

Cardiopatia ischemică la persoanele vârstnice

*V. D. Hortolomei, V. V. Hortolomei

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

*Corresponding author: +37379259516. E-mail: medintern3@usmf.md
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

Ischemic heart disease in elderly persons

The work described incidence, etiopathogenetical and predisposing factors, as diagnostic features of IHD in elderly patients. Are reported the basic principles of non-drug and drug therapy in these patients.

Key words: ischemic heart disease, elderly persons, etiopathogenetical factors.

Ишемическая болезнь сердца у возрастных лиц

В работе отражены распространенность, этиопатогенетические и предрасполагающие факторы ИБС, а также диагностические особенности течения ИБС у возрастных лиц. Изложены основные принципы немедикаментозного и медикаментозного лечения больных в соответствующих возрастных группах.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, возрастные лица, этиопатогенетические факторы.

Introducere

Maladiile cardiovasculare – cardiopatia ischemică (angina pectorală, infarctul miocardic, leziunile aterosclerotice ale miocardului), hipertensiunea arterială esențială, patologia cerebrovasculară (ictusuri, demență ș.a.) sunt câteva din cauzele principale ale incapacității (invalidității) de muncă și ale letalității printre populația Moldovei, calificate ca dezastru în evoluția societății.

O mare însemnătate are studierea particularităților evolutive ale cardiopatiei ischemice (CI) în dependență de sex (bărbați, femei) și vârsta pacienților: tineri, maturi, și vârstnici.

În Europa, CI ocupă locul I la mortalitate, producând cca 60% din totalul deceselor. Cu toate metodele diagnostice noi elaborate, ca și sintetizarea noilor medicamente cu posibilitate de tratament și profilaxie evidente, incidența CI rămâne și pe viitor va fi în creștere [13].

Problema actuală vitală este de a diagnostica CI în stadiile incipiente, pentru a preveni progresarea bolii, invaliditatea și mortalitatea determinată de această patologie cardiovasculară. Anume acestui scop este consacrată această lucrare.

Conform datelor prezentate [18] despre frecvența cazurilor neevidențiate sau/și neînregistrate ale CI acute sunt de 20,78% printre bărbați și 24,48% – femei.

În pofida succeselor contemporane în diagnosticul infarctului miocardic (IM), problema globală rămâne la nivelul insuficient de depistare a acestei patologii. Aproape în 44 % cazuri IM rămâne nedagnosticat [15, 16].

Nu este clară răspândirea morbidității IM printre persoanele vârstnice. Conform multor date bazate pe studierea nivelurilor troponinelor în sânge (biomarkeri ai miocardului) s-a constatat că printre pacienții cu angină pectorală (AP) nestabilă (prin negativitatea creatinfosfochinazei și creatinfosfochinazei – MV) o parte din ei sunt cu infarct miocardic.

Proporția mortalității în Moldova (2010) conform WHO (2011) constituie: BCV - 55%, cancer – 14%, patologia sistemului

respirator – 8%, alte boli cronice nontransmisibile – 9%, dereglări de nutriție – 5%, DZ – 1% și traume – 8%. Datele prezentate de OMS confirmă mortalitatea condiționată de bolile cardiovasculare, îndeosebi CI, s-a majorat la bărbații până la 34 de ani cu 5-15%, la 35-44 de ani - cu 60-75%, la 45-54 de ani - cu 16-39%, la 65-74 de ani - cu 5-15%. Deaceea, evidențierea cardiopatiei ischemice trebuie de efectuat în perioadele precoce, începând cu apariția acceselor (toracalgiei) anginoase până la dezvoltarea infarctului miocardic.

S-a constatat că apariția insuficienței coronariene acute și cronice, uneori, nu depinde numai de gradul procesului aterosclerotic, deoarece există cazuri când ateroscleroza coronariană pronunțată nu corespunde cu simptomele clinice și chiar fără semne ale CI. Și, dimpotrivă, sunt descrise cazuri de CI (infarct miocardic) pe fundalul schimbărilor morfologice minimale sau în lipsa lor, care sunt depistate mai frecvent la tineri.

Orice stare clinică care micșorează aprovizionarea miocardului cu oxigen, mai ales datorită stenozei semnificative (> 75%) a uneia sau a multor artere coronariene ca și spasmul coronarian, embolia, fibroza, arterita ș.a. pot declanșa ischemia miocardică cu manifestări anginoase cu dereglări de repolarizare (segmentul ST-T).

Mecanismul (substanță specifică) care stimulează „simpaticul aferent” și inițiază durerea toracică n-a fost identificat [6]. Cu majorarea vârstei ateroscleroza coronară capătă un rol excesiv, ca factor în evoluția CI. De rând cu afectarea coronarelor la aceste persoane se intensifică evidențierea dereglărilor fiziologice, specifice vârstei după 50-60 de ani, care pot condiționa dezvoltarea complicațiilor tromboembolice, inclusiv și a infarctului miocardic.

Factorii predispozanți spre tromboze sunt următorii: [24]

Schimbări fizico-chimice și biochimice sangvine; Schimbări ale proceselor electrocinetice în vasele sangvine; Majorarea particularităților adezive și de agregare a trombocitelor; Intensificarea potențialului de coagulare (hipercoagulare); Micșorarea

activității sistemului fibrinolic; Tulburarea de reglare a sistemului de hemocoagulare; Micșorarea activității lipazei lipoproteinice; Hiperlipoproteinemia; Majorarea cantității de proteine macrodisperse.

Modificări vârstnice hemodinamice

Diminuarea vitezei liniare a sângelui; Încetinirea circulației periferale determinată de dilatarea și sinuozitatea vaselor; Încetinirea circulației capilare; Schimbări reologice sangvine.

Modificări vârstnice ale pereților vaselor sangvine

Procese vârstnice distructive și hiperplastice (scleroză vârstnică); Schimbări fibrinolitice ale potențialului de coagulare; Inhibiția proceselor lipolitice; Dilatarea capilarelor (sinuozitate, anevrisme); Micșorarea rolului spasmelor arterelor coronariene în dezvoltarea CI; Lipsa paralelismului între manifestările clinice și morfologice în CI, condiționate de dezvoltarea lentă a aterosclerozei cu formarea circulației colaterale; Micșorarea capacităților adaptative cu diminuarea reacțiilor compensatorii la cerințele factorilor externi și interni; Cu vârsta se micșorează intensitatea reacțiilor reflectoare cu diminuarea proceselor nervoase de reglare extracardiace; La acești pacienți (> 60 de ani) se majorează rolul solicitărilor fizice în stenocardie.

