6. Ghidul European de Prevenţie, Diagnostic şi Tratament a Endocarditei Infecţioase, 2009.
7. Hill, EE, Herijgers, P, Claus, P, et al. Infective endocarditis: changing epidemiology and predictors of 6-month mortality: a prospective cohort study. Eur Heart J 2007; 28:196.
8. Wilson LE, Thomas DL, Astemborski J, Freedman TL, Vlahov D. Prospective study of infective endocarditis among injection drug users. J Infect Dis 2002; 185:1761–1766.
9. Heinle S, Wilderman N, Harrison JK et al. Value of transthoracic echocardiography in predicting embolic events in active infective endocarditis. Duke endocarditis service. Am J Cardiol. 1994, 74:799-801.
10. Jaffe WM, Morgan DE, Pearlman AS, Otto CM. Infective endocarditis 1983-1988:echocardiographic findings and factors influencing morbidity and mortality. J Am Coll Cardiol.1990, 15: 1227-1233.
11. Ştirbul A., Grejdieru A, Mazur M. Protocolul Clinic Naţional „Endocardita infecţioasă la adult”, Chişinău, 2008.
12. Шустваль Н.Ф., Дмитренко В.М., Екимова Н.А., Калюжный В.А Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов. Обновление рекомендаций по профилактике инфекционного эндокардита у пациентов с клапанными пороками сердца, 2008.

PARTICULARITĂŢILE OSTEOARTROZEI LA FEMEI ÎN PERIOADA MENOPAUZALĂ

Olga Testemiţanu, I. Danilov, Lucia Mazur-Nicorici,
Elena Ciobanu, Ecaterina Testemiţanu-Dumitraş
Medicină Internă nr. 3, Catedra Anatomia omului

Summary

Peculiarities of osteoarthritis in women during menopausal period

The study of the joint pathology have not only a special interest for the rheumatologists, traumatologists, radiologists, neurologists, but for specialists of the physical culture, sport and recuperation. According to objectives in the group of study were included 28 pacients with knee osteoarthritis. The most common symptom of osteoarthritis is the pain. The radiological manifestations of different degrees have appeared latter than cartilage changes detected by USG. Osteoarthritis is pathology with significant impact on quality of life and negativ influence the joint motility and the movement of the patient.

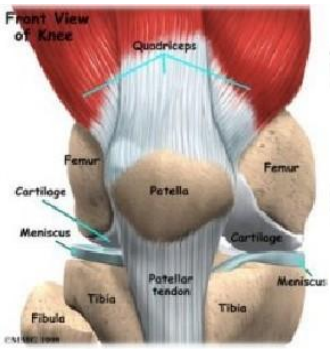
Rezumat

Studierea aparatului locomotor reprezintă interes deosebit pentru reumatologi, traumatologi, radiologi, neurologi, dar şi pentru specialiştii din domeniul culturii fizice, sportului şi recuperării. Conform obiectivelor trasate, în studiu au fost incluse 28 paciente cu gonartroză. Cel mai frecvent simptom ale osteoartrozei a fost durerea. Manifestările radiologice de diverse stadii au apărut mai tardiv decât modificările cartilajului depistate prin ultrasonografie. Osteoartroza este o patologie cu impact semnificativ asupra calităţii vieţii şi influienţând negativ motilitatea articulară şi deplasarea liberă a pacientului.

Actualitatea temei

Aparatului locomotor, este alcătuit dintr-un complex de structuri cu funcţii diferite: segmente osoase, articulaţii, muşchi striaţi, reţele nervoase şi reţele vasculare. Toate formaţiunile aparatului locomotor, formate din ţesut fibros, sunt structurate conform forţelor de tracţiune directă sau indirectă la care sunt supuse funcţional.

Studierea aparatului locomotor reprezintă un interes deosebit pentru reumatologi, ortopedişti, traumatologi, radiologi, neurologi, neurochirurgi şi oncologi, dar şi pentru specialiştii din domeniul culturii fizice şi sportului şi cel al recuperării. Scheletul asigură fixarea viscerelor, determină ţinuta corpului şi mişcările fine şi armonioase. Funcţiile mecanice ale sistemului osos: de sprijin, antigravitar, locomoţie şi protecţie. Funcţiile biologice: ţesutul osos reprezintă organul principal al metabolismului mineral, homeostatic, ţesutul osos este un depozit al sărurilor minerale din organism, funcţia hematopoietică, depozit de sânge, posedă capacitatea de creştere şi regenerare, aflându-se într-o permanentă modelare, adaptare, reorganizare, îmbătrânire. Restructurarea ţesutului osos este intens, osul reînnoindu-se pe deplin timp de 10 ani. Scheletul membrului inferior liber este format din trei segmente: echeletul coapsei care este prezentat de femur, scheletul gambei format din două oase lungi – tibia şi fibula şi scheletul piciorului constituit din tars, metatars şi oasele degetelor. Articulaţia genunchiului este cea mai complicată articulaţie, la realizarea ei participă femurul, patela situată anterior şi tibia. Osteoartroza reprezintă cea mai frecventă formă de patologie degenerativă şi este cauza principală a durerii si invaliditaţii la femei, constatânduse că incidenţa creşte cu vârsta, estimările fiind bazate pe dovezi radiologice, tomografie şi rezonanţă magnetică.



