

**Литература**

1. Вайнберг З.С., Неотложная урология, М., Москва, 1997.
2. Казонь М., Бовкевич Я., Зелиньска З., Спонтанное проникновение мочи из верхних мочевых путей в окружающие ткани во время почечной колики, Урология и нефрология, №3, 1981.
3. Лопаткин Н.А., Кормщиков Ю.В., Оперативное лечение двухстороннего нефроуретеролитиаза, Урология, №2, 1972.
4. Лопаткин Н.А., Рябинский В.С., Урологические заболевания под маской острого живота, /в кн.: Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, М., 1976.
5. Люлько А.В., Романенко А.Е., Серняк П.С., Повреждения органов мочеполовой системы, Киев, "Здоров'я", 1981.
6. Паливода Н.И., Коралловидные камни почек, Минск, 1973.

## **CORELAȚIILE ÎNTRE UNELE DEREGLĂRI METABOLICE ȘI TENSIUNEA ARTERIALĂ LA LUCRĂTORII FABRICII CONFECȚII "ODEMA"**

**B. Sasu, O. Mocialov**

*USMF "N. Testemițanu", Chișinău, SRL "Odema", Tiraspol*

**Summary**

*At 400 workers relationship between blood pressure, the disorders of purine metabolism, urine uric acid level, microalbuminuria, cholesterolemia, indexation of body weight was evaluated. A correlation between the severity of hypertension and index of body weight, microalbuminuria, urine uric acid level was established. The usage of investigation schema of disturbances in purine metabolism will allow the earlier depistation of this disorders, the clinical evaluation of major risk patients.*

**Actualitatea**

*Hipertensiunea arterială (HTA) a fost și rămâne o problemă stringentă a medicinei contemporane, afecțiunile cardio-vasculare fiind cauza primordială a deceselor. Este bine cunoscut faptul legăturii strânse între HTA, hipercolesterolemie, obezitate și hiperinsulinism. G.A.Zaharin scria despre bolnavii cu gută: "Constituție excelentă, supraponderali, cu digestie satisfăcătoare, care mănâncă bine și nu se supraîncarcă fizic". În ultimul timp se discută tot mai frecvent despre rolul dereglărilor metabolismului acidului uric (iar în stadiile precoce hiperuricozurii) în geneza tensiunii arteriale (TA) (3,4,5). Un șir de cercetători depistează legături strânse între dereglările metabolismului purinic și insulinrezistența tisulară (6).*

**Scopul lucrării**

*Studierea corelației între TA, indicele masei corporale (IMC), nivelul glucozei, a colesterolului și ureei sangvine, microalbuminuriei, uricozuriei și importanța diagnostică de depistare a dereglărilor metabolismului purinic la un lot organizat de muncitori.*

**Materiale și metode**

*În studiu au fost incluși 400 de muncitori ai fabricii de confecții "Odema", din or. Tiraspol, care nu erau tratați cu preparate antihipertensive sau care se tratau episodic. Monitorizarea TA sa efectuat în poziție șezândă, după un repaos de 5 minute în condiții de tensiometrie standartizată. TA înregistrată a fost clasificată după New (1999) WHO/ISH. La toate persoanele investigate a fost cercetat nivelul glucozei, colesterolului și ureei sangvine (Test Sistem Elitech, Anglia), acidul uric în urină (N 4760-5960 mmol/24 ore), și microalbuminuria (N=6,5 μgr/min, Test Sistem UBI, Magiwell, USA). Investigații au fost interogați în conformitate cu ancheta de depistare a dereglărilor metabolismului purinic (2). A fost calculat IMC (Kettle) (Masa corpului în kg./talie, m<sup>2</sup>).*

**Rezultate și discuții**

*Au fost cercetați 21 bărbați și 379 femei. Preponderența femeilor în lotul investigat, posibil ține de caracterul de producere a fabricii de confecții. Vârsta a variat între 15 și 85 ani, majoritatea covârși-*

toare fiind de vîrsta aptă de muncă (20-60 ani). După ancheta de studiere a dereglărilor metabolismului purinic, lotul a fost divizat în două grupuri: I gr. - muncitorii care au acumulat  $\leq 100$  puncte (109 muncitori) și gr.II -  $\geq 100$  puncte (291 muncitori). Această divizare, după părerea autorilor anchetei (2), reflectă destul de elocvent gradul dereglărilor metabolismului purinic. Variațiile punctajului acumulat: 10-520, media constituind 169 puncte.

Repartizarea muncitorilor după sex și punctajul acumulat este reprezentată în tabela 1

Tabela 1

Puncte	$\leq 100$	$>100$	Total
Barbați	11 52,38%	10 47,62%	21
Femei	98 25,86%	281 74,14%	379
Total	109 27,25%	291 72,25%	400

Analiza statistică indică, că majoritatea celor care au acumulat mai mult de 100 puncte sunt femeile ( $x$  ă7,06,  $p < 0,01$ ).

În tabela 2 este prezentată divizarea muncitorilor după punctajul acumulat și indicele Kettle.

