în perioada postoperatorie precoce la pacienții menționați fără a înlătura imobilizarea intermaxilară.

Foto 2



Bibliografie

1. Acalovschi Iurie. Anestezie clinică. Clusium 2001. p. 184-207.
2. Cristea Ion, Ciobanu Marin. Noul ghid de anestezie terapie intensiva. Editura medicală; Bucuresti.1992, p. 84-108,128-166.
3. Ganuta N.,Canavea I.,Garfunkel A., Bucur A., Cioaca R., Malita C. Chirurgie oro-maxilo-facială. Anestezia in Chirurgia oro-maxilo-faciala si stomatologie. Editura National. 1999. Vol.1, p. 307-354.
4. Morgan G. Edward Jr., Maged S. Mikhail. Clinical Anesthesiology. Vol.1. p. 92-180.
5. Smith Ian. Total intravenous anaesthesia. Staffordshire, UK .

Recepționat 20.05.2004

Reprezentanța **SCHERING AG** /Germania/ în Republica Moldova
 str. Sfatul Țării 27
 Tel.: (+373 22) 23-27-32
www.schering.md

Aspecte ale organizării expertizei medico-militare în Forțele Armate ale Republicii Moldova

Mihai Pîslă

Ministerul Apărării, Direcția Medicală

Medical expertise plays an important role regarding medical insurance for troops in the armed forces. They are represented by a number of scientific-methodical, administrative and practical measures oriented to the estimation of a person's health status and suitability for military service. The goals, general principles and methods of military-medical expertise in the Armed Forces of the Republic of Moldova are presented in this article. The main administrative authorities and regulations are also explained.

Key words: military-medical expertise, management

Важную роль в медицинском обеспечении войск играет военно-врачебная экспертиза, которая представляет собой ряд научно-методических, организационных и практических мер, направленных на оценку состояния здоровья человека с целью определения его степени годности к выполнению обязанностей военной службы. В статье представлены цели, принципы и методы проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Молдова, органы которые ее осуществляют, и директивные документы, которыми они руководствуются.

Ключевые слова: военно-врачебная экспертиза, менеджмент

În condițiile contemporane ale reformării Forțelor Armate (FA) ale Republicii Moldova crește considerabil rolul factorului uman, drept condiție principală în vederea pregătirii de luptă, bunăstarea socială a efectivului și societății în general.

Așadar, problema sănătății militariilor deja a încetat a fi pur medicală și argumentat, se apreciază în doctrina militară a Republicii Moldova în calitate de un factor principal al pregătirii pentru luptă a subunităților și unităților militare ale FA.

Un rol important în complexul de măsuri îndreptate spre păstrarea și întrearea sănătății militariilor îi revine expertizei medico-militare care prezintă o ramură a medicinii militare ce întrunește un șir de măsuri științifico-metodice, organizatorice și practice îndreptate spre studierea și aprecierea stării sănătății și dezvoltării fizice a cetățenilor, la momentul examenului medical, în scopul determinării aptitudinii lor pentru îndeplinirea obligațiilor serviciului militar în timp de pace sau de război, precum și rezolvarea altor chestiuni ce țin de calitatea asigurării medicale în FA și perfecționarea asistenței medico-sociale a militariilor și pensionarilor militari.

Despre importanța expertizei medico-militare în activitatea Forțelor Armate vorbește elovent faptul că printre primele documente de directive ale Ministerului Apărării a Republicii Moldova a fost Regulamentul cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate ale Republicii Moldova, pus în aplicare prin ordinul Ministrului apărării nr.250 din 30.11.1992. Ulterior acest document a suferit un șir de modificări, iar în anul 2003 a fost supus unei noi redacții cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate ale Republicii Moldova, care, luând în considerație importanța lui, a fost aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.897 din 23 iulie 2003. Actualmente Regulamentul în cauză este documentul de bază, care stabilește scopul, principiile și modalitatea efectuării expertizei medico-militare în FA, determină organele care efectuează expertiza medico – militară, drepturile și atribuțiile lor.

Expertiza medico-militară are drept scop:

- a) asigurarea selectării medicale a efectivelor de militari pentru FA, capabili de a îndeplini orice misiune de luptă, ce li se va încredința, potrivit aptitudinilor lor fizice și intelectuale;

- b) stabilirea aptitudinii pentru serviciul militar a militarilor, care din motive de sănătate, nu-și mai pot îndeplini obligațiile militare;
- c) încadrarea în grade de invaliditate și stabilirea termenelor de revizuire medicală a invalidității;
- d) determinarea gravițății schilodirilor (rănilor, traumelor, contuziilor);
- e) stabilirea legăturii cauzale a schilodirilor (rănilor, traumelor, contuziilor) și maladiilor cu îndeplinirea obligațiilor serviciului militar.

Pentru efectuarea expertizei medico-militare, în FA se instituie următoarele organe de expertiză medico-militară:

- ⇒ Comisia Centrală de Expertiză Medico-Militară în Forțele Armate (CCEMM);
- ⇒ Comisiile medico-militare (CMM) din instituțiile curativ – profilactice militare;
- ⇒ Comisiile medico-militare pe lângă organele administrativ-militare.

Atribuțiile generale ale organelor de expertiză medico-militară sunt:

- ⇒ stabilirea aptitudinii pentru:
- a) serviciul militar în conformitate cu starea sănătății și dezvoltarea fizică;
- b) capacitatea de zbor a personalului navigant;
- c) serviciul în anumite specialități militare;
- d) înmatricularea în instituțiile de învățământ militar;
- e) lucrul cu factori nocivi;
- ⇒ analiza și estimarea rezultatelor expertizei medico-militare;
- ⇒ controlul activității curative și de diagnosticare în legătură cu expertiza medico-militară în marile unități militare, unitățile militare, instituțiile curativ-profilactice ale FA;
- ⇒ stabilirea legăturii cauzale a schilodirilor (rănilor, traumelor, contuziilor) și maladiilor, inclusiv a celor ce au condus la deces, cu îndeplinirea obligațiilor serviciului militar.

Comisia Centrală de Expertiză Medico - Militară în Forțele Armate – este organul suprem de coordonare a activității de expertiză medico-militară în FA.

CCEMM activează în cadrul Ministerului Apărării ca o structură cu statut permanent. În același timp în componența CCEMM se desemnează și sunt inclusi ca membri cu drepturi depline și reprezentanți ai serviciului medical al Departamentului Trupelor de Grăniceri și Departamentului Trupelor de Carabinieri.

CCEMM are următoarele atribuții:

- a) elaborarea normelor medicale privind aptitudinea pentru serviciul militar în timp de pace și de război a militarilor prin contract și în termen, a militarilor în rezervă, a tinerilor la recrutare și recruților la încorporare;
- b) controlul și coordonarea activității tuturor comisiilor medico - militare;
- c) controlul activității curative și de diagnosticare din punct de vedere al expertizei medico-militare în instituțiile curativ-profilactice militare;
- d) acordarea ajutorului metodic serviciilor medicale ale unităților și instituțiilor curativ-profilactice în ceea ce privește expertiza medico-militară;
- e) organizarea pregătirii pe specialitate și reciclării cadrelor de medici ai comisiilor medico-militare;
- f) coordonarea activității științifice în domeniul expertizei medico-militare;
- g) elaborarea documentelor de evidență și statistică ale expertizei medico-militare;
- h) controlul și analiza rezultatelor expertizei medico-militare a tinerilor arondați la circumscriptiile de recrutare, a recruților la încorporare, controlul realizării acțiunilor de întremare medicală a tinerilor în organele administrativ-militare;
- i) determinarea și evaluarea invalidității militarilor FA eliberați din serviciul militar pe motiv de sănătate;
- j) analiza în comun cu alți medici specialiști a acțiunii factorilor nocivi, legați de activitatea de serviciu, asupra stării sănătății militarilor și elaborarea normelor medicale privind aptitudinea acestora pentru serviciul legat de acțiunea factorilor nocivi asupra organismului lor;
- k) examinarea cererilor, propunerilor, plângerilor și audiența persoanelor cu probleme ce țin de expertiza medico-militară.

Comisiile medico-militare din instituțiile curativ-profilactice militare se constituie în fiecare an prin ordinul șefului instituției curativ-profilactice militare. Membri ai acestor comisii pot fi medicii specialiști din instituția dată cu pregătire clinică bună și stagiu în specialitate de cel puțin 5 ani. Numirea președintelui comisiei și a locuitorului său se coordonează cu CCEMM. CMM din instituțiile curativ-profilactice efectuează expertiza medico-militară a militarilor, a persoanelor civile, care solicită să fie angajate în serviciul militar prin contract sau înscrise la instituțiile de învățământ militar, a studenților instituțiilor civile de învățământ superior antrenați în pregătirea militară la catedrele militare, precum și a angajaților civili ai FA a căror activitate este legată de factori nocivi. Paralel cu acesta, CMM efectuează controlul activităților profilactice, curative și de diagnosticare în instituția dată, acordă ajutor metodic și practic CMM pe lângă organele administrativ-militare.

Comisiile medico-militare de pe lângă organele administrativ-militare se constituie prin decizia consiliului administrativ-teritorial respectiv. În calitatea de membri ai acestor comisii sunt numiți medici-specialiști calificați cu o pregătire clinică bună din instituțiile medico-sanitare publice locale. Una

din sarcinile principale, ce stau în fața acestor comisii este efectuarea expertizei medico-militare a tinerilor la luarea lor în evidență militară și la încorporarea în serviciul militar, precum și a rezerviștilor chemați la concentrări militare sau încorporați la mobilizare. Nu mai puțin important este organizarea evidenței recruților (tineri luați în evidență militară), care au nevoie de tratament, precum și a controlului asanării medicale a recruților în instituțiile medico-sanitare ale Ministerului Sănătății.

În activitatea sa CMM se bazează pe următoarele principii ale expertizei medico-militare:

1. Expertiza medico –militară se efectuează prin metoda examinării medicale care include studierea și aprecierea stării sănătății și a dezvoltării fizice a persoanei la momentul examinării.
2. Expertiza medico-militară se efectuează numai la prezența exodului medical sub care se înțelege așa o stare a sănătății persoanei, când datele investigării ei și a tratamentului servesc drept suport pentru a efectua concluzia de expertiză în ce privește aptitudinea către serviciul militar, și când tratamentul ulterior nu va duce la schimbări esențiale ale ei.
3. Apreciera individuală a gradului de limită a persoanei către serviciul militar, având în considerație maladia, gradul ei de dezvoltare, frecvența acutizărilor, gradul de lezare a funcției organelor și sistemelor, efectuare tratamentului, pronosticul, la fel și vîrstă, specialitatea celui supus expertizei, particularitățile serviciului în diferite trupe.

În baza studierii rezultatelor examenului medical, documentelor medicale, precum și a altor documente (materiale din arhivă, extrase din dosare personale, caracteristice de serviciu și de studii etc.) CMM adoptă în mod colegial și prin vot majoritar decizii care au în esență lor următoarele aspecte:

1. **Medical** – formularea diagnozei experto-clinice conform clasificărilor contemporane: forma nozologică, caracteristica intranozologică cu aprecierea stării funcționale a organului sau sistemei.
2. **Juridic** – aprecierea criteriului aptitudinii către serviciul militar, posibilității instruirii și studiilor într-o specialitate militară.
3. **Social** – determinarea legăturii cauzale a schilodirilor (răniri, traumei, contuzii) și a maladiilor la militari cu serviciul militar, la fel și modalității volumului și termenului îndeplinirii ajutorului medico-social militarilor și reabilitarea lor, încadrarea în grad de invaliditate și stabilirea termenelor de revizuire medicală a invalidității.

Și dacă până în ultimul timp în importanță deciziilor CMM prevalea aspectul medical și cel juridic, în prezent se manifestă o creștere vădită a importanței aspectului social, bazată pe faptul că în conformitate cu legislația în vigoare de deciziile CMM în mare măsură depinde categoria și mărimea pensiilor, indemnizațiilor și altor înclesiri sociale.

În același timp, creșterea rolului și importanței expertizei medico-militare înaintează și noi sarcini către acest domeniu al medicinii militare așa ca:

- ⇒ concordarea problemelor expertizei medico-militare cu realizările și tendințele de dezvoltare a medicinii contemporane;
- ⇒ elaborarea și implementarea în practica instituțiilor curativ-profilactice militare a standardelor contemporane de investigații și examen medical în scopul stabilirii

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

- corecte a diagnozei și gradului de limită pentru serviciul militar (încadrare în grad de invaliditate);
⇒ perfectionarea organizatorică și a activității practice a organelor de expertiză medico-militară în cadrul serviciilor medicale a tuturor componentelor Forțelor Armate;
⇒ crearea unui sistem eficient de analiză a rezultatelor expertizei medico-militare.

Implementarea și soluționarea problemelor sus - expuse vor contribui considerabil la ridicarea la un nivel calitativ nou a expertizei medico-militare și, prin urmare, va influența pozitiv îndeplinirea sarcinilor de stat, inclusiv completarea Forțelor Armate cu efectiv sănătos, îmbunătățirea lucrului curativ-diagnostic și protecția socială a militarilor.

Bibliografie

1. Legea RM nr.1245-XV din 18.07.02 cu privire la pregătirea cetățenilor pentru apărarea Patriei.

2. Legea RM nr. 121-XV 3.05.01 cu privire la protecția socială suplimentară a invalidilor de război, a participanților la cel de al Doilea Război mondial și a familiilor lor.
3. Hotărârea Parlamentului RM cu privire la aprobarea Concepției reformei militare nr.1315-XV din 26.07.2002.
4. Regulamentul cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate ale Republicii Moldova aprobat prin Hotărârea Guvernului RM nr.897 din 23.07.2003.
5. Instrucțiunea despre aplicarea Regulamentului cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate ale Republicii Moldova aprobat prin Ordinul MA nr.177 din 30.07.03.
6. Куликов В.В. «Военная врачебная экспертиза и социальная защита военнослужащих», Военно-медицинский журнал, 2001, № 3, с.12.

**Mihail Pislă, Colonel – medic
Ministerul Apărării, Direcția Medicală
MD 2021, Chișinău, şos. Hinceşti, 84
tel.: 79-93-04, fax: 73-77-39
e-mail: pislamihai@hotmail.com
Receptionat 2.04.2004**

К вопросу о факторах, способствующих началу употребления наркотиков

Светлана Кондратюк, М.Ревенко, В.Опры, Татьяна Пригода

Научно-исследовательская лаборатория наркологии
Кишиневский Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестемидану

Anchetarea anonimă a 1200 de liceeni și școlari în vîrstă de la 12 la 17 ani a demonstrat că folosirea primară a substanțelor psihoactive se petrece în perioada de la 11 până la 15 ani. Anul de vîrf, conform datelor statistice, este cel de 15 ani. Sursele de "contaminare" sunt prietenii, vânzătorii de substanțe psihoactive, administrarea incorectă a substanțelor medicamentoase cu efect narcotizant. Pentru "prima încercare" cele mai accesibile sunt marihuana și hasișul, apoi urmează barbituratele. A fost evidențiată necesitatea profilaxiei primare antidrog printre adolescenți începând cu vîrsta de 10-11 ani.

Cuvinte-cheie: politoxiconarcomania, substanțe psihoactive

The anonymous questioning of 1200 schoolboys, ages 12-17 years old, has shown that teenagers most frequently start "to try" narcotic substances between the ages of 11 and 15. The "first test" most often occurs at the age of 15. Factors involved in the use of drugs are the company of friends, dealers of narcotic substances and the incorrect prescribing and administering of medical products with narcotic properties. The most accessible "first test" drugs are marihuana and hashish, followed by barbiturates. Research has confirmed the necessity of early preventive work among youth, beginning already from 10-11 years of age.

Key words: polynarcotoxicomania, psychoactive drugs

Угроза распространения наркомании побуждает правительства многих стран мира, а также международные организации разрабатывать профилактические программы, изучать влияние различных социальных процессов на распространение наркоманий. Научный подход к разработке государственной политики борьбы с распространением наркотизма не возможен без точного знания характеристик эпидемического процесса [2, 4, 5, 6, 8, 12].

Наркотики чаще начинают употреблять люди преимущественно молодого и среднего возраста. За последние годы наблюдается тенденция «комолаживания» болезни [10, 11]. Снижение нижней возрастной границы наркотизации до 12-15 лет составляет главную особенность современной эпидемии наркотизации, особенно в больших городах [3]. В позднем возрасте (старше 50 лет) наркомании наблюдаются относительно редко, чаще как трансформация алкоголизма в наркоманию или же полинаркоманию, когда бывший алкоголик начинает совмещать спиртные напитки с наркотиками [1].

Целью данного исследования было выявление эпидемиологической ситуации распространения наркомании в Кишиневе среди учащейся молодежи; определение общей характеристики обследованных групп подростков (социальные условия, круг занятий), определение первого употребляемого наркотика и возраста начала употребления наркотических веществ, выявление источников их получения.

Материал и методика

Объектом исследования являлись ученики средних школ и лицеев г. Кишинева. Методом сбора информации было анонимное анкетирование подростков.

Анкета включала в себя 90 вопросов, состоящая из следующих основных разделов: социально-демографические данные; данные о курении сигарет; данные об употреблении алкогольных напитков; информированность о существовании наркотиков и употреблении их подростками; данные о пробах и употреблении наркотиков. В соответ-

ствии с требованиями методики, опрашивались все учащиеся вошедшего в выборку класса, независимо от их года рождения. Всего было собрано 1200 анкет. В дальнейшем из них для анализа были отобраны 1103, принадлежащие лицам 1983 – 1990 гг. рождения.

Исследование учащихся позволило выявить особенности употребления различных психоактивных веществ той категорией населения, которая осуществляет свои первые в жизни пробы, и, в силу возрастных психологических особенностей, в значительной степени подвержена феномену злоупотребления психоактивными веществами.

Результаты исследования и их обсуждение

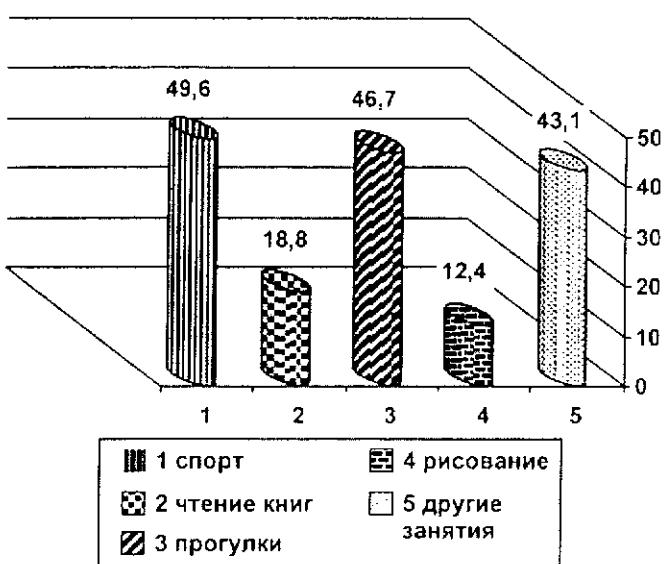
Среди опрошенных учащихся школ юноши составили 50,2%, а девушки 49,8%.

Анализируя свои успехи в учебе, 31,0% школьников обозначил их как "хорошие", 62,1% учащихся назвали их "средними", 6,9% школьников признались в слабых успехах в учебе.

Наибольшая часть подростков, указывая свой круг интересов, назвали спорт - 49,6%, затем следуют прогулки - 46,7%, чтение книг - 18,8%, рисование - 12,4%, и несколько меньше половины школьников - 43,1% - ответили на этот вопрос, выбрав такой ответ, как "другие занятия" (диаграмма 1).

Диаграмма 1

Предпочитаемые занятия школьников во внеучебное время



Взаимоотношения с родителями отмечены как хорошие у 51,5% школьников, очень хорошие - у 35,1% учащихся, удовлетворительные - у 12,4% подростков, и 1% обозначил их как неудовлетворительные.

У 35% подростков родители всегда в курсе, чем занимаются их дети в свободное время, у 35,3% школьников родители часто в курсе их дел, у 24,4% подростков родители иногда знают, чем заняты дети, и у 5,3% - родители обычно не знают, как проводят их дети свободное время.

78,4% школьников оценивают уровень жизни своей семьи как удовлетворительный, 17,6% оценивают свой уровень как высокий, и 4% относятся к своему уровню жизни как к неудовлетворительному.

Материальные условия проживания в семье у подавляющей части опрошенных, согласно их самооценкам, «средние». Лишь немногие говорят о бедности. Однако следует учитывать, что подобного рода оценки носят субъективный характер и, как правило, отягощены понятием «престиж». Материальное благополучие семьи определялось на основании самооценки, сделанной опрошенными. Эта оценка субъективна и не всегда отражает реальное финансовое положение семьи. Однако она свидетельствует о степени «социального дискомфорта» подростков и молодежи.

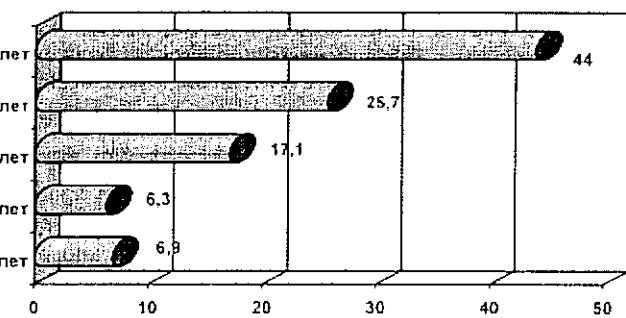
Анализируя данные об образовании родителей, можно выделить следующее: среднее неоконченное и оконченное образование встречается у 31,7% матерей и у 32,5% отцов, закончили колледж 29,7% родителей (матерей и отцов), а высшее образование имеют 38,5% матерей и 37,9% отцов.

