

la al II-lea puls-terapie, cu apariția pancreatitei reactive). Deși reacțiile hepatotoxice au fost rare, se recomandă monitorizarea probelor biochimice hepatice și pancreatice în decursul tratamentului cu Terbinazină.

### Concluzii

1. Terbinazina poate fi considerată unul dintre antimicoticele de înaltă eficiență în tratamentul onicomicozelor de etiologie identificată pe baza investigațiilor bacteriologice obligatorii, fiind remediu de elecție în eradicarea dermatofitelor, genul *Candida*.

2. În cazul onicomicozelor cauzate sau asociate cu micromicete (nondermatofiti), preparatul este mai puțin eficient, cu ameliorarea parțială a procesului patologic.

3. Terbinazina are capacitatea de a se acumula și de a se menține în unghie un timp mai îndelungat după suspendarea tratamentului, fapt ce permite a reduce durata tratamentului, administrându-se cure scurte și puls-terapie.

### Bibliografie

1. Dogra S., Kumar B., Bhasali A. Epidemiology of onychomycosis in patients with diabetes mellitus in India. *Ind. J. Dermatol.*, 2002; 41: 647.
2. Elewsky B. Challenges in onychomycosis treatment. Abstracts of the 19th World Congress of Dermatology, 15-20 June 1997, Sydney, Australia, 1997, p. 376.
3. Elewsky B. The need to cure onychomycosis. Abstracts of the 12th Congress of EADV, Oct. 2003, Barcelona, 2003, p. 121.
4. Rich P. Onychomycosis in a special patient population: focus on the diabetic. *Int. J. Dermatol.*, 1999, 38 (suppl. 2), p. 17-20.
5. Roberts D. T., Taylor W. D., Boyle J. Guidelines for treatments of onychomycosis, *BJD* 2003, p. 148-402.
6. Sturza V., Mușet Ch., Șalaru E. Onicomicozele (opțiuni terapeutice). *Ghid de medicină practică*, Chișinău, „Tipografia Centrală”, 2003, 47 p.
7. Verspeelt J., Marynissen G., Gupta A. Safety of Itraconazole in Diabetic Patient, *Dermatol*, 1999; 198: 382-384.

**Corina Scutari, dr., conferențiar**

*Catedra Farmacologie și Farmacie clinică*

*Chișinău, str. Malina Mică, 66*

*Tel.: 205450, 205448*

*E-mail: doctorscutari@mail.ru*

**Recepționat 10.11.2009**

## Eficiența tratamentului ortopedo-medical, precoce și tardiv, în afecțiunile displazice lombosacrate la copii în catamneză

N. Șavga

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”

Catedra Chirurgie, Ortopedie-Traumatologie și Anesteziologie pediatrică, USMF „Nicolae Testemițanu”

### The Effectiveness of Conservative Treatment of Children with the Displastic Process in the Lumbar-Sacral Region of the Spine in the Early and Later Periods

Research has shown that in many patients suffering from displastic process with slight probability of progressive deformation and without a spine stenosis conservative treatment can be successful over a period of decades with consistent basic therapy and repeated courses of supporting treatment. The use of Detensor therapies in combination with manual therapy, postisometric gymnastics and antihomotocical preparations is the most efficient, pathogenetic technique in treating children with clinical manifestations of displastic process the lumbar-sacral region of the spine.

**Key words:** dysplastic affections, lombo-sacral region, children.

### Эффективность различных методик консервативного лечения детей с диспластическим процессом пояснично-крестцового отдела позвоночника в ранние и отдаленные сроки

Результаты проведенных исследований показывают, что у многих больных с диспластическим процессом с малой вероятностью прогрессирования деформации и без стеноза позвоночного канала консервативное лечение может быть эффективным на протяжении десятилетий; особенно при его правильном и настойчивом проведении с повторными курсами базовой терапии и постоянным поддерживающим лечением. «Детенсор»-терапия в сочетании с мануальной терапией, постизометрической гимнастикой и антигомотоксическими препаратами являются наиболее эффективной, патогенетической методикой в лечении детей с клиническими проявлениями диспластического процесса пояснично-крестцового отдела позвоночника.

