

## Referințe bibliografice

1. Андреева Е.Н., СемичеваТ. В., ВеснинаА. Ф. Молекулярно-генетические аспекты патогенеза синдрома поликистозных яичников. В: Проблемы репродукции, 2007, №6, с.29-35.
2. Краснопольская К. В., Горский С. Л., Булычева Е. С. Характер изменений андрогенсекретирующей функции яичников после хирургического лечения синдрома поликистозных яичников и его влияние на эффективность последующего экстракорпорального оплодотворения. В: Акушерство и гинекология, 2009, №1, с.49-52.
3. Назаренко Т. А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия. Москва: Медпресс-информ, 2005, 208 с.
4. Adashi E. Y., Rock J. A., Guzick D. et al. Fertility following bilateral ovarian wedge resection: a critical analysis of 90 consecutive cases of the polycystic ovary syndrome. In: Fertil. Steril., 1981, Vol. 35, p.320-325.
5. Azziz R., Woods K. S., Reyna R. et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. In: J. Clin. Endocrinol. Metab., 2004, Vol. 89, p.2745-2749.

## TONSILITA CRONICĂ ȘI PIELONEFRITA

**Daniela Balagura**, medic ORL, doctorand

**Marcel Balagura**, medic chirurg-urolog

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

ma.bal@mail.ru

### CHRONIC TONSILLITIS AND PYELONEPHRITIS

*The work is devoted to chronic tonsillitis and pyelonephritis. 1500 people from rural areas were examined to determine the incidence of chronic tonsillitis and pyelonephritis. The results of the study were as follows: Tonsilita record in the rural population amounted to 23,6%, and in patients who are suffering from pyelonephritis-tonsilita chronic, was diagnosed in the 49,0% of them, which means that the tonsilita record meets two times higher than in patients with pyelonephritis. Chronic tonsillitis can be considered as the cause of pyelonephritis.*

**Introducere.** Tonsilita cronică reprezintă o patologie de o actualitate permanentă(5,3). In pofida faptului că ea este destul de raspândită în rân-

dul populației unele aspecte ale acestei probleme rămân nesoluționate definitiv și până astăzi. De asemenea și pielonefrita face parte dintr-o problemă importantă a urologiei cum sunt – infecțiile tractului urinar, – afecțiuni care ocupă locul 2, după infecțiile aparatului respirator superior (6). În procesul de apărare a organismului tonsilele palatine participă activ la formarea și menținerea imunității locale și generale a organismului (5,8). *Incidența tonsilitei cronice precum și a pielonefritei* – este înaltă și nu are tendința de a se micșora din acest motiv aceste 2 entități nosologice trebuie să fie permanent în atenția medicilor (5,6). Dar astăzi constatăm că problemele tonsilitei cronice nu se pun în discuții la conferințe, simpozioane și congrese locale și Internaționale (1,2).

Opiniile specialiștilor în ceea ce privește tratamentul sunt contraver-sate (1,6). Dacă unii specialiști sunt de părerea de a aplica tonsilectomia, alții sunt mai rezervați (5,3) și recomandă tratament chirurgical. Așa ceva se întâmplă din cauza că nu există o clasificare internațională a tonsilitei cronice (5) care ar pune punct pe problemele de diagnostic și tratament a tonsilitei cronice (5,4). Însă, necatând la faptul că tonsilita cronică este cauza mai multor afecțiuni metatonsilare inclusiv și a pielonefritei – puține sunt publicații la această temă. Diagnosticul de tonsilită cronică este dificil pentru aceea că simptomatologia subiectivă nu prezintă semne diagnostice specifice, ele se întâlnesc și în multe alte afecțiuni atât în tractul respirator cât și în aparatul digestiv și endocrin etc. (5,7).