Недостаточная информированность подростков и молодежи о наркотических средствах – одна из предпосылок приобщения к их потреблению. Для измерения реальных масштабов приобщения использован показатель частоты потребления подростками и молодежью наркотических средств. Частота потребления, как показатель, может включать как первую пробу, которая в итоге может оказаться единственной, но может иметь и продолжение; так и более частые «пробы», что создает предпосылки для активного потребления; а также регулярное потребление через относительно большие интервалы времени и регулярное потребление, означающее сильную наркотическую зависимость (через день или ежедневно).

Как видно из полученных данных, 44,0% опрошенных школьников начали употребление наркотических средств с 15 лет, 25,7% впервые попробовали наркотик в 14 лет (диаграмма 2).

Диаграмма 2

Процентное распределение по возрасту подростков, осуществляющих «первую пробу»



Мониторинговое исследование зафиксировало возраст первой пробы различных видов психоактивных веществ. Наиболее опасным является промежуток от 13 до 15 лет, на который приходится большинство первых проб каннабиса.

Первые пробы алкоголя и табака происходят в более раннем возрасте, чем пробы наркотиков. Известно, что кризис возраста первых проб наркотиков смешена примерно на 2 года вперед (9). Это говорит о том, что дети вначале экспериментируют с традиционными аддиктивными веществами — алкоголем и табаком, а потом с наркотиками. Эту закономерность, по нашему мнению, следует использовать при

построении школьных превентивных программ. Кроме того, следует учитывать, что после 20 лет первые пробы аддиктивных веществ практически не предпринимаются.

Распределение на возрастные группы употребляющих наркотические вещества показывает необходимость начала введения профилактических программ по крайней мере с 11-летнего возраста.

Анкета содержала также вопрос о первом пробовавшемся наркотике. Выявлено, что наиболее часто первым пробовавшимся наркотиком школьники называют марихуану и гашиш (9,6% и 2,5%), затем – барбитураты, димедрол (3,2%); а 2,3% - ингалянты, растворители; следующее место занимают «другие наркотики» - 3,3%.

Из широко известных наркотиков (героин и „вытяжка маковой соломки”) школьники употребили впервые в 0,8% и 0,9% случаев.

Таблица 1

Процентное распределение первых пробовавшихся наркотиков

Наркотик	%
Марихуана	9,6
Ананда	1,8
Гашиш	2,5
Вытяжка маковой соломки	0,9
Морфин, кодеин	0,5
Героин	0,8
Транквилизаторы	0,5
Эфедрон	0,4
Барбитураты, димедрол	3,2
Циклодол	0,5
ЛСД	0,7
Кокайн	0,7
Экстази	0,8
Амфетамин, фенамин	0,6
Клей, растворители, бензин, ацетон и др.	2,3
Другие наркотики	3,3

Проявляя информированность о стоимости «дозы» наркотиков на «черном» рынке, 23,8% подростков указывают на знание цены «травки», 13,9% - на знание стоимости одного укола («ширики, «кубика»), 11,7% - на знание стоимости стакана маковой соломки.

Анализируя источники получения наркотиков, можно отметить, что при первом приеме наркотика подростки употребляли его в компании друзей (46,5% школьников); получили их от друзей, (12,9% учащихся школ). Купили самостоятельно наркотик, тайком от родителей 10,6% подростков. Во многих случаях наркотики предлагали малознакомые люди (10,0%).

Таблица 2

Источник получения наркотического препарата

Употреблял в компании вместе со всеми	46,5%
Дал друг (подруга)	12,9%
Купил сам, без ведома родителей	10,6%
Дал малознакомый человек бесплатно	10,0%
Дали родители	4,7%
Купил у приятеля	3,5%
Дал брат (сестра)	2,4%
Приобрел у незнакомого человека	2,4%

Некоторым из подростков родители давали в виде лекарств вещества, обладающие наркотическим эффектом (4,7%). Незначительное количество опрошенных указывали как источник получения наркотиков своих друзей (3,5%); на старших братьев или сестер указали 2,4%.

Заключение. Как видно из изложенного, возраст наиболее частого начала потребления наркотических веществ оказывается между 11 и 15 годами. Пик «первой пробы» приходится на 15 лет. Источниками вовлечения в употребление наркотиков являются компания сверстников и друзья, торговцы наркотическими веществами, неправильное назначение лекарственных препаратов из наркотических средств. Наиболее доступными для «первой пробы» являются марихуана и гашиш, затем следуют барбитураты. Исследование подтвердило необходимость раннего проведения профилактической работы среди учащейся молодежи, начиная уже с 10–11- летнего возраста.

Библиография

- Grant B.F., Dawson D.A. Alcohol and drug use, abuse, and dependence among welfare recipients // Amer. J. Publ. Health. 1996. Vol.86. N 10. P. 1450-1454.
- Davis R. B. Drug and alcohol use in the former Soviet Union: selected factors and future consideration (Review) // International Journal of the Addictions. — 1994 — Vol. 29, № 3. — P. 303–323.
- Preliminary results from the 1997 national household survey on drug abuse. Rock-vill: SAMNSA, 1998. 130 p.
- Revenco M., Tatiana Prigoda, V. Oprea, Svetlana Condratiuc. Situația narcologică în Republica Moldova. Anale științifice ale USMF “Nicolae Testemițanu”. 16-17 octombrie 2003. Ediția IV. Chișinău. 2003. P. 367-370.
- Врублевский А. Г., Кузнец М. Е., Мирошниченко Л. Д. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. — Москва, Орел, 1994. — С. 65–68.
- Иванов В. В. Характеристика контингентов потребителей наркотиков и токсикоманических веществ в Белоруссии // Здравоохранение Белоруссии. — 1989. — № 7. — С. 37-39.
- Колесников А. Наркомания в России. Состояние, тенденции, пути преодоления // Безопасность. Инф. сборник Фонда национальной и международной безопасности. — М., 1998. — № 11–12. — С. 21–93.
- Линский И. В. Метод и результаты реконструкции динамики распространения опиоманий в Украине с 1981 по 1998 г. // Таврический журнал психиатрии. — 1999. — В. 3, № 4. — С. 77–84.
- Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева и И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — 432 с.
- Наркологическая помощь населению Российской Федерации. /Под. Ред. В.А.Галкина. М.: НИИ Психиатрии МЗ РФ, 1992.112 с.
- Наркологическая помощь населению Российской Федерации. 1991-1997 гг. / Егоров В.Ф., Зайченко Н.М., Кошкина Е.А. и др. М.: НИИ Наркологии МЗ РФ, 1998.126 с.
- Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А. Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.

Светлана Лаврентьевна Кондратюк,
научный сотрудник лаборатории наркологии,
ГУМФ им. Н. Тестемицану,
тел.: 73-68-61,
e-mail: scondratliuc@yahoo.com
Receptionat 26.03.2004

Claude Bernard

Aurel Cojocaru¹, Florica Nufiu², Tatiana Globa³

¹ Prof. univ. dr., U.M.F. din Târgu-Mureş, România

² Prof. dr., Biblioteca Centrală a U.M.F. din Târgu-Mureş, România

³ Dr., asist. univ., Catedra Histologie, Citologie și Embriologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

French scientist, Claude Bernard, was born in 1813 in Saint Julien-en-Beaujolais to a simple family of wine producers. After graduating from the Jesuit College of Villefranche, he was employed as a probationer in a pharmacy in Lyon. Even as endowed as he was with an outstanding literary talent, Claude Bernard was devoted to the study of medicine and physiology, as remarked by François Magendie, the illustrious Parisian physiologist. In 1847, he was named Magendie's assistant at the College of France. Claude Bernard was an outstanding experimenter and completely revolutionized physiology. His studies about gastric juices and discoveries of glycogenesis and glycogenolysis made him one of the founders of endocrinology. He dealt with thermoregulation and described vasomotor nerves and physiology of muscles. He also elucidated the pharmacodynamics of treatment, introduced the concept of "internal medium" and wrote his famous book "Introduction à l' Étude de la Médecine Expérimentale" (1865).

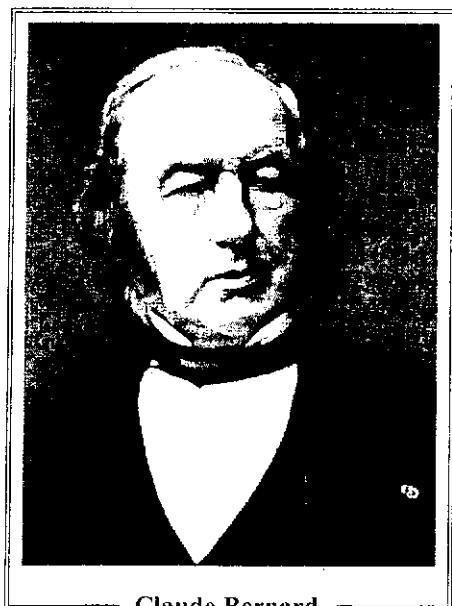
The authors of this article mention his main monographies and physiology lessons, which were attended by Pasteur, himself. The French scientist, honored during his life by French authorities and the entire academic body, died in solitude in 1878. His infinite work places him in the pantheon of the most illustrious scientists of humanity.

Key words: Claude Bernard, history of medicine, physiology

Французский ученый XIX-го века Claude Bernard родился в 1813 году в Saint Julien-en-Beaujolais в семье виноградаря. После окончания иезуитского колледжа в Villefranche, он стал практикантом в одной из аптек Лионса. Хотя и был одарен литературным талантом, Claude Bernard получил медицинское и физиологическое образование, будучи замеченным выдающимся парижским физиологом François Magendie. В 1847 году Claude Bernard назначается заместителем Magendie в Collège de France. Claude Bernard, непревзойденный экспериментатор, совершил революцию во всей физиологии. Изучал пищеварительные соки, открыл гликогенез и гликогенолиз, став одним из основателей эндокринологии. Изучал терморегуляцию, описал вазомоторные нервы и физиологию мышц, фармакологическое действие ядов, ввел понятие «внутренняя среда организма» и написал труд «Введение в экспериментальную медицину».

Claude Bernard – французский ученый, удостоившийся чести быть признанным при жизни французскими авторитетами и всем академическим корусом, умер в 1878 г. в одиночестве. Его труды позволили ему занять место в ряду выдающихся ученых человечества.

Ключевые слова: Клод Бернар, история медицины, физиолог



Claude Bernard =

Savantul francez, care va ridica fiziologia secolului al XIX-lea pe cele mai înalte culmi, lăsând posteritatea o operă care nu și-a pierdut nici până astăzi actualitatea este Claude Bernard (1813-1878).

S-a născut în Mâconnais, într-un sat din departamentul Rhône, la Saint-Julien – en - Beaujolais, într-o familie modestă de viticultori. După câteva lecții de limba latină cu părintele

Bougaud, devine timp de opt ani elev al Colegiului Iezuiților din Villefranche. După absolvire și o trecere nesemnificativă prin Thoissey (Ain) se angajează practicant în farmacia lui L.G.F. Millet din Vaise, o suburbie a Lyonului [1].

Acet Tânăr de o inteligență scliptoare, dar cu performanțe școlare modeste ce nu anunțau cu nimic viitorul om de știință, are veleități literare.

Scrie un vodevil „Trandafirii Rhonului” și mai multe piese, între care o dramă, „Arthur de Bretagne”, care se joacă în aplauzele publicului pe scena unui teatru din Lyon.

Încurajat de succes, obține o recomandare către Vatout, bibliotecarul regelui și în 1834 pleacă spre Parisul tuturor iluziilor în speranța cuceririi gloriei literare.

Vatout îl prezintă lui Saint – Marc Girardin, profesor de literatură de la Sorbona, care după ce-i citește lucrările îi spune că n-are talent și-l sfătuiește să mai încerce, învățând între timp o meserie din care să poată trăi, de pildă, medicina: „Ați părăsit farmacia, ocupați-vă cu medicina și păstrați literatura pentru ceasurile de odihnă” sună lapidar verdictul lui Saint – Marc Girardin. Ceea ce, resemnat, Tânărul Bernard va și face [1].

Student al Facultății de medicină din Paris, efectuează în 1835 prima disecție, lucrează ca extern (1837) și intern (1838), intrând în 1839 în spitalul scepticului François Magendie (1783-1855) [2]. Într-o zi, profesorul solicită de chestiuni urgente, grăbindu-se să prepare rădăcinile spinale, strică preparatul și părăsește laboratorul nervos, spunându-i lui Bernard să-l facă; la reîntoarcere, Magendie este uluit: preparatul Tânărului neofit nu era cu nimic mai prejos decât al preparatelor pe care le făcea

el însuși. Dându-și seama de valoarea lui Bernard, profesorul Magendie îl aduce ca preparator (1841) în laboratorul său de la Collège de France. „Claude Bernard avea să cunoască aici asprima acestui maestru, pe care avea să-l părăsească, pentru ca apoi să-i succeade în 1853 la Collège de France” [3].

Claude Bernard a reînnoit întreaga fiziolgie. Experimentator desăvârșit, a adus contribuții fundamentale la progresul acestei științe [4].

Studiază, inițial, sucurile digestive (saliva, sucul gastric, sucul pancreatic etc.) și demonstrează rolul pancreasului în digestia grăsimilor, susținând contrar lui Pasteur existența unor fermentații fără microorganisme [5]. În 1843 obține titlul de doctor în medicină cu lucrarea „Despre sucul gastric și rolul său în digestie”. În 1844 eșuează în tentativa de a obține titlul de profesor agregat la Facultatea de medicină, Catedra de anatomie și fiziolgie, fiindu-i preferat Constant Sappey. În 1847 este numit adjunct al lui Magendie la Collège de France.

Când Europa, inclusiv Franța, este cuprinsă în 1848 de febra revoluției, Bernard, solitarul, descoperă funcția glicogenică a ficutului: „fiziologul și-ar părăsi prea ades scalpelul dacă s-ar lăsa antrenat de vijeliile politice care trec pe sub fereastră lui” – sunt propriile sale gânduri. În 1855 izolează glicogenul. Stabilește constanța conținutului de glucoză al sângeului (glicemie), iar prin studiile asupra glicogenezei și glicogenolizei conferă cel dintâi substanță conceptului de „secréte interne”, fiind considerat astăzi unul din fondatorii endocrinologiei. Funcția glicogenică a ficutului este prezentată în „Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la Médecine” (Paris, 1855). Consideră că glucoza este sursa căldurii animale studiate de Lavoisier și Laplace, dar sediul acestei combustii afirmă Bernard, nu este plămânul cum credeau cei doi savanți, ci țesuturile.

Perturbarea echilibrului metabolic a cărei rezultantă este glicemia normală, arată el în „Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale” (Paris, 1877), produce diabetul zaharat. Demonstrează posibilitatea influențării funcției glicogenolitice a ficutului prin înțeparea bulbului („piqure diabétique”) [6].

Studiind termoreglarea, arată că săngele care vehiculează glucoza și oxigenul este regulatorul căldurii animale, rolul sistemului nervos în termoreglare exercitându-se prin acțiunea simpaticului asupra calibrului vaselor sanguine. Descrie nervii vasomotori (1852, 1858) și fiziolgia mușchilor și publică la Paris în 1858 „Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux”.

Claude Bernard a consacrat o parte a vieții sale dezvoltării pe baze experimentale cu metode fizioligice a cercetărilor de farmacologie și toxicologie. În 1857 publică la Paris „Sur les substances toxiques” cu referire specială la experiențele de curarizare. Informații pertinente asupra curarei au fost furnizate de Jacques Alexandre Aimé Bonpland și Alexander von Humboldt, dar farmacodinamia curarei a fost elucidată de savantul francez.

Claude Bernard a introdus în fiziolgie conceptul de „mediu intern” („le milieu intérieur”) [7], prin care înțelegea spațiul lacunar (lichidul intercelular), de fapt, în viziunea de astăzi plasma interstitială, săngele și limfa. Întâlnim acest concept în „Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l’organisme” (Paris, 1859).

Atunci când nu mai familia ci și sănătatea l-a abandonat, a scris celebra sa carte „Introduction à l’ étude de la Médecine expérimentale” (Paris, 1865), compendiu de filozofia și metodologia științelor biologice [8], opus tradus în numeroase

limbi, inclusiv în limba română de eminentul iatroistoriograf G. Brătescu, care a prefațat cartea cu un amplu studiu introductiv.

În magistrul său „Rapport sur le progrès de la physiologie en France” (1867), scris cu ocazia Expoziției internaționale din acest an, Claude Bernard atragea atenția autorităților asupra necesității imperioase de a se asigura condiții materiale mai bune cercetării științifice.

Claude Bernard a ocupat succesiv o catedră la Sorbona, apoi la Muséum, unde a predat fiziolgia generală (celula). Prelegerile sale libere de la Collège de France au reunit un public divers de la studenți și medici până la scriitori, oameni de știință sau capete încoronate. Lecțiile sale de fiziolgie au fost audiate de Pasteur însuși, inițial profesor de chimie la Universitatea din Lille (1855) [9]. Ca în atâtea alte situații din istoria umanității, geniul acestui savant s-a confruntat cu mari dificultăți materiale: „Am cunoscut – scria el – durerea ormului de știință, care din cauza lipsei de mijloace materiale nu poate să întreprindă realizarea experiențelor pe care le concepe și este obligat să renunțe la anumite cercetări ori să-și abandoneze descoperirea în stare de proiect” [3].

Ca o ironie a soartei, ilustrul savant, care a primit din partea autorităților franceze și a corpului academic toate onorurile pe care și le poate dori un om de știință, a fost tratat de propria-i soție și de ficele sale cu o indiferență totală. Mai mult, doamna Bernard, care devenise patroana unei societăți de protecție a animalelor, și-a atacat soțul în presă, sub pretextul că ucide animale. Acest geniu a murit în singurătate: soția sa și cele două fiice n-au fost de față; unul din elevii săi, d’ Arsonval, i-a închis ochii [10].

Bibliografie

1. Iliescu V., Dinulescu I. – *Bazele filozofice ale medicinii*. Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2003, 290 – 294.
2. Meyer – Steineg Th., Sudhoff K. *Die Begründung der Physiologie als Naturwissenschaft. Magendie, Bernard, Johannes Müller und seine Schule. Die „chemische Physiologie“* în Meyer – Steineg Th., Sudhoff K.: *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1965, 308.
3. Caullery M., Canguilhem G. - *Fiziologia animală* în R. Taton: Istoria generală a științei (trad. din franceză), vol. III. Editura științifică, București, 1972, 483- 485.
4. Baciu I. – *Fiziologia normală și patologică* în V.L. Bologa, C.I. Bercuș, G. Brătescu, N. Vătămanu: Istoria medicinii universale. Editura medicală, București, 1970, 379-380.
5. Iftimovici R. – *Istoria medicinii*. Editura ALL, București, 1995, 206-207.
6. Lindemann Marianne – *Physiologie* în Mette A., Winter Irena: *Geschichte der Medizin. Einführung in ihre Grundzüge*. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1968, 289.
7. Konopatzky H. – *Biochemie und Grenzgebiete* în Mette A., Winter Irena: *Geschichte der Medizin. Einführung in ihre Grundzüge*. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1968, 298-299.
8. Bernard Cl. – *Introducere în studiul medicinii experimentale* (trad. din franceză). Editura științifică, București, 1958.
9. Hastings P. – *The medical and surgical revolution* în Hastings P.: *Medicine. An International History*. Ernest Benn, London & Tonbridge, 1974, 79 – 80.
10. Cojocaru A. – *Istoria medicinii*, vol. III, partea I. Litografia U.M.F. Tg. – Murcș, 2000, 54-57.

Aurel Cojocaru, dr., profesor universitar

Aleea Cornișa 16/24, Târgu-Mureș, jud. Mureș, cod. 540143

România; tel. 0040-265-213240

e-mail: aurelcojocaru@yahoo.com

Recepționat 1.04.2004

STOMATOLOGIE**Considerații clinico-tehnice de amplasare a implanturilor lamă în edențațiile parțiale****Teodor Popovici, Marian Popovici**Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, USMF „Nicolae Testemițanu”
Centrul Stomatologic „Meddent”

In this study, 3240 patients were examined and 5388 orthopantographies were performed. Bone height, thickness, length, angulations, interdental spaces, as well as bone density were studied. Direct measurements were taken in the mouth, on X-rays and on models. Numbers and percentages are described 2 tables. The placement of blade implants in partial edentulous is shown in 8 images.

Key words: edentulous, dental migration, implantology

Были обследованы 3240 пациентов и проанализированы 5388 панорамных рентгенограмм с установлением таких параметров, как высота, толщина, длина, угол, межкорневое пространство и плотность кости. Абсолютные и относительные показатели даны в двух таблицах. Расположение пластинчатых имплантатов при частичной адентии проиллюстрировано 8 рисунками.

Ключевые слова: беззубость, миграция зубов, имплантология**Introducere**

Pierdere în timp a dinților este o condiție umană străveche care a determinat omul să remedieze situația încă din antichitatea îndepărtată, deoarece edențația devine mutilantă, fiind, totodată, secundată de o serie de incomodități. Paralel cu aspectul psihosocial, în urma edențației apar și dizarmonii ocluzale care declanșează, la rândul lor, tulburări disfuncționale dintre cele mai importante la nivelul tuturor componentelor sistemului stomatognat [1, 7, 8, 9].

