

devenit $137,26 \pm 2,35$ g/m² peste 6 luni ($p < 0,001$) și s-a redus în continuare până la $128,25 \pm 2,50$ g/m² peste 12 luni de tratament combinat ($p < 0,001$). Reducerea dinamică a IMMVS a fost statistic semnificativă și în perioada 6-12 luni de tratament ($p < 0,01$).

Indicele hipertrofiei ventriculului stâng în același timp nu a suportat modificări statistice veridice: $0,518 \pm 0,006$ inițial, $0,515 \pm 0,007$ peste 6 luni și $0,511 \pm 0,007$ peste 12 luni ($p > 0,05$ pentru toți indicii). Această discrepanță se explică prin evoluția inversă a grosimii pereților ventriculului stâng, a septului interventricular (SIV) și a peretelui posterior al ventriculului stâng (PPVS), în sistolă și diastolă, pe fundalul reducerii volumului telediastolic al ventriculului stâng. Grosimea medie sistolică a SIV a fost $16,10 \pm 0,14$ mm inițial, $16,69 \pm 0,18$ mm peste 6 luni și $17,16 \pm 0,17$ mm peste 12 luni ($p < 0,01$). Grosimea medie diastolică a SIV a fost de $12,86 \pm 0,12$ mm inițial, $12,27 \pm 0,11$ mm peste 6 luni și $11,88 \pm 0,11$ mm după 12 luni ($p < 0,01$). Grosimea medie sistolică a PPVS a fost $18,08 \pm 0,14$ mm inițial, $18,69 \pm 0,16$ mm (peste 6 luni) și $19,20 \pm 0,19$ mm (peste 12 luni) ($p < 0,01$). Grosimea medie diastolică a PPVS a fost $12,69 \pm 0,09$ mm inițial, $12,22 \pm 0,09$ mm peste 6 luni și $11,96 \pm 0,11$ mm peste la 12 luni ($p < 0,01$). Volumul telediastolic s-a micșorat statistic semnificativ în dinamică, de la $122,86 \pm 3,09$ cm³ inițial până la $111,24 \pm 3,34$ cm³ după 6 luni de tratament antihipertensiv combinat și până la $104,81 \pm 3,15$ cm³ peste 12 luni ($p < 0,001$).

Concluzii. Studiul efectuat a demonstrat că tratamentul antihipertensiv combinat cu eprosartan și indapamidă are efecte benefice atât asupra valorilor tensiunii arteriale (modificările funcționale), cât și asupra indicilor ecocardiografici ai hipertrofiei ventriculului stâng, evidente deja în a 6-a lună de curaj. Schimbările pozitive se consolidează în continuare, evoluție ce s-a confirmat prin datele înregistrate după 12 luni de medicație. Examenul ecocardiografic a demonstrat că reducerea hipertrofiei ventriculare stângi este asociată cu micșorarea volumului telediastolic al ventriculului stâng și cu o contracție globală mai eficientă a peretelui ventricular.

FACTORII DE RISC CARDIOVASCULAR LA PACIENȚII CU RISC OSTEOPOROTIC

Deseatnicova Elena, Bancu Irina,
Izvoreanu Alexandru, Groppa Liliana,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

Summary. *Study of cardiovascular risk factors, presence of cardiovascular pathology in patients with osteoporotic fractures.*

Scopul lucrării: studiul factorilor de risc cardiovascular, prezența patologiei cardiovasculare la pacienții cu fracturi osteoporotice.

