

Bibliografie

1. Beswick A., Brindle P. Risk scoring in the assessment of cardiovascular risk. *Curr Opin Lipidol*; 17(4):375-86.
2. Braunwald's Heart Disease. Textbook of cardiovascular medicine. Ninth edition. Vol 1, ISBN 978-1-4377-2708-1. Pag. 922-925.
3. Centrul Național de management în sănătate. Rapoarte și analize. Date statistice. Anuar statistic 2012, (www.ms.md., vizitat 2012).
4. Cuspidi C., Leonati L., Macca L., et al. Cardiovascular risk stratification in hypertensive patients 2001; 375-380.
5. Cullen P., Schulte H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Munster (PROCAM) study. *Circulation*;105:310-315.
6. Conroy RM., Pyorala K., Fitzgerald AP., Sans S., Menotti A., De Backer G., et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*;24:987-1003.
7. Mancia G. Total cardiovascular risk: a new treatment concept. *J. of Hypertens* 2006, 24 (suppl):S17-S24.
8. Sehestedt T., Jeppesen J., Hansen TW, et al. Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to SCORE. *Eur Heart J* 2010; 883-891.
9. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension, *Eur Heart J* (2007) 28, 1462-1536.
10. Volpe M., Tocci G. 2007 ESH/ESC Guidelines for the management of hypertension, from theory to practice: global cardiovascular risk concept. *J of Hypertension*. 2009: 27:S3-S11.

REZULTATELE ADMINISTRĂRII TERAPIEI CU OZON LA PACIENȚII VÂRSTNICI CU HIPERTENSIUNE SISTOLICĂ IZOLATĂ, ASOCIATĂ CU CARDIOPATIE ISCHEMICĂ

Nicolae Bodrug, Adriana Botezatu, Anatol Negara, Vasile Parasca, Ala Zlatovcen, Liudmila Pastuh

USMF "Nicolae Testemițanu", Departamentul Medicina internă, Catedra Boli ocupaționale, Laboratorul Științific de gerontologie, IMSP Spitalul Clinic al MS RM

Summary

Ozon results management therapy in elderly patients with isolated systolic hypertension associated with coronary heart disease

The combination of isolated systolic hypertension with coronary heart disease in elderly patients dramatically increases the risk of serious life-threatening complications. The administration of ozone therapy in the combined treatment can significantly improve the effectiveness of treatment, quality of life and reduce the risk of complications.

Rezumat

Rezultatele administrării terapiei cu ozon la pacienții vârstnici cu hipertensiune sistolică izolată, asociată cu cardiopatie ischemică.

Asocierea hipertensiunii sistolice izolate cu cardiopatie ischemică la pacienții vârstnici crește dramatic riscul de complicații care pun viața în pericol. Includerea terapiei cu ozon în tratamentul complex poate îmbunătăți în mod semnificativ eficiența tratamentului, calitatea vieții și reduce riscul de apariție a complicațiilor.

Actualitatea

Hipertensiune sistolică izolată (HSI) - o formă specială de hipertensiune arterială, care este definită de o creștere a tensiunii arteriale sistolice (TAs) mai mare de 140 mmHg și coborârea tensiunii arteriale diastolice (TAd) sub 90 mm Hg [8,9,13,14].

Rezultatele studiului Framingham au arătat că HSI se întâlnește în mai mult de două treimi din cazurile de hipertensiune arterială la vârstnici. Motivul necesității terapiei antihipertensive la pacienții vârstnici cu HSI este faptul creșterii de 2-4 ori a riscului de dezvoltare a infarctului miocardic, hipertrofiei ventriculare stângi, insuficienței renale, AVC și totodată moartea în urma patologiei cardiovasculare [2,5,9,13,14].