Ocluzia normal echilibrată presupune prezența tuturor dinților orientați armonios pe arcadele dentare cu raport psalidodont în poziția centrică și cu curbe de compensație corespunzătoare. Prin întreprerea arcadelor dentare, dispar condițiile de echilibru static și dinamic între cele două arcade și acestea pot fi refăcute prin reconstrucții protetice pe implanturi endoosoase.

Edențația parțială este o stare morbidă a aparatului dento-maxilar, întâlnită mai frecvent la cei ce depășesc vîrstă de 40 de ani. Uneori ea evoluează fără tulburări funcționale, alteleori - cu complicații destul de grave, care îi alarmează pe pacienți, iar alteleori și pe stomatologi.

Reducerea suprafeței ocluzale, în urma edențației parțiale, implică o supradozare a forțelor pe dinții restanți. Cu toate că se produce o adaptare reflexă a aparatului dento-maxilar la noile condiții, supradozarea poate fi de cele mai multe ori cauza agravării stării anatomo-funcționale a ocluziei. Chiar absența unui singur dintă poate provoca dezechilibrii ocluzale majore [2, 3, 4, 5, 6].

De rând cu consecințele psihosociale, în urma edențației apare și distrucția unei părți osoase a crestelor alveolare ale maxilarelor și o alterare a țesuturilor moi acoperitoare.

În urma edențației, crestele alveolare resorbate și atrofiate pot prezenta următoarele aspecte:

- creste osoase spinoase și ascuțite;
- creste neregulate;
- creste proeminente la nivelul liniilor oblice ale mandibulei (internă, externă);

- apofize geni (*alias spinæ mentales*) proeminente;
- creste înalte;
- creste cu resorbție osoasă marcată până la nivelul nervului mandibular sau a podișului sinusului maxilar;
- creste cu menton proeminent;
- creste cu menton retrognat;
- creste cu mucoasa gingivală cu pliurile inserate aproape de creastă;
- creste cu structuri vasculo-nervoase în poziții vulnerabile;
- mucoasa gingivală aderentă de creastă,
- mucoasa gingivală insuficient aderentă la creastă;
- mucoasă gingivală normală;
- mucoasa gingivală hiperplazică;
- mucoasa gingivală atrofiată etc.

Cu cât vechimea edențației este mai mare cu atât mai multe complicații locale și loco-regionale apar din partea aparatului dento-maxilar [9, 12].

Întinderea, topografia cât și variabilitatea edențațiilor parțiale pot fi diferite de la caz la caz, ele fiind întâlnite sub diverse dispoziții la același subiect. De exemplu, pot lipsi de la 1 la 20 de dinți, edențație unilaterală maxilară sau mandibulară, edențație uniterminală, edențație terminoterminală, combinații de edențații intercalate. Varietatea formelor anatomicice rezultă din asocierea particularităților topografice cu cele de întindere a bresei. Combinăriile acestei forme de edențație, la care se adaugă și aspectele clinico-morfologice ale arcadelor dentare și ale apofizelor alveolare restante, pot depăși cifra de 10 000. Această mare varietate a formelor anatomo-clinice susține ideea că nu se pot elabora soluții terapeutice standard și că fiecare caz clinic trebuie analizat și tratat drept unic.

Examenul clinic, dublat prin explorările radiologice, permite cartografia patului osos (*bone mapping*) care trebuie să evidențieze înălțimea și grosimea osului în vederea aleggerii sistemului de implanturi, dar și a locului lor de inserare.

Oferta osoasă cantitativ se măsoară în lățime, înălțime, lungime, angulație, precum și în raportul implant / coroană (fig.1).

Conceptul de os disponibil tridimensional și soluțiile de tratament pe implant, pentru fiecare tip de atrofie osoasă, au fost elaborate de Weiss și Judy (1974) [9, 10, 11, 13]. În 1985 Misch și Judy au stabilit 4 categorii principale de os disponibil pentru implantare care urmează fenomenul de resorbție naturală. Aceste 4 clase oferă un mod de abordare sistematizat pentru tratamentul protetic pe implanturi [2, 10, 11, 13].

În prezentă lucrare ne-am propus să întreprindem investigații antropometrice la pacienți care se adresează cu scop protetic și implantare, în scopul evidențierii modificărilor ce se produc în oasele maxilarelor după extracția dentară efectuată din două motive: de parodontită apicală și parodontită marginală cronică.

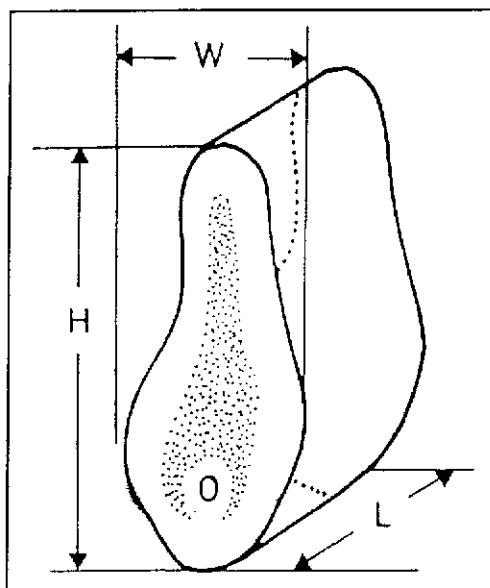
Material și metode

Studiul întreprins se bazează pe examinarea a 5388 radiografii panoramice cu utilizarea unor şabloane cu diametru constant (şablon de ocluzie din acrilat în formă de „şa” cu o bilă de metal inclavată în ea). Apoi s-au efectuat măsurări directe cu micrometrul sau columbicul pe un lot de 3240 pacienți, cât și pe modele de studiu. Din numărul total de pacienți (3240), de sex feminin au fost 2103, de sex masculin – 1137. Vârsta medie a pacienților este de 43 ani. Edentațiile cauzate de parodontita apicală s-au depistat la 1608 pacienți, de parodontita marginală cronică – la 1632 pacienți. Cu un ac de injectare pe care s-a îmbrăcat un disc de cauciuc, ca indicator ce se deplasează, s-a măsurat grosimea mucoperiostului din trei direcții: pe verticală, din partea vestibulară și orală. Densitatea osului a fost analizată după radiografii comparativ cu şabloane de diferite densități.

Oferta osoasă, în depistarea indicațiilor de implantare și selecția locului, formelor de implante, cât și mărimea lor, se determină în lățime, înălțime, lungime, cât și angulația (fig. 1). Se apreciază migrările dentare care au o importanță majoră în implantologie, deoarece cer eforturi suplimentare de reglare a cîmpului operator (chirurgicale, terapeutice, ortodontice).

Fig. 1

Cele trei dimensiuni (H =înălțime, W =lățime și L =lungime) prin care se apreciază oferta osoasă cantitativă (după Misch)



Rezultate și discuții

În ultimii zece ani adresabilitatea populației cu breșe dentare, la unitățile stomatologice, este foarte scăzută și, în general, peste 80% de pacienți se adreseză la 3-5-7 ani chiar și mai târziu după extracțiile dentare (tabelul 2). În acest răstimp osul disponibil pentru implantare este supus proceselor de resorbție și rarefiere cu pierderea osului în înălțime, lățime și cu modificări ale spațiului interarcadic, cât și scăderea densității osului disponibil.

Oferta osoasă în înălțime se măsoară pe radiograme panoramice la nivelul crestei alveolare până la sinusul maxilar și fosa nazală la maxilă, și până la canalul mandibular (în zona posterioară) la mandibulă.

Oferta osoasă în lățime (grosimea osului) se măsoară între suprafețele vestibulară și orală ale creștelor alveolare în dreptul locului de inserare a implantului, din lățimea generală a creștelor alveolare (os + mucoperiost) se scade grosimea mucoperiostului din partea vestibulară și orală.

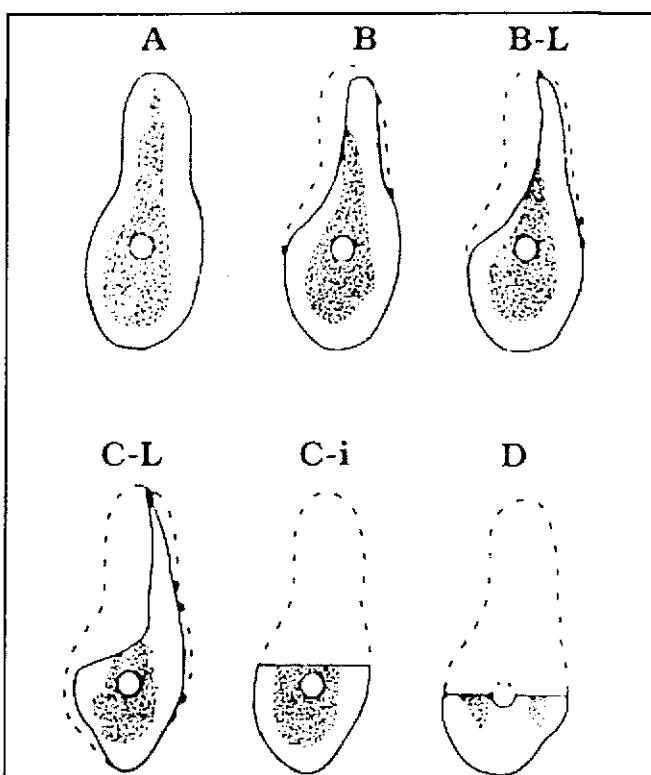
Oferta osoasă în lungime, în sens mezo-distal, de regulă, coincide cu diametrul mezo-distal al dinților absenți, însă în caz de migrări dentare pe orizontală aceste valori sunt mai mari.

Oferta osoasă în angulație coincide cu traectoria rădăcinilor dentare spre planul ocluzal. Această angulație se modifică la maxilarul edentat, mai ales din cauza resorbției osoase centripete la maxilă și centrifuge - la mandibulă, ceea ce dictează curbarea capului implantului - lamă cu un unghi de 10° până la 20-25-30° față de planul de ocluzie.

Spațiul interarcadian (relația coroană-implant) influențează momentul forței la protezare care acționează asupra implantului.

Fig. 2

Clasificarea osului disponibil (subclasele A, B, C, D)
unde I =lățimea, i =înălțimea



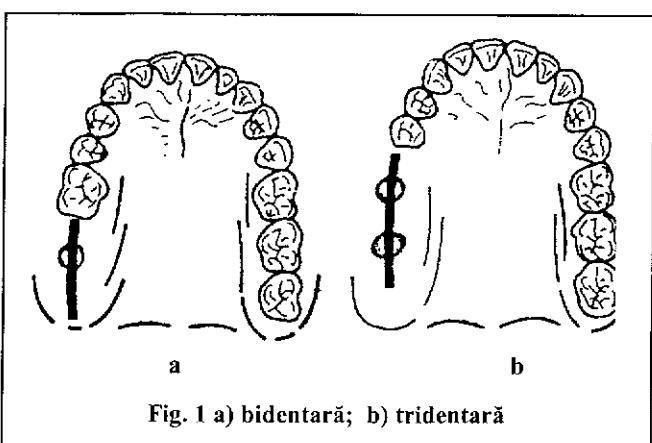


Fig. 1 a) bidentară; b) tridentară

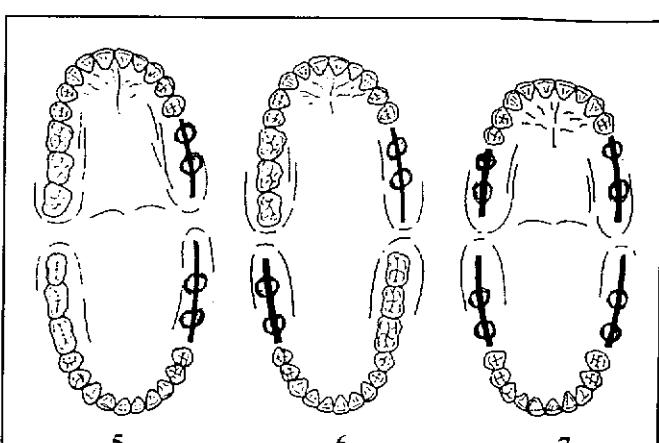


Fig. 5 – Edentație terminală bimaxilară homolaterală
 Fig. 6 – Edentație terminală hetero-laterală sau diagonală
 Fig. 7 – Edentație terminală bimaxilară

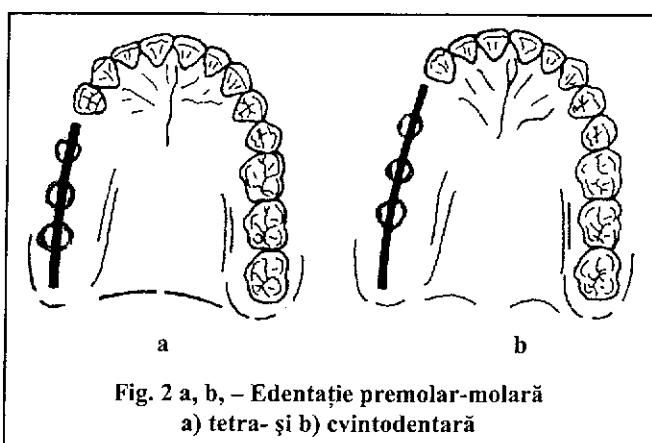


Fig. 2 a, b, – Edentație premolar-molară
 a) tetra- și b) cvintodentară

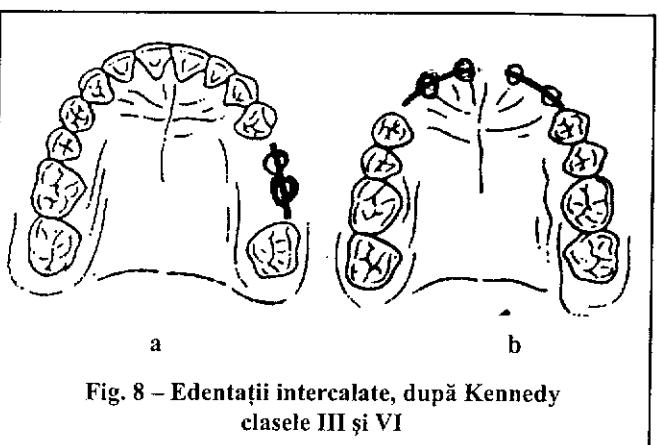


Fig. 8 – Edentații intercalate, după Kennedy
 clasele III și VI

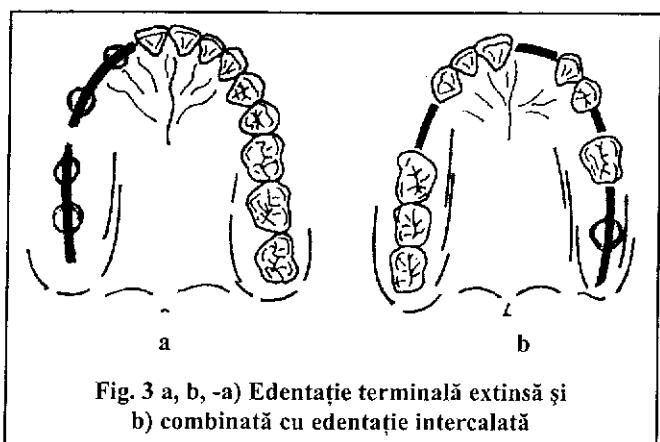


Fig. 3 a, b, -a) Edentație terminală extinsă și
 b) combinată cu edentație intercalată

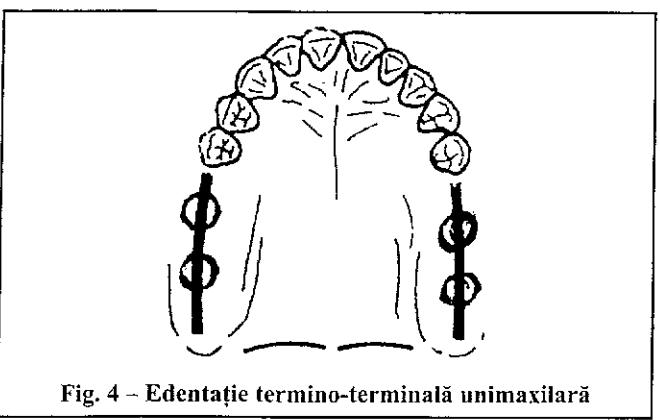


Fig. 4 – Edentație termino-terminală unimaxilară

Cu cât e mai mare înălțimea coroanei, cu atât crește forța pe implant făcând succesul intervenției chirurgicale de implantare problematic, iar implantul se va mobiliza în scurt timp. Spațiul interarcadian se mărește odată cu resorbția osoasă în sens vertical, însă diminuarea lui poate fi din cauza unor agresiuni sau extruziuni ale antagoniștilor.

Rezultatele măsurărilor efectuate în cavitatea bucală și pe radiografiile panoramice la pacienții cu edentacii parțiale, pentru evaluarea ofertei osoase și alegerea locului, formei și mărimiim implantului, au fost clasate în 4 categorii (fig. 2) după Misch și Judy (1985). S-au luat în considerație edentacile cauzate de parodontita apicală (PA) și parodontita marginală cronică (PM), cât și timpul trecut după extractie (tabelul 3).

În decursul primului an după extracții dentare, cu scop de protezare pe implanturi s-au adresat 443 (13,67 %) pacienți, dintre care 212 (47,86%) cu PA și 231 (52,14%) cu PM. Peste 2-3-5-7 ani după extracții dentare cu același scop s-au adresat 2797 (86,33%) pacienți.

Reiesind din clasificarea arcadelor edentate parțial, după osul disponibil pentru inserarea implanturilor (lățime, înălțime, lungime, angulație, spațiu interarcadic), pacienți cu creasta alveolară de clasa A au fost 568 (17,53%), dintre care 288 (50,7%) cu extractii în caz de parodontită apicală și 280 (49,3%) cu parodontită marginală cronică. Clasa A este restaurată cel mai frecvent cu implanturi surub sau cilindru.

STOMATOLOGIE

Pacienți cu creasta alveolară, în edentații parțiale, de clasa B au fost 1067 (32,93%), unde osul disponibil este mai dificil din cauza resorbției osoase. După extracții, în primii 2-3 ani se pierd 40% din lățimea apofizei, mai mult la pacienții cu parodontită marginală cronică. În aceste cazuri este recomandabil inserarea implanturilor lamă, sau de efectuat osteoplastia crestei pentru mărirea lățimii osului pentru inserarea implanturilor șurub sau cilindru, însă acest procedeu este dificil și costisitor.

Oferta osoasă e cu mult mai dificilă la pacienții cu creastă alveolară clasa C-L - 998 (30,80%) pacienți, la care apare necesitatea de inserare (cu mari probleme) a implanturilor lamă modificate în dimensiuni, alteori pregătite individual pentru fiecare loc de implantare. Spațiul edentat de clasa C-L are deficiențe în una sau mai multe dimensiuni anatomicice, însă clasa C-i (345 pacienți – 10,65%) de obicei denotă o mai mare resorbție osoasă a crestei în toate dimensiunile, îndeosebi angulația este mai mare de 30°, care se observă mai frecvent în regiunea anteroioară la maxilă și mandibulă.

Inserarea unui implant lamă în osul de clasa C necesită o mare experiență, comparativ cu tratamentele similare pentru clasa A și B.

Oferta osoasă scăzută în clasa D – 262 (8,09%) pacienți – este rezultatul unei resorbții osoase îndelungate, cu pierderea completă a procesului alveolar acompaniată de o resorbție bazală accentuată. Aceste cazuri sunt cele mai dificile de rezolvat prin implante endoosoase.

Concluzia preoperatorie are o componentă chirurgicală și altă protetică. Cea din urmă conține multe aspecte din protetica tradițională, dar are și elemente specifice refacerilor protetice pe implanturi și anume:

- evaluarea spațiului interarcadic (protetic);
- ocluzia;
- statusul arcadelor;
- planul de ocluzie;

- numărul, topografia dinților absenți și linia surâsului;
- flexibilitatea mandibulei;
- starea dinților restanți;
- starea mucoperiostului;
- examinarea protezei vechi.

Reiesind din bilanțul preoperator și preprotetic, noi găsim de cuvînt să prezentăm practica noastră de rezolvare a edentațiilor parțiale cu implant lamă, alegând cele mai favorabile poziții pe creasta alveolară în dependență de topografia edentației și ofertei osoase (fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

La pierderea dinților, osul alveolar începe să se reducă în dimensiuni și densitate; cu cât este mai lungă perioada de edentație, cu atât sunt mai evidente aceste schimbări. Densitatea osului crestei alveolare are o importanță majoră în implantologie, îndeosebi pentru fixarea inițială a implantului și lipsa deplasărilor și mobilizării implantului.

Densitatea osului creștelor alveolare edentate parțial am studiat-o prin evaluarea radiografiilor panoramice, radiografiilor „dentare” retroalveolare, tomografiilor la viziograf. Densitatea osoasă este legată direct de numărul de trabecule și grosimea corticalelor compacte, care se estimează ușor prin metoda radiografică, folosind și unele şablonane de densimetrie, cu ajutorul viziografiei, cât și a incidenței RIO. Însă cea mai simplă și corectă metodă de evaluare clinică a densității osului este aprecierea intraoperatorie când se forează tranșa pentru implant. Osul disponibil este descris și prin densitate, care reflectă duritatea osului. Misch a definit patru grupe de densitate osoasă, care variază după aspectul macroscopic atât al osului cortical, cât și al celui trabecular.