Legăturile patfiziologice dintre tonsilele cronice și pielonefrita nu sunt ilucidate (5,6). Medicii de familie sunt acei specialiști la care de prima dată se adresează bolnavii (5,9). Acești specialiști de asemenea toată viața țin în supraveghere pe bolnavi, dar ei nu au la dispoziția sa informațiile de ultima ora la acest capitol. În patologia umană afecțiunile metatonsilare ocupă un loc important (9). Unii autori bazându-se pe mecanismele etiopatogenice dintre tonsilita cronică și glomerulonefrita insistent recomandând ca metodă de tratament a bolnavilor care suferă concomitent de tonsilita cronică și de o patologie a rinichilor de efectuat tonsilectomia. În același timp indicațiile către tonsilectomie în caz de glomerulonefrita cronică nu sunt ilucidate până la sfârșit și susținute de toți specialiștii. A treia pliadă de specialiști recomandă în caz de nefrită cronică și tonsilită cronică – tonsilectomia trebuie să se efectueze numai atunci când v-or fi bine argumentate indicațiile.

O incidența sporită a pielonefritei în rândul populației atinge atenția

multor specialiști. Despre patologia sistemului urinar și a sistemului limfo-epitelial se știe încă din timpurile cele mai vechi (5,6). Însă multe aspecte ale acestor patologii și raportul dintre ele nu se cunosc definitive și până astăzi. Iar unele fac multe enigme în fața specialiștilor.

În ultimul timp în tratamentul bolnavilor se propun o mulțime de preparate medicamentoase inclusiv și antibiotice. Dar până astăzi nu s-a publicat despre tratamentul acestor afecțiuni atunci când ei se adresează la medicul de familie. Este cunoscut faptul că tonsilita cronică provoacă mai multe afecțiuni (5). Tonsilectomia nu rezolvă definitiv această problemă. Dioptrivă sunt descrise multe complicații care apar în timpul operației și altele care se dezvoltă în perioadele postoperatorii. Pentru a petrece un tratament eficient la bolnavii care suferă concomitent de tonsilita cronică și de pielonefrită trebuie ca medicul de familie în primul rând să fie asigurat cu datele științifico-practice de la era actuală la tema dată (3,9).

Toate cele expuse mai sus ne-a convins de a ne propune ca **scop** de studiu: "Tonsilita cronică și pielonefrita la persoanele din mediul rural". La baza îndeplinirii acestui scop au fost propuse următoarele **sarcini**:

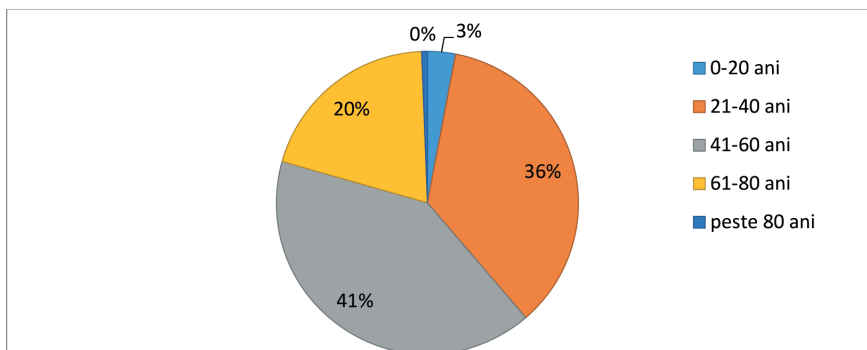
1. Stabilirea morbidității populației rurale prin tonsilita cronică și pielonefrita.
2. Determinarea criteriilor de diagnostic a bolnavilor cu tonsilita cronică și pielonefrita.
3. Aprecierea rolului anamnezei, semnelor subiective și obiective în diagnosticul tonsilitei cronice și a pielonefritei la persoanele locuitoare în satele Republicii Moldova.
4. Examinarea a 1500 de persoane din 40 de sate din Republica Moldova.
5. De a aproba și de a propune algoritmul de diagnostic, tratament și profilaxie a tonsilitei cronice și a pielonefritei.

**Material și metode.** Persoanele din cele 40 de sate din Republica Moldova au fost examinate în oficiile medicilor de familie. La examinarea bolnavilor au participat mai mulți medici specialiști: terapeut, cardiolog, neuropatolog, pediatru, acuzeș ginecolog, urolog, chirurg, otorinolaringolog, stomatolog la necesitate ș.a. În această lucrare sunt expuse rezultatele examenelor efectuate de otorinolaringolog și urolog. La baza diagnosticului au fost puse următoarele date: anamneza personală și ereditară; examenul obiectiv special și cel general; examenul de laborator; examenul radioimagic și altele la necesitate.

