

pentru îngrijirile antenatale și nu asigură o continuitate dintre sectorul AMP și maternitate în vederea supravegherii sarcinii și rezultatul acesteia.

4. În conformitate cu scopurile și principiile unei bune asistențe antenatale asigurate de medicul de familie, este necesară implicarea mai activă și creșterea responsabilității lucrătorilor medicali față de evidența documentației medicale.

### Bibliografie

1. HG nr. 886, din 6 august 2007 Politică Națională de Sănătate, Ordinul Ministerului Sănătății nr.139 din 28 mai 2002 "Cu privire la aprobarea formulelor de evidență medicală primară din instituțiile medicale", Formularul 113/e Carnetul medical perinatal.
2. Stratulat P, Friptu V, Bivol Gr, ș.a. Principii de organizare și acordare a asistenței Perinatale destinate medicilor de familie, lucrătorilor medicali medii, specialiștilor din diverse domenii. Ghid Național de Perinatologie. Ed. a II. Chișinău, 2006.
3. Stratulat P, Moșin V, Bologan I, ș. a. Pregătirea psiho-emoțională a gravidei și membrilor familiei ei pentru cadrele medicale care se ocupă cu instruirea pre- și postnatală. Compendiu, IMSP ICȘDOSMȘiC, Direcția elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare din R. Moldova (DDC). Chișinău: Tipografia Centrală, 2006.
4. Stratulat P, Ețco L, Roșca P, ș. a. Modulul Asistență antenatală, IMSP ICȘDOSMȘiC, Direcția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare din R. Moldova (DDC). Chișinău: Tipografia Centrală, 2004.
5. Stratulat P, Bivol Gr, Friptu V, ș.a. Ghid practic în asistența antenatală pentru medicii de familie. Chișinău, 2006.
6. Supliment al Ghidului C Național de Perinatologie Protocoale de îngrijire și tratament în obsterică și neonatologie destinat medicilor obstetricieni, neonatologi și medicilor de familie. Vol. 2. Chișinău, 2007.
7. Фролова ОГ. Организация деятельности перинатальных центров. *Акушерство и гинекология*. 2005;6.
8. Tucker J. Organization and delivery of perinatal services. *British Medical Journal*. 2004;329:7512.

## Pneumonile comunitare în practica medicului de familie

V. Botnaru, D. Rusu, \*V. Brocovschii, C. Toma, A. Gavriliuc

Department of Internal Medicine, Pneumology/Alergology Clinic  
Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University  
165, Stefan cel Mare Avenue, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: +37322 899044. E-mail: dvictorya@mail.ru  
Manuscript received March 02 2012; revised April 30 2012

### Community-acquired pneumonia in a practice of general practitioner

Community-acquired pneumonia (CAP) remains a serious illness with a significant impact not only on individual patients but also on society as a whole. In spite of the presence of several potent antimicrobial agents, pneumonia still contributes significantly to mortality in western countries, being numerically the most important infection. The assessment of severity plays a crucial role in the management of patients with CAP. This is true for the evaluation of the patient, the triaging decision about hospitalization and, as a consequence, selection of initial antimicrobial treatment.

**Key words:** community-acquired pneumonia, management of patients, outpatients with pneumonia, severity scores.

### Внебольничная пневмония в практике семейного врача

Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, внебольничная пневмония (ВП) по-прежнему остаётся ведущей причиной заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах. Наиболее значимым в процессе ведения амбулаторных пациентов с ВП является оценка критериев тяжести пневмонии и своевременное принятие решения о госпитализации больных, от которого зависит как течение заболевания, так и смертность от ВП.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, ведение амбулаторных больных, критерии тяжести внебольничной пневмонии.

### Introducere

Infecțiile respiratorii joase ocupă un loc important în structura morbidității populației în toată lumea, fiind și la ora actuală o cauză importantă de mortalitate prin boli infecțioase. Pneumonia comunitară (PC) la persoanele adulte ocupă un loc de frunte printre infecțiile respiratorii. Anual în țările dezvoltate (Marea Britanie, Franța, Italia, Germania, Spania) numărul de îmbolnăviri depășește 3 mln, în SUA se înregistrează 5-6 mln cazuri, iar în Federația Rusă 1,5 mln anual [1, 2, 3].

În Republica Moldova incidența pneumoniilor comunitare la adulți constituie 46,7 la 10 mii locuitori în anul 2010, în creștere față de 2007 (45,1 la 10 mii locuitori) [4].

