

4. Dajani A.S., Bawdon R.E., Berry M.C. Oral amoxicillin as prophylaxis for endocarditis: what is the optimal dose? *Clin Infect Dis* 1994; 18:157 - 60.
5. Dajani A.S., Bisno A.L., Chung K.J. et al.. Prevention of bacterial endocarditis *JAMA* 1990; 264: 2919-22.
6. Duval X, Alla F, Hoen B, Danielou F Larrieu S, Delahaye F, Leport C, Briançon S Estimated risk of endocarditis in adults with predisposing cardiac conditions undergoing dental procedures with or without antibiotic prophylaxis. *Clin Infect Dis*. 2006 Jun 15;42(12):e102-7. Epub 2006 May 10.
7. Imperiale T.F, Horwitz R.I.. Does prophylaxis prevent postdental infective endocarditis? A controlled evaluation of protective efficacy. *Am J Med*. 1990 Feb; 88(2):131-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2301438?dopt=Abstract>
8. Nishimura R.A., Carabello B.A., Faxon D.P., Freed M.D., Lytle B.W., O'Gara P.T., O'Rourke R.A., Shah P.M. ACC/AHA 2008 Guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 52(8): 676-85. <http://content.onlinejacc.org/>
9. Walter Wilson, Kathryn A. Taubert, Michael Gewitz, Peter B. Lockhart, Larry M. Baddour, Matthew Levison, Ann Bolger, Christopher H. Cabell, Takahashi, Robert S. Baltimore, Jane W. Newburger, Brian L. Strom, David T. Durack Prevention of infective endocarditis: A guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2005; 111:e394-e434.

EFICACITATEA UNOR METODE FIZIOTERAPEUTICE ÎN TRATAMENTUL GONARTROZEI

Janeta Vasilevschi¹, Liliana Groppa², Elena Deseatnicova², Daniela Cepoi-Bulgac²
 Secția Reabilitare CCD IMSP AMT Râșcani ¹, Catedra Medicină Internă nr.1 FR și SC
 USMF „Nicolae Testemițanu”²

Summary

Efficacy of some physiotherapeutic methods in the treatment of knee osteoarthritis

Osteoarthritis is the most frequent form of arthritis in adult population with a high rate of disability. The present study has evaluated the efficacy of chondroitin sulfate 400 mg and glucosamine hydrochloride 500 mg associated with different types of physical therapy: magnetolaserotherapy *versus* magnetotherapy with 1% hydrocortisone ointment and 1% diclofenac gel in the treatment of knee osteoarthritis. Magnetolaserotherapy decreases the length of treatment course and improves its efficacy, having fewer costs.

Rezumat

Osteoartroza deformantă este cea mai frecventă formă de artrită în populația adultă cu o rată înaltă de invalidizare. Studiul prezent a cercetat eficacitatea tratamentului osteoartrozei deformante a genunchiului cu condroitină sulfat 400 mg și glucozamină clorhidrat 500 mg asociat cu diferite scheme de fizioterapie: magnetolaseroterapie *versus* magnetoterapie asociată cu fonoforeză cu unguent de hidrocortizonă 1% și diclofenac gel de 1%. Magnetolaseroterapia

asociată micșorează durata tratamentului și sporește eficacitatea lui, fiind totodată și mai econom.

Conform datelor epidemiologice ale OMS în 1990 numărul oamenilor cu vârsta de peste 60 de ani constituia aproximativ 250 de milioane, iar către anii 2020 această cifră va atinge 1 miliard. Astfel, datorită progresului rapid în toate domeniile, inclusiv în medicină, grație apariției și implementării în practica cotidiană a tehnologiilor noi, se mărește durata vieții populației și, totodată, se înregistrează îmbătrânirea generală a ei. Aceste tendințe pot fi urmărite atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare, ceea ce încă o dată demonstrează actualitatea problemei respective. Apare întrebarea: care sunt problemele adresate medicilor în legătură cu fenomenul dat? Și aici am vrea să menționăm faptul, că încă în 1997 K.G. Manton în raportul său la Academia Națională de Științe (SUA) a propus noțiunea de „sateliți inevitabili ai îmbătrânirii”, în care s-au inclus osteoartroza, demența și osteoporoza.

Într-adevăr, osteoartroza este cea mai frecventă formă de artrită în populația occidentală. La vârsta de 35 ani circa 50% din populație prezintă leziuni artrozice, iar la 55 ani această cifră se ridică până la 80% din populație. După riscul de invalidizare, osteoartroza articulațiilor genunchilor poate fi echivalată cu patologia cardiovasculară. OMS determină osteoartroza articulațiilor genunchilor drept cauza invalidizării a fiecareia a 4-a femeie și a fiecăruia al 8-lea bărbat. Este cunoscut faptul că 30% din populația mai în vârstă de 65 ani are semne radiologice de osteoartroză, și doar 1/3 din aceasta manifestă semne clinice de îmbolnăvire (K.Pavelka, 2006).

