

rează ideea că parametrii hemodinamicii intrarenale ar putea servi drept markeri neinvazivi pentru evaluarea pacientului hipertensiv. Astfel, IRR reprezintă un predictor timpuriu al afectării cardiovasculare și un instrument pentru evaluarea riscului cardiovascular în hipertensiunea arterială.

Bibliografie

1. Cabac-Pogorevici I., Revenco V. *Indicele de rezistență renal, ca marker complex al leziunilor subclinice de organ la pacienții hipertensivi*. În: Curierul medical, 2014, nr. 57(4), p. 75-79.
2. Heine G.H. et al. *Renal resistive index and cardiovascular and renal outcomes in essential hypertension*. In: Hypertension, 2013, nr. 61, p. 22.
3. Pourcelot L. *Applications cliniques de l'examen Doppler examinations transcutane*. In: Peronneau P. (ed.). *Velocimetrie ultrasonore Doppler*. Paris: Inserm, 1971, p. 213-217.
4. Dewitte A., Coquin J., Meyssignac B., et al. *Doppler resistive index to reflect regulation of renal vascular tone during sepsis and acute kidney injury*. In: Crit. Care, 2012, nr. 16, p. 165-169.
5. Hashimoto J. *Central Hemodynamics for Management of Arteriosclerotic Diseases*. In: J. Atheroscler. Thromb., 2017, nr. 24(8), p. 765-778.
6. Madubeze G. *A comparative ultrasonographic evaluation of intrarenal artery resistive index among hypertensive and normotensive adults in a black African population compared to a European population*. In: Acta Radiol. Open, 2018, Jan., nr. 7(1): 2058460117752033.
7. *2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*.

CZU: 616.12-008.46-037

DETERMINAREA PROGNOZEI VIEȚII PACIENȚILOR CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ CRONICĂ DUPĂ REVASCULARIZARE CORONARIANĂ

*Dorin LÎSÎI, Eleonora VATAMAN,
Silvia FILIMON, Oxana PRISCU,*
Laboratorul *Insuficiență cardiacă cronică,*
IMSP Institutul de Cardiologie

Introducere

În pofida progreselor terapeutice obținute, insuficiența cardiacă rămâne un sindrom clinic ce se asociază cu simptome frecvente de suferință pentru pacienții și cu o rată înaltă de mortalitate, care se apropie la 50% peste cinci ani după diagnosticare [1].

Evaluarea corectă a prognosticului pentru pacientul cu insuficiență cardiacă cronică este importantă din mai multe motive. În primul rând, pacienții sunt îngrijorați de probabilitatea apariției evenimentelor cardiovasculare în viitor. Medicii pot utiliza estimările prognostice pentru a decide tipul și momentul corespunzător pentru efectuarea testelor de diagnostic și a metodelor terapeutice adăugătoare, inclusiv a celor invazive, sau a transplantului de cord, ori instalării sistemelor de asistare mecanică a cordului. Evaluarea exactă a prognosticului poate preveni întârzierile în inițierea tratamentului adecvat la pacienții cu risc înalt sau polipragmazia la bolnavii cu risc scăzut [2].

Mai multe modele de prognostic sunt disponibile pentru pacienții cu insuficiență cardiacă, dar numai cinci din ele au fost validate în cohorte independente de bolnavi: *the Heart Failure Survival Score, the Seattle Heart Failure Model, the PACE risk score*, modelul creat de Frankenstein și coaut. și *SHOCKED predictors. The Seattle Heart Failure Model* a fost validat în 14 cohorte (14057 de pacienți) și puterea lui predictivă rămâne să fie stabilă pe parcursul ultimilor ani [2].