PC rămâne o problemă majoră de sănătate publică, reprezentând a 5-a cauză de deces în Anglia și a 7-a în SUA [5], iar costurile pentru îngrijire constituie 8,4-10 miliarde de dolari anual! [6]. Mortalitatea prin PC constituie 1-9%, dar crește până la 50% în cazurile ce necesită terapie intensivă (10 % din cazurile internate în staționar) [7].

La pacienții tratați ambulator, mortalitatea prin PC, de regulă, nu depășește 1%, pe când la pacienții spitalizați crește la 5-12%, dar la pacienții care necesită secția de terapie intensivă crește până la 20-30% [8]. Importanța socială și economică a pneumoniilor comunitare este condiționată de pierderea temporară a capacității de muncă cât și de mortalitatea prin pneumonii.

În conduita pacienților cu PC se cere răspuns la următoarele întrebări: „Unde?”, „Cu ce?”, „Cum?” să trateze pacientul? Cheia managementului pacienților cu PC constă în aprecierea corectă a severității și triajul corect (tratament ambulator, internare în secție de profil general sau secție de terapie intensivă – SATI). Aceste decizii luate corect și în timp util dictează un anumit volum de investigații și un plan corect de tratament, în dependență de fiecare etapă. Un număr mare de pacienți pot fi tratați cu succes la domiciliu, pacienții cu pneumonii comunitare ușoare, fără patologii concomitente și fără factori de risc pentru evoluție nefavorabilă. Tratamentul la domiciliu are anumite avantaje indiscutabile – confort psihologic pentru pacient, evitarea riscului de infecții nosocomiale, costuri semnificativ mai mici comparativ cu tratamentul în staționar. Recomandările actuale încurajează tratamentul la domiciliu, în Europa și America de Nord acest fenomen este extins pentru o listă de patologii, printre care și pneumoniile cu evoluție ușoară, prin urmare 60-80% dintre pacienți beneficiază de tratament ambulatoriu [9].

Cei mai frecvenți germeni implicați în etiologia pneumoniilor comunitare ușoare sunt *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* și *H. influenzae*. Diagnosticul etiologic se reușește doar în ~ 50% cazuri. Tratamentul se inițiază empiric în majoritatea cazurilor.

Existența ghidului național cu recomandări pentru managementul pacienților adulți cu PC „Protocolul clinic național: Pneumonia comunitară la adult” vine în ajutorul clinicienilor și îi ajută la triajul pacienților cu PC pentru a asigura cele mai optime scheme de tratament.

Pentru evaluarea rapidă a riscului de deces prin PC și a necesității spitalizării poate fi utilizat scorul CURB-65. Se bazează pe criteriile Societății Toracice Britanice (C – *confusion*, U – *urea* > 19,1 mg/dl, R – *respiratory rate* ≥ 30/min, B – *blood pressure* TAs < 90 mmHg și/sau TAd ≤ 60 mmHg, 65 – vârsta ≥ 65 de ani) – evaluează confuziile mentale, valori majorate ale ureei serice, tahipneea, hipotensiunea și vârsta pacientului. Pentru fiecare criteriu al scorului a fost propusă aprecierea cu puncte: zero puncte în cazul dacă criteriul lipsește, 1 punct – dacă este prezent. Astfel, pacienții care nu acumulează niciun punct au risc minor de deces din complicațiile PC și pot fi tratați la domiciliu după evaluarea altor criterii ce indică spitalizarea. Cei care prezintă risc mediu sau mare vor fi spitalizați. Internarea este recomandată pentru pacienții cu un scor CURB-65 ≥ 2. Acest scor, deși este sensibil și ușor de calculat, la nivel de asistență medicală primară nu este întotdeauna posibilă evaluarea ureei serice. Pentru astfel de situații există varianta simplificată: scorul CRB – 65 (nu include nivelul ureei serice), care este la fel de sensibil în predicția decesului.

Doar PC ușoare la persoanele tinere (sub 60 de ani) fără comorbidități, pot fi tratate cu succes la domiciliu. Vor fi spitalizați pacienții care prezintă cel puțin un criteriu de spitalizare, sau un criteriu de internare în SATI. Pacienții care prezintă cel puțin 2 criterii de spitalizare, necesită internarea în SATI.

