

Bibliografie

1. DESSEIN P.H., STANWIX A.E., MOOMAL Z. Rheumatoid arthritis and cardiovascular disease may share similar risk factors // *Rheumatolo* 2001; 8(2):356-360.
2. KAPLAN M.J. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis // *Curr Opin Rheumatol* 2006;18 (3): 289-297.
3. MAGNANO M., GENOVESE M. Management of co-morbidities and general medical conditions in patients with rheumatoid arthritis // *Curr Rheumatol Rep* 2005 Oct;7(5):407-415.
4. MARADIT-KREMERS H., NICOLA P.J., CRAVERSON S.C., BALLMAN V.C., EHRINE G. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum* 2005;52:402-411.
5. PASCERI V., GEH E.T.H. A tale of two diseases – atherosclerosis and rheumatoid arthritis // *Circulation* 1999;23:2124-2126.
6. WARRINGTON K.J., KENT P.D. Rheumatoid arthritis is an independent risk factor for multi-vessel coronary artery disease: a case control study // *Arthritis Res Ther* 2005;7(5):R 984-991.

PROFILAXIA ENDOCARDITEI INFECȚIOASE LA PACIENȚI CU CARDIOPATII REUMATISMALE ȘI CONGENITALE

Xenia Leahova, Alexandra Grejdieru, Minodora Mazur
Catedra Medicină Internă nr.3 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Particularities of infective endocarditis prophylaxis in the patients with rheumatic valve diseases and congenital heart diseases in the Republic of Moldova

Infective endocarditis prophylaxis in the patients with rheumatic valve diseases and congenital cardiopathies. Infective Endocarditis (IE) is an infection of the endocardial surface of the heart. It represents a challenging diagnosis having many presentations ranging from an indolent infection to severe valvular insufficiency, which may lead to intractable congestive heart failure and myocardial abscesses causing septicemia with life-threatening systemic embolizations. Although an improvement in diagnosis and treatment was achieved, infective endocarditis continues to present a high mortality rate. The use of definite criteria for identifying groups of risk and prescribing antibiotics regimens for IE prophylaxis can decrease its incidence and rate of complications.

Report about the particularities of infective endocarditis prophylaxis in the patients with rheumatic valve diseases and congenital heart diseases in the Republic of Moldova.

Rezumat

Studiul a inclus 133 de pacienți repartizați în trei loturi: I lot – 33 pacienți cu endocardita infecțioasă (EI), lotul II – 80 pacienți cu valvulopatii reumatismale (VR) și lotul III – 20 pacienți cu cardiopatii congenitale (CC). Bolnavii din cele trei loturi, conform riscului de dezvoltare a EI, au fost dețiați în două categorii: cu risc înalt: EI în anamnestic - 33; VR protezați – 31; CC – 17 (tetradă Fallot, DSV, VAo bicuspidă, coarctăție de aortă) și cu risc moderat: VR neprotezați – 49 pacienți; CC – 3 (prolaps de valvă mitrală cu regurgitare, stenoza Ao). Pacienții au fost examinați clinic și cercetați paraclinic. Toți bolnavii au fost informați despre principiile profilaxiei EI. Medicii de familie, cardiologii și stomatologii, cei ce sunt responsabili de educația bolnavilor în domeniul profilaxiei EI au fost atenționați față de grupele pacienților cu risc înalt și moderat, procedeele ce pot induce bacteriemia și regimurile profilactice antibacteriene la acești pacienți.

Introducere

Endocardita infecțioasă este o maladie cu debut insidios sau brusc, caracterizată de leziuni cardiace vegetante sau ulcero-vegetante, produse prin multiplicarea agentului patogen pe structurile cardiace native (valve, endocardul atrial și ventricular), proteze valvulare și pe endoteliul vaselor intratoracice mari (duct arterial persistent, șunturi arterio-venoase, coarctăție de aortă), care determină deteriorări structurale, embolii sistemice, schimbări imunologice și tulburări imunopatologice.