**Ключевые слова:** диспластические заболевания, пояснично-крестцовый отдел, дети.

### Actualitate

Luând în considerație că procesele displazice sunt atribuite grupei disontogenetice a maladiilor coloanei vertebrale, având în mare parte caracter ereditar, cu ajutorul metodelor

conservative de tratament este dificil, aproape imposibil, de a schimba evoluția maladiei. Scopurile de bază ale tratamentului simptomatic sunt excluderea durerii, a miodefensului patologic și formarea corsetului muscular. Caracterile particulare de

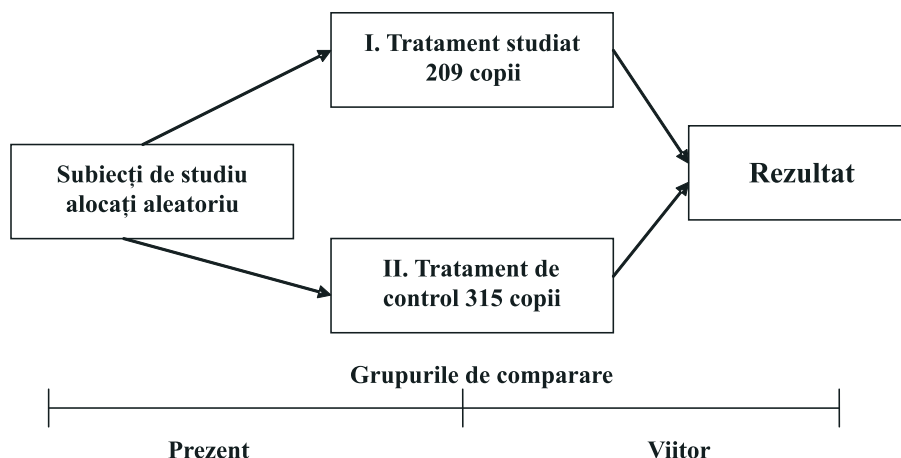


Fig. 1. Definirea grupurilor de comparare după modelul de tratament concomitent.

manifestare clinică a maladiei dictează necesitatea elaborării unor metode terapeutice patogenetic argumentate.

**Scopul** acestui studiu constă în determinarea celei mai eficiente abordări în tratamentul conservativ al pacienților cu procese displazice ale regiunii lumbosacrate a coloanei vertebrale.

#### Material și metode

S-a efectuat o cercetare clinică randomizată pe un lot de 524 de pacienți. Subiecții de studiu au fost alocați în mod aleatoriu în grupurile de tratament, deoarece selecția aleatorie este unica care reduce erorile de selecție și confuzia, reprezentând metoda preferată de alocare a indivizilor în grupurile de tratament și de control. Această metodă de selecție a asigurat ca copiii incluși în studiu să dispună de aceeași probabilitate pentru a fi alocați în grupul de tratament (cel propus de noi) sau în cel de control (cel tradițional). Definirea grupurilor de comparare este treapta critică în proiectarea unui studiu clinic randomizat, din care considerente la această etapă am verificat ca personalul medical să nu influențeze eligibilitatea pacientului sau trimiterea lui conform preferințelor de tratament. Schema de selecție a fost în baza tabelului randomizat, creat cu ajutorul programului *Epi Info*. Totodată, subiecții de studiu nu bănuiau ce tratament li se aplică (cel experimental sau cel de control), adică, selecția aleatorie a fost făcută după metoda „orb”. Evident, până a începe randomizarea au fost stabilite criteriile de includere și cele de excludere, eșantionul eligibil fiind alcătuit din pacienți cu forme stabile și relativ instabile ale procesului displazic, în vârstă de 9-17 ani, vârsta medie fiind de  $14,3 \pm 0,8$  ani ( $p > 0,05$ ) față de  $13,3 \pm 1,1$  ani, vârsta medie a întregului eșantion ( $n = 551$ ) cercetat în lucrare. După efectuarea selecției, am constituit două grupuri de pacienți: de bază, căruia i s-a administrat tratamentul experimental – cel propus de noi, și de control, căruia i s-a administrat tratamentul tradițional. Ambele grupuri au fost relativ omogene, fără diferențe semnificative în funcție de vârstă, sex și ale valorilor parametrilor de bază ai maladiei. În funcție de model, am selectat modelul tratamentului concomitent. Structura modelului concomitent este prezentată pe figura 1. Subiecții de

studiu rămânând pe tot parcursul studiului la tratamentul la care au fost alocați inițial în mod aleatoriu. Ambele grupuri au fost monitorizate pentru a observa rezultatul obținut.

I. Grupul de bază a fost reprezentat de 209 copii (inclusiv 82 (39,2%) de fete și 127 (60,8%) de băieți), care au făcut tratamentul propus: *Detensor* terapie, în combinație cu terapia manuală (inclusiv relaxare postizometrică (RPI)), autorelaxarea postisometrică (PI), preparatele antihomotoxice.

