

Bibliografie

1. Aprecierea și clasificarea copilului bolnav în vârstă de la 2 luni la 5 ani, CIMC, OMS/UNICEF, Departamentul pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare MSRM, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, 2007.
2. Cartaleanu Tatiana, Cosovan Olga. Formare de competențe prin strategii didactice interactive, Pro-Didactica, Chișinău, 2008.
3. Conduita Integrată a Maladiilor la Copii, OMS, Departamentul Sănătății și Dezvoltării Copilului și a Adolescentului, UNICEF, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, octombrie 2002.
4. Consultați mama, CIMC, OMS/UNICEF, Departamentul pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare MSRM, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, 2007.
5. Conduita sugarului mic bolnav în vârstă de la 1 săptămână până la 2 luni, CIMC, OMS/UNICEF, Departamentul pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare MSRM, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, 2007.
6. Determinați tratamentul, CIMC, OMS/UNICEF, Departamentul pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare MSRM, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, 2007.
7. Ghid pentru Instructori pe Module, CIMC, OMS/UNICEF, Departamentul pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului, MSRM, 2000.
8. Instruirea continuă a asistentelor medicale de familie în teoria și practica îngrijirilor pentru dezvoltarea copilului mic, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, UNICEF, 2004.
9. Îngrijirea și Dezvoltarea Timpurie a Copiilor în Moldova-studiu național, Guvernul RM-UNICEF, Chișinău, 2003.
10. Managementul îngrijirii nou-născutului, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, USMF "N. Testemițanu", 2005.
11. Oprea CL. Strategii didactice interactive. ed. a III-a. București: EDP, 2008.
12. Rudi M. Pediatrie. Vol. I, II. Chișinău, 2001.
13. Raport anual. Dare de seamă anuală a direcției asistenței mamei și copilului MSRM, VI, 2008.
14. Stasii E, Holban A. Dezvoltarea copilului. Chișinău, 2004.
15. Stratulat P. Ghid de îngrijire a nou-născutului și sugarului pentru medicul de familie. Chișinău, 2000.
16. Strategii de dezvoltare a capacităților medicale (SDCM), Dispoziția MSRM Nr.130 D, 19.06.2002.
17. Supravegherea. CIMC, OMS/UNICEF, Departamentul pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare MSRM, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, 2007.
18. Tratați copilul. CIMC, OMS/UNICEF, Departamentul pentru Sănătatea și Dezvoltarea Copilului, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare MSRM, Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, 2007.
19. Voloc A, Țurea V. Dezvoltarea copilului și conduita în maladiile nutriționale. Chișinău, 2007.

Impactul complicațiilor embolice în endocardita infecțioasă

*M. Curudimov, A. Grejdieru, L. Grib, V. Revenco, M. Mazur, A. Știrbul,
A. Grib, I. Oprea, E. Curudimov

Department of Internal Medicine, Discipline of Cardiology, Medical Clinic No 3
11, A. Russo Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37367384735. E-mail: mihail.curudimov@gmail.com

Manuscript received March 05, 2012; revised April 30, 2012

The impact of embolic complications in infective endocarditis

Infective Endocarditis (IE) is a severe disease with an in-hospital mortality rate of up to 20%, mostly due to embolic complications which increase the risk of death about 3 times. The incidence of cerebral embolism is 17-20% of all patients with IE, being probably underestimated because of its silent clinical evolution. Our survey data have revealed the presence of the embolic complications in 17% of all cases of IE, of which cerebral embolism prevailed 6.4%, followed by lung embolism in 4.3% of cases. The embolic syndrome developed more frequently in patients with valvular vegetations in 72.2%, being influenced by vegetation mobility, aortic location and by the pathogenic agent – *Stph. Aureus*. In IE, the embolic complications are widely undiagnosed and require imaging investigations (CT, MRI, Doppler investigation) for early diagnosis, initiation of appropriate treatment and improved prognosis in these patients.

Key words: infective endocarditis, embolic complications, mortality, vegetations.