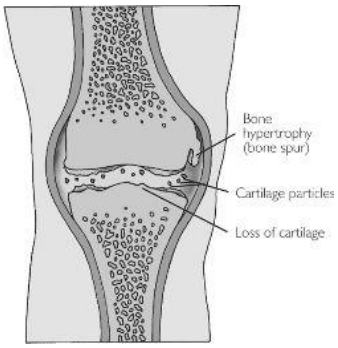


Figura 1. Schema articulaţiei (norma). **Figura 2, 3. Schema articulaţie genunchiului în OA.**

Suprafeţele articulare sunt situate la nivelul epifizei distale a femurului,epifizei proximale a tibiei şi pe faţa posterioară a patelei, iar epifiza distală a femurului participă la formarea articulaţiei prin cei doi condili şi prin suprafaţa patelară. Epifiza proximală a tibiei prezintă faţa superioară articulară cu cele două fose articulare separate între ele prineminenţa intercondilară. Incongruenţa dintre feţele articulare ale tibiei şi femurului este completatăde două meniscuri - meniscul medial şi meniscul lateral (figura 1).

Meniscurile au rol de amortizor între extremităţile osoase, participă la lubrifierea suprafeţelor articulare, asigurând repartizarea uniformă a sinoviei pe suprafaţa cartilajelor, reducând esenţial lezarea dintre feţele articulare. Capsula articulară se inseră pe femur la o distanţă de 1 – 1,5 cm de cartilajul hialin, iar pe tibie şi rotulă nemijlocit pe marginile cartilajului hialin care acoperă feţele articulare. Pe părţile laterale, faţa medială a capsulei aderă la faţa periferică a meniscurilor, care împart astfel cavitatea capsulară în două porţiuni: supra- şi submeniscală, comunicând între ele prin porţiunea lor centrală. Membrana sinovială a capsulei formează numeroase pliuri ce conţin ţesut adipos. Cele mai dezvoltate sunt pliurile alare, care prolabează în cavitatea articulară între femur, tibie şi patelă. Ele sunt localizate inferior de patelă de ambele părţi ale ligamentului patelar. O prelungire a acestora este plica sinovială infrapatelară ce se îndreaptă spre aria intercondilară anterioară. În împrejurimea patelei se determină multiple plici sinoviale mai mici şi numeroase vile sinoviale. Articulaţia genunchiului este fortificată de ligamente dispuse ventral, lateral şi dorsal. Simptomele sunt localizate adesea la nivelul coloanei vertebrale şi articulaţiilor de suport (coxofemural şi genunchi). Iniţial, durerea apare numai în timpul activităţii fizice însă pe măsură ce patologia avansează, durerea se poate instala şi în repaus. Specialiştii estimează că fiecare libră (453 gr.) de greutate corporală majoreză sarcina cu cel putin 3 libre pe articulaţia genunchiului şi ceva mai mult pentru

articulaţia coxofemurală. Studiile arată că scăderea în greutate poate diminua simptomele osteoartrozeii genunchiului, dar probabilitatea de a dezvolta aceste simptome. Cel mai frecvent simptom ale osteoartrozei este durerea, în special la nivelul genunchilor, articulaţiilor coxofemurale, mâinilor, şi la nivelul coloanei vertebrale, acesta fiind în strânsă relaţie cu activitatea desfăşurată în articulaţia respectivă,manifestându-se mai puternică la sfârşitul zilei de lucru sau după perioade de activitate intensă. Pe măsura avansării bolii, durerea poate să apară în repaus; cu sensibilitate şi tumefiere ocazională; deformări articulare (în special în stadiile tardive ale osteoartriozei). Un simptom caracteristic este cracmentul , însoţite de durere, care apar într-o articulaţie normală, care pot fi nedureroase. Factorii de risc responsabili se dezvoltarea şi osteoartrozei sunt, traumatismele mici şi repetate sau o singură leziune la nivelul unei articulaţii, ce poate afecta structura articulară normală; vârsta (la peste 50% de persoane cu vârsta peste 50 de ani există semne radiologice de osteoartroză); obezitatea; istoria familială de osteoartroză (mai multe cazuri de osteoartroză în rândul membrilor aceleiaşi familii); forţa musculară scăzută, se întâlneşte la pacienţii cu leziuni neurologice (neuropatii), carenţa vitaminei D şi scăderea cantităţii de estrogen la femeie, în special în perioada menopauzală şi post menopauzală.