Are însemnătate în evoluția CI și cantitatea alimentației abundente, meteorismul cu dilatarea gastrointestinală, cât și folosirea produselor grase, ce duc la micșorarea circulației coronariene, hiperlipidemie, hipercolesterolemie, hipercoagularea sângelui (îndeosebi după 3-5 ore de la alimentație), deoarece produsele grase, chiar în cantități neînsemnate (consumate predominant noaptea) pot provoca accese de stenocardie, infarct miocardic.

Accesele CI adesea pot fi determinate de hipercatecolaminemie în stări emoționale și fizice încordate, hipotermie, când se majorează necesitatea în O₂ de miocard, hipoxia circulară și citotoxică provoacă ischemia miocardului cu manifestări structurale și funcționale caracteristice.

Factorii psihogeni și sociali predispun spre CI. Stresurile emoționale și particularitățile individuale de comportare personală adesea îndeplinesc un rol decisiv în evoluția cardiopatiei ischemice. Este binecunoscut faptul că sindromul coronarian acut și infarctul miocardic frecvent se dezvoltă după traume psihice și încordări psihoemoționale. S-a constatat că cardiopatia ischemică se depistează mai ales la persoanele, profesia cărora este legată de supraincorderii nervoase, când acutizarea bolii este determinată de supraincorderii neadecvate, care depășesc posibilitățile circulației coronariene.

Unul din cel mai importanți factori de risc ai CI îl prezintă hiperlipidemiile (creșterea colesterolului sau și a trigliceridelor, comparativ cu valorile normale), de care în mare parte depinde morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară, cerebrală, renală și a altor leziuni vasculare.

În RM s-a constatat că 32,5% din populația rurală prezintă hipercolesterolemie, iar 13,9% aveau niveluri reduse de HDL – colesterol (M. Popovici ș.a., 2006).

Alcoolul este considerat de multe veacuri drept o substanță cu efecte tămăduitoare și la întrebuintare se urează „sănătate”, însă I. M. Сеченов (1860) a dovedit, că alcoolul are o acțiune toxică asupra sistemului nervos central, sângelui, metabolismului gazos.

Ateroscleroza se dezvoltă la persoanele care consumă alcool în vârstă de până la 30 de ani la 75%, 31-40 de ani – la 94,3% și după 40 de ani la 95,7% cazuri.

Alcoolul ca factor de risc are un rol decisiv în dezvoltarea decesului subit și este direct legat de alți factori de risc, ca fumatul, obezitatea, sedentarismul, alimentație abuzivă și nerațională. Majoritatea pacienților nu informează medicul despre consumul alcoolului, deaceia acest factor de risc important rămâne neidentificat.

Efectul antiaterogen al vinului (mai ales roșu) este determinat de prezența în mare parte a poliflavonoizilor (resveratorolul ș.a), substanțelor fenolice etc. și nu de prezența alcoolului (fiind o substanță toxică). Sursele principale ale flavonoizilor sunt în soia, ceapă, ceai și vin.

Deci, consumul etanolului determină, în general, valori tensiionale mai mari și o răspândire crescută a HTA, CI ca și micșorarea efectului tratamentului antihipertensiv, antiischemic.

În ultimii ani, se atestă o majorare pronunțată a formelor atipice ale AP, frecvența stenocardiei atipice la pacienții cu CI, confirmată prin coronaroangiografie este de 53,3% la femei și 17,7% la bărbați.

Sensibilitatea probelor funcționale ECG este diferită (70-90%), deaceia pentru aprecierea bolii paralel trebuie de luat în considerație datele tabloului clinic și cel paraclinic.

Evidențierea și descrierea formelor atipice ale anginei pectorale este condiționată de prezența lor frecventă în formele precoce ale cardiopatiei ischemice sau/și în perioada preinfarctică când diagnosticarea ei este de o mare valoare.

Starea de preinfarct se confirmă în cazurile când: apar accese ale anginei pectorale, care anterior n-au fost; accesele AP devin mai frecvente, decât anterior. Se schimbă caracterul acceselor:

- durerea devine mai intensivă și prelungită;
- nitroglicerina nu acționează sau efectul devine slab pronunțat;
- se schimbă localizarea sau iradierea (de regulă la pacient accesele AP, inclusiv și iradierea este stabilă);
- apare AP în repaus, când anterior era numai stenocardia de efort.

Concomitent în perioada preinfarct sunt și alte acuze: surmenaj, slăbiciune, apatie, dureri atipice ș.a. Însă adesea toate acestea nu sunt analizate corect și, deaceia, numai un număr neînsemnat de pacienți sunt internați cu stări preinfarct miocardic, la care s-a evidențiat că pe parcursul a 3-4 săptămâni aveau accese atipice cu agravarea circulației coronariene (această simptomatologică s-a constatat la 2/3 pacienți cu moarte subită) [12]. Simptomatologia obiectivă a stării preinfarct este slab pronunțată și se limitează prin ischemia miocardului (depresia segmentului ST-T, unde T înalte ascuțite, sau invers nivelarea și chiar inversia undelor T), care se atestă nu la toți pacienții cu sindrom preinfarct.

Diagnosticul stării preinfarct se argumentează prin aprecierea corectă a acuzelor și datelor anamnezice. Aceste cazuri sunt dese în practica medicilor din policlinici. Este necesar de știut că „infarctul miocardic a întinerit” și „poate alege” persoane care activează fizic și în unele cazuri evoluția lui este atipică.

Cardiopatia ischemică la vârstnici

La vârstnici se dezvoltă un grad moderat de hipertrofie a VS, legată de majorarea permanentă a impedanței de ejecție. Aceasta se asociază prin micșorarea cantității de miocite cu majorarea cantității de colagen interstițial. Se dereglează funcția diastolică a VS cu o scădere a umplerii precoce.

