

administrarea dozelor mari de corticosteroizi. Acest efect poate fi amplificat și de alte preparate imuno-supresoare, cum sunt Cyclosporina sau Tacrolimusul, acționând prin inducerea apoptozei celulelor beta pancreatice. Deși efectele cortico-steroidilor asupra echilibrului glucozei, sunt cunoscute, cercetările recente au evidențiat o asociere dintre instalarea DZ și administrarea terapeutică a megadozelor de GCS prin puls terapie.

În concluzie, diabetul zaharat are o incidență relativ mare la pacienții cu lupus eritematos sistemic, predominând DZ indus de tratamentul cu gluco-corticosteroizi. Dat fiind faptul că DZ nu doar complică evoluția lupusului, dar reprezintă și un factor

de risc independent pentru patologia cardio-vasculară și renală, este necesar un grad înalt de vigilență, în vederea prevenirii DZ GCSI, din partea medicilor reumatologi, asupra pacienților ce primesc tratament cu GCS, în particular cu LES, în conlucrare cu medicii endocrinologi, pentru prevenirea complicațiilor secundare ale DZ, deja instalat. Din acest punct de vedere, este primordial monitorizarea glicemiei post-prandiale și a hemoglobinei glicozilate (HbA1c) la pacienții cu LES și cu factori de risc pentru DZ așa ca tratamentul cu doze mari de GCS, vârsta peste 35 de ani, istoricul familial de DZ și tratamentul cu Mycofenolat de mofetil pentru a aplica tratament adecvat.

Bibliografie

1. CLORE JN, THURBY-HAY L. Glucocorticoid-induced hyperglycemia. *Endocr Pract.* 2009; 15:469-74.
2. CORTES S, CHAMBERS S, JERÓNIMO A, ISENBERG D. Diabetes mellitus complicating systemic lupus erythematosus - analysis of the UCL lupus cohort and review of the literature. *Lupus.* 2008 Nov; 17(11):977-80.
3. CURTIS J.R. et al. Population-based assessment of adverse events associated with long-term glucocorticoid use. *Arthritis Rheum.* 2006; 55:420-6.
4. DANIEL J. W., BEVRA H. H. *Dubois Lupus Erythematosus.* Seventh edition, 2007; 16.
5. FLIER J.S. et al. Characterization of antibodies to the insulin receptor: a case of insulin resistant diabetes in man. *Clin Invest.* 1976; 58:1442-9.
6. FRUMAN L. S. Diabetes Mellitus, Islet-Cell Antibodies, and HLA-B8 in a Patient With Systemic Lupus Erythematosus. *Am J Dis Child.*, 1977; 131(11):1252-1254.
7. GORDON C. Long-term complications of systemic lupus erythematosus. *Oxford journals. Rheum.* 2002; 41(10):1095-1100.
8. KAREEM L. G., ROBINSON W. H., STEINMAN L., UTZ P. J. High-throughput Methods for Measuring Auto-antibodies in Systemic Lupus Erythematosus and other Autoimmune Diseases Autoimmunity. June 2004; Vol. 37 (4): 269-272.
9. LAHITA G.R. The clinical presentation of systemic lupus erythematosus. *Systemic lupus erythematosus textbook 5-th edition,* 2011; 30: 525.
10. MELE T.S., HALLORAN P.F. The use of Mycophenolate mofetil in transplant recipients. *Immunopharmacology.* 2000; 47:215-45.
11. MONCAYO-NAVEDA H. et al. Organ-specific antibodies against ovary in patients with systemic lupus erythematosus. *American Journal of obstetrics and gynecology* 1989; 160: 1227-1229.
12. MOJDEH ZABIHI Y., SAEIDEH S. Risk factors of glucocorticoid-induced diabetes mellitus in systemic lupus erythematosus. *GMJ.* 2013;2(2):39-43
13. PETRI M., MAGDER L. Association between Hydroxychloroquine exposure and incidence of diabetes mellitus in systemic lupus erythematosus. 28/2013.
14. PANTHAKALAM S., et al. The prevalence and management of hyperglycemia in patients with rheumatoid arthritis on corticosteroid therapy. *Scott Med J.* 2004; 49(4):139-41.
15. PYNE D., ISENBERG D. A. Autoimmune thyroid disease in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2002; 61 (1): 70-2.
16. RICARD C. et al. Systemic lupus erythematosus. *EULAR online courses.* 2007-2009.
17. TRYFON S., PAPANAS N. Corticosteroid-induced diabetes in patients with chronic obstructive disease. *Clin Pulm Med.* 2008; 15:127-31.
18. VAIPOULOS G. et al. The association of systemic lupus erythematosus and myasthenia gravis. *Postgrad Med J* 1994; 70: 741-5.
19. VARGAS I. et al. Insulin resistant diabetes mellitus in systemic lupus erythematosus. *Case Rep Clin Pract Rev,* 2005; 6: 203-206.
20. VASUDEVAN A. R., GINZLER E. M. Clinical features of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology 5th edition.* 2010; Connective tissue disorders, p.1229.
21. VASUDEVAN A. R., GINZLER E. M. Clinical features of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology 5th edition.* 2010; Section 10, Connective tissue disorders pp.1244-1245.
22. ZENG Y. J. et al. Characteristics and risk factors for hyperglycemia in Chinese female patients with systemic lupus erythematosus. 10/2010; 19(11): 1344-50.
23. JUNG L. You, KWANG-HOON J., SE-JIN K. Prevalence and risk factors of glucocorticoid-induced diabetes mellitus in patients with systemic lupus erythematosus. *Association of Rheumatology Health Professionals Annual Scientific Meeting,* 2010.

