

Microbiota intestinală a apărut ca un actor-cheie în patogeneza atât a BFGNA, cât și a BII, în care modificarea microbiotei intestinale a fost asociată cu activitatea bolii [10]. Modificarea microbiotei intestinale poate acționa ca o legătură patogenă între BII și BFGNA, iar un proces inflamator activ ar putea duce la infiltrarea grasă a ficatului.

Durata BII este probabil un alt predictor independent al dezvoltării BFGNA, boala expune pacienții la factori de risc multipli pentru BFGNA, incluzând inflamația cronică recidivantă, alterarea microbiotei intestinale și medicamentele hepatotoxice. În special, stresul oxidativ din speciile de oxigen reactiv poate fi de asemenea un factor patogen comun ce contribuie la coexistența BFGNA și BII. De asemenea, o intervenție chirurgicală anterioară este estimată ca un predictor independent al BFGNA, dar acesta este cel mai probabil un marker-surogat al bolii, cu o afecțiune inflamatorie mai activă și o expunere repetată la medicamentele hepatotoxice [3].

Pentru prima dată în Republica Moldova a fost evaluată prevalența steatozei hepatice la bolnavii de CU constituind $\approx 8\%$, datele noastre fiind similare cu datele din literatura de specialitate. Studiul efectuat a adus un aport semnificativ prin depistarea frecvenței bolilor hepatice nevirale la pacienții suferinzi de CU din Republica Moldova. O valoare majoră științifică și practică semnificativă a constituit evaluarea influenței steatozei hepatice la particularitățile CU, rezultatele obținute au determinat că asocierea steatozei hepatice la bolnavii de CU are o influență protectoare asupra caracteristicilor și evoluției CU. Un moment important a fost faptul că, în baza studiului respectiv, s-a determinat că există o relație între particularitățile colitei ulcerative și steatoza hepatică.

Concluzii

1. Steatoza hepatică se depistează la un număr mare de pacienți diagnosticați cu colită ulcerativă ($\approx 8\%$).

2. Steatoza hepatică are, probabil, o influență protectoare asupra caracteristicilor și evoluției CU, fapt ce se manifestă printr-un număr mai mic de pacienți cu afectare totală și activitate severă a CU.

Bibliografie

1. Chao C., Battat R., Al Khoury A., et al. *Co-existence of non-alcoholic fatty liver disease and inflammatory bowel disease: a review article*. In: World J. Gastroenterol., 2016; nr. 22, p. 7727–7734.
2. Hernaez R., Lazo M., Bonekamp S., et al. *Diagnostic accuracy and reliability of ultrasonography for the detection of fatty liver: a metaanalysis*. In: Hepatology, 2011; nr. 54, p. 1082–1090.
3. Dignass A., Eliakim R., Magro F. et al. *Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: Definitions and diagnosis*. In: J. Crohn's and Colitis, 2012, nr. 6(10), p. 965–990.

4. Silverberg M.S., Satsangi J., Ahmad T., et al. *Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology*. In: Can. J. Gastroenterol., 2005; vol. 19, suppl. A, p. 5A–36A.
5. Bessissow T., Le N.H., Rollet K., et al. *Incidence and Predictors of Nonalcoholic Fatty Liver Disease by Serum Biomarkers in Patients with Inflammatory Bowel Disease*. In: Inflamm. Bowel Dis., 2016; nr. 22, p. 1937–1944.
6. Thin L.W., Lawrance I.C., Spilsbury K., et al. *Detection of liver injury in IBD using transient elastography*. In: J. Crohns Colitis, 2014; nr. 8, p. 671–677.
7. Sourianarayanan A., Garg G., Smith T.H., et al. *Risk factors of non-alcoholic fatty liver disease in patients with inflammatory bowel disease*. In: J. Crohns Colitis, 2013; nr. 7, p. e279–e285.
8. Nagahori M., Hyun S.B., Totsuka T., et al. *Prevalence of metabolic syndrome is comparable between inflammatory bowel disease patients and the general population*. In: J. Gastroenterol., 2010; nr. 45, p. 1008–1013.
9. Liu T.C., Stappenbeck T.S. *Genetics and Pathogenesis of Inflammatory Bowel Disease*. In: Ann. Rev. Pathol., 2016; nr. 11, p. 127–148.
10. Silverberg M.S., Satsangi J., Ahmad T., et al. *Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology*. In: Can. J. Gastroenterol., 2005; vol. 19, suppl. A, p. 5A–36A.