Modificările morfofuncționale cardiovasculare la vârstnici: creșterea masei (prin exces mare de colagen) contribuie ca inima să fie mai sensibilă la ischemie care se manifestă prin dispnee și chiar edem pulmonar.

Evoluția CI, inclusiv a AP și a IM la vârstnici depinde, în mare parte, de comobiditatea care este frecventă la acești pacienți ce necesită corijarea tratamentului. Bronhopneumopatia cronică obstructivă cu insuficiență respiratorie se evidențiază mai des la bărbați și decurge cu ascidoză respiratorie. În această direcție folosirea digitalelor predispon spre aritmii, pe când diureticele pot agrava hipoxemia prin alterarea raportului ventilație/perfuzie. Folosirea betablocantelor (îndeosebi neselective) pot iniția și accentua bronhospasmul. Bolile renale și urinare pot să se asocieze cu insuficiența renală, cu reducerea însemnată a eliminării medicamentelor folosite în tratamentul patologiei cardiovasculare.

Tulburările endocrine la vârstnici în hipertireoidie poate fi pricina fibrilației arteriale, tahicardii permanente, iar hipotireoidia predispozează la edeme, revărsate pericardice, pleurale, cât și la intoleranța digitalelor.

Anemiile mai des provocate de sângerări digestive și renale asociate cu deficit de fier pot fi un factor agravant în CI.

Eficiența tratamentului de durată la pacienții vârstnici este redusă, determinată de următorii factori:

Depresia fiind frecventă la acești pacienți, necesită un tratament antidepresiv.

Alterarea intelectului face dificilă efectuarea tratamentului. În aceste cazuri cantitatea de medicamente trebuie să fie cât mai redusă și, în unele cazuri, sub supravegherea altor persoane.

Cu vârsta multe medicamente provoacă mai des efecte adverse, deaceia la pacienții bătrâni medicamentele și dozele trebuie să fie administrate conform farmacocineticii și farmacodinamicii acestora [3].

Particularitățile farmacocinetice și farmacodinamice la pacienții cu vârstă înaintată și senilă la unii sunt similare, pe când la alții există modificări semnificative, deaceia dozele inițiale trebuie să fie mici, cu majorarea lor mai lentă și respectarea strictă a instrucțiilor oficiale prevăzute acestui remediu, pentru a evita (micșora) riscurile efectelor adverse.

Particularitățile diagnostice ale CI la vârstnici:

1. Prezența formelor asimptomatice mai frecvente, față de adulți.
2. Apariția mai rară a durerilor coronariene.
3. Dispneea, ca și accesele de astm cardiac, cu sau fără edem pulmonar, sunt adesea consecința episoadelor ischemice cu agravarea disfuncției diastolice preexistente.
4. Evidențierea diminuării zgomotului I la apex cu accentuarea zgomotului II pe aortă și sufluri sistolice ce confirmă indiscutabil CI, fiind produse de schimbări degenerative ale valvulelor mitrale și aortice nelegate direct de CI. Totuși, în evidențierea acestora, îndeosebi confirmate prin modificări specifice ECG, radiologice, ultrasonore și date subiective crește suspiciunea de CI.

Blocul de ramură stângă este, de regulă, o manifestare a CI, ca și o suspiciune importantă a leziunii multivasculare cu dereglări funcționale ale VS. Pe când blocul de ramură dreaptă, în lipsa unei leziuni cardiace ischemice, nu trebuie de considerat cu siguranță că confirmă CI.

ECG de repaus are o sensibilitate și specificitate redusă în aprecierea CI la vârstnici în special evidențierea tulburărilor de repolarizare ST-T, care au o prevalență la populația generală de 8,5% la bărbați și de 7,7% la femei, fiind în creștere cu vârsta. Acestea duc la o apreciere dificilă a lor la persoanele vârstnice fără dovezi simptomatice și paraclinice a CI. Iar depistarea extrasistolilor

ventriculare au o sensibilitate și specificitate redusă pentru CI, în lipsa altor dovezi pentru cardiopatia ischemică.

O sensibilitate și specificitate de 88% și, respectiv, de 82% prezintă rolul EcoCG Doppler de repaus în evidențierea dereglărilor funcționale globale ale VS, anomalii de cinetică parietală și valvulare ca și ale disfuncției diastolice.

Probele de efort efectuate vârstnicilor (folosirea bicicletei ergometrice, covorului rulant) reprezintă adesea multe probleme, deoarece acești pacienți nu le pot efectua din cauza slăbiciunii musculare și dispneei. Rezultatul pozitiv confirmă CI, pe când cel negativ nu exclude această patologie.

Astfel, folosind testele farmacologice de stres (dipiridamol, dobutamină) asociate cu ecocardiografia sau/și scintigrafia imagistică de perfuzie pot dispune de informații prețioase pentru a decide efectuarea unui tratament medicamentos sau chirurgical [3].

Evoluția infarctului miocardic la pacienții vârstnici are multe particularități, condiționate în mare parte, de micșorarea reactivității organismului. Cu vârsta, se micșorează sensibilitatea aparatului receptor la captarea și transmiterea datelor informative spre SNC. CI se dezvoltă la aceste persoane pe fundalul leziunilor cronice ale sistemului coronarian și miocard. Manifestările clinice ale CI sunt rare, adesea slab pronunțate, cu durată mare sau atipice, condiționate de epuizarea sistemelor fiziologice ale organismului. Anume micșorarea reactivității la îmbătrânirea organismului este baza simptomelor clinice slab pronunțate și neclare, care împiedică cu mult verificarea diagnosticului.

De rând cu frecvența înaltă a formelor atipice, inclusiv a formelor asimptomatice ale IM, apar frecvent la vârstnici diferite complicații grave, cum ar fi: insuficiența cardiacă acută, șocul cardiogen, aritmii, tulburări tranzitorii ale circulației cerebrale până la ictus ș.a.

Conform datelor prezentate de [24] evoluția atipică a IM cu dureri neînsemnate ori lipsa lor, dar cu dese stări astmatice, se întâlnesc în vârsta de până la 60 de ani în 3,8%, la pacienții cu vârsta înaintată (60-74 de ani) – în 12,2% și ș.a pacienții cu vârsta mai mare de 74 de ani în 24,8% cazuri.