Osteoartroza apare în rezultatul acțiunii factorilor biologici și mecanici, care dereglează echilibrul între procesele de degradare și sinteză a matricei extracelulare, cartilajului articular și osului subcondral. Boala poate fi indusă de mai mulți factori: genetici, evolutivi, metabolici și traumatici. În final, apar schimbări morfologice, biochimice moleculare și biomecanice, care duc la subțierea, ulcerarea, pierderea cartilajului articular, osteoscleroză cu îngroșarea și condensarea stratului cortical al osului subcondral, ostiofitoză, formarea chisturilor subcondrale.

Manifestările clinice principale, ce afectează sever activitatea zilnică și calitatea vieții pacienților cu osteoartroză sunt durerile moderate până la severe, limitarea mișcărilor, crepitațiile, acumularea periodică a exsudatului în cavitatea articulară. Prin incidența crescută, prin rata înaltă a invalidizării și prin costurile tratamentelor medicamentoase, fizioterapeutice, balneosanatoriale și chirurgicale osteoartroza are o importanță socioeconomică deosebită.

Pe lângă tratamentul medicamentos, în terapia și reabilitarea pacienților cu osteoartroza deformantă vast sunt folosite metode fizioterapeutice. Din totalul pacienților consultați și tratați în secția reabilitare CCD IMSP AMT Râșcani, 40% constituie pacienții cu osteoartroza deformantă, în special cu osteoartroza genunchilor. Acestor pacienți practic se aplică procedurile din tot arsenalul fizioterapeutic, pe larg fiind folosită laseroterapia. La momentul dat, în fizioterapie foarte actuale sunt metodele asociate și combinate ca magnetolaseroterapie ce duc la sporirea eficacității fizioterapeutice și reducerea expoziției.

Scopul

Aprecierea eficacității tratamentului cu magnetolaseroterapie versus magnetoterapie asociată cu fonoforeză cu unguentum 1% de hidrocortizonă și diclofenac gel de 1% în osteoartroza deformantă a genunchiului.

Material și metode

În studiu au fost incluși 60 de pacienți cu osteoartroza articulațiilor genunchilor, adresați consecutiv în secția reabilitare CCD IMSP AMT Râșcani din orașul Chișinău, dintre care 68% femei și 32% bărbați. Vârsta medie a pacienților constituia $50,75 \pm 3,6$ ani. Toți pacienții incluși în studiu au avut stadiul radiologic II de osteoartroză a articulațiilor genunchilor. Din studiu au fost excluși pacienții cu diabet zaharat, cu obezitate gradul IV, cu boli somatice decompensate, boli oncologice și pacienții cu osteoartroză deformantă complicată cu sinovită acută. Toți pacienții au fost cercetați clinic și s-au efectuat analizele de laborator necesare. Luând în considerație

recomandațiile EULAR 2003 pentru aplicarea SYSADOA, până la inițierea fizioterapei, tuturor pacienților, incluși în studiu, li s-a indicat preparatul combinat cu conținut de condroitină sulfat 400 mg și glucozamină clorhidrat 500 mg timp de 3 luni. Pentru cuparea sindromului algic toți pacienții administrau acetoaminofen în doză de 2 gr/24 ore. Peste 3 luni toți pacienții au fost divizați randomizat în două grupe.

Pacienților din primul grup li s-a indicat magnetolaseroterapie (MLT), iar pacienții din grupul II au primit magnetoterapie (MT) în asociere cu fonoforeza cu unguent 1% hidroclorizonă și diclofenac gel 1%. Pacienților din I grup, li se efectua MLT de la aparat REFTON -01 cu spectru infraroșu diametru emițător 8 mm (20 m wt – 35 mTL). Se iradiau 3 zone plus punctele Achu, contact 5 minute la zonă, sumar nu mai mult de 5 zone 30 minute. Grupul II a primit MT de la aparat BTL – 400 „Carcas” r. continuu 10mTl 15min și fonoforeză cu unguent 1% de hidroclorisona în asociere cu diclofenac gel 1% de la aparat Sonopuls 0,4 -0,6 W/cm – 10 min la o articulație, la 2 articulații 14 min și zonele trigger mărind puterea până la 1 W/cm și expoziție 1-2 min. Procedurile erau efectuate zilnic la cură 7-10 proceduri. Sindromul algic a fost apreciat conform scalei vizuale analoge (SVA), de asemenea, s-a apreciat indicele WOMAC la debutul cercetării, peste 3 luni de la începutul cercetării și după aplicarea fizioterapei. Rezultatul tratamentului a fost apreciat de către medic și pacient după cele 5 grade de eficacitate: ameliorarea evidentă, ameliorare, ameliorare neesențială, fără schimbări și agravare. La finele studiului s-a efectuat analiza statistică a rezultatelor obținute.