În mai multe studii epidemiologice, pe scară largă, a fost dovedită importanța monitorizării TAs: reducerea acesteia cu 10-11 mmHg scade riscul de apariție a AVC cu 42%, infarctului miocardic cu 25-30%, a bolilor cardiovasculare - cu 31-32%. Aceasta a inițiat elaborarea recomandărilor de către diferite comisii internaționale, în conformitate cu care TAs trebuie să fie punctul central al terapiei antihipertensive la pacienții cu HSI. Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și Societatea Internațională de Hipertensiune arterială (2003) a propus să nu fie stabilită o limită superioară de vârstă pentru tratamentul pacienților cu HSI.

La cuantificarea riscului ar trebui să se țină cont de faptul că, în sine vârsta, prezența unei boli cardiovasculare concomitente, tulburările metabolice și hormonale la pacienții vârstnici stipulează prezența printre ei a unui număr mare de pacienți cu risc crescut de complicații [2,5,9,13,14].

Alegerea medicamentelor pentru tratamentul pacienților cu HSI se face ținând cont de situația economică și experiența anterioară a consumului de preparate antihipertensive conform principiilor standard ale terapiei antihipertensive. La selectarea terapiei la pacienții cu HSI ar trebui să se ia în considerare toate aspectele legate de acțiunea farmacologică a medicamentelor folosite. Potrivit Societății Europene de Hipertensiune și Cardiologie (2003), Comitetul Național American pentru prevenirea, detectarea și tratamentul hipertensiunii arteriale (2003), blocantele canalelor de calciu (BCC) sunt medicamente de prima linie pentru tratamentul HSI la pacienții vârstnici și de vârstă mijlocie, eficiența și siguranța acestor preparate a fost dovedită de rezultatele numeroaselor studii, și sunt importante nu numai în reducerea TA, dar și prin efectul său organo-protector, conducând astfel la o reducere semnificativă a morbidității și mortalității cardiovasculare (cercetare Syst-Eur, HOT, INSIGHT, STOP-Hipertensiune-2, ELSA) [2,3,4,5,6,10].

De notat este faptul că la pacienții în vârstă deseori avem de-a face cu boli concomitente. Deci, HSI în mai mult de 70% din cazuri este combinată cu boală ischemică.

În ciuda experienței acumulate de-a lungul anilor, în ce privește administrarea medicamentelor în tratamentul cardiopatiei ischemice (CPI), bolile cardiovasculare sunt principala cauză de morbiditate și mortalitate în țările dezvoltate, totodată cota cardiopatiei ischemice și a infarctului miocardic (IM), reprezintă circa două treimi din decesele în urma patologiei cardiovasculare. Nivelul mortalității anuale la pacienții cu angină pectorală stabilă, ocupând cea mai mare pondere printre pacienții cu boala coronariană, este de 2-3% [11].

Cu toate acestea, calitatea vieții la acești pacienți este, de regulă, joasă, cu limitări semnificative în viața de zi cu zi, în principal din cauza accidentelor vasculare cerebrale care apar. În acest sens, tratamentul pacienților cu angină pectorală stabilă este în continuare în centrul atenției medicilor practicieni.

Scopul principal al farmacoterapiei la acești pacienți este în primul rând prevenirea infarctului miocardic și a morții subite (îmbunătățirea prognosticului), precum și ameliorarea completă, sau cel puțin reducerea frecvenței atacurilor de angină pectorală și ischemie miocardică, adică îmbunătățirea calității vieții pacienților.

În arsenalul modern al cardiologilor, există trei grupe de medicamente antianginoase de bază: nitrații, b-blocante și antagoniști a canalelor de calciu – care afectează în mod obiectiv calitatea vieții pacienților cu patologie coronariană. Cu toate acestea, impactul asupra

supraviețuirii a fost dovedit de influența doar a b-blocantelor și a verapamilului, a căror administrare este însoțită de o serie de contraindicații [11,16].