În pofida tuturor progreselor EI rămâne o afecțiune gravă cu rată înaltă a mortalității (20 – 25 %) și incidență de 1,9 – 6,2 cazuri la 100000 de persoane/an [2,5]. Persistența indicelui morbidității EI în decursul ultimilor 6 decenii la nivel constant este alarmantă. Utilizarea largă a metodelor endoscopice și invazive de diagnostic instrumental, administrarea perfuziilor intravenoase, menținerea îndelungată a cateterelor intravenoase, precum și sporirea numărului utilizatorilor de droguri intravenos (UDIV) constituie terenul favorabil pentru apariția maladii. Infecțiile dentare și manipulațiile stomatologice constituie cea mai frecventă poartă de intrare a microorganismelor. Întrucât tratamentul EI este costisitor și de durată, crearea unui sistem bine gândit de prevenire a acestei patologii la grupurile de risc este rațională. Până în prezent nu există o părere unică în ceea ce privește importanța și beneficiile antibioticoprofilaxiei înainte de procedeele diagnostice și de tratament. Asociația Americană a Cardiologilor [6,8] consideră folosirea antibioticelor cu scop profilactic importantă schemele și dozele fiind deduse în mod empiric, iar Asociația Britanică [1,2] care pledează pentru rolul predominant al bacteriemiei tranzitorii în urma procedeele zilnice (ex. periajul dentar), reduce importanța manevrelor invazive în dezvoltarea infecției, deci și a antibioticoprofilaxiei, argumentând necorelarea dintre beneficiile și reacțiile adverse ale acesteia. Analizând referințele cercetătorilor în domeniul profilaxiei endocarditei infecțioase, menționăm că părerile clinicienilor sunt contradictorii. În pofida elaborării recomandărilor și regimurilor profilactice ACA, nu există o viziune unică acceptată asupra acestei probleme [3,4,7,9]. Complexitatea și importanța profilaxiei EI au constituit principala motivare pentru a realiza un studiu în această direcție.

Scopul lucrării

Studierea particularităților profilaxiei endocarditei infecțioase la pacienții cu valvulopatii reumatismale și cardiopatii congenitale.

Materiale și metode

Studiul prezent s-a efectuat pe un lot de 133 de pacienți internați în secția cardiologie nr.4 a Institutului de Cardiologie și în secția Cardiochirurgie a Spitalului Clinic Republican în perioada Ianuarie 2008 - Februarie 2009. Bolnavii au fost repartizați în 3 loturi: I lot – 33 pacienți cu endocardita infecțioasă (EI), lotul II – 80 pacienți cu valvulopatii reumatismale (VR) și lotul III – 20 pacienți cu cardiopatii congenitale (CC).

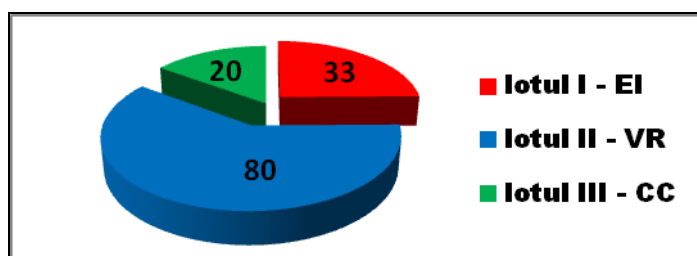


Figura 1. Repartizarea pacienților din studiu

Pacienții incluși în lotul I de studiu respectau criteriile de diagnostic ale EI revăzute de Duke Endocarditis Service (Durham, North Carolina) D. Durack et al (1994). cei din lotul II și III modificări subiective, obiective, electrocardiografice specifice, caracteristice pentru VR și CC. Toți pacienții au fost examinați după o fișă specială care a inclus datele de pașaport,

diagnosticul de trimitere, acuzele la internare, factorii declanșatori (inclusiv prezența cariei dentare, intervențiilor stomatologice sau procedeele recente (în ultimele 6 luni) pe tractul digestiv etc, debutul maladiei, datele obiective, cercetările paraclinice, complicațiile și tratamentul administrat.