Alina Jucov, doctorandă,
disciplina *Gastroenterologie*,
Departamentul *Medicină Internă*,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 069384778
e-mail: alina.jucov@usmf.md

■ CZU: [616.34-002.44+616.344-002-031.84](478)

EPIDEMIOLOGIA, FORMELE CLINICE ȘI EVOLUȚIA COLITEI ULCERATIVE ȘI A BOLII CROHN ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Svetlana ȚURCAN¹, Alina TOCAN-MUSTEAȚA², Alina JUCOV², Vitalie ȚURCAN²,
¹IP USMF Nicolae Testemițanu,
IMSP Spitalul Clinic Republican;
²IP USMF Nicolae Testemițanu

Rezumat

Bolile inflamatorii intestinale (BII) reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, acestea tinzând să afecteze populația tânără și să aibă o evoluție prelungită și recurentă. Răspândirea BII în diferite țări și zone geografice este foarte neuniformă și această creștere demonstrată în unele țări din

Europa Centrală și de Est este cauzată de „westernizarea” modului de viață. Pentru evaluarea particularităților demografice, caracteristicilor clinice și biologice la pacienții cu colită ulcerativă și boala Crohn (BC), au fost efectuate două studii în Clinica de gastroenterologie a Spitalului Clinic Republican. Pentru analiza bolii Crohn s-a realizat un studiu retrospectiv, în care au fost analizați parametrii demografici, clinici și biologici în perioada 2013-2017. Diagnosticul de BC a fost confirmat prin metode endoscopice, histologice sau entero-RMN. La pacienții cu colită ulcerativă s-a efectuat un studiu de cohortă prospectiv, care a inclus o analiză comparativă a diferitor factori în primul an al bolii și în următorii cinci ani. Totuși, conform studiile desfășurate, Republica Moldova se referă la regiunile cu incidență și prevalență a BII în continuă creștere, cu agravarea evoluției bolii. Aceste date evidențiază necesitatea cercetărilor în domeniul prevenirii bolilor inflamatorii intestinale și al inovațiilor în sistemele de sănătate, pentru a trata eficient aceste boli complexe și costisitoare.

Cuvinte-cheie: boli inflamatorii intestinale, boala Crohn, colită ulcerativă, epidemiologie, forme clinice, evoluție

Summary

Epidemiology, clinical forms and the evolution of ulcerative colitis and Crohn disease in the Republic of Moldova

Inflammatory bowel diseases (IBD) represent a major problem to the public health, that tend to affect young population and have a recurrent and long evolution. IBD spread in different countries and geographical zones is very uneven. This proven increase in several countries from Central and Eastern Europe is due to westernization of life style. In order to evaluate demographic peculiarities, clinical and biological characteristics in patients with ulcerative colitis and Crohn disease, 2 studies have been performed in the Gastro-enterology Department of the Republican Clinical Hospital. For Crohn disease analysis a retrospective study where demographic, clinical and biological parameters were analyzed between 2013-2017. The diagnosis of Crohn disease was confirmed by means of endoscopic and histological methods or entero-MRI. In patients with ulcerative colitis – a prospective cohort study has been made, that included a comparative analysis of different factors from the first and the following 5 years of the disease. However, according to the performed studies, Republic of Moldova refers to a region with increasing incidence and prevalence of IBD, with worsening of the disease evolution. These data highlight the need for research into prevention of inflammatory bowel disease and innovations in health-care systems to manage this complex and costly disease.