Clasificarea densității osoase:

1. Os dens compact (D-1).
2. Os poros compact (D-2).
3. Os trabecular dens (D-3).
4. Os trabecular fin (D-4).

Tabelul 1

Tipuri de implanturi (după C.Bellavia)

1	Înălțime Grosime	12 mm și mai mult 8 mm	Șurub Cilindru Lamă	Nu subperiostal
2	Înălțime Grosime	12 mm Sub 8 mm	Șurub Cilindru Lamă	Nu subperiostal
3	Înălțime Grosime	Sub 12 mm dar nu mai puțin de 8 mm Sub 8 mm	Șurub Cilindru Lamă	Nu subperiostal
4	Înălțime Grosime	Sub 8 mm Orice dimensiune		Numai subperiostal

Tabelul 2

Edentațiile parțiale – după etiologie și termen de adresare

Cauza edentației	Termenul de adresare după extracție						
	1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani	6 ani	7 ani și mai mult
1. Pacienți cu edentații parțiale cauzate de parodontita apicală (1608)	212	287	230	272	217	201	189
2. Pacienți cu edentații cauzate de parodontita marginală cronică (1632)	231	293	244	262	203	211	188
Total	abs	443	580	474	534	420	377
	ponderea procentuală	13,66%	17,89%	14,62%	16,47%	12,95%	11,63%

Tabelul 3

Clasificarea ofertei osoase în dependență de cauze și termen de adresare după extractii

Clase ale atrofiei osoase	Parodontita apicală PA	În timp de 1 an	În timp de 2 ani	În timp de 3 ani	În timp de 4 ani	În timp de 5 ani	În timp de 6 ani	În timp de 7 ani și mai mult	Total	
	Parodontita marginală PM								abs	%
Clasa A l = peste 5mm î = peste 10mm	PA	62	60	36	52	34	30	14	288	8,88
	PM	68	62	40	43	29	26	12	280	8,63
Clasa B l = 2,5 - 5mm î = până la 10mm	PA	57	98	86	77	65	62	75	520	16,03
	PM	80	97	82	75	71	69	73	547	16,87
Clasa C-L l = 2-2,5 mm î = 7-8mm	PA	38	91	82	81	72	70	51	485	14,95
	PM	61	93	87	79	73	74	50	513	15,82
Clasa C-i l = foarte variată î = 4-7mm	PA	34	19	16	38	32	22	39	200	6,16
	PM	12	18	18	38	14	20	27	147	4,53
Clasa D l = foarte variată î = 2-3mm	PA	21	19	10	24	14	17	10	115	3,54
	PM	10	23	21	27	16	22	28	147	4,53

Implanturile endoosoase asigură un prognostic favorabil în cazul fixării rigide, cu respectarea a trei condiții: pregătirea atraumatică a osului; adaptarea strânsă a implantului în os; absența deplasărilor implantului la nivelul interfeței în perioada vindecării plăgii.

Creastă alveolară osoasă, în funcție de forma edentății dispune de o vastă varietate de valori de înălțime, lățime, angulație și densitate, care dictează alegerea tipului de implant și metoda de intervenție chirurgicală. Aceste forme de creastă alveolară osoasă se împart în:

- edentăție favorabilă implanturilor șurub;
- edentăție favorabilă implanturilor cilindru;
- edentăție favorabilă implanturilor lamă;
- edentăție favorabilă implanturilor subperiostale;
- edentăție ce necesită osteoplastie pentru formarea ofertei osoase indiferent de tipul implantului.

Înălțând cont de toate aceste aspecte, redăm mai jos un tabel propus de profesorul C. Bellavia în baza căruia se stabilesc tipurile de implanturi folosite.

Starea anatomo-antropometrică a crestelor alveolare, de rând cu cea ocluzală, determină locul, numărul cât și tipul de implant care poate fi folosit.

Concluzii

1. În ultimii zece ani adresabilitatea populației cu breșe dentare, la unitățile stomatologice, este foarte scăzută, iar marea majoritate a pacienților se adresează peste 2-3 ani și mai mult după apariția edentăției, când oferta osoasă prezintă dificultăți în instalarea implanturilor.

2. Rezultatele examinărilor pe un lot de 3240 pacienți și 5388 radiografii panoramice ne demonstrează că pacienții cu creste alveolare osoase de clasa A (după Misch și Judy) constituie 17,53%, unde pot fi inserate implanturi șurub, cilindrice sau lame, clasa B – 32,93%, clasa C-L – 30,80% la care pot fi inserate lame, clasa C-i – 10,65%, clasa D – 8,09%, ea permite inserarea implanturilor subperiostale.

3. Densitatea osului, apreciată pe radiografii și intraoperator, a adeverit tipurile de os după densitate: os compact dens (D - 1), os poros compact (D - 2), os trabecular dens (D - 3), os trabecular.

4. Situația anatomo-antropometrică a crestelor alveolare (înălțime, grosime, angulație, densitate), împreună cu cea ocluzală, determină locul, tipul și numărul implanturilor, care sunt la latitudinea specialistului.

Bibliografie

1. **Augustin Mihai s.a.** Implanțele endoosoase osteointegrate în stomatologie. București, 1995.
2. **Albrektsson, R., Sennerby, L.** State of the art in oral implants. În: S. Clin. Periodontol., 18-474, 1991.
3. **Bratu D. s.a.** Puntea pe implanțe. Helicon, Timișoara, 1996.
4. **Babbush Ch. A.** Titanium plasma spray screw implant sistem for reconstruction of the edentulous mandible. În: L. Guernsey: Reconstructive Implant Surgery and Implant Prosthodontics. Dent Clinic North Amer., 30, 117, 1986.
5. **Bellavia C.** Atlante di implantologia, Ed. Masoon : Milano, 1988.
6. **Branemark P.I. et al.** An Experimental and Clinical Study of Osseointegrated Implants Penetrating the Nasal Caviti and Maxillary Sinus. În: J. Oral Maxillofacial Surgery, 42: 497, 1984.
7. **Burlui V.** Gnatologie clinică. Junimea, Iași, 1979.
8. **Dumitrescu St., Coca I.** Considerații clinice în edentăția terminală. În: Stomatologie, V. 25, 205-216, 1978.
9. **Gănuță Nicolae s.a.** Tratat de implantologie orală. București, 1996.
10. **Linkow L. I.** Theories and Techniques of Oral Implantology. St. Louis, CV Mosby, 1970.
11. **Misch C. E.** Contemporary Implant Dentistry. Mosby : Yar-Book, 1993.
12. **Popovici T.V.** Implanțe dentare în stomatologie. Chișinău, 1994. Weiss C.M. Tissue Integration of Dental Endosseous Integration Systems. În: J. Oral Implant, 12, 169, 1986.

Teodor Popovici, dr., conferențiar
Centrul Stomatologic „Meddent”

MD 2004, or. Chișinău, str. Toma Ciorbă 9, tel.: 21-04-07

e-mail: meddent@mdl.net

Receptionat 20.05.04

Unele aspecte clinice și bacteriologice ale periodontitelor distructive

Valentina Bodrug

Catedra Stomatologică Terapeutică, USMF „Nicolae Testesmițanu”

Clinical and bacteriological manifestations of destructive bacterial periodontitis and in exacerbation stage were studied in 92 patients, ages 25 to 59 years old: 51 men (55.44%), 41 women (44.56%). Depending on clinical manifestations, the following forms of periodontitis were diagnosed: 30 cases of chronic granulosal (32.62%); 7 cases of apical granuloma (7.62%); 55 cases of acute chronic in the exacerbation stage (61.95%). The connection between the stomatogen focus and the generated effects was established in 20 patients.

Key words: apical periodontitis, radicular canal, antiseptics, endodontic space, sterilization of canals

Были изучены клинические проявления и данные бактериологического исследования у 92 больных в возрасте 25-59 лет с хроническими и обострившимися деструктивными формами периодонтита. Из 92 больных 51 (55,44%) были мужчины, а 41 (44,56%) - женщины. В зависимости от клинических проявлений были диагностированы следующие формы периодонтитов: хронический гранулирующий в - 30 (32,62%) случаях, грануломатозный - 7 (7,62%) случаев, а в 55 (61,95%) случаях – обострение гранулирующего периодонтита. У 20 больных установлена связь между стоматогенным очагом инфекции и общим заболеванием организма.

Ключевые слова: апикальные периодонтиты, корневой канал, антисептики, эндодонтическое пространство, стерилизация каналов

Actualitate

Periodontita apicală cauzată de agenți patogeni de origine infecțioasă rămâne și fi o entitate morbidă frecvent întâlnită. Ea poate deveni un focar infecțios stomatogen cu impact asupra întregului organism. Totodată, este sătul că periodontitele apicale constituie o sursă de afecțiuni inflamatoare ale sistemului maxilo-facial, complicațiile cărora pot avea consecințe grave.

De menționat că atât bolnavii cu periodontită apicală acută, cât și cei cu forma ei cronică în stadiul acutizării, constituie 30% din numărul pacienților ce solicită asistență medicală urgentă în instituțiile stomatologice^{1,2,3}.

Instalarea periodontitelor apicale rezultă din interacțiunea florei microbiene endocanaliculare cu forțele defensive ale organismului. În consecință, de rând cu reacțiile de răspuns locale, pot apărea repercusiuni din partea altor organe, inclusiv cu funcții vitale. Din aceste considerente, în medicația periodontitelor apicale blocarea nișelor microbiocenozei endocanaliculare capătă o semnificație primordială⁴.

În tratamentul periodontitelor de origine infecțioasă prepararea biomecanică și medicamentoasă a spațiului endodontic nu prezintă dificultăți, însă se cer noi eforturi care ar reduce manifestările reacțiilor inflamatoare ale periodonțului și ale țesuturilor adiacente. Semnificativ în acest sens este faptul ca fibrele Tomes, supuse necrozei, prezintă un mediu favorabil pentru dezvoltarea tulipinelor microbiene și menținerea focarelor inflamatoare periaapicale. După cum se știe, zona apicală a rădăcinilor dentare se evidențiază prin prezența multiplelor canale accesori, prelucrarea mecanică a cărora este dificilă.

Astfel, în afirmarea unor autori^{2,6} incidența periodontitei se menține la un nivel înalt, fiind supusă deseori cronicizării, recidivelor, deoarece practica stomatologică nu dispune de mijloace suficiente de asanare și obturare a canalelor radiculare.

Atât datele literaturii de specialitate, cât și cele proprii adeveresc că spre sfârșitul curei de tratament a periodontitelor, după obturarea canalelor radiculare mai persistă focare infecțioase chiar în cazurile când s-a practicat o medicație complexă. În 22% din cazuri lichidarea acestor focare, în care infecția evoluează cronic, are loc pe parcursul a 4-8 luni după încheierea tratamentului. Astfel, în periodontitele apicale cu obturarea

canalelor radiculare, flora microbiană în zona afectată persistă în decurs de 4-12-24 luni, iar focarele („generatoare de infecție”) se pot acutiza. Concomitent, ele prezintă o sursă de intoxicare și hipersensibilizare a organismului pacientului^{5,6,7}. Asemenea stări necesită selectarea metodelor și remediarilor curative adecvate, care includ și preparate cu acțiune antiinflamatoare pronunțată. Asanarea focarelor inflamatoare cronice poate fi efectuată pe cale chirurgicală sau în mod conservator.

Scopul de bază al cercetărilor a fost studierea stării generale a pacienților cu periodontite cronice granuloase, granulomatoase și cronice exacerbante până la tratamentul endodontic.

Material și metode

În conformitate cu scopul cercetărilor, au fost supuși examinării 92 de pacienți cu periodontite. Vârsta lor varia între 25 și 59 de ani. Din lotul total de selecție reprezentat de 92 de bolnavi, 51 (55,44%) erau bărbați și 41 (44,56%) femei.

Modalitățile examinării pacienților cu periodontită apicală pot fi etapizate astfel:

1. luarea anamnezei;
2. examinarea clinică cu stabilirea datelor obiective;
3. probe paraclinice.

În primele două etape atenție deosebită se acordă informației prezentate de pacient, în vederea sesizării și evidențierii unor particularități individuale în evoluția clinică a maladiei și concomitent a stării generale a organismului. Ele pot fi condiționate de caracterul conținutului patologic al canalelor radiculare, conturând mai clar tabloul clinic factologic persistent în focalul lezional.

În prima etapă prezintă interes stabilirea debutului afecțiunii, caracterul senzațiilor locale și generale. Informația obținută din anamneză ulterior era confrontată cu tabloul radiologic, cu rezultatele probelor suplimentare.

Examenul complex include:

- a) Electroodontometria determinarea electroexcitabilității pulpei și a periodonțului.
- b) Examenul radiologic: ortopantomografia și metoda intraorală în incidență izometrică, ostoradială. În diagnosticarea periodontitelor apicale ultima este superioară celei panoramicice referitor la structura substratului lezat.

- c) Consultația pacienților cu medicul specialist (internist) pentru a depista afecțiunile altor organe și sisteme concomitente.
- d) Analiza bacteriologică a conținutului canalelor radiculare, cu scopul stabilirii factorului patogen.

Rezultatele obținute

În evoluția clinică a leziunilor periapicale se acorda atenție gradului de gravitate a procesului inflamator, frecvenței exacerbărilor lui, periodicitatei instalării remisiunilor și duratei lor. Totodată, se lăua în calcul evoluția periodontitei apicale după tratamentul endodontic și deregările stării generale în legatură cu cele menționate.

In funcție de evoluție și manifestările morfolezionale ale entității morbide studiate, au fost evidențiate următoarele forme clinice: periodontita cronică granulantă – 30 (32,62%) cazuri, periodontita cronică granulomatoasă – 7 (7,62%) cazuri, iar în 55 (61,95%) cazuri s-a constatat periodontita cronică în stadiul de exacerbare forma granulantă.

Din datele anamnezei și examenului obiectiv s-au depistat simptome caracteristice ale periodontitelor cronice și în stadiul de acutizare.

După cum s-a menționat, în 55 cazuri a fost diagnosticată periodontita cronică în stadiul de acutizare. La acest grup de pacienți, prin chestionare, s-a stabilit prezența durerilor în regiunea dintilor afectați, durata lor atingea 1-2 zile, însă ele dispăreau periodic sau erau însoțite de senzații de distensie a țesuturilor lezate; nu se exclude și prezenta durerilor săcâitoare în regiunea apexului dentar. Uneori apăreau senzații algice în timpul suprarăcării.

După cum afirmau 15 pacienți, odată cu acutizarea periodontitei la ei apăreau senzații de supraoboseală, cefalee, subfebrilitate. Alți 6 pacienți din lotul total de studiu menționau dureri în regiunea cardiacă.

În marea majoritate a cazurilor, în dinți persistau cavități carioase cu dimensiuni mari. La 13 pacienți s-au depistat obturații necalitative sau reminiscente ale lor. În 11 cazuri dinții afectați, cu cățiva ani în urmă fusese supuși tratamentului endodontic.

La toți pacienții se depista hiperemia mucoasei bucale în zona dintelui afectat, edem, tumefiere; ele se extindeau asupra țesuturilor adiacente rădăcinii dintelui afectat. La 12 pacienți, în regiunea rădăcinilor dentare lezate, pe mucoasa bucală din partea ei vestibulară, se evidențiau fistule cu eliminarea lichidului supurativ. În 14 cazuri pe mucoasa bucală persistau cicatrice, rezultate de închiderea spontană a fistulelor. În 62 de cazuri era prezent simptomul vasoparezei. La palpația ganglionilor limfatici regionali se determină mărire volumului lor, asociată cu senzații algice.

La cei 92 de pacienți electroodontometria denotă reacție de răspuns din partea țesuturilor periapicale la acțiunea asupra lor a curentului electric cu intensitatea de 200-220 mA. Clișeele radiologice certificau prezența periodontitei cronice: în 85 cazuri granulantă, în 7 cazuri granulomatoasă.

Din analiza informației obținute rezultă concludent că exacerbarea periodontitelor cronice evoluează de cele mai dese ori pe fundalul periodontitei granulante.

Cu scopul stabilirii microorganismelor facultativ-aerobe în etiologia periodontitei apicale, au fost întreprinse studii calitative și cantitative asupra conținutului microflorei canalelor radiculare la 92 bolnavi.

În urma analizelor bacteriologice, am constatat că în toate cazurile au fost obținute monoculturi și asociații microbiene. Monoculturile au fost reprezentate prin cocci. Astfel, *Staphylococcus aureus* a fost depistat în 14,4% cazuri, practic în aceeași cantitate a fost colectat *Streptococcus pyogenes* și *Staphylococcus epidermidis* (12% și 11,2%, respectiv) în câte 1,6% cazuri au fost evidențiate enterobacteriile și micrococci. Asocieri biocomponente erau în 36,0% cazuri și au fost reprezentate de 10 combinații diferite de microorganisme. Printre asocierile biocomponente cei mai frecvenți întâlniți au fost *Staphylococcus epidermidis* și *Streptococcus pyogenes*.

Cei 20 pacienți, care menționau deregări periodice în starea generală a organismului au fost consultați de medici specialiști, care au diagnosticat în 9 cazuri reumocardita, iar în 11 cazuri pielonefrita.

Examinarea bacteriologică a urinei la bolnavii cu pielonefrită a confirmat prezența monoculturilor în 25,1% din cazuri și asociațiilor biocomponente ale streptococilor și stafilococilor cu alte bacterii în 74,9% cazuri.

Așadar, putem menționa că rezultatele obținute de noi coreleză cu datele literaturii, care demonstrează că focarele de inflamație stomatogene pot condiționa unele afecțiuni generale.

În acest context, considerăm că pacienții cu periodontite, în special formele lor distructive, după tratamentul endodontic trebuie să fie sub supravegherea medicului stomatolog până la momentul dispariției procesului inflamator-distructiv din țesuturile periapicale, adică timp de 9-12 luni de la finele tratamentului. Iar în cazul când procesul se menține sau progresează este necesar de efectuat un tratament chirurgical.

Concluzii

1. Luând în considerație că periodontitele cronice distructive pot deveni focare stomatogene de infecție, considerăm că toți pacienții după tratamentul endodontic trebuie să fie luati la evidență.

2. Tratamentul periodontitelor cronice distructive este necesar de efectuat în ambianță cu cel chirurgical.

Bibliografie

1. Graca M.A., Watts T.L., Wilson R.F., Palmer R.M. A randomized control trial of a 2% minocycline gel as an adjunct to non-surgical periodontal treatment using a design with multiple matching criteria. // Jurnal of Clinical Periodontology, 1997, vol. 24, nr. 4, p. 249-53.
2. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия. //М., 1999, 176 с.
3. Боровский Е.В., Протасов М.Ю. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения. // Клиническая стоматология, 1998, №3, с. 4-7.
4. Cao C.F., Sun X.P., et al., Herbal medicine for periodontal diseases. //International Dental Journal, 1998, vol. 48, nr. 3 (Supp. 1), p. 316-22.
5. Безрукова И.В., Герчиков Л.Н. Комплексное лечение больных с пульпитом и периодонтитами. // Стоматология, 2001, №1, с. 30-32.
6. Батюков Н.А. Реабилитация больных с верхушечным периодонтитом. // Автореферат канд. мед. наук., Екатеринбург, 1996, 18 с.
7. Nicolaiuc V. Eficacitatea metodelor de tratament al periodontitelor cronice și profilaxia complicațiilor. // Autoref. tezei de d.s.m. Chișinău, 1998, 35 p.

Valentina Bodrug dr., asistent

Catedra Stomatologie Terapeutică,

USMF „Nicolae Testesmanu”

Chișinău, str. Vasile Cheltuiala, 21, tel.: 73-50-68

e-mail: vbodrug@yahoo.com

Recepționat 7.04.04

Psihofarmacoterapia tulburărilor nevrotiforme și afective în hipertensiunea arterială esențială

Eugenia Calenici

Catedra Medicină Internă nr. 1, USMF „Nicolae Testemițanu”

The treatment of essential arterial hypertension (EAH) is quite a complicated problem and requires an integral approach - treatment of the patient and not the illness. In patients with EAH, many psychological disturbances can be diagnosed - from minor neurotiform and affective syndromes to major psychosis and dementia. In internist medical practice, psychological disturbances are usually the first to be found.

The effects of new antidepressants, prescribed for minor depression, are not superior, but its adverse effects are weaker. That is why the treatment of minor forms of depression is becoming safer.

The treatment of asthenic syndrome is difficult, as well. Therapy is complex and unspecific. In cases with the presence of intracranial hypertension, diuretics are indicated - metabolic (nootrope) and vascular (cinnarizin) drugs can be successively administrated. It is important to pay attention to drug interactions.

Key words: serotonin inhibitors, psychopharmacotherapy, anxiolytics

Лечение гипертонической болезни (ГБ) - сложная задача, которая нуждается в комплексном подходе при ее реализации; у больных ГБ может быть выявлена различная психическая симптоматика - от невротических и легких аффективных расстройств до тяжелых психозов и деменции. В практике врача терапевта чаще встречаются первые.

Психофармакотерапия тревожного синдрома предполагает назначение анксиолитиков/седативных психолептиков. Эффект новых антидепрессантов, использующихся в настоящее время при легких депрессивных состояниях, не выше по сравнению с вышеуказанными средствами. Лечение астенического синдрома также представляет определенные трудности. Оно неспецифично и должно проводиться комплексно. При наличии внутричерепной гипертензии показаны диуретики, последовательно назначаются метаболики (нootропы), средства, улучшающие внутримозговое кровообращение (цинаризин). Важно учитывать взаимодействия соматических и психотропных лекарств.

