

**Matériels et méthodes.** L'étude présente le niveau et la structure de la morbidité et de la mortalité, par l'hypertension artérielle, chez la femme dans la République de Moldova, les facteurs de risques et les mécanismes de protection contre l'hypertension artérielle.

**Résultats et conclusions.** Les dernières statistiques de MS du la République de Moldova en 2010 on chiffre 13303 femmes et 11209 hommes, le nombre de décès par maladie cardiovasculaire. La mortalité des femmes à cause de la pathologie cardiovasculaire a constitué 71,9 cas sur 10 mille personnes en 2010, mais la mortalité des hommes 65,4 cas.

Dans la République de Moldova, la progression actuelle de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaires chez les femmes pourrait traduire l'apparition de nouveaux facteurs de risque environnementaux, tels que le tabagisme, ou une prise en charge différente de la maladie, ou des réponses différentes aux traitements selon le sexe, ou, enfin, une association de ces trois facteurs réunis.

La ménopause semble être une étape critique dans l'incidence de la mortalité d'origine cardiovasculaire chez la femme, l'incidence de la mortalité cardiovasculaire n'argumente qu'à partir de la tranche d'âge de 50-54 ans, ce qui correspond à l'âge moyen de la femme à la ménopause.

La mortalité des femmes provoquée par les maladies cérébrovasculaires à hypertension artérielle en 2010 a constitué 18,1 cas en comparaison de 16,5 cas chez les hommes à 10 mille sujets. En 2008 la mortalité des femmes due aux affections cérébrovasculaires a constitué 14,8 cas de la population urbaine et 19,1 cas sur 10 mille de celle rurale. L'incidence de la mortalité liée à l'hypertension artérielle a été de 15,9% chez les femmes dans les dernières statistiques publiées aux Etats-Unis. Le risque d'AVC est augmenté de 46% pour chaque augmentation de 7,5 mm Hg de la PAD.

L'atteinte coronaire demeure la cause la plus importante de décès chez l'hypertendus. Les mécanismes de protection de l'estradiol vis-à-vis de la PA sont multiples et impliquent des effets vasculaires. Après la ménopause, la protection relative des femmes contre la pathologie cardiovasculaire disparaît progressivement.

L'objectif thérapeutique dans l'HTA est à intégrer au sein d'une prise en charge du risque global cardiovasculaire du patient comportant une diminution de la PA tout en contrôlant les facteurs de risque modifiables. Le traitement antihypertendu permet de diminuer la survenue des événements cardiovasculaires. Le traitement antihypertendu du sujet âgé ne doit pas comprendre plus de trois antihypertenseurs associés à dosage optimal (dont un diurétique thiazidique).

## HIPERTROFIA VENTRICULULUI STÂNG SUB TRATAMENT COMBINAT CU EPROSARTAN ȘI INDAPAMIDĂ

Ciobanu Nicolae,  
IMSP Institutul de Cardiologie

**Summary.** *The carried out study monitored and demonstrated through repeated echography examinations certain positive effects of combined antihypertensive treatment with Eprosartan and Indapamid on the arterial pressure values (functional modifications) as well as on the left ventricle hypertrophy (structural changes) beginning with the 6th month of therapy. This positive trend was later continued, that being confirmed by the data gained at 12 months from the treatment initiation.*

**Rezumat.** Studiul a urmărit și a demonstrat, prin control ecografic reluat, efectele benefice ale tratamentului antihipertensiv ce a combinat eprosartanul cu indapamida, relevante atât asupra valorilor tensiunii arteriale (modificările funcționale), cât și asupra indicilor ecocardiografici ai hipertrofiei ventriculului stâng, evidente deja în a 6-a lună de curăție. Schimbările pozitive se consolidează în continuare, evoluție ce s-a confirmat prin datele fixare după 12 luni de medicație.

**Scopul lucrării:** evaluarea hipertrofiei ventriculului stâng sub efectele tratamentului cu Eprosartan combinat cu Indapamidă.