Влияние эмболических осложнений при инфекционном эндокардите

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – это тяжёлое заболевание, с госпитальной летальностью до 20%, в основном из-за эмболических осложнений (ЭО), которые увеличивают риск смерти в 3 раза. Частота эмболий в мозговых артериях достигает 17-20% из всех пациентов с ИЭ. У обследованных нами больных эмболические осложнения развились в 17% случаях и преобладали церебральные эмболии в 6,4% случаях и легочные эмболии в 4,3% случаях. ЭО более часто, в 72,2% случаях, развились у пациентов с вегетациями на клапанах сердца, особое влияние имело мобильность вегетаций, аортальная локализация и возбудитель – золотистый стафилококк. Эмболические осложнения часто несвоевременно диагностируются, из-за «скрытой» клиники, поэтому необходима ранняя диагностика (КТ, МРТ, Допплер сосудов) для уточнения диагноза, назначение своевременного лечения, критерии, которые повлияют положительно на прогноз пациентов с ИЭ.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, эмболические осложнения, смертность, вегетации.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI) este o maladie gravă, în care greșelile septice localizate pe endoteliul valvular, sau pe alte structuri cardiace normale sau patologice, produc vegetații care determină deteriorări structurale și funcționale locale și embolii sistemice. În pofida progreselor realizate în studiul acestei maladii, ea rămâne a fi o patologie gravă, cu mortalitate intraspitalicească de până la 20%, în mare parte datorată și complicațiilor embolice, care majorează riscul de deces de cca 3 ori [1]. Incidența embolismului cerebral este de 17-20% din totalul pacienților cu EI, iar a embolismului non-cerebral – 23-27% [2, 3].

Datele privind embolismul în cursul EI sunt cel mai probabil subestimate, o mare parte din episoadele embolice fiind silențioase clinic. Într-un studiu recent embolismul cerebral clinic silențios a fost diagnosticat în 36,9% dintre toți pacienții cu EI evaluați, fiind cca 64,8% din toate cazurile de embolism detectate [4].

Scopul. Cercetarea particularităților clinice și paraclinice ale EI complicate cu embolii.

Material și metode

Am efectuat un studiu retrospectiv pe un lot de 94 de pacienți cu diagnosticul de EI, stabilit în baza criteriilor modificate DUKE – 92 de pacienți internați în secția cardiologie nr. IV a Institutului de Cardiologie, 1 pacient din SCM nr. 1 și 1 pt. din SCM "Sfânta Treime", în perioada noiembrie 2008 – ianuarie 2012. Vârsta medie a pacienților a fost de $51,8 \pm 0,6$ ani, inclusiv

bărbați 58 (62%) și femei 36 (38%). Pacienții examinați au fost repartizați în 2 loturi: I) 16 (17%) pacienți care au dezvoltat embolii; II) 78 (83%) de pacienți care nu au dezvoltat embolii. S-au cercetat caracteristicile clinico-evolutive, spectrul de complicații embolice, parametrii hematologici, ecocardiografici, radiologici, cât și etiologia leziunilor cardiace.

Rezultate și discuții

Cercetările efectuate au demonstrat că pacienții cu EI fără embolii au avut mai frecvent diagnosticul de trimitere EI (62,8%) față de cei cu embolii (56,3%), care inițial au avut mai frecvent un alt diagnostic. Acest fapt denotă o prezentare clinică atipică a pacienților cu EI cu complicații embolice. În ambele loturi a predominat stabilirea tardivă a diagnosticului clinic de EI (> 1 lună): lot I – 14 (81,2%); lot II – 67 (85,9%). Totuși, în lotul I a fost stabilit mai frecvent diagnosticul precoce, comparativ cu lotul II (18,8% vs 14,1%). Cu toate că pacienții cu EI și embolii au o prezentare atipică, ei ajung mai frecvent în vizorul medical datorită complicațiilor, sunt investigați și li se stabilește diagnosticul mai precoce.

Structura complicațiilor embolice la pacienții din studiu s-a repartizat în felul următor: embolii cerebrale – 6 (6,4%), embolii pulmonare – 4 (4,3%), embolii renale – 3 (3,2%), embolii splenice – 3 (3,2%), embolii oculare – 2 (2,1%), embolii ale extremităților – 2 (2,1%), și embolii cardiace – 1 (1,1%), datele fiind prezentate în figura 1.