**Tab. 1. Repartizarea persoanelor examinate dupa vârstă**

Nr. de ordin	Vârsta (ani)	Persoane examinate	%
1.	0 – 20	45	3,0
2.	21 – 40	535	35,7
3.	41 – 60	610	40,7
4.	61 – 80	301	20,0
5.	Peste 80 de ani	9	0,6
	Total	1500	100,0

**Rezultate și discuții.** Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelele și figurile respective.

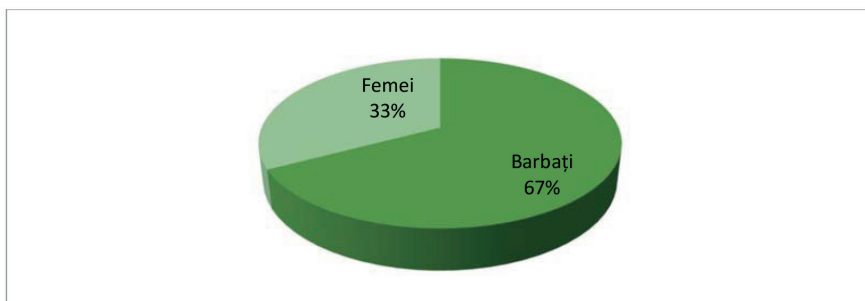
**Fig. 1. Repartizarea persoanelor examinate dupa vârstă**

Persoanele cu vârsta de la 21 și până la vârsta de 80 de ani constituiau 1446 ceea ce constituie 96,4% de persoane. Iar în celelalte vârste au fost numai 54 de persoane ce constituie 3,6%. Așadar majoritatea absolută a persoanelor examinate aveau vârsta de la 21 de ani și până la 80 de ani. Se poate de afirmat că tonsilita cronică și pielonefrita sunt afecțiuni care afectează toate vârstele.

**Tab. 2. Repartizarea persoanelor examinate după vârstă și sex**

Nr. de ordin	Vârsta (ani)	Persoane examinate	%	Barbati		Femei	
				cifre abs	%	cifre abs	%
1.	0 – 20	45	3,0	31	3,1	14	2,85
2.	21 – 40	535	35,7	348	34,5	187	38,08
3.	41 – 60	610	40,7	411	40,7	199	40,54
4.	61 – 80	301	20,0	213	21,1	88	17,92
5.	Peste 80 de ani	9	0,6	6	0,6	3	0,61
	Total	1500	100,0	1009	100,0	491	100,0

Datele din tabelul 2 ne arată că bărbații constituiau 2/3 din cei examinați, iar femeile 1/3. Fig.2.



**Fig. 2. Repartizarea persoanelor examinate după vârstă și sex**

**Tab. 3. Repartizarea persoanelor examinate după plângerile pe care le-au prezentat în vizită la medic**

Nr. de ordin	Diagnosticul de tonsilită cronică se bazează pe următoarele semne anamnestice și clinice	Au prezentat plângeri	%
1.	Angina în anamneză	517	34,5
2.	Senzație de odinofagie	285	19,0
3.	Disconfort în gât	723	48,2
4.	Tuse	238	15,86
5.	Miros neplăcut din gât	253	16,87
6.	Senzație de corp străin în gât	117	7,8
7.	Senzație de incomoditate în gât	312	20,8
8.	Senzație de uscăciune în gât	415	27,66
9.	Senzație de arsură	123	8,2
10.	Senzație de zgîrâitură	217	14,46
11.	Senzație de înțepătură în gât	186	12,4
12.	Disfagie	248	16,53
13.	Insomnie	309	20,6
14.	Inapetență	234	15,6
15.	Slabiciune generală	421	28,06
16.	Tahicardie la efort fizic	454	30,26
17.	Tahicardie în repaos	283	18,86
18.	Subfebrilitate	311	20,7
19.	Formarea dopurilor de cazeum	651	43,4
20.	Durere în regiunea cordului	285	19,0