Au fost întocmite chestionare pentru medicii de familie, cardiologi și stomatologi în vederea profilaxiei EI la pacienții cu risc înalt și moderat pentru EI.

Rezultate și discuții

Reieșind din obiectivele lucrării am selectat pacienții cu risc înalt și moderat pentru dezvoltarea endocarditei infecțioase, repartizându-i în 3 loturi de studiu și analizând diferite aspecte clinice, paraclinice la acești bolnavi. Deoarece pacienții din I lot de studiu prezintă risc înalt pentru reinstalarea EI (recidiv sau recurență), ei au servit drept model de conduită în ceea ce privește factorii de risc și cei declanșatori, complicațiile și profilaxia EI.

Tabelul 1

Caracteristica pacienților cu EI (n= 33)

Caracteristica		pacienți, număr	pacienți, %
Numărul de pacienți		33	
Sex	Barbați	19	57,5%
	Femei	14	42,3%
Vârsta	24-44	7	21,1%
	45-64	19	57,8%
	>65	7	21,1%
Media de vârstă	45±0,6 ani		
Afectarea valvelor	Aortale	20	59%
	Mitrale	12	35%
Sediu	Tricuspidă	2	6%
	Monovalvular	23	68%
	Bivalvular	10	29%
	Trivalvular	1	3%
Maladii cardiace preexistente	VR	24	72%
	CC	7	20%
	Absența patologiei cardiac	2	8%
Hemocultura	Pozitivă	15	46%
	Negativă	18	54%
Condiții predispozante pentru bacteriemie	Infecții dentare	9	27%
	Infecții respiratorii	6	18%
	Infecții tegumentare	2	6%
	Proceduri stomatologice	6	18%
	Amigdalectomie	1	3%
	UDIV	1	3%
	Neidentificate	9	27%

Rezultatele obținute relevă că în lotul I de studiu predomină bărbații 19 (57,5%), cu vârsta medie – 45±0,6 ani. La pacienții cu EI cea mai afectată valvă a fost cea aortală în 59%, urmată de valvă mitrală 35% și cea tricuspidadă, cu sediu monovalvular în majoritatea cazurilor – 68%.

Analizând maladiile cardiace preexistente EI concludem că la bolnavii din lotul I EI a debutat pe fond de valvulopatii reumatismale la 24 pt. (72%), cardiopatii congenitale - la 7 pt. (20%) iar la 2 pacienți (8%) în lipsa patologiei cardiace preexistente. Analiza rezultatelor ecocardiografice la pacienții din lotul I de studiu relevă: prezența vegetațiilor la 23 pacienți (70%), cu sediul predominant pe valvele aortale (59%), urmate de valvele mitrale (35%) și

valvele tricuspide (6%). Majoritatea vegetațiilor au avut sediu monovalvular – 22 pacienți (68%), la 9 (29%) bivalvular, iar în 1 caz (3%) trivalvular. Dimensiunile vegetațiilor au variat de la 0.3 până la 24 mm. La 8 (24,2%) pacienți din lotul I de studiu am detectat alte complicații ecocardiografice caracteristice: ruptură de cordaj, perforație de valvă aortică, fistulă paraprotetică. În 20% (7 pacienți) endocardita infecțioasă s-a dezvoltat pe fondul cardiopatiilor congenitale: la 2 pt. pe fond de valva aortică bicuspidă, la 3 – persistența canalului arterial, 1 – coarctare de aortă, 1 – DSV. Această repartizare a condițiilor cardiace predispozante constituie o particularitate a pacienților cu EI din Republica Moldova.