Aritmiile s-au evidențiat în IM la pacienții cu vârstă medie în 12,3% cazuri, la vârstnici și bătrâni – corespunzător în 23,2% și 26,1%, iar dereglări de conductibilitate în aceste trei grupuri s-au atestat corespunzător în 11,4%, 26% și 35,6% cazuri.

Particularitățile tabloului clinic în CI la pacienții vârstnici

Evidențierea acceselor stenocardice în infarct miocardic reprezintă mari dificultăți determinate de evoluția adesea atipică a acestora:

1. Debutul lent cu stări emoționale slab pronunțate și durată mare. Adesea aceste accese sunt de durată mai mare decât la pacienții de vârstă medie și mai frecvente, nefiind legate de emoții, de eforturi fizice, ca o manifestare a insuficienței coronariene pronunțate.

2. În vârstele discutate sunt frecvente formele indolore ale stenocardiei, care în unele cazuri se evidențiază prin senzații de apăsare, dureri slabe, săcâitoare retrosternale; în forma gastralgică poate simula acutizarea (chiar perforația) ulcerului gastric și a duodenului, rareori cu dureri în regiunea hipogastrică. Iată de ce în concretizarea stenocardiei este necesar de stabilit când apar aceste senzații – la emoții, eforturi fizice, după alimentație (cafea, ciocolată ș.a.) de durată mică cu jugularea lor în repaus sau sub acțiunea coronaroliticelelor.

3. În orice localizare a durerilor toracice, partea cervicală și,

îndeosebi, în umărul stâng eforturile medicului trebuie să fie îndreptate spre evidențierea dereglărilor coronariene, care în unele cazuri apar sub formă pronunțată de dispnee (în hipoxia miocardului, hemocoagulare, tulburări metabolice).

4. Uneori CI, accesele anginoase trebuie să fie diferențiate de osteocondroză, spondiloartroză vertebrală cu dureri toracice, articulare, îndeosebi, în articulația humerală stângă, spațiile intercostale, în regiunea cartilajelor coastelor în locurile de joncțiune cu sternul;

5. Pentru a argumenta CI e necesar de diferențiat aceste date cu simptomele tipice ale stenocardiei. Manifestările slab pronunțate atipice pot fi jugulate cu analgezice, ce duc în eroare pe pacienți și chiar pe medici, precum că aceste simptome sunt apreciate ca o nevralgie locală.

Frecvența mai înaltă a manifestărilor atipice în cardiopatia ischemică la pacienții vârstnici este, posibil, determinată de degenerarea elementelor nervoase în miocard în prezența insuficienței coronariene. Concomitent se micșorează și sensibilitatea receptorilor, ce efectuează transmiterea informației către SNC. Este demonstrat că senzațiile dureroase în angina pectorală nu apar în ischemia lentă a miocardului, în reacțiile vasomotorie slabe și în micșorarea metabolismului miocardic, ce caracterizează inima aterosclerotică la persoanele în vârstă înaintată și senilă.

Astfel, evidențierea anginei pectorale, inclusiv și a infarctului miocardic la pacienții cu vârsta înaintată și senilă, îndeosebi, la astenici, necesită efectuarea diagnozei diferențiate.

La o categorie de pacienți vârstnici apariția bruscă a zgomotului în urechi, slăbiciunii pronunțate, dezorientării pe fundalul stării anterioare satisfăcătoare, poate fi un semn al infarctului miocardic. Insuficiența circulației cerebrale este cauzată în asemenea cazuri de micșorarea debitului cardiac, tonusului vaselor în prezența aterosclerozei (de grad divers) a vaselor cerebrale. Și invers: dezvoltarea infarctului miocardic poate surveni ca o complicație a ictusului cerebral cu micșorarea pronunțată a tensiunii arteriale.

Determinarea CI, infarctului miocardic la persoanele vârstnice este mai dificilă, comparativ cu cele de vârsta medie nu numai că au o evoluție frecvent atipică, cu simptome slab pronunțate și cu apariția unor noi simptome, condiționate de schimbări patologice multiple ale organismului, dar și de particularitățile electrocardiografice.

Chiar și la persoanele sănătoase vârstnice ECG are următoarele particularități: se alungește intervalul P-Q (până la 0,2-0,22 sec), se micșorează unda P în derivațiile standard și toracice. Cu vârsta se majorează devierea spre stânga a ECG, se micșorează amplituda QRS și, îndeosebi, a undei T, ca devieri fiziologice ale ECG la persoanele cu vârstă înaintată și senilă se constată dințări nepronunțate ale undelor și dilatări moderate ale complexului QRS; frecvent se întâlnește bloc de ram drept al peducului atrio-ventricular.

Schimbările ECG capătă un caracter mai intensiv în ateroscleroza pronunțată a vaselor coronariene și a miocardului. Totodată, mai intensiv, comparativ cu persoanele sănătoase, de aceeași vârstă: se deviază axa electrică spre stânga, se micșorează voltajul undelor, mai ales T în derivațiile I, AVL și toracice stângi. Apar unde T bifazice în aceleași derivații, cu subdenivelarea segmentului ST în derivațiile toracice stângi. Este mai pronunțată încetinirea conductibilității intraventriculare (dilatarea complexului QRS cu dese dințări ale undelor).

În prezența acestor schimbări, argumentarea diagnosticului se efectuează prin compararea datelor ECG ale pacientului cu cele

realizate anterior (de rând cu analiza datelor clinice și paraclinice în dinamică).

În descrierea ECG la pacienții vârstnici cu infarct miocardic se evidențiază trei tipuri de schimbări ECG [8].

1. Supradenivelarea semnificativă a segmentului ST în primele zile, cu micșorarea și inversarea undei T, dilatarea undei Q sau apariția undei QS în necroza transmurală, unde T foarte înalte se pot înregistra în primele ore după dezvoltarea infarctului miocardic. Aceste schimbări se consideră, după părerea autorului „clasice” și caracteristice, cu toate că, posibil, să nu fie mai des înregistrate.