În mod tradițional, pentru a elimina și a reduce frecvența crizelor anginoase, se folosesc nitrații. Aceste medicamente au fost mult timp folosite în practica clinică, ele cresc toleranța la efort, majorează timpul de apariție a unei crize de angină pectorală și reduc depresia segmentului ST pe ECG în timpul efortului fizic [11,15].

În ultimii ani, numărul de nitrați a crescut, au apărut noi forme de dozare, s-a extins gama de aplicare a acestora. Cu toate acestea, nitrații de multe ori dau efecte adverse, cele mai frecvente sunt apariția cefaleelor.

Un alt motiv pentru limitarea administrării nitraților la pacienții cu angină pectorală stabilă, este dezvoltarea toleranței față de ei. Dezvoltarea dependenței față de nitrați variază foarte mult în rândul pacienților, și totodată nu se știe ce caracteristici specifice determină apariția acestui fenomen. S-a demonstrat că administrarea regulată a dinitratului izosorbid, în doză de 10-20 mg de 4 ori/zi, timp de 1 lună, a determinat pierderea completă a efectului la 10-15% din pacienții cu angină pectorală stabilă [11,12].

La indicarea nitraților trebuie de luat în considerare prezența contraindicațiilor înainte de administrare. Aceste medicamente ar trebui să fie utilizate cu precauție la pacienții cu CPI și hipotensiune arterială. Nitrații sunt contraindicați în hipertensiune intracraniană și AVC. Pot crește gradul de obstrucție la pacienții cu cardiomiopatie hipertrofică, gradul de regurgitare în prolaps de valvă mitrală hemodinamic semnificativă.

Scopul studiului - evaluarea eficacității și siguranței includerii terapiei cu ozon în tratamentul complex al pacienților vârstnici cu hipertensiune sistolică izolată, asociată cu cardiopatie ischemică.

Materiale și metode

Studiul a inclus 62 de pacienți cu hipertensiune sistolică izolată, asociată cu cardiopatie ischemică - 24 (38,7%) bărbați și 38 (61,3%) – femei, cu vârsta de 60-75 de ani.

Diagnosticul a fost stabilit în conformitate cu criteriile OMS [7] și a Societății Europene de Hipertensiune arterială și Cardiologie [2]. Examinarea clinică complexă a inclus măsurarea tensiunii arteriale, monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale (Asmady), electrocardiografie, ecocardiografie, determinarea profilului lipidic și determinarea glicemiei, a nivelului de fibrinogen, ureei și creatininei, transaminazelor hepatice. La toți pacienții a fost examinat starea fundului ochiului și efectuat examenul clinic general.

Verificarea CPI a fost efectuată în baza unui tablou clinic tipic al bolii, datele anamnestice de infarct miocardic, rezultatele testului de efort și EcoCG - semne locale de asinergie LV.

În funcție de tipul de tratament, toți pacienții au fost împărțiți în două grupe clinice. Ambele grupe au fost pe deplin potrivite în corespundere cu vârsta, sexul, durata și severitatea bolii, precum și a schemelor de bază ale terapiei antihipertensive și antianginoase. Primul grup a constituit 32 de pacienți, care au urmat un tratament combinat: împreună cu medicamentele antihipertensive și antianginoase a fost inclusă terapia cu ozon, constând din perfuzie intravenoasă cu ser ozonat într-un volum de 200 ml și concentrația de ozon 3,2 g/l, frecvența administrării – o dată pe săptămână[1]. Durata tratamentului și durata totală a studiului a fost de 24 de săptămâni.

Metode de evaluare a eficienței tratamentului au inclus o analiză a parametrilor hemodinamici, ECG, toleranța la efort, monitorizarea ambulatorie ECG Holter, monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale, analiza sângelui clinică și biochimică. Intensitatea durerii a fost determinată prin scara Borg, calitatea vieții - din Chestionarul General de sănătate (General Health Questionnaire, GHQ-28).