Separat, am analizat rolul factorilor declanșatori în instalarea endocarditei infecțioase. Analizând rezultatele obținute cea mai frecventă cauză a bacteriemiei la pacienții din studiul nostru l-au constituit infecțiile dentare (abcese, gingivite, periodontite), în asociere cu o igienă dentară precară la 9 pacienți (27%), urmată de 6 pacienți (18%) cu valvulopatii reumatismale care au suportat o infecție respiratorie acută netratată sau tratată neadecvat (IRVA, pneumonie, bronhopneumonie, bronșită muco-purulentă cu evoluție trenantă). În 2 cazuri (6%) endocardita infecțioasă a fost precedată de infecțiile tegumentare de durată (furunculoză, ulcere trofice) care a fost eventuala sursă a infecției. Ponderea procedurilor chirurgicale în dezvoltarea bacteriemiei a constituit 21% (7 pt.), dintre acestea mai frecvente fiind extracțiile și manipulările stomatologice (6 pacienți), iar la 1 pacient EI s-a dezvoltat după amigdalectomie. Timpul estimat de la intervenție până la apariția tabloului clinic de EI a variat între 10–30 zile la 5 persoane și 30–90 zile la 2 pacienți.

Analizând rezultatele hemoculturilor pozitive în 46% menționăm că factorul etiologic predominant l-au constituit streptococii, care au fost identificați în 51% cazuri, fiind urmați de stafilococi în 33,3% cazuri. Acest fapt poate fi explicat prin ponderea înaltă a infecțiilor dentare în asociere cu nerespectarea igienei bucale, sanarea neadecvată și întârziată a cariesului dentar, ceea ce este similar cu datele literaturii autorilor ruși și indieni [5,6], și diferă de studiile din occident [3,6,8]. Rata înaltă a hemoculturilor negative – 18 pacienți (53%) poate fi explicată prin diagnosticarea întârziată a EI, aplicarea curelor multiple de antibiotice, anterior recoltării hemoculturilor, cât și microorganismele care necesită medii speciale de recoltare pentru identificarea lor (fungii) sau reacții serologice (chlamidii, spirochete, brucella, coxiella).

Pacienții din lotul II de studiu (cu valvulopatii reumatismale) au fost evaluați conform datelor clinice și paraclinice. Un rol important în stabilirea diagnosticului de valvulopatii reumatismale revine examenului ecocardiografic, care demonstrează afectările valvulare și gradului lezării acestora. Din aceste considerente toți pacienții din lotul II de studiu au fost examinați ecocardiografic și evaluați după sediul valvelor afectate.

În lotul pacienților cu valvulopatii reumatismale au predominat femeile – 48 (60%), media de vârstă fiind similară cu cea din lotul I de studiu – 45±0,6 ani.

Analizând rezultatele obținute la examenul ecocardiografic menționăm că la pacienții cu VR cel mai frecvent este afectată valva aortică - 47%, urmată de valva mitrală - 37%, tricuspida 13,4 % și pulmonară – 2,6%. Predomină sediul bivalvular în 40,6% cazuri, monovalvular – în 37,5%, trivalvular – în 15,7% cazuri, iar în 6,2% au fost afectate toate valvele.

Pacienții din lotul II au fost repartizați în funcție de tratamentul efectuat: în exclusivitate tratați conservativ sau supuși corecției chirurgicale (protezare sau comisurotomie), deoarece pacienții protezați au un risc mai înalt pentru a dezvolta EI și necesită, conform ghidurilor internaționale, antibioticoprofilaxie obligatorie.

Menționăm că majoritatea pacienților – 45 (56,2%) au fost tratați în exclusivitate conservativ, cu toate că 72 % din acestea necesitau corecție chirurgicală, dar din considerente financiare și psihologice nu au efectuat-o. La 35 pacienți (43,8%) le-a fost efectuată corecția chirurgicală a valvulopatiei, dintre care 31 pacienți (38,6%) au fost protezați cu valve mecanice și biologice, o singură valvă a fost protezată la 27 pacienți (87%), iar 2 valve la 4 pacienți (13%).