Pacientul după un eveniment cardiovascular acut, după intervenție la cord sau diagnosticat cu insuficiență cardiacă cronică merită o atenție deosebită, pentru a restabili calitatea vieții lui, pentru a menține sau a restabili capacitatea lui funcțională, și necesită consiliere întru prevenirea repetării evenimentului prin aderarea la un plan de tratament medicamentos și adoptarea unui stil de viață sănătos [3]. Reabilitarea cardiacă este recomandată (cu cel mai înalt nivel de dovezi științifice – clasa de recomandare I) de Societatea Europeană de Cardiologie, de Asociația Americană a Inimii și de Colegiul American de Cardiologie pentru toți pacienții cu cardiopatie ischemică (CPI) (3). Mai mult decât atât, este o intervenție cost-eficientă după un eveniment coronar acut și în insuficiența cardiacă cronică (ICC), deoarece svade rata de reinternări, prelungeste viața pacientului și reduce cheltuielile pentru îngrijirea bolnavului [4, 5].

Scopul studiului

Scopul cercetării este evaluarea eficienței programului de reabilitare cardiacă complexă la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică după revascularizare coronariană prin estimarea prognozei vieții lor.

Material și metode de cercetare

În studiu au fost incluși 197 de pacienți cu vârsta medie de 61,05±0,8 ani, dintre care 138 bărbați și 59 femei, 52,5% cu insuficiență cardiacă CF II NYHA și 47.5% cu CF III NYHA. Lotul de studiu a fost divizat în două grupuri: grupul 1 (de control) din 91 pacienți

și grupul 2 din 106, care au fost incluși în programul de reabilitare după revascularizare coronariană. Programul de reabilitare cardiacă complexă avea drept componente de bază antrenamentele fizice la domiciliu și măsurile de profilaxie secundară (tratamentul medicamentos și combaterea factorilor de risc).

Toți pacienții au fost selectați în clinica Institutului de Cardiologie, aceștia fiind spitalizați primar pentru reabilitare după revascularizarea coronariană (by-pass aorto-coronar sau angioplastie coronară). Durata perioadei de supraveghere a fost de 12 luni.

Prognoza vieții a fost estimată utilizând chestionarul on-line *The Seattle Heart Failure Model* (SHFM) la toți pacienții la sfârșitul perioadei de supraveghere.

Rezultate obținute

Cu ajutorul chestionarului on-line SHFM au fost estimate rata de supraviețuire la 1, 2 și 5 ani, rata de mortalitate la 1, 2 și 5 ani și speranța medie de viață în ani la pacienții din ambele loturi de studiu. S-a constatat că, la sfârșitul perioadei de supraveghere, rata medie de supraviețuire estimată la 1, 2 și 5 ani a fost mai înaltă la pacienții din lotul cu reabilitare cardiacă: la 1 an – 97,3±0,12% în grupul 2 versus 94,1±0,46% în grupul 1 ($p < 0,0001$); la 2 ani – 94,6±0,25% vs 88,5±0,89% ($p < 0,0001$), la 5 ani – 84,5±1,24% vs 72,1±1,76% ($p < 0,0001$), respectiv. Speranța de viață estimată a fost mai mare de asemenea la pacienții care au fost incluși în programul de reabilitare cardiacă: 13,25±0,45 ani vs 9,95±0,48 ani ($p < 0,0001$) în grupul de control. Rata de mortalitate estimată a fost mai înaltă la bolnavii din grupul de control: la 1 an – 5,9±0,46% vs 2,9±0,15% în lotul 2 ($p < 0,0001$), la 2 ani – 11,4±0,88% vs 5,6±0,28% în lotul 2 ($p < 0,0001$) și la 5 ani – 27,6±1,78% vs 15,6±1,29% în lotul de pacienți cu reabilitare cardiacă ($p < 0,0001$).

Discuții

Cercetările efectuate au demonstrat că revascularizarea coronariană, în cazul prezenței ischemiei documentate și afectării stenozante a trunchiului comun al arterei coronare stângi sau a stenozelor semnificative pe arterele descendentă anterioară și circumflexă în segmentele proximale, ameliorează prognoza pentru pacienții cu insuficiență cardiacă [6]. De asemenea, este demonstrată influența favorabilă asupra prognozei a reabilitării cardiace atât în cazul pacienților cu insuficiență cardiacă, cât și la cei cu revascularizare coronariană [7].