Scopul lucrării

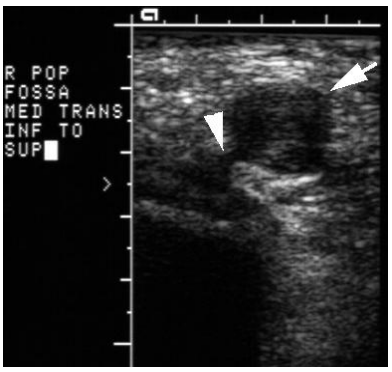
Evaluarea afectării articulaţiei genunchiului la femei în perioada menopauzală.

Materiale şi metode

În conformitate cu obiectivele investigaţionale ce au fost trasate am examinat 48 de pacienţi consecutivi cu OA. Dintre ei 28 s-au conformat criteriilor de diagnostic ale OA, R. Altman, 1991 care au format lotul de bază. Studiul s-a desfăşurat la catedra Medicină internă nr. 3 USMF „Nicolae Testemiţanu”, la baza Institutului Cardiologie. Criteriile de diagnostic ale osteoartrozei (Altman, 1991)

Simptome clinice şi radiologice: 1. dureri în articulaţia genunchiului pe parcursul lunii precedente, mai frecvent ziua; 2. osteofite sau: a) lichidul sinovial caracteristic pentru artroză (deschis, dens, numarul celulelor mai mic de 2000/ml); b) redoarea matinală mai puţin de 30 min; c) crepitaţie la mişcările active.

Manifestările radiologice în osteoartroză sunt prezentate în figura 4.



A **B**

Figura 4. Radiografia articulaţiei gen. Figura 5 . USG genunchiului OA

În imagine (figura 4) articulaţia genunchiului A-norma, B-OA st. Ro III**.**

Pacienţii au fost cercetaţi clinic, radiologic şi ultrasonografic după un protocol elaborat de noi şi validat ulterior. Au fost examinaţi consecutiv 48 pacienţi cu OA, dintre care 42 femei, 6 bărbaţi. Gonartroza primară s-a confirmat la 28 femei şi un bărbat, alte 14 femei au avut asocierea gonartrozei cu coxartroza-6 cazuri, artrită reactivă-4, spondiloză cu dureri radiculare-3 şi o pacientă cu OA posttraumatică. Dinte bărbaţi - 3 au avut gută, unul - artrită psoriatică şi unul OA secundară posttraumatică cu gonartroză. Aşadar, conform obiectivelor trasate, în studiu au fost incluse 28 paciente cu gonartroză.

Rezultate şi discuţii

Caracteristica generală a pacientelor cu gonartroză este afişată în tabelul 1.

Tabelul 1

Caracteristica generală a pacientelor cu Gonartroză

Indicii	**N=28**	**Intervale variaţionale**
Vârsta medie, ani	61,8±12.3	39 – 77
Durata bolii, luni	98, 5±0.3	3-188
Vârsta instalării menopauzei	49,1±0.63	39-54
IMC, kg m2	29.8±2.6	24-42
VAS, cm	5.5±0. 3	2-8

Din tabel rezidă că la momentul examinării vârsta a fost cuprinsă între 39-77 ani, vârsta medie fiind 61,8 ani. Conform obiectivelor studiului, pacientele erau în perioada menopauzală , astfel am fost interesată să analizam vârsta debutuli ei. Datele denotă un decalaj de instalare a menopauzei de vârsta impunător de la circa 15 ani. Cu toate că vârsta medie a pacientei a fost circa 60 de ani, menţionăm vârsta tânără de realizare a menopauzei. Ulterior am îndreptat rectoul spre analiza duratei bolii pentru acest grup de pacienţi, ce s-a dovedit a fi între 3-188 luni. Cecetând grupele de studiu în funcţie de indexul masei corporale (IMC), am considerat că pacienţii subponderali (sub 18,5 kg/m2), şi nu am avut în studiu IMC normal (18,5-24,9 kg/m2) ,preobezitate (25,0-29,9 kg/m2), obezitate (peste 30 kg/m2). Am reliefat că la pacienţii examinaţi IMC variază între 24-42 kg/m2, indicele mediu fiind 29,8 kg/m2 , ceea ce confirmă obezitatea în mediu pe grup. Conform Scarei Vizual Analogice (figura 6) a fost apreciată starea generală a pacientului care a evaluat VAS de 5,5 cm cu intervale variaţionale (i-v) la valorile VAS de la 2 la 8 cm. Rezultatele au notat durere medie conform scalei visual analogice.