Caracteristica pacienților cu VR (n= 80)

Caracteristica		pacienți, număr	pacienți, %
Numărul de pacienți		80	
Sex	Barbați	32	40%
	Femei	48	60%
Vârstă	21-44	20	25%
	45-64	53	66,3%
	>65	7	8,7%
Media de vârstă	45±0,6 ani		
Afectarea valvelor	Aortale	38	47%
	Mitrale	30	37%
	Tricuspid	11	13,4%
	Monovalvular	30	37,5%
	Bivalvular	33	40,6%
	Trivalvular	13	15,7%
Tratament chirurgical	Proteză la o valvă	27	33,75%
	Proteză la două valve	4	5%
	Comisurotomie	4	5%
	Neoperat	45	56,25%
Condiții predispozante pentru bacteriemie	Gingivite	9	11,3%
	Carie dentară	13	16,3%
	Ulcer trofic	1	1,3%
	Extracții dentare	4	5,2%

Acești 31 de pacienți au fost în vizorul nostru pentru un management mai riguros în plan de conduită și efectuare a măsurilor de profilaxie pentru EI. Menționăm ca alți 4 pacienți cu VR au fost supuși comisurotomiei mitrale, dar nu au prezentat risc înalt pentru dezvoltarea EI, deși au fost instruiți în ceea ce prevede regimurile profilaxiei EI.

Am analizat condițiile de bacteriemie existentă la pacienții din lotul II de studiu constatând că 9 pacienți (11,3%) prezentau gingivite însoțite de hemoragii zilnice, 13 pacienți (16,3%) – stare precară a cavității bucale (carie dentară), 1 pacient (1,3%) – ulcere trofice pe gambă de durată, iar 4 pacienți cu proteze valvulare au solicitat intervenție stomatologică (extracție dentară) fără efectuarea antibioticoprofilaxiei în prealabil, ceea ce prezenta un potențial înalt pentru instalarea endocarditei infecțioase. Toți pacienții din lotul II de studiu au fost informați cu riscul care îl prezintă pentru a dezvolta EI, procedeele care pot induce bacteriemie și regimurile de profilaxie a acestei patologii grave.

Lotul III de studiu l-au constituit 20 de pacienți cu cardiopatii congenitale aflați la tratament în Clinica de Cardiochirurgie a Spitalului Clinic Republican. Toți pacienții au fost examinați clinic și cercetați ecocardiografic, argumentând diagnosticul cert de CC. Luând în considerare faptul că cardiopatiile congenitale se identifică la copii de vârstă fragedă, am discutat cu părinții acestora, lămurindu-le riscul care îl prezintă afecțiunile cronice netratate și unele procedee pentru a dezvolta pe viitor EI. Caracteristica pacienților din lotul III de studiu este prezentată în *tabelul 3*.

Analizând pacienții din lotul III de studiu concludem că mai frecvent au fost afectate fetițele în 60% cazuri, vârsta medie constituind – 15±0,4 ani. Dintre ei 7 pt. (35%) cu diagnosticul de Tetrada Fallot, 4 pt.(20%) cu valvă aortică bicuspidă, câte 3 pt. (15%) cu stenoză aortică și DSV și 2 pt. cu coarctare de aortă. Menționăm că 13 pacienți (65%) din 20 au fost supuși intervenției chirurgicale de corecție a cardiopatiei congenitale.