Tabela 2

Indicele Kettle	Punctaj	Număr	%
< 18,5	$\leq 100$	12	3
	$> 100$	18	4,5
	Total	30	7,5
18,5-24,9	$\leq 100$	51	12,75
	$> 100$	94	23,5
	Total	145	36,25
25-29,9	$\leq 100$	25	6,25
	$> 100$	79	19,75
	Total	104	26,0
30-34,9	$\leq 100$	15	3,75
	$> 100$	69	17,25
	Total	84	21,0
35-39,9	$\leq 100$	3	0,75
	$> 100$	22	5,5
	Total	25	6,25
> 40	$\leq 100$	3	0,75
	$> 100$	9	2,25
	Total	12	3,0

Datele prezentate în tabele ne permit să afirmăm, că dereglările metabolismului purinic cercetate prin anchetare sunt statistic veridic mai crescute la cei cu IMC mai mare ( $x$  ă14,29,  $p < 0,05$ ), ceea ce coincide cu datele din literatură (2,5).

Tabela 3 reflectă repartizarea muncitorilor în dependență de TA și punctajul dereglărilor metabolismului purinic.

Tabela 3

TA	Punctaj	Număr	%
Normotensivi	≤ 100	92	23
	> 100	219	54,75
	Total	311	77,25
HTA gr.I	≤ 100	13	3,25
	> 100	56	14,0
	Total	69	17,25
HTA gr.II	≤ 100	3	0,75
	> 100	16	4,0
	Total	19	4,75
HTA gr.III	≤ 100	1	0,25
	> 100	0	0
	Total	1	0,25

Analiza corelației între normotensivi, hipertensivi și punctajul acumulat denotă, că ancheta pozitivă poate servi ca un indice convingător al HTA, probabil, și al gradului ei ( $x$  ă7,24,  $p > 0,05$ ). La normotensivii din grupul II s-a depistat o legătură între dereglările metabolismului purinic și TA sistolică, colesterolul seric, nivelul microalbuminuriei, uricozuriei și IMC. Este important faptul, că practic la toate persoanele cercetate nivelul glucozei și ureei serice nu a depășit limitele de normă. La hipertensivii din grupul II s-a demonstrat o corelație statistic veridică cu nivelul colesterolului seric ( $r$  ă0,5), IMC ( $r$  ă0,53) și o corelație puternică ( $r$  ă0,75,  $p < 0,05$ ) cu nivelul uricozuriei, mediile căreia erau nesemnificativ mai mari la hipertensivi comparativ cu normotensivii, atît cu punctaj pozitiv cît și la cei cu punctajul ≤ 100.

B.Emerson și P.Row în 1975 au înaintat ipoteza, că dezvoltarea hiperuricemiei în hiperproducerea acidului uric se desfășoară numai pe fondalul afectării hiperuricemice a rinichilor, care se manifestă printr-o hiperuricozurie compensatorie. Deoarece tabloul clinic al nefritei tubulo-interstițiale purinice este destul de sărac (micșorarea densității urinare, nicturia), depistarea patologiei renale este frecvent destul de întârziată. Drept un indice al nefritei tubulo-interstițiale hiperuricemice poate servi și mărirea activității N-acetil-D-glucozaminazilor în urină și excreția 2-microalbuminei. Datele privind incidența hiperuricozuriei și hiperuricemiei în populație (6) le permite autorilor să presupună, că numai la circa 1/3 din persoane cu hiperproducția acidului uric și hiperuricozurie se dezvoltă afectarea hiperuricemică a rinichilor.

Așadar, hiperuricozuria ca prima manifestare a dereglărilor metabolismului purinic, alături de IMC, nivelul colesterolului, glucozei serice etc., poate avea o importanță majoră în geneza HTA prin afectarea dismetabolică a rinichilor.

### Concluzii

1. Ancheta pentru depistarea dereglărilor metabolismului purinic este destul de informativă și poate servi drept indice, care necesită verificarea mai minuțioasă a TA și a analizelor paraclinice (uricozurie, microalbuminurie, cholesterolemie).

2. S-a observat o corelație statistică veridică între indicii masei corporale, uricozurie și ancheta de studiere a dereglărilor metabolismului purinic la persoanele investigate.

3. Depistarea precoce a dereglărilor metabolice, inclusiv a metabolismului purinic, ne-ar permite utilizarea unor acțiuni non-farmacologice, menite să contribuie la profilaxia dezvoltării HTA.

### Bibliografia

1. Донсков А.С., Балкаров И.М. и др. Тер.архив, 1999, №6, стр.53-56.
2. Балкаров И.М. Тер.архив, 1999, №6, стр.57-67.
3. Балкаров И.М. и др. Тер.архив, 1988, №6, стр.37-39.
4. Балкаров И.М. Практикующий врач, 1996, №7 стр.14-17.
5. Мухин Н.А., Бритов А.Н., Тер.архив, 1997, №6, стр.5-10.
6. Мухин Н.А., Балкаров И.М. Тер.архив, 1999, №6, стр.23-27.
7. Facchini F. et.al. Amer.med. Assoc., 1991, v.266, nr.21, p.3009-3011.
8. Emmerson B.T., Row P.G., Kidney int., 1975, v.1 p.65-71.