2. Al doilea tip ECG se prezintă prin inversia undei T fără schimbări ale complexului QRS, ceea ce confirmă că nu s-a dezvoltat pe deplin infarctul transmural. În debut se supradenivează segmentul S-T, care se schimbă cu unda T pronunțat negativă în câteva derivații care, de asemenea, poate confirma prezența infarctului miocardic subepicardial, cu lezarea peretelui anterior și lateral al ventriculului stâng. Aceste schimbări ale undelor T (pronunțat negative) pot să se păstreze timp de câteva săptămâni și luni.

3. Al treilea tip de schimbări ECG subdenivelarea progresivă a segmentului ST (> 1-2 mm). De asemenea se atestă inversia undei T în derivațiile de la extremități și toracice. Aceste schimbări sunt posibile în infarctul miocardic subendocardial.

La pacienții vârstnici majorarea leucocitelor și VSH sunt mai slab pronunțate decât la pacienții tineri, ca și majorarea t (temperaturii). O mare însemnătate o are majorarea activității fermenților (în 85-90% cazuri) AST, ALT, LDH, creatinfosfochinazei ș.a. Aceste date au o mare pondere în verificarea infarctului miocardic, comparativ cu datele ECG (care confirmă această patologie numai în 50-65% cazuri) [24, 25].

Tratamentul anginei pectorale stabile la persoanele vârstnice

- Interzicerea fumatului și consumului de alcool.
- Reducerea TA sub 140/90 mmHg, treptată pentru că reducerea ei bruscă poate agrava AP.
- Pacienților vârstnici fără CI, dar cu hipercolesterolemie li se recomandă măsuri dietetice.

Pe când, bolnavilor cu CI, îndeosebi cei care au suportat infarct miocardic sau angină instabilă li se recomandă și tratament cu hipolipemiant, asemănător ca la adulți.

Tratamentul fiecărui pacient trebuie evaluat individual, în dependență de scopurile și perspectiva eficienței acestuia prin prevenirea IMA și a decesului prematur de cauză cardiovasculară (ischemie, tromboze).

Fiecare plan de tratament trebuie să cuprindă [9]: Informarea și liniștirea pacienților; Identificarea și tratarea condițiilor agravante; Adaptarea activității; Tratamentul factorilor de risc reducând circumstanțele de apariție a consecințelor adverse coronariene; Terapia medicamentoasă pentru angină; Considerarea revascularizării mecanice.

Pentru prevenirea aterosclerozei trebuie de respectat factorii dietetici.

Este foarte important de menționat că folosirea doar a unor suplimente de vitamine și microelemente în preparate comerciale nu înlocuiește dieta hipolipidică.

Nivelul înalt de colesterol poate fi redus prin respectarea dietei și remedii medicamentoase speciale.

Respectarea factorilor dietetici prevede: Reducerea considerabilă a grăsimilor saturate; Înlocuirea grăsimilor saturate cu cele nesaturate, predominant mononesaturate; Consum de

pește; Consum crescut de legume, fructe, verdețuri și produse cerealiere integrale.

Esența de bază a acestei diete constă în reglarea consumului de grăsimi în dietă (cantitativ și calitativ), care conform multiplelor recomandări este eficientă, îndeosebi la persoanele cu risc înalt de patologie cardiovasculară.

Fibrele alimentare rezistente la acțiunea enzimelor digestive cum ar fi: celuloza, hemiceluloza, lignina, pectina, care se conțin în legume (fasole), verdețuri (spanac), fructe (mere, portocale, prune, struguri) și cereale (ovăș, porumb, pâine integrală). Acestea sunt recomandate în dieta cu conținut de fibre alimentare, preferabil din surse naturale [17].

Unele substanțe vegetale cu conținut de sulf, în special, usturoiul și ceapa au un efect potențial de a reduce nivelul colesterolului (lipidelor) plasmatic, TA cu efecte antioxidante, antiplachetare și fibrinolitice, mai ales, printre persoanele cu hipercolesterolemie moderată.

Reducerea consumului de zahăr se datorează aportului caloric. Se recomandă limitarea aportului de NaCl la 6 gr/zi, care are efect pozitiv în geneza HTA, cu toate că aportul maxim de sodiu depinde în mare parte de sensibilitatea individuală.

Efect antiinflamator în diferite boli cronice netransmisibile au acizii grași omega 3, fibre, vitaminele E și C, β-caroten, magneziu (P. Caviacchia ș.a., 2009).

Repartizarea alimentației (în plan informativ pentru populație) în concordanță cu recomandările Ghidului Alimentației, 2010 se recomandă alimente cum ar fi: fructe, zaharuri, proteine și lactate degresate. Apă potabilă 1,5 – 2 l/zi.

Consumul de alcool, conform datelor [5] pe plan mondial constituie 6,1 l alcool pur, iar în Moldova 18,22 l alcool pur de fiecare persoană pe an.

Modificările stilului de viață duc la reducerea riscului de deces prin interzicerea fumatului cu 35%, susținerea activității fizice cu 25%, consum „moderat” de alcool cu 20% și prin modificări în dietă cu 45%.

Studierea factorilor de risc în IM a stabilit dependență dintre primul IM acut și: tabagism, lipide dăunătoare, HTA, DZ, obezitate (îndeosebi abdominală), dietă necorijată, activitate fizică redusă și factori psihosociale (mai ales negativi).

În concluzie: dieta explică > 50% de infarct miocardic.

S-a confirmat că pilonii sănătății sunt: alimentația, activitatea fizică, stop fumatul și stop alcoolul.

Printre bolile cronice netransmisibile principale: BCV, cancer, DZ tip II, bronhopneumopatiile obstruative cronice sunt dependente de factorii de risc comuni: tabagism, alimentație necorijată, inactivitate fizică și folosirea alcoolului, care pot fi preveniți: BCV – 80%, AVC (accidente vasculare cerebrale – 80%, DZ tip II – 80% și cancer – 40%.