Criteriile de evaluare a eficienței tratamentului au fost: numărul de episoade de angină pectorală și creșterea tensiunii arteriale în săptămână, numărul de comprimate administrate de

nitroglicerina și medicamente antihipertensive (la creșterea tensiunii arteriale) pe săptămână. Efectul clinic bun a fost considerat în cazul dispariției anginei și a crizelor hipertensive sau o micșorare a mai mult de 50%, satisfăcător – la micșorarea în mai puțin de 50%; nici un efect - în lipsa efectului antianginos și antihipertensiv.

Rezultate și discuții

După 24 de săptămâni de tratament, pacienții din grupa 1 au expus o îmbunătățire semnificativă a stării generale: s-au redus durerile de cap și amețelile, au dispărut crizele hipertensive, a crescut toleranța la efort fizic. În timp ce la pacienții din grupul 2 modificări similare nu au fost observate.

În paralel, la pacienții din grupul 2 s-a determinat o reducere a frecvenței crizelor anginoase cu 60% ($p < 0.05$). În grupul 1 frecvența atacurilor anginoase a scăzut cu 47% ($p < 0.05$). Paralel cu reducerea frecvenței crizelor s-a observat reducerea duratei atacului anginos, la fel ca în grupul 1 durata crizei anginoase fost redusă semnificativ cu 51% ($p < 0,05$), iar în grupul 2 – cu 27% ($p < 0,05$).

În Tabelul 1 este prezentată Dinamica parametrilor profilului TA în 24 h.

Tabelul 1

Dinamica parametrilor profilului TA în 24 h

Indici	Valoarea indicilor (M±m) în grupuri			
	Grupul 1		Grupul 2	
	Înainte de tratament	După tratament	Înainte de tratament	După tratament
TAs zi, mmHg	157,23±5,20	125,20±3,42*	157,42±4,85	155,10±4,44
TAs d, mmHg	164,59±6,28	131,13±2,88*	164,61±5,20	158,21±4,54
TAs n, mmHg	151,12±4,19	121,45±3,11*	151,32±4,24	134,02±3,50
TAd zi, mmHg	81,18±3,24	73,14±4,34*	80,95±4,83	78,87±6,12
TAd d, mmHg	85,06±4,43	74,55±4,67*	84,98±5,02	80,88±4,91
TAd n, mmHg	78,22±3,34	71,52±4,44*	78,31±5,54	75,74±5,87
V TAs d, mmHg	19,63±1,94	14,13±1,25*	19,52±2,09	18,69±1,99
V TAs n, mmHg	16,38±1,49	11,16±1,07*	16,44±1,86	15,57±1,40
V TAd d, mmHg	13,40±1,14	12,11±1,09	13,46±1,09	12,99±1,10
V TAd n, mmHg	9,35±0,90	8,02±0,11	9,36±0,89	8,79±0,98
IT Tas d %	69,74±6,24	40,19±5,11*	69,71±6,95	58,95±6,88
IT TAs n %	72,45±5,85	42,51±5,07*	72,51±5,61	58,98±5,78
IT TAd d %	16,11±2,37	14,14±1,09	16,14±2,36	15,92±2,87
IT TAd n %	15,50±2,36	13,88±2,12	15,51±2,40	14,94±2,34
IZ TAs %	10,06±0,84	16,36±2,82*	10,01±0,95	11,95±1,95
IZ TAd %	14,36±0,52	15,04±0,64	14,42±0,84	14,56±0,82
FCCzi în 1min	68,36±3,55	66,06±2,84	67,96±3,44	68,06±2,09
FCCd în 1min	74,12±4,05	73,64±4,12	74,08±3,98	73,76±4,01
FCCn în 1min	64,86±3,28	63,90±3,44	66,14±3,12	65,82±3,04

Notă: * - Diferența indicilor fiabili în comparație cu cele anterior tratamentului ($P < 0,05$); zi - indice medii pe zi; d - valoarea indicelui în timpul zilei; n - valoarea indicelui pe timp de noapte; V - variabilitatea TA; IT - indecele de timp al TA; IZ - indicele de zi al TA; FCC - frecvența contracțiilor cardiace.

