

**Revistă medicală
științifico-practică**

Medica

**Revista oficială
a Asociației chirurgilor
"Nicolae Anestiadi"
din Republica Moldova**

Redactor șef:

Vladimir HOTINEANU

Director publicație:

Oleg CONȚU

Redactor coordonator:

Alexandru FERDOHLEB

Secretar de redacție:

Eduard BERNAZ

Redactor versiune on-line:

Igor ȘTEFANEȚ

Fondator:

P.P. „Arta Medica”, înregistrată la
Ministerul Justiției al Republicii Moldova
la 02.12.2002, nr. 123

Adresa redacției:

MD-2025, Chișinău, str. N. Testemițanu 29,
Spitalul Clinic Republican, et. 12

Versiunea electronică:

<http://www.artamedica.md>
e-mail: info@artamedica.md

Redactare:

BERLIZZO GROUP

Relații la telefon:

Redactor șef: 72-92-47

Secretar de redacție: 0-6978-7700

Redactor coordonator: 0-7940-1361

Director publicație: 20-55-22; 0-7943-4240

Tirajul ediției 550 ex.

Revista apare o dată în 3 luni

Tipar executat la „Tipografia Sirius” S.R.L.

MD-2012, Chișinău, str. A. Lăpușeanu, 2
tel./fax (37322) 23-23-52

Index de abonament

“Poșta Moldovei”: 31739

**I-A CONFERINȚĂ INTERNAȚIONALĂ
DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE
DIN REPUBLICA MOLDOVA**



**21 SEPTEMBRIE
2012**

PREȘEDINTE DE ONOARE AL CONGRESULUI

Ion Ababii, Rector al USMF "Nicolae Testemițanu",
Dr. hab. med, profesor, Academician AȘM

PREȘEDINȚII CONGRESULUI

Anatolie Negară, Director al Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie,
Conf.dr. Gabriel-Ioan Prada, Prof. Dr. (România)

MEMBRII COMITETULUI ȘTIINȚIFIC

Armelle Gentric, Prof. (Franța)
Christian le Provost, dr., geriatru (Franța)
François Pinoche, dr.,geriatru (Franța)
Constantin Bogdan, Prof. Dr. (România)
Gheorghe Baci, Prof.Dr.hab.(Moldova)
Nicolae Bodrug, Prof.Dr.hab.(Moldova)
Gary Sinoff, Dr.hab.med, MD(Israel)
Tineke van der Kruk, nursă geriatrică, cercetător științe medicale(Olanda)
Nelleke Hoogedoorn, nursă geriatrică, cercetător științe sociale (Olanda)
Natalia Blaja-Lisnic, dr.med, cercetător științific, asistent universitar
Felicia Lupașcu-Volentir, dr.med, cercetător științific, asistent universitar
Vasile Parasca-cercetător științific, director general IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății

SECRETARI

Olga Maniuc, cercetător științific stagiar, asistent universitar
Elena Coșciug, cercetător științific stagiar, asistent universitar
Valeria Lungu, cercetător științific stagiar
Ala Zlatovcena, secundar clinic specializarea Geriatrie



CUPRINS

NEGARĂ ANATOLIE, PARASCA VASILE Asistența medicală geriatrică în Republica Moldova	5
ANDRONIC SERGHEI, CUȘNIR VALERIU, ANATOLIE NEGARĂ, CUȘNIR VITALIE Aplicarea tomografiei în coerență optică în aprecierea eficacității tratamentului intravitrian cu inhibitorii anti-VEGF în degenerescenta maculară legată de vârstă	8
ANDRONIC SERGHEI, CUȘNIR VALERIU, NEGARĂ ANATOLIE Aprecierea eficacității tratamentului complex cu Traumel S și Lymphomyasot în degenerescenta maculară legată de vârstă	11
BACIU GHEORGHE, TERTĂȘNĂI ANDREI, JARDAN OCTAVIAN Asfiziile letale prin compresiunea gâtului la vârstnici.....	12
BACIU GHEORGHE, LUNGU EDUARD, LUNGU VALERIA Incidența traumelor craniocerebrale soldate cu deces la persoanele de vârstă a treia	14
BACIU GHEORGHE, TERTĂȘNĂI ANDREI, BONDAREV ANATOL Intoxicații letale a persoanelor în vârstă peste 60 de ani	15
BLAJA-LISNIC NATALIA, NEGARĂ ANATOLIE, MATCOVSCHI SERGHEI Criteriile de pronostic al pneumoniilor comunitare la vârstnici.....	16
BLAJA-LISNIC NATALIA, NEGARĂ ANATOLIE, LUPAȘCU-VOLENTIR FELICIA, ȘORIC GABRIELA, MANIUC OLGA, COȘCIUG ELENA Evaluarea geriatrică complexă la pacienții din secția de geriatrie a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie din Moldova.....	17
BODRUG NICOLAE, MANIUC OLGA, BARBĂ DOINA, NEGARĂ ANATOLIE, BARANIUC LIUDMILA, BOTEZATU ADRIANA Ozonul medical în terapia complexă a hipertensiunii arteriale sistolice izolate la pacienții vârstnici	18
BODRUG NICOLAE, BARBA DOINA, TOFAN ELENA, ANDRIEȘ LUCIA, LILIA PODGURSCHI Tratamentul complex al angorului pectoral stabil cu ozonoterapie la pacienții vârstnici	18
BOGDAN CONSTANTIN Actualități în geriatrie și gerontologie	19
BUGAI RODICA, ȚÎBÎRNĂ ION Particularități etiopatogenice și clinice ale pancreatitei cronice la persoanele vârstnice.....	20
BUTOROV ALEXANDRA, PARASCA VASILE, CELAC VICTOR Influența coenzimei Q10 asupra funcțiilor cognitive ale pacienților vârstnici cu patologie cardiovasculară.....	21
BUTOROV IVAN, ARAMA MARIA, BUTOROV SERGHEI Eficiența măsurilor de reabilitare la pacienții vârstnici cu BPCO în condiții de ambulator	22
BUTOROV SERGHEI, BUTOROV IVAN Particularitățile evoluției pneumoniei extraspitalicești la pacienții vârstnici cu BPCO	23
BUTOROV VALENTINA, CONDARUC NATALIA Particularitățile evoluției bronhopneumopatiei cronice obstructive la persoanele vârstnice	24
CAPROȘ NATALIA, ISTRATI VALERIU, MATCOVSCHI SERGIU, DUMITRAȘ TATIANA, JOSAN DOINA, ȚURCAN OLGA, NICOLENCO ION Deregările profilului lipidic la pacienții cu cardiopatie ischemică în funcție de vârstă.....	25
CONDRĂȚCHI DIANA, PISARENCO SERGHEI, SCALEȚCHI VALENTINA, DOINA RUSU, CONSTANTIN MARTÎNIUC, MUNTEANU NIONILA Bronhopneumopatia cronică obstructivă la bolnavii vârstnici și senili în practica internistului	26
CONDRĂȚCHI DIANA, PISARENCO SERGHEI, HAIDARLÎ ION Bronhopneumopatia cronică obstructivă la pacienții în diferite grupuri de vârstă.....	27
CORLĂTEANU ALEXANDRU, BOTNARU VICTOR Evaluarea statutului funcțional a pacienților vârstnici cu bronhopneumopatia cronică obstructivă.....	28
COȘCIUG ELENA, MANIUC OLGA, NEGARĂ ANATOLIE, LUPAȘCU-VOLENTIR FELICIA, ȘORIC GABRIELA, VĂRTOSU PARASCOVIA Ponderea insuficienței cardiace cronice la vârstnicii cu hipertensiune arterială sistolică izolată și cardiopatie ischemică și implicația factorilor de risc cardiovasculari în dezvoltarea ICC.....	29
CUȘNIR VALERIU, NEGARĂ ANATOLIE, ANDRONIC SERGHEI Degenerescenta maculară legată de vârstă. Metode contemporane de tratament și aprecierea eficacității lor	30
CUȘNIR VITALIE Complicațiile oculare și sistemice la pacienții cu diabet zaharat tip II	31

DAVID ALIONA, MATCOVSCHI SERGIU	
Evaluarea calității vieții bolnavilor cu bronhopneumopatie cronică obstructivă în baza chestionarului SF-36.....	33
DAVID ALIONA, MATCOVSCHI SERGIU	
Evaluarea impactului comorbidităților asupra calității vieții pacienților cu bronhopneumopatie cronică obstructivă	33
DAVID ALIONA	
Valorile unor indici paraclinici în dependență de severitate bronhopneumopatiei cronice obstructive.....	34
DUMITRAȘ TATIANA, MATCOVSCHI SERGIU, CAPROȘ NATALIA, RUSNAC ALA, NICOLENCO ION, CHIMACOVSCI VALERIU	
Aspecte etiologice și clinice ale pneumoniilor comunitare la vârstnici	35
GENTRIC ARMELLE	
L'éthique en pratique : l'éthique du soin en gériatrie	36
HORTOLOMEI VALERIAN, HORTOLOMEI VALERIU	
Angina pectorală și infarctul miocardic la vârstnici	36
LEBLE TH., LABAS S., PINOCHE F.	
Prevention et prise en charge des troubles de la déglutition en court séjour gériatrique : approche pluridisciplinaire	38
LE PROVOST CHRISTIAN	
L'hôpital de jour gériatrique : un lieu de pluridisciplinarité	38
LUPAȘCU-VOLENTIR FELICIA, NEGARĂ ANATOLIE, COȘCIUG ELENA, MANIUC OLGA	
Particularități clinice ale osteoartrozei deformante în sindromul metabolic la vârstnici.....	39
LUPAȘCU-VOLENTIR FELICIA, NEGARĂ ANATOLIE, ȘORIC GABRIELA, COȘCIUG ELENA, MANIUC OLGA, ALA ZLATOVCEANA	
Particularități de tratament al pacienților cu hipertensiune arterială sistolică izolată la vârstnici	40
MANIUC OLGA, NEGARĂ ANATOLIE, LUPAȘCU-VOLENTIR FELICIA, COȘCIUG ELENA, ȘORIC GABRIELA, LUNGU VALERIA	
Dereglările cognitive la vârstnici cu hipertensiune arterială sistolică izolată din Republica Moldova	40
ONOFREI ALIONA	
Vârstnicii, sărăcia și excluderea socială	41
PISARENCO SERGHEI, CONDRĂȚCHI DIANA, HAIDARLÎ ION	
Aspectele epidemiologice și medico-sociale ale BPOC în contextul îmbătrânirii populației.....	42
PRADA GABRIEL-IOAN	
Anul 2012 - anul longevității active la aniversarea a 60 de ani de gériatrie și gerontologie în România	44
REVENCO VALERIU, ABRAȘ MARCEL	
Impactul lercanidipinei asupra indicilor hemodinamici la pacienții vârstnici cu hipertensiune arterială esențială ușoară și moderată	45
SALCUȚAN LILIANA	
Rolul familiei pentru păstrarea integrității fizice, psihoemoționale și sociale a persoanelor în etate	46
SINOFF GARY	
BPSD: Behavioral and psychological symptoms of dementia. A geriatric approach	47
TERTĂȘNĂI ANDREI, BACIU GHEORGHE, BONDAREV ANATOL	
Specificul letalității persoanelor în etate prin acțiunea agenților fizici	48
VAN DER KRUK TINEKE, HOOGEDOORN NELLEKE	
Early detection of frail elderly in primary health service and at admission in hospital	49
BLAJA-LISNIC NATALIA	
Profilaxia pneumoniilor la vârstnici (reviu literaturii)	49
MANIUC OLGA	
Hipertensiunea arterială sistolică izolată la vârstnici (reviu literaturii)	52

ASISTENȚA MEDICALĂ GERIATRICĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Anatolie Negară, Vasile Parasca

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

Procesul și ritmul sporit de îmbătrânire demografică în Republica Moldova și atingerea coeficientului critic de îmbătrânire de 14,4%, multiplele probleme sociale, medicale, etice și politice care derivă din această situație au stat la baza deciziei la nivel de stat cu privire la crearea unui serviciu de sănătate nou – a serviciului medical geriatric [1,2].

Conform viziunii specialiștilor expuse în Cartea Verde și în cadrul proiectărilor demografice până în anul 2050, realizate de savanții Institutului Integrare Europeană și Științe a Moldovei, populația vârstnică este în continuă creștere și această tendință se va menține.

Au fost aplicate ipotezele în 3 scenarii de evoluție demografică până în anul 2050:

Scenariul I – pesimist, care presupune menținerea indicatorilor principali ai mișcării naturale a populației (natalitatea și mortalitatea) la nivelul anului 2008: rata totală de fertilitate – 1,268 per femeie de vârstă fertilă; speranța de viață la naștere pentru bărbați – 65,6 ani, pentru femei – 73,2 ani.

a. Scenariul II – moderat-pesimist, care presupune suspendarea reducerii ratei natalității și o creștere a acesteia până la 1,5 în anul 2050. Către anul 2050 indicatorii mortalității se vor reduce lent, ceea ce va determina o creștere nesemnificativă a speranței de viață la naștere până la 69 ani pentru bărbați și 76 ani pentru femei.

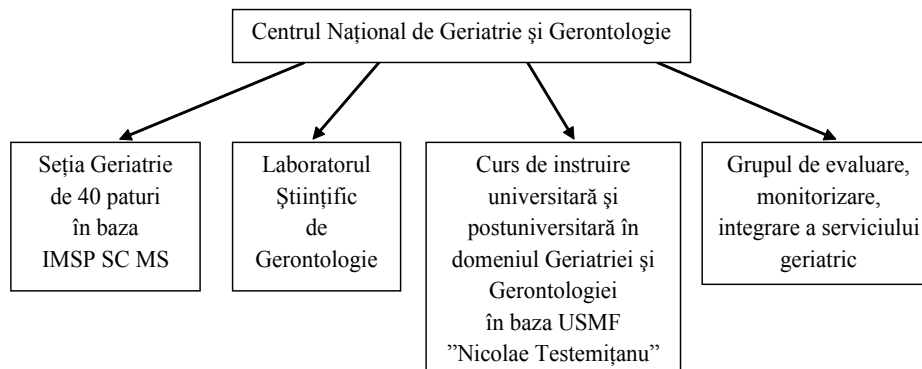
b. Scenariul III – optimist, care se bazează pe ipoteza creșterii nivelului natalității până la 1,5 în 2025 și 1,8 în anul 2050, ceea ce presupune îmbunătățirea situației social-economice în țară, creșterea nivelului de trai și a speranței de viață până la 74 ani pentru bărbați și 80 ani pentru femei.

După toate cele 3 scenarii posibile expuse accentuarea procesului de îmbătrânire a populației pe parcursul următoarelor 2-3 decenii nu poate fi evitată fiind o provocare și pentru sistemul de sănătate din republică [3].

La prima etapă de creare a serviciului geriatric prin ordinul Ministerului Sănătății al RM, Nr.469, din 25.XII.2007 ”Cu privire la crearea Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie”, la 20.01.2008 în baza IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății a fost fondat **Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie** având în activitatea sa următoarele atribuții:

- Participă la elaborarea și promovarea politicii de stat în domeniul geriatriei și gerontologiei;
- Participă și contribuie la perfecționarea cadrului legislativ și aplicarea acestuia pentru realizarea obiectivelor Politicii Naționale de Sănătate, Legii Ocrotirii Sănătății;
- Coordonează activitățile curativ-profilactice atât ale sistemului geriatric de stat, cât și nonstatal a prestatorilor de servicii medicale geriatrice persoanelor vârstnice;
- Elaborează și implementează standardele de evaluare, diagnostic, tratament, recuperare, asistență socială și profilaxie a patologiilor pacienților vârstnici;
- Implementează realizările științifice internaționale și naționale din domeniul geriatriei și gerontologiei în activitatea Centrului, sistemului medical geriatric din republică;
- Participă la formarea și perfecționarea cadrelor medicale geriatrice pentru necesitățile sistemului geriatric din țară;
- Acordă asistență consultativ-metodică sistemului medical geriatric din instituțiile medico-sanitare publice din republică;
- Contribuie la elaborarea și desfășurarea proiectelor științifice în domeniul gerontologiei;
- Contribuie la organizarea și petrecerea seminarelor, simpoziunelor, congreselor în problemele gerontologiei și geriatriei din republică [4].

Pe parcursul anilor 2008-2009 au fost create cele 4 subdiviziuni ale Centrului:



În scopul fondării și desfășurării serviciului geriatric pe întreg teritoriul țării la 25.XII.2008 a fost emis ordinul Ministerului Sănătății al RM, Nr. 502 "Cu privire la organizarea asistenței medicale geriatrice în RM", iar în anul 2009 au fost desfășurate în toate spitalele raionale și municipale 386 de paturi geriatrice de scurtă durată de spitalizare (până la 14 zile) deservite de 39,5 unități de medici geriatri, iar asistența specializată de ambulator este asigurată de 38,5 unități de medici geriatri [5]. Pentru mun. Chișinău în anul 2011 au fost fondate încă 2 secții de geriatrie – 70 paturi în baza IMSP SCM nr.4.

Pentru ameliorarea asistenței medicale geriatrice și promovarea politicilor eficiente, stimularea dezvoltării serviciului geriatric la 07.09.2010 a fost emis ordinul Nr.619 al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova "Cu privire la activitatea serviciului geriatric din Republica Moldova" și aprobate 10 acte normative ale acestui serviciu medical consultate cu experții din domeniu din Franța, SUA, Olanda, România. Prin acest ordin a fost aprobată organigrama serviciului de geriatrie din Republica Moldova [6].

Începând cu trimestrul IV al anului 2010 în activitatea serviciului geriatric din țară a fost implementată evaluarea geriatrică standardizată, fișa de evaluare a pacienților vârstnici, regulamentele actualizate de activitate a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie, secțiilor de geriatrie și boli interne cu paturi geriatrice, indicațiile și contraindicațiile de spitalizare, fișele de post ale tuturor participanților la prestarea serviciilor medicale geriatrice.

Pe parcursul an.2008-2010 au beneficiat de asistență medicală geriatrică în secția de geriatrie a SC MS 4257 pacienți vârstnici (67% de pacienți din raioane, 33% din mun. Chișinău). În această perioadă în secțiile de geriatrie raionale și municipale s-au aflat la tratament specializat peste 27000 vârstnici.

Pentru îmbunătățirea calității serviciilor geriatrice prestate populației vârstnice este necesară formarea echipelor medicale multidisciplinare. Nucleul echipei geriatrice cuprinde medicul geriatru, nursa geriatrică, asistentul social și la necesitate: farmacologul, fiziokinetoterapeutul, dietologul, psihiatrul și alți specialiști. Pentru crearea, monitorizarea sau revizuirea planului de tratament, echipa geriatrică trebuie să comunice regulat pe tot termenul aflării pacientului vârstnic în staționar.

Un loc deosebit în asistența medicală geriatrică îl ocupă recuperarea geriatrică: kinetoterapia, fizioterapia, ergoterapia, psihoterapia, recuperarea socială, etc. Recuperarea geriatrică va fi dezvoltată și fortificată conform standardelor europene.

În rezultatul reformei spitalicești în aproximativ 20 spitale raionale vor fi deschise secții de geriatrie de 30-40 paturi de durată medie de aflare (1-4 luni) pentru pacienții vârstnici cu polipatologii cronice dependenți, fragili, solitari, care necesită îngrijiri geriatrice. Rămâne de analizat necesitatea fondării secțiilor de îngrijiri paliative pentru vârstnicii cu patologii în stadiile terminale.

În scopul micșorării numărului de spitalizări, inclusiv și repetate, a pacienților vârstnici, a cheltuielilor financiare destul de impunătoare și în baza experienței țărilor Uniunii Europene este necesară organizarea unei rețele naționale de nursing geriatric la domiciliu. Costul acestui serviciu ar fi cu mult mai mic decât a celui spitalicesc.

Serviciul medical geriatric fondat în Republica Moldova este un serviciu nou și experiența acumulată a evidențiat **unele deficiențe care necesită soluționare:**

3. Racordarea numărului de paturi geriatrice fondate la procentul populației vârstnice în diferite regiuni a țării. În prezent avem acelaș număr de paturi geriatrice în raioanele de centru și sud pentru 10% populație vârstnică și în cele de nord pentru 20% de vârstnici;
4. Crearea echipelor multidisciplinare de asistență medicală geriatrică;
5. Dotarea secțiilor de geriatrie cu echipament și utilaj medical necesar pentru pacienții vârstnici cum ar fi: cărucioare cu roțile, preambulatoare, biovece, cârje, etc.;
6. Organizarea în cadrul spitalelor raionale, municipale și republicane a recuperării geriatrice conform standardelor europene;
7. Implementarea nursingului geriatric la domiciliu;
8. Integrarea serviciului geriatric cu asistența socială;
9. Accelerarea procesului de formare a cadrelor medicale geriatrice licențiate în USMF "Nicolae Testemițanu" conform cerințelor sistemului ocrotirii sănătății vârstnicilor;
10. Fondarea serviciilor de geriatrie spitalicești de durată medie de aflare (1-4 luni) pentru îngrijiri geriatrice;
11. Fondarea paturilor de lungă durată de aflare (cămine pentru vârstnici specializate inclusiv pentru pacienții cu demență) și dotarea lor cu numărul de personal și echipament necesar;
12. Ajustarea la standardele europene a numărului de pacienți din secțiile de geriatrie de scurtă durată de aflare asistați de geriatru, nursă geriatrică, infirmieră din motivul volumului mare de îngrijiri geriatrice acordat acestui contingent.

Crearea serviciului medical geriatric a stat la baza soluționării următoarelor **obiective de către USMF „Nicolae Testemițanu”:**

- Formarea medicilor geriatri necesari pentru desfășurarea serviciului geriatric în republică și instruirea universitară și postuniversitară în domeniul Geriatriei și Gerontologiei.
- Crearea laboratorului Științific de Gerontologie pentru inițierea cercetărilor științifice în domeniul gerontologiei.

În conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr.469 din 25.XII.2007 "Cu privire la crearea Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie", Consiliul Științific al USMF „Nicolae Testemițanu” prin decizia nr.10 din 10.XII.2008 a decis crearea Cursului de instruire universitară și postuniversitară în domeniul Geriatriei și Gerontologiei în cadrul FECMF de la 01.01.2009. Pentru desfășurarea activităților Cursului a fost fondată Clinica Universitară de Geriatrie și Gerontologie cu 40 paturi geriatrice în baza IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății.

În programul de instruire a studenților Facultatea de Medicină anul VI începând cu anul de studii 2009-2010 a fost implementată disciplina Geriatrie. Pe parcursul anilor 2009-2011 au fost instruiți în domeniul Geriatriei și Gerontologiei peste 1500 de studenți ai acestei facultăți.

Începând cu anul de studii 2012-2013 conform programului de formare a medicilor de familie prin rezidențiat se implementează un modul de geriatrie de 2 săptămâni.

Formarea medicilor specialiști geriatri se efectuează prin secundariatul clinic de 2 ani după absolvirea rezidențiatului la specialitatea Medicina Internă. Până în prezent au fost pregătiți 8 medici geriatri care activează în sistemul medical geriatric, iar alți 6 finalizează studiile în anii 2012 și 2013.

Pe parcursul ultimilor 3 ani în baza Cursului de Geriatrie și

Gerontologie au trecut formarea în acest domeniu la 6 cicluri de perfecționare tematică 377 medici de familie, medicina internă și de alte specializări. Anual au fost convocate a câte 2 seminare instructive republicane pe diverse tematici a geriatriei cu participarea specialiștilor din Franța, România, Spania, SUA, Israel pentru medicii din sistemul de medicină geriatrică și de familie. La aceste seminare au fost instruiți peste 500 medici. În baza Proiectului USMF „Nicolae Testemițanu” susținut financiar de Ambasada Olandei cu tematica „Abordarea multidisciplinară a pacientului vârstnic” în lunile aprilie – iunie anul 2012 și-au perfecționat cunoștințele în domeniul geriatriei și gerontologiei 119 specialiști din țară.

În scopul formării profesionale continue a medicilor de diferite specializări în domeniul geriatriei la Cursul de Geriatrie și Gerontologiei au fost aprobate programele la 3 cicluri noi de instruire: gerontopulmonologie, gerontocardiologie și gerontoreumatologie.

În cadrul Clinicii Universitare de Geriatrie a fost inițiată evaluarea geriatrică standardizată, s-au implementat algoritmele de diagnostic și tratament a sindroamelor mari geriatrice, noi metode de tratament și profilaxie a patologiilor la vârstnici, fișa de evaluare geriatrică. Clinica Universitară de Geriatrie a devenit o bază clinică model pentru sistemul geriatric spitalicesc din republică. Aici se desfășoară formarea medicilor geriatri, instruirea studenților și reciclarea medicilor de diferite specializări. Clinica a fost vizitată de mai mulți specialiști și experți din domeniul geriatriei și gerontologiei din Franța, Olanda, România, Israel, SUA, Spania, ONU și OMS.

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie cu susținerea MS RM și a USMF „Nicolae Testemițanu” a inițiat mai multe acorduri de colaborare cu Centrele similare din Franța, Israel, România, Olanda. În aceste țări și-au perfectat cunoștințele în geriatrie aflându-se la stagiere de 2-4 și 10 luni 12 medici geriatri din Republica Moldova inclusiv și colaboratorii Cursului de Geriatrie și Gerontologie.

Pentru ameliorarea procesului de instruire în domeniul geriatriei și gerontologiei a studenților, rezidenților și medicilor colectivul Cursului de Geriatrie și Gerontologie va edita în trimestrul IV an.2012 manualul „Compendiu de Geriatrie și Gerontologie”. În acest manual sunt reflectate problemele Geriatriei și Gerontologiei practice, gerontologiei sociale, nursingului și recuperării geriatrice.

Deficiențe în formarea cadrelor geriatrice și formele de soluționare:

1. În prezent în marea majoritate a cazurilor în sistemul geriatric activează medicii Medicină Internă. Este necesar de fortificat și accelerat procesul de formare a cadrelor geriatrice licențiate conform cerințelor sistemului medical geriatric nou fondat. O formă de soluționare ar fi înmatricularea în secundariatul clinic la specializarea geriatrie a unui număr mai mare de medici sau formarea acestor specialiști prin rezidențiat;
2. Pentru menținerea unei calități superioare în formarea cadrelor geriatrice se vor reactualiza planurile și programele de studii a studenților, rezidenților, medicilor fiecare 2-3 ani;
3. Pentru familiarizarea medicilor geriatri și de alte specialități cu standardele europene în domeniul asistenței medicale geriatrice este necesar de diversificat ciclurile de perfecționare tematică în geriatrie și organizat pentru un

număr mai mare de medici stagieri în Centrele de Geriatrie și Gerontologie din țările europene;

4. În scopul îmbunătățirii nivelului de pregătire profesională a cadrelor didactice a Cursului de Geriatrie și Gerontologiei de continuat stagierile în centrele Universitare Europene de profil.

Pentru inițierea cercetărilor științifice în domeniul Gerontologiei prin Hotărârea Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al Academiei de Științe a Republicii Moldova în baza Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie a fost creat Laboratorul Științific de Gerontologie subordonat USMF „Nicolae Testemițanu”. În cadrul Laboratorului activează 8 cercetători științifici [7].

Direcția științifică principală a Laboratorului pentru anii 2009-2010 a fost determinarea factorilor de risc ai senescentei precoce, elaborarea metodelor noi de diagnostic, tratament și profilaxie a maladiilor cu incidență înaltă la vârstnici. În studiu au fost incluși 669 vârstnici din 3 zone a Moldovei: nord, centru și sud. S-au studiat factorii de risc ai senescentei precoce și corelația dintre factorii de mediu, localitate, sex cu polipatologia caracteristică vârstnicului.

Rezultatele studiului au fost publicate în 22 articole și rezumate în revistele medicale republicane și internaționale, comunicate la 9 Congrese și Conferințe naționale și internaționale, inclusiv la al XIX Congres Mondial de Geriatrie și Gerontologie: Paris, Franța și Congresul Internațional: București, România. Au fost obținute 2 brevete de invenție în domeniul metodelor noi de tratament a patologiilor sistemului pulmonar și gastrointestinal la vârstnici.

În primii 2 ani de activitate a Laboratorului Științific de Gerontologie s-au fondat bazele unei colaborări științifice cu Centrele similare din România, Franța, Israel.

Direcția științifică a Laboratorului pentru anii 2011-2014 este „Particularitățile patologiei cardiovasculare la vârstnici în corelație cu sindroamele mari geriatrice”. Rezultatele studiului dat va permite evidențierea corelației dintre patologia cardiovasculară și sindroamele mari geriatrice (demența, dependența, căderile, depresia, etc.), apariția, evoluția, tratamentul, posibilitățile de profilaxie și vor sta la baza elaborării măsurilor medicale, sociale, economice în scopul ameliorării calității vieții și majorării duratei medii de viață în țară.

La prima etapă a proiectului științific s-a efectuat un studiu epidemiologic a incidenței hipertensiunii arteriale sistolice izolate la vârstnici și corelația acestei patologii cu sindroamele mari geriatrice. Rezultatele studiului au fost reflectate în 10 publicații științifice la nivel național și internațional, comunicări la forurile științifice din Moldova și țările europene.

În anul 2011 a fost editată o elaborare metodică „Pneumoniile comunitare la vârstnici” repartizată medicilor geriatri din sistemul spitalicesc și de ambulator de specialitate.

Rezultatele cercetărilor epidemiologice a morbidității la vârstnici în diferite zone a republicii, incidenței sindroamelor mari geriatrice, corelației între polipatologii la bătrâni și gradul de dependență, demență, incontinență, etc. și alterarea calității vieții vârstnicilor au stat la baza aprobării de MS RM a 10 acte normative de activitate a serviciului geriatric din republică.

Deficiența principală în activitatea Laboratorului Științific de Gerontologie este lipsa utilajului medical de cercetare. Soluționarea acestei situații ar fi participarea colaboratorilor Laboratorului la proiectele științifice din al Șaptelea Program

Cadru a UE pentru Cercetare, Dezvoltare și Activități Demonstrative cu cofinanțarea și procurarea utilajului de cercetare pentru necesitățile Laboratorului.

În concluzie, se poate constata că implementarea în sistemul de sănătate a serviciului medical geriatric spitalicesc și de ambulator, fondarea specialității de medic geriatric în plan academic și practic, demararea cercetărilor științifice în

domeniul gerontologiei este o bună practică a politicii statului ca răspuns la procesului de îmbătrânire demografică în republică. Experiența acumulată pe parcursul a 4 ani va permite soluționarea de către factorii de decizie a MS RM, a USMF „Nicolae Testemițanu” și a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie a deficiențelor apărute în rezultatul activității sistemului de ocrotire a sănătății persoanelor vârstnice.

Bibliografie

1. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru anii 2008-2017, 2007, Guvernul Republicii Moldova: H.G. nr.1471 din 24.12.2007.
2. Politica Națională de Sănătate a RM pentru anii 2007-2021, 2007, Guvernul Republicii Moldova: H.G. nr. 886 din 06.08.2007.
3. Cartea Verde a Populației Republicii Moldova, Comisia Națională pentru populație și Dezvoltare, UNFPA, 2009, 56 p.
4. Ordin nr.469 din 25.12.2007 „Cu privire la crearea Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie” 2007, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
5. Ordin nr.502 din 25.12.2008 „Cu privire la organizarea asistenței medicale geriatrice în Republica Moldova” 2008, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
6. Ordin nr.619 din 07.09.2010 „Cu privire la activitatea serviciului geriatric din Republica Moldova” 2010, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
7. Hotărârea Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltarea Tehnologică al Academiei de Științe a Moldovei nr.181 din 25.09.2008 „Cu privire la crearea Laboratorului Științific de Gerontologie în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” 2008, Academia de Științe a Moldovei.

APLICAREA TOMOGRAFIEI ÎN COERENȚĂ OPTICĂ ÎN APRECIEREA EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI INTRAVITRIAN CU INHIBITORII ANTI-VEGF ÎN DEGENERESCENTA MACULARĂ LEGATĂ DE VÂRSTĂ

Serghei Andronic*, Valeriu Cușnir*, Negară Anatolie, Vitalie Cușnir***

Catedra oftalmologie,*

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

*Laboratorul științific de Gerontologie***

USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Wet form of age related macular degeneration is an increasing problem in ophthalmology. Current treatment options can delay progression and continue researches can discover new ways to halt and reverse the degenerative processes of the retina. The study was made on the examination results of two groups of patients that were investigated applying optical coherence tomography(OCT): the first basic group (22 patients, 22 eyes) that followed an intravitreal treatment with Avastin (Bevacizumab) and the control group (20 patients, 20 eyes) that followed the usual treatment. The visual functions of the patients from the first basic group were improved after the first intravitreal injection, visual acuity was increased in 86% cases and macula's thickness in 86% determined by OCT in comparison with the control group which did not track changes.

Rezumat

Una din problemele de bază de diagnostic și tratament în oftalmologie rămâne a fi degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV) forma exudativă. Aplicarea metodelor moderne de diagnostic și tratament pot încetini progresul patologiei, iar cercetările continue pot descoperi noi modalități de stopare și reversie a proceselor degenerative a retinei. Studiul a fost efectuat în baza rezultatelor examinării a două loturi de pacienți care au fost investigați aplicând tomografia în coerență optică (TCO), lotul de bază (22 pacienți, 22 ochi) ce au urmat tratament intravitriean cu Bevacizumab (Avastin) și lotul martor (20 pacienți, 20 ochi) ce au urmat tratament tradițional. La pacienții din lotul de bază funcțiile vizuale s-au îmbunătățit după prima injecție intravitrieană, majorarea acuității vizuale s-a stabilit în 86% cazuri, micșorarea grosimii maculei în 86% cazuri determinate prin TCO în comparație cu lotul de control unde nu s-au urmărit modificări.

Actualitatea temei:

Degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV) este una din principalele cauze a pierderii vederii centrale (cecitate legată de vedere mai mică de 0,05) la populația peste 60 ani, în țările dezvoltate (SUA, Australia, Franța, Germania) cât și cele în curs de dezvoltare (țările Asiatice) [4,6,7,8,9,10,12]. Conform datelor OMS frecvența degenerescentei maculare legate de vârstă (DMLV) constituie aproximativ 164 mln. din care în Europa 13 mln. și SUA 9,1 mln. La populația cu vârsta cuprinsă între 65-74 ani se depistează modificări maculare legate de vârstă în 10%, la populația mai în vârstă de 74 ani modificările maculare constituie 25% (Bressler, 2004) [5]. În SUA din aproximativ 8 milioane de persoane cu modificări maculare la 1,75 mln. s-a depistat deja stadiul tardiv a bolii care se manifestă printr-o diminuare considerabilă a funcțiilor vizuale (Bressler, 2004; Friedman, 2004) [5,9]. Una din problemele de bază de diagnostic și tratament în oftalmologie rămâne a fi degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV) forma exudativă. Aproximativ în 10-20% forma atrofică progresează și ca urmare evoluează în forma exudativă ce se caracterizează prin dezvoltarea membranei neovasculare coroidiene (Tielsch, 1995; Bird, 1995) [2]. Ca rezultat apare edemul macular, decolare de epiteliu pigmentar a retinei și/sau neuroepiteliu, ca rezultat a anomaliilor coriociapilarelor, modificări de vârstă a membranei Bruch, creșterea concentrației lipidelor, dereglarea funcției de „pompă” a celulelor EPR [2,3,6,8]. Ca urmare se formează neovase, care inițial se dezvoltă sub epiteliul pigmentar a retinei apoi penetrează și decolează epiteliul pigmentar a retinei și neuroepiteliul [2,3,6,8]. Una din cele efective metode de diagnostic a DMLV a fost elaborată la finele sec. XX de grupul de savanți David Huang; Carmen A. Puliafito; Joel S. Schuman a metodei spectrale -tomografia în coerență optică (TCO) [16,22]. Tomografia în coerență optică a retinei este o metodă modernă, neinvazivă, non-contact de investigație a retinei. TCO permite de a obține secțiunea în straturile retinei, când pacientul se află în viață, în așa fel depășind cu mult metodele ultrasonografice de diagnostic și aparatele laser [19;20;21]. Datorită TCO e posibil de a obține detalii de 6-8 microni în structura retinei. TCO este foarte informativă în diagnosticul membranei neovasculare subretinale și a degenerescentei maculare legate de vârstă (DMLV) [14,15,17]. După părerea autorilor Hee și Schuman la ziua de astăzi anume TCO permite de a aprecia cu precizie structura retinei [20;24]. Aplicarea în practică a TCO oferă posibilitatea de a examina cu cea mai mare precizie grosimea foveolei. Conform datelor Schauding U., grosimea normală a foveolei variază între 173-178 microni [23]. Conform lui Eter N și co.a. tomografic se evidențiază clasificare DMLV în forma precoce și tardivă [18].

Actualmente cel mai efectiv și patogenetic direcționat tratament în degenerescenta maculară legată de vârstă forma exudativă este aplicarea de inhibitori anti-VEGF [1,11,13]. Efectul de bază a inhibitorilor angiogenezei este îndreptat asupra legării și inhibiții factorului endotelial de creștere vascular biologic activ (VEGF), ce acționează nemijlocit asupra cauzei dezvoltării neovaselor, are proprietatea nu numai de stopare a dezvoltării neovaselor, dar și preîntâmpinarea dezvoltării lor. Pentru a stopa dezvoltarea membranei neovasculare coroidiene și a edemului macular au fost elaborate preparate ce inhibă factorul endotelial de creștere vascular. Unul din aceste preparate aplicat în tratamentul DMLV forma exudativă este Bevacizumab (Avastin) [1,11,13].

Scopul lucrării:

Aplicarea tomografiei în coerență optică (TCO) în aprecierea eficacității tratamentului intravitrian cu inhibitorii anti-VEGF Bevacizumab (Avastin) în degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV).

Material și metodă:

Studiul include 42 pacienți (42 ochi) cu degenerescenta maculară legată de vârstă forma exudativă, internați și tratați în clinica oftalmologie nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”. Pacienții au fost repartizați în două loturi: 1. de bază 22 pacienți (22 ochi), bărbați – 9 pacienți (41%), femei – 13 pacienți (59%); 2. martor 20 pacienți (20 ochi), bărbați 7 pacienți (35%), femei 13 pacienți (65%). Vârsta pacienților era cuprinsă între 50-82 ani, vârsta medie 65 ± 2 ani. S-a efectuat diagnosticul până și după tratament: determinarea vederii cu și fără corecție de la distanță și de aproape; biomicroscopia mediilor cu ajutorul lămpii cu fantă, a polului posterior cu lentila Volk în midriază maximală.

Pentru determinarea cu precizie a diagnosticului și modificărilor retinei s-a utilizat tomografia în coerență optică (TCO) pînă și după tratament. TCO permite de a obține informație detaliată despre structura retinei, fiind o metodă de diagnostic modernă neinvazivă și non-contact. TCO a permis de a diferenția forma precoce de tardivă a DMLV și modificările EPR ce nu pot fi determinate oftalmoscopic. Funcționarea tomografiei în coerență optică se bazează pe o tehnică de măsurătoare optică numită „interferometrie prin coerență joasă”. Cînd lumina emisă de sursa aparatului este direcționată către ochi, ea este reflectată de structurile intraoculare cu proprietăți optice diferite. TCO utilizează o sursă de lumină monocromatică cu lungime de undă de 840nm. Se obține o imagine a ultrastructurii retiniene cu rezoluție axială (longitudinală) de 6 microni ce prezintă valoarea celui mai mic element care poate fi diferențiat în imagine. Druzele se vizualizează ca niște denivelări „tuberculi” care se plasează la nivelul EPR. De regulă la TCO druzele nu fac umbră și nici nu diminuează proprietățile reflectorii a stratului de coriociapilare plasate sub ele. Aplicarea TCO în forma exudativă a DMLV are o importanță clinic deosebit de mare avînd ca scop determinarea configurației foveei, situarea lichidului intra – subretinal, aprecierea stării EPR. TCO oferă posibilitatea de a aprecia grosimea retinei și aprecierea cantitativă a edemului retinal ce corelează cu gradul de scăderea a acuității vizuale.

La 22 pacienți (22 ochi) din lotul de bază s-a administrat intravitrian inhibitorii anti-VEGF Bevacizumab (Avastin). La 2 pacienți (2 ochi) s-a aplicat Avastin într-o singură doză, la 3 pacienți (3 ochi) s-a aplicat două injecții cu interval de o lună, la 17 pacienți (17 ochi) s-a aplicat 3 injecții consecutive cu interval de o lună. Pentru aplicarea intravitriană de Avastin pacientul este supus investigațiilor de laborator (AGS, AGU, MRS, glicemia, examen bacteriologic din sacul conjunctival) și instrumentale (examenul TA, ECG, Radiografia pulmonilor), consultația medicului internist, pentru a exclude contraindicații în efectuarea procedurii. Tehnica aplicării intravitriane a preparatului anti-VEGF (Bevacizumab): după prelucrarea cîmpului operator, se aplică blefarostatul, anestezic local (Tetracain 1%); antibiotic local (Oftraquix 0,5%), Betadin în sacul conjunctival cu expoziție 30 sec. apoi se spală cu sol. fiziologică 0,9% ; În cadranul inferolateral, meridianul 8:00 la 3-4 mm

de la limb cu acul insulinic se injectează intravitriean 0,05ml (1,25mg) de Avastin. Postoperator se indică: local antiinflamatorii (Diclofenac, Dexametazon), antibiotic (Oftraquix 0,5%). Pacientul este monitorizat pe parcursul a 24-48 ore. Se indică control repetat peste 7, 14 și 30 zile. La o lună după aplicarea preparatului s-a repetat tomografia în coerență optică.

Rezultate:

În timpul injecției intravitriene cu Avastin și perioada postoperatorie nu s-au determinat complicații. Eficacitatea aplicării de Bevacizumab (Avastin) intravitriean s-a determinat în urma investigațiilor repetate. S-a urmărit o majorare a acuității vizuale pînă la 3 rînduri. La 17 pacienți (17 ochi) ce au urmat cîte trei injecții repetate cu interval de o lună s-a majorat acuitatea vizuală (cu corecție) de la 0,02-0,08 la o săptămînă după injecție, 0,08-0,16 la 14 zile după injecție, de la 0,16-0,2 la o lună după prima injecție, la 3 pacienți (3 ochi) după a 3-ea injecție acuitatea vizuală s-a majorat de la 0,2 la 0,3 (cu corecție). La 3 pacienți (3ochi) ce au urmat numai 2 injecții cu interval de o lună s-a urmărit o majorare a acuității vizuale după a doua injecție de la 0,06 la 0,1 (cu corecție). La 2 pacienți (2 ochi) după prima injecție acuitatea vizuală a rămas neschimbată. Luînd în considerație acest fapt la acești pacienți la care nu s-au determinat îmbunătățirea acității vizuale după prima injecție intravitriean cu Avastin s-a decis de-a nu repeta procedura.

La interval de o lună după prima injecție s-a efectuat examinarea repetată a pacienților aplicînd TCO a maculei unde s-a determinat o diminuare vădită a edemului macular cistoid, aplanarea decolării de neuroepiteliu și epiteliiu pigmenar a retinei, micșorarea în dimensiune a complexului neovascular și a grosimii medii a zonei maculare de la 550±30 microni la

260±30 microni în 86% (19 ochi) și numai într-un caz a rămas neschimbată. După a doua injecție la 2 pacienți (2 ochi) (10%), s-a monitorizat o majorare a vederii cu 0,06-0,1 și diminuarea edemului de la 280±30 microni la 210±30. La 14 pacienți (14 ochi) s-a repetat 3 injecții cu interval de 1 lună. După 3 luni edemul macular a diminuat în mediu de la 530±35 microni la 240±35 microni. La pacienții din lotul martor care au urmat tratamentul tradițional (Etamsilat, Emoxipină, Plental) s-a urmărit majorarea acuității vizuale numai la 2 pacienți (2ochi) de la 0,01 la 0,02. La pacienții din lotul martor nu s-au urmărit modificări la examinarea repetată prin tomografia în coerență optică (TCO).