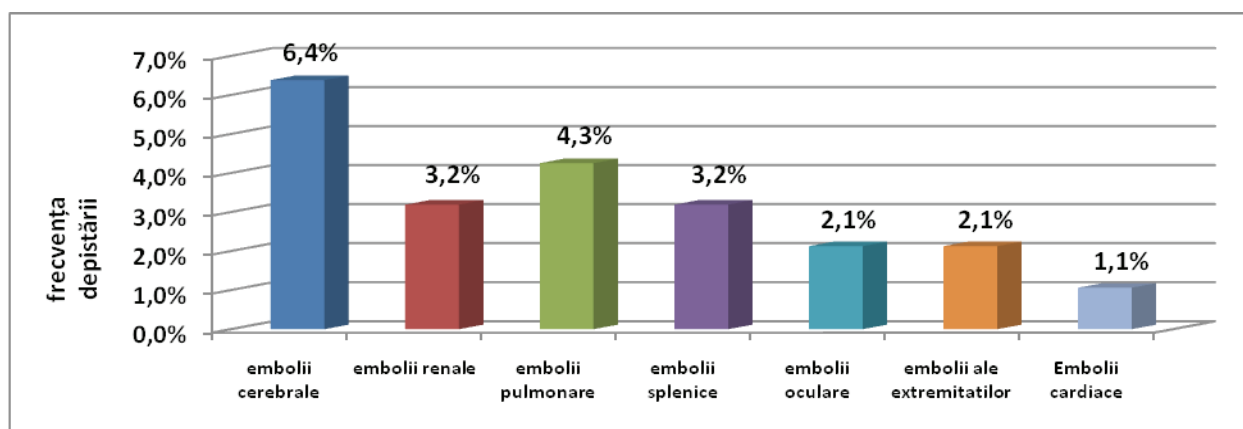


Fig. 1. Frecvența emboliilor depistate.

Ceea ce atrage atenția în figura 1 este procentul relativ mic (6,4%) al emboliilor cerebrale depistate, față de datele prezentate în literatura de specialitate [2, 3]. O posibilă cauză ar fi investigația imagistică insuficientă a pacienților cu EI în Republica Moldova, în condițiile în care multe evenimente neurologice rămân adesea clinic silențioase, așa cum se menționează și în studiile recente. De asemenea, se remarcă ponderea relativ mare a pacienților cu evenimente embolice pulmonare (4,3%), față de datele relatate în literatura de specialitate [2]. Acest fapt poate fi explicat prin aceea că, pe de o parte, emboliile pulmonare se manifestă clinic foarte "zgomotos", cu pneumonii bilaterale, adesea distructive și pot fi mult mai ușor depistate, iar pe de altă parte, în studiul nostru localizarea vegetațiilor pe valvele tricuspide a fost mai frecventă, la 4 (25%) dintre pacienți.

În baza cercetărilor ecocardiografice s-a stabilit faptul că în lotul I ponderea pacienților cu vegetații pe valvele cardiace a fost

de 72,2%, în timp ce în lotul II – 62,8%. Deasemenea, pacienții cu EI și embolii au prezentat vegetații mobile de 1,8 ori mai frecvent decât pacienții fără embolii (50% vs 28,2%). Evaluând dimensiunile vegetațiilor cardiace am stabilit că vegetațiile mari s-au diagnosticat de 2,4 ori mai frecvent la pacienții din lotul I față de cei din lotul II (12,5% vs 5,1%).

Evidențind numărul organelor embolizate la pacienții din lotul I, am stabilit embolii într-un organ la 13 (81,2%) pacienți și embolii în 2 organe la 3 (18,8%) pacienți. În cadrul EI, emboliile afectează multiple organe, însă, din punct de vedere clinic, predomină afectarea unui sau altui organ. Iată de ce o investigație paraclinică minuțioasă a pacienților cu EI, pentru a evidenția embolizarea multiplă a diferitor organe caracteristică acestei patologii, ar îmbunătăți diagnosticarea precoce și ar influența pozitiv pronosticul acestor pacienți.

Comparând rata de depistare a infecției cu *Staphylococcus au-*

reus în cele 2 loturi am determinat în lotul I o incidență crescută a depistării acestui trigger de 12,5% față de lotul II cu 3,8%, datele ilustrându-le în figura 2.