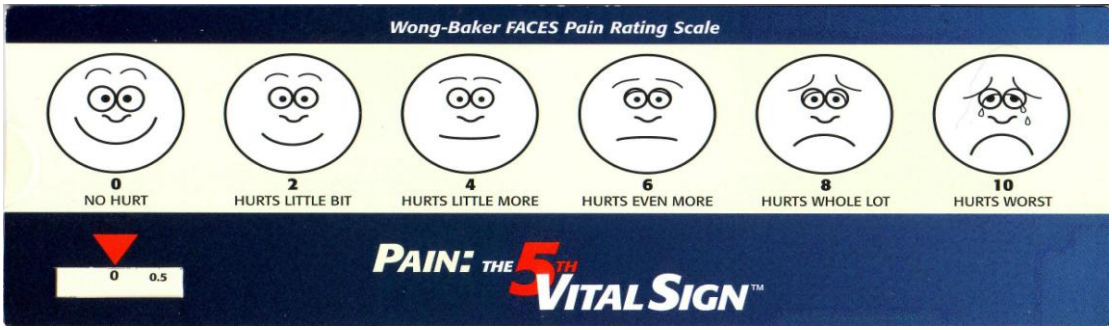


Figura 6. Scara Visual Analogică

Datele tabloului clinic al pacienţilor incluşi în lotul de studiu sunt afişate în tabelul 2.

Tabelul 2

Manifestările clinice şi paraclinice în gonartroză

Indicii	**N=28 (i-v),%**
Durerea după VAS, cm	5,5 (i-v 2-8 cm)
Durata redorii matinale, min	17, 7 ± 1,2 (i-v 5-29)
Cracment	25 (89,2%)
Modificări radiologice, stadii	23 (82,1%)
USG efectuată la 15 pacienţi	15 (100)

Tabloul clinic în OA s-a prezentat prin durere, redoare matinală de diverse durate şi intensităţi, fiind prezent şi cracmentul sesizat de pacient şi doctor. Redoarea matială a fost prezentă la pacienţii cu durata de la 5 la 29 de minute.

De remarcat că modificările radiologice s-au depistat mai frecvent decât cracmentul constituind 96 vs 89%, respectiv. Referitor la datele obţinute prin ultrasonografia articulaţiilor genunchiului s-a pus în evidenţă modificări caracteristice OA la toţi cei 15 pacienţi examinaţi prin această metodă.

Concluzii

1) Osteoartroza se caracterizează printr-o instalare precoce la femei tinere, sub vârsta de 50 de ani. Parametrii clinici sunt durerea de intensitate medie şi redoarea matinală de cel puţin 5 minute asociate cu cracment.
2) Confirmarea diagnosticului de osteoartroză s-a făcut prin radiografia genunchiului. Manifestările radiologice de diverse stadii au apărut mai tardiv decât modificările cartilajului depistat prin ultrasonografie articulară.
3) Osteoartroza este o patologie cu impact semnificativ asupra calităţii vieţii şi influienţează negativ motilitatea articulară şi deplasarea liberă a pacientului.

Bibliografie

1. Altman R, Alarcon G, Appel routh , et. Al. the Ameican College o Rheumatology criteria or the classification and reporting o osteoarthritis o the knee. Arthritis Rheum. 1991, 34 p. 505-514.

2. Behrman: Nelson Textbook of Pediatrics , 2004, 17 th ed.p 1947.

3. Brown SA,Rosen CJ:Osteoporozis.Med Clin North Am 2003 p. 1039-1063,2003.

4. Delmas P. Treatment of postmenopausal osteoporosis.Lancet 2002 p. 2018-2026.

5. Kegan TH,Kessley JL,Sidney S,et al.Foot problems as risk factors of fractures .Am J Epidemiolog, 2002, p. 926-31.

SINDROAME NEUROPSIHIATRICE ÎN LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC: EVALUAREA LOR PRIN UTILIZAREA INSTRUMENTELOR NEUROPSIHOLOGICE VALIDATE

Ala Soroceanu

Catedra Medicină Internă N3 USMF'' Nicolae Testemiţanu''

Summary

Diagnosis problems in neuropsychiatric SLE remains a challenge for clinicians. Our purpose was to study the neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and their impact on quality of life. We examined 60 patients who met the ACR diagnostic criteria, Hochberg M. 1997. Special investigations focused assessment of disease activity, index of organic damage, cumulative glucocorticosteroid dose administered, assessing quality of life according to SF-36 questionnaire. Activity of disease in SLE patients showed that in patient with the nervous system involvement was medium/high in 81. 2%, while in group without nervous system involvement - medium/low in 85.7% cases. Analyzing the data of index of organic damage (DI) got low level in both groups found it, when high and very high found only in patients with nervous system affecting. Clinical correlations between DI and nervous system involvement in systemic lupus was found. Application of SF-36 questionnaire in patients with systemic lupus erythematosus showed that low quality of life is determined by the involvement of the nervous system, predominantly by mental health.