Concluzii:

1. Tomografia în coerență optică a retinei este o metodă modernă, neinvazivă, non-contact de diagnostic a modificărilor epitelului pigmentar a retinei și structurii foveei în degenerescenta maculară legată de vîrstă forma exudativă.
2. Aplicarea tomografiei în coerență optică în diagnosticul degenerescentei maculare legate de vîrstă ne-a permis în 100% cazuri (42 ochi) să depistăm și să apreciem cele mai minime modificări ale structurii retinei (6-8 microni) pînă la tratament și monitorizarea în dinamică după tratament.
3. La pacienții cu degenerescenta maculară legată de vîrstă forma exudativă supuși tratamentului intravitriean cu Bevacizumab (Avastin) s-a monitorizat o majorare a acuității vizuale cu 1-3 rînduri, diminuarea edemului macular, micșorarea membranei neovasculare coroidiene și diminuarea grosimei maculei în 86% cazuri în comparație cu lotul martor unde nu s-au urmărit astfel de modificări ce ne determină să concidem că metoda de tratament este efectivă.

Bibliografie

1. Avery R. L., Pieramici D. J., Rabena M. D. Intravitreal bevacizumab (Avastin) for neovascular age-related macular degeneration // *Ophthalmology*. — 2006. — Vol. 113. — P. 363–372.
2. Bird A.C., Bressler N.M. et al. An international classification and grading system for age-related macular degeneration and age related maculopathy. The International ARM Epidemiological Study Group // *Ophthalmology*. - 1995. Vol.39, p.367-374.
3. Bird A.C. Bruch's membrane change with age // *Br.J.Ophthalmology*, 1992. Vol.76, p.166-168.
4. Blinder K.J., Bradley S., Bressler N.M., et al. Effect of lesion size, visual acuity, and lesion composition on visual acuity change with and without vertoporphin therapy for choroidal neovascularization secondary to age related macular degeneration: TAP and VIP report number 1 // *Am.J.Ophthalmology*, 2003, Vol.136, p.407-418.
5. Bressler N.M., Bressler S.B., Childs A.L. Surgery for hemorrhagic choroidal neovascular lesion of age-related macular degeneration // *Ophthalmology*. – 2004 Vol.111. – p.1993-2006.
6. Cai J., Nelson K.C., Wu M., Sternberg P.Jr., Jones D.P. Age-related macular degeneration, 2000, Vol.19, №.2, p.205-221.
7. Congdon N., O'Colmain B., Klaver C. C. et al. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States // *Ophthalmology*. — 2004. — Vol. 122. — P. 477–4
8. Holz F., Pauleikhoff D., Spaide R.F., Bird A.C. Age-related macular degeneration. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2004, 238 p.
9. Friedman D. S., O'Colmain B. J., Munoz B. et al. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States // *Ophthalmology*. — 2004. — Vol. 122. — P. 564–572.
10. Klein R., Klein B. E., Linton K. L. Prevalence of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study // *Ophthalmology*. — 1992. — Vol. 99. — P. 933–943.
11. Michels S., Rosenfeld P.J., Puliaito C. A. et al. Systemic bevacizumab (Avastin) therapy for neovascular age-related macular degeneration twelve-week results of an uncontrolled open-label clinical study // *Ophthalmology*. — 2005. — Vol. 112. — P. 1035–1047.
12. O'Shea J.G. Age-related macular degeneration // *Postgrad. Med.J.*, 1998, vol.74, №.840, p.203-207.
13. Vedula S., Krzysiolik M. Antiangiogenic therapy with anti-vascular endothelial growth factor modalities for neovascular age-related macular degeneration. 2008.
14. Алпатов С.А., Шуко А.Г., Малышев В.В. Закономерности формирования идиопатических макулярных разрывов. Вестн. офтальмол. 2001; 5: 30-33.
15. Родин А. С., Большунов А. В., Габель В. П., Габлер Б. Применение оптической когерентной томографии для диагностики ретиальной патологии. Рефракционная хирургия и офтальмология 2001; 3 (1): 26-29.
16. Шуко А.Г., Малышева В.В., Оптическая когерентная томография в диагностике глазных болезней. 2010 p.5-8
17. Coker J. G., Duker J. S. Macular disease and optical coherence tomography. *Current Opinion in Ophthalmol.* 1996; 7: 33-38.
18. Eter N., Bindewald A., Roth F., Holz F. G. OCT bei altersabhängiger Makulardegeneration. Befunde, Einsatz in der klinischen Routine, Beurteilung des Therapieverlaufs. *Ophthalmology* 2004; 101 (8): 794-803.
19. Hee M. R., Izatt J. A., Swanson E. A. et al. Optical coherence tomography of the human retina. *Ophthalmology* 1995; 113: 325-332.
20. Hee M.R. Puliafito C.A. Wong C. Optical coherence tomography of macular holes // *Ophthalmology*. – 1995. – Vol.102. – P.748-756.

23. Hee M., Puliafito C.A., Wong C. Quantitative assessment of macular edema with optical coherence tomography. *Ophthalmology*. 1995; 113(3): 1019 - 1029.
24. Huang D., Swanson E. A., Lin C. P., Schuman J. S., Stinson W. G., Chang W., Hee M. R., Flotte T., Gregory K., Puliafito C. A., Fujimoto J. G. Optical coherence tomography. *Science* 1991; 254: 1178-1181
25. Schaudig U. Optical coherence tomography. *Ophthalmology*. 2001; 98: 26-34.
26. Schuman S., Koreishi A., Farsiu S. et al. Photoreceptor Layer Thinning over Drusen in Eyes with Age-Related Macular Degeneration Imaged In Vivo with Spectral-Domain Optical Coherence Tomography // *Ophthalmology*. – 2009. – Vol.116. – P.1207-1214.

APRECIEREA EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI COMPLEX CU TRAUMEL S ȘI LYMPHOMYASOT ÎN DEGENERESCENTA MACULARĂ LEGATĂ DE VÂRSTĂ

Serghei Andronic*, Valeriu Cușnir*, Negară Anatolie**

Catedra oftalmologie*

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

Laboratorul Științific de Gerontologie**

USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Age related macular degeneration is an increasing problem worldwide. Current treatment options can delay progression, and research continues into ways of reversing retinal damage. The study was made on two groups of patients the first basic group 22 patients (42 eyes) that followed the cure of treatment in complex with Traumel S and Lymphomyasot, second the control group 18 patients (36 eyes) that followed only the usual treatment. After the first hour of cure visual function of the patients from basic group were improved in comparation of the control group.

Actualitatea temei:

Degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV) este una din principalele cauze a pierderii vederii centrale la populația peste 60 ani, în țările dezvoltate cât și cele în curs de dezvoltare [1,3,4,5]. Conform datelor OMS frecvența degenerescentei maculare legate de vârstă constituie aproximativ 164 mln. din care în Europa 13 mln. și SUA 9,1 mln [6,7]. La populația cu vârsta cuprinsă între 65-74 ani se depistează modificări maculare legate de vârstă în 10%, la populația mai în vârstă de 74 ani modificările maculare constituie 25% (Bressler, 2004) [2]. Problema profilaxiei, diagnosticării timpurii și tratamentului degenerescentei maculare legate de vârstă este determinată de importanța majoră a problemei în societate.

Scopul:

Aprecierea eficacității tratamentului complex cu preparatele antihomotoxice Traumel S și Lymphomyasot în degenerescenta maculară legată de vârstă forma atrofică și exudativă.

Material și metodă:

Studiul include 40 pacienți (78 ochi) cu degenerescentă maculară legată de vârstă forma atrofică și exudativă, internați și tratați în clinica oftalmologie nr.2 USMF „N. Testemițanu”. Pacienții au fost repartizați în două loturi: de bază 22 pacienți (42 ochi) 2 ochi fără modificări patologice a retinei, bărbați 11

(50%), femei 11 (50%), și martor 18 pacienți (36 ochi), bărbați 8 (44%), femei 10 (56%), cu vârsta cuprinsă între 45-85 ani, vârsta medie 65 ± 2 ani. S-a efectuat diagnosticul până și după tratament: determinarea vederii cu și fără corecție; testul Amsler; biomicroscopia mediilor cu ajutorul lămpii cu fantă, a polului posterior cu lentila Volk în midriază maximală, fotografierea maculei, TCO (tomografia în coerență optică); perimetria computerizată la 10^0 și la 60^0 ; angiografia fluorescentă. La 22 pacienți (42ochi) din lotul de bază s-a administrat în combinație cu tratamentul tradițional preparatele antihomotoxice Traumel S și Lymphomyasot a câte 0,5ml parabolbar și Traumel S 1,2 ml i/m peste o zi cu o durată a tratamentului de 10 zile. Traumel S reprezintă un preparat antihomotoxic compus din 14 componente vegetale și minerale ce posedă acțiune: regenerativă, antiinflamatorie, antiexudativă, imunomodulatorie și antihemoragică. Lymphomyasot reprezintă un preparat antihomotoxic compus din 17 componente din ele 13 sunt vegetale ce posedă o acțiune antioxidantă, de drenare și restabilește metabolismul intercelular, micșorarea edemului intercelular, crește biodisponibilitatea țesutului și a receptorilor celulari.

Rezultate și discuții:

S-au repetat investigațiile clinice și paraclinice la 4 săptămâni și 8 săptămâni după cura de tratament. La pacienții din lotul de bază cărora s-a administrat tratamentul complex cu

Traumel S și Lymphomyasot s-a monitorizat o majorare a AV cu $\pm 0,25-0,08$ după prima cura de tratament, s-au determinat și modificări pozitive a tomografiei prin coerență optică a retinei, diminuarea edemului macular de la 220 ± 30 microni la 110 ± 30 microni în 90% cazuri (38 ochi) și aplanarea neuroepiteliului, o lărgire a câmpului vizual, în comparație cu lotul de control. Problema tratamentului degenerescenței maculare legate de vârstă este una dintre principalele probleme a oftalmologiei contemporane, deoarece degenerescența maculară legată de

vârstă are o extindere destul de largă în populația de vârstă înaintată, odată cu creșterea longevității vieții populației crește frecvența morbidității și severitatea patologiei.

Concluzii

Diagnosticarea precoce a DMLV, monitorizarea în dinamică administrarea unui tratament complex cu preparatele antihomotoxice Traumel S și Lymphomyasot va oferi încetinirea și stoparea progresării procesului cu îmbunătățirea evidentă a funcțiilor vizuale.

Bibliografie

- Blinder K.J., Bradley S., Bressler N.M., et al. Effect of lesion size, visual acuity, and lesion composition on visual acuity change with and without vertoporphin therapy for choroidal neovascularization secondary to age related macular degeneration: TAP and VIP report number 1 // *Am.J.Ophthalmology*, 2003, Vol.136, p.407-418.
- Bressler N.M., Bressler S.B., Childs A.L. Surgery for hemorrhagic choroidal neovascular lesion of age-related macular degeneration // *Ophthalmology*. – 2004 Vol.111. – p.1993-2006.
- Cai J., Nelson K.C., Wu M., Sternberg P.Jr., Jones D.P. Age-related macular degeneration, 2000, Vol.19, №.2, p.205-221.
- Congdon N., O'Colmain B., Klaver C. C. et al. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States // *Ophthalmology*. — 2004. — Vol. 122. — P. 477-4
- Holz F., Pauleikhoff D., Spaide R.F., Bird A.C. Age-related macular degeneration. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2004, 238 p.
- Friedman D. S., O'Colmain B. J., Munoz B. et al. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States // *Ophthalmology*. — 2004. — Vol. 122. — P. 564-572.
- Klein R., Klein B. E., Linton K. L. Prevalence of age-related maculopathy. The Beaver Dam Eye Study // *Ophthalmology*. — 1992. — Vol. 99. — P. 933-943.

ASFIXIILE LETALE PRIN COMPRESIUNEA GÂTULUI LA VÂRSTNICI

Gheorghe Baci, Andrei Tertășnâi, Octavian Jardan

Catedra medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Asfixia mecanică reprezintă o stare de anoxie sau anoxemie apărută prin influența agentului mecanic și se manifestă printr-o dereglare acută a respirației pulmonare, circulației sanguine și a activității sistemului nervos central. Starea de asfixie duce la deces timp de câteva minute (până la 5-7). Resuscitarea cu succes a persoanelor, care au suportat o stare de asfixie se realizează rar. Se evidențiază două grupe principale de asfixii mecanice: a) prin comprimare (a gâtului și toraco-abdominală) și b) prin obstrucția căilor respiratorii.

Asfixiile mecanice cu consecințe letale, indiferent de modul producerii, prezintă obiect constant de cercetare medico-legală pe cadavre, ocupând locul doi în structura morții violente. Dintre asfixiile mecanice prin compresiunea gâtului fac parte: spânzurarea, strangularea cu lațul și sugrumarea (sau comprimarea cu mâna). Tanatogeneza acestor forme de asfixii, în linii generale, se caracterizează prin anumite aspecte patofiziologice comune, totodată, există și unele particularități

legate de modificările anatomopatologice depistate și circumstanțele realizării. La diagnosticarea formei de asfixie mecanică obligatoriu se ține cont de complexul semnelor morfologice generale și particulare, specifice unui tip de acțiune, precum și de circumstanțele evenimentului stabilit în cadrul cercetării penale sau altor mărturii prezentate în această privință. De atenționat, că în fiecare caz concret necesită de exclus posibilitatea instalării morții prin alte cauze tanatogeneratoare (leziuni mecanice camuflăte, intoxicații acute, etc).

Scopul principal al actualului studiu a fost sistematizarea și concretizarea formelor de asfixii mecanice cu consecințe letale prin comprimarea gâtului, înregistrate la persoanele vârstnice.

Materiale și metode

Analizei a fost supus un lot din 73 cazuri de moarte prin compresiunea organelor gâtului la persoanele în vârstă peste 60 de ani, cercetate în perioada anilor 2007-2011 în secția tanatologie medico-legală din mun. Chișinău al Centrului de Medicină Legală.

Rezultatele cercetării au evidențiat, că această formă de asfixie mecanică a constituit 42,4% din numărul tuturor formelor de asfixii mecanice cu consecințe letale și 7,7% – din numărul raportat la moartea violentă la categoria dată de vârstă. Incidența cazurilor de compresiune a gâtului în funcție de vârsta persoanelor decedate se prezintă în modul următor (tab. 1).

Din tabelul prezentat se observă o dispersare a numărului de victime a persoanelor în etate decedate în urma compri-

mării gâtului. Cea mai mare incidență (39,7%) de moarte prin comprimarea gâtului, raportată la toate grupele de vârstă, s-a constatat la persoanele de 61-65 de ani. Ulterior, frecvența acestor forme de acțiuni treptat scade, până la 26,1% la persoanele în vârstă de 66-70 ani și respectiv, până la 16,4% – la cei din limitele vârstei de 71-75 ani. Începând cu vârsta de 76 ani, numărul asfixiilor mecanice produse prin compresiunile gâtului brusc descrește până la 5,5% – la reprezentanții grupei vârstelor de peste 85 ani.

Tabelul 1

Incidența metodelor de comprimare a gâtului cu consecințe letale la vârstnici

№	Grupa de vârstă, ani	Metodele de comprimare a gâtului						TOTAL	
		spânzurare		sugrumare		strangulare		abs	%
		abs	%	abs	%	abs	%		
1.	61-65	24	39,4	2		3		29	39,7
2.	66-70	17	27,8	1		1		19	26,1
3.	71-75	10	16,4	2		-		12	16,4
4.	76-80	3	4,9	1		-		4	5,5
5.	81-85	4	6,6	1		-		5	6,8
6.	Peste 85	3	4,9	1		-		4	5,5
Total		61	83,6	8	10,9	4	5,5	73	100

De menționat, că majoritatea cazurilor de compresiuni ale gâtului cu lațul (83,6%) s-au produs din motive suicidale, prin spânzurare. Raportul actelor suicidale prin spânzurare la bărbați și femei respectiv a fost de 73:27%. Prin cercetările anterioare (1966–1971), s-a stabilit influența bolilor preexistente asupra tanatogeniei morții violente și valoarea lor ca factor declanșator al unor situații favorizante apariției anumitor forme de traumatizări accidentale, homicidale și acte suicidale. S-a dovedit, că 28,4% din actele suicidale, inclusiv prin spânzurare, au fost condiționate anume de un complex de patologii incurabile și boli preexistente cronice care esențial astenizau starea psihoemoțională a bolnavului. Această situație, în mare măsură, se referă și la persoanele în etate, la care, de obicei, se constată o asociere de câteva boli cronice, ce au declanșat actele suicidale.

Spre mare regret, la o bună parte din victime (16,4%), comprimările gâtului s-au realizat de către alte persoane, în scop criminal, prin sugrumarea cu mâinile (8 cazuri) sau

prin strangularea gâtului cu lațul (4 cazuri), deci, motivele fiind heteroagresiunea. Incredibil, dar nu rareori, acțiunile de heteroagresiune asupra persoanelor vârstnice se produc în cadrul mediului familial. În viziunea noastră, orice formă de victimizare a persoanelor de vârstă a treia, în zilele noastre, poate fi considerată drept fenomen de anomie socială, întrucât generează imense trăiri și dureri sufletești pentru cei apropiați și prezintă compătimire din partea societății. În astfel de situații, este imposibil să rămâi indiferent față de acțiunile agresive asupra celor mai puțin protejate categorii ale populației, cum sunt bătrânii. Din acest motiv, chiar și numărul redus de asasinări (12) al persoanelor de vârstă a treia, lasă pentru toți o senzație dramatică, indicând totodată, nu numai la necesitatea de condamnare al acțiunilor date, dar și la elaborarea măsurilor adecvate de preîntâmpinare, în care s-ar implica toate organele statale și nonguvernamentale cointeresate în lupta cu acest flagel.

INCIDENȚA TRAUMELOR CRANIOCEREBRALE SOLDATE CU DECES LA PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA

Gheorghe Baciu*, Eduard Lungu*, Valeria Lungu**

*Catedra Medicina Legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

**Laboratorul Științific de Gerontologie a USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Afecțiunile traumatice craniocerebrale în zilele noastre au devenit unele din cele mai grave și frecvent cauzatoare de deces, plasându-se pe primele locuri în structura morții violente, produse prin acțiunea agenților traumatici mecanici. Sursele contemporane ale medicinei legale menționează faptul că în traumele letale ale capului doar leziunile meningo-cerebrale prezintă anumite particularități caracteristice numai pentru persoanele în etate, spre deosebire de alte categorii de vârstă.

Unii autori menționează faptul că dilacerarea cerebrală posttraumatică este mai frecvent întâlnită la bătrâni spre deosebire de alte categorii de vârstă, procesul fiind explicat prin micșorarea densității și scăderea friabilității creierului. Literatura pe specialitate axată pe neurotraumatologia la vârstnici arată că și edemul cerebral survine destul de rar la persoanele de vârstă a 3-ea. Acest fenomen se datorează atât stării de deshidratare inerente vârstei, cât și gradului de sclerozare ale vaselor cerebrale. Astfel, se consideră că în traumele craniocerebrale deschise, la bătrâni, numai în cazuri excepționale, apare detritusul cerebral.

Conform unor cercetări anterioare ale noastre, incidența cazurilor de traume craniocerebrale cu consecințe letale constituie 11,7% din numărul total de cadavre examinate în secția tanatologie medico-legală din mun. Chișinău și 24,7% – din totalitatea cazurilor de moarte violentă. Acești indici cu prisosință ne demonstrează despre actualitatea cercetărilor întreprinse, cu atât mai mult că problema dată se referă la categoria oamenilor în etate, la care evoluția clinică și consecințele traumei dispun de particularități specifice, care, adesea, nu se încadrează în concepțiile contemporane.

Scopul lucrării constă în stabilirea incidenței și specificului morfologic al traumelor craniocerebrale letale la persoanele de vârstă a treia.

În calitate de **material** al investigațiilor noastre au servit 273 cazuri de traume craniocerebrale cu consecințe letale ale persoanelor care au depășit vârsta de 60 ani și care au fost cercetate în secția tanatologie din mun. Chișinău a Centrului de Medicină Legală în perioada anilor 2007–2011.

Rezultatele cercetărilor au certificat că circumstanțele în care se produc traumele craniocerebrale cu consecințe letale la diferite grupe de vârstă a populației esențial se deosebesc între ele. Astfel, dacă la copii predomină traumatizările prin căderi și precipitări de la înălțime, apoi la persoanele în etate (peste 60 de ani) traumele craniocerebrale mai frecvent se produc în timpul accidentelor cu diverse mijloace de transport sau prin acțiuni cu obiecte contondente în cadrul actelor de heteroagresiune.

S-a constatat că traumele craniocerebrale cu consecințe letale au constituit în perioada investigată 56,3% din numărul total de leziuni mecanice soldate cu decesul victimelor, iar majoritatea dintre acestea (70%) au fost bărbații. Oscilațiile anuale au fost nesemnificative, de la 46 până la 64 cazuri. S-a observat o descreștere conturată, treptată, a numărului de traume craniocerebrale odată cu mărirea vârstei persoanelor decedate. Cel mai mare număr de cazuri (32,6%) s-a înregistrat în grupa de vârstă de 61–65 ani, urmată de reprezentanții vârstelor de 66–70 ani (24,6%), de 71–75 ani (18,7%) și 76–80 ani (13,9%). Cel mai mic număr de traume craniocerebrale cu consecințe letale, după cum era și de așteptat, s-au înregistrat la longevivi, la persoanele ce au depășit vârsta de 80 ani și care, împreună, au constituit doar 10,2%.