Ключевые слова: ингибиторы серотонина, психофармакотерапия, анксиолитики

Tratamentul hipertensiunii arteriale esențiale (HTA) este o problemă complicată, care necesită să fie abordată integrat, tratând pacientul și nu maladia. Din aceste considerente se impune imperativ necesitatea psihofarmacoterapiei cu sau fără ședințe psihoterapice, ca componentă indispensabilă în cazurile, când sunt prezente tulburările psihice pe care pacientul nu le poate depăși de sine stătător.

La pacienții cu HTA poate fi diagnosticată o simptomologie psihică amplă, de la forme nevrotiforme și afective minore până la psihoteze grave și demență. În practica medicului internist mai frecvent se întâlnesc primele. Sunt împuñătoare cifrele statistice referitor la incidența acestor tulburări, care în serviciul medical primar este de 24%¹. În practica medicală generală 2/3 din pacienții ce se adresează sistematic la medic au tulburări psihice: 23% - depresie, 22 - anxietate, 20% - somatizare^{2,3}.

Remediiile psihotrope (adică cele care influențează funcția psihică) exercită acțiunea prin schimbări în sistemul neuromediator, care transmite impulsurile nervoase de la terminațiile unui neuron spre altul prin fanta sinaptică. Acești neurotransmițători sunt adrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina, acidul α-aminobutyric, histamina, peptidele opioide (endorfina, dinorfina, enkefalina), prostaglandinele. Este o axiomă faptul, că acțiunea clinică a acestui grup de medicamente este rezultatul acțiunii asupra proceselor biochimice și electrice din sistemul nervos central (SNC). Ele acționează în mecanismele de eliberare, recaptare activă, legătură cu alte subtipuri de receptori pre- și postsinaptici și componentele lor. Localizarea neuronilor care funcționează cu participarea

neuromediatorilor studiați, permite de a presupune prezența unor formațiuni, care sunt punctele de aplicare ale medicamentelor, utilizate în maladiile psihice: scoarța cerebrală; sistemul reticulat, (atenția, excitarea, anxietatea); sistemul limbic (conținutul afectiv și emoțional); hippocampus (reglarea sistemului nervos vegetativ, controlul hipofizar – endocrin). În tratarea unor tulburări de acest gen sunt utilizate remedii psihofarmacologice⁴.

Psihofarmacoterapia se bazează pe un sir de principii: tendință spre monoterapie, complianta pacientului și medicului, respectarea regimului de către pacient, efecte medicamentoase adverse minime, excluderea interacțiunii medicamentelor⁵.

Există diferite clasificări ale remediilor psihotrope – chimică, neurofiziologică, farmacologică, clinică (tab.I). Conform OMS (1969), toate remediiile psihotrope sunt divizate în 7 clase:

1. neuroleptice;
2. tranchilizante/anxiolitice;
3. antidepresante;
4. normotimice;
5. nootrope;
6. pshostimulațioare;
7. psihodisleptice/halucinogene.

Pentru aprecierea necesității indicării unui preparat din grupele menționate mai sus unui pacient cu HTA, este necesar de a diagnostică corect prezența și varianta sindromului psihic. Deoarece practic toți pacienții sunt examinați de către medicii interniști, în toate cazurile mai dificile trebuie să fie efectuată consultația specialistului psihiatru. După datele din literatură și

experiența clinică, în HTA se întâlnesc următoarele sindroame de bază: depresiv, anxios, obsesiv, astenic. Rareori ele sunt diagnosticate izolat. De cele mai dese ori ele sunt asociate, iar într-un sărăcire pot fi evidențiate în asociere și elemente foibice, ipocondrice, cerebrastenice, encefalopatice^{6,7,8,9,10}.

Una din cele mai frecvente reacții ale omului la evenimentele negative ale vieții este anxietatea. Ea se caracterizează prin frică vagă sau concretă, cauzată de excitările externe. Aceste semne sunt însotite foarte frecvent de

- tahicardie, tremor, senzație „de strângere în piept”, transpirație;
- respirație dispneică;
- greață, diaree, colică intestinală;
- xerostomie.

Anxietatea poate fi prezentă practic în orice maladie psihică și este foarte frecventă în diferite tulburări organice.

Sunt studii catamnestice care susțin că maladia ar putea exista în decursul a mai mulți ani cu manifestări mai mult sau mai puțin evidente, dependente de starea somatică ori de cea psihică.¹¹

Terapia oricărui sindrom psihic presupune cooperarea între medic și pacient. Medicul trebuie să informeze pacientul despre maladie, scopul și metodele tratamentului și riscurile pe care le comportă. Tratamentul trebuie să fie inițiat numai cu acordul pacientului.

Psihofarmacoterapia sindromului anxios presupune administrarea psiholepticelor anxiolitice/tranchilizante (vezi tab. I). În calitate de tratament activ sunt propuse benzodiazepinele (BZD), care reduc rapid simptomatica¹², în special când este o asociere cu un sindrom depresiv. Se consideră, că la mulți pacienți efectul pozitiv al BZD se remarcă în cure scurte de tratament – circa 4 săptămâni și durează în

Tabelul 1

Clasificarea clinică a remediilor psihotropi

Clase		Subgrupe	Medicamente
Psiholeptice	Antipsihotice (neuroleptice)	Cu acțiune preponderent sedativă	Clorpromazina, levomepromazina, promazina etc.
		Cu acțiune antipsihotică pronunțată	Tioproperazina, droperidol, haloperidol, trifluoperazina, pipotiazina etc.
		Cu acțiune preponderent stimulatoare	Sulprid, amisulpirid, carbidin, pimozid etc
		Antipsihotice atipice	Clozapin, cvertiapin, risperidon, sertindol
Psihoanaleptice	Antidepresante (timoanaleptice)	Cu acțiune preponderent sedativă	Trimipramina, amitriptilina, doxepina, trazodon, mianserina, mitrazapina, fluvoxamina
		Cu acțiune balanțantă	Maprotilina, pirazidol, clomipramina, sertralina, paroxetina, citalopram
		Cu acțiune preponderent stimulatoare	Inhibitorii monoaminoxydazei (nilamid, moclobemid), reboxetina, fluoxetina, dezipramina, milnacipram, imipramina
	Psihostimulatoare (psihotonice)		Amfetaminele (fenamina), sidnoniminele (sidnofen, mezocarb), meridil, metilfenidat, cafeina
	Stimulatoare neurometabolice (nootrope)	Cu proprietăți sedative	Fenibut, picamilon, pantogam, mexidol
		Cu proprietăți psihostimulatoare	Acefén, piriditol, pyracetam, bemitil, aminalon, fenotropil
Psihodisleptice			Amidul acidului liserginic, psyloscibin, mescalin
Timodisleptice (normotimice)			Sprurile de litiu, sărurile acidului valproic, carbamazepina, etc.

Tabelul 2

Antidepresante utilizate în practica actuală

Antidepresante triciclice	Amitriptilina, imipramina, clomipramina, trimipramina, nortriptilina, dezipramina, doxepina
Antidepresante tetraciclice	Maprotilina, mianserina
Antidepresante triciclice atipice	Pipofezina, tianeptina,
Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninii	Fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxitina, citalopram
Inhibitori recaptării serotoninii și a noradrenalinei	Milnacipran, venlafaxina, mitrazapina
Inhibitori reversibili ai monoaminoxydazei de tipul A	Pirlindol, moclobemid
Altele	Trazodon

PRELEGERI, ARTICOLE DE SINTEZĂ

de curs de 18 luni¹³. În multe cazuri, când stoparea tratamentului ducea la acutizarea semnelor anxiioase, nu era nevoie de reluat tratamentul, deoarece ele persistau o perioadă scurtă¹⁴.

În toate cazurile dozele medicamentelor necesită individualizare strictă, iar dozele și durata curei să fie minime, în dependență de simptomatologia clinică. Anxietatea este un sindrom de lungă durată, condiționat biologic, ce împiedică mult persoana de a activa normal. În cazul persistenței sindromului anxios este posibilă psihofarmacoterapia de o durată mai lungă⁵, dar, după cum afirmă unii cercetători, aceasta va permite de a menține efectul clinic obținut, dar nu va ameliora mai evident starea pacientului¹⁵. Recomandările britanice, de exemplu, în toate cazurile limitează destul de strict durata tratamentului la 2-4 săptămâni¹⁶. Totuși, posibilitatea recidivelor după sistarea tratamentului impune, în unele cazuri, tratament îndelungat^{13,14}.

Uneori cea mai bună tactică de tratament poate fi discuția corectă cu medicul. Reacția pacientului la un eveniment stresant din viață poate fi depășit fără psihofarmacoterapie, numai prin psihoterapie. În cazul indicațiilor tratamentului medicamentos anxiolitic, pot fi utilizate și unele preparate nebenzodiazepine ca buspirona, care nu influențează rapid semnele clinice, dar, totodată, nu posedă efectele adverse ale BZD, antipsihotice, euforice, sedative^{15,17}.

Tulburările depresive, la fel ca și cele anxiioase, adesea pot avea numai manifestări somato-vegetative. Este confirmată în prezent legătura strânsă între maladiile cardiovasculare și depresie. Comorbiditatea depresiei și HTA este de circa 30%¹⁹, iar la pacienții în perioada postinfarct – în 16 – 45%^{4,18,20}. Prezența depresiei la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare nu numai că agravează evoluția și tratamentul acestor tulburări, dar și scurtează durata vieții bolnavilor. Conform unor relatări, că depresia ce evoluază imediat după suportarea infarctului de miocard mărește riscul decesului de 3,5 ori^{31,32}. Însemnatatea clinică și terapeutică a asocierii depresiei cu patologia somatică și incidența ei crescândă în rețeaua medicală primară (18,3%) necesită colaborare strânsă a psihiatrilor și interniștilor¹.

Concepția terapiei depresiilor se modifică paralel cu apariția noilor forme medicamentoase. Posibilitatea tratamentului de reabilitare a apărut real în ultimii 10 ani datorită săptului, că paralel cu antidepresantele triciclice ce sunt utile în depresii majore, au apărut grupe farmacologice noi. Efectele lor sunt superioare nu prin acțiunea antidepresivă mai accentuată; invers, acțiunea lor este mai slabă, dar efectele adverse mult mai mici fac tratamentul formelor minore, inclusiv cel ambulator, să fie mai sigur. Anume efectele adverse importante (cardiotoxice, hepatotoxice, neurotoxice) limitează în prezent utilizarea antidepresantelor triciclice foarte eficiente în practica tratamentului maladiilor somatice. Antidepresantele, utilizate în prezent, sunt prezentate în tab.II.

Monoterapia este cerința actuală de bază și către terapia de presie: administrarea unui medicament cel puțin patru săptămâni cu atingerea dozei terapeutice maximale necesare către ziua a 7 – 14-a. În acest timp sunt posibile unele efecte adverse, pentru care pacientul trebuie să fie pregătit. Efectul curativ de bază este, de obicei, către sfârșitul primei sau începutul cincelei de a doua săptămâni. Una din tendințele actuale ale terapiei depresiilor este administrarea preparatelor în decurs de mai multe luni după obținerea efectului clinic cu scopul evitării recidivelor depresiei sau fixării simptomatiei rudimentare⁴.

După cum a fost menționat, mulți autori fac o legătură directă între tulburările somatice și cele psihice – senzațiile de deprimare, anxietate. Tulburările emoționale accentuează patologia somatică și se formează un cerc vicios pentru întreruperea căruia este necesar un tratament cu acțiune tranchilizantă și, totodată, antidepresivă. Până nu demult se utilizau asocieri dintre tranchilizante BZD și antidepresante. Dar cele administrate uzuale – amitriptilina, melipramina etc. posedă efecte antidepresive majore, fiind indicate în depresii grave. În depresii ușoare, nevrotice, ce evoluează pe fondul de tulburări somato-vegetative, efectele lor adverse pot fi destul de serioase. În acest sens, pentru tratamentul depresiei nevrotice sunt oportune benzodiazepinele cu efectele ușoare tranchilizante, anxiolitice, vegetostabilizatoare, dar, în același timp, este necesar și efectul antidepresiv. Un remediu care răspunde acestor cerințe este alprazolamul. El posede efect anxiolitic și antifobic, superior diazepamului, cu efect antidepresiv evident, exercitând acțiune somniferă și miorelaxantă mai redusă.^{23,24} Punctul principal de aplicare este anxietatea somatică și alexithymică^{25,26}.

Obsesia este determinată ca o situație, când persoana prezintă stări de frică repetitive și necontrolate. Majoritatea pacienților înțeleg natura irațională a acestor obsesii, dar sunt neputincioși în controlul și depășirea lor²⁷. Se consideră că 2-3% din populație suferă de tulburări obsesive.^{28,29,30}

Tratamentul medicamentos „de primă intenție” presupune administrarea antidepresantelor triciclice (anafranil) și a diversilor inhibitori selectivi ai recapătării serotoninii (ISRS).

Sindromul astenic prezintă și el o dificultate destul de mare pentru tratament. Problema constă în faptul, că el apare cel mai frecvent la vârstă înaintată, iar una din variantele sale – cerebrastenia, după o traumă crano – cerebrală. Terapia este complexă și nespecifică. În cazul prezenței hipertensiunii intracraniene sunt indicate preparate diuretice succesiv sunt administrate metabolice (nootrope), cele ce ameliorează circulația sanguină intracraniană (cinnarizin)³¹.

Este important de ținut cont de interacțiunile preparatelor somatotrope cu cele psihotrope. Asocierea derivaților metilxantine cu tranchilizantele benzodiazepinice poate provoca o hipertensiune ușoară și accelerarea biotransformării teofilinei. La administrarea asociată a α-adrenomimeticului clonidina cu tranchilizantele poate fi obținut un efect hipotensiv mai accentuat, însă însotit de inhibiție a SNC. Antidepresantele triciclice micșorează efectul hipotensiv al clonidinei. Sunt date și despre efect hipotensiv evident al asocierii clonidinei cu imipramina sau dezipramina, metildopa cu oricare antidepresant triciclic.^{27,32} La administrarea combinată a α-adrenoblocantelor periferice (fentolamin, tropafen, prazosin) cu derivatele benzodiazepinei, antidepresantele triciclice, inhibitorii monoaminoxidazei este posibilă accentuarea efectului hipotensiv până la o reacție hipotensivă accentuată. Paralel poate și îndușă tachicardie reflectorie și se observă accentuarea efectului sedativ al anxioliticelor.

În urma tratamentului asociat cu remedii psihotrope și β-adrenoblocantele pot apărea cât efecte dorite, atât și nedorite. Este foarte important de ținut cont de aceasta. Administrarea asociată a antidepresantelor triciclice și a inhibitorilor monoaminoxidazei (IMAO) cu β-adrenoblocantele neselective (propranolol) poate provoca apariția crizelor hipertensive^{32,33}. Propranoloul, administrat în asociere cu derivatele

benzodiazepinelor, sporește riscul efectului de inhibare a SNC³³. Sunt date despre probabilitatea înaltă a aritmilor ventriculare la asocierea sotalolului și antidepresantelor triciclice. Unele ISRS (fluvoxamina) provoacă concentrarea sporită a propranololului în serul sanguin, ce duce la scăderea suplimentară a FCC și TA diastolice la efort fizic, și la posibilitatea dezvoltării unui bloc complet atrio – ventricular. Însă aceste efecte n-au fost remarcate la asocierea cu alte preparate din acest grup (sertralina, paroxetina, fluoxetina)^{25, 34}.

La asocierea ACE cu tranchilizantele, antidepresantele și neurolepticele (din grupul fenotiazinei) se observă accentuarea efectului hipotensiv și, de asemenea, dezvoltarea hipotensiunii ortostatice¹⁶.

Asocierea diureticelor tiazidice cu antidepresantelor triciclice și neurolepticele din diferite grupe (haloperidol, tiroidiazină) poate duce la eliberarea neproporțională a hormonului antidiuretic al hipofizei și să cauzeze somnolenta, céfalea, anorexia, gheață, voma, depresia, pierderea conștiinței³³.

Bibliografie

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ, 2001, 215 стр.
2. Katon W., Von Korff M., Lin E., A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. Gen Hosp Psychiatry 1992; 14:86-98
3. Von Korff M., Ormel J., Katon W. Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 91-99.
4. Психиатрия. (Под ред. В.П.Самохвалова). Ростов-на-Дону, 2002, 572 стр.
5. Принципы и практика психофармакотерапии. Яничак Ф.Д., Дэвис Д.М., Прескорн Ш.Х., Айд Ф.Д., перевод. Киев, 1999, 725 стр.
6. Baer L. Behavior therapy for obsessive compulsive disorder in the office based practice. J.Clin. Psychiatry 1993; 54 (Suppl.6): 10-15.
7. Fava M., Abraham M., Pava J., Cardiovascular risk factors in depression: the role of anxiety and anger. Psychosomatics. 1996; 37(1): 31-37.
8. Hayward C. Psychiatric illness and cardiovascular disease risk. Epidemiologic reviews. 1995; 17 (1): 129-138.
9. Khouzam H.R., McCarthy P.J. Diagnosing and treating obsessive-compulsive disorder. Federal Practitioner 1997; 14(3): 12-25, 72.
10. Musselman D.L., Evans D.L., Nemeroff C.B. The relationship of depression to cardiovascular disease. Arch. Gen. Psychiatry. 1998; 55: 580-92.
11. Rickles K., Schweizer E. The clinical course and long – term management of generalized anxiety disorder. J. Clin. Psychopharmacology, 1990 ; 10 : 101s – 110s.
12. Downing R.W., Rickles K. Early treatment response in anxious outpatients treated with diazepam. Acta Psychiatr. Scand. 1985; 72: 522 – 528.
13. Rickles K., Case W.G., Downing R.W. Long-term diazepam therapy and clinical outcome. JAMA 1983; 250: 767 – 771.
14. Rickles K., Case W.G., Downing R.W. One – year follow – up of anxious patients treated with diazepam. J. Clin. Psychopharmacol. 1986; 6: 32 – 36.
15. Rickles K., Weisman K., Norstad N. Buspirone and diazepam in anxiety: a controlled study. J.Clin Psychiatr 1982; 43: 81 – 86.
16. British National Formulary N 31. British medical association and Royal Pharmaceutical society of Great Britain. 1996.
17. Sussman N. Treatment of anxiety with buspirone. Psychiatric Ann., 1987; 17: 114 – 120.
18. Lesperance F. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequence. Psychosom. Med., 1996, v.58, pp. 99 – 110.
19. Lyness J.M. Depressive symptoms, medical illness and functional status in depressed psychiatric inpatients Am. J. Psychiatry. 1993, v.150, pp. 910 – 915.
20. Shapiro P.A., Lidagoster L., Glassman A.H. Depression and heart disease. Psych. Ann., 1997, v. 27, pp. 347 – 352.
21. Glassman A.H., Pierce D.W. Treatment of depression in patients with heart disease. J.Pract.Psychiatr. a. Behav. Health. 1998; v.4; p. 627 - 633.
22. Sharma R., Markar H.R. Mortality in affective disorder. J.Affect.Dis., 1994, v. 31, p. 91 – 96.
23. Cassano L., Perugi G., Melair D. Panic disorder: Review of the empirical and rational basis of pharmacological treatment. Pharmacopsychiatry 198, v.21 N 4, p.157 - 165.
24. Tesar I.E., Rosenbaum L.F., Pollack M.N. Clonazepam versus Alprazolam in the treatment of panic disorder. J.Clin. Psychiatr. 1987, vol.48 I (Suppl), p. 16 – 19.
25. Калинин В.В., Максимова М.А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний. Социальная и клиническая психиатрия, 1993, 2, с.128 – 142.
26. Мосолов С.И. Клиническое применение современных антидепрессантов. М., 1995, 568 стр.
27. Дроздов Д.В., Аллилуев И.Г., Полтавская М.Г. Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. Под ред. А.Б. Смулевича, А.Л.Сыркина М., 1994, с. 101 – 113.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition, Washington, DC: Am. Psychiatric Association, 1994.
29. Olffson M., Friedman B., Weissman M.M. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. Am J. Psychiatry 1997; 154 (12): 1734-40.
30. Rasmussen S.A., Eisen J.L. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Ann 1989; 19 (2): 67-73.
31. Андрусенко М.П. Место ноотропов в психиатрии. Совр.Псих., 1998, т.1., №4.
32. Спивак Л.И., Райский В.А., Виленский Б.С. Осложнения психофармакологической терапии. Л. 1988.
33. Балкайтис Я.Я., Фатеев В.А. Взаимодействие лекарственных веществ. М., 1991.
34. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю. Депрессии при соматических заболеваниях (диагностика и лечение). Русский медицинский журнал. 1996, N1, с. 4 – 10.

Eugenia Calenici, dr., conferențiar
catedra Medicină Internă nr. 1, USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. N. Testemițanu, 29, tel. 205530
e-mail: calenici@mednet.md
Receptionat 25.04.2004

Данная работа удостоена Международной премии им. Г.Г.Рекевега за 2003 год

Перспективы применения антигомотоксических препаратов при лечении острых и хронических вирусных гепатитов

Б.К. Шамугия

Городская клиническая больница №9, Киев

Pacienții supuși studiului, au fost subdivizați în două subgrupe. Prima cuprinde 55 persoane tratate cu preparate antihomotoxice (PAHT): Engystol (pastile) – câte una de 3/zi, Hepar compositum (fiole) nr. 10 – câte 2,2 ml i/venos în amestec cu câte 2 ml de sânge de la pacient de 2 ori / săptămână. Durata seriei terapeutice constituie 1,5 – 2 luni. Lotul martor (34 persoane) a fost supus terapiei standard (polivitamine, remedii antihistamincice, dezintoxicare, sorbentii).