**Material și metode.** Am efectuat un studiu prospectiv monocentric al pacienților hipertensivi, tratați cu combinația eprosartan 600-1200 mg + indapamidă 2,5-5 mg/zi. Durata supravegherii subcurative – 12 luni. Pacienții înrolați în studiu au fost monitorizați prin examen ecocardiografic, realizat inițial și la intervalul de 6 și de 12 luni. Am analizat un lot din 51 de pacienți, inclusiv 27 (52,94%) de bărbați și 24 (47,06%) de femei, ce aveau vârste cuprinse între 38 și 65 de ani (media de vârstă – 50,65±0,97 ani).

**Rezultate.** Am asistat la o reducere evidentă a valorilor tensionale la pacienții incluși în studiu. Valorile medii ale tensiunii arteriale sistolice au fost 160,71±2,09 mm Hg la momentul inițierii tratamentului antihipertensiv cu eprosartan și indapamidă, 147,38±1,35 mm Hg peste 6 luni ( $p<0,01$ ) și 139,71±1,54 ( $p<0,001$ ) peste 12 luni. Există și o diferență statistic veridică între valorile TA sistolice peste 6 și 12 luni ( $p<0,05$ ). O evoluție similară a fost caracteristică și pentru TA diastolică: 96,86±0,99 mm Hg inițial, 91,29±0,91 mm Hg peste 6 luni ( $p<0,01$ ) și 88,75±0,98 mm Hg peste 12 luni ( $p<0,01$ ). Luând în considerație prezența unei reduceri semnificative a valorilor tensionale, am urmărit indicii hipertrofiei ventriculului stâng. Indicele masei miocardului ventriculului stâng (IMMVS) a fost inițial 154,05±2,63 g/m<sup>2</sup>, a

devenit  $137,26 \pm 2,35 \text{ g/m}^2$  peste 6 luni ( $p < 0,001$ ) și s-a redus în continuare până la  $128,25 \pm 2,50 \text{ g/m}^2$  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 statistic 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  $16,10 \pm 0,14 \text{ mm}$  inițial,  $16,69 \pm 0,18 \text{ mm}$  peste 6 luni și  $17,16 \pm 0,17 \text{ mm}$  peste 12 luni ( $p < 0,01$ ). Grosimea medie diastolică a SIV a fost de  $12,86 \pm 0,12 \text{ mm}$  inițial,  $12,27 \pm 0,11 \text{ mm}$  peste 6 luni și  $11,88 \pm 0,11 \text{ mm}$  după 12 luni ( $p < 0,01$ ). Grosimea medie sistolică a PPVS a fost  $18,08 \pm 0,14 \text{ mm}$  inițial,  $18,69 \pm 0,16 \text{ mm}$  (peste 6 luni) și  $19,20 \pm 0,19 \text{ mm}$  (peste 12 luni) ( $p < 0,01$ ). Grosimea medie diastolică a PPVS a fost  $12,69 \pm 0,09 \text{ mm}$  inițial,  $12,22 \pm 0,09 \text{ mm}$  peste 6 luni și  $11,96 \pm 0,11$  peste la 12 luni ( $p < 0,01$ ). Volumul telediastolic s-a micșorat statistic semnificativ în dinamică, de la  $122,86 \pm 3,09 \text{ cm}^3$  inițial până la  $111,24 \pm 3,34 \text{ cm}^3$  după 6 luni de tratament antihipertensiv combinat și până la  $104,81 \pm 3,15 \text{ cm}^3$  peste 12 luni ( $p < 0,001$ ).

**Concluzii.** Studiul efectuat a demonstrat că tratamentul antihipertensiv combinat cu eprosartran 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  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), hipercolesterolemia – 5,3%, hipertensiune arterială 81,2%, presiunea sistolică sangvină  $182,5 \pm 30,9 \text{ mm Hg}$ , presiunea diastolică sangvină –  $104,3 \pm 15,3 \text{ mm Hg}$ . 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