Conform datelor noastre locul de deces al victimelor variază, fiind determinat de o serie de factori, precum: volumul și gravitatea leziunilor corporale, timpul în care se declanșează suprimarea activităților funcționale ale organelor de importanță vitală, capacitatea individuală a victimelor de a supraviețui, maladiile preexistente, precum și vârsta înaintată a persoanei.

Mai mult de jumătate din victime cu traume craniocerebrale au decedat în instituțiile medicale la diferit timp după spitalizare, de la câteva minute până la câteva zeci de zile. Totodată, anual circa în 30–38% de cazuri se constată traume craniocerebrale deschise, ceea ce indică despre un volum lezional imens și stări periculoase pentru viața victimei. Tocmai în atare cazuri persoanele supuse traumatismului mecanic au decedat la fața locului. Cele relatate mai sus se referă și la traumele craniocerebrale închise, soldate cu imense dilacerări ale encefalului sau cu revărsate sangvine intracerebrale masive.

Prin urmare, analiza morfo-lezională a cazurilor de traume craniocerebrale cu consecințe letale denotă că sectoarele de contuzie ale creierului la persoanele de vârstă a treia sunt mai intense și ocupă o suprafață relativ mai mare, comparativ cu efectul traumatic constatat la categoriile de vârstă mai tineri, ceea ce se datorează reducerii elasticității vaselor cerebrale. În același context, s-a stabilit că, uneori revărsatele sangvine epi- și subdurale la vârstnici au o suprafață și grosime mai mică, ca urmare a aderențelor crescute a durei mater de tăblia osoasă internă. Evoluția morfologică macroscopică a acumulărilor sangvine epi- și subdurale, ne-a permis să afirmăm, că hemoragiile meningiene la bătrâni au o perioadă de dezvoltare mai lentă, fapt ce poate fi explicat prin încetinirea proceselor de regenerare hemato-tisulară.

INTOXICAȚII LETALE A PERSOANELOR ÎN VÂRSTA PESTE 60 DE ANI

Gheorghe Baci, Andrei Tertășnâi, Anatol Bondarev

Catedra medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Substanțele toxice reprezintă o sursă frecventă de agresiune și cauza morții violente, constituind pe parcursul anilor o preocupare constantă a medicinei legale. Conform unor date statistice din ultimele decenii, numărul intoxicațiilor acute au crescut considerabil, ocupând locul 3 în structura morții violente, după cazurile de leziuni mecanice și asfixiile mecanice. Dacă într-o anumită perioadă de timp diagnosticul otrăvirilor se demonstra doar prin mărturie, date anamnestice, clinice sau semnele morfologice stabilite la autopsie, apoi, în practica contemporană informații de mare valoare se obțin prin complexe cercetări toxico-narcologice de laborator.

În zilele noastre, intoxicațiile acute cu consecințe letale au mai multe motivații sociale, prezentând o problemă importantă de ordin medico-juridic. Se cunoaște că consecințele intoxicațiilor depind de mai mulți factori, inclusiv de toxicitatea substanței, de volumul și calea de pătrundere în organism etc. Cele mai răspândite sunt intoxicațiile accidentale, cu toate că se înregistrează cazuri de intoxicații cu scop suicidal și criminal. Frecvența și sursele intoxicațiilor sunt, într-o anumită măsură, dependente și de vârsta persoanelor, devenite uneori victime ale intoxicațiilor letale. Aceasta, în primul rând, se referă la copii și la persoanele de vârstă gerontologică, insuficient supuse unor cercetări aprofundate.

Scopul lucrării s-a delimitat la caracteristica intoxicațiilor acute cu consecințe letale la persoanele de vârstă peste 60 de ani.

Materiale și metode

Drept surse informative pentru analiză au servit 191 rapoarte de examinări medico-legale pe cadavre, victime ale

diverselor forme de intoxicații acute, cercetate în secția tanatologie medico-legală din mun. Chișinău al Centrului de Medicină Legală în anii 2007–2011. Unele date s-au obținut din documentele medicale prezentate din instituțiile medico-sanitare, din declarațiile rudelor sau informații din procesele verbale de cercetare a cadavrelor la fața locului, precum și rezultatele cercetărilor toxicologice suplimentare de laborator. Indicii numerici au fost supuși analizei statistice.

Rezultatele investigațiilor

Au dovedit că numărul tuturor formelor de intoxicații cu consecințe letale la persoanele în vârstă peste 60 de ani (191) au constituit 1,4% din numărul total de examinări pe cadavre (13.438) în perioada respectivă și 20,1% – raportate la numărul integral de moarte violentă (947) a vârstnicilor. S-a observat că dinamica anuală a intoxicațiilor acute cu consecințe letale a fost semnificativă, variind de la 13 cazuri (2007), până la 52 (2009), cu o ușoară tendința de ascensiune a cazurilor în ultimii ani. De menționat că incidența intoxicațiilor acute a fost diferită în funcție de grupa de vârstă a persoanelor trecute de peste 60 de ani (tab. 1). După cum observăm, consumul exagerat al băuturilor alcoolice, a condiționat cel mai mare număr de decese a persoanelor vârstnice (57,6%), depășind esențial incidența intoxicațiilor acute cu monoxid de carbon (28,3%) și cu alte substanțe otrăvitoare (14,1%). Toate formele de intoxicații au avut un caracter accidental. S-a constatat că, indiferent de originea toxicului, majoritatea cazurilor de intoxicații (84,4%) s-au înregistrat la persoanele în limita vârstei de 61-75 ani.

Tabelul 1

Distribuția intoxicațiilor acute în funcție de vârstă decedaților

№	Grupa de vârstă, ani	Denumirea intoxicațiilor						Total	
		alcool etilic		monoxid de carbon		altele		abs	%
		abs	%	abs	%	abs	%		
1.	61-65	55	50,0	13	24,1	13	48,2	81	42,4
2.	66-70	24	21,9	17	35,6	4	14,8	45	23,7
3.	71-75	20	18,2	10	18,5	5	18,5	35	18,3
4.	76-80	5	4,5	9	16,6	–	–	14	7,3
5.	81-85	4	3,6	2	3,7	5	18,5	1	5,7
6.	Peste 85	2	1,8	3	5,5	–	–	5	2,6
Total		110	57,6	54	28,3	27	14,1	191	100

Dinamica anuală al intoxicațiilor acute cu alcool etilic a fost extrem de variată: de la 3 (2007), până la 34 cazuri (2011). În jumătatea (50%) din toate intoxicațiile acute cu alcool etilic s-au înregistrat la persoanele de 61-65 de ani. Numărul de cazuri esențial descrește, odată cu mărirea vârstei. Totodată, se poate vorbi despre o ascensiune vertiginosă a numărului de intoxicații acute cu alcool etilic la

persoanele în etate, concomitent cu micșorarea diferenței de cazuri letale la bărbați și femei.

Dacă intoxicațiile acute cu alcool etilic se înregistrează aproape într-un număr egal în toate anotimpurile anului, apoi intoxicațiile letale cu monoxid de carbon, de regulă, s-au produs doar pe timpul rece al anului, mai frecvent către începutul sezonului de încălzire, când nu se respectă regulile

de securitate. Spre regret, astfel de cazuri se înregistrează nu numai în localitățile rurale.

Ceva mai rar decesele persoanelor în etate au fost provocate de supradozare preparatelor medicamentoase sau toxice de diferită natură, aflate la îndemână oamenilor bătrâni, cu care ulterior, din neatenție, s-au intoxicat. Cel mai des, bătrânii s-au intoxicat cu medicamente folosite pentru

hipertensiune, spasmolitice, psihotrope, etc.; care s-au acumulat cu timpul în casele lor, fără a le consuma pe deplin. Însă, peste un timp, s-au amintit despre existența lor, când s-a agravat starea de sănătate a lor, iar pentru a mări efectul terapeutic, au consumat doze cu mult mai mari, decât cele admisibile. În cele din urmă, au obțin un efect nedorit, soldat cu moartea neprevăzută.

CRITERIILE DE PRONOSTIC AL PNEUMONIILOR COMUNITARE LA VÂRSTNICI

Blaja-Lisnic Natalia, Negară Anatolie, Matcovschi Serghei

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

Laboratorul Științific de Gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Numeroși cercetători științifici ce s-au ocupat de problema pneumoniilor comunitare (PC) la vârstnici au încercat să evidențieze unele criterii ce ar prognoza evoluția PC la acest grup de pacienți. Astfel au fost menționate: prezența comorbidităților, semnele vitale anormale (hipotermia, tahicardia, hipotensiunea), vârsta mai mare de 85 de ani, dereglarea statutului mental, creatininemia; repaosul la pat anterior PC, lipsa frisonului, hipooxigenemia, starea de șoc, insuficiența renală apărută în perioada evoluției PC. Criteriile de severitate elaborate de Societatea Toracică Americană includ: dispneea, confuzie, tahicardie peste 125 bătăi/min, PCO_2 peste 44mmHg și prezența colecției pleurale. Criteriile propuse de British Thoracic Society (BTS) sunt următoarele: frecvența respiratorie mai mare de 30 bătăi/min, tensiunea arterială diastolică mai joasă de 60 mmHg și uremia mai mare de 7 mmol/l. Cu 2 sau 3 variabile predictive BTS prezice mortalitatea cu o sensibilitate de 70 %, o specificitate de 84 % și o corectitudine generală de 82 %.

În studiul nostru realizat pe un grup de 90 pacienți ce au depășit vârsta de 65 de ani, după analiza selectivă, minuțioasă

a tuturor factorilor clinici și paraclinici s-au evidențiat 8 dintre ei mai importanți, prin care se deosebea semnificativ subgrupul de bolnavi cu evoluție radiologică pozitivă de cel în care pacienții au avut o dinamică insidioasă. Analiza discriminantă, folosind aceste variabile, permite precizarea corectă a pronosticului favorabil al PC. Pneumonia lobară, vibrațiile vocale accentuate, debutul cu junghi toracic, forma preponderent gravă a pneumoniei, tahipnea pronunțată, VSH semnificativ majorat la internare sunt factorii care prognozează în 67,5 % evoluția nefavorabilă a PC. Bronhopneumonia, astenia pronunțată la internare, gravitatea medie a bolii, tahipneea moderată și majorarea moderată a valorilor VSH în 81,4 % prognozează evoluția favorabilă a pneumoniei comunitare.

Astfel conform localizării procesului, gradului de severitate a bolii, asteniei, modificării vibrațiilor vocale, numărului mișcărilor respiratorii, prezenței junghiului toracic și a valorilor majorate ale VSH, se poate prognoza evoluția PC în mai mult de 60 %, iar nivelul valorilor majorate ale Indicelui de Intoxicație Leucocitară vor indica gradul severității procesului infecțios-inflamator.

EVALUAREA GERIATRICĂ COMPLEXĂ LA PACIENȚII DIN SECȚIA DE GERIATRIE A CENTRULUI NAȚIONAL DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE DIN MOLDOVA

Natalia Blaja-Lisnic, Anatolie Negară, Felicia Lupașcu-Volentir, Gabriela Șoric, Olga Maniuc, Elena Coșciug

*Laboratorul Științific de Gerontologie USMF „Nicolae Testemițanu”
Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie*

Scopul

Demonstrarea eficacității și oportunității Evaluării Geriatrice Complexe (EGC) la pacienții vârstnici spitalizați în secțiile de geriatrie și evidențierea problemelor geriatrice majore.

Material și metode

În studiu au fost incluși 990, divizați în 2 loturi: lotul I (672 persoane) – pacienții cu vârsta de 65 de ani și mai mult și lotul II (318 persoane) – pacienții cu vârsta de 45 – 64 ani.

Rezultate

Evaluând problemele somatice la vârstnici s-a stabilit insomnia tranzitorie – 42,5% pentru lotul I și 57,7% pentru lotul II; la vârstnici a prevalat insomnia persistentă – 15%, față de 7% respectiv ($p < 0,05$).

Anxietatea s-a înregistrat în 4,6% (față de pacienți prezenți – 1,6%) ($p < 0,05$). Stadiul ușor al depresiei s-a înregistrat în 21%, moderat – 3,6% și sever – 0,3% pacienți. La pacienții din lotul II stadiul ușor al depresiei s-a înregistrat la 13,5% pacienți și moderat – la 2,9% pacienți ($p < 0,01$).

Evaluând cauza sindromului de cădere s-a stabilit dereglările de echilibru în 11% ($p < 0,05$), urmată de patologia cardiovasculară – 8,3% ($p < 0,01$), cauze neurologice – 6,4% ($p < 0,05$). La pacienții din lotul II au predominat dereglările de echilibru (3,8%), cauze neurologice (2,2%) și cardiovasculare (1,6%).

Dereglări cognitive ușoare s-au înregistrat la 20,7% pacienți vârstnici ($p < 0,01$), dereglări moderate – la 1% ($p < 0,01$) și severe – la 0,3% ($p < 0,01$). La persoanele din lotul II doar 6,2% au prezentat dereglări cognitive ușoare.

Sindromul de fragilitate a fost stabilit în 35,1% pacienți din lotul I și 9,4% la pacienții din lotul II ($p < 0,01$).

OZONUL MEDICAL ÎN TERAPIA COMPLEXĂ A HIPERTENSIUNEI ARTERIALE SISTOLICE IZOLATE LA PACIENȚII VÂRSTNICI

Nicolae Bodrug, Olga Maniuc, Doina Barbă, Anatolie Negară, Liudmila Baraniuc, Adriana Botezatu

Disciplina Boli Ocupaționale, Clinica Medicală Nr.6, USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

Laboratorul Științific de Gerontologie

IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății

Tratamentul hipertensiunii arteriale sistolice izolate (HTASI) la pacienții vârstnici rămâne a fi o problemă actuală, datorită faptului că terapia antihipertensivă ”tradițională” decurge cu o serie de efecte secundare nedorite. De aceea a fost propus introducerea în schema de tratament a hipertensiunii arteriale sistolice izolate al *ozonului medical*. Rezultatele prezentate printr-un studiu, care a implicat 67 pacienți cu vârsta peste 65 ani cu hipertensiune arterială sistolică izolată gradul II și III, a fost realizat pentru a evalua efectul în terapia antihipertensivă complexă, asupra indicilor hemodinamici și ai metabolismului lipidic.

Scopul studiului a fost de a cerceta efectul ozonoterapiei în tratamentul antihipertensiv complex asupra valorilor TA, funcției sistolice și diastolice a cordului, indicilor metabolismului lipidic la pacienții vârstnici cu HTASI și de a optimiza tratamentul corespunzător.

În studiu au fost incluși 67 pacienți cu vârsta peste 65 ani cu gradul II și III de HTASI. Pacienții au fost divizați în 2 grupuri: de studiu și control. Grupurile au fost selectate statistic în dependență de vârstă, sex, durata și severitatea bolii.

Pacienților grupului de studiu concomitent cu tratamentul antihipertensiv selectat anterior, li s-au administrat Ozon medical, introdus intravenos sub formă de soluție fiziologică

ozonată. Pacienții din grupul de control au urmat doar tratament antihipertensiv de susținere.

În timpul cursului de tratament și după finisarea lui la pacienții din grupul de studiu nu au fost înregistrate efecte adverse sau complicații.

La pacienții din grupul de studiu s-a observat reducerea variabilității mediei zilnice a tensiunii arteriale sistolice. Modificări în indicii creșterii matinale a tensiunii arteriale și în orele nocturne, au avut loc sub influența tratamentului, în ambele grupuri, în mod egal. În grupul de studiu nu doar a crescut numărul de pacienți cu cifre normale a tensiunii arteriale sistolice în timp de noapte, dar de asemenea s-a micșorat și numărul de pacienți cu reduceri inadecvate a tensiunii arteriale. Tratamentul medical cu includerea ozonului are un efect pozitiv mai semnificativ asupra funcției cardiace diastolice. Ozonul medical are, de asemenea, efect antiaterogen, așa cum ne-a demonstrat scăderea colesterolului total și a lipoproteinelor cu densitate joasă.

Astfel, Ozonul medical crește efectul terapeutic al preparatelor antihipertensive, preîntâmpină efectul aterosclerotic al unor din componente, ajută la optimizarea utilizării tratamentului tradițional în hipertensiunea arterială sistolică izolată la vârstnici.

TRATAMENTUL COMPLEX AL ANGORULUI PECTORAL STABIL CU OZONOTERAPIE LA PACIENȚII VÂRSTNICI

Nicolae Bodrug, Doina Barba, Elena Tofan, Lucia Andrieș, Lilia Podgurschi,

Disciplina “Boli ocupaționale”, Clinica Medicală nr.6, USMF „Nicolae Testemițanu”

Laboratorul Științific de Geriatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Laboratorul Alergologie și Imunologie clinică

Catedra Farmacologie și Farmacologie Clinică

Summary

It was assessed the clinical efficacy and tolerance of ozone therapy with bicycle stress test in patients with coronary artery disease and stable angina of elder age groups. The study included 48 patients with ischemic disease, aged 65-72 years (mean $66,6 \pm 4,8$ years). It was proved that the use of ozone therapy in treatment of patients with coronary artery disease could improve the standard antianginal therapy, which manifests an increase in exercise tolerance, decreasing the frequency of anginal attacks.

Rezumat

A fost evaluată eficacitatea clinică și toleranța terapiei cu ozon, prin evaluarea cicloergometriei la pacienții vârstnici cu cardiopatie ischemică și angină pectorală stabilă. Studiul a inclus 48 de pacienți cu boală ischemică, în vârstă de 65-72 ani (în medie $66,6 \pm 4,8$ ani). A fost demonstrat, că utilizarea terapiei cu ozon în tratamentul pacienților cu boală coronariană ar putea îmbunătăți tratamentul standard, ce se manifestă prin creșterea toleranței la efort și diminuarea frecvenței acceselor anginoase.

Actualitatea temei. Globalizarea problemelor definite de angorul pectoral de efort stabil dictează necesitatea de a preciza aspectele particularităților structurale, de a optimiza diagnosticul și tratamentul complex al acestor maladii, în special la persoanele vârstnice. Astfel, elaborarea și implementarea unor abordări terapeutice individualizate și complexe prin administrarea concomitentă a ozonoterapiei la bolnavii vârstnici cu angor pectoral stabil este o problemă importantă de rezolvare în managementul pacienților vârstnici, prin diminuarea și controlul mai eficient al simptomelor patologiei, cât și îmbunătățirea pronosticului și al calității vieții bolnavilor.

Scopul: estimarea eficacității clinice, paraclinice ei toleranței tratamentului complex al angorului pectoral stabil cu ozonoterapie, prin evaluarea probei de cicloergometrie la bolnavii vârstnici.

Materiale și metode: S-a efectuat un studiu deschis observațional la 48 pacienți vârstnici cu angor pectoral de efort stabil, cu vârsta cuprinsă între 65-72 ani (în mediu $66,6 \pm 4,4$ ani), pe parcursul a 3 ani, cu estimarea eficacității tratamentului complex cu ozonoterapie, prin efectuarea concomitentă a perfuziilor intravenoase de ser fiziologic ozonat de 200 ml, cu concentrația de ozon 2,5 mg/litru, cu interval de o zi, după stabilirea diagnosticului, a gradului de severitate. Toți bolnavii cu angor pectoral de efort au fost randomizați în 2 loturi: lotul I (de bază; $n=26$), care, concomitent cu tratamentul de bază, administrează cure cu ozonoterapie conform metodologiei instrucționale; lotul II (martor; $n=22$), care administrează doar tratamentul de bază.

Rezultate: La bolnavii vârstnici cu angor pectoral de efort stabil, ce efectuau tratament combinat cu ozon adițional la tratamentul de bază s-a estimat diminuarea numărului de episoade anginoase pe săptămână cu 87,3%, de la $9,1 \pm 0,5$ până la $0,25 \pm 0,03$ min ($p < 0,001$), micșorarea consumului de nitrați - la 0-1 comprimate/zi, scăderea amplitudinii medii de deviație a segmentului ST de la $1,5 \pm 0,3$ până la $0,2 \pm 0,1$ mm ($p < 0,01$), frecvența palpitațiilor a diminuat de la $2,6 \pm 0,19$ până la $1,9 \pm 0,16$; ($p < 0,01$), frecvența asocierii dereglărilor de ritm a scăzut de la $2,8 \pm 0,19$ până la $1,14 \pm 0,09$ puncte; ($p < 0,001$).

La finele curei de tratament, simptomele principale ale angorului pectoral de efort stabil la persoanele vârstnice au regresat semnificativ la bolnavii din ambele loturi, însă la cei ce au efectuat concomitent și ozonoterapie acest indicator a avut o dinamică mai semnificativă în comparație cu lotul martor.

Concluzii: Rezultatele obținute au demonstrat, că includerea tratamentului complex cu ozon în componența terapiei angorului pectoral de efort stabil relevă o influență benefică asupra indicilor remodelării miocardului. Pe fondalul administrării tratamentului complex cu ozon la pacienții vârstnici s-a majorat veridic din punct de vedere statistic toleranța pacienților la efort fizic, fapt care s-a manifestat prin majorarea volumului și duratei efortului efectuat.

La finele studiului s-a estimat, că la bolnavii vârstnici cu angor pectoral de efort stabil tratați în combinație cu ozonoterapie s-a înregistrat ameliorarea indicilor hemodinamicii în punctul efortului maxim, prin micșorarea frecvenței acceselor anginoase și ca o consecință - micșorarea numărului de comprimate de nitroglicerină administrate.