Caracteristica pacienților cu CC (n= 20)

Caracteristica		pacienți, număr	pacienți, %
Numărul de pacienți		20	
Sex	Barbați	8	40%
	Femei	12	60%
Vârsta	<1	2	10%
	1-10	8	40%
	10-20	4	20%
	>20	6	30%
Tipul CC	Tetrada Fallot	7	35%
	Valva aortică bicuspidă	4	20%
	DSV	3	15%
	Coarctăția aortei	2	10%
	Stenoza aortei	3	15%
	Prolaps valvei mitrale cu regurgitare severă	1	5%

Pacienții din lotul III, conform scopului studiului, au fost cercetați și referitor la focarele de bacteriemie. Menționăm că la 5 (25%) pacienți am depistat dinți cariati, la 9 (45%) pacienți igienă dentară insuficientă, iar la 1 (5%) pacient cu valvă aortică bicuspidă – erizipel. Din aceste considerente, am discutat cu părinții pacienților și cu copiii explicându-le riscul înalt de dezvoltare a EI, întrucât majoritatea celor examinați – 14 (70%) au fost minori.

Reieșind din rezultatele cercetărilor efectuate am constatat faptul că trebuie să informăm pacienții cu risc înalt și mediu pentru dezvoltarea endocarditei infecțioase și respectiv medicii de familie, cardiologii și stomatologii. Am elaborat un chestionar pentru pacienți cu scopul evaluării nivelului bazal de cunoaștere a problemelor legate de EI. Deoarece cei mai vulnerabili pentru a dezvolta EI sunt considerați pacienții cu proteze valvulare am interogat pacienții care se aflau în secția cardiologie după protezare valvulară. Conform răspunsurilor pacienților, reiese că 86% din ei nu au auzit despre EI și nu știu că aparțin categoriei de risc înalt pentru a dezvolta această afecțiune, 14% au citit că pot avea infecție la inimă și numai 6 % cunosc că trebuie să administreze antibiotice înainte de intervenție stomatologică.

Următorul grup care a fost interogat după chestionar l-au constituit 33 de pacienți cu EI care se aflau la tratament în secția cardiologie nr.IV. Acești bolnavi cunoșteau ce este EI, deoarece li s-a diagnosticat această patologie gravă și administrau tratament. Majoritatea din ei - 17 (56%) cunoșteau că prezintă risc înalt pentru a dezvolta recidivă sau recurență de EI, dar erau inițiați insuficient în ceea ce privește procedurile care pot induce bacteriemie, antibioticul și doza profilactică de administrare.

Grupul III, care a îndeplinit chestionarul au fost pacienții cu cardiopatii congenitale. Am discutat cu copiii și părinții acestora și datele au fost similare cu cele prezentate de pacienții cu VR protezați, majoritatea pacienților (80%) nu conștientizau riscul dezvoltării EI, nu cunoșteau manifestările clinice ale acestei patologii, sursele de bacteriemie și profilaxia EI.

Este cunoscut faptul că intervențiile cu risc major pentru bacteriemie sunt cele stomatologice, de aceea, special pentru medicii stomatologi am elaborat un îndrumar pentru profilaxia EI. Am discutat cu un grup de 30 medici-stomatologi, care activează în cabinetele particulare din or. Chișinău și cu 50 studenți anul V a USMF “Nicolae Testemițanu”, facultatea stomatologie și am constatat faptul că majoritatea din ei (95%) cunosc EI ca entitate nozologică, complicațiile ei, dar numai (25%) știu că nerespectarea principiilor de antibioticoprofilaxie în activitatea lor zilnică la pacienții din grupurile de risc înalt și mediu poate induce dezvoltarea EI, și aproape nimeni nu aplică regimurile de profilaxie cu antibiotice. Persoanelor interogate li s-au repartizat buclete cu regimurile profilactice pentru intervenții stomatologice și s-a organizat o prezentare despre momentele cheie ale patologiei.