II. Grupul de control a inclus 315 copii (inclusiv 149 (47,3%) de fete și 166 (52,7%) de băieți), care au făcut tratament tradițional fiziofuncțional utilizându-se metodele contemporane de chinetoterapie, gimnastică curativă, procedee fizioterapeutice, blocaje paravertebrale, metoda de tracțiune, tratament medicamentos.

Repartizarea pacienților din ambele grupuri de comparare, în funcție de varianta procesului displazic și de metoda de tratament, este prezentată în tabelul 1.

După cum este prezentat în tabelul 1, și conform figurii 2, proporția băieților față de cea a fetelor nu diferă semnificativ în grupurile de comparare, cu raportul de 1:1,5 și de 1:1,2, respectiv.

În funcție de vârstă, grupurile de comparare, de asemenea, sunt omogene și nu prezintă diferențe statistice semnificative, cota majoră a copiilor fiind în grupul de vârstă de la 13 până la 15 ani în ambele loturi (fig. 3).

În ceea ce privește forma clinico-imagistică, ponderea pacienților din ambele grupuri a fost repartizată în proporții egale între forma stabilă și cea relativ instabilă (tab. 1).

Intensitatea sindromului algic și expresivitatea dereglărilor activității funcționale la copiii din ambele grupuri, până la efectuarea tratamentului ortopedic, au fost:

- În primul grup intensitatea sindromului algic a fost de  $4,5 \pm 0,12$  puncte, exprimarea activității funcționale – de 62,6%, iar calitatea vieții a fost apreciată la  $12,7 \pm 0,3$  puncte.
- În grupul doi intensitatea sindromului algic a fost de  $4,3 \pm 0,11$  puncte ( $p > 0,05$  față de grupul I, deci diferența este nesemnificativă), exprimarea activității

Tabelul 1

**Repartiția pacienților din grupul de bază și din grupul de control  
în funcție de varianta procesului displazic și de metoda de tratament**

Semne		Lotul I, n = 209		Lotul II, n = 315		$\chi^2$	p
		a6c.	%	a6c.	%		
sexul	băieți	127	60,8	166	52,7	0,05	0,83
	fete	82	39,2	149	47,3	0,05	0,83
Grupuri de vârstă							
9-12 ani (n = 46)		19	9,1	27	8,6	0	1,0
13-15 ani (n = 366)		144	68,9	222	70,4	0,27	0,60
16-18 ani (n = 112)		46	22	66	21,0	0,40	0,52
Forma clinico-imagistică							
Stabilă		114	54,5	151	47,9	0	1
Relativ instabilă		95	45,5	164	52,1	0,02	0,88
Sindromul algic și calitatea vieții							
SVA (scara vizual-analogică)		4,5±0,12		4,3±0,11		0,27	0,6
Calitatea vieții (EQ-5D)		12,7±0,3		13,1±0,2		0,3	0,02

\* Toate datele numerice au fost prelucrate conform cerințelor studiilor clinice randomizate, inclusiv cu utilizarea analizei alternative și celei variaționale.

funcționale – de 69,6%, iar calitatea vieții a fost apreciată la 13,1 ± 0,2 (p > 0,05).

### Rezultatele obținute

La determinarea celei mai eficiente metode de tratament al afecțiunii displazice lombosacrate, în funcție de situația patologică concretă, am făcut o analiză, multilaterală a rezultatelor tratamentului. Eficiența tratamentului a fost apreciată după o serie de indici analogici (pentru toate grupurile examinate), cu scopul de a aprecia cum au fost realizate, prioritățile fiecăreia dintre metodele folosite în tratamentul ortopedic: terapia manuală, asociată cu *de-tensor* terapia, cu preparatele antihomotoxice, comparativ cu tratamentul tradițional. Echivalentul cantitativ a fost utilizat pentru o mai bună reflectare a indicilor obținuți în cadrul tratamentului.

De menționat faptul că, în cadrul studiului, s-au efectuat observații dinamice asupra pacienților în procesul examinărilor la nivel ambulatoriu.

Rezultatele precoce (în termen de la 2 până la 5 ani) ale eficacității tratamentului au fost monitorizate la toți cei 524 de bolnavi, care au făcut tratament conservativ, rezultatele la

distanță (în termene de peste 5 ani) – la 132 (25,2%). Caracteristica numerică o reproducem în tabelul 2.