ACTUALITĂȚI ÎN GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE

Constantin Bogdan

Centrul Medico-social „Sf. Luca”

Rezumat

Ascensiunea procesului de îmbătrânire a populațiilor, proces inductabil și ireversibil, care afectează toate țările lumii și are consecințe pe planuri multiple în raport cu pluridimensionalitatea sa, constituie o preocupare importantă pe agenda organismelor internaționale – ONU, OMS și regionale – Uniunea Europeană, pentru guverne și structurile ne-guvernamentale. Societățile, se precizează în documente ONU (Fondul ONU pentru populație), trebuie să asigure creșterea calității vieții pentru persoanele în vârstă și respectarea „drepturilor lor, pentru a putea trăi în demnitate. Acest lucru este cu atât mai important în timpul crizei financiare. Sunt necesare sisteme de securitate socială puternice care să furnizeze servicii, să asigure un standard adecvat de viață și care să promoveze solidaritatea între generații.”

De fapt, consecințele creșterii numărului de persoane vârstnice în structura de ansamblu a populației are consecințe pe planuri multiple – social, al stării de sănătate, economic, al protecției drepturilor specifice și combaterii discriminării ș.a. Ca urmare, din ce în ce mai multe discipline s-au alăturat celor specific cercetării îmbătrânirii, patologiei bătrâneții, gerontologia și geriatria, într-un demers de abordare pluridisciplinară a sociologiei și asistenței sociale, științele economice și juridice, etica și bioetica.

În mod deosebit, aproape toate disciplinele medicale clinice (exceptând pediatria) și-au delimitat subdiscipline

- gerontoneurologia, gerontopsihiatria, gerontochirurgia, oncogeriatria etc. științele longevității au mobilizat cercetări din variate discipline ale cercetării fundamentale și aplicative clinice și terapeutice.

În prezentarea pe larg a lucrării se dezvoltă teme de actualitate ca: teoriile ale îmbătrânirii, percepția societății pre-vârstnicilor asupra bătrânilor și bătrâneții, ageismul, poziția organismelor internaționale privind îmbătrânirea și populația vârstnică, bioetica sfârșitului vieții și îngrijirile paliative, probleme actuale ale demenței Alzheimer, politici sociale în îmbătrânire, perspective terapeutice și ... pseudo-terapeutice.

PARTICULARITĂȚI ETIOPATOGENICE ȘI CLINICE ALE PANCREATITEI CRONICE LA PERSOANELE VÂRSTNICE

Rodica Bugai, Ion Țibîrnă

Catedra Medicină Internă nr.3, USMF „Nicolae. Testemițanu”

Actualitate

Pancreatita cronică (PC) se poate dezvolta la pacienții de orice vârstă, dar continuă a fi una din cele mai frecvente și severe patologii care afectează populația vârstnică. Îmbătrânirea fiziologică a pancreasului, caracterizată prin modificări funcționale și fiziologice ale parenhimului pancreatic și a sistemului ductal, în asociere cu alți factori exo- și endogeni, specifici acestei vârste, influențează și modifică tabloul clinic, evoluția și managementul PC la pacienții vârstnici. PC cu debut primar la pacienții cu vârsta peste 60 ani se întâlnește rar și este privită ca un stadiu avansat al patologiei instalate în tinerețe. Deoarece numărul populației vârstnice, la nivel mondial, este în continuă creștere, studierea PC la această categorie de vârstă este necesară și oportună.

Scopul

Studierea particularităților etiopatogenice și clinice ale PC la pacienții vârstnici.

Materiale și metode.

În studiu au fost incluși 72 pacienți (bărbați- 42, femei-30) cu PC, care au fost divizați, conform vârstei, în 2 grupuri. I-ul grup I-au constituit pacienții cu vârsta 18-59 ani (vârsta medie $43 \pm 2,3$ ani), $n=43$, bărbați -24, femei-19, grupul II-pacienții de la 60-la 75 ani (vârsta medie $70 \pm 2,6$ ani), $n=37$, bărbați -25, femei-12. Diagnosticul de PC s-a stabilit în baza datelor anamnestice, clinice și paraclinice (hemoleucograma, urograma, analiza biochimică a sângelui: glicemia, α -amilaza, lipaza, bilirubina, AlAt, AsAt, FA, GGTP, proteinograma, lipidograma, Ca, α -amilaza urinei, coprograma, elastaza-1 în materiile fecale, Ecografia transabdominală, FEGDS, CPRE, CT abdominal, IMC).

Rezultate

La 13 pacienți din grupul II PC a fost stabilită după vârsta de 60 ani, restul au remarcat apariția semnelor clinice cu confirmarea diagnosticului mai devreme. Analiza celor mai frecvenți factori de risc a relevat: consumul de alcool- în gr.I la 26 pacienți

(60%), 80% din ei fiind bărbați, în gr. II- la 13 pacienți (35%), 92%- bărbați; tabagismul-în gr.I la 20 pacienți (46,5%), în gr.II la 15 (40%); patologia biliară (litiază biliară, sludj biliar, sindrom postcolecistectomic)-în gr.I la 23 (40%), în gr.II la 27 (73%); dislipidemiile- în gr.I la 8 (18,5%), în gr.II la 18 (48,7%); administrarea medicamentelor „pancreatotrope”- în gr.I la 6 (13,9%), în gr.II la 26 (70%); la 25 (67%) din pacienții gr.II s-a atestat malnutriția. Cauza PC nu a putut fi definită la 7 (16%) pacienți din gr.I și la 10 (27%) pacienți din gr.II. Prezența sindromului dolo marcat s-a constatat la 12 (28%) pacienți din gr.I și la 4 (10%) din gr.II, a sindromului dolo moderat- la 25 (58%) în gr.I și la 15 (40%) în gr.II, un discomfort abdominal sau lipsa completă a sindromului dolo-la 18 (48,6%) pacienți din gr.II. Aplicarea IMC a decelat în gr.I 16% pacienți subponderali, 32% supraponderali, 6,9% cu obezitate gradul I și 2,3% cu obezitate gradul II, în gr.II- 48,6% subponderali, 24% supraponderali, 5% cu obezitate gradul I. Insuficiența exocrină, confirmată prin prezența diareei, rezultatele coprogramei, indicii elastazei-1 în materiile fecale s-a determinat la 74% din pacienții I-ui gr. și la 84% în gr.II. Insuficiența endocrină, manifestată prin DZ tip II, prezentă la 16% din pacienții în gr.I vs 32% în gr.II; complicațiile DZ (retinopatii, neuropatii, nefropatii) fiind determinate cu preponderență și mai severe în gr. II.

Concluzii

1. PC cu debut primar după vârsta de 60 ani se întâlnește mai rar, preponderent la bărbați, mai frecvent fiind instalată în tinerețe.

2. Pentru PC la vârstnici, în majoritatea cazurilor, cauzele sunt: patologia biliară, malnutriția, administrarea medicamentelor „pancreatotrope”, dislipidemiile, tabagismul; PC-alcool indusă fiind întâlnită mai rar. La cca 1/3 din pacienții vârstnici se atestă forma idiopatică a PC.

3. Semnele caracteristice ale PC la vârstnici mai des sunt: prezența unui sindrom dolo moderat sau neînsemnat, pierderea ponderală, însoțită de diaree, diabetul zaharat cu evoluție severă.

INFLUENȚA COENZIMEI Q₁₀ ASUPRA FUNCȚIILOR COGNITIVE ALE PACIENȚILOR VÂRSTNICI CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ

Alexandra Butorov*, Vasile Parasca**, Victor Celac*

*IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății

**Laboratorul Științific de Gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Actualitatea

Una din direcțiile actuale ale neurologiei contemporane este studierea stării funcțiilor cognitive și posibilității de corectarea dereglărilor la persoanele în etate cu patologii cardiovasculare. Conform prognosticului ONU, către anul 2025, numărul populației ce va depăși vârsta de 60 ani, va reprezenta mai mult de 15% din populația globului. În marea majoritate a cazurilor, disfuncțiile cognitive de genă vasculară se dezvoltă în baza hipertensiunii arteriale (HTA) și aterosclerozei sistemice cu implicarea atât a vaselor cerebrale, cât și a celor coronariene. Aceasta determină creșterea studiului influenței preparatelor ce sunt indicate cu scop de tratament al patologiilor cardiace, HTA, aterosclerozei sistemice, asupra sferei cognitive.

Scopul studiului: De a studia influența coenzimei Q₁₀ asupra funcțiilor cognitive ale pacienților vârstnici, ce suferă de cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială sau asocierea lor.

Material și metode

În studiu, care a fost efectuat prin metoda deschisă, au fost incluși 30 pacienți cu vârsta cuprinsă între 61 și 75 ani (vârsta medie 65,0±2,8 ani) cu cardiopatie ischemică (CI) și hipertensiune arterială (HTA). Pacienții incluși în studiu au fost divizați în 2 loturi. Pacienților din lotul de bază (n=14) s-a administrat tratamentul tradițional (preparate antihipertensive, antiagregante, nitrați) și coenzima Q₁₀ în doza de 30 mg de 2 ori/zi în timpul mesei. Pacienților din lotul de control (n=16) s-a administrat doar tratamentul tradițional. În studiu au fost incluși femei și bărbați cu tulburări cognitive ușoare și de gravitate medie. Pacienții din lotul de bază și cel de control au fost similari după gravitatea tulburărilor cognitive. Criteriile de excludere din studiu au constituit: prezența tulburărilor acute ale circulației cerebrale, traumele cranio-cerebrale grave în anamneză, diabetul zaharat, patologii psihice și oncologice. Pe întreaga durată a studiului pacienților nu s-a administrat substanțe nootrope, metabolice și antioxidante. Tuturor pacienților s-a efectuat în dinamică examinarea statutului neurologic și a sferei cognitive.

Evaluarea stării funcțiilor cognitive s-a efectuat în baza scorului minimalizat pentru evaluarea stării psihice (MMSE), testului de desenare a ceasornicului, unui șir de teste pentru

evaluarea disfuncțiilor frontale, probei Șulighe, asocierilor verbale (literale și categoriale), probei de reținere în memorie a 10 cuvinte cu redarea lor, scorului de evaluare a depresiei după Hamilton, scorului de evaluare a anxietății după Spilberg. Toți pacienții au fost examinați de cardiolog.

Evaluarea rezultatelor obținute s-a efectuat utilizând programul „Statistica 6,0”. Rezultatele au fost prezentate sub formă de valori medii și deviațiilor standard, nivelul de p<0,05 fiind apreciat ca limită de veridicitate statistică.

Rezultate și discuții

S-a efectuat analiza comparativă a rezultatelor examinării neuropsihice până la inițierea tratamentului și după finisarea acestuia, la pacienții din lotul de bază și cel de control. La toți pacienții s-au înregistrat tulburări cognitive, cele mai frecvente fiind tulburările memoriei vizuale, activității intelectuale și atenției. În baza terapiei cu coenzima Q₁₀ s-a atestat o ameliorare considerabilă a funcției cognitive conform datelor MMSE și unui șir de teste pentru evaluarea disfuncțiilor frontale. S-a demonstrat ameliorarea concentrației și calculului (4,20±0,11 și 4,86±0,18, p<0,01), memoriei (1,67±0,13 și 2,61±0,12, p<0,001), funcției verbale (7,92±0,31 și 9,25±0,17, p<0,001). Conform unui șir de teste pentru evaluarea disfuncțiilor frontale, s-a diminuat gradul de manifestare a disfuncțiilor frontale în probele la concentrare (2,3±0,18 și 3,48±0,13, p<0,001), fluența vorbirii (2,25±0,13 și 2,84±0,16, p<0,001), praxisul dinamic (2,40±0,12 și 2,91±0,11, p<0,01), reacția de alegere simplă și compusă (2,30±0,11 și 2,79±0,13, p<0,01; 1,76±0,15 și 2,46±0,12, p<0,01). A crescut volumul de asocieri literare și categoriale (8,64±0,62 și 10,73±0,76, p<0,05; 11,38±1,12 și 14,62±1,05, p<0,05), ameliorarea funcției de memorare conform probei de memorare a 10 cuvinte (6,72±0,65 și 9,13±0,86, p<0,05). Funcțiile cognitive ale pacienților din lotul de control nu s-au modificat semnificativ.

Concluziile

Rezultatele studiului neuro-psihologic au demonstrat ameliorarea funcției cognitive, în special a memoriei operative și a atenției, ceea ce este recomandabil pentru includerea coenzimei Q₁₀ în tratamentul pacienților vârstnici cu CI și HTA.

EFICIENȚA MĂSURILOR DE REABILITARE LA PACIENȚII VÂRSTNICI CU BPCO ÎN CONDIȚII DE AMBULATOR

Ivan Butorov, Maria Arama, Serghei Butorov

Disciplina Boli Ocupaționale, Clinica Medicală Nr.6,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Actualitatea

În ultimii ani, sistemul de ocrotire a sănătății autohton a început tot mai mult să se axeze pe ameliorarea calității serviciilor medicale prestate pacienților vârstnici. Aceasta este determinat de creșterea numărului pacienților în vârstă înaintată a populației, când aceștia suferă de cel puțin 6-7 maladii concomitente.

Scopul studiului

De a studia eficiența măsurilor de reabilitare la pacienții vârstnici cu BPCO în condițiile de ambulator.

Material și metode

În studiu au fost incluși 32 pacienți cu BPCO de gradul II, evoluție clinică stabilă, cu vârsta inclusă între 61 și 69 ani (vârsta medie fiind de $64,1 \pm 1,4$ ani), care au fost divizați în 2 loturi. Pacienților din lotul de bază ($n=18$) pe fondalul tratamentului tradițional li s-a administrat un complex de măsuri de reabilitare. Pacienților din lotul de control ($n=14$) li s-a administrat doar tratament tradițional.

Evaluarea simptoamelor clinice s-a efectuat în baza sistemului în puncte. A fost efectuată proba de mers timp de 6 minute conform protocolului standartizat. La fel, s-a efectuat pulsoximetria, ce a permis evaluarea gradului de saturație a hemoglobinei din sângele arterial cu oxigen (SpO_2). Tuturor pacienților li s-a efectuat evaluarea nivelului calității vieții prin intermediul chestionarului SF-36. Examinarea pacienților s-a efectuat până la inițierea tratamentului și după finisarea acestuia. Măsurile de reabilitare au constituit kinetoterapia, antrenamente în săli de sport timp de 40 min/zi, consultații psihologice, psihoterapia, studierea tehnicii de respirație diafragmală. Durata măsurilor de reabilitare a constituit 8 săptămâni.

Diferența statistică a indicilor a fost veridică conform criteriilor t-Studente, la $p<0,05$.

Rezultatele studiului

După cursul de tratament s-a determinat o ameliorare veridică a dinamicii stării clinice a pacienților. Astfel, au avut loc: diminuarea dispneei de la $3,4 \pm 0,1$ puncte până la $2,6 \pm 0,2$ puncte, ($p<0,001$); diminuarea tusei de la $2,8 \pm 0,3$ puncte până la $1,7 \pm 0,1$ puncte, ($p<0,01$); creșterea veridică a SpO_2 de la $92,6 \pm 0,2\%$ până la $95,1 \pm 0,4\%$, ($p<0,001$); creșterea veridică a distanței parcurse în timpul probei de mers timp de 6 minute de la $327,2 \pm 18,1$ m până la $398,9 \pm 19,5$ m, ($p<0,05$). Calitatea vieții pacienților, la fel, a suferit schimbări pozitive în urma procesului de tratament. S-a stabilit o ameliorare veridică considerabilă în baza următoarelor criterii: activitatea fizică (PF) de la $34,7 \pm 1,3$ puncte până la $51,2 \pm 1,2$ puncte, ($p<0,001$); starea generală de sănătate (GH) de la $31,8 \pm 1,5$ puncte până la $54,5 \pm 1,7$ puncte, ($p<0,001$); activitatea vieții (VT) de la $43,8 \pm 1,1$ puncte până la $59,4 \pm 1,4$ puncte, ($p<0,001$); funcționalitatea socială (SF) de la $55,7 \pm 1,3$ puncte până la $65,8 \pm 1,0$ puncte, ($p<0,001$); funcționalitatea pe roluri, determinată de starea emoțională (RE) de la $54,3 \pm 1,1$ puncte până la $68,7 \pm 1,0$ puncte, ($p<0,001$), sănătatea psihică (MH) de la $62,7 \pm 1,0$ puncte până la $74,9 \pm 1,1$ puncte, ($p<0,001$), în timp ce indicele de funcționalitate pe roluri, determinat de starea fizică (RP) nu s-a modificat semnificativ: de la $34,6 \pm 1,2$ puncte până la $39,4 \pm 1,8$ ($p>0,05$). La pacienții din lotul de control, în urma tratamentului administrat nu s-au determinat modificări semnificative ale calității vieții.

Concluziile: 1. La pacienții cu BPCO suferă semnificativ calitatea vieții, mai ales diminuarea activității fizice și limitarea activității vitale a problemelor emoționale și funcționale.

2. Măsurilor de reabilitare le revine un loc deosebit în păstrarea calității vieții persoanelor vârstnice, și joacă un rol important în profilaxia invalidizării persoanelor de vârstă a treia. Este necesar de a include măsurile de reabilitare în planul monitorizării complexe a pacienților cu BPCO.

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI PNEUMONIEI EXTRASPITALICEȘTI LA PACIENȚII VÂRSTNICI CU BPCO

Serghei Butorov, Ivan Butorov

Disciplina Boli Ocupaționale, Clinica Medicală Nr.6,
USMF „Nicolae Testemițeanu”

Actualitatea

Particularitățile demografice ale societății actuale se caracterizează prin creșterea duratei medii de viață și a grupelor de bătrân-matur și bătrân-bătrân în structura generală a populației. Acest fapt favorizează sporirea interesului față de gerontologie.

Pneumoniile extraspitalicești aparțin celui mai răspândit grup de maladii. Conform datelor unui șir de cercetări, morbiditatea pneumoniei extraspitalicești oscilează de la 11,6% până la 44,0%. Cu toate acestea, la pacienții din grupele bătrân-matur și bătrân-bătrân diagnosticul de pneumonie extraspitalicească se întâlnește de 2 ori mai des, frecvența spitalizării fiind de 10 ori mai înaltă decât la persoanele tinere. Letalitatea la pacienții peste 60 ani atinge 14-20% și ocupă locul 4 printre toate cauzele decesului în grupul de vârstă respectivă. Astfel, pneumoniile extraspitalicești rămân nu doar o problemă pe larg răspândită, ci și o patologie potențial periculoasă pentru viață.

Scopul studiului

De a studia particularitățile evoluției pneumoniei extraspitalicești la pacienții vârstnici cu BPCO.

Material și metode

Au fost examinați 31 pacienți (15 femei și 16 bărbați) cu vârsta între 63 și 70 ani cu pneumonia documentată și BPCO în anamneză. Diagnosticul a fost estimat în baza recomandărilor naționale pentru diagnostic, tratament și profilaxia pneumoniilor extraspitalicești la pacienții vârstnici (2008). Criteriile de excludere au fost: diabetul zaharat, patologii autoimune, formațiuni maligne. La examenul clinic și culegerea anamnesticii s-au apreciat tusea și cantitatea de spută, durerea în cutia toracică și gradul de manifestare a dispneei conform scorului în puncte Medical Research Council Dyspnea Scale. Conform protocolului de cercetare simptomele clinice se înregistrează la internarea pacientului în staționar și la externarea acestuia. Tuturor pacienților, concomitent cu metodele clinice de examinare, li s-au efectuat aprecierea proteinei C-reactive în serul sanguin prin metoda de latex-aglutinare, examinările bacterioscopice și bacteriologice ale sputei cu aprecierea sensibilității microflorei la preparatele antiseptice și radiografia organelor cutiei toracice.

Prelucrarea statistică a datelor obținute s-a efectuat utilizând programul „Statistica 6,0”, nivelul de $p < 0,05$ fiind apreciat ca limită de veridicitate statistică.

Rezultatele studiului

La evaluarea simptoamelor clinice în ziua internării în staționar s-a stabilit, că 17 (54,8%) pacienți acuzaau tusea cu expectorație muco-purulentă, la 12 (38,7%) pacienți tusea era puțin productivă și doar la 2 (6,5%) pacienți tusea a fost puternică. Dispneea de gravitate medie s-a atestat la 20 (64,5%) pacienți, gravă – la 10 (32,3%) pacienți, mult mai rar cea de gravitate ușoară – în 3,2% cazuri. Durerea în cutia toracică avea un caracter de arsură sau difuză și a fost prezentă la 9 (29,0%) pacienți. Creșterea temperaturii corpului s-a înregistrat la 7 (22,6%) pacienți. La percuție nu întotdeauna era posibil de a aprecia sunetul percutor mat în proiecția regiunilor pulmonare afectate, el fiind prezent doar în 4 (19,6%) cazuri. La auscultația pulmonilor la mai puțin de jumătate de pacienți 41,9% s-a atestat prezența semnelor auscultative tipice unei pneumonii, ceea ce a creat dificultăți în diagnosticul auscultativ al pneumoniei. Crepitațiile au fost prezente doar la 9 (29,0%) pacienți. Dezvoltarea unei reacții inflamatorii a fost demonstrat prin creșterea numărului de leucocite în sânge în mai puțin de jumătate de cazuri – la 10 (32,3%) pacienți. Devierea spre stânga a formulei leucocitare s-a înregistrat la 12 (38,7%) pacienți, în 9,7% cazuri s-a atestat limfocitopenia, ceea ce demonstrează prezența unei imunodeficiențe secundare. Cele mai constante semne au fost: creșterea VSH, care la internare a fost majorat în 45,2% cazuri și proteina C-reactivă pozitivă în 61,3% cazuri. La examinarea sputei, la mai mult de jumătate de pacienți (în 61,3% cazuri) a fost identificat *H. influenzae*. Titrul diagnostic s-a apreciat la valoarea mai mare de 10^5 KOE/ml. *S. pneumoniae* a fost înregistrat în 7 (22,5%) cazuri, *M. catarrhalis* – în 6 (19,4%) cazuri, *S. aureus* – în 6,5% cazuri. Conform datelor examinării radiografice la 20 (64,5%) pacienți s-a atestat afectarea polisegmentară a pulmonilor, la 9 (29,0%) pacienți – afectarea a 2 segmente pulmonare, la 2 (6,5%) pacienți – afectarea unui segment pulmonar. Concomitent s-au atestat semnele insuficienței cardiace pe fundal de asociere cu cardiopatia ischemică sau cardiomiopatie dismetabolică.