O altă subgrupă includea 62 de pacienți cu mixt-hepatită B+C. Ei au fost tratați cu Engystol și Hepar compositum conform schemei sus-menționate, la care s-au adăugat Echinacea compositum (nr. 10) și Coenzime compositum (nr. 10) – câte 2,2 ml într-o singură seringă, i/muscular, de 2 ori în săptămână. Pacienții subgrupei a 2-a, după un repaus de 2 luni, de două ori în decursul anului au fost supuși unui tratament repetat cu PAHT. Lotul de confruntare a acestui subgrup a inclus 29 pacienți cu hepatită virală B+C supuși terapiei standard completată cu preparate din seria interferonului.

Includerea PAHT în tratamentul bolnavilor cu formă acută a hepatitei virale contribuie la reducerea duratei afărării pacienților în secția respectivă a staționarului. S-a constatat efect imunomodulator evident al PAHT.

Cuvinte-cheie: preparate antihomotoxice, hepatitis

All patients were divided into two groups. The first group composed of 55 person: Engystol (tablets) – 1 tablet 3 times daily; Hepar compositum (ampoules) N10 – 2,2 ml i/v in 2,0 ml of patients blood twice a week. Course of treatment was 1,5-2 months. The group of comparison (34 patients) received standard therapy.

The second group included 62 patients with mix-hepatitis B+C. Patients of the given group in addition to preparations Engystol and Hepar compositum in the above-stated dosage received Echinacea compositum (N10) and Coenzyme compositum (N10) 2,2 ml i/m in one syringe 2 times a week. After a 2-month interval patients of the second group received repeated therapy with abovementioned antihomotoxic preparations two times a year. Group of comparison composed with 29 patients with viral hepatitis B+C, receiving in addition to standard therapy preparations of interferon line.

Duly prescription of preparations allows reducing considerably probability of chronic hepatitis development in the given category of patients. Including of antihomotoxic preparations in schemes of therapy in patients with acute forms of VH promotes essential reduction of duration of their stay in hospital. Authors have noted distinct immunomodulative effect of antihomotoxic preparations.

Key words: antihomotoxic medicines, hepatitis

Введение

Вирусные гепатиты (ВГ) с парентеральным механизмом заражения занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии из-за возможности неблагоприятного течения болезни с летальным исходом, значительной потери трудоспособности, развития тяжелого хронического заболевания с исходом в цирроз или рак печени. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что во всем мире вирусами гепатитов инфицированы сотни миллионов человек. Конец XX столетия ознаменовался возрастающим интересом к проблеме ВГ, большим прогрессом в их изучении. Этиологическим фактором ВГ являются как минимум 9 агентов (HAV, HBV, HCV, HDV, HEV, HFV, HGV, TTV, SENV), 7 из которых передаются парентеральным путем.

Изучение ВГ с парентеральным механизмом передачи является приоритетной проблемой современной гепато-логии, так как с ними связано подавляющее большинство летальных исходов и большая часть случаев хронических заболеваний печени, включая циррозы и первичный рак печени. Почти повсеместно, в том числе в Украине, пристального внимания требуют недифференцируемые гепатиты. В клинической практике нередко встречаются гепатиты с неясной этиологией. При попытке объяснить природу таких гепатитов в 1995 г. две независимые группы ученых сообщили о существовании нового вируса, ассоциированного с заболеваниями печени и названного вирусом гепатита G

(HGV). Обнаружение у больных гепатитом нового вируса (род Hepacivirus, сем. Flaviviridae) определило актуальность проведения исследований, направленных на детальное и всестороннее изучение объективной связи этого вируса с заболеваниями печени и инфицированности населения в различных странах мира. Вероятно, и новые вирусы TTV и SENV, обнаруженные в последнее время у больных желтухой, не исчерпывают всего множества претендентов на место в группе гепатотропных вирусов -возбудителей ВГ [1].

За последнее время в этиологической структуре резко увеличилось количество микст-гепатитов. Наиболее частой из них является HBV/HCV-инфекция. Это напрямую связано с ростом инъекционной наркомании. Так, частота внутривенного потребления наркотических веществ среди пациентов с микст-гепатитом B+C составляет от 66 до 85% [2].

В условиях существенного расширения знания в области этиологии, иммуногенеза, патоморфологии этих заболеваний, увеличения возможности диагностики и специфической профилактики наиболее сложным и далеким от решения остается вопрос терапии больных острым и хроническим ВГ.

Единственным признанным этиотропным препаратом при лечении ВГ является интерферон- α (ИФН- α). При его применении стойкий ответ достигается у 25-40% больных хроническим гепатитом B, у 9-25% - хроническим гепатитом D и у 10-25% - хроническим гепатитом C. При острых ВГ этиотропные препа-

раты не показаны, но при затяжных, прогрессирующих и хронических формах инфекции, которые встречаются при гепатитах, особенно в случаях высокой активности инфекционного процесса с продолжающейся репликацией вирусов, применяют противовирусные препараты, интерфероны и их комбинации [6]. Однако, применение интерферонов имеет целый ряд противопоказаний (тяжелые соматические заболевания, тромбоцитопения, лейкопения, продолжение употребления наркотиков или алкоголя, наличие в анамнезе психических заболеваний, цирроз печени и др.) и побочных эффектов (повышение температуры, миалгии, артриты, головная боль, снижение тромбоцитов и лейкоцитов, снижение аппетита и потеря массы тела, токсическое воздействие на организм, депрессия и др.). Во-вторых, эффективность данной терапии невелика - от 10 до 40% И. В третьих, немаловажное значение имеет высокая стоимость курса лечения. Существует еще один немаловажный фактор отрицательного воздействия на большую печень и организм в целом препаратов интерферонового ряда. У 75-80% больных, принимающих препараты данной группы, прослеживается формирование токсического гепатита, течение которого не менее опасно для жизни больного, чем ВГ.

Таким образом, применение противовирусных препаратов при ВГ имеет много недостатков и отрицательных явлений, что заставляет врача искать более надежные, безопасные и эффективные лекарственные препараты, которые бы не оказывали дополнительного токсического воздействия на большую печень. Практических врачей и научных исследователей перестают удовлетворять имеющиеся на вооружении методы лечения. Успехи фармако-терапии перед медициной «вообще» абсолютно бесспорны, однако растет интерес к альтернативным методам лечения. Этот интерес обусловлен следующими причинами: изменением соотношения острых и хронических заболеваний в сторону увеличения последних; возрастанием удельного веса так называемых болезней дисадаптации, при которых возможности фармакотерапии крайне ограничены; появлением заболеваний, обусловленных применением синтетических препаратов, что всегда требует проведения реабилитационных мероприятий; увеличением аллергизации детского и взрослого населения; возрастанием все более узкой специализации врачебных дисциплин в ущерб целостному (холистическому) подходу к организму; распространением ряда патологических состояний и заболеваний, в основе которых лежит острый и хронический эндотоксикоз [4].

Особый интерес применительно к инфекционной болезни и гастроэнтерологии вызывает применение лечебных средств природного происхождения, которые показали свою высокую эффективность. Одним из таких направлений является антигомотоксическая терапия.

Разрабатывая принципы гомотоксикологии, доктор Ганс Генрих Рекевег синтезировал достижения фундаментальных дисциплин, системного анализа и классической гомеопатии. Цель антигомотоксической терапии заключается в поддержании и активации иммунных процессов и реакций. Показаниями для подобной терапии являются воспалительные и хронические заболевания, а также дегенеративные процессы и различные интоксикации.

Следует сказать, что у 85% считающих себя здоровыми или условно здоровыми людьми, имеется вторичный иммунодефицит, причиной развития которого являются экологические факторы (загрязненная окружающая среда, огромное количество в ней микроорганизмов, радионуклиды, химия в быту,

электромагнитное колебание и др.); синтетические лекарственные средства; употребление наркотиков, никотина и алкоголя; перенесенные острые вирусные и бактериальные инфекции; дисбактериозы и дисферментозы, а также многое другое. По современным представлениям, как и большинство заболеваний, ВГ относится к группе заболеваний с вовлечением в иммунопатологический процесс одного или нескольких звеньев иммунитета. Нарушения в иммунной системе при вирусных гепатитах связывают с изменением количества Т- и В-лимфоцитов, подавлением способности клеток отвечать на митоген, угнетением функциональной активности фагоцитов крови.

Диспансерное наблюдение за пациентами с различными формами ВГ позволило установить прогрессирование заболевания только при наличии активной вирусной репликации и доброкачественное течение в фазе интеграции. В этой связи, а также с учетом полученных ранее результатов, можно полагать, что как состояние иммунной системы, так и биологические свойства самого возбудителя, их сложное взаимодействие, определяют патогенез HBV-инфекции, включая и латентные формы. В частности, неадекватность иммунного ответа организма в существенной степени обуславливает хронизацию процесса. В то же время, активность вирусной репликации в значительной мере определяет темпы и особенности прогрессирования уже имеющегося хронического гепатита.

Клинические и экспериментальные исследования профессора Х.-Хайне, (1999-2000 гг.) показали, что иммуно-логическая вспомогательная реакция, купирующая воспалительный процесс, особенно хорошо запускается комплексными антигомотоксическими препаратами (АГТП), которые содержат разведения белковых веществ от D2 до D10. Вещества в таком разведении оказывают специфическое действие на Th3 - клетки, производящие TGP-р-анаболический цитотоксин, который обладает противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом [7]. Кроме того, АГТП не оказывают дополнительной фармакологической нагрузки на организм, практически не имеют противопоказаний и побочных эффектов, что немаловажно при лечении заболеваний печени. Их действие направлено на коррекцию патологических изменений в различных органах и системах, а также на активацию защитных сил организма. АГТП обладают рядом свойств, которые могут благоприятно отражаться на течении инфекционного процесса, в том числе при ВГ. К этим свойствам относятся: иммуномодулирующее, антигипоксическое, дезинтоксикационное, мемброностабилизирующее, антиоксидантное. И, конечно же, как пациентов, так и врачей, привлекают экономические факторы - невысокая стоимость курса лечения.

Препаратором выбора при ВГ и любых заболеваниях вирусной этиологии, является Engystol, который обладает мощным противовирусным, противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Противовирусный эффект препарата Engystol обусловлен дополнительной выработкой эндогенного интерферона. Также Engystol участвует в регуляции обмена электролитов, кислорода в соединительной ткани, оказывает дренажное воздействие на рыхлую соединительную ткань [4].

Последнее время значительное внимание уделяется изучению липидного и жирового обмена у больных с ВГ, активно исследуется структурно-функциональное состояние клеточных мембран (перекисное окисление липидов). Целесообразным является применение лекарственных препаратов с антиоксидантным действием, способных предотвращать гиперлипопероксидацию, деструкцию мембранных структур клеток и, одновременно повышающих есте-

ственые возможности антиоксидантных систем защиты организма. Наиболее выражены эти свойства у препарата *Hepar compositum*.

В настоящее время доказано влияние вирусов на ферментативную активность клеток пораженного органа со снижением функциональной способности ферментных систем. Для нормализации деятельности блокированных ферментных систем, для восстановления окислительно-восстановительных реакций, восполнения дефицита витаминов (особенно группы В и С) в организме обоснованным и эффективным средством является препарат *Coenzyme compositum*.

При назначении препарата *Echinacea compositum* учитывалось, что ключевым звеном иммуногенеза вирусных гепатитов В и С является дисбаланс в системе интерферона у больных вирусными гепатитами.

Цель исследования

Оценка эффективности применения АГТП при лечении больных с острыми и хроническими вирусными гепатитами.

Материал и методика

На базе городской клинической больницы №9 г. Киева в период с 1999 по 2002 г. было обследовано 180 пациентов (72 женщины и 108 мужчин) с острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) и микст-гепатитом В+С.

В настоящее исследование были включены пациенты в возрасте от 18 до 48 лет. Средний возраст наблюдаемых пациентов составил $21,5 \pm 2,5$ лет. Все пациенты были разделены на две группы. I группу составили 55 человек с ОВГВ, которые получали АГТП:

Engystol (таблетки) - по 1 таблетке 3 раза в день;

Hepar compositum (ампулы) №10 - по 2,2 мл внутривенно на 2,0 мл собственной крови больного 2 раза в неделю.

Курс лечения составлял 1,5-2 месяца.

Группа сравнения (34 больных с ОВГВ) получала стандартную терапию (поливитамины, антигистаминные препараты, сорбенты, дезинтоксикационные средства).

Во II группу вошли 62 больных с микст-гепатитом В+С, заражение которых произошло, вероятно, при введении наркотиков внутривенно. Пациенты данной группы получали кроме препаратов *Engystol* и *Hepar compositum* в вышеуказанной дозировке дополнительно *Echinacea compositum* (№10) и *Coenzyme compositum* (№10) по 2,2 мл внутримышечно в одном шприце 2 раза в неделю. После 2-х месячного перерыва больным второй группы 2 раза в год проводили повторную терапию вышеуказанными АГТП. Группу сравнения составили 29 больных с ВГВ+С, получавших дополнительно к стандартной терапии препараты интерферонового ряда. Средняя длительность ИФН-терапии составила $7,6 \pm 2,4$ месяцев. ИФН-а вводили в дозе 3 млн. МЕ 3 раза в неделю внутримышечно.

Диагноз ВГ ставился на основании клинических симптомов, данных эпидемиологического анамнеза, результатов лабораторного и иммunoсерологического исследования (Табл.1). Тяжесть заболевания оценивали на основании стандартизованных клинических критериев. Для оценки эффективности лечения были использованы следующие методы:

1. Клиническое обследование больных: анамнез, клинический осмотр.
2. В остром периоде гепатита регулярно, через 7-10 дней, проводили общепринятые биохимические исследования. Количественное определение билирубина и его фракций в сыворотке крови больных проводили

по методу Йендрашека. Определение активности АлАТ и АсАТ определяли по Райтману и Френкелю. Активность гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) определяли на анализаторах фирмы «Кормей-Плюс». Определение тимоловой пробы проводили по методу Хуэрго-Поппера. Кроме этого, исследовали активность щелочной фосфатазы (ЩФ) [51].

3. У всех больных в те же сроки проводили общеклинические анализы крови и мочи. При необходимости проводили бактериологический посев кала на кишечную группу и другие необходимые исследования.
4. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) определяли маркеры ГВ: HBsAg, анти-HBcIgM (IgG), HBeAg, анти-HBe, маркеры ГС: анти-HCV (суммарные). Для исключения ГО и ГА определяли маркеры ГО: анти-HDV IgM (IgG) и маркеры ГА: анти-HAV IgM [5].
5. Инструментальные методы: УЗИ органов брюшной полости проводилось аппаратом «Aloka 230» с определением размеров, экогенности и эхоструктуры печени, внутрипеченочных желчных протоков, селезенки, поджелудочной железы, желчного пузыря с определением показателей двигательной активности последнего, измерением диаметра воротной и селезеночной вен.

Иммунологические методы: моно-нуклеары периферической крови (МПК) выделяли из свежевзятой крови, стабилизированной гепарином (20 ЕД/мл) по методу Воут (1968). Удаление моноцитов/макрофагов из МПК проводили методом адгезии к полистиролу. Фенотип МПК определяли в непрямой реакции иммунофлюоресценции в отношении следующих антигенов: CD3, CD4, CD8, CD20, CD16, HLA-DR согласно инструкции изготовителя моноклональных антител. Учет реакции проводили с помощью проточного цитометра FACSCalibur («Becton Dickinson», США) [51].

7. Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием программы из пакета «Microsoft Office 97 for Windows 95», 7 версия. Коэффициент Стьюдента рассчитывался по среднему арифметическому и среднеквадратичному отклонению для разновеликих рядов. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($P < 0,05$).

Результаты исследования

В ходе работы было проведено сопоставление биохимических, вирусологических и иммунологических параметров у больных выделенных групп, определено влияние различных клинико-лабораторных факторов (наличия наркологического анамнеза, пола, возраста пациента, длительности лечения) на исход ВГ в зависимости от терапии, как при ОВГВ, так и при микст-гепатитах В+С. Полученные ранее положительные результаты лечения больных ОВГВ, а также научно-теоретическое и практическое обоснование применения АГТП большинством исследователей, вызвало у нас интерес для изучения исхода и течения болезни и у больных с микст гепатитами В+С и сравнения эффективности терапии с больными, получавшими препараты интерферонового ряда.

Заболевание у всех больных I группы (с ОВГВ) протекало, в основном, в среднетяжелой форме. Типичные для всех парентеральных гепатитов симптомы встречались с равной частотой и длительностью, как в продромальном, так и в желтушном периодах болезни. Первичный осмотр больных показал, что у большинства пациентов основной и контрольной группы наиболее выраженными были жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, боль или чувство тяже-

сти в правом подреберье, снижение аппетита. Значительно меньше был выраженный холестатический синдром у всех исследуемых пациентов. Гепатоlienальный синдром, как один из ведущих признаков воспалительного процесса при вирусных гепатитах, отмечался у всех больных.

Анализ наиболее часто используемых в практической гепатологии биохимических показателей: уровня активности АлЛТ, АсЛТ и билирубина в различные сроки заболевания у пациентов, получавших антигомотоксическую терапию, в сравнении с контрольной группой, позволил выявить тот факт, что в результате применения АГТП у больных I группы быстрее происходило стойкое улучшение биохимических показателей крови. Так, к 15-20 дню от начала лечения выявлена нормализация уровня билирубина - средний показатель составил 18,4 мкмоль/л. В тот же период у больных контрольной группы этот показатель составил 27,9 мкмоль/л. К вышеуказанному сроку в основной группе больных средние уровни активности АлЛТ и АсЛТ составили 40,6 и 34,5 мкмоль/мин.л соответственно, что в 2,5 раза было меньше, по сравнению с больными, не получавшими АГТП (95,3 и 150,3 мкмоль/мин.л соответственно). Обращает также внимание значительное снижение ЩФ до 133,3 мкмоль/мин.л, тимоловой пробы до 9,7 ед. и увеличение процентного содержания протромбинового индекса до 80,7%.

Контрольные осмотры всех пациентов с ОВГВ при динамическом наблюдении показали затянувшуюся реконвалесценцию у больных, не принимающих антигомотоксическую терапию. У большинства пациентов контрольной группы HBsAg обнаруживался на протяжении 45 дней. У части больных этот антиген можно было встретить на 60 и 90 день наблюдения.

У 96,6% больных первой группы и у 64,7% больных группы сравнения исчезновение HBeAg произошло в течение 30 дней. У всех больных определялись antiHBs, antiHBe и antiHBc суммарные, что свидетельствовало о формировании постинфекционного протективного иммунитета и выздоровлении после ОВГВ. Параллельно с прекращением HBeAg-емии, у больных основной группы произошла сероконверсия. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов с ВГ HBV (основная группа) показало, что во всех случаях к 3 месяцу от начала заболевания больные жалоб не предъявляли, чувствовали себя удовлетворительно, клинико-лабораторные показатели у них не превышали норму, размеры печени были нормальными.

Полученные результаты отчетливо демонстрируют снижение риска развития хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) под влиянием АГТП и позволяют конкретизировать детали лечебной тактики при ОВГВ в отношении оптимальной длительности этой терапии и прогностического значения рутинных биохимических и вирусологических показателей.

Динамическое клиническое наблюдение за больными II группы (микст-гепатитами ВГВ+С), их тщательное лабораторное обследование на фоне применения АГТП привело к следующим клиническим и биохимическим результатам. У больных, принимавших комплекс АГТП, достаточно быстро отмечалась положительная динамика, имела место нормализация основных биохимических показателей, используемых для оценки объективного состояния больных с ВГ.

Применение противовирусных и других патогенетических лекарственных средств у больных с ХВГ приводит к нормализации или снижению основных биохимических показателей. Однако, после завершения курса терапии, в большинстве случаев, наблюдается рецидив заболевания, часто

обостряются хронические заболевания, которые были у больного до заражения вирусом гепатита. Проведенные нами исследования и наблюдение за больными подтвердили наличие вышеуказанной особенности. Отчетливо прослеживалось увеличение общего билирубина на 12-й месяц обследования (34,9 мкмоль/л) у больных, принимавших препараты интерферонового ряда. Напротив, у больных II группы, которые принимали комплекс АГТП, отмечена достаточно стойкая стабилизация общего билирубина (19,5 мкмоль/л после лечения, 19,2 мкмоль/л - через 6 месяцев и 20,1 мкмоль/л - через 12 месяцев обследования). Заслуживает внимание также уровень активности АлЛТ, который у больных контрольной группы составил после лечения 69,5 мкмоль/мин.л, через 6 месяцев - 58,9 мкмоль/мин.л и 88,9 мкмоль/мин.л - через 12 месяцев обследования, что почти в 2 раза превышает норму. У больных второй группы отмечается увеличение данного показателя лишь в 1,3 раза (57,3 мкмоль/мин.л) на 12-м месяце обследования, а после лечения и через 6 месяцев обследования составляет 54,9 мкмоль/мин.л и 51,6 мкмоль/мин.л соответственно. Примерно такие же колебания наблюдаются по отношению к АсЛТ, тимоловой пробе и ЩФ.

На фоне лечения АГТП мы проводили оценку состояния клеточного и гуморального иммунитета у больных второй группы. Дефицит общего количества Т-клеток и иммунорегуляторный дисбаланс, регистрируемый до начала лечения, значительно уменьшился по окончанию антигомотоксической терапии. Наблюдалось достоверное увеличение относительного содержания HLA-DR+ моноцитов, значительно улучшились также показатели ЦИК.