Rezultatele

Vârsta medie a pacienților cercetați era de 50,75±3,6 ani și nu avea diferențe semnificative în funcție de sex. Printre femei prevalau pacientele cu forma nodulară a osteoartrozei deformante (60,04%), comparativ cu bărbații (25,2%, p<0,05).

Tabelul 1

Indicii de bază ai pacienților incluși în studiu

Indicii	Femei, 41p., (68%)	Bărbați 19p., (32%)	Toți pacienții 60p., (100%)
Vârsta medie	48,4±4,6	52,1±3,7	50,75±3,6
Forma nodulară	60,4%	25,2%	48,3%
Afectarea art. Genunchiului	100%	100%	100%

Tabelul 2

Indicii de apreciere a intensității sindromului algic la pacienții incluși în studiu, mm

	Indicii	Lotul I	Lotul I
La început	WOMAC	426,1±23,2	415,2±15,8
	SVA	7,2±1,1	6,8±1,3
3 Lună	WOMAC	378,2±20,1	391,6±14,2
	SVA	6,7±0,9	6,4±1,2
După fizio-terapie	WOMAC	296,4±11,8	318,4±9,6
	SVA	5,9±0,7	5,8±0,6

După 3 luni de administrare de condroitină sulfat și glucozamină clorhidrat, pacienții au fost divizați randomizat în două loturi. Primul lot era alcătuit din 30 de pacienți (10 bărbați și 20

de femei) cu vârsta medie de $49,4 \pm 7,4$ ani. Lotul II, de asemenea; era format din 30 de pacienți (9 bărbați și 21 de femei) cu vârsta medie de $49,8 \pm 6,2$ ani. Pacienții continuau să primească preparate de condroitină sulfat și glucozamină clorhidrat și, în funcție de grup, li s-au aplicat metode diferite de fizioterapie.

După cum este demonstrat în tabel, la debutul studiului intensitatea sindromului algic era înaltă în ambele grupe și alcătuia, conform scării WOMAC, $426,1 \pm 23,2$ mm în primul grup și $415,2 \pm 15,8$ mm în grupul 2. Intensitatea durerii după SVA era de $7,2 \pm 1,1$ mm și $6,8 \pm 1,3$ mm, corespunzător grupurilor. Conform rezultatelor expuse, nu s-a evidențiat o deosebire considerabilă între grupuri la începutul studiului.

Peste 3 luni, pe fundalul tratamentului cu condroitină sulfat și glucozamină clorhidrat a fost demonstrată o oarecare micșorare a intensității sindromului algic: după scara WOMAC $378,2 \pm 20,1$ mm în primul grup și $391,6 \pm 14,2$ mm în lotul 2.; după scara SVA $6,7 \pm 0,9$ mm și $6,4 \pm 0,2$ mm corespunzător grupelor.

Pacienții din grupul 1, în continuare, au primit condroitină sulfat și glucozamină clorhidrat în asociere cu magnetolaseroterapie. În acest grup sindromul algic a diminuat semnificativ și a atins $296,4 \pm 11,8$ mm după scara WOMAC și $5,9 \pm 0,7$ mm după scara SVA, cu diferență statistic semnificativă ($p < 0,05$) pentru indexul WOMAC. Efectul analgezic la aplicarea magnetolaseroterapiei a apărut după a 4-5 procedură, maximal fiind la 7-10-a procedură. Un interes prezintă și datele obținute în grupul 2. A fost înregistrată o micșorare semnificativă a sindromului algic la pacienții din grupa 2, după WOMAC $318,4 \pm 9,6$ mm și după SVA $5,8 \pm 0,6$ mm ($p < 0,05$, comparativ cu momentul inițierii studiului). La pacienții din grupul II efectele apăreau de la 2-3 procedură, maximale fiind la 5-6 zi de tratament.

Majoritatea pacienților au terminat tratamentul fizioterapeutic cu ameliorarea evidentă 88% conform aprecierii de către medic și pacient după scara de gradare a eficacității. Din grupul I ameliorarea neesențială a fost apreciată doar la 12% din pacienți, ameliorare evidentă au obținut 84% din pacienți. În grupul II ameliorare neesențială au raportat 10% din cercetați, fără schimbări au rămas 8% și 82% au observat ameliorare evidentă. Nivelul vitezei sedimentării hematiilor a fost în limitele normale în ambele grupe la inițierea tratamentului și nu au fost înregistrate schimbările acestui parametru pe fond de tratament în ambele grupe.