Deoarece medicii de familie sunt cea mai importantă verigă primară, am considerat să efectuăm chestionarea lor pentru identificarea cunoștințelor referitor la grupurile de risc pentru dezvoltarea EI, procedeele care necesită profilaxie și metodele de antibioticoprofilaxie. Am interogat 20 medici de familie din CMF N3 din orașul Balți cu stagiul mediu de lucru 15 – 20 ani. Din analiza răspunsurilor este laudabil faptul că toți medicii (100%) cunosc că pacienții cu proteze valvulare prezintă un risc înalt pentru dezvoltarea EI, dar numai 70 % includ pacienții cu cardiopatii congenitale în factorii de risc, și cel mai alarmant fapt este că numai 60% cunosc că pacientul care a suportat EI în anamneză poate face recidivă sau recurență de EI, deci acești pacienți nu vor efectua profilaxia cu antibiotice în caz de proceduri ce induc bacteriemie și vor fi potențiali pentru a dezvolta o EI cu toate consecințele ei. Răspunsurile medicilor relevă o conduită corectă în ceea ce prevede infecțiile respiratorii, sanarea focarelor de infecție, dar se neglijează efectuarea antibioticoprofilaxiei înainte de procedurile ce induc bacteriemie la pacienții cu factori de risc.

Deoarece medicul cardiolog este cel ce stabilește diagnosticul clinic, administrează tratamentul și consultă pacienții cu EI și bolnavii cu risc înalt și mediu pentru dezvoltarea EI am interogat 11 medici - cardiologi cu stagiul mediu de lucru 24.3 ani, aflați la perfecționare la Catedra de RC și PM a USMF “Nicolae Testemițanu”. Analizând răspunsurile medicilor cardiologi referitor la datele clinice și paraclinice care pot confirma diagnosticul de EI, majoritatea au dat dovadă de cunoștințe ample în acest domeniu, și anume 100% din ei cunosc că cele mai informative investigații în stabilirea diagnosticului sunt EcoCG și hemocultura, majoritatea au indicat corect grupele de risc. Cunoștințele medicilor cardiologi referitor la factorii de risc și necesitatea profilaxiei EI la acești pacienți, atestă o vigoare în ceea ce privește infecțiile respiratorii, cariesul dentar și indicarea măsurilor de profilaxie: efectuarea antibioticoprofilaxiei și sanarea focarelor de infecție la pacienții din grupul cu risc înalt și mediu, față de recomandările profilactice cardiologice au numit doar principiul general de antibioticoprofilaxie fără nominalizarea antibioticului concret și dozelor, ceea ce atestă o lacună în acest domeniu.

Concluzii

1. Profilaxia endocarditei infecțioase este obligatorie la pacienții cu risc înalt: endocardită infecțioasă în antecedentă, purtători de proteze valvulare, cardiopatii congenitale (Tetrada Fallot, VAo bicuspidă, Coarctare de aortă, DSV) și în mod opțional la pacienții cu risc moderat: cardiopatii reumatismale neprotezate, cardiopatii congenitale (stenoza aortică, prolaps de VM cu regurgitare semnificativă) în prezența comorbidităților.
2. Pacienții cu risc înalt și mediu pentru dezvoltarea endocarditei infecțioase trebuie să respecte în mod obligatoriu igiena dentară și să efectueze sanarea adecvată și precoce a cariesului dentar, pentru a evita dezvoltarea EI streptococice.
3. Menținerea unui grad înalt de vigoare și suspiciune clinică față de pacienții febrili cu patologii cardiace și condiții favorizante pentru bacteriemie și indicarea corectă a regimurilor profilactice facilitează prevenirea EI și stabilirea diagnosticului precoce.
4. Efectuarea profilaxiei EI reduce cheltuielile costisitoare necesare în tratamentul acestei patologii și îmbunătățește calitatea vieții pacienților cu valvulopatii reumatismale și cardiopatii congenitale.

Bibliografie

1. Baddour Larry M., Block Peter C.. Prevention of Infective Endocarditis – Updated Guidelines Expert: BMJ 10/04/2007
2. Bogle Richard G.; Bajpai Abhay Antibiotic Prophylaxis Against Infective Endocarditis: New Guidelines, New Controversy? Br J Cardiol. 2008;15(6):279-280.
3. Bruschi John L, Emmons Wesley W, Talavera Francisco, Kerkering Thomas M Infective Endocarditis Med line Dec, 7, 2007.

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 Rîșcani 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