Durata spitalizării a variat de la 8 până la 21 zile. Majoritatea pacienților au avut necesitatea de a fi spitalizați timp de 10-14 zile, ceea ce corespundea cu gravitatea evoluției maladiei. Spitalizarea mai durabilă (mai mult de 14 zile) s-a atestat în 11 cazuri, fiind determinată de evoluția gravă a maladiei.

Concluziile: Pneumonia extraspitalicească la pacienții cu BPCO se caracterizează prin tabloul clinic șters, înregistrarea rară a leucocitozei în analiza generală a sângelui, afectarea polisegmentară a pulmonilor, dezvoltării frecvente a pneumoniei cu formă trenantă.

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI BRONHOPNEUMOPATIEI CRONICE OBSTRUCTIVE LA PERSOANELE VÂRSTNICE

Valentina Butorov, Natalia Condaruc

Catedra Medicină Internă nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”

Actualitatea

La momentul actual bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPCO) ocupă unul din locurile de frunte printre toate cauzele decesului, ceea ce marchează o importanță socio-economică majoră a patologiei date. Etiopatogeneza insuficient cercetată, particularitățile diagnosticului și tratamentului complex ale BPCO, determină o problemă actuală a medicinei contemporane.

Scopul studiului

Studierea particularităților clinice și paraclinice la pacienții vârstnici cu BPCO.

Material și metode

Studiul a inclus 42 persoane (33 bărbați și 9 femei), cărora le-a fost stabilit diagnosticul de bronhopneumopatie cronică obstructivă. Pacienții au fost divizați în 2 loturi. Lotul 1 a fost alcătuit din 22 pacienți, vârsta cărora depășea 60 ani (vârsta medie $71,3 \pm 1,6$ ani). Lotul 2 a fost reprezentat de 20 pacienți, care n-au atins 60 ani (vârsta medie $43,7 \pm 2,1$ ani). În lotul 1 au fost 17 bărbați și 5 femei, iar în lotul 2 – 16 bărbați și 4 femei. Estimarea gradului de evoluție a BPCO s-a realizat în baza recomandărilor internaționale GOLD. La investigarea pacienților au fost utilizate următoarele probe: datele clinice, ecocardiografice, radiologice, spirometrice și proba de mers timp de 6 minute.

Rezultatele studiului

La pacienții din lotul 1 tabloul clinic al BPCO era puțin manifestat. Acuzele principale ale pacienților cu BPCO cu vârsta de peste 60 ani au fost reprezentate de: tusea cronică uscată – la 12 (54,3%) pacienți; cu spută muco-purulentă – la 7 (31,8%) pacienți; accese de dispnee – la 9 (40,9%) pacienți; durere retrosternală – la 6 (27,2%) pacienți; dispnee mixtă – la 16 (72,7%) pacienți; temperatura corpului febrilă/subfebrilă – la 3 (13,6%); slăbiciune generală, cefalee, fatigabilitate – la 21 (95,4%) pacienți. Acuzele pacienților din lotul 2 au fost similare, însă cu pondere diferită: tusea cronică uscată – la 7 (35,0%) pacienți; cu spută muco-purulentă – la 9 (45,0%) pacienți; accese de dispnee – la 4 (20,0%) pacienți; durere retrosternală – la 3 (15,0%) pacienți; dispnee mixtă – la 9 (45,0%) pacienți; temperatura corpului febrilă/subfebrilă – la 8 (40,0%); slăbiciune generală, cefalee, fatigabilitate – la 16 (80,0%) pacienți.

La analiza rezultatelor studiului s-a stabilit, că în lotul 1, BPCO de gr.I a fost prezentă la 1 (4,6%) pacienți, de gr.II – la 12

(54,5%) și de gr.III – la 9 (40,9%) pacienți. În lotul 2, numărul de pacienți cu BPCO de gr.I a reprezentat 5 (25,0%), celor cu BPCO de gr.II – 12 (60,0%), iar celor de gr.III – 3 (15,0%). Forma emfizematoasă a persistat la 2 (9,1%) pacienți din lotul 1 și la 1 (5,0%) pacienți din lotul 2; forma bronșitică – la 1 (4,6%) pacienți din lotul 1 și la 2 (10,0%) pacienți din lotul 2; forma mixtă – la 19 (86,3%) pacienți din lotul 1 și la 17 (85,0%) pacienți din lotul 2. În lotul 1, insuficiența respiratorie de gr.I s-a atestat la 4 (18,2%) pacienți, de gr.II – la 10 (45,4%) pacienți și de gr.III – la 8 (36,4%) pacienți. În lotul 2 insuficiența respiratorie de gr.I s-a atestat la 8 (40,0%) pacienți, de gr.II – la 8 (40,0%) pacienți și de gr.III – la 2 (10,0%) pacienți.

Conform examinării ecocardiografice, prezența cordului pulmonar cronic s-a atestat în lotul 1 la 14 (63,6%) pacienți, în lotul 2 – la 5 (25,0%) cazuri, dintre care cord pulmonar cronic compensat a fost prezent la 6 (27,3%) pacienți din lotul 1 și la 3 (15,0%) pacienți din lotul 2, iar decompensarea acestuia a fost înregistrată în lotul 1 la 8 (36,3%) pacienți, iar în lotul 2 – la 2 (10,0%) pacienți.

La evaluarea probei de mers timp de 6 minute, pacienții din lotul 1 au parcurs în medie $292,5 \pm 3,2$ m, ceea ce denotă o diminuare considerabilă a toleranței la efort; pacienții din lotul 2 – $347,5 \pm 4,6$ m ($p < 0,001$).

La toți pacienții din lotul 1 BPCO a fost asociată cu una sau mai multe patologii: angina pectorală cl. funcț. I-II, cardiocleroza postinfarctică, cardiopatia dismetabolică, hipertensiunea arterială gr. II-III, fibrilația atrială, etc. În lotul 2, doar în 7 (35,0%) cazuri au fost constatate una sau câteva patologii concomitente.

Durata tratamentului în staționar a fost net superioară la pacienții din lotul 1 – $15,8 \pm 0,9$ zile, față de pacienții din lotul 2 – $8,7 \pm 0,6$ zile ($p < 0,001$).

Concluziile

Studiind particularitățile BPCO la persoanele vârstnice, putem concluziona că la persoanele în etate BPCO are o evoluție mai gravă decât la pacienții tineri, cu înrăutățirea stării generale și diminuarea toleranței la efort fizic. În același timp pacienții în etate au tabloul clinic mai puțin manifest. BPCO la pacienții vârstnici este deseori asociat cu dezvoltarea cordului pulmonar cronic și decompensarea acestuia, cât și cu alte patologii (hipertensiunea arterială, fibrilație atrială, cardiopatie ischemică, etc.).

DEREGLĂRILE PROFILULUI LIPIDIC LA PACIENȚII CU CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

Natalia Caproș, Valeriu Istrati, Sergiu Matcovschi, Tatiana Dumitraș,
Doina Josan, Olga Țurcan, Ion Nicolenco

Disciplina Sinteze Clinice, Clinica Medicală nr.1, Universitatea Stat Medicină și Farmacie "N.Testemițanu",
SCM „Sfânta Treime”, Chișinău

Summary

Age-related lipid profile disorders in patients with coronary artery disease

Increased lipid fractions according to the scale of age, reflects increased atherogenic risk in patients with ischemic heart disease of old age.

Creșterea nivelului fracțiilor lipidice conform scării de vârstă, este considerat ca un semn de accelerare a procesului de îmbătrânire.

Obiectivul studiului a fost evaluarea dereglărilor profilului lipidic la pacienții cu cardiopatie ischemică în funcție de vârstă.

Material și metode

În studiul dat au fost incluși 405 de pacienți cu cardiopatie ischemică, cu diapazonul de vârstă 35-65 de ani, care au fost repartizați în funcție de clasificarea Canadiană (lot I:<49ani, lot II:50-59ani și lot III:>60ani). Spectrul lipidic (CT, LDL-C, HDL-C, TG) a fost determinat pe probe de sânge colectat dimineața după 12 ore de post alimentar prin metoda enzimatică fotometrică. Aprecierea cantitativă a apoproteinelor apoAI și apoB și a lipoproteinei (a) [Lp(a)] prin testul imunoturbidimetric.

Rezultate

Evaluarea spectrului lipidic la pacienții cu CPI a evidențiat

o dislipidemie caracteristică, ce s-a exprimat prin valori semnificativ avansate ale LDL-C, TG și apoB cu nivel veridic scăzut al HDL-C și apoAI, însoțite de valori semnificativ sporite ale raportului apoAI/apoB, ceea ce presupune un risc major pentru dezvoltarea patologiei aterosclerotice la pacienții respectivi urmată de consecințele ei. De remarcat dinamica ascendentă a nivelului colesterolului total și trigliceridelor în dependență de categoria de vârstă la pacienții cu CPI: s-a constatat o tendință de creștere a concentrației de LDL-C, care s-a păstrat în aceeași magnitudine până în grupul de vârstă înaintată ($5.42 \pm 0.1 \text{ mmol/l}$ vs $5.76 \pm 0.07 \text{ mmol/l}$, $p < 0.01$). Este de notat faptul, că în ambele probe conținutul de HDL-C, în funcție de vârstă, practic a rămas neschimbat. Atrage atenție faptul că, în categoria de vârstă <49 de ani s-a apreciat o scădere a nivelului relativ de HDL-C, în timp ce conținutul de colesterol total și trigliceride nu s-a schimbat. Distribuția datelor apoproteinelor apoAI și apoB potrivit grupelor de vârstă nu a relevat diferențe statistice, la fel în valorile raportului apoAI/apoB și lipoproteinei (a) [Lp(a)].

Concluzie

Creșterea nivelului fracțiilor lipidice conform scării de vârstă, oglindește majorarea riscului aterogen la pacienții cu cardiopatie ischemică de vârstă înaintată.

BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ LA BOLNAVII VÂRSTNICI ȘI SENILI ÎN PRACTICA INTERNISTULUI

**Diana Condrațchi, Serghei Pisarenco, Valentina Scaletchi,
Doina Rusu, Constantin Martiniuc, Nionila Munteanu**

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Introducere

Ultimii decenii se observă o creștere progresivă a morbidității prin bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC) cu impact mondial. Din cauza indicilor înalte de mortalitate și invaliditate, costurilor crescute pentru tratament, BPOC devine o povară economică semnificativă, ce plasează această maladie în topul problemelor socio-economice importante. În grupul pacienților vârstnici se atestă cei mai înalți indicatori de morbiditate, invaliditate, mortalitate, fapt explicat prin fenomenul de îmbătrânire. Însă, evaluarea și tratamentul BPOC, de regulă, se realizează fără aprecierea aspectelor de vârstă, deși evoluția maladiei, frecvența și durata exacerbărilor, susceptibilitatea la tratamentul aplicat la bolnavii vârstnici și senili posedă particularități proprii, care indiscutabil influențează eficacitatea terapiei aplicate.

Scopul studiului

Elucidarea particularităților bronhopneumopatiei obstructive cronice la bolnavii vârstnici și senili.

Material și metode

Sunt utilizate surse din literatură colectate din baze de date MEDLINE, EMBASE, HighWire, Hinari, la fel și experiența proprie de monitorizare a 118 bolnavi vârstnici (90) și senili (28) cu BPOC în condițiile clinicii IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” pe parcursul anilor 2011–2012. Diagnosticul BPOC a fost stabilit în conformitate cu recomandările strategiei GOLD. Conform recomandărilor OMS pacientul a fost calificat vârstnic dacă se includea în vârste 60–74 ani, respectiv senil, dacă avea vârstă egală sau mai mare de 75 ani.

Rezultate și discuții

Îmbătrânirea demografică ca și tendință globală de dezvoltare a civilizației îndreaptă tot mai mare atenție asupra oamenilor vârstnici din societatea contemporană. Creșterea ponderii persoanelor în vârstă din populație creează un șir de probleme cu caracter economic și social.

În condițiile stării ecologice nefavorabile și a încordării sociale, se atestă creșterea incidenței maladiilor aparatului respirator, îndeosebi în rândurile populației vârstnice, care după răspândire concurează cu patologiile cardio-vasculare. Dintre patologiile nespecifice ale aparatului respirator în topul maladiilor se află BPOC, evoluția căreia este cert agravată de modificările de vârstă a funcției pulmonare și de acțiunea îndelungată a viciilor (tabagismul), poluanților atmosferici și noxelor profesionale. Una din particularitățile pacientului geriatric este polimorbiditatea, managementul acestor grupe de pacienți necesită o abordare clinică integrală.

Fiecare exacerbare BPOC agravează evoluția procesului patologic, reduce funcția pulmonară și pronosticul maladiei. În practica geriatrică din cauza polimorbidității, caracteristică pacienților vârstnici, exacerbarea uneia din maladii agravează evoluția alteia, pînă la decompensarea patologiilor asociate. Deaceia, depistarea precoce și tratamentul adecvat al BPOC și exacerbărilor ei la pacientul vârstnic este foarte actuală.

Diagnosticul tardiv al BPOC printre pacienții vârstnici este explicat prin adresarea întârziată după asistență medicală specializată. Așa, la specialist pacienții se adresează deja cu manifestări clinice importante, cu semne clinice care reduc semnificativ calitatea vieții.

Dificultățile în comunicare, modificările cognitive prezente la pacienții vârstnici deseori fac imposibilă evaluarea funcției ventilației pulmonare și respectiv creează impedimente în stabilirea diagnosticului de obstrucție a căilor aeriene.

Cea mai frecventă patologie asociată BPOC la un pacient vârstnic este hipertensiunea arterială. Asocierea acestor boli este dată de factori de risc comune (tabagismul, surplus de masă corporală, deficit de activitate fizică). Pe al doilea loc se plasează cardiopatia ischemică, răspândirea căreia la bolnavii vârstnici cu BPOC este $\approx 37,2\%$.

Manifestări clinice fruste, prezența patologiilor cardio-vasculare asociate, care se manifestă similar, creează necesități de evaluare obligatorie a stării funcției pulmonare tuturor pacienților vârstnici, inclusiv și celor ce nu prezintă semne de bronhoobstrucție.

În afara patologiilor sistemului cardio-vascular pentru fenomenul de îmbătrânire sînt caracteristice infecțiile, diabetul zaharat, maladiile cerebrale și viscerale degenerative, neoplazmele etc.

Evaluarea pacienților vârstnici presupune stabilirea unor obiective realizabile. Dacă tratamentul pacienților tineri are ca scop reconvenștența maximală a disfuncțiilor, în cazul pacienților vârstnici și senili se recurge la diminuarea expresivității semnelor clinice și compensarea funcțiilor alterate. Orientarea medicului curant se axează pe păstrarea și ameliorarea calității vieții, care este considerat obiectivul strategic a geriatricii.

Considerînd durata terapiei medicamentoase a BPOC cu utilizarea unui număr mare de medicamente (polipragmazia inevitabilă) este necesar de amintit despre acțiunea negativă a lor asupra țesutului bronhopulmonar, funcției respiratorii (β -blocatori, sedative, corticosteroizi, citostatice etc.) și asupra funcției de conductibilitate și automatism a cordului (verapamil și diltiazem).

Încușința medicului constă în aptitudini de alegere a terapiei optime, a dozei adecvate în scopul obținerii rezultatelor clinice

benefice cu complicații minime. Patologiile asociate, limitarea capacității de autodeservire, disfuncțiile cognitive necesită abordare multidisciplinară în tratamentul bolnavilor vârstnici.

Particularitățile BPOC la persoanele vârstnice și senile nu se limitează doar la probleme clinice, dar și la cele psihologice, deontologice, sociale etc. Aproximativ 50% pacienți vârstnici incorect respectă indicațiile medicilor sau chiar nu le respectă. Factorii principali care diminuează complianța terapeutică sunt modificările cognitive, comunicare insuficientă medic – pacient, dorința de a evita reacțiile adverse legate de medicament, frica de supradozare, necunoașterea tehnicii corecte de utilizare a aerizorului. Pentru creșterea complianței terapeutice se recurge la suportul din partea membrilor familiei, asisten-

ților sociali, recomandată evitarea polipragmaziei, alegerea schemelor simple de tratament, utilizarea medicamentelor cu acțiune prelungată.

Concluzii. BPOC ocupă un loc important în structura maladiilor pacienților vârstnici și senili. Evaluarea BPOC la pacienții vârstnici și senili este dată de existența unui șir de particularități, care pretind la o abordare specifică în luarea deciziilor, așa ca: modificări morfofuncționale a sistemului bronhopulmonar; prezența co-morbidităților (extrapulmonare) și decompensărilor pe fondal de exacerbari, deseori atipice; dezvoltarea frecventă a insuficienței respiratorii; dificultăți în timpul investigațiilor, complianță redusă; limitarea calității vieții și dezadaptare socio-psihologică.

BRONHOPNEUMOPATIA OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ LA PACIENȚII DIN DIFERITE GRUPE DE VÂRSTĂ

Diana Condrățchi, Serghei Pisarenco, Ion Haidarli

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Introducere

Procesele demografice actuale caracterizate printr-o tendință stabilă de îmbătrânire a populației mondiale, la fel și de gradul înalt de urbanizare, stare ecologică agravată, extind numărul populației vârstnice cu patologii ale aparatului respirator, agravate de co-morbidități. Ultimele cercetări clinico-epidemiologice pun în evidență un fenomen de „acumulare” a bolilor, astfel, la vârsta peste 60 de ani practic la fiecare om se înregistrează aproximativ 4-6 maladii și cu ascensiune în vârstă numărul lor crește.

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) reprezintă o patologie frecventă la persoanele vârstnice, fapt explicat prin acțiunea îndelungată a factorilor de risc (tabagismul, poluanți atmosferici) asupra căilor respiratorii, în asociere cu modificările involutive de vârstă a organelor aparatului respirator (emfizem senil). BPOC este o patologie cu acțiune importantă asupra tabloului clinic, evoluției și tratamentului patologiilor asociate (cardio-vasculare, digestive, endocrine, neurologice, urinare, etc.). Totodată, tratamentul patologiilor asociate multiple la bolnavii de BPOC posedă acțiune și asupra evoluției, pronosticului BPOC.

Scopul studiului

Studierea în aspect comparativ a particularităților clinice bronhopneumopatiei obstructive cronice la pacienții din diferite grupe de vârstă.

Material și metode

Au fost supuse analizei 208 pacienți cu BPOC aflați la tratament on condițiile clinicii IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” pe parcursul anilor 2011–2012, la fel și analiza surselor de literatură, colectate din baze medicale informaționale MEDLINE, EMBASE, HighWire, Hinari.

Divizarea bolnavilor on funcție de grupe de vârstă s-a realizat în baza recomandărilor OMS despre repartizarea pe vârste. Diagnosticul BPOC a fost stabilit în conformitate cu recomandările strategiei GOLD.

Rezultate și discuții

Eșantionul analizat a inclus pacienți cu BPOC cu evoluție moderată, severă și foarte severă, inclusiv 173 (83,2%) bărbați și 35 (16,8%) femei (raport 5:1). După categorii de vârste pacienții au fost repartizați astfel: pacienții cu vârstă medie – 90 (43,3%), vârstnici – 90 (43,3%) și cu vârstă senilă – 28 (13,4%) pacienți. Cu avansarea în vârstă se observă o tendință de agravare a evoluției BPOC. Astfel, în grupa de vârstă medie prevalează pacienții cu BPOC evoluție moderată – 34 (40%) și severă – 39 (45,9%); în grupa vârstnicilor menționăm predominarea pacienților cu evoluție severă – 56 (62,2%) și o pondere semnificativă de pacienți cu evoluție foarte severă – 24 (26,7%). Deja grupul pacienților senili îl formează în majoritate bolnavii cu evoluție foarte severă – 22 (78,6%), grupul îl completează 6 (21,4%) pacienți cu evoluție severă.

Identificarea numărului mediu de patologii diagnosticate (indicator de polimorbiditate), asociate BPOC, a demonstrat că acest indicator este direct proporțional severității BPOC și vârstei pacienților. Astfel, la bolnavii vârstnici și senili în stadiul II și III acest indicator constituie 3,3 și este mai mare decât același indicator în grupul pacienților de vârstă medie (2,2). Printre pacienții vârstnici și senili cu BPOC în stadiul III indicatorul de polimorbiditate crește până la 3,9 și la fel este mai mare decât indicatorul corespunzător în grupul pacienților de vârstă medie. Și, cel mai înalt indicator de polimorbiditate – 5,3 este determinat în grupul pacienților cu BPOC stadiul IV, el fiind de 1,2 ori mai mare decât indicatorul de polimor-

biditate din grupul pacienților cu BPOC de vârstă medie în stadiul similar (4,6).

Tratamentul BPOC, asociată cu multiple co-morbidități importante, a necesitat administrarea medicamentelor din mai multe grupuri farmaceutice (polipragmazia inevitabilă). Astfel, pacienților în stadiul II s-au administrat medicamente aproximativ din 9 grupuri farmaceutice, bolnavilor în stadiul III \approx 10 și pacienților în stadiul IV \approx 12. Starea severă a bolnavilor a condiționat necesitatea de aplicare a oxigenoterapiei non-invasive de lungă durată la toți (100%) pacienții internați în stadiul IV și la 58% pacienți în stadiul III al maladiei.

Compliance terapeutică redusă este fenomenul întâlnit în practica terapeutică mondială. Vârstei senile îi sunt caracteristice memorie scăzută, creșterea anxietății și incertitudinii, irascibilitatea, apariția sau agravarea disfuncțiilor depresive. Modificările menționate deseori împiedică realizarea unui regim medicamentos suficient și adecvat. 56 (27%) de pacienți din eșantionul studiat au fost calificați drept pacienți „naivi” – cei care în pofida severității maladiei, niciodată nu au administrat tratament de fond, nu cunosc tehnica de utilizare a inhalatoarelor. 158 (78%) de pacienți din mai multe motive întrerup tratamentul de fond sau nu iau medicamentele atunci, când se simt bine.