Rolul medicului (mai ales medicului de familie) în realizarea modificărilor terapeutice ale stilului de viață, determinate de recomandările Ghidurilor practice (privind alimentația) elaborate pentru boli cronice (inclusiv și BCV) constă în înregistrarea regulată a IMC, monitorizarea sistematică a masei corporale și obiceiurilor legate de stilul de viață, oferirea recomandărilor în privința eforturilor fizice, respectarea alimentației corijate, ca și în efectuarea măsurilor îndreptate spre scăderea ponderală (în supraponderabilitate).

Astfel, un rol major în reducerea riscului CI îl are micșorarea aportului de grăsimi alimentare (mai ales saturate), a greutății corporale, a aportului de sare, cât și a stărilor afective, consumul

exagerat de dulciuri, grăsimi, aport caloric crescut, ceea ce necesită și un tratament psihologic.

Exerciții fizice în tratamentul CI

Este dovedit că efortul fizic bine suportat la aer curat (mersul pe jos, printr-un parc din apropierea casei, timp de 20 min, de 4-5 ori pe săptămână, reduce riscul de deces prematur cu 25%, la prelungirea plimbării până la 40 de min – riscul scade cu 38% [13]. Controlul asupra suportării efortului fizic se efectuează la început, de medic, ulterior de sine stătător (respectând indicațiile medicului). Dacă în timpul sau după aplicarea efortului fizic apar dureri cardiace, dispnee, palpitații cardiace (îndeosebi aritmie, tahicardie sau bradicardie, oboseală sau scade performanța etc.) aceste eforturi fizice se consideră exagerate și necesită a fi anulate sau corectate de medic.

Este important ca în timpul exercițiilor fizice persoanele să-și protejeze extremitățile, chiar și fața, de o răcire ușoară, care favorizează la unii pacienți creșterea TA pe parcursul ședinței sau după terminarea ei. S-a constatat că cei care decedază în timpul sau imediat după efectuarea unor exerciții fizice foarte solicitate sunt, de obicei, îmbrăcați foarte sumar, ceea ce dispune la răcirea extremităților cu supraîncălzirea trunchiului, chiar și vara. Iar contrastul exagerat dintre temperaturile sângelui poate provoca o aritmie cardiacă fatală.

Aplicarea concomitentă și a exercițiilor de respirație preponderent diafragmară au un efect benefic – micșorează TA și frecvența cardiacă, care se poate efectua în poziție șezândă sau ortostatică.

Este bine de efectuat zilnic exerciții de respirație diafragmară de mai multe ori. De rând cu gimnastica de respirație, un rol enorm îl au exercițiile izometrice, care sunt efective pentru micșorarea TA. Alergatul lent pe loc și mersul dozat sunt de asemenea eficiente, cu condiția să nu devină stresante (prea intensive).

Persoanelor vârstnice li se recomandă mersul și velo-antrenamentul slab intensiv sub controlul frecvenței cardiace, TA.

Cuparea durerii în regiunea cardiacă

Gimnastica curativă pregătește vasele spre dilatare și contractare, scoate senzațiile de durere, majorează cantitatea capilarelor active.

Prima acțiune curativă în dureri cardiace este relaxarea. De exemplu, la trezire aveți senzații neplăcute în piept. În primul rând ocupați o poziție comodă și relaxați corpul. Sau ați scris, timp îndelungat, ați șezut înclinat spre masă. Lăsați stiloul, lăsați-vă spre speteaza scaunului, dezlegați centura, cravata și relaxați corpul. În cazurile dacă vă aflați în mers, opriți-vă, eliberați mâinile și, balansându-le în jos, relaxați-le. Relaxarea reflectoric scoate spasmele vaselor sangvine, ale organelor, în așa fel se ameliorează torentul sângelui.

A doua acțiune curativă – respirație liniștită (mică). Efectuați 1-2 respirații mici (inspir, expir, pauză), ușoare, fără eforturi.

A treia acțiune curativă – netezirea pieptului. Cu palma mâinii drepte neteziți ușor pieptul de la dreapta spre stânga. Trei-cinci neteziri, numărând cu voce unu, doi, trei. Lăsați mâinile în jos și relaxați-vă.

A patra acțiune curativă – respirație în volum deplin, când durerea (senzațiile neplăcute) au dispărut și vă simțiți mai bine. Mișcați mâinile în părți – inspir, lăsați mâinile liber în jos – expir, pauză. Repetați din nou expir, inspir, pauză.

Complex de exerciții: Relaxați-vă, ocupați o poziție comodă a corpului, 5-10 sec.; Respirație mică în aceeași poziție; Netezirea

pieptului din dreapta spre stânga; Respirație mică, relaxați mâinile în jos 5-10 sec.; Respirație în volum deplin, 2-3 ori; Netezirea pieptului în diferite direcții (vertical-orizontal, fără efort, ușurel, lăsați mâinile în jos, respirați); Cu degetele mâinii drepte mișcați de la stern spre umăr și invers. Schimbați mâna și direcția. Lăsați mâinile în jos, respirați; Palma mâinii drepte fixați-o pe piept partea stângă și efectuați mișcări în cerc și invers. Repetați și cu mâna stângă. Lăsați mâinile în jos, respirați. Când accesesele anginoase nu se repetă timp de 2-3 săptămâni, efectuați acest complex de exerciții mai rar 1-2 ori pe săptămână.

Baza terapiei medicamentoase a anginei pectorale sunt nitrații, β – adrenoblocantele și preparatele grupei digitale. Este efectivă combinarea lor.

Nitroglicerina este cel mai efektiv preparat, când este indicat în debutul acceselor anginei pectorale, deoarece folosirea lui necesită mai târziu majorarea dozei. Nitroglicerina nu numai întrerupe accesesele anginoase, dar și previne dezvoltarea infarctului miocardic. Se recomandă de folosit acest preparat înaintea eforturilor mari fizice și emoționale.

Nitroglicerina are efecte adverse: cefalee severă, hipotensiune ortostatică, înroșirea feței și gâtului determinate de dilatarea vaselor, cât și uscăciunea gurii, tulburări vizuale, greață, vome, erupții cutanate, febră, convulsii.