TOLERANȚA ALTERATĂ LA GLUCOZĂ SE ASOCIAZĂ CU UN PROGNOSTIC NEFAVORABIL LA BOLNAVII CU INFARCT MOCARDIC ACUT

Lilia David¹, Aurel Grosu¹, Veronica Țurcanu¹, Olimpia Gherman¹

1 - Institutul de Cardiologie, Chișinău, Moldova

Proporția subiecților cu tulburări de glicoreglare necunoscute anterior este destul de mare printre bolnavii cu infarct miocardic acut (IMA). Prognosticul post-infarct al pacienților (P) cu toleranță alterată la glucoză (TAG) este puțin studiat. Am analizat evoluția IMA pe termen lung la P cu TAG versus subiecții cu toleranță normală la glucoză (TNG) și cu diabet zaharat cunoscut (DZ).

Material și metode.

Lotul de studiu l-au alcătuit 392 P ci IMA spitalizați consecutiv timp de 2 ani în Clinica de cardiologie care au supraviețuit spre externare, 296 fără diabet (nD) și 96 cu DZ. Subiecții nD au

fost supuși unui test oral standard de toleranță la glucoză (ziua 10 a bolii) care a stabilit TNG la 170 (57,4%) P, toleranță scăzută (TSG) la 106 (35,8%) și DZ nou depistat (DZN) la 20 (6,8%). P au fost separați în trei grupuri: cu TNG, TAG (TSG+DZN)

și DZ. Durata de urmărire a constituit $56,4 \pm 1,6$ luni. Punctele finale analizate: decesul de cauză generală și cardiovasculară (CV), evenimentele CV majore (infarctul miocardic repetat, accidentul vascular cerebral, decesul).

Rezultate.