**Criteriile de spitalizare a pacienților cu PC:** vârsta peste 60 de ani; comorbidități importante (BPCO, bronșiectazii, DZ, ICC, boli renale cronice și IRC, neoplazii, etilism cronic, narcomanie, boli cerebrovasculare, boli hepatice cronice, deficit ponderal marcat, stări cu imunitate compromisă); ineficiența ABT inițiate la domiciliu; imposibilitatea îngrijirii la domiciliu și îndeplinirii tuturor prescripțiilor medicale; prezența cel puțin a unui dintre criteriile de spitalizare în SATI; dorința unui pacient sub 60 de ani, fără comorbidități, cu PC ușoară, de a se trata în staționar

(la fel și/sau dorința familiei sale) de asemenea optează pentru spitalizarea bolnavului.

**Criteriile de spitalizare în SATI a pacienților cu PC:** manifestări neurologice (stare confuză, delir); tahipnee (FR > 30/minut); necesitatea ventilației asistate; hipotensiune Tas < 90 mm Hg și/sau TAd ≤ 60 mm Hg, sau prăbușirea TA cu peste 40 mm Hg fără o altă cauză cunoscută; tahicardie excesivă > 125/minut sau neadekvată febrei; hiperpirexia (temperatura corporală > 39°C) sau hipotermia (temperatura corporală < 36°C); afectarea pulmonară întinsă, multilobară (bilaterală sau mai mult decât a unui lob); extinderea radiologică a opacității cu peste 50% în 48 de ore (pneumonia progresivă); hiperleucocitoza (peste 25 de mii/ml) sau leucopenia (sub 4 mii/ml); debitul urinar sub 20 de ml/oră [10].

**Obiectiv:** Evaluarea aspectelor de management al pneumoniilor comunitare conform recomandărilor PCN-3 „Pneumonia comunitară la adult” la etapa primară de asistență medicală.

### Material și metode

Au fost analizate aleator 290 de fișe medicale ale pacienților tratați ambulator din diferite raioane ale RM (Bălți, Cantemir, Călărași, Cimișlia, Criuleni, Dondușeni, Glodeni, Orhei, Hâncești, Strășeni, Ialoveni) din perioada anului 2009 și primul trimestru al anului 2010. A fost evaluată apartenența lor la grupul de pacienți care pot fi tratați în condiții de ambulator, sau dacă acumulau criteriile de internare.

### Rezultate și discuții

Au fost tratați ambulatoriu pacienții cu vârsta medie de 50,98 ani, însă 25% (72/290) dintre pacienți au fost cu vârsta de peste 60 de ani și, respectiv, ar fi necesitat spitalizare.

Prezența comorbidităților severe este un criteriu de internare, dar cu toate acestea – 49% (142/290) pacienți tratați ambulatoriu, care prezentau comorbidități pentru care ar fi fost necesară spitalizarea, nu au fost internați, deși 69 de pacienți prezentau ≥ 2 boli concomitente.

Pacienții se adresează după asistență medicală în primele 5 zile în 86% (250/290) cazuri, dar este încă semnificativ numărul celor cu adresare tardivă, ≥ 6 zile de la debutul bolii – 14% (40/290), ceea ce implică inițierea întârziată a antibioterapiei cu creșterea frecvenței complicațiilor.

La nivel de ambulatoriu nu întotdeauna se respectă criteriile de spitalizare.

În rezultatul analizei înscripțiilor din fișele medicale, un criteriu a fost prezentat de 64% (186/290) dintre pacienți, iar 2 și mai multe – de 15% (44/290) pacienți. Dacă ar fi fost respectate recomandările PCN-3 mai bine de 2/3 dintre pacienții, fișele cărora au fost analizate, ar fi fost spitalizați. În realitate, conform înscripțiilor din fișele medicale, au fost spitalizați doar 10% (30/290) pacienți.

Efectuarea investigațiilor paraclinice la etapa de ambulatoriu, s-a limitat la hemoleucogramă, glicemie, sumar de urină, radiografia cutiei toracice în două incidențe, examenul sputei la BAAR. Rezultatele acestor investigații sunt suficiente pentru evaluarea pacientului cu PC ușoară și monitorizarea eficacității tratamentului. Modificările acestor investigații sumare contribuie la evaluarea severității pneumoniei: hiperleucocitoza > 25 x 10<sup>9</sup> sau leucopenia < 4 x 10<sup>9</sup>, extinderea multilobară la examenul radiologic sunt criterii de severitate și, implicit, acești pacienți necesită internare în clinica de profil general, sau chiar în SATI.