În tratamentul pacienților cu vârstă înaintată și senilă, cu insuficiență coronariană este necesar de supravegheat nivelul tensiunii arteriale. Deoarece la bolnavii cu ateroscleroza arterelor coronariene, sau/și cerebrale micșorarea TA poate duce la insuficiența circulației sangvine (cerebrale și a altor organe). Iar la folosirea hipotensivelor (inclusiv a nitroglicerinei) trebuie să se țină cont de faptul ca TA să nu să se micșoreze brusc, ce poate dezvolta insuficiență vasculară acută (lipotimii, sincopă). Pentru a preveni aceasta bolnavul trebuie să fie în poziție orizontală și, la necesitate, se recomandă pacienților cu stenocardie cu micșorarea TA folosirea s. c. a cordiaminei, mezatonei.

Pentru ameliorarea circulației coronariene se recomandă nitrați cu o perioadă de acțiune mare – formele retard (kardiket, sustac, nitrong, isosorbid mononitrat ș. a.)

Validolul, întrebuițat adesea în accesesele de stenocardie, acționează în debut reflectoric peste 2-3 min, până la absorbția sublinguală, deci dacă durerea nu dispăre, preparatul nu este eficient.

Validol. Are efect reflectoric cu acțiune vasodilatatoare (dilată vasele coronare în mod reflex) și sedativ asupra sistemului nervos central.

Se indică perlingual în angină pectorală, nevroze, isterii, cât și antivomitant în răul de mișcare (mare, avion etc.). Se folosește de câteva ori pe zi sau la necesitate. Se produce sub formă de comprimate 60 mg. Efecte adverse: greață, lacrimație, amețeli. Se păstrează la loc uscat și răcoros. Se eliberează fără prescripție medicală.

Profilaxia și tratamentul CI include:

- Respectarea stilului de viață sănătos.
- Respectarea dietei: consum sistematic de fructe și legume, cu conținutul de sare ≥ 10 g și reducerea aportului de grăsimi saturate.
- Activitate fizică sistematică, 30 de minute mers zilnic, de cel puțin 5 ori/săptămână cu program supravegheat de medic în cazurile pacienților cu risc înalt.
- Reducerea greutății cu ținta atingerii MC < 25 kg/m² sau a circumferinței abdominale < 102 cm la B și < 88 cm la F. Inițial se reduce cu 10 % din greutatea anterioară și

menținerea ei, ceea ce face posibilă micșorarea ei ulterioară.

- Interzicerea fumatului, alcoolului.

Controlul TA pentru a obține nivelul ei $< 140/90$ mm Hg, iar la diabetici sau cu boală renală cronică $< 130/80$ mm Hg.

Tratament medicamentos

Terapie cu β -blocanți. În tratamentul stenocardiei de rând cu nitrații în practica geriatrică se recomandă β -adrenoblocantele (metoprolol, atenolol, nebivolol ș.a.), care micșorează necesitatea miocardului în oxigen prin micșorarea influenței simpatice asupra inimii cu proprietăți antihipertensive, antiaritmice, antianginale cu acțiune inotrop-, batmotrop- și cronotrop- negativă. Aceste preparate reduc numărul și intensitatea crizelor anginale, cresc toleranța la eforturi fizice. Reduc mortalitatea de infarct miocardic datorită limitării zonei necrotice și prevenirii aritmiilor ventriculare fatale.

Aceste preparate se indică în doze minime pentru a preveni bradicardia. Deaceia, nu se recomandă în blocade A-V, bloc sinoatrial, bradicardie, astm bronșic, hipotensiune arterială sistolică sub 100 mm Hg.

- **IECA** reduce semnificativ mortalitatea. Se recomandă la toți pacienții cu disfuncția și/sau cu reducerea fracției de ejeție a ventriculului stâng FE a VS $< 40\%$, ca și în tratamentul pacienților cu diabet zaharat, HTA și boala renală cronică.
- **Blocanți ai receptorilor de angiotensină** se folosesc la pacienții cu intoleranță la IECA sau în combinație cu aceștia. De asemenea, pot fi utilizați în insuficiența cardiacă sau infarct miocardic cu FE a VS $< 40\%$.

Antagoniștii receptorilor de aldosteron

Se recomandă spironolactona sau eplerenona pacienților cu post-IM, care au fost tratați cu IECA și β -blocante cu FE a VS $< 40\%$. Se folosesc în diabet zaharat și insuficiență cardiacă în lipsa dereglărilor renale semnificative sau în hiperpotasemiei [4].

- **Modificarea profilului lipidic:** se recomandă la toți pacienții cu disfuncția ventriculului stâng. Duce la ameliorarea prognosticului.

Bibliografie

1. Angina pectorală stabilă „Protocol clinic național”. Chișinău, 2009.
2. Botnaru V. Boli cardiovasculare. Chișinău, 2004.
3. Cristodorescu R. Fiziopatologia aparatului cardiovascular la vârstnici. Bolile cardiovasculare la bătrâni. Tratat de cardiologie, 2003.
4. Ghidul farmacoterapeutic. Chișinău, 2010.
5. Ghidul Alimentației. SUA, 2010.
6. Grib Liviu. Sindromul metabolic: considerații patogenetice, clinice și diagnostice (monografie). Chișinău, 2010;166.
7. WHO World Health. Report. 2011.
8. Harris R. Руководство по гериатрии. Москва: Медицина, 1982;108-109.
9. Harrison. Principiile Medicinii Interne. 2001.
10. Hortolomei VD. Astenia neurocirculatorie (monografie). Chișinău: Știința, 1996.
11. Hortolomei Valerian, Hortolomei Valeriu. Hipotensiunile arteriale (monografie). Chișinău, 2008.
12. Hortolomei Valerian, Hortolomei Valeriu. Hipertensiunea arterială la adult. Hipertensiunea arterială în evoluția sarcinii. Chișinău, 2010.
13. Hortolomei Valerian, Hortolomei Valeriu. Angina pectorală stabilă. Chișinău, 2011.
14. Popovici Ion, Popovici Mihai. Realizările și perspectivele cardiologiei intervenționale în Republica Moldova. Materialele Conferinței Naționale în Medicina Internă în Rep. Moldova cu participare internațională. Sănătate publică, economie și management în medicină. Chișinău, 2011.
15. Șeifer SE, Gersh BJ, Yanez ND, et.al. Prevalence, predisposing factors,