O analiză detaliată a dinamicii TAs la pacienții din ambele grupuri clinice a arătat că la pacienții din grupul 1 efectul antihipertensiv a fost mai pronunțat decât la pacienții din grupul 2.

Îmbunătățirea parametrilor profilului TA în 24h a fost reflectată în reducerea la pacienții din grupul 1 a nivelului TAs zi de la 157,23±5,20 la 125,20±3,42 ($p < 0,05$), la pacienții din

grupul 2- de la 157,42±4,85 la 155,10±4,44, precum și în reducerea TAd zi - de la 81,18±3,24 la 73,14±4,34 în grupul 1 și de la 80,95±4,83 la 78,87±6,12 în grupul 2.

Un factor important este faptul că a avut loc un efect antihipertensiv ușor asupra TAd, nici la unul dintre pacienți TAd nu a fost mai mică de 65 mmHg (nivelul de jos al TAd, recomandat pacienților vârstnici) [5].

Împreună cu efectul antihipertensiv la pacienții din grupul 1 s-a observat un efect pozitiv al terapiei cu ozon asupra variabilității TAs d, TAs n, TAd d și TAd n, totodată modificările acestor parametri au fost statistic semnificative. În timp ce la pacienții din grupul 2 schimbări la acești parametri nu au fost observate. Un efect pozitiv asupra variabilității TA este deosebit de important și valoros, deoarece mai multe studii epidemiologice din ultimii ani, au demonstrat că variabilitatea mare a tensiunii arteriale, mai ales pe timp de noapte și în orele dimineții este un indicator de prognostic negativ - un predictor al evenimentelor cardiovasculare acute (infarct miocardic, accident vascular cerebral, atacuri ischemice tranzitorii, encefalopatie hipertensivă acută, eclampsie, aritmii cardiace etc.) [2,3,6,8]. A fost studiată influența ozonoterapiei asupra IT - un indicator al "suprasolicitării miocardului prin rezistență". La pacienții din grupul 1 a fost estimată o scădere statistică semnificativă a TAs d și TAs n. În timp ce la pacienții din grupul 2 schimbări la acești parametri nu s-au observat.

Rezultatul pozitiv în administrarea ozonoterapiei este descoperirea capacității ozonului de a normaliza profilul circadian al tensiunii arteriale: IZ TAs la pacienții din grupul 1 a crescut de la 10,06 ± 0,84 la 16,36 ± 2,82 (p <0,05). Rezultatele sunt importante din punct de vedere al prognosticului, așa cum multe studii au descoperit că lipsa scăderii tensiunii arteriale pe timp de noapte (profilul "non-dipper") și/sau hipertensiunea arterială nocturnă (profilul diurn "night-peaker"), este însoțită de o implicare mai frecventă a organelor țintă și de un risc de 2,56 ori mai mare de deces cardiovascular [3,5,6,7,8].

În paralel, sarcina medie, înainte de atacul anginos la pacienții din grupul 1, a crescut cu 56% (p > 0,05), totodată la pacienții din grupul 2, acesta a crescut cu 17% (p > 0,05).

Potrivit datelor monitorizării Holter numărul de episoade ischemice, după cursul de tratament a cardiopatiei ischemiei, în grupul 1, a scăzut cu 64% (p <0.05), în timp ce la grupul 2 de pacienți - cu 34% (p <0, 05).

Tabelul 2

Dinamica indicilor biochimici la pacienții vârstnici cu HSI.