În studiul nostru a fost evaluată eficiența programului de reabilitare complexă la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică după revascularizare coronariană prin estimarea prognozei vieții peste 12 luni de supraveghere, utilizând chestionarul SHFM. Estimările prognostice se obțin prin introducerea în calculatorul on-line SHFM a parametrilor clinici

(vârsta, sexul, greutatea corporală, CF NYHA, valorile FE a VS și TA sistolică), a grupelor de medicamente utilizate, inclusiv celor cu acțiune de modulare neurohormonală, a rezultatelor investigațiilor de laborator, a datelor ECG (durata complexului QRS și prezența blocului complet de ramură stângă a f. Hiss), precum și a prezenței la pacient a dispozitivelor implantabile [8]. Rezultatele obținute au demonstrat că rata de supraviețuire estimată și speranța medie de viață au fost semnificativ mai înalte în grupul de pacienți incluși în programul de reabilitare complexă. Acest fapt poate fi explicat prin eficiența programului implementat, care a inclus recomandări individuale privind activitatea fizică la domiciliu și măsurile de profilaxie secundară. Astfel, s-a constatat că la sfârșitul perioadei de supraveghere, în grupul de pacienți cu reabilitare cardiacă au fost mai puțini bolnavi cu CF III NYHA: 5,5% vs 58,2% în grupul de referință; FE a VS a avut valori medii mai înalte: 50,9±0,77% vs 43,4±1,4% în grupul de control; nivelul mediu al colesterolului total în ser a fost mai scăzut: 3,9±0,07 mmol/l vs 4,8±0,13 mmol/l în grupul de pacienți fără reabilitare cardiacă, iar rata bolnavilor care n-au folosit betaadrenoblocante a fost mai scăzut în grupul de pacienți cu reabilitare: 4,9% vs 14,9% în lotul de referință, toate diferențele fiind semnificative.

Concluzie

Rata de supraviețuire și speranța medie de viață, estimate cu ajutorul chestionarului *The Seattle Heart Failure Model*, au avut valori medii semnificativ mai mari în grupul de pacienți incluși în programul de reabilitare cardiacă, comparativ cu cei din lotul de referință, ceea ce demonstrează influența favorabilă a implementării programului de reabilitare cardiacă complexă asupra prognozei vieții la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică după revascularizare coronariană.

Bibliografie

1. Liu L., Eisen H.J. *Epidemiology of heart failure and scope of the problem*. In: *Cardiol. Clin.*, 2014, nr. 32, p. 1-6.
2. Ana C. Alba et al. *Risk prediction models for mortality in ambulatory patients with heart failure*. In: *Circulation: Heart Failure*, 2013, nr. 6, p. 881-889.
3. M.F. Piepoli et al. *Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. In: *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2010, vol. 17, p. 1-17.
4. J.A. Jolliffe, et al. *Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease*. In: *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2001, Issue 1, Art No CD001800. DOI: 10.1002/14651858.CD001800.
5. M.F. Piepoli, et al. *ExTra MATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH)*. In: *BMJ*, 2004, vol. 328, p. 189-193.

6. Windecker S. et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: the Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). In: Eur. Heart J., 2014, nr. 35, p. 2541–2619.
7. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). In: European Heart Journal, 2012, vol. 33, p. 1635–1701.
8. Levy W.C., et al. The Seattle Heart Failure Model: Prediction of Survival in Heart Failure. In: Circulation, 2006, nr. 113, p. 1424–1433.