Keywords: inflammatory bowel diseases, Crohn's disease, ulcerative colitis, epidemiology, clinical forms, evolution

Резюме

Эпидемиология, клинические формы и эволюция неспецифического язвенного колита и болезни Крона в Республике Молдова

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), которые, как правило, имеют длительное рецидивирующее

течение и поражают пациентов молодого возраста, представляют собой серьезную медицинскую проблему. Распространение ВЗК в разных странах и географических зонах очень неравномерно. В некоторых странах Центральной и Восточной Европы отмечается существенный рост заболеваемости ВЗК, связанный, возможно, с «вестернизацией» образа жизни. Для оценки демографических особенностей, клинических и параклинических характеристик у пациентов с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК) в гастроэнтерологическом отделении Республиканской клинической больницы было проведено 2 исследования. В ретроспективном исследовании были изучены демографические, клинические и параклинические параметры у пациентов с БК, которые проходили лечение с 2013 по 2017 годы. Диагноз болезни Крона был подтвержден с помощью эндоскопических и гистологических методов или энтеро-МРТ. Для анализа характеристик ЯК было проведено проспективное когортное исследование, которое включало сравнительный анализ разных факторов ЯК в дебюте заболевания и в течение 5 лет. Согласно проведенным исследованиям, Республика Молдова относится к регионам, в которых отмечается значительный рост заболеваемости ВЗК и ухудшение течения заболевания. Эти данные подтверждают необходимость исследований в области профилактики ВЗК, изменений в области здравоохранения для улучшения диагностики и лечения этой сложной патологии.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, эпидемиология, клинические формы, эволюция

Introducere

Bolile inflamatorii intestinale (BII) reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, deoarece tind să afecteze populația tânără și să aibă un curs clinic prelungit și recurent, care interferează cu educația, capacitatea de muncă, interacțiunea socială și calitatea vieții [9].

Colita ulcerativă (CU) este o afecțiune inflamatorie cronică a colonului, caracterizată prin inflamație difuză, limitată la mucoasă, asociată de numeroase complicații intestinale și extraintestinale. Boala Crohn (BC) este o maladie cronică, caracterizată prin leziuni discontinue care intervin în orice parte a tractului gastrointestinal – de la cavitatea bucală până la anus [2, 8]. Există mai multe fenotipuri ale bolii, incluzând forma inflamatorie, cu stricturi și cu penetrare. Pacienții pot avea unul sau mai multe dintre aceste fenotipuri clinice în cursul evoluției bolii lor. Scopul terapiei medicale este de a obține o remisiune clinică și endoscopică fără steroizi, cu speranța de a preveni complicațiile și intervențiile chirurgicale. Cauza exactă a acestor afecțiuni nu este cunoscută, dar se presupune că CU și BC apar ca răspuns sau expunere la factorii de mediu, sau la

o modificare a microbiotei intestinale la un bolnav susceptibil genetic [7].

Datele epidemiologice actuale sugerează că incidența și prevalența BII sunt în creștere și acestea devin boli de importanță globală în secolul XXI. *Inițial, BII au fost mai frecvente în țările dezvoltate, industrializate, implicând urbanizarea ca potențial factor de risc. Incidența geografică a BII a variat considerabil.* La începutul secolului al XX-lea, BII se considerau patologii grave, rar întâlnite, însă după anii 1950 s-a înregistrat o creștere semnificativă a CU și BC, preponderent în nordul Europei și în SUA.

Actualmente, răspândirea CU și BC este foarte neuniformă, patologia fiind caracteristică pentru țările economic dezvoltate, unde se înregistrează și cele mai mari rate, iar cele mai mici sunt atestate în țările în curs de dezvoltare. Zonele climatice mai joase și zonele urbane au o rată mai mare de BII decât zonele rurale și cele cu climă caldă [4].