Indici	Valoarea indicilor (M±m) în grupuri			
	Grupul 1		Grupul 2	
	Înainte de tratament	După tratament	Înainte de tratament	După tratament
Colesterol total mmol/l	6,32±0,64	6,05±0,48	6,46±0,73	6,12±0,54
HDL mmol/l	1,13±0,24	1,16±0,29	1,11±0,31	1,14±0,34
LDL mmol/l	4,34±0,48	4,13±0,54	4,55±0,61	4,34±0,58
TG mmol/l	1,72±0,36	1,64±0,30	1,78±0,41	1,69±0,39
Glucosa mmol/l	4,26±0,74	4,12±0,61	4,46±0,69	4,36±0,84
Ureea mmol/l	5,73±1,44	5,78±1,54	5,88±1,56	5,93±1,64
Creatinina mmol/l	0,08±0,01	0,09±0,01	0,08±0,01	0,08±0,01
Fibrinogen g/l	3,24±0,31	3,11±0,24	3,29±0,44	3,18±0,36
ALT mmol/l	0,32±0,06	0,33±0,08	0,33±0,09	0,32±0,08
AST mmol/l	0,34±0,6	0,35±0,09	0,33±0,09	0,34±0,07

Notă: CT - colesterol total, HDL - lipoproteine cu densitate mare, LDL - lipoproteine cu densitate mică, TG - trigliceride, AST - aspartat-aminotransferaza, ALT - alanin-aminotransferazei.

În analiza dinamicii indicatorilor conform Chestionarului General de Sănătate, înainte de începerea tratamentului au fost observate mai mari schimbări în subscala "Somatizare", și mai

puțin în subscala "Depresie". Îmbunătățire statistică semnificativă a indicatorilor din Chestionar au fost identificate la sfârșitul tratamentului – de la 47% la 56%, fără nicio diferență semnificativă între grupe. Nota medie generală la pacienții din grupul 1 a scăzut cu 54% ($p < 0,05$), în grupul 2 cu 44% ($p < 0,05$).

La pacienții din studiu cărora li s-a indicat terapia cu ozon timp de 24 de săptămâni, nu au fost observate efecte adverse.

Indicatorii nivelului de lipide și glucoza din sânge, și alți parametri biochimici la pacienți, după tratament, nu s-au modificat semnificativ (Tab. 2).

Pe fondul terapiei cu ozon s-au observat schimbări pozitive în sistemul nervos central: a dispărut iritabilitatea și anxietatea de dimineață, s-a reglat somnul (s-a îmbunătățit procesul de adormire, durata somnului de noapte a crescut). De asemenea, este necesar de menționat că efectul antihipertensiv al terapiei cu ozon a fost combinat cu eliminarea cefaleii și cardiialgiilor, cu lipsa manifestărilor clinice disfuncțiilor vegetative.

Concluzii

1. La pacienții vârstnici cu hipertensiune sistolică izolată, asociată cu cardiopatie ischemică, tratamentul antihipertensiv și antianginos complex, cu includerea terapiei cu ozon, are un efect hipotensiv și antianginos manifest.

2. Determină normalizarea profilului circadian al tensiunii arteriale cu atingerea nivelului-țintă a tensiunii arteriale sistolice.

3. Determină o micșorare semnificativă a crizelor anginoase, a manifestărilor coronariene.

4. Crește toleranța la efort fizic și îmbunătățește calitatea vieții la pacienți, conform Chestionarului General de Sănătate.

5. Ozonoterapia nu are nici un efect negativ asupra metabolismului lipidic și glucidic, asupra funcției hepatice și renale.

6. Ozonoterapia este bine tolerată, sigură și nu este însoțită de efecte secundare.

7. Terapia cu ozon poate fi folosită ca parte a terapiei antihipertensive și antianginoase la pacienții vârstnici cu hipertensiune sistolică izolată, asociată cu cardiopatie ischemică.

Bibliografie

1. Bodrug N., Barba D., Istrate V., Botezatu A. Eficacitatea terapiei cu ozon în medicină. Chișinău, 2012, 116 p.

2. Guidelines Committee – 2003. European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2003. – Vol. 21. – P. 1011-1053.