Prin urmare aceste investigații sunt obligatorii în managementul PC la etapa de ambulator (subliniat și în PCN-3).

Radiografia toracică s-a efectuat în 90% (261/290) cazuri, însă rareori în două incidente, repetată după tratament doar în 72% cazuri; hemoleucograma a fost evaluată la 93% (270/290) dintre pacienți; sumarul urinei analizat la 76% (220/290) cazuri, iar glicemia a fost apreciată doar la 37% (107/290) dintre pacienți.

Tratamentul empiric al PC cu evoluție ușoară include macrolidele ca și medicamente de primă linie (efect bun pe cei mai frecvenți agenți patogeni ai PC ușoare: *Streptococcus pneumoniae* și agenții atipici (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella spp.*), alternativa fiind formele perorale ale penicilinelor protejate, cefalosporinelor de generația II, tetraciclinelor și, în ultimul rând, fluorochinolonele noi.

Rezultatul anchetării fișelor medicale a evidențiat utilizarea macrolidelor doar în 13% (37/290) cazuri, penicilinelor protejate – în 7% (19/290) cazuri. Cefalosporinele generațiilor II-III au fost utilizate cel mai frecvent – în 32% (94/290) cazuri, frecvent cu administrare parenterală, fapt explicat probabil prin aceea, că la domiciliu deseori au fost tratate pneumonii de gravitate medie și severă. Utilizarea combinației cefalosporinelor de generația II-III cu macrolide, regim recomandat pentru tratamentul PC severe, explică același lucru. Nu se respectă criteriile de spitalizare, mai mult de 2/3 dintre cazurile analizate au necesitat spitalizare. Conform inscripțiilor din fișele medicale au fost spitalizați 10% (30/290) pacienți.

### Concluzii

La nivel de ambulator sunt tratați nu doar pacienții cu pneumonii comunitare ușoare, dar și o parte dintre pacienții care ar

fi trebuit internați în staționar, sau chiar care întrunesc criteriile pentru internare în SATI. Sunt administrate scheme neraționale de tratament și combinații de antibiotice diferite de cele recomandate pentru etapa de tratament ambulator.

Deficiențele la etapa de investigare a pacientului favorizează omiterea unor criterii de severitate a pneumoniei. Prin urmare, rezultă un deficit în managementul acestor pacienți.

### Bibliografie

1. Чучалин А Г, Синопальников АИ, Козлов РС, и др. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Москва, 2010;82.
2. Woodhewer M, Blasi F, Ewig S, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Eur Respir J*. 2005;26:1138-1180.
3. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults.
4. Anuarul statistic 2007 - 2010.
5. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2006, with chart book on trends in the health of Americans. [www.cdc.gov/nchs/hus/hus06.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/hus/hus06.pdf)
6. Niederman MS, McCoombs JS, Unger AN, et al. The cost of treating community acquired pneumonia. *Chir Thor*. 1998;20:820-37.
7. Andrews J. Community acquired pneumonia. *Curr Opin Pulm Med*. 2003;9:175-80.
8. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, et al. Guidelines for management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity antimicrobial therapy, and prevention. The official statement of the American Thoracic Society was approved by the ATC board of directors. *Amer. J. Respir. Crit. Care Med*. 2001;163:1730-1754.
9. Синопальников АИ. Внебольничная пневмония в амбулаторно-поликлинических условиях. *Справочник поликлинического врача*. 2003;3(2).
10. Botnaru V, Rusu D. Pneumoniile. Chișinău, 2010.

## Disfuncțiile în pancreatita cronică în raport cu sistemul de peroxidare lipidică și antioxidant, cu abordări terapeutice

R. Bugai

Department of Internal Medicine No 3, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University  
38, Arhanghel Mihail Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +373697 62 166. E-mail: rodica\_b2004@yahoo.com

Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

### Dysfunctions in chronic pancreatitis in relation to the lipid peroxidation and antioxidant systems, with therapeutic approaches

In the last years, oxidative stress (OS) has been given special attention, due to its large incidence as well as its dramatic effects on living organisms, CP being considered an entity which is part of the diseases caused by OS. As a result of investigating 30 exocrine insufficiency CP patients, modifications of the lipid peroxidation and antioxidant system have been spotted, mostly in dolor syndrome patients. This indicates the necessity of the administration of antioxidants in the complex treatment of CP patients.

**Key words:** chronic pancreatitis, oxidative stress, lipid peroxidation, antioxidant system.