21.	Cefalee	252	16,8
22.	Transpirație	402	26,8
23.	Afecțiuni metatonsilare în anamneză	483	32,2
	Total	7719	-

Analiza rezultatelor din Tab. 3 ne permite să facem câteva concluzii:

1. Persoanele care se presupun a fi afectate de tonsilita cronică prezintă o mare și variată de simptome anamnestice.
2. Numarul acestor plângeri se ridică la 23.
3. Fiecare dintre aceste persoane prezintă în mijlociu 5,1% de plângeri. Cu alte cuvinte fiecare bolnav care suferă de tonsilita cronică are în anamneză 5 acuze.
4. Caracterul plângerilor este diferit.
5. Plângerile si anamnesticul descris in tab.3 nu sunt patognomonice specifice tonsilitei cronice.
6. Din concluziile făcute mai sus reese că diagnosticul de tonsilită cronică este deficil, se cere de la fiecare medic, cunoștințe aprofundate asupra acestei probleme, o analiză amplă și examinare completă a acestor bolnavi. După analiza si sinteza plângerilor pacienților ne-am pus ca scop, de a face examenul obiectiv – mezofaringoscopia (tab.4).

**Tab. 4. Examenul obiectiv-faringoscopic a pacienților cu pielonefrită**

	Semne obiective a tonsilitei cronice la pacienții cu prelonefrita N331.	Forma tonsilitei cronice						Total	
		compensată		tranzitorie		decompensată			
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	Simptomul Gise	75	22,65	59	17,82	23	6,94	157	47,43
2	Simptomul Zac	68	20,54	56	16,9	19	5,74	143	43,20
3	Simptomul Preobrajenskii	81	24,47	92	16,68	34	10,27	177	53,47
4	Cicatrice	49	14,80	37	11,17	31	9,36	117	35,34
5	Mase cazeoase în lacune	38	14,48	29	8,70	27	8,15	99	28,39
6	Puroi în lacune	36	10,87	31	9,36	25	7,55	92	27,79
7	Suprafața brăzdată a tonsilelor palatine	34	10,27	30	9,06	25	7,55	89	26,88

8	Abces încapsulat în tonsilele palatine	4	1,20	3	0,9	2	0,6	9	2,71
9	Chist în tonsilele palatine	3	0,9	2	0,6	2	0,6	7	2,11
10	Micro polip în tonsilele palatine	2	0,6	2	0,6	1	0,3	5	1,51
11	Edem, infiltrație și îngroșare a țesutului din jurul criptelor	31	9,36	32	9,66	25	7,55	68	20,54
12	Compartimentarea tonsilelor palatine de către cicatrice și aderențe	45	136,59	36	10,87	29	8,76	110	33,23
13	Adenotatie regională	63	19,03	49	14,80	31	9,36	143	43,20
	Total	549	1,65	428	1,29	274	0,82	1211	3,65

Examenul obiectiv al pacienților cu pielonefrită de către medicul otorinolaringolog a constatat că:

- Tonsilita cronică la bolnavii cu pielonefrită se caracterizează prin numărul mare de semne obiective-faringoscopice până la 13.
- Frecvența semnelor obiective este definită și depinde de forma tonsilitei cronice.
- Numărul de semne obiective la un bolnav cu tonsilita cronică este de 3,65 semne, adică tonsilita cronică se caracterizează prin prezența a mai multor semne obiective clinice.
- Diagnosticul de tonsilita cronică la pacienții cu pielonefrită a fost stabilit la 50% de bolnavi. Așadar fiecare al doilea pacient cu pielonefrită suferă și de tonsilită cronică. Este necesar de a stabili care sunt legăturile reciproce dintre aceste patologii. Pentru aceasta s-a efectuat un tratament conservator al tonsilitei cronice la pacienții cu pielonefrită. Tratamentul conservator a influențat pozitiv în evaluarea tonsilitei cronice asupra evoluției clinice a pielonefritei.