Tabelul 2

**Modelul de analiză a rezultatelor precoce  
ale tratamentului conservativ (metoda proprie  
și cea tradițională)**

Rezultatul	Tratamentul	
	Metoda proprie – lotul I	Metoda tradițională – lotul II
Prezent (bun și satisfăcător)	193 (a)	253 (b)
Absent (nesatisfăcător)	16 (c)	62 (d)
În total	209 (n1)	315 (n0)

În tabelul 2 sunt prezentate rezultatele aranjate în tabelul 2x2, care este specific pentru analiza rezultatelor unui studiu clinic randomizat și care permite calcularea indicilor analitici în funcție de metoda de tratament și de rezultatul așteptat. Acești indicatori sunt:

1. Proporția cu rezultate din grupul cu tratament experimental ( $P_1$ ), este egal cu numărul de subiecți cu rezultate din grupul cu tratament experimental, raportat la numărul

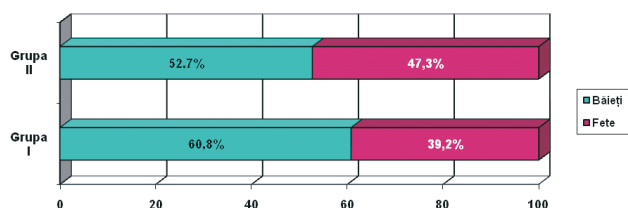


Fig. 2. Repartiția pacienților în grupurile de comparație în funcție de sex.

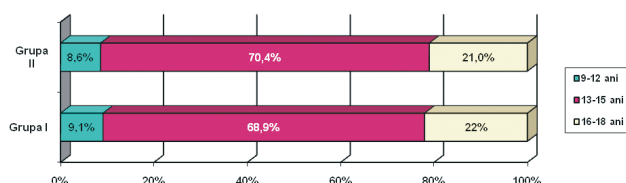


Fig. 3. Repartiția pacienților în grupurile de comparație în funcție de vârstă.

total de subiecți din grupul cu tratament experimental:  $P_1 = 193/209 = 0,92$ .

2. Proporția cu rezultate din grupul cu tratament de control ( $P_0$ ) este egală cu numărul de subiecți cu rezultate din grupul cu tratament de control, raportat la numărul total de subiecți din acest grup:  $P_0 = 253/315 = 0,8$ .

3. Riscul relativ al incidenței cumulative ( $RR-IC$ ) este egal cu proporția rezultatului în grupul cu tratament experimental, raportat la proporția rezultatului în grupul cu tratament de control (cel tradițional):

$$RR-IC = \frac{a/n_1}{b/n_0} = \frac{P_1}{P_0} = \frac{0,92}{0,8} = 1,15 \quad (1)$$

$RR-IC$  indică mărirea asocierii între metodele de tratament și rezultatul studiat. Acest indice arată că riscul de însănătoșire a subiecților din grupul experimental, pe parcursul întregii perioade de studiu, este de 1,15 ori mai mare, comparativ cu același rezultat în grupul de control.

4. Riscul relativ al densității incidenței ( $RR-DI$ ) permite a analiza rezultatele la distanță și este raportul între subiecții cu rezultat împărțit la persoana-timp din grupul de tratament experimental față de subiecții cu rezultat împărțit la persoana-timp din grupul de control.

$$RR-DI = \frac{a/t_1}{b/t_0} = \frac{193/22572}{253/37800} = \frac{0,009}{0,007} = 1,3 \quad (2)$$

- a – numărul de subiecți cu rezultat în lotul I – 193;
- b – numărul de subiecți cu rezultat în lotul II – 253;
- $t_1$  – persoana-timp în grupul I –  $108 \times 209 = 22572$ ;
- $t_0$  – persoana-timp în lotul II –  $120 \times 315 = 37800$ .

Persoana-timp este numărul de subiecți înmulțit la numărul mediu de luni în care pacienții au fost urmăriți, după finalizarea tratamentului. Valorile  $RR-DI$  au permis a aprecia rezultatele la distanță, după 6-12 și mai mult de 24 de luni, până la 10 ani după finalizarea tratamentului.

În afară de analiza analitică a rezultatelor, s-a efectuat și testarea diferențelor în ambele loturi (tabelul 3). În acest caz, pentru precizie, rezultatele tratamentului conservativ au fost apreciate drept „bune”, „satisfăcătoare” și „nesatisfăcătoare”.