La nivel internațional, incidența BII este de aproximativ 0,5-24,5 cazuri la 100.000 locuitori pentru CU și 0,1-16 cazuri la 100.000 locuitori pentru BC. În general, prevalența BII este de 396 de cazuri la 100.000 populație anual. Incidența și prevalența maximă a CU se înregistrează în țările scandinave (incidența – 20-25/100.000 de locuitori, prevalența – 200-250/100.000), în SUA (2-12 și 70-156 respectiv), în Marea Britanie (10-20 și 100-200) [1]; și BII se înregistrează rar sau extrem de rar în țările asiatice și cele africane.

Scopul studiului realizat a fost analiza datelor epidemiologice și a particularităților clinice ale colitei ulcerative și ale bolii Crohn în Republica Moldova.

Materiale și metode de cercetare

Pentru analiza incidenței și prevalenței BII au fost utilizate datele din Registrul centralizat de înregistrare a indicilor epidemiologici în baza datelor Centrului Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății. Din 1998, BII se disting ca nosologii separate în registrul centralizat.

Pentru analiza particularităților demografice și a caracteristicilor clinice ale CU, în Clinica de gastroenterologie a Spitalului Clinic Republican s-a efectuat un studiu de cohortă prospectiv, unde au fost studiate 590 de cazuri de BII, cu vârsta medie de $38,0 \pm 14,1$ ani. Pentru practica clinică, are o importanță majoră posibilitatea de a prognoza evoluția bolii pe o perioadă îndelungată. O astfel de prognozare ar permite alegerea tacticii de tratament și managementul pacientului nu numai în funcție de severitatea unei recidive concrete, dar și de șansele unei sau altei forme de evoluție a CU. Supravegherea pacienților s-a efectuat conform proto-

coalelor standardizate, pe o durată de monitorizare de cinci ani. Grupul de control a fost constituit din 305 persoane fără patologii organice intestinale. Depistarea factorilor de risc și evaluarea acurateții prognozei pentru diferite forme de evoluție a CU s-au efectuat folosind analiza multifactorială discriminantă pas cu pas.

Evaluarea formelor clinice și evolutive ale BC s-a efectuat în studiul retrospectiv, fiind analizați parametrii demografici, clinici și biologici la pacienții cu BC aflați în evidență medicală în Spitalul Clinic Republican, în perioada 2013–2017. Diagnosticul de BC a fost confirmat prin metode endoscopice, histologice sau entero-RMN. În studiu au fost incluși 84 de pacienți cu vârsta între 17 și 75 de ani, vârsta medie – $42,1 \pm 15,2$ ani.

Rezultate obținute

Conform indicilor de morbiditate prin BII, prezentați de Centrul Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății, Republica Moldova respectă criteriile pentru regiunile cu incidență și prevalență medie a BII, comparabilă cu indicii altor țări din Europa de Est [6, 10]. Curba de incidență a CU și BC din anii 1998–2017 are un caracter relativ stabil, cu devieri de la 2,9 până la 4,1 cazuri noi de BII la 100.000 de locuitori, din anul 2009 cu tendință semnificativă de creștere (figura 1). Incidența maximă a fost înregistrată în anii 2016–2017 – 6 cazuri la 100.000 populație.

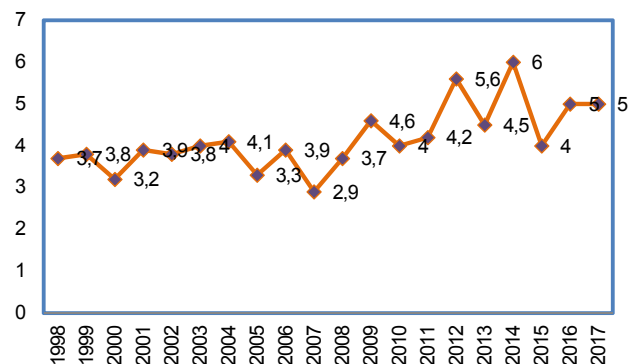


Figura 1. Incidența CU și a BC conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, anii 1998–2017

O situație similară se observă și în cazul prevalenței prin BII, cu oscilații moderate de la 16,9 până la 27 cazuri la 100.000 populație, cu tendința de creștere în ultimii ani, prevalență maximă înregistrându-se în anii 2012-2017 – 27-35 cazuri la 100.000 (figura 2).