CZU: 616.379-008.64-06:616.13-004.6-002.2

ÎMBĂTRÂNIREA ȘI FACTORII HORMONALI CE INFLUENȚEAZĂ ATEROGENEZA LA FEMEILE CU DIABET ZAHARAT

Vasile ANESTIADI,
IMSP Institutul Medicină de Urgență,
Laboratorul Patobiologie și Patologie

Introducere

Studiile epidemiologice demonstrează o incidență mai mare a aterosclerozei (ATZ) și a cardiopatiei ischemice (CPI) la femeile diabetice în post-menopauză (FDPM) în comparație cu femeile nondiabetice în post-menopauză (FNDPM). De asemenea, a fost arătat că la persoanele diabetice, diferența legată de sex a ratelor ATZ depinde de vârsta bolnavelor, și aceste rate au o tendință către egalizare după vârsta de 40 de ani. Același fenomen este specific și pentru cardiopatia ischemică.

Scopul studiului

Scopul propus a fost cercetarea parametrilor hormonalți la FNDPM și FDPM în aspectul predispoziției către ateroscleroză și cardiopatie ischemică.

Material și metode de cercetare

În studiu au fost incluse două grupuri de femei: gr. 1 – 48 femei cu diabet zaharat tip II în post-menopauză, vârsta medie 54,0±2,76 ani, gr. 2 – 40 femei nondiabetice în post-menopauză, vârsta medie 52,3±2,18 ani. Au fost determinate: nivelul hormonului foliculostimulant (FSH), hormonul luteinizant (LH), estradiolul (E2), estriolul (E3), progesteronul (P), prostaglandina F2-alpha (PG F2-alpha) și insulina (I).

Rezultate obținute

Femeile din grupul 1 aveau niveluri crescute ale insulinei în sânge, îndeosebi la ora a doua a testului

oral de toleranță la glucoză (OGTT). Nivelul estradiolului și cel al progesteronului au fost semnificativ mai mici în acest grup – respectiv cu 45.5% (p<0.02) și 78.3% (p<0.01).

O tendință spre micșorare în acest grup au avut și FSH, LH, PG F2-alpha și E3, dar diferențele nu au atins semnificație statistic veridică.

Concluzie

Datele obținute arată că, luând în considerare efectele potențial ateroprotective ale estrogenilor, concentrațiile joase ale estradiolului și ale progesteronului la femeile diabetice aflate în post-menopauză pot să aibă un rol important în aterogeneza accelerată, în comparație cu femeile nondiabetice în post-menopauză.

Bibliografie

1. Koh K.K. et al. Vascular effects of estrogen in type II diabetic postmenopausal women. In: Journal of the American College of Cardiology, 2001, vol. 38, no. 5, p. 1409–1415.
2. Juutilainen A. et al. Gender difference in the impact of type 2 diabetes on coronary heart disease risk. In: Diabetes Care, 2004, vol. 27, no. 12, p. 2898–2904.
3. Ahmad S. et al. Complexity of the relation between hemoglobin A1C, diabetes mellitus, and progression of coronary narrowing in postmenopausal women. In: The American Journal of Cardiology, 2013, vol. 111, no. 6, p. 793–799.
4. Boukhis M. et al. Coronary Heart Disease in Postmenopausal Women with Type II Diabetes Mellitus and the Impact of Estrogen Replacement Therapy: A Narrative Review. In: International Journal of Endocrinology, Volume 2014, Article ID 413920, 8 p. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/413920>

CZU: 616.314-003.663.4-053.2(478)

IMPACTUL FLUROZEI ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII COPILOR ȘI ADOLESCENȚILOR DIN UNELE LOCALITĂȚI DIN REPUBLICA MOLDOVA

Natalia BIVOL¹,
Virgil MANOLE², Alexandru VOLOC²,

¹Catedra Igienă Generală, IP USMF Nicolae Testemițanu,

²Departamentul Pediatrie, IP USMF Nicolae Testemițanu

Introducere

Fluroza dentară este o afecțiune cu prevalență ridicată în diferite regiuni ale globului, datorată ingerării ionilor de fluor în cantități sporite. În Republica Moldova, cantități sporite în apa potabilă sunt preponderent întâlnite în localitățile din centrul și nordul