După cum vedem din tabelul 3, rezultatele tratamentului conservativ au fost mai eficiente în lotul I, având un număr mai mic, statistic semnificativ, de zile/pat necesare pentru tratament, precum și indicii SVA (scara vizual-analogică) și EuroQoL mai mici. În ceea ce privește ponderea rezultatelor bune, ea este, de asemenea, mai mare în grupul experimental față de grupul de control, precum și rezultatele satisfăcătoare. Este semnificativ faptul că în grupul experimental nu am avut niciun caz de complicații ale tratamentului aplicat, pe când în grupul de control această pondere a constituit 1,4%.

În funcție de forma procesului patologic, diferențele înregistrate au fost similare cu cele ale lotului în întregime. La toți pacienții cu blocade funcționale exprimate, după efectuarea detensor terapiei și a 1-3-a ședință de terapie manuală, s-a obținut înlăturarea blocadei funcționale, durerea lombară a dispărut, volumul mișcărilor în segmentul funcțional vertebral s-a mărit. Semnele clinice aveau dinamică pozitivă, cu diminuarea sau cu dispariția sindromului algic, micșorarea senzațiilor dureroase la palparea proceselor transversale și spinoase ale L3-L4-L5. Senzația de căldură în regiunea lombară s-a depistat la 191 (91,4%) de pacienți după prima procedură, iar la restul 18 (8,6%) – după cea de-a doua. După eliminarea blocadei funcționale, sindromul instabilității nu s-a depistat. Pacienții au fost eliberați de la lecțiile de educație fizică și instruiți să efectueze un complex special de exerciții de gimnastică curativă, care le efectuau în condiții de casă. La 6 (2,9%) pacienți cu diagnosticul de hernie de disc lombar, confirmat prin examen RMN, cu recomandări de intervenție chirurgicală, după o ședință de tratament a fost operat numai un bolnav. Alți 2 (0,96%) pacienți, care s-au adresat cu hernie de disc, care provoca compresiunea radiclelor nervoase, după terapia manuală, clinica s-a înrăutățit, fapt ce a impus efectuarea intervenției chirurgicale.

Din lotul II de pacienți, în 19 (6,0%) cazuri cu hernie de disc, după tratamentul fizioterapeutic, medicamentos pe parcursul a 12 luni, s-a stabilit înrăutățirea stării generale, iar la CT și RMN (efectuată nu în toate cazurile) s-a depistat îngroșarea ligamentului longitudinal posterior superior nodului herniat și hipertrofia ligamentelor galbene, iar hernia își menținea dimensiunile sale inițiale. Aceste rezultate ne arată că selectarea neargumentată a tratamentului conservativ îndelungat prelungește termenele de tratare a pacienților.

Tabelul 3

Compararea indicatorilor între lotul experimental și cel martor

Nr. d/o	Parametrii	Metoda de tratament conservativ		t	p
		Lotul I (n = 209)	Lotul II (n = 315)		
1.	Zile/pat	10,6 ± 0,3	12,4 ± 0,3	4,29	p < 0,01
2.	SVA la 12 luni (puncte)	1,1 ± 0,03	1,2 ± 0,02	2,5	p < 0,05
3.	Calitatea vieții (EQ-5D)	6,7 ± 0,1	7,9 ± 0,09	8,9	p < 0,01
Rezultate	Bune	79%	71%		
	Satisfăcătoare	12%	17%		
	Nesatisfăcătoare	9%	12%		
	Complicații	0	1,4%		

Deci rezultatele cercetării indică că, la pacienții cu formă stabilă a procesului displazic, tratamentul conservativ asigură rezultate satisfăcătoare în cazul efectuării lui corecte și respectării continuității.

La efectuarea detensor terapiei, 83 (39,7%) din cei 209 copii au adormit de la 1 la 4 ori, în medie fiecare copil a dormit de  $2,1 \pm 0,01$  ori, 23 (11,0%) de copii adormeau în timpul fiecărei ședințe, în aceste cazuri ședințele durau până la 60 de min.

Toți cei 209 pacienți din lotul I au avut o atitudine binevoitoare față de detensor terapie și n-au refuzat repetarea procedurilor, toți remarcând diminuarea acuzelor de extenuare. După două proceduri de detensor terapie (în combinație cu terapia manuală, relaxarea postizometrică și cu administrarea preparatelor antihomotoxice) durerile dispăreau. Pe parcursul efectuării curei de detensor terapie copiii însușeau abilitățile de autorelaxare în decubit dorsal și acasă se puteau odihni în poziția fiziologică corectă, fără elemente de extensiune (efectul extensiunii mușchilor spatelui în decubit se poate obține numai pe salteaua detensor).