Полученные результаты подтверждают наличие иммуномодулирующего эффекта АГТП. У больных с относительно сохранным состоянием Т-клеточного звена иммунитета АГТП способствуют эффективному запуску эндогенных интерферонов. Кроме того, наблюдавшееся нами усиление экспрессии HLA-DR+ молекул на моноцитах на фоне лечения способствует повышению эффективности запуска антигенспецифического ответа, что, в конечном счете, приводит к подавлению репликации вируса.

При анализе частоты выявления маркеров HBV-, HCV-инфекции к 12 месяцу от начала наблюдения у больных с микст-гепатитом В+С констатировано, что у 24 больных (38,7%) II группы и 9 больных (31,1%) контрольной группы в течение полугода после проведенной терапии, РНК HCV элиминирована из организма. При этом РНК HCV определялась практически всегда, если имел место подъем АлАТ выше двух норм. У некоторых больных HCV-вирусемия отмечалась при нормальных биохимических показателях. У части больных после первого снижения уровня АлАТ отмечался феномен «мнимого выздоровления», а затем вновь регистрировалась гиперферментемия. Пациенты с длительностью гиперферментемии более 6 месяцев и с повторными подъемами АлАТ после его предыдущего снижения уровня до нормы, а также при активной репликации HCV даже при нормальных показателях трансаминаз, на основании общепринятых критериев были отнесены к группе больных хроническим гепатитом С.

Мониторинг обследования больных обеих групп до и после лечения, через 3 и 6 месяцев от начала лечения показал, что большинство пациентов отмечали значительное улучшение общего состояния и уменьшения основных симптомов заболевания, однако у больных, которые получали АГТП, наблюдалось более отчетливая положительная ди-

PRELEGERI, ARTICOLE DE SINTEZĂ

намика. Большая часть больных спустя 6 месяцев после проведенной терапии считали себя практически здоровыми, однако пациенты контрольных групп предъявляли жалобы на неприятные ощущения и дискомфорт в правом подреберье, горечь во рту, присутствовал постгепатитный астеновегетативный синдром. Также у больных, получавших АГТП, размеры печени и селезенки быстрее приходили в норму, чем у пациентов контрольной группы.

Применение АГТП у больных с ВГ позволило сократить период обратного развития цитолитического, холестатического и мезенхимально-воспалительного синдромов, в частности, в период лечения АГТП удалось наблюдать снижение активности АлАТ и билирубина до более низкого уровня по сравнению с контрольной группой. Эти показатели играют немаловажную роль в прогнозе течения ХВГ.

Фармакоэкономика

Стоимость АГТП на курс лечения при ОВГВ составила \$40; при ВГВ и В+С – \$112. Стоимость а-ИФН составила при 6-месячном курсе - \$2000, а 12-месячного курса - \$4100, что в 37 раз выше стоимости курса лечения АГТП.

Выводы

1. Инфекционный процесс у больных ВГВ и В+С характеризуется гипериммунным ответом макроорганизма на внедрение вируса по смешанному клеточно-гуморальному типу. Об этом свидетельствуют: максимально выраженное снижение в крови количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD3, CD4, CD8), в особенности цитотоксических лимфоцитов (CD8); достоверное повышение индекса дифференцировки, значимое увеличение в крови количества клеток с «активационными маркерами» (HLA II); возрастание функциональной активности Т-лимфоцитов, ЦИК.

2. АГТП оказывают существенное влияние на сокращение продолжительности и частоты проявления основных клинико-биохимических синдромов (интоксикации, желтухи, гепатомегалии, цитолиза) у больных ОВГВ. Современное назначение препаратов позволяет значительно уменьшить вероятность развития хронического гепатита у данной категории больных. Введение АГТП в схемы терапии больных острыми формами ВГ способствует существенному сокращению длительности их пребывания в отделении и стационарного периода в целом.

Comentariul specialistului

La moment hepatitele virale rămân o problemă actuală globală cu toate că de la mijlocul secolului XX au fost amplu studiate hepatita virală A (HVA), hepatita virală B (HVB), hepatita virală D (HVD), hepatita virală C (HVC), hepatita virală E (HVE), unde a participat activ și colectivul catedrei de boli infecțioase a USMF «Nicolae Testemitanu», sub conducerea inițială a regretatului profesor Isaak Drobinski. Spre sfârșitul secolului trecut s-a dovedit existența pe glob și a altor hepatite virale (HVF, HVG, HVI, hepatitele provocate de TTV și SNV).

Prin lucrările științifice ale colaboratorilor catedrei noastre, pe parcursul al multor ani s-a dovedit că Republica Moldova este hiperendemică nu numai în privința HVA, dar și a HVB, HVD, HVC.

3. Клиническое применение АГТП у больных ВГВ и В+С обнаруживает отчетливый иммуномодулирующий эффект препаратов. Кроме того, наблюдаемое нами усиление экспрессии HLA-DR+ молекул на моноцитах на фоне антигомотоксического лечения способствует повышению эффективности запуска антигенспецифического ответа, что, в конечном счете, приводит к подавлению репликации вируса.

4. На основании проведенных исследований можно широко рекомендовать применения АГТП у больных с ВГ, независимо от пола, возраста и наличия отягощенного наркологического анамнеза. Практическое использование результатов настоящей работы в итоге может способствовать как снижению медико-социальных проблем от развития ХГВ и С, так и уменьшению распространения HBV и HCV-инфекции.

5. АГТП отвечают современным требованиям фармакоэкономики с точки зрения эффективности, безопасности и стоимости курса лечения, являясь в 30-35 раз дешевле препаратов интерферонового ряда.

Библиография

1. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М: Медицина, ГЭОТАР, 1999. - с.423.
2. Саринсон С.Н. Вирусные гепатиты. - Санкт-Петербург: Теза, 1998. - с. 325.
3. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. - К: «Здоров'я», 2001. -856 с.
4. Ильенко Л.И., Сергиенко В.И. Гомотоксикология как вариант эфферентной терапии // Международная конференция «Применение гомеопатии в современной медицине»: Тез. докл. -М, 1996. -с-48-49.
5. Диагностика вирусных гепатитов А, В, С, D, Е,
6. Методические рекомендации / Сост. Прилуцкий А.С. и др. - Донецк, 1997. - 26 с.
6. Niederau N., Strohmeyer G., Heinges T. Polyunsaturated phosphatidyl-choline and interferon alpha for treatment of chronic hepatitis A and C: Multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Hepatogastroenterology. -1998. - Vol.45. -P.797-804.
7. Heine H., Schmolz M. Immunologische Beistandsreaktion durch pflanzliche Extrakte in Antihomotoxischen Präparaten // Biol. Med. - 1998;27(1).-12-4.

*Articolul este înaintat pentru publicare
de Societatea Națională a Medicinii Biologice și a Terapiei
Antihomotoxică, tel.: 24-17-76
Retipărit cu prescurtări din revista
“Биологическая терапия”, №4, 2003, p.3-10.*

Receptionat 28.04.2004

Cu toate cele menționate, problema hepatitelor virale continuă să rămână actuală pentru Republica Moldova, mai cu seamă în privința studiului noilor forme etiologice, de asemenea, și a soluționării tratamentului eficient, în special al bolnavilor cu hepatite virale B,C,D acute, cronice și fulminante.

În această ordine de idei, este binevenită și foarte actuală lucrarea domnului B.Şamughia «Perspectivele utilizării preparatelor antihomotoxicice în tratamentul hepatitelor virale acute și cronice».

Autorul cu lux de amănunte argumentează în baza datelor bibliografice părțile pozitive, și mai cu seamă negative, ale terapiei hepatitelor virale cu preparate specifice antivirale (variantele interferonului alfa), subliniind că ele au multe părți

negative, inclusiv multe contraindicații, reacții adverse, acțiuni toxice, provocând chiar și hepatite toxice, iar eficacitatea acestui tratament atinge 10-40%, fiind de o lungă durată și de o scumpenie extraordinară. Unele preparate antivirale (Infergen, Intron A) au fost utilizate și în clinica noastră la bolnavi cu HVB, HVD și HVC cronice active, primite din ajutoarele altor țări. Ele ne-au dat posibilitate să ne convingem despre plusurile și minusurile acestei terapii. Principalul neajuns al lor constă în aceia, că Republica Moldova deocamdată este o țară săracă și statul nu poate acoperi cheltuielile necesare, iar din rândurile populației nici businessmanii nu pot rezista economic să acopere costul acestei terapii. Tratamentul etiologic în hepatitele virale cronice este elucidat mai detaliat de către postdoctoranda Rodica Gâlcă în monografia cu aceeași denumire (2001).

B.Şamugia destul de convingător în baza datelor bibliografice argumentează tratamentul cu preparate antihomotoxice (PAHT), având ca scop aprecierea eficienței lor în tratamentul bolnavilor cu hepatite virale acute și cronice. A supraveghiat și tratat 180 pacienți (femei – 72, bărbați – 108) cu HVB acută și hepatită mixtă (B+C), care aveau vîrstă medie de $21,5 \pm 2,5$ ani, fiind divizați în 2 grupuri.

Grupul I din 55 bolnavi cu HVB acută au primit PAHT: Engystol câte o pastilă de 3 ori în zi și Hepar compositum N 10 în fiole câte 2,2 ml i/v dizolvate în 2 ml de sânge a bolnavului de 2 ori în săptămână, cura constituind 1,5-2 luni de zile. Grupul martor era din 35 pacienți cu HVB acută, care au primit numai terapia de bază.

În grupul II din 62 bolnavi cu hepatită mixtă (B+C) au primit, în afară de preparatele Engystol și Hepar compositum în dozele menționate, încă Echinacea compositum și Coenzyme compositum, fiecare câte 10 fiole a câte 2,2 ml i/m într-o seringă de 2 ori pe săptămână. După 2 luni de întrerupere, cura s-a mai repetat încă de 2 ori. Grupul martor constituia 29 bolnavi, care au primit terapia de bază și interferon-alfa câte 3 mln UI de 3 ori în săptămână i/m cu o durată de $7,6 \pm 2,4$ luni.

Pentru determinarea eficienței terapiei cu PAHT, au fost utilizate următoarele metode: clinice, biochimice, epidemiologice,

bacteriologice, serologice prin reacția imunoenzimatică pentru a determina markerii virusurilor A,B,C,D, (în HVC s-a determinat și ARN în PCR), imunologice, instrumentale. De menționat, că aceste metode au fost aplicate până la tratament, în timpul tratamentului și după finisarea lui o dată în 3 luni timp de un an. Această dinamică a dat posibilitate autorului de a monitoriza mai ușuroios eficiența tratamentului și de a depista unile semne precoce de cronicizare a hepatitelor virale. E foarte important că tot materialul a fost prelucrat prin metode statistice pentru a dovedi veridic eficiența tratamentului cu preparatele PAHT. În rezultatul investigațiilor efectuate, dl B.Şamugia concluzionează că administrarea PAHT bolnavilor cu hepatite virale acute reduce evident perioada de menținere a sindroamelor citolitic, cholestatic și mezenchimal-inflamator, ce au importanță în prognozarea proceselor de cronicizare, iar prescrierea precoce a acestui complex de preparate evident minimalizează posibilitatea apariției formelor cronice de hepatite virale. Terapia cu PAHT scurtează esențial durata aflării bolnavilor cu hepatite virale acute în staționar. Aceste preparate au avut un efect imunomodulator la bolnavii cu HVB și (B+C), conducând la stoparea replicării virusului.

Autorul recomandă PAHT de a fi utilizate pe larg în practica medicală, deoarece ele sunt eficiente, inofensive, iar costul tratamentului este de 30-35 ori mai mic decât cel cu alfa-interferon.

Noi întrutotul suntem de acord cu concluziile de valoare ale autorului și venim cu un apel către medicii practicieni din republică pentru a implementa pe larg preparatele antihomotoxice în tratamentul bolnavilor cu hepatite virale acute și cronice, care frecvent se întâlnesc și în Republica Moldova.

Constantin Andriută dr. h., profesor
șeful Catedrei Boli Infecțioase, Tropicale și Parazitologie Medicală, USMF "Nicolae Testemițanu",
infecționistul principal nefitular al MS al Republicii Moldova
Om Emerit al Republicii Moldova
Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 163, tel.: 24-52-33
Receptionat 12.05.2004



**SOCIETATEA NAȚIONALĂ A MEDICINII BIOLOGICE
ȘI A TERAPIEI ANTIHOMOTOXICE**

RECOMANDĂ MEDICILOR PRACTICIENI ȘI FARMACIȘTILOR PREPARATE BIOLOGICE COMPLEXE

Hepar compositum • Раствор для инъекций

Комплексный биологический мембраностабилизирующий гепатопротектор

Состав: 2,2 мл раствора содержат: Vitamin B₁₂ D4, Cyanocobalaminum D4, Hepar suis D8, Ouodenum suis D10, Thymus suis D10, Colon suis D10, Vesica fellea suis D10, Pankreas suis D10, China D4, Lycopodium clavatum D4, Chelidonium majus D4, Carduus marianus D3, Histaminum D10, Sulphur D13, Avena sativa D6, Fel tauri D8, Natrium oxalaceticum D10, Acidum a-ketoglutaricum D10, Acidum DL-malicum D10, Acidum fumaricum D10, Acidum a-liponicum D8, Acidum oroticum D6, Cholester-irum D10, Calcium carbonicum Hahnemann D28, Taraxacum officinale D4, Cynara scolymus D6, Veratrum album D4 no 22 мкл. Эксципиенты: изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия q.s.

Форма выпуска и фасовка:

Упаковка содержит 5, 10 или 100 ампул по 2,2 мл.

Способы применения:

В гастроэнтерологии:

1. Хронические заболевания печени: алкогольный стеатоз печени, хронический персистирующий гепатит С, хронический неспецифический гепатит, диабетический жировой гепатоз:

Hepar compositum по 2,2 мл в/м 2 раза в неделю в течение 4 недель; дополнительно рекомендуются: **Hepeel** по 1 таб. 2-3 раза в день в течение 4 недель, кроме дней когда проводятся в/м инъекции **Hepar compositum**; **Traumeel S** по 1 таб. 2-3 раза в день в течении 4 недель; 1-ю неделю- каждый день, начиная со 2-ой недели чередуя через день с приемом **Lymphomyosot**; **Lymphomyosot** по 10 кап. 2-3 раза в день начиная со 2-ой недели, чередуя через день с приемом **Traumeel S**.

2. Лечение болезней верхних отделов пищеварительного тракта (гастрит, гастродуоденит реактивный панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей, диспепсия) у детей в амбулаторных условиях: **Traumeel S + Hepar compositum + Lymphomyosot + Mucosa compositum**.

Курс лечения 1 месяц.

3. При хроническом гепатите, портальном циррозе: традиционная аллопатическая терапия + **Hepar compositum**, в/м 1 раз в неделю, в течение 1 месяца.

Engystol ® N • Раствор для инъекций • Таблетки

Комплексный противовирусный биологический препарат

Состав: Раствор для инъекций: 100 мл содержат: Vincetoxicum D6, Vincetoxicum D10, Vincetoxicum D30 по 0,6 мл; Sulfur D4, Sulfur D10 по 0,3 мл.

Таблетки: 1 таблетка содержит: Vincetoxicum hirundinaria D6, Vincetoxicum hirundinaria D10, Vincetoxicum hirundinaria D30 по 75 мг; Sulfur D4, Sulfur D10 по 37,5 мг, а также стеарат магния.

Показания: грипп и другие вирусные заболевания; вирусные гепатиты; заболевания кожи (нейродермит, крапивница, зуд, экземы, фурункулез и т.п.); заболевания дыхательных путей (бронхит, бронхэкстазы, коклюш, пневмония, бронхиальная астма); сердечно-сосудистые заболевания инфекционной природы; мигрени, невралгии, каузалгии; аллергии любого вида, в т.ч. сенной насморк; ревматические заболевания, в т.ч. подагра; инфекционные заболевания почек; заболевания ЦНС вирусной этиологии.

Противопоказания: отсутствуют. **Побочные эффекты:** не известны.

Дозировка:

Раствор для инъекций: В острых случаях ежедневно по 1 ампуле, в других случаях по 1 ампуле 1-3 раза в неделю внутривенно, внутримышечно, подкожно, внутримозжно. При вирусных заболеваниях - по 1 ампуле в сутки внутривенно до полного выздоровления (для детей -внутримышечно или подкожно). При гриппе инъецировать смесь (1 ампула Engystol N в сочетании с 2 ампулами Gripp-Heel и Traumeel S внутримышечно).

Таблетки: обычно 1 -3 раза в сутки по 1 таблетке.

Форма выпуска и фасовка:

Раствор для инъекций: Упаковка содержит 5, 10 или 100 ампул по 1,1 мл.

Таблетки: упаковки по 50 таблеток.

Republica Moldova, Chișinău, MD-2012, str. Pușkin, 6

Telefon pentru informații: 24-17-76

Fax: 79-67-26

CREAȚIA COLEGIILOR NOȘTRI**Hepatita virală G – maladie parenterală antropozonă**

Ești o hepatită puțin studiată,
Nu demult fiind depistată.
Te-ntâlnesci în multe ţări,
Aducând lumii dureri!

Ești o antropozonă parenterală
Și te transmiti mai des pe cale artificială:
Prin transfuzii, tatuaje, rituale,
Afectezi frecvent narcomani și persoanele medicale.

Mai infectezi persoanele cu transplante, toxicomanii,
Ce primesc manopere cu anii,
Ba și bolnavii HIV infectați,
Fiind și ei mereu tratați!

Comparativ cu HVC, mai rar te răspândești pe cale sexuală și
perinatală,
Dar tot afectezi oamenii prin boală!
Se disting aceleași perioade evolutive și forme clinice,
Ca și în alte hepatite virale tipice.

Asemănător cu HVC, predomină formele ușoare și atipice,
Însă mai rar HVG separată evoluează în cele cronice și ciroze
hepatice.
Cu toate că formele icterice decurg c-o simptomologie
moderată,
Ele mai des se complică prin insuficiență hepatică acută!

Evident fiind cu HVB sau HVC asociată,
HVG frecvent se cronicizează și trece-n ciroză hepatică.
Uneori HVG cu anemia aplastică se finisează,
Care în alte hepatite virale nu se depistează.

Deoarece HVG decurge c-o simptomologie săracă,
Și fiind mai des cu alte hepatite virale asociată,
Ea trebuie obligatoriu prin metode de laborator confirmată,
Apoi timpuriu și insistenț în spital tratată.

După externare convalescenții vor fi dispensați,
Păstrând dieta și periodic examinați,
Ca cronicizarea maladiei să nu apară,
Iarăși făcându-le viață amară!

Măsurile de profilaxie
Includ depistarea și izolarea pacienților timpurie,
Verificarea donatorilor de sânge și organe prin metode de
investigare
Și stoparea minuțioasă a tuturor căilor de infectare!

15.03.2004

Constantin Andriuță, dr.h., profesor, Om emerit
Recepționat 12.05.2004

RECENZIE

Manual: Limba română. Profil medical cu suport gramatical și de cultivare a limbii române
Editura Litera, Chișinău, 2003, 394 p.

Autori: Eugenia Mincu, Argentina Chiriac
Coordonator: Vasile Melnic

Această carte coordonată de prof.univ.dr. Vasile Melnic, autorii prof. de limba și literatura română, lectori universitari superiori – Eugenia Mincu și Argentina Chiriac, are funcția și structura unui manual universitar destinat unei categorii specifice de studenți – “medicinaști alolingvi”. Avem în vedere, pe de o parte, funcția unui manual construit ca “suport gramatical și de cultivare a limbii române, realizat într-un context socio-lingvistic particular. Pe de altă parte, evidențiem modalitatea de organizare a discursului didactic, desfășurat pe parcursul a 28 de lecții, care îmbină obiectivele de conținut cu cele de ordin psihologic.

Remarcăm, în egală măsură, capacitatea autorilor de *motivare socială* a cititorilor care sunt îndrumați “cum să învețe o limbă” nu numai din punct de vedere didactic, ci plecând de la “sentimentul de respect pentru limba maternă și înțelegerea profundă a filozofiei ei care poate asigura succesul în procesul de studiere a unei alte limbi”. În plus, învățarea unei alte limbi decât cea maternă semnifică o sansă suplimentară pentru integrarea socio-profesională optimă, cu atât mai mult în

domeniul medicinii unde factorul comunicării empatice, bazată pe un repertoriu afectiv comun, joacă deseori un rol determinant.

Motivarea pedagogică, psihologică și mai ales socială a autorilor este dublată de un spirit aplicativ foarte pronunțat, evidențiat în setul de “sfaturi practice”, propus chiar la începutul manualului. Sunt sfaturi care îmbină inițiativa psihologică și socială, cu demersul didactic explicativ, urmărind, în mod special “însușirea conștientă care presupune și metoda comparativă (limba maternă și o altă limbă) căci numai astfel pot fi definite particularitățile lingvistice ale unei limbi”. Cele nouă sfaturi practice constituie un demers operațional gradual care oferă sugestii foarte interesante pentru construirea unei metodici a limbilor străine într-un context socio-lingvistic particular, plecând la obiective specifice foarte bine definite în sens pedagogic, social și psihologic. Vom reveni în final asupra acestei probleme pe care o vom prezenta la nivelul unui demers operațional propriu didacticei aplicate în studiul unei limbi, alta decât cea maternă.

Concepția manualului este una specifică didacticei aplicate, gândită din perspectiva paradigmelor *curriculumului*. În acest

RECENZIE

context, prioritără este platforma teleologică și axiologică propusă chiar în “conceptul manualului”. Autorii pleacă, în spiritul paradigmelor *curriculumului*, de la definirea *obiectivului fundamental* al manualului care urmărește “dezvoltarea capacitatei de recepționare și înșuirea a informației în limba română cu nuanțări de elemente ale terminologiei medicale”.