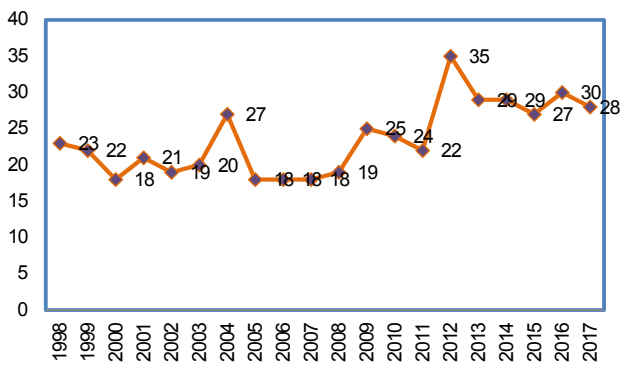


Figura 2. Prevalența CU și BC conform datelor Centrului Național de Management în Sănătate, anii 1998–2017

Pe durata a cinci ani de la debutul bolii, la 184 (60,1%) pacienți cu colită ulcerativă s-a înregistrat o evoluție favorabilă, cu perioade îndelungate de remisiune și/sau cu recidive rare (≤ 1 pe an), iar la 122 (39,9%) de pacienți – o evoluție cu recidive frecvente, de două ori pe an și mai frecvent. În aceste două grupuri de bolnavi a fost efectuată o analiză comparativă a diferitor factori, inclusiv demografici, anamnestici, a caracteristicilor debutului bolii și particularităților evoluției CU în primul an al bolii și în următorii cinci ani.

Analiza multifactorială discriminantă a permis evidențierea a șase indicatori ce caracterizează debutul bolii, evoluția ei negativă și apariția complicațiilor: vârsta la debutul maladiei, severitatea debutului, manifestările extraintestinale, durata până la tratamentul specific, durata până la remisiune, durata terapiei de menținere.

Conform rezultatelor analizei discriminante, cunoașterea celor șase factori, enumerați mai sus, permite a prognoza o evoluție favorabilă, cu recidive rare, în 84,24% din cazuri și o evoluție nefavorabilă, cu recidive frecvente, în 73,77% din cazuri, ceea ce corespunde unui nivel înalt al semnificației de prognozare.

Analiza particularităților clinice și evolutive ale BC a demonstrat că boala a debutat la vârsta de la 17 la 40 de ani în majoritatea cazurilor (59,5%), cu vârsta mai mare de 40 de ani – 34,5% și mai mică de 17 ani – 6%. Localizarea bolii conform clasificării Montreal a constituit: 45,2% – în ileocolon; 35,6% – în colon; 17,9% – în ileonul terminal și numai la 1 pacient a fost depistată afectarea segmentului superior al tubului digestiv. Evoluția maladiei de tip B1 (fără stenozare și/sau penetrare) s-a depistat în 29,8% din cazuri, de tip B2 (cu stenozare) – în 35,7%, de tip B3 (cu penetrare) – în 23,8% și 10,7% de pacienți au avut o evoluție cu stenozare și penetrare. Manifestări extraintestinale au fost înregistrate în 20,2% din cazuri. O rată mică de pacienți din cohorta analizată

a folosit tratament de menținere (10,7%) și, ca o consecință posibilă, majoritatea pacienților au suportat cel puțin o intervenție chirurgicală (52,4%), inclusiv 16,7% – intervenții repetate și multiple.