Rezultatele obținute, în opinia noastră, în mare măsură se explică prin sporirea eficacității preparatelor antihomotoxice aplicate în condiții mai favorabile ale microcirculației sangvine și ale metabolismului tisular.

La 9 pacienți cu spondilolisteza displastică, în vârstă de 14 și 15 ani, se manifesta printr-un sindrom algic instabil, moderat exprimat, cu rezultate satisfăcătoare ale tratamentului conservativ.

Tratamentul conservativ tradițional, orientat spre întărirea aparatului muscololigamentar, nu s-a soldat cu rezultate pozitive în cazul instabilității relative în 14,6%, cauza fiind deplasarea vertebrei spre posterior (retrolistează), cu deformarea canalului vertebral și a spațiului intervertebral. Aceasta a impus efectuarea intervenției chirurgicale.

Deci rezultatele cercetării ne demonstrează obținerea unui efect clinic mai eficace, comparativ cu tratamentul tradițional (RR-IC = 1,15). Astfel de indici subiectivi ca micșorarea sindromului algic, a numărului de puncte durerose la palparea paravertebrală, eliminarea senzației de constrângere în coloană și în mușchii spatelui, majorarea volumului de mișcări în articulații, normalizarea somnului, micșorarea slăbiciunii, în lotul care a făcut tratament după metoda propusă de noi, au fost cu o dinamică mai favorabilă, nu numai după finalizarea tratamentului, dar și la distanță, purtând un caracter stabil.

Astfel, rezultatele cercetării efectuate ne-au permis a determina caracterul reflector-regulator al sinergismului efectului terapeutic de acțiune diferită în funcție de caracterul

acțiunilor terapeutice asupra organismului pacienților cu procese degenerativ-distrofice ale coloanei vertebrale. Mecanismele reflectorii aflate la baza detensor terapiei contribuie la amplificarea capacităților adaptogene ale preparatelor antihomotoxice, acțiunea cărora a dus la optimizarea metabolismului organotissular în *locus minoris resistentiae*.

### Concluzii

1. Din 551 de pacienți cu diverse variante ale procesului patologic, la 524 (95,1%) s-a aplicat tratament conservativ, din care la 78 (14,9%) de pacienți acest tratament s-a dovedit a fi ineficace, în celelalte 446 (85,1%) de cazuri am atestat un rezultat satisfăcător, ceea ce a dat posibilitatea de a spori considerabil calitatea vieții acestor copii, fără a interveni chirurgical.

2. Datele examenului obiectiv, a rezultatelor examinărilor funcționale, efectuate în dinamică, demonstrează o eficacitate înaltă a tratamentului propus de noi. Ameliorarea stării pacienților din lotul I s-a apreciat în 92,3% față de 80,3%, în lotul de control.

3. La pacienții cu procese displazice, fără complicații neurologice și cu o probabilitate mică de progresie a procesului patologic, tratamentul conservativ poate fi eficient pe parcursul mai multor ani.

### Bibliografie

1. Bergtann T. F., Peterson D. H., Lawrence D. J. Chiropractic technique. Churchill Livingstone, 1993, p. 123-197.
2. Crieve C. P. Modern manual therapy. Churchill Livingstone, 1995, 856 p.
3. Frish H., Roex J. Terapia manuala. Warszawa, 2001, p. 192.
4. Șavga N. G., Șavga N. N. Terapie antihomotoxică în sindromul algic extravisceral. În: Simpozionul științific internațional. Chișinău, 2001, p. 43-45.
5. Șavga N. G., Șavga N. N. Utilizare a sistemului "DETENSOR" în sindromul algic extravertebral. Buletin de Perinatologie, Chișinău, 2001, nr. 1, p. 142.
6. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига, 1991, 341 с.
7. Иваничев Г. А. Мануальная медицина. Москва: Медпресс, 1998, 470 с.
8. Лиев А. А. Мануальная терапия миофасциальных болевых синдромов. Днепропетровск, 1993, 141 с.
9. Форстер П., Кинляйн К. М. Метод Детензор (Detenzor Method), 1994.

**Nicolae Șavga, dr., conferențiar**

*Catedra Chirurgie, Ortopedie-Traumatologie*

*și Anesteziologie pediatrică, USMF „Nicolae Testemițanu”*

*Chișinău, str. Burebista, 93*

*Tel.: 559653*

*E-mail: niknik20086@rambler.ru*

**Recepționat 6.11.2009**