3. Hansson L., Lindholm L.H., Ekblom T. et al. Randomized trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity in Swedish Trial of Old Patients with Hypertension-2 study // Lancet. – 1999. – Vol. 354. – P. 1751-1756.

4. Hansson L., Zanchetti A., Garruthers S.G. et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial // Lancet. – 1998. – Vol. 351. – P. 1755-1763.

5. Staessen J.A., Thijs L., Fagard R.H. et al. For the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Calcium channel blockade and cardiovascular prognosis in the European trial on isolated systolic hypertension // Hypertension. – 1998. – Vol. 32. – P. 410-416.

6. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evolution and treatment of high blood pressure // Arch. Intern. Med. – 1997. – Vol. 157 (21). – P. 2413-2446.

7. White W. Blood pressure monitoring in cardiovascular medicine and therapeutics. – New Jersey: Humana Press, 2001. – 308 p.

8. 1999 World Health Organization International Society of Hypertension Guidelines for the management of Hypertension Guidelines Subc. // J. Hypertension. – 1999. – Vol. 17 (2). – P. 151-153.

9. Колабава Ж.Д., Силизкова Л.А., Котовская Ю.В. и др. Представления об артериальной гипертензии у пожилых и реальная клиническая практика в России (Результаты 1 этапа Российской научно-практической программы АРГУС) // Кардиология. – 2001. – № 11. – С. 14-19.

10. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, третє видання. – К., 2004. – 83 с.

11. Ольбинская Л.И., Сизова Ж.М. Фармакотерапия хронической сердечной недостаточности. Руководство, Москва, 2002, 110 с.

12. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е., Сизова Ж.М., Вартанова О.А. и др. Фармакотерапия хронических сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для врачей. – М.: «Медицина», 2006. – 386 с.

13. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии // Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Либідь, 2002. – 504 с.

14. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія: Посібник для лікарів. – К.: Моріон, 2002. – 204 с.

15. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для практикующих врачей. – М.: Литера, 2004. – 972 с.

16. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н., Борисова Е.О. и др. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для практикующих врачей. – М.: Литера, 2005. – 972 с.

ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ CU DEBUT INSIDIOS, DIAGNOSTICATĂ POSTMORTEM, CAZ CLINIC

¹Diana Crudu, ¹Alexandra Grejdieru, ¹Liviu Grib, ²Lucia Gârbu, ¹Elena Samohvalov,

¹Efimia Curudimov, ²Oleg Crudu, ²Mihail Erlih, ²Galina Zavatin, ¹Guțanu Ludmila

Disciplina Cardiologie, Clinica Medicală nr.3, Departamentul Medicină Internă,

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, ²IMSP SCM „Sfânta Treime”

Summary

Insidious infective endocarditis diagnosed postmortem, case report

Infective endocarditis (IE) is a serious infectious disease which is present in a variety of forms, depending on the causative pathogen agent, pre-existing cardiac disease, presence or absence of complications, which evaluates manifest or insidious and requires an interdisciplinary approach involving specialists from different fields. Elderly patients often arise asymptomatic evolution, the onset of disease is wiped with a high rate of complications making difficult to establish its early diagnosis and postmortem findings. Untreated IE is fatal. If the diagnosis is established late or therapeutic measures are delayed, mortality rate remains at a high level, 16-20% being for communitary and 24-50% for nosocomial IE. According to the Giovanni Di Salvo et al. 2003 study, IE has a reserved prognosis in the elderly persons with 17% in-hospital death in patients over 70 years. We present the clinical case of a 77 year woman with aortic valve endocarditis and anamnesis of degenerative aortic stenosis also presenting other comorbidities (diabetes mellitus, hypertension, viral B hepatitis), complicated by the onset of embolism syndrome (cerebrovascular accident, pulmonary and splenic mezenteric arteries embolisms).