**Tab. 5. Incidența tonsilitei cronice în rândul populației rurale**

Nr. de ordin	Forma tonsilitei cronice	În rândul populației rurale		La pacienții cu tonsilită cronică	
		Cifre abs.	%	Cifre abs.	%
1.	Tonsilita cronică compensată	163	10,9	391	21,41
2.	Tonsilita cronică tranzitorie	78	5,2	169	11,26
3.	Tonsilita cronică decompensată	113	7,5	245	16,33
	Total	354	23,6	735	49,0

Din datele Tab. 5 se stabilește că tonsilita cronică constituie o afecțiune cu o frecvență înaltă în rândul populației rurale. Incidența tonsilitei cronice depinde de forma ei clinică. Așadar tonsilita cronică tranzitorie constituie 5,2%, decompensată 7,5% și cea compensată 10,9%. Iar la pacienții cu pielonefrită-tonsilita cronică a fost diagnosticată la 49,0% de pacienți.

### Concluzii:

1. Tonsilita cronică în rândul populației rurale constituie 23,6%
2. La pacienții cu pielonefrită-tonsilita cronică a fost diagnosticată la 49% de bolnavi.
3. Tratamentul conservator al tonsilitei cronice la pacienții cu pielonefrită au avut un efect pozitiv asupra evoluției clinice a pielonefritei.
4. Putem presupune ca între tonsilita cronică și pielonefrită sunt legături etiopatogenetice.
5. Bolnavii cu pielonefrită trebuie să fie consultați de medicul de familie, urolog, după necesitate de otorinolaringologi.

### Referințe bibliografice

1. Alper B.S., Curry S.H. Urinary Tract Infection children Am. In: Fam. Physician, 2005, vol.72 (12), p.2483-2487.
2. Dumbrăveanu Ion. Legile contemporane de diagnostic și tratament. Ediție specială, p.38-41.
3. Gudumac Eva. Diagnostic precoce al abdomenului acut chirurgical la copii. Chișinău, 2003, p.312.
4. Moldovan Ion. Sindroame algice acute și tratament. Curierul medical 1999, nr.4-6, p.60-61.
5. Popa Vladimir. Rolul anamnezei în diagnosticul afecțiunilor O.R.L. Recomandări metodice. Chișinău, 2011, p.21.
6. Tănase A., Urologie și nefrologie chirurgicală. Chișinău, 2005, p.222.
7. Ronald M. Leaner Secrets of the treatment of rain. Moscow, 2006, p.400.



8. Tanaca E. Urology and others ley Donald Smith. M. Practice 2005, p.278-317.
9. Testemițanu N.A. Scientific substantiation elimination of significant differences in the level of health care to the urban and rural population on the experience of the USSR. Authors abstract of dessertasion of the doctor of medical sciences. Riga 1971, p.5.

## **REPERE TEORETICE PRIORITARE ÎN TACTICA ACȚIUNILOR DE REABILITARE A DIABETULUI ZAHARAT DE TIP 1 LA COPII**

**Vitalina Ojovan**, medic endocrinolog, doctorand, Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova  
vitalina.usmf@ojoo.com

### *PRIORITY THEORETICAL BENCHMARKS IN TACTICAL ACTIONS FOR THE REBABILITATION OF TYPE 1 DIABETES IN CHILDREN*

*Sugar diabetes is a scourge with an increasingly persistent manifestation in today's civilization. It raises concern and the constant increase in the number of people with type 1 diabetes.*

*Of the total number of juvenile diabetes sufferers, the overwhelming majority of patients start with this disease in childhood and adolescence. Until the age of 18, the rehabilitation actions of the patients are very important to diminish the subsequent complications, after reaching maturity. In order to develop and apply an effective tactic for the rehabilitation of minors, it is necessary to identify the main theoretical benchmarks of the strategy planned.*

Organizarea acțiunilor efective de reabilitare necesită, înainte de toate, prezența unui cadru normativ și conceptual bine configurat la nivel instituțional și cel al politicilor naționale de sănătate și de asistență socială. Înainte de toate se impune înlăturarea obstacolelor administrativ-birocratice – principala frână în organizarea și derularea celor prevăzute în obiectivele trasate. Acest fapt constituie un proces anevoios, dar nu depinde atât de mentalitate, cât de trasarea unor scheme clare, simple și eficiente în efectuarea diferitor acțiuni organizaționale și curative.

Îmbinarea potrivită a măsurilor organizaționale cu cele normative formează prima treaptă a formării unui proces eficient de reabilitare, de fapt