Concluzii

Astfel, datele obținute la finele studiului nostru permit a evidenția influența pozitivă a schemei complexe de tratament cu asocierea fizioterapiei asupra simptomaticii pacienților cu osteoartroza articulațiilor genunchilor, ceea ce demonstrează micșorarea sindromului algic după datele scării WOMAC și SVA. La sfârșit de tratament cu MLT ameliorare s-a înregistrat la toți pacienți, iar MT asociată cu fonoforeza cu unguentul 1% de hidrocortizonă și diclofenac gel 1% a adus la ameliorare evidentă în 82 % din cazuri. Reieșind din rezultatele obținute putem concluda că ambele metode de tratament sunt efective însă MLT este mai efektivă și tot odată mai convenabilă din punct de vedere economic și duratei curei de tratament.

Bibliografie

1. Felson D.T., Niu J., Guermazi A., et al., The development of knee pain correlated with enlarging bone marrow lesions on MRI. Program and abstracts of the American College of Rheumatology 2006 Annual Meeting; November 11-15, 2006, Washington DC, Presentation, 1283.
2. Felson D.T., Lawrence R.C., Hochberg M.C., McAlindon T., Dieppe P.A., Minor M.A., Blair S.N., Berman B.M., Fries J.F., Weinberger M., Lorig K.R., Jacobs J.J., Goldberg V., Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches. *Ann. Intern. Med.*, 2000; 133:726-737.
3. Lotz M., Vaughan J.H., Carson D.A., Effect of neuropeptides on production of inflammatory cytokines by human monocytes. *Science*, 1988; 241: 1218-1221.

4. Reginster J.-Y.; Bruyere O.; Neuprez A., Current Role of Glucosamine in the Treatment of Osteoarthritis, metaanalysis. *Rheumatology*, 2007;46(5):731-735.
5. Woolf C.J., Pain: moving from symptom control toward mechanism specific pharmacologic management. *Ann Intern Med.*, 2004; 140:441-451.

STUDIUL COMPARATIV AL PARTICULARITĂȚILOR CLINICE ALE FIBROMIALGIEI ȘI SINDROMULUI MIOFASCIAL

Daniela Cepoi-Bulgac

Catedra Medicină Internă №1 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The comparative study of clinical peculiarities of fibromyalgia and myofascial syndrome

Myofascial pains have a significant incidence in general population, both among male and female patients, being one of the frequent causes of long-term disability. Fibromyalgia predominantly affects women, and is associated with a variety of general complaints, which allows its differentiation as an independent nosologic form. Although, many of the manifestations in fibromyalgia and myofascial syndrome are similar, the approach in both cases should be differentiated, but always multidisciplinary.

Rezumat

Durerile miofasciale au o răspândire semnificativă în populația generală, atât printre persoane de sex masculin, cât și de sex feminin, constituind una din cauzele frecvente ale dizabilității îndelungate. FM afectează mai frecvent femeile, și este asociată cu o gamă variată de afectări de ordin general, ceea ce îi permite să se diferențieze ca și formă nozologică independentă. Deși multe din manifestările FM și SMF sunt asemănătoare, abordarea acestor pacienți trebuie să fie diferențiată, dar în ambele cazuri multidisciplinară.

Actualitate

Durerile miofasciale au o răspândire semnificativă în populația generală, atât printre persoane de sex masculin, cât și de sex feminin, constituind una din cauzele frecvente ale dizabilității îndelungate. (2-4,4% până la 15% (Stoneley R., Pillemer M.O., 1993; Зборовский A.B., 1997))

Cu toate acestea, multe aspecte diagnostice, prin urmare terapeutice sunt studiate insuficient. Deseori, principiile standard de abordare terapeutică nu aduc ameliorarea așteptată și măsurile terapeutice nu au efect de durată.

Cele expuse mai sus, sunt deosebit de adevărate pentru fibromialgie (FM), care reprezintă un diagnostic relativ nou. Deși primele descrieri ale simptomelor specifice pentru FM se întâlnesc considerabil mai devreme, dezvoltarea acestei forme nozologice s-a observat în anii 90 ai secolului trecut. În acest context, pare surprinzătoare incidența acestei afecțiuni în multe din țările dezvoltate. De ex., în Canada FM este cauza a 23,4% din toate adresările în clinicile de reumatologie (White et al., 1995)¹.

Actualmente, există o polemică în ceea ce privește existența FM ca entitate nozologică. Unii dintre autorii care erau la bazele studierii FM și într-un fel au conceput criteriile diagnostice și de clasificare, reieșind din considerentul că până acum nu s-a reușit elucidarea unor modificări obiective specifice pentru FM, își pun întrebarea: Există oare FM ca entitate nozologică? (Wolfe, 2008 în *New York Times*)

Această incertitudine este susținută de o anumită «lipsă de specificitate» a criteriilor diagnostice propuse de asociațiile clinice. La fel, diagnosticul FM este din cauza absenței unor investigații paraclinice revelatoare. Actualmente, FM constituie un diagnostic de excludere.