Acest obiectiv îmbină exigențele psihologice ale formării lingvistice cu cele sociale ale comunicării eficiente într-un domeniu profesional de vârf. Se insistă asupra fundamentalului psihosocial al manualului care are ca *obiectiv general* “înșuirea unei noi limbi ceea ce oferă noi posibilități de realizare a personalității” viitorilor sau actualilor medici.

Desprindem vizuirea *curriculară* a autorilor și prin faptul că cele două obiective de maximă generalitate sunt specificate în plan didactic, sociologic și psihologic. Remarcăm astfel o bună cunoaștere a fundamentelor pedagogice, sociologice și psihologice ale *curriculumului* conceput într-un context universitar particular.

Obiectivele de ordin pedagogic (didactic) sunt cele care determină structura de organizare a lecțiilor concepute prin secvențe specifice de predare-învățare-evaluare. Explicațiile, îndrumările metodice, informațiile de specialitate, exercițiile și problemele cu funcții de evaluare continuă, sumativă și de progres, aspectele formative sunt susținute permanent prin strategia selectării unor maxime, texte literare, actualizări de cunoștințe, exerciții de cultivare a limbii etc.

Obiectivele de ordin social (sociologic) sunt cele care determină aplicarea problemelor lingvistice, prelucrate pedagogic (la nivel de didactică a specialității), în cadrul specific profesioniului ales. În acest sens, este asigurată corelarea dintre obiectivele generale ale comunicării într-o nouă limbă cu cele specifice rezultate din “nuanțarea terminologiei medicale”. Autorii valorifică atât resursele multiple ale limbajului medical (folosit pentru exprimarea profesiilor și situațiilor medicale, plantelor și substanțelor medicale, tratamentelor și mijloacelor/instrumentelor medicale), cât și pentru promovarea “stilurilor funcționale ale limbii române” în contextul social propriu lumii medicale. Este relevat avantajul stilului managerial, fără a fi exclus stilul administrativ care presupune înșuirea unor termeni și practici curente menite să perfeționeze comunicarea dintre medic și pacient, dintre medici în colectivul medical, între medic și managerii domeniului, între medici și alți reprezentanți ai comunității.

Obiectivele de ordin psihologic sunt cele care permit individualizarea instruirii, determinând astfel deschiderea informației spre resorturile cognitive, afective și motivaționale ale personalității studenților.

Se vorbește astfel despre “deschideri curriculare și extracurriculare”, acestea din urmă constituind, de fapt, o parte integrantă a *curriculumului pedagogic universitar* rezervat studiului limbii române pentru studenții mediciniști alolingvi. Se remarcă preocuparea autorilor pentru îmbinarea textelor de cultură generală și de civilizație cu cele de cultură medicală, valorificând informația de ultimă oră, obținută inclusiv prin *INTERNET*. Trebuie evidențiată grija pentru “expunerea emoțională și logică”, ceea ce permite transferul operațional al cunoștințelor realizat inclusiv la nivelul exprimării creative a personalității studenților. Se urmărește practic, cultivarea dexterității de comunicare activă și de exprimare fluentă necesară în profesarea ulterioară a specialității, ceea ce impune corelarea permanentă a obiectivelor de ordin psihologic cu cele de ordin pedagogic (didactic) și social (sociologic).

Aminteam faptul că prin funcția și structura asumată de autori, manualul universitar, expresie a didacticii aplicate,

această carte are un pronunțat caracter practic, asumat, de altfel, în mod explicit. Putem argumenta această idee și prin contribuțiile specifice semnalate din perspectivă socio-lingvistică, dar și prin efortul de operaționalizare a obiectivelor realizat programatic chiar la începutul manualului prin ceea ce autori consideră că reprezintă “căteva sfaturi practice”.

În plan *socio-lingvistic* putem semnală căteva idei prețioase care ne-au fost subliniate de un lector de specialitate filologică: a) analiza strukturilor și a substraturilor limbii române dintr-o perspectivă istorică și comparată; b) evidențierea etapelor de formare a limbii române dintr-o perspectivă care permite valorificarea specifică a informației în raport de obiectivele propuse; c) îmbinarea tipurilor de exerciții care vizează inițierea și cultivarea deprinderilor și strategiilor de înșuire a limbii române și de exprimare riguroasă într-un domeniu socio-profesional determinat; d) valorificarea principiilor domeniului medical (de exemplu, *Jurământul lui Hipocrate*) în raport de obiectivele specifice urmărite; d) îmbinarea informației filologice cu cea de specialitate, ambele fiind subordonate unor obiective de evaluare formativă; e) prezentarea exercițiilor cu valoare de teste de evaluare inițială și de progres, integrate în structura fiecărei lecții; f) fundamentarea culturală adecvată a exercițiilor de cultivare a limbii; g) folosirea eficientă a aforismelor în perfectă concordanță cu obiectivele și conținuturile de bază ale lecțiilor respective; g) atenția specială acordată problematicii dobândirii deprinderilor de scriere corectă; h) valorificarea exercițiilor de dezvoltare a limbii în asociere cu obiectivele care vizează prezentarea stilului administrativ necesar medicului în cariera sa profesională.

În planul *operaționalizării obiectivelor*, semnalăm *logica acțiunilor concrete* prezentate pe parcursul celor “căteva sfaturi practice” adresate studenților. Primele trei “sfaturi” asigură pregătirea psihologică a demersului didactic, urmărind să confere studenților: a) “încredere în puterile proprii”; b) formarea receptivității lingvistice; c) inițiativă în receptare și exprimare, “fără teamă de greșeli”.

Următoarele trei “sfaturi” consolidează dimensiunea socială a învățării, urmărind să formeze la studenți capacitatea de: a) raportare la context, pentru “a fi stăpân pe situație”; b) stăpânire a informației, dar și de exprimare corectă a ei pentru că altfel “riscăm să nu fim înțelesă”; c) dezvoltare a informațiilor de la simplu la complex, cu o mare atenție acordată structurii și structurării acestora.

În sfârșit, ultimele trei “sfaturi” pregătesc din punct de vedere psihologic succesul școlar de durată care înseamnă continuitate, conștientizare a reușitelor (dar și a nereușitelor), interiorizare, dar și exteriorizare flexibilă a cunoștințelor.

În această situație, obiectivele finale propuse sunt completate cu propunerea unor strategii eficiente de învățare deschisă spre diferite forme de educație permanentă: a) “înșuirea conștientă” – presupune metoda comparativă (limba maternă cu o altă limbă); b) traducerea cu scopul consolidării și îmbogățirii vocabularului – presupune “constituirea unui model de formare a îmbinărilor, a propoziției etc.”; c) înșuirea limbii ca etapă finală “calitativ nouă” – presupune capacitatea de “a gândi în altă limbă decât în cea maternă, fapt ce va facilita selectarea primară a informației, precum și verbalizarea ei”.

Sorin Cristea, dr., profesor
Facultatea Sociologie-Psihologie-Pedagogie/Psihologie-
Științe ale Educației, Departamentul pentru Pregătirea
Personalului Didactic, Universitatea din București

BERLIN-CHEMIE Menarini Group

НЕБИЛЕТ® ПОКАЗАНИЯ И ДОЗИРОВКА

ПРЯМЫЕ И КОСВЕННЫЕ ПОКАЗАНИЯ

- лечение при эссенциальной гипертонии;
- лечение сердечной недостаточности с дисфункцией левого желудочка (фракция изгнания ≤ 35%) в качестве дополнительной терапии в комбинации с ингибиторами АПФ, диуретиками, антагонистами ангиотензина II (АТИ - антагонистами) и/или препаратами наперстянки.

ДОЗИРОВКА

ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Доза составляет 1 таблетку (5 мг небиволола) в сутки; предпочтительно принимать его всегда в одно и тоже время суток. Таблетки можно принимать во время еды.

Гипотензивный эффект проявляется через 1-2 недели лечения. В некоторых случаях оптимальное действие достигается лишь спустя 4 недели.

КОМБИНАЦИЯ С ДРУГИМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ

Блокаторы β-адренорецепторов можно использовать как для монотерапии, так и в комбинации с другими гипотензивными средствами. До сих пор дополнительный гипотензивный эффект наблюдался при комбинации НЕБИЛЕТА® с 12,5-25 мг гидрохлортиазида.

ПАЦИЕНТЫ, СТРАДАЮЩИЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

У больных, страдающих почечной недостаточностью, рекомендованная начальная доза составляет 2,5 мг небиволола в сутки. При необходимости суточную дозу можно увеличить до 5 мг небиволола.

ПАЦИЕНТЫ С ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В отношении применения препарата у пациентов с печеночной недостаточностью или нарушением функции печени имеются лишь ограниченное количество данных.

По этой причине применение НЕБИЛЕТА® у таких пациентов противопоказано.

ПОЖИЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ

У пациентов в возрасте старше 65 лет рекомендованная доза составляет 2,5 мг небиволола в сутки. При необходимости суточную дозу можно увеличить до 5 мг небиволола. Во всяком случае, учитывая еще недостаточный опыт применения, при назначении препарата пациентам в возрасте старше 75 лет необходимы осторожность и тщательный контроль за их состоянием.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Лечение НЕБИЛЕТОМ® должно начинаться при постепенном повышении дозы согласно следующей схеме:

Наименьшая возможная доза, составляющая 2,5 мг небиволола один раз в сутки, может быть – в зависимости от переносимости – увеличена до 10 мг небиволола один раз в сутки (повышение дозы должно осуществляться с 14-дневным интервалом).

Максимальная рекомендованная доза составляет 10 мг небиволола один раз в сутки.

Особенно у пациентов, страдающих тяжелой формой сердечной недостаточности (по классификации NYHA I-III), и/или получающих лечение диуретиками, может наблюдаться значительное снижение кровяного давления после первой дозы НЕБИЛЕТА®, а также после увеличения дозы препарата.

Поэтому такие пациенты должны находиться под врачебным контролем в течение приблизительно двух часов после приема первой дозы НЕБИЛЕТА®, так же как и после увеличения дозы препарата, чтобы предотвратить наступление неконтролируемой гипотензивной реакции.

ДЕТИ И ПОДРОСТКИ

Исследования по применению препарата у детей и подростков не проводились. По этой причине применение препарата у детей и подростков не рекомендуется.

Reprezentanța "Berlin-Chemie/Menarini Group" în Republica Moldova

MD-2012, mun. Chișinău, str. Alexandru cel Bun, 85

Tel.: (+373 22) 21-25-58; 24-33-95; 21-25-01; Fax: (+373 22) 24-42-84

E-mail: berlin_chemie@mdl.net



BERLIN-CHEMIE
MENARINI GROUP



NOU!

O nouă indicație a
unui produs
de excepție!

- tratamentul hipertensiunii esențiale
- **tratamentul insuficienței cardiace**

Unicul beta-blocant,
ultraselectiv, care
stimulează sinteza NO
pe parcursul a 7 km...
de endoteliu vascular



Gheorghe Paladi la 75 de ani

S-au împlinit 75 de ani din ziua nașterii dului Gheorghe Paladi – savant celebru în domeniul obstetriciei, ginecologiei și perinatologiei, pedagog talentat, academician al Academiei de Științe din Moldova, Om Emerit al Republicii Moldova.

Gh.Paladi s-a născut pe data de 9 mai 1929 în Chișinău. În 1951 d-lui a absolvit Institutul de Medicină din Chișinău, iar în 1953 a fost înmatriculat în secundarul clinic.

În a. 1957 Gh.Paladi a susținut teza de doctorat în științe medicale. Din a. 1955 activează în Alma Mater în calitate de asistent, ulterior conferențiar universitar la catedra de Obstetrică și Ginecologie nr. 1.

În 1966 d-lui susține teza de doctor habilitat în științe medicale cu tema: „Diagnosticul și tratamentul toxoplazmozei în obstetrică”, iar în 1967 i-a fost conferit titlul științific profesor universitar. Pe parcursul al 32 de ani d-l Gh.Paladi a condus catedra de Obstetrică și Ginecologie nr. 1 a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. În 1992 primește titlul onorabil de academician al AŞ al RM.

Conducător icsusit, pedagog talentat, specialist deosebit, d-lui a fost unul dintre primii savanți-organizatori, care au stat la baza fondării sistemului contemporan al ocrotirii sănătății mamei și copilului.

Organizarea serviciului obstetrical-ginecologic este una din direcțiile prioritare ale activității academicianului Gh.Paladi. Mai mult de 26 de ani d-lui a condus această ramură în Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, a creat școala specialiștilor înalt calificați în obstetrică și ginecologie, ceea ce a permis ameliorarea considerabilă a calității și indicilor serviciului respectiv.

Aria intereselor științifice ale dului academician Gh.Paladi este vastă și cuprinde cele mai actuale probleme ale obstetriciei, ginecologiei și medicinii perinatale. Domnia Sa a adus un aport deosebit în studierea infecțiilor în timpul sarcinii, a stărilor fiziologice și patologice ale sistemului fetoplacentar, a endocrinologiei sătului, a biochimiei lichidului amniotic etc.

Elaborările științifice ale profesorului Gh.Paladi au stat la baza concepției despre stresul natal în nașterea fiziologicală și în caz de operație cezariană. Sub conducerea d-lui au fost studiate cele mai importante direcții ale obstetriciei contemporane: problemele patogenezei, diagnosticului, tratamentului și profilaxiei stărilor hipertensive în sarcină, a hemoragiilor obstetricale, a complicațiilor puerperal-septice etc.

Sunt cunoscute meritele remarcabile ale dului profesor Gh.Paladi și în domeniul ginecologiei. De mare importanță pentru medicina practică sunt multiplele lucrări științifice dedicate



diagnosticului și tratamentului diverselor patologii ginecologice (procese hiperplastice, miomul uterin, procesele inflamatorii ale organelor genitale feminine, sterilitatea tubo-peritoneală, sarcina ectopică etc.). Rezultatele activității în acest domeniu au fost expuse de către profesorul Gh.Paladi în manualul de Ginecologie, editat în 1998, în care, de pe poziții moderne și pe baza unei practici bogate au fost expuse cele mai importante capitole ale ginecologiei.

Sub conducerea academicianului Gh.Paladi, în Republica Moldova, pentru prima dată a fost implementată metoda endoscopică de diagnostic și tratament al ginecopatiilor și au fost elaborate indicațiile pentru aplicarea pe larg a laparoscopiei.

Rezultatele investigațiilor profesorului Gh.Paladi într-o vastă arie de probleme științifice au fost expuse în monografiile: „Unele particularități ale homeostazei în sistemul mama-făt”, „Patogeneza, clinica și tratamentul miomului uterin”, „Epidemiologia răspândirii tumorilor organelor genitale feminine în Moldova”, „Endoscopia în ginecologie”, „Glucocorticoizii în sistemul mamă-placentă-făt”, „Ginecologie endocrinologică” etc.

De către Domnia Sa, pentru prima dată, a fost organizat Centrul Științific de Cercetări Medicale și Socio-demografice ale Familiei pe lângă Academia de Științe a RM, rezultatele activității căruia au fost incluse în Strategia Națională de Dezvoltare Durabilă a Republicii.

Profesorul Gh.Paladi este autor al peste 400 lucrări științifice, dintre care 12 monografii, 50 materiale didactice. Sub conducerea d-lui au fost susținute 30 teze de doctorat.

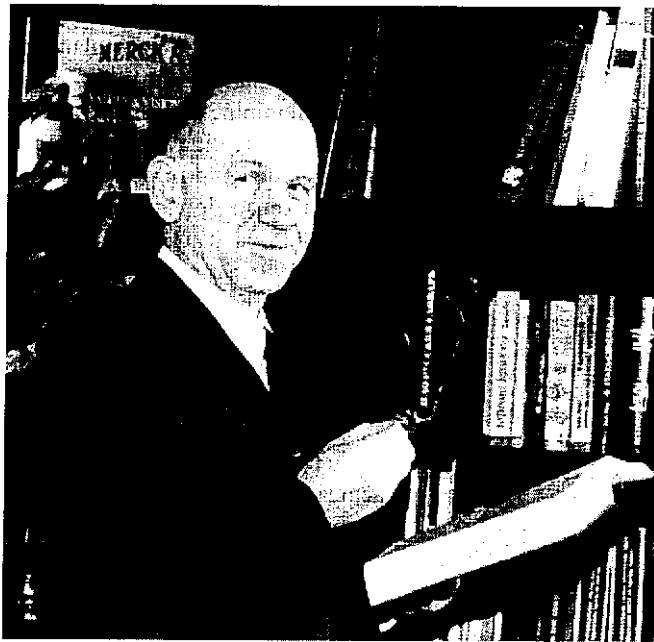
Academicianul Gh.Paladi asociază activitatea medicală științifică și practică cu sfera socială, fiind în decursul multor ani membru al Asociației Europene a obstetricienilor-ginecologi, membru al Comitetului Executiv al Societății de Psihologie și medicină perinatală, membru de onoare al Societății medicilor obstetricieni-ginecologi din România.

Pentru merite deosebite în dezvoltarea științei medicale și pregătirea cadrelor, academicianul Gh.Paladi i s-a conferit titlul de Om Emerit, totodată activitatea d-lui a fost apreciată prin decernarea Ordinului Republicii.

Colegii de breaslă și discipolii dului profesor Gheorghe Paladi îl felicită cordial cu ocazia strălucitului jubileu, urându-i sănătate și noi succese în activitatea sa nobilă și multilaterală.

*Olga Cernețchi, dr.h., profesor
șef de curs obstetrică și ginecologie
USMF „Nicolae Testemițanu”*

Boris Parii la 60 de ani



Din imagine ne privește un om cu suflet mare, cumpătat la cuget și înțelegător la privire, răbdător și dăruitor de sine.

Este Boris Parii – directorul Institutului Național de Farmacie (INF) – care la 25 martie curent a fost omagiat cu ocazia jubileului de 60 de ani și felicitat cu multă căldură și dragoste de către colegi, prieteni, rude, întreaga obștine de medici, farmacologi, farmaciști, oameni de știință și de artă. Da, este om de știință și de artă, conducător șic și organizator de forță, are frumoase calități de pedagog și harul de gospodar.

Diploma pe care o deține este de medic, vocația de farmacolog, actuala activitate practică – manager, prin atitudinea responsabilă pe care o manifestă față de medicament este și farmacist, iar prin modul de a gândi – filozof.

Pasiunea față de sufletul omului, față de istoria neamului, de satul natal – Șerbaca Râșcanilor, cea de sub apă, rămasă doar în amintirile frumoase ale copilăriei, față de ceea ce se numește divinitate îl ajută pe dl profesor universitar, Boris Parii, să înfrunte dificultățile și să rezolve problemele cu care se confruntă astăzi colectivul INF și întreaga societate.

Sunt bine cunoscute eforturile întreprinse de dl director în vederea consolidării și perfecționării funcțiilor de reglementare și control în domeniul medicamentului, al activității farmaceutice și transformării Institutului Național de Farmacie într-un organism de talie europeană care să posede împăterniciri și responsabilități temeinice – eforturi logice și

scop nobil pentru o țară mică cum este Republica Moldova. Acest lucru a fost conștientizat de dl director încă de la fondarea Institutului: crearea bazei legislative, normative și tehnico-materiale, dotarea lui cu utilaje necesare, consolidarea colectivului, stabilirea relațiilor internaționale, rezolvarea problemelor sociale, argumentarea perspectivelor de dezvoltare – sunt câteva dintre etapele și situațiile importante prin care a trecut INF, avându-l ca conducător pe dl Boris Parii. În INF se organizează nu pur și simplu condiții normale de lucru, ci condiții de activitate creativă. Da, domnul director iubește să repete că va veni timpul când va fi o mândrie și o onoare să fii „inefist”.

Rezultatele obținute se datorează în mare măsură stilului democrat de conducere cu care l-a înzestrat Dumnezeu – un stil prin care își asumă responsabilitatea pentru activitatea INF, împreună cu tot colectivul și fiecare „inefist” în parte, prin care delegă cu încredere funcțiile de răspundere.

Savantul Boris Parii este autorul unui număr impunător de lucrări științifice: monografii, îndrumare, articole și teze științifice, brevete de invenție. Activitatea editorială s-a concretizat în peste 150 lucrări. Pasiunea față de cercetările fundamentale în farmacologie redă lucrărilor sale importanță științifică și aplicativă majoră.

Una dintre maximele ce-i caracterizează atitudinea față de cercetare este cea lansată de L. Blaga: „Ştiința este o filozofie a răspunsurilor, filozofia mai mult o știință a întrebărilor”.

Este discipolul marelui savant farmacolog Efim A. Muhin, l-a cunoscut foarte bine, fapt ce ia permis să facă o serie de aprecieri pentru personalitatea acestui distins savant.

Fiind conștient de importanța pe care o are înregistrarea de stat a medicamentelor, dl Boris Parii a acordat și continuu să acorde o atenție sporită organizării și bunei activități a Comisiei Medicamentului, fiind Președintele ei pe întreaga perioadă de activitate. Prin aceasta se asigură eficiența, inofensivitatea și buna calitate a medicamentelor autorizate pentru utilizare în Republica Moldova.

Apreciind la cea mai înaltă valoare dăruirea sa pentru sănătatea omului, pentru dezvoltarea farmacologiei în Republica Moldova, la frumoasa aniversare de 60 de ani îi urăm dlui director, profesor universitar Boris Parii multă sănătate, fericire, noi realizări și mulți ani înainte.

Larisa Catrinici, viceministru al sănătății

Vladimir Safta, dr. h., profesor, vicedirector
Institutul Național de Farmacie