Material și metode. Am efectuat un studiu retrospectiv al anamnesticii pacienților cu fracturi osteoporotice. Am inclus în cercetare 37 pacienți cu vârsta medie de $76,8 \pm 7,4$ ani, 23,9% au fost bărbați și 76,1% – femei, spitalizați în Secția de traumatologie. Pentru a exclude tipurile de fracturi cauzate de anotimpul iernii, am evaluat doar pacienții internați în secție pe perioada iunie-noiembrie. Pentru toți bolnavii, forța traumatizantă a fost de maximum căderea de la înălțimea propriului corp, deci toate fracturile date le putem clasifica în categoria celor atraumatice. Factorii de risc pentru osteoporoză au fost relevați în conformitate cu testul internațional de 1 minut (OMS, 1999)

Rezultate. Din cei 37 de pacienți cu fractura atraumatică a femurului 23,9% au fost bărbați și 76,1% – femei. S-a observat că în cazul bărbaților fracturile apar cu 7,1 ani mai devreme decât la femei ($71,5 \pm 7,2$ comparativ cu $78,6 \pm 7,1$, $p = 0,00014$). Nici un pacient nu a fost diagnosticat cu osteoporoză anterior fracturii femurale, nici unul nu a fost prevenit despre riscul înalt pentru osteoporoză și nu le-a fost recomandată folosirea preparatelor anti-osteoporotice.

Indici generali și cardiovasculari al pacienților cu fractură de femur incluși în studiu: vârsta medie – $61,6 \pm 9,4$ ani, femei – 87,4%; bărbați – 12,6%; IMC – $29,2 \pm 6,8$; obezitate sau supraponderabilitate (IMC ≥ 25 kg/m²), hipercolesterolemia – 5,3%, hipertensiune arterială 81,2%, presiunea sistolică sangvină $182,5 \pm 30,9$ mm Hg, presiunea diastolică sangvină – $104,3 \pm 15,3$ mm Hg. Cardiopatia ischemică, cardiocleroză postinfarct – 4%; cardiopatia ischemică, angina pectorală stabilă – 12,6%; cardiopatia ischemică, cardiocleroză postinfarct, angina pectorală stabilă – 14,8%; insuficiență cardiacă cronică I-II (NYHA), AVC – 7,7%. A fost evidențiată patologia somatică la 94,1% pacienți, 83,7% fiind diferite forme ale patologiei ischemice a inimii (27,4% – angina stabilă, 18,8% – cardiocleroză postinfarct), 4,4% – fibrilația atrială, 62% – insuficiența cardiacă cronică, 81,2% – hipertensiunea arterială, 7,7% AVC, 16,2% – diabet zaharat tip 2, 12,0% – boală pulmonară cronică obstructivă, 6,8% – ulcer duodenal sau gastric. În majoritatea cazurilor pacienții au două și mai multe patologii asociate.

Examinarea factorilor de risc pentru osteoporoză ne arată că până la fractură, la fiecare bărbat au fost găsiți cel puțin $2,8 \pm 0,7$ factori de risc (fumatul, abuzul de alcool frecvent, diareea, disfuncții erectile, tratamentul cu glucocorticosteroizi, fracturi osteoporotice la rude), la femei am găsit mai puțini factori de risc $1,7 \pm 0,4$. Cele mai des întâlnite au fost: menopauza 63%, micșorarea staturii 31%, fracturile

atraumatice la rudele pacientelor 22%, alte antecedente de fracturi 24%, fumatul 11%, tratamentul de durată cu glucocorticosteroizi 4%, episoade de diaree cronică 4%, abuzul de alcool 2%.

Concluzii. Fracturile atraumatice în regiunea proximală a femurului apar la vârsta medie de $77,3 \pm 7,5$ ani, la bărbați cu 7 ani mai devreme. Fiecare al 4-lea pacient decedează în decursul primului an de după apariția fracturii. Practic la 95% din toți bolnavii este prezentă asociația a câtorva maladii cronice, cea mai frecvent întâlnită este patologia cardiacă: cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut, hipertensiunea arterială. Nici un pacient nu a fost diagnosticat cu osteoporoză anterior fracturii femurale. Practic toți pacienții au prezentat factori de risc pentru osteoporoză anterior fracturii și au apelat frecvent la medicii de familie și la alți specialiști – ginecologi, urologi, endocrinologi.