P cu TAG și DZC au fost mai în vârstă față de cei cu TNG ($p < 0,01$). Proporția de femei a fost mai mare în grupul cu DZ ($p < 0,05$). Frecvența obeziității, HTA (\emptyset), dislipidemieii a predominat la P cu DZ ($p < 0,01$) și nu s-a deosebit în grupurile cu TAG și TNG. Fumatul s-a întâlnit mai rar la P cu TAG și DZ vs TNG ($p < 0,001$). Sindromul metabolic s-a înregistrat mai frecvent la P cu TAG și DZ față de TNG ($p < 0,001$). Grupurile nu s-au deosebit după mărimea enzimatică (CK MB) și localizarea IMA. Frația de eiecția a ventriculului stîng a fost mai scăzută la P cu TAG și DZ versus TNG ($44,7 \pm 0,8\%$ vs $43,8 \pm 0,8\%$ vs $46,7 \pm 0,7\%$ $p < 0,05$).

La urmărire de durată P cu TAG și DZ versus cu TNG au înregistrat în proporție mai mare insuficiență cardiacă (IC) clasa NYHA ≥ 3 ($p < 0,01$), mortalitate de cauză generală ($p < 0,01$) și CV ($p < 0,01$) și punctul final compozit de evenimente CV majore ($p < 0,01$). Prin regresia lui Cox au fost identificați următorii factori predictivi pentru mortalitate: vîrsta (HR 1,045; 95%CI:1,020 – 1,071 $p < 0,001$), istoricul de IC (HR 2,05; 95%CI: 1,260 – 3,350 $p = 0,01$), FEVS (HR 0,967; 95%CI:0,940 – 0,990 $p < 0,05$), glicemia la 2 ore în TOTG (HR 1,116; 95%CI:1,012 – 1,230 $p < 0,05$).

Concluzii.

Prognosticul pe termen lung la pacienții cu IMA și TAG este nefavorabil, semnificativ mai sumbru comparativ cu cel al subiecților cu TNG și asemănător bolnavilor cu diabet zaharat. Identificarea persoanelor cu TAG are valoare prognostică importantă în IMA.

Lilia David, dr. med, conf. cercet.,
Laboratorul „Tulburări de ritm și urgențe cardiace”,
Institutul de Cardiologie,
telefon 69562264,
e-mail: likadav27@yahoo.com

DIABETUL ZAHARAT ȘI BOLILE TIROIDIENE - PROBLEMĂ DE RESONANȚĂ A MEDICINII RESPIRATORII (REVISTA LITERATURII).

Constantin Iavorschi¹, Bolotnicova Valentina¹, Moscovciuc Ana¹,
Tudor Elena¹,

1 - IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

În articol sunt elucidate problemele comorbidității la pacienții cu tuberculoză pulmonară (TB) și boli nespecifice ale aparatului respirator (BNAR), în special, diabetul zaharat (DZ), care prevealează, și bolile tiroidiene. Se prezintă revista literaturii naționale și internaționale, ce scoate în evidență diverse aspecte de asociații ale acestor boli.

Cuvinte cheie: comorbiditate, tuberculoză pulmonară, boli nespecifice ale aparatului respirator, diabet zaharat, hipotiroidism.

Summary

A major problem of the respiratory medicine is diabetes mellitus and thyroid gland disorders.

The article is based on the problem of co-morbidity among patients with pulmonary tuberculosis and nonspecific respiratory tract infections, especially in the cases when diabetes mellitus and the thyroid gland disorders prevail.

The literature review of the local and foreign authors is presented to reflect the different aspects of these diseases association.

Keywords: co-morbidity, pulmonary tuberculosis, nonspecific pulmonary diseases, diabetes mellitus, hypothyroidism.

Introducere

Una dintre particularitățile medicinei clinice contemporane este faptul, că medicii trebuie să acorde o atenție sporită stărilor care se caracterizează printr-o combinație de două sau mai multe boli la unul și același pacient, și de a poseda de cunoștințe de discipline conexe. Creșterea de interes științific

și clinic în ultimii 15-20 de ani la boli comorbide la pacienții cu tuberculoză pulmonară (TB) și boli nespecifice ale aparatului respirator (BNAR) are loc nu numai din cauza prevalenței lor, universalității mecanismelor fiziopatologice nespecifice, dar, de asemenea, și dificultăților în conduita medicală și organi-