Ponderea pacienților operați a fost direct corelată cu durata bolii: în caz de durată a BC mai mică de cinci ani, 37,8% au suportat intervenții chirurgicale, inclusiv 11,1% repetate; în caz de durată a bolii de 5-10 ani – 68,2% și 18,2% respectiv; în caz de durată mai mare de 10 ani – 70,2% și 41,2% respectiv.

Discuții

În Republica Moldova se atestă o incidență și o prevalență medie, în anul 2017 incidența constituind 5 cazuri la 100.000 de locuitori și prevalența – 28 cazuri la 100.000 de locuitori. În ultimii ani se înregistrează o creștere semnificativă a morbidității prin BII. Se presupune că majorarea BII, demonstrată în unele țări din Europa Centrală și de Est, este cauzată de „westernizarea” modului de viață (ridicarea nivelului de industrializare, creșterea ritmului de viață, schimbări esențiale în alimentație: sporirea consumului de produse rafinate, de glucide ușor asimilabile și de grăsimi, paralel cu micșorarea consumului de produse naturale, etc.). Probabil, acest fenomen influențează în ultimii ani modul de viață și stilul de alimentație a populației din Republica Moldova.

Studiul de cohortă prospectiv a evidențiat factori de risc pentru evoluția nefavorabilă a CU asociată de recidive frecvente și complicații. O atenție deosebită trebuie acordată celor mai importanți factori de risc ai evoluției nefavorabile a CU: durata până la administrarea tratamentului specific mai mare de șase luni, tratamentul inadecvat la debutul bolii, durata până la remisiune mai mare de șase luni, durata terapiei de menținere ≤ 1 lună, care sunt factori modificabili. Prin urmare, diagnosticul timpuriu și aplicarea oportună a tratamentului adecvat pot preveni evoluția nefavorabilă a CU. Scopul terapiei trebuie să fie jugularea recidivei cât mai curând posibil și menținerea cât mai îndelungată a remisiunii clinice și endoscopice. Este inadmisibilă persistența CU active, chiar și cu un grad ușor, deoarece s-a demonstrat că și în acest caz se observă agravarea bolii și dezvoltarea complicațiilor. Inducerea și menținerea adecvată a remisiunii în CU sugerează necesitatea implementării metodelor noi de tratament al maladiei, printre care aplicarea mai largă a terapiei imunomodulatoare și implementarea bioterapiei.

Necesitatea unor măsuri mai active și a implementării metodelor noi de tratament în conduita clinică a pacienților cu BC a fost demonstrată în studiul dat prin faptul că majoritatea pacienților cu BC au avut o evoluție progresivă, cu stenozare și/

sau penetrare (70,2%), însă o rată mică a suportat tratament de menținere, fapt care, probabil, a cauzat nivelul ridicat de intervenții chirurgicale (52,5%), inclusiv repetate (16,7%).

Concluzii

BII sunt boli inflamatorii complexe și eterogene, care la începutul secolului al XXI-lea au devenit maladii globale, cu incidență accelerată în țările industrializate, ale căror societăți au devenit mai "occidentale". Conform studiilor efectuate, Republica Moldova se referă la regiunile cu incidență și prevalență a BII în continuă creștere, cu agravarea evoluției bolii.

Rezultatele studiului și datele literaturii au demonstrat că particularitățile clinice, severitatea și formele evoluției BII pot fi influențate, în anumită măsură, de tratamentul adecvat de inducere și menținere a remisiunii. Pentru a gestiona aceste boli complexe și costisitoare, un rol foarte important îl are acordarea terapiei moderne necesare, inclusiv tratament imunomodulator și biologic.