STRATEGII TERAPEUTICE ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ

Grosu Aurel,

Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained cardiac arrhythmia encountered in everyday clinical practice. Our understanding of the pathophysiology of AF has increased dramatically over the past few decades. Recent treatment guidelines have heightened our awareness of the challenges involved in the treatment of AF and provided useful recommendations for its diagnosis and management. Because AF is usually associated with multiple comorbid conditions, greater emphasis must be placed on individualizing treatment. This review focuses on current treatment guidelines for patients with AF, assessing the benefits and shortcomings of current pharmacologic options and discussing new agents and trials that may provide better opportunities to improve and individualize patient management.*

Orientările terapeutice majore în fibrilația atrială (FA) urmăresc tratamentul nemijlocit al aritmiei și prevenirea complicațiilor tromboembolice. Pentru bolnavii cu FA persistentă există două strategii fundamentale de tratament: 1) restabilirea și menținerea ritmului sinusal; 2) controlul frecvenței ventriculare în cazurile în care tahiaritmia rămâne cronică. Aceste abordări terapeutice au generat numeroase controverse, care în prezent sunt rezolvate numai parțial. Întrucât FA este o aritmie complexă sub raportul aritmogenezei și heterogenă din punctul de vedere al expresiei clinice, există mai multe opțiuni terapeutice, în raport cu tipul și durata FA, precum și cu existența unei afecțiuni cardiace subiacente. Decizia terapeutică, pentru fiecare caz de FA, nu poate fi de-

cât individuală, cântărindu-se avantajele și riscurile fiecărui tip de strategie; uneori opțiunile terapeutice suferă modificări pe parcursul supravegherii pacientului. Strategiile terapeutice și algoritmul de tratament trebuie să fie bazate doar pe evidențele atestate la moment. Se pare că informațiile despre prevenirea complicațiilor tromboembolice în FA sunt mai bogate, de aceea recomandările respective sunt mai argumentate.

Recomandările Ghidului Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2010 privind tratamentul diferențial al FA

Experții Societății Europene de Cardiologie (European Society of Cardiology – ESC) au încercat să clasifice utilitatea sau eficiența tratamentelor de rutină recomandate și nivelul de evidență pe care se bazează aceste recomandări. Utilitatea sau eficiența unui tratament recomandat este prezentată după cum urmează:

clasa I = evidențe și/sau acord general în confirmarea faptului că tratamentul este benefic, util și eficient;

clasa II = dovezi discordante și/sau divergență de opinii cu privire la eficiența tratamentului;
IIa: majoritatea dovezilor/ opiniilor pledează în favoarea utilității/ eficienței;
IIb: utilitatea/ eficiența sunt mai puțin argumentate de dovezi/ opinii;

clasa III = dovezi sau acord general care indică faptul că tratamentul nu este util/eficient și în unele cazuri poate fi dăunător.

Nivelul de evidență va fi clasificat astfel:

nivelul A – date derivate din cel puțin două trialuri clinice randomizate;

nivelul B – date derivate dintr-un singur trial clinic randomizat și/sau metaanaliză, sau din studii nerandomizate;

nivelul C – consens de opinie al experților, bazat pe trialuri și pe experiența clinică.

Astfel, în Ghidurile de practică medicală (GPM), elaborate de către grupurile de lucru, indicațiile de obicei sunt împărțite în trei clase, în funcție de oportunitatea lor. Puterea dovezilor legate de un anumit tratament depinde de datele disponibile și este ierarhizată după trei niveluri. Însă trebuie să se țină cont că pacienții sunt diferiți prin unele caracteristici clinice, fapt care impune abordarea individuală a fiecăruia, cu judecată clinică, experiență și bun simț. Mai mult, așa cum se întâmplă cu orice ghiduri, ele nu sunt imprescriptibile.

Ghidurile de practică nu trebuie utilizate în mod dogmatic și nu presupun schimbarea comportamentului profesional. Atitudinea față de ghiduri este bine expusă în două declarații ale instituției-