În acest context menționăm că profilul psihologic și comportamental al persoanelor vârstnice și senile nu este neapărat

explicat prin maladii psihice, ci de potențialul intelectual și educațional al pacienților, la fel și de modificările de vârstă, afectarea vasculară cerebrală, condiționată inclusiv de BPOC sau de acțiunea medicamentelor.

Evaluând durata de aflare la tratament în condiții de staționar a fost apreciată dependența de severitate a BPOC – cu agravarea evoluției bolii crește numărul de zile/pat. Pacienții cu BPOC în stadiul II s-au aflat la tratament în medie 8,9 zile/pat, bolnavi în stadiul III – 10,5, pacienții în stadiul IV – 11,5 zile/pat.

Concluzii

Printre pacienții cu BPOC aflați la tratament în staționarul specializat, rata persoanelor vârstnice și senile constituie 53,3%. La pacienții vârstnici, de obicei, constatăm o evoluție mai severă a maladiei, cu mai multe co-morbidități, compliance terapeutică mai redusă și durată mai lungă de tratament. Evaluarea reușită a cazurilor clinice de pacienți vârstnici și senili cu BPOC și patologii asociată multiplă presupune cunoașterea modificărilor de vârstă, farmacodinamicii medicamentoase, particularităților tabloului clinic și necesității de administrare a tratamentului adecvat. Selectarea schemei terapeutice pentru tratamentul BPOC la această categorie de pacienți necesită abordare individualizată.

EVALUAREA STATUTULUI FUNCȚIONAL A PACIENȚILOR VÂRSTNICI CU BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Alexandru Corlăteanu, Victor Botnaru.

Clinica Medicală nr.2, Departamentul Medicină Internă, USMF „N. Testemițanu”, Chișinău

Obiectivele lucrării

Evidențierea parametrilor funcționali în funcție de stadiul bronhopneumopatiei cronice obstructive la pacienții vârstnici și la adulții tineri cu BPCO.

Material și metode de cercetare

În total au fost incluși în studiu 158 de pacienți, dintre care 111 (70%) bărbați și 47 (30%) femei, cu vârsta cuprinsă între 44 și 80 ani, vârsta medie fiind $64,6 \pm 8,9$ ani. Pacienții au fost divizați în două loturi conform vârstei. Lotul de studiu (lotul I), care a cuprins 80 pacienți vârstnici cu BPCO. S-au analizat datele spirometriei, toleranța la efort fizic și indicii calității vieții.

Rezultatele obținute

Distanța medie parcursă în timpul testului de mers de 6 minute în lotul vârstnicilor a fost redusă în comparație cu adulții tineri ($209,7 \pm 82,27$ m versus $255,4 \pm 92,58$ m, $p = 0,001$). A fost depistată o slabă corelație indirectă între distanța parcursă timp de 6 minute și vârsta pacienților în lotul întreg ($r = -0,36$, $p = 0,0001$), precum și în lotul adulților tineri ($r = -0,22$, $p = 0,05$) și al vârstnicilor ($r = -0,32$, $p = 0,004$).

Analiza legăturii dintre distanța parcursă timp de 6 minute (6MWD) și obstrucția bronșică (VEMS%) pentru lotul adulților tineri și al vârstnicilor cu BPCO a identificat o corelație liniară în sens pozitiv, semnificativă statistic. Mai puternic gradul obstrucției a corelat cu 6 MWD la pacienții vârstnici ($r = 0,56$, $p = 0,0001$), în comparație cu adulții tineri ($r = 0,39$, $p = 0,0001$). A fost analizată legătura corelațională a statusului funcțional (indicele de performanțor Karnofsky și indicele Barthel) cu 6 MWD. Indicele de performanțor Karnofsky ($r = 0,47$, $p = 0,0001$) și indicele Barthel ($r = 0,52$, $p = 0,0001$) au corelat mai puternic cu distanța parcursă timp de 6 minute la pacienții vârstnici cu BPCO, în comparație cu adulții tineri ($r = 0,31$, $p = 0,02$) și ($r = 0,45$, $p = 0,001$), respectiv.

Concluzii

BPCO este o cauză majoră a deteriorării severe a calității vieții, activității fizice și statutului funcțional la vârstnici. Am observat o alterare severă a statutului funcțional la pacienții vârstnici cu BPCO. Testul de mers de 6 minute reprezintă un test foarte important, care poate fi folosit pentru caracterizarea severității BPCO și pentru determinarea toleranței la efort fizic la pacienții vârstnici cu BPCO.

PONDEREA INSUFICIENȚEI CARDIACE CRONICE LA VÂRSTNICII CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ SISTOLICĂ IZOLATĂ ȘI CARDIOPATIE ISCHEMICĂ ȘI IMPLICAȚIA FACTORILOR DE RISC CARDIOVASCULARI ÎN DEZVOLTAREA ICC

Elena Coșciug, Olga Maniuc, Anatolie Negară, Felicia Lupașcu-Volentir,
Gabriela Șoric, Parascovia Vârtosu

Laboratorul Științific de Gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Pentru pacienții vârstnici, hipertensiunea arterială sistolică izolată și cardiopatia ischemică sunt principalii factori etiologici ai ICC. Aceasta având un impact important asupra morbidității și mortalității cardiovasculare.

Scopul

Determinarea frecvenței insuficienței cardiace cronice (ICC) la pacienții vârstnici cu hipertensiune arterială sistolică izolată (HTASI), aprecierea factorilor de risc cardiovasculari și estimarea implicației cardiopatiei ischemice (CPI) în evaluarea severității insuficienței cardiace cronice la aceștia.

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 420 de pacienți diagnosticați cu HTASI de gradul I-III cu vârsta de peste 65 ani din raioanele Republicii Moldova. Gradația hipertensiunii arteriale sitolice izolate a fost evaluată conform clasificării Hipertensiunii arteriale din 1999 de OMS și ISH. Vârsta medie a pacienților a fost de $75 \pm 0,28$ ani, dintre care femei - 286 (68%), iar bărbați - 134 (32%). Pacienții au fost examinați conform unui chestionar întocmit de colaboratorii Laboratorului Științific de Gerontologie. La aceștia am urmărit: prezența factorilor de risc cardiovasculari, a comorbidităților, a sindroamelor mari geriatrice. S-a efectuat evaluarea geriatică standardizată, iar datele paraclinice au fost luate din cartela de ambulator. Pacienții au fost divizați în 2 loturi: în I lot au fost incluși pacienții cu HTASI și ICC, iar în lotul II - cei cu HTASI, CPI și ICC.

Rezultate

Datele obținute din studiu arată că frecvența ICC la vârstnicii cu HTASI a fost următoarea: ICC gr.I a fost înregistrată la 75 pacienți (17,8%), ICC gr.II - la 279 pacienți (66,42%), ICC gr.III - la 60 pacienți (14,29%) și ICC gr.IV - la 6 pacienți (1,43%).

Gradul severității ICC crește concomitent cu majorarea valorilor tensiunii arteriale sistolice. Astfel ICC gr.II în HTASI gr.I a fost depistată în 60,87%, în HTASI gr.II - în 72,53%, iar în HTASI gr.III - în 60,29%. ICC gr.III în HTASI gr.I a fost fixată în 4,35%, în HTASI gr.II - în 8,43%, iar în HTASI gr.III - în 33,65%. ICC gr.IV nu a fost înregistrată în cadrul HTASI gr.I, iar în HTASI gr.II a fost în 8,43%, iar în HTASI gr.III - în 4,68%.

Dintre cei 420 pacienți diagnosticați cu HTASI în I lot au fost incluși 288 pacienți (68,6%), iar în lotul II - 132 pacienți (31,4%). Factorii de risc cei mai frecvenți implicați au fost următorii în lotul I comparativ cu lotul II: obezitatea - 51 pacienți (17,7%) / față de 27 pacienți (20,5%); diabetul zaharat - la 44 pacienți (15,2%) / față de 20 pacienți (15,2%); alcoolismul - la 20 pacienți (6,9%) / față de 11 pacienți (8,3%); tabagismul - la 11 pacienți (3,82%) / față de 9 pacienți (6,8%); dislipidemia la 45 pacienți (15,63%) / față de 22 pacienți (16,6%).

S-a stabilit că frecvența ICC în lotul I față de lotul II de studiu: ICC gr.I - 63 pacienți (21,88%) : față de 12 pacienți (9%), ICC gr.II - 189 pacienți (65,62%) / față de 89 pacienți (71,9%); ICC gr.III - 34 pacienți (11,81%) / față de 28 pacienți (9,69%); ICC gr.IV - 2 pacienți (0,7%) : față de 4 pacienți (3%).

Concluzii

Rezultatele studiului au arătat că predomină ICC gr.II și s-a determinat o dependență dintre valorile TA sistolice și gradul funcțional al ICC și anume odată cu creșterea tensiunii sistolice are loc și agravarea severității insuficienței cardiace. Pentru pacienții cu HTASI și CPI este caracteristică o severitate mai pronunțată a ICC față de cei numai cu HTASI. Se observă o mai mare implicație a factorilor de risc cardiovasculari în dezvoltarea ICC la pacienții cu HTASI și CPI, comparativ cu cei doar cu HTASI.

DEGENERESCENTA MACULARĂ LEGATĂ DE VÂRSTĂ METODE CONTEMPORANE DE TRATAMENT ȘI APRECIEREA EFICACITĂȚII LOR

Valeriu Cușnir*, **Anatolie Negară ****, **Serghei Andronic***

Catedra oftalmologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

*Laboratorul științific de Gerontologie***

Actuality:

One of the basic problems of contemporary medicine in the diagnosis and treatment remains to be age-related macular degeneration (AMD). According to obtained data, early diagnosis of AMD, the administration of a complex and early treatment, the dynamic monitoring will slow down and/or stop the degenerative process progression, offering the visual functions and the life's quality.

Actualitate

Degenerescenta maculară legată de vârstă (DMLV) rămâne a fi una din problemele de bază de diagnostic și tratament în medicina contemporană, fiind principala cauză a pierderii vederii centrale la populația peste 65 ani atât în țările dezvoltate cât și cele în curs de dezvoltare.

Scopul

Aprecierea eficacității aplicării metodelor de tratament în DMLV.

Material și metodă

Studiul include 74 pacienți cu DMLV, internați și tratați în clinica oftalmologie nr.2 USMF „N. Testemițanu” în perioada 2010-2011 divizați în 3 loturi de bază și lotul de control 20 pacienți (40 ochi). I lot a cuprins 23 pacienți (44ochi) bărbați 10, femei 13; vârsta cuprinsă 45-84 ani – au urmat cura de tratament cu Retinalamin (bioreglator peptidic) 5mg p/b timp de 10 zile. II lot a cuprins 21 pacienți (42 ochi), bărbați 7, femei 14 vârsta cuprinsă între 45-84 ani – au urmat tratament cu Ocuverte 1p x 2 ori pe zi timp de 3-4 luni. Lotul III – a cuprins 10 pacienți (10ochi), 3 bărbați și 7 femei cu vârsta medie 72±2 ani la care s-a injectat intravitrian 0,05ml (1,25mg) Avastin (Bevacizumab). În lotul martor s-a administrat tratament tradițional.

S-a efectuat investigații până și după tratament: determinarea vederii cu și fără corecție; testul Amsler; biomicroscopia mediilor cu ajutorul lămpii cu fantă, a polului posterior cu lentila Volk în midriază maximală, fotografierea maculei, TCO (tomografia în coerență optică), perimetria computerizată la 10° și la 60°, angiografia fluorescentă.

Rezultate obținute

În toate trei loturi de bază postratament s-a determinat o majorare a acuității vizuale. În I-lot la 16 ochi (36,36%) majorarea a fost cu 0,3-0,2; la 19 ochi (43,18%) cu 0,2-0,1; la 7 ochi (15,9%) cu până la 0,1 și numai la 2 ochi (4,54%) nu s-au determinat modificări. Micșorarea suprafeței scotomului central s-a determinat la 32 ochi (72,72%). În al II-lea lot sa determinat o ameliorare a AV cu 0,1-0,04 care sa menținut pe parcursul mai multor luni. În al III-lea lot s-a majorat acuitatea vizuală cu corecție în 60% (6 ochi) de la 0,04-0,09 la o săptămână după injecție cu 0,09-0,16 la 14 zile după injecție, de la 0,16-0,25 la o lună după prima injecție. În 40% (4 ochi) acuitatea vizuală a rămas neschimbată. Suprafața scotomului central s-a micșorat în 70% (7 ochi), neschimbată a rămas în 30% (3 ochi) la o lună de la injecție. La examenul TCO s-a determinat normalizarea profilului foveolar, micșorarea sau dispariția decolării seroase nepronunțate (≤ 70 microni) a neuroepiteliului, micșorarea în dimensiune a complexului neovascular și a grosimii medii a zonei maculare, recăpătarea densității optice corespunzătoare.

Concluzii

Conform datelor obținute diagnosticarea precoce a DMLV, administrarea unui tratament complex și precoce, monitorizarea în dinamică va oferi încetinirea și/sau stoparea progresării procesului degenerativ cu îmbunătățirea funcțiilor vizuale și a calității vieții.

COMPLICAȚIILE OCULARE ȘI SISTEMICE LA PACIENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP II

Vitalie Cușnir

Catedra oftalmologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Actualitatea

Problema complicațiilor oculare și sistemice ale diabetului zaharat (DZ) de tip II ce duc la cecitate, invalidizare și adesea deces preocupă medicii de diferite specialități. Problema principală în DZ și pentru bolnavi și pentru medici o prezintă complicațiile lui și anume acele vasculare care în țările dezvoltate ocupă primele locuri (în SUA al IV loc) printre cauzele decesului. Deasemenea în țările dezvoltate DZ este cauza principală a orbirii la populația în vârstă 20-74 ani. În DZ cu durata de 25 ani mai des se dezvoltă orbirea, de 17 ori – patologia rinichilor de 20 ori mai des gangrena, de 2 ori la bărbați și 4 ori la femei mai des boala ischemică, de 7 ori mai des insulțul, de 30-40 ori mai des se efectuează amputația [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Scopul

Analiza rezultatelor investigațiilor complexe ale pacienților cu DZ tip II cu scopul determinării complicațiilor oculare și sistemice.

Material și metodă, discuții

În rezultatul analizei rezultatelor investigațiilor și consultațiilor complexe ale 121 pacienți cu DZ tip II am stabilit următoarele. Numai complicațiile oculare depistate la 24,8% pacienți, din care 10,7% - la bărbați și mai des (14%) la femei. Complicațiile cardiace s-au dovedit mai des întâlnite la femei

(5% față de 1,6%). Cu mult mai des s-au depistat patologia oculară combinată cu patologia cardiacă (51,2%) și iarăși mai des în grupul de femei (29,8%) față de bărbați (21,5%). Mai rar (7,4%) s-a depistat patologia oculară asociată cu cea vasculară și cardiacă.

Așa dar complicațiile oculare și sistemice inclusiv și combinațiile lor au fost identificate la majoritatea absolută a pacienților (117 din 121) – 96,7% cu o diferență puțin esențială între bărbați și femei (96,1% și 97,1%).

Tot odată prezența complicațiilor oculare la pacienții cu DZ în tot lotul principal este de 87,6% fiind practic identică în grupul de bărbați (88,2%) și femei (87,1%).

Analizând în diferite grupe de vârstă prezența complicațiilor oculare am constatat prevalența lor la pacienții diabetici de vârstă medie (45-64 ani): 52,9% la bărbați, 52,8% - la femei și mai rar la cei bătrâni: 29,4% - la bărbați și 32,8% - la femei. La pacienții tineri (până la 44 ani) complicațiile oculare erau întâlnite mai rar mai ales la femei (5,9% - la bărbați și 1,4% - la femei).

Concluzie

Complicațiile oculare, sistemice și combinațiile lor sunt stabilite la majoritatea absolută a pacienților cu DZ tip II (96,7%) cu variații în depenență de vârstă și sex.

Bibliografie

1. Bloomgarden Z.T. Diabetic retinopathy and diabetic neuropathy // *Diabetes Care*. – 2007. – Vol. 30(3). – P. 760-765.
 2. Group UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Tigh+ blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes // *Brit. Med. J.* – 1998. – Vol. 317. – P. 713-720.
 3. European Diabetes Policy Group Guidelines for Diabet. care. A desktop guide for type 2 diabetes mellitus // *Diab. Med.* – 1999. – Vol. 16. – P. 716-730.
 4. Вербовая Н.И., Лебедева Е.А. Роль гликозилированных продуктов метаболизма в формировании сосудистых осложнений сахарного диабета // *Проблемы эндокринологии*. – 1997. – Т.43, №1. – С. 43-45.
 5. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России // VII Съезд офтальмологов России (тез. докл., ч.2). – М., 2000. – С. 209-214.
 6. Нероев В.В., Лысенко В.С. Диабетическая ретинопатия//Офтальмология. Национальное руководство. – 2008. – С. 1-11.
-

OCULAR AND SYSTEMIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH DIABETUS MELITUS

Vitalie Cușnir

Ophthalmology Department, SMPU "Nicolae Testemitanu"

Actualities

The problem of ocular and systemic complications in patients with diabetes mellitus (DM) type II, which lead to blindness, invalidation and frequently death, involves doctors of different specialties. The main problem in DM, for both patients and doctors, are his complications, especially vascular complications, which is one of the principal cause of death in developed countries (in USA – IV place). Meanwhile, DM is the principal cause of blindness in the population aged 20-74 years, in developed countries. A patient suffering of DM with a duration of 25 years, more frequent develops blindness, 17 times – the pathology of the kidney, 20 times more frequent the gangrene, ischemic disease – x2 in men, x4 in women, 7 times – the vascular accident, of 30-40 times – it is achieved the amputation [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Purpose

The analyze of the complex investigations of the patients with DM type II in order to determine ocular and systemic complications.

Material and methods, discussion

As a result of analyzing the investigations of 121 patients with DM type II, it was determined: only ocular complications were in 24.8% of patients, 10.7% - men, 14% - women. Cardiac

complications were more frequent in women (5% - women, 1.6% - men). Much more often the ocular complication was combined with the cardiac pathology (51.2%) and predominates in women's group (29.8%), (21.5% - men). Rarely (7.4%), the ocular complications were combined with both cardiac and vascular problems. Consequently, ocular and systemic complications, and their combinations were determined in almost all the patients (117 of 121) – 96.7%, with an unessential difference in men and women (96.1% and 97.1%). At the same time, the ocular complications in patients from the main group were about 87.6%, almost identically in men (88.2%) and women (87.1%).

Analyzing different age groups of patients with ocular and systemic complications, it was determined that more frequent they involve patients aged 45-64 years: 52.9% men, 52.8% - women; rarely elderly: 29.4% - men, 32.8% - women. The ocular complications in patients younger than 44 years were rarely, especially in women (5.9% - men, 1.4% - women).

Conclusion

The ocular and systemic complications and their combination affect almost all patients with DM type II (96.7%), with variations depending on age and sex.

Bibliografie

1. Bloomgarden Z.T. Diabetic retinopathy and diabetic neuropathy // *Diabetes Care*. – 2007. – Vol. 30(3). – P. 760-765.
 2. Group UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Tigh+ blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes // *Brit. Med. J.* – 1998. – Vol. 317. – P. 713-720.
 3. European Diabetes Policy Group Guidelines for Diabet. care. A desktop guide for type 2 diabetes mellitus // *Diab. Med.* – 1999. – Vol. 16. – P. 716-730.
 4. Вербовая Н.И., Лебедева Е.А. Роль гликозилированных продуктов метаболизма в формировании сосудистых осложнений сахарного диабета // *Проблемы эндокринологии*. – 1997. – Т.43, №1. – С. 43-45.
 5. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России // VII Съезд офтальмологов России (тез. докл., ч.2). – М., 2000. – С. 209-214.
 6. Нероев В.В., Лысенко В.С. Диабетическая ретинопатия//Офтальмология. Национальное руководство. – 2008. – С. 1-11.
-

EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII BOLNAVILOR CU BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ ÎN BAZA CHESTIONARULUI SF-36

Aliona David ¹, Sergiu Matcovschi ²

¹ Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”;

² Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Obiectiv

Evaluarea calității vieții bolnavilor cu bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPCO) utilizând chestionarul Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36).

Materiale și metode

Au fost examinați 52 de bolnavi cu BPCO de gravitate medie. Pentru comparație a fost evaluată calitatea vieții la 20 subiecți practic sănătoși. Ca metodă de apreciere a calității vieții a fost utilizat chestionarul SF-36.

Rezultate și discuții

Calitatea vieții bolnavilor cu BPCO în comparație cu cei sănătoși s-a dovedit a fi cu mult inferioară la toate cele 8 domenii. Au fost micșorați semnificativ indicii scalei funcționalității fizice (60,9 versus 93,9 puncte, $p < 0,001$) și a scalei problemelor cauzate de afecțiunile fizice (62,7 versus 95,6 puncte, $p < 0,001$), ce dovedesc majorarea problemelor fizice

în activitatea cotidiană. Au fost constatate influențe negative și asupra activității sociale a acestor bolnavi prin micșorarea indicelui scalei funcționalității sociale (71,1 versus 93,5 puncte, $p < 0,001$). Despre impactul negativ al bolii asupra funcțiilor vitale mărturisește și micșorarea indicilor scalei problemelor cauzate de stări emoționale (65,1 versus 98,3 puncte, $p < 0,001$), a scalei durerilor corporale (76,9 versus 98,1 puncte, $p < 0,001$), a scalei sănătății mintale (55,8 versus 74,5 puncte, $p < 0,001$). La fel s-a constatat diminuarea indicilor scalei de sănătate generală (47,1 versus 63,2 puncte, $p < 0,001$) și scalei de vitalitate (50,3 versus 84,7 puncte, $p < 0,001$).