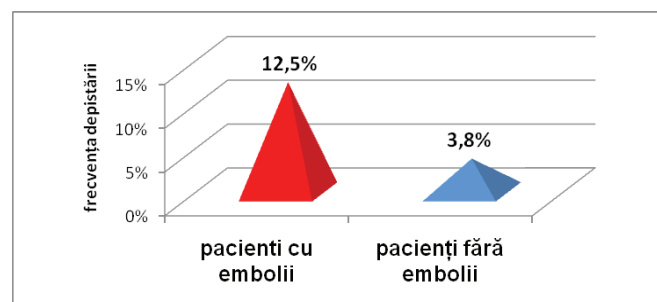


Fig. 2. Frecvența declanșării emboliilor la pacienții cu *Staphylococcus aureus*.

Din figura 2 observăm că, infecția stafilococică s-a depistat de cca 3 ori mai frecvent la pacienții cu EI, complicată cu embolii față de EI fără embolii (12,5% față de 3,8%). Aceste date sunt similare cu cele din literatura de specialitate, care susțin faptul că infecția cu *Staphylococcus aureus* reprezintă un predictor independent al riscului de deces și embolii la pacienții cu EI [5, 6].

Concluzii

1. Complicațiile embolice la pacienții din studiu au survenit în 17% cazuri, cu o frecvență mai înaltă la bărbați, 62,5% versus 37,5% femei.
2. Pacienții cu EI și embolii au fost diagnosticați mai precoce în 18,8% cazuri, comparativ cu 14,1% cazuri, la cei fără sindrom

embolic, datorită internării și cercetărilor efectuate, cu toate că datele din literatura de specialitate specifică o diagnosticare mai tardivă din cauza suspectării altor patologii.

3. La pacienții din studiu au predominat emboliile cerebrale, pulmonare, urmate de cele renale și splenice. Emboliile într-un organ au avut o incidență mai mare – 81,3%, comparativ cu embolizarea a 2 organe – 18,8%. Complicațiile embolice, în special ale SNC și organelor abdominale, rămân în mare parte nediate diagnosticate, datorită evoluției clinice silențioase și necesită investigații paraclinice imagistice (CT, RMN, coronarografie, Doppler vascular).
4. EI complicată cu embolii s-a dezvoltat mai frecvent, în 72,2% cazuri, la pacienții cu vegetații valvulare, și a fost influențată de mobilitatea vegetațiilor în 50%, sediu aortal – în 31,3% și agentul patogen – *Staphylococcus aureus* – în 12,5% cazuri.

Bibliografie

1. Chu VH, Cabell CH, Benjamin Jr DK, et al. Early predictors of in-hospital death in infective endocarditis *Circulation*. 2004;109:1745-1749.
2. Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. 2009;169(5):463-73.
3. Thuny et al. *Circulation*. 2005;112:69-75.
4. Grabowski M, Hryniewiecki T, Janas J, et al. Clinically overt and silent cerebral embolism in the course of infective endocarditis. *J Neurol*. 2011;258(6):1133-9.
5. Sy RW, Kritharides L. Health care exposure and age in infective endocarditis: results of a contemporary population-based profile of 1536 patients in Australia. *Eur Heart J*. 2010;31(15):1890-7.
6. Di Salvo G, Habib G, Pergola V, et al. Echocardiography predicts embolic events in infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:1069-1076.

Analiza comparativă a metodelor de plată, utilizate pentru procurarea serviciilor medicale primare în cadrul asigurării medicale obligatorii

Gh. Damașcan

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine
194B, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: 022223019. E-mail: gdamascan@cnam.md

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

Comparative analysis of methods of payment used to purchase primary medical services in compulsory medical insurance

Primary care is seen as assistance with the greatest impact on human health. Among the different factors that influence this type of assistance, one of the most important is the financing scheme, because it can actively influence the behavior of providers to achieve the requirements of health policies. This study investigated international usage of different mechanisms of payment used to purchase primary medical services and the influence of these mechanisms on medical institutions in the Republic of Moldova. The results of the study revealed a number of particularities of the local health system, which have different impacts from what is to be expected. According to the literature, there are a number of recommendations for improving the system performance of primary health care funding.

Key words: payment method, primary medical care, medical insurance.