Bibliografie

- Bernstein C. *New insights into IBD epidemiology: are there any lessons for treatment?* In: Dig. Dis., 2010, v. 28, p. 406-410.
- Danese S., Fiocchi C. *Ulcerative colitis*. In: N. Engl. J. Med., 2011, nr. 365(18), p. 1713-1725.
- Elson C.O. *Why do treatment fail? – Basic*. In: J. of Crohn's & Colitis. 2010, nr. 4(1), p. 16-17.
- Jussila A., Virta L., Kautiainen H. et al. *Increasing incidence of inflammatory bowel disease in Finland*. In: J. Crohn's Colitis, 2010, vol. 4, p. 103.
- Lakatos L., Mester G., Erdelyi Z. et al. *Striking elevation in incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary between 1977-2001*. In: World J. Gastroenterol., 2004; nr. 10, p. 405-409.
- Langholz E., Munkholm P., Davidsen M., Binder V. *Course of ulcerative colitis: analysis of changes in disease activity over years*. In: Gastroenterol., 1994, no. 107, p. 3-11.
- Loddo I., Romano C. *Boala intestinului inflamator: genetică, epigenetică și patogeneză*. In: Front Immunol., 2015, nr. 6, p. 551.
- Molodecky N.A., Soon I.S., Rabi D.M. et al. *Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review*. In: Gastroenterology, 2012, nr. 142, p. 46-54.
- Ponder A., Long M.D. *O analiză clinică a recentelor descoperiri în epidemiologia bolii inflamatorii intestinale*. In: Clin. Epidemiol., 2013.
- Sincic B.M., Vucelic B., Persic M. et al. *Incidence of inflammatory bowel disease in Primorsko-Goranska County, Croatia, 2000-2004: A prospective population-based study*. In: Scand. J. Gastroenterol., 2006, nr. 41, p. 437-444.
- Stange E.F., Travis S.P.L., Vermeire S. et al. *European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis*. In: J. Crohn's Colitis, 2008, nr. 2, p. 1-23.

Svetlana Țurcan, profesor,
Departamentul Medicină Internă,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 079436554
e-mail: svetlana.turcan@usmf.md

CZU: 616.611-002+614.253

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN MONITORIZAREA COPILOR CU GLOMERULONEFRITĂ

Angela CIUNTU,

Departamentul Pediatrie, IP USMF Nicolae Testemițanu,
IP IMSP Institutul Mamei și Copilului

Rezumat

Studiul efectuat a inclus un lot de 60 de copii cu glomerulonefrită primară, inclusiv 40 de copii cu sindrom nefrotic steroid-sensibil (SNSS) și 20 cu sindrom nefrotic steroid-rezistent (SNSR). Manifestările clinice la pacienții cu sindrom nefrotic (SN), atestate în perioada debutului maladiei, au fost determinate de edeme generalizate până la anasarcă, oligoanurie, sindrom algic abdominal. Estimarea markerilor biochimici ai sângelui a evidențiat hipoproteinemie și hiperlipidemie în subloturile de pacienți cu SN. Analiza sumarului urinei a depistat proteinurie până la 4,65±0,6 g/l în SNSS și până la 7,15±0,09 g/l în SNSR. Programul terapeutic utilizat a contribuit la faptul că 75,5% pacienți cu SNSS au prezentat remisiune completă la ultima supraveghere, comparativ cu 43,8% în SNSR. La bolnavii cu SNSS maladia a evoluat spre cronicizare în 24,5% cazuri, iar la cei cu SNSR rata de cronicizare a fost de trei ori mai înaltă – 75,5% cazuri. La nivelul medicinei primare, utilizarea algoritmilor de evaluare a copiilor cu glomerulonefrită prin monitorizarea markerilor clinici, funcționali și consultul specialistului-nefrolog vor permite stabilirea diagnosticului de glomerulonefrită.

Cuvinte-cheie: sindrom nefrotic steroid-sensibil (SNSS), sindrom nefrotic steroid-rezistent (SNSR), glomerulonefrită, copii

Summary

Role of family doctors in monitoring children with glomerulonephritis

The study included 60 children with primary glomerulonephritis, including 40 children with steroid-sensitive