- and prognosis of clinically unrecognized myocardial infarction in the elderly. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2000;35:119-129.
16. Șeifer SE, Manollo TA, Gersh BJ. Unrecognized myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.* 2001;135:801-811.
17. Zdrengea D, Văidean G, Pop D. *Cardiologie preventivă*. Cluj-Napoca, 2003.
18. Бойцов СА. Выявляемость острых форм ишемической болезни сердца в клинической практике. *Клиническая медицина*. 2010;8:31-35.
19. Епифанов ВА. *Лечебная физическая культура*. Учебное пособие. Москва: ГЭОТАР Медиа, 2009.
20. Малая ЛТ, Волков ВИ. *Ишемическая болезнь сердца у молодых*. Киев: «Здоровья», 1980.
21. Коркушко ОВ. *Руководство по гериатрии*. Москва: Медицина. 1982;108-109.
22. Руда МЯ, Зыско АП. *Инфаркт миокарда*. Москва: Медицина, 1981.
23. Хортоломей АВ, Ботя АВ, Хортоломей ВД. Дифференциальная диагностика болевого синдрома при стенокардии и нейроциркулярной дистонии по кардиальному типу. Тезисы научной конференции КГМУ (14-16 мая 1991). Кишинев, 1991;383.
24. Чеботарев ДВ, Коркушко ОВ. *Руководство по гериатрии*. Москва: Медицина, 1982.
25. Чеботарев ДФ. *Гериатрия в клинике внутренних болезней*. Киев: Здоровья, 1977.

Depistarea tardivă a tuberculozei pulmonare la etapa actuală

C. Iavorschi, *O Emelianov, V. Bolotnicov, A. Brumaru, N. Chipric

Institute of phthisiopneumology „Chiril Draganuic”
13 Constantin Varnav street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +373 22 899001, + 373 22 899023. E-mail: emelianov1953@mail.ru

Manuscript received March 02 2012; revised April 30, 2012

Late detection of pulmonary tuberculosis in the actual stage

Key words: tuberculosis, late diagnoses.

Позднее обнаружение туберкулеза легких на современном этапе

Ключевые слова: туберкулез, поздняя диагностика.

Introducere

În prezent depistarea tuberculozei se efectuează, de regulă, la simptomatici, prin adresare. S-a majorat numărul cazurilor de tuberculoză tardiv depistată, care influențează negativ prognoza bolii. În același timp, nu este determinată definiția contemporană „depistarea tuberculozei tardive”. Nu este clar rolul acestor cazuri în insuccesul tratamentului și mortalitatea prin tuberculoză. Este necesar de determinat frecvența cazurilor tardiv depistate de tuberculoză, ineficacitatea tratamentului și de elaborat un sistem perfecționat în depistarea și organizarea tratamentului. Metodele perfecționate ale depistării bolnavilor cu tuberculoză pulmonară, reducerea erorilor în diagnosticarea și organizarea chimioterapiei adecvate vor permite ridicarea eficacității tratamentului și micșorarea mortalității prin tuberculoză.

Material și metode

Au fost examinați 157 de bolnavi tardiv depistați din trei teritorii rurale: raionul Orhei – 64, Călărași – 46, Ialoveni – 47. În grupul de comparație au fost examinați 132 de bolnavi depistați la timp din aceleași teritorii rurale: raionul Orhei – 37, Călărași – 34, Ialoveni – 61. Metodele de cercetare au fost tradiționale pentru practica fiziologică: examinare clinică, metode imagistice (microradiografica, radiografia, tomografia), examinări microbiologice (bacterioscopia, însămânțarea, BACTEC), testarea la tuberculină, metode instrumentale, cercetări morfopatologice.

Rezultate obținute și discuții

Din 267 de bolnavi prim depistați din teritoriile susnumite, tardiv depistați au fost 58,8%. În raionul Orhei acest număr a

alcătuit 62,7% (64 din 102), în raionul Călărași – 56,8% (46 din 81), în raionul Ialoveni – 56,0% (47 din 84). Printre bolnavi tardiv depistați, bărbați au fost 77,7%, femei – 22,3%. Printre bolnavii depistați la timp, bărbați au fost 64,4%, femei – 35,6%. În grupul bolnavilor depistați la timp femeile au fost de 1,6 ori mai multe. Majoritatea bolnavilor în ambele grupuri erau în vârstă aptă de muncă. Din numărul total al bolnavilor tardiv depistați 120 (76,4%) n-au fost angajați în câmpul muncii, printre bolnavii depistați la timp – 84 (63,5%), de 1,2 ori mai mic. A fost determinat modul de îndreptare a bolnavilor tardiv depistați și depistați la timp în cabinetele antituberculoase. Majoritatea bolnavilor tardiv depistați (85,3%) au fost depistați prin adresare (adresarea la medicul de familie, alți specialiști, adresarea directă). Printre bolnavii depistați la timp acest indicator a alcătuit 49,2%, de 1,7 ori mai mic. Forma clinică de bază printre bolnavii tardiv depistați (68,5%) a fost tuberculoza infiltrativă cu distrucție. Din 106 bolnavi cu tuberculoză infiltrativă distructivă 85 (80,2%) au avut distrucție monolaterală, 21 (19,8%) – bilaterală. Din numărul total (157) al bolnavilor examinați 126 (80,3%) erau baciliferi, 15 (9,5%) – n-au eliminat micobacterii de tuberculoză, 16 (10,2%) – n-au fost examinați (diagnosticați postmortem). Din numărul bolnavilor tardiv depistați la 38 (30,2%) a fost determinată multidrogrezistența. Forma clinică de bază (68,5%) la bolnavii depistați la timp a fost tuberculoza infiltrativă fără distrucție. Din numărul total (132) al bolnavilor examinați 69 (52,3%) erau baciliferi. Din ei la 7 (10,1%) bolnavi a fost determinată multidrogrezistența. Așadar, numărul eliminatorilor de bacili printre bolnavii tardiv depistați era de 1,5 ori mai mare decât printre bolnavii depistați la timp. Numărul baciliferilor cu multidrogrezistență printre bolnavii tardiv de-