Concluzie

Evaluarea calității vieții la bolnavii cu BPCO în baza chestionarului SF-36 a demonstrat impactul acestei maladii asupra calității vieții prin afectarea posibilităților atât fizice, cât și psihoemoționale.

EVALUAREA IMPACTULUI COMORBIDITĂȚILOR ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR CU BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Aliona David ¹, Sergiu Matcovschi ²

¹ Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”;

² Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Scopul

Evaluarea impactului comorbidităților asupra statutului clinico-funcțional și calității vieții la pacienții cu bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPCO).

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 159 de pacienți cu BPCO. S-au analizat datele clinice, spirometrice, comorbiditățile, calitatea vieții evaluată cu ajutorul chestionarului Spitalului „Sfântul Gheorghe” (SGRQ) și chestionarului SF-36 (Medical Outcomes Study). Pentru estimarea comorbidităților s-a utilizat indicele Charlson (Charlson Comorbidity).

Rezultatele obținute

La pacienții examinați valoarea indicelui de comorbiditate, cuantificată cu Scorul Charlson, a variat în dependență de severitatea BPCO, majorându-se pe măsura progresării bolii ($p < 0,05$). Analizând dependența dintre indicele de comorbiditate și unele variabile ale bolnavilor cu BPCO incluși în studiu constatăm că indicele Charlson a corelat direct cu scorul MRC ($r = 0,56$, $p < 0,01$), cu vechimea bolii ($r = 0,40$, $p < 0,01$), cu rata exacerbărilor ($r = 0,35$, $p < 0,01$); cu indicii ventilației pulmonare s-a înregistrat o corelație inversă bună (cu VEMS% $r = -0,42$, $p < 0,01$; cu FEF₂₅₋₇₅% $r = -0,40$, $p < 0,01$). O dependență corelațională negativă mai slabă, dar totuși semnificativă statistic,

s-a apreciat între scorul Charlson cu SaO₂ ($r = -0,22, p < 0,01$). Între scorul Charlson și unii parametri, precum sunt indicele fumătorului, tusea, expectorația, tabloul auscultativ nu s-a remarcat nici o dependență corelațională.

Studiind corelația dintre indicele Charlson și indicii calității vieții (în baza chestionarului SF-36), am atestat o dependență inversă semnificativă (de la slabă până la foarte bună), mai ales cu indicii ce caracterizează statutul fizic al calității de viață („activitatea fizică” $r = -0,75, p < 0,01$; „rolul fizic” $r = -0,46, p < 0,01$), cu indicii de „vitalitate” ($r = -0,42, p < 0,01$) și de „sănătate generală” ($r = -0,41, p < 0,01$), ce denotă efectul sistemic al BPCO, care demonstrează, că pe măsura majorării duratei bolii și progresării severității obstrucției bronșice se majorează riscul de a dezvolta numeroase ma-

nifestări extrapulmonare, care și mai mult scad toleranța la efort fizic și calitatea vieții.

Cu chestionarul SGRQ s-a identificat aceeași corelație bună între indicii de calitate a vieții la pacienții cu BPCO și indicele Charlson: cu domeniile „simptome” ($r = 0,42, p < 0,01$), „activitate” ($r = 0,55, p < 0,01$) și „impact” ($r = 0,47, p < 0,01$) și cu scorul total ($r = 0,52, p < 0,01$).

Concluzie

Comorbiditățile pot accentua severitatea BPCO și implicit impactul asupra calității vieții. Pe măsura progresării obstrucției bronșice crește și rata comorbidităților. Deci, evaluarea comorbidităților la pacienții cu BPCO reprezintă o componentă importantă a predicției clinice.

VALORILE UNOR INDICI PARACLINICI ÎN DEPENDENȚĂ DE SEVERITATEA BRONHOPNEUMOPATIEI CRONICE OBSTRUCTIVE

Aliona David

Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Scopul

Elucidarea valorilor unor indici paraclinici, precum sunt hemoleucograma și analiza generală a sputei, în dependență de severitatea bronhopneumopatiei cronice obstructive (BPCO).

Materiale și metode

Au fost incluși în studiu 179 pacienții: 27 pacienți cu bronșită cronică simplă (lotul I) și 152 pacienți cu BPCO: stadiul I (lotul II) - 31 pacienți; stadiul II (lotul III) - 52 pacienți; stadiul III (lotul IV) - 38 pacienți; stadiul IV (lotul V) - 31 pacienți, în faza stabilă a bolii. S-au analizat hemoleucograma și analiza generală a sputei a pacienților.

Rezultate

Nivelul plasmatic al hemoglobinei a fost mărit (peste 170g/l pentru bărbați și peste 150g/l pentru femei) în 5,9 % din cazuri: în lotul I în 3,7%, în lotul II - în nici un caz, în lotul III - în 3,8%, în lotul IV-7,9%, în lotul V - 12,9%. În 18,4% din cazuri s-a constat cifre ce depășesc valorile normale a eritrocitelor (de $5,5 \times 10^{12}$): în lotul I - în 11,1% din cazuri, în lotul II - în 3,2%, în lotul III - în 17,3%, cu creșterea ratei a pacienților cu policitemie în lotul IV și V - cu 18,4% și respectiv 41,9% din cazuri. Nivel scăzut al hemoglobinei (sub 130g/l) s-a apreciat la 14,5% din bolnavi: în lotul I - la nici un pacient, în lotul II - la 22,6%, în lotul III - la 15,4%, în lotul IV - la 13,2%, iar în lotul V - la 19,4%, astfel aceste variații al nivelului hemoglobinei între loturi nu au fost statistic semnificativ ($p > 0,05$).

În frotiul nativ al sputei la pacienții examinați s-a depistat macrofagi în cantitate mică în 60,3%, în cantitate moderată în 15,1%, în cantitate mare în 24,6%. Leucocitele în sputogramă în 93,3% au fost în cantitate mare: în lotul I - la 85,2%, în lotul II - 90,3%, în lotul III - 92,3%, în lotul IV - 97,4%, în lotul V

- în 100% din cazuri. Eozinofilele în spută au fost prezente în 31,8% din pacienți. Cantitatea eozinofilelor în spută până la 1-2% a fost la 16,8% din pacienți (în lotul I - la 18,5%, în lotul II - 22,6%, în lotul III - 17,3%, în lotul IV - 10,5%, în lotul V - 16,5%), până la 10% - la 4,5% din bolnavi (doar în lotul II - 6,4% și în lotul III- 11,5%) și în jur de 10-12% - în 10,6% din cazuri (în lotul II- 19,4% în lotul III - 11,5%, în lotul IV - 10,5%). Cantitatea neutrofilelor în spută a fost 100% la 29,1% pacienți (în lotul I- 81,5%, în lotul II- 51,6%, în lotul III- 59,5%, în lotul IV-71,1%, în lotul V-83,5%), până la 98 - 99% - la 13,9% bolnavi (în lotul I-18,5%, în lotul II-22,6%, în lotul III- 17,3%, în lotul IV-10,5%, iar în lotul V-16,5%), în jur de 91-97% au fost apreciate în 16,15% din cazuri (în lotul I- nici un caz, în lotul II-6,4% în lotul III-11,5%, în lotul IV- 7,9%, iar în lotul V- la fel nici un caz) și un procent de 87-90% a fost constatat la 16 (8,9%) bolnavi (în lotul II - 19,4%, în lotul III - 11,5% și în lotul IV- 10,5%). Microscopia sputei (colorația Gram) a relevat prezența prioritară a florei cocice în 57% din cazuri: în 18,4% în cantitate mică, în 72,1% (129) în cantitate moderată și în 9,5% (17) în cantitate mare.

Concluzie

Pe măsura agravării BPCO, însoțită de hipoxemie cronică, apare policitemia secundară compensatorie, responsabilă de creșterea vâscozității sanguine.

Examinarea frotiului nativ al sputei confirmă prezența inflamației bronșice cu predominarea neutrofilică caracteristică BPCO. În studiul actual nu au existat diferențe semnificative între numărul eozinofilelor sau a neutrofilelor în sputa pacienților cu diferite stadii de gravitate a BPCO, ce confirmă menținerea inflamației pe parcursul evoluției bolii, indiferent de stadiul de severitate al BPCO.

ASPECTE ETIOLOGICE ȘI CLINICE ALE PNEUMONIILOR COMUNITARE LA VÂRSTNICI

Tatiana Dumitraș¹, Sergiu Matcovschi¹, Natalia Caproș¹, Ala Rusnac²,
Ion Nicolenco¹, Valeriu Chimacovschi²

¹Departamentul Medicină Internă, Clinica medicală nr. 1, USMF „Nicolae Testemițanu”

²IMSP SCM „Sfânta Treime”

Summary

Etiological and clinical aspects of community-acquired pneumonia in elderly patients

The study included 150 patients hospitalized with community-acquired pneumonia, of which we retrospectively analysed 48 patients aged more than 65 years and 102 patients aged less than 65 years. We revealed that *Streptococcus pneumoniae* domains in the etiological structure of community-acquired pneumonia in elderly patients. The onset of pneumonia in the elderly is more often an insidious one and localized crackles are more frequently observed on auscultation. An evolutionary feature of community-acquired pneumonia in the elderly is the delayed resolution of infiltrate.

Actualitatea temei

Conform datelor literaturii de specialitate, incidența pneumoniilor comunitare la vârstnici nu diminuează. Problema pacientului vârstnic cu pneumonie vizează atât dereglarea funcției pulmonare, cât și a răspunsului imun la infecții. Rezultatele studiilor vizavi de etiologia, evoluția, sindromul de răspuns inflamator sistemic în cadrul pneumoniilor la vârstnici sunt contradictorii.

Scopul studiului

Evidențierea particularităților etiologice și clinice ale pneumoniilor comunitare la vârstnici.

Material și metode

În studiu au fost incluși 150 pacienți spitalizați cu pneumonii comunitare în perioada 01.03.2010-01.12.2011 în SCM „Sfânta Treime”. Vârsta medie a pacienților incluși a constituit $58,3 \pm 16,7$ ani. Pacienții au fost evaluați clinic, radiologic, biologic. Diagnosticul etiologic a cuprins sputoculturi, precedate de bacterioscopii ale sputei, hemoculturi, culturi din lichidul pleural. Retrospectiv, pacienții au fost repartizați în funcție de vârstă în două loturi: lotul I (48 pacienți) - cu vârsta peste 65 ani și lotul II (102 pacienți) - cu vârsta sub 65 ani.

Rezultate

În studiul nostru în structura etiologică a pneumoniilor a predominat flora gram pozitivă, *Streptococcus pneumoniae* plasându-se pe locul I atât la vârstnici, cât și la pacienți cu vârsta sub 65 ani - 29,2% (14/48) și 27,5% (28/102), respectiv.

Dintre toți agenții patogeni diagnosticați, doar *Streptococcus pyogenes* a fost identificat semnificativ mai frecvent la pacienții cu vârsta sub 65 ani - 17,4% (18/102) cazuri vs 6,3% (3/48), $p < 0,05$. Analizând tabloul clinic, am remarcat un debut insidios, raluri crepitante înregistrate mai frecvent la pacienții vârstnici - 45,8% (22/48) cazuri vs 28,4% (29/102) cazuri și 58,3% (28/48) vs 37,3% (38/102) cazuri, respectiv, $p < 0,05$. Extinderea polisegmentară a infiltratului pneumonic a fost observată în 14,6% (7/48) cazuri din lotul I vs 27,5% (28/102) cazuri din lotul II, iar extinderea multilobară și/ sau bilaterală - în 37,5% (18/48) cazuri vs 24,5% (25/102) cazuri, respectiv. Conform datelor hemoleucogramei, media de leucocite a constituit $7,2 \pm 2,8 \times 10^9/l$ la pacienții vârstnici vs de $8,1 \pm 5,1 \times 10^9/l$ la pacienți cu vârsta sub 65 ani, iar prezența formelor tinere în formula leucocitară $> 10\%$ a fost înregistrată în 8,3% (4/48) cazuri vs 11,8% (12/102) cazuri, respectiv. Modificarea antibioterapiei de prima linie a fost necesară în 20,8% (10/48) cazuri din lotul I vs de 7,8% (8/102) cazuri din lotul II, $p < 0,05$. Resorbția în termen a infiltratului pneumonic a avut loc în 66,7% (32/48) cazuri din lotul I vs 82,4% (84/102) cazuri din lotul II, $p < 0,05$.

Concluzii

În etiologia pneumoniilor comunitare la pacienții vârstnici prevalează flora gram pozitivă, *Streptococcus pneumoniae* având poziție dominantă. Pneumonia comunitară la vârstnic mai frecvent debutează insidios, iar în tabloul auscultativ mai frecvent se atestă raluri crepitante localizate. O particularitate evolutivă a pneumoniei comunitare la vârstnici o constituie resorbția întârziată a infiltratului.

L'ÉTHIQUE EN PRATIQUE : L'ÉTHIQUE DU SOIN EN GERIATRIE

Pr. Armelle GENTRIC. Service de Gériatrie. C.H.R.U. BREST

EA 4686 Université de Bretagne - BREST

L'éthique ne doit pas rester un concept philosophique théorique, mais doit être mise en œuvre au quotidien sous la forme d'une éthique du soin.

L'éthique du soin est une démarche de réflexion, de questionnement sur le sens de chaque action et de chaque décision, sur notre responsabilité vis-à-vis de l'autre, cet autre étant pour les soignants en gériatrie, la personne âgée malade, vulnérable ou dépendante.

Cette démarche de réflexion a pour objectif d'aboutir à une prise de décision « juste » pour une personne vulnérable considérée dans sa globalité médico-psycho-sociale, décision prise dans une situation déterminée à un moment donné, dans le respect des principes fondamentaux de l'éthique : la dignité, la bienfaisance, l'autonomie, la justice.

L'éthique du soin a pour principe de réinscrire la pratique du soin dans un rapport de responsabilité (éthique de la responsabilité), vis-à-vis d'une personne vulnérable (éthique de la vulnérabilité).

Un exemple concret de cette éthique du soin dans la pratique quotidienne est la mise en œuvre du protocole HELP (Hospital Elder Life Program) dont l'objectif est de limiter les

complications souvent redoutables d'une hospitalisation sur la personne âgée fragile. Une prise en soins basée sur des mesures simples centrées sur la personne dans sa globalité permet d'éviter de manière tout à fait significative la perte d'autonomie liée aux complications d'une hospitalisation (en particulier le syndrome confusionnel).

En effet, un processus de soins ne tenant pas compte de la vulnérabilité de la personne âgée malade peut, à lui seul, déclencher un syndrome confusionnel dont les conséquences sont dramatiques: mortalité, déclin cognitif et fonctionnel, institutionnalisation.

Introgénie, contention, sondage urinaire inutile, multiplications d'examen complémentaires dont le bénéfice n'a pas été évalué, immobilisation, absence de repère spatio-temporaux, absence de prise en compte des déficits sensoriels, perturbation du sommeil, absence de vigilance pour l'hydratation sont autant de facteurs déclenchants un syndrome confusionnel dus à une démarche de soins inappropriée.

Le protocole HELP a pour objectif d'éviter toute ces inadaptations d'un processus de soins « non éthique », ne tenant pas compte de la personne âgée dans sa globalité et sa vulnérabilité.

ANGINA PECTORALĂ ȘI INFARCTUL MIOCARDIC LA VÂRSTNICI

Valerian Hortolomei, Valeriu Hortolomei

Catedra Medicină Internă nr.3 USMF "Nicolae Testemițanu"

Evoluția infarctului miocardic la pacienții cu vârsta înaintată și senilă 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.

CI adesea evoluează cu sindromul dolo slab pronunțat sau cu forme indolore, comparativ cu pacienții de vârstă medie. La acești pacienți IM parcurge cu reacții din partea t° și sângelui slab pronunțate.

În dinamică IM la pacienții cu vârstă înaintată și senilă factorii psihoemoționali au o însemnătate redusă, comparativ cu încordările fizice. Acest fenomen este condiționat, în mare parte, de micșorarea reactivității sistemului simpato-adrenal, ca și de acțiunea mai prelungită a catecolominelor în legătură cu inactivitatea lor lentă.

De rând cu frecvența înaltă a formelor atipice, inclusiv a formelor asimptomatice ale IM, frecvent apar în vârstă înaintată și senilă diferite complicații grave, ca: insuficiența cardiacă acută, șoc cardiogen, aritmii, tulburări tranzitorii ale circulației cerebrale până la ictus ș.a.

Particularitățile tabloului clinic în CI la pacienții cu vârsta înaintată și senilă.

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 accesuri 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, săcăitoare 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, accesese anginoase trebuie să fie diferențiate de osteocondroză, spondiloză 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 cu vârsta înaintată și senilă 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 vasomotore 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 astenicii, necesită efectuarea diagnozei diferențiate.

La o categorie de pacienți cu vârsta înaintată și senilă 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 cu vârsta înaintată și senilă este mai deficilă, comparativ cu cele de vârstă medie nu numai că au o evoluție frecvnt 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 cu vârsta înaintată și senilă ECG are următoarele particularități: se alungește intervalul P-Q (până la 0,2-0,22 sec), se micșorează unda P în derivațiile standarde 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 vârsta înaintată și senilă se constată dințari nepronunțate a undelor și dilatări moderate a complexului QRS; frecvent se întâlnește bloc de ram drept a 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 dințari a 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).

PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA DEGLUTITION EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE : APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE.

TH.LEBLE,S.LABAS ,F.PINOCHE.

Service de médecine Gériatrique, groupe hospitalier Saint Augustin 56140 Malestroit.FRANCE

INTRODUCTION

Les troubles de la déglutition sont très fréquents chez les patients hospitalisés et leurs conséquences sont graves car elles exposent le patient âgé à des complications telles que la dénutrition, la déshydratation et les pneumopathies à répétition.

DEFINITION

La déglutition est l'action d'avaler, c'est à dire de faire passer le bol alimentaire, les liquides ou la salive de la bouche vers le pharynx puis de le faire progresser de manière réflexe dans le pharynx, l'œsophage et dans l'estomac.

C'est une activité physiologique sensori-motrice qui se produit 2000 fois par jour, 3 fois par minute dans la journée, 1 fois par minute la nuit. Elle assure de façon concomitante l'alimentation et la protection des voies respiratoires, le passage des aliments, de la salive et des sécrétions bronchorhino-oesopharyngées.

DETECTION DES FAUSSES ROUTES

Il est donc nécessaire de repérer les signes d'alerte, de faire le diagnostic positif et de proposer un dépistage systématique permettant une prise en charge adaptée du patient hospitalisé.

OBJECTIFS

- Assurer des apports nutritionnels et hydriques suffisants
- Prévenir la survenue de complications, en particulier respiratoires
- Promouvoir une qualité de vie optimale

CONCLUSION

Le bon fonctionnement du mécanisme de déglutition est capital pour notre santé, son dysfonctionnement pouvant mettre en jeu la vie de la personne.

La prise en charge des troubles de la déglutition, dont l'adaptation des repas, est un véritable SOIN.

Elle nécessite une intervention pluridisciplinaire (médecin, diététicienne, ergothérapeute, orthophoniste...) mais également l'implication d'un personnel formé (cuisinier, AS, IDE).

L'HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE : UN LIEU DE PLURIDISCIPLINARITE.

Docteur Christian LE PROVOST

Gériatre - Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (Vannes)-France

« La pluridisciplinarité est à la gériatrie ce que l'orchestre symphonique est à la musique » (J Pellerin).

Les premiers hôpitaux de jour spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées sont apparus en France dans les années 1970. Déjà la circulaire ministérielle de 1971 en précisait le caractère pluridisciplinaire en les définissant comme « des unités destinées à des personnes âgées dont l'état nécessite des soins que pourrait donner un personnel médical, infirmier, kinésithérapeute, sans que l'hébergement ne soit pour autant nécessaire ». Cette pluridisciplinarité a été rappelée dans la circulaire ministérielle du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : « l'hôpital de jour dispose d'une équipe

pluridisciplinaire comportant au minimum : gériatre, infirmière, aide-soignante, psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire ». L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique et à la prise en charge des patients gériatriques.

Les objectifs en sont les suivants:

- Dispenser une évaluation gérontologique standardisée afin de repérer le plus précocement possible les risques médicaux, les déficiences et affections les plus fréquentes après 70 ans.
- Assurer, en lien direct avec le médecin traitant, une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale.

Cette évaluation devrait permettre le diagnostic précoce, l'adaptation thérapeutique et le suivi des pathologies dont l'incidence augmente avec l'avancée en âge: les affections neuro-végétatives (maladie d'Alzheimer...), les affections de l'appareil locomoteur (ostéoporose...), les maladies cardio-vasculaires et les déficiences sensorielles.

- Assurer auprès des malades atteints de maladie d'Alzheimer ou de syndrome apparenté, en relais des consultations mémoire, une évaluation gérontologique permettant la mise en œuvre et le suivi du plan de soins et du plan d'aide, ainsi que la prise en charge des comorbidités.
- Eviter le recours à l'hospitalisation à temps complet.
- Réduire la durée de certaines hospitalisations à temps complet.

- Constituer une interface dynamique entre la filière gériatrique hospitalière et les professionnels du soutien à domicile et des établissements d'hébergement. L'hôpital de jour gériatrique est ainsi un cadre privilégié pour:

- évaluer et prendre en compte le contexte familial et psycho-social
- dépister les comorbidités
- permettre un cheminement en plusieurs étapes
- la pluridisciplinarité : Il replace le patient au centre de l'évaluation pluridisciplinaire en tenant compte de son parcours de vie, de la perception qu'il a de ses déficiences et de leurs conséquences, de ses facultés cognitives et de sa thymie, de son environnement socio-familial.

PARTICULARITĂȚI CLINICE ALE OSTEOARTROZEI DEFORMANTE ÎN SINDROMUL METABOLIC LA VÂRSTNICI

Felicia Lupașcu-Volentir, Anatolie Negară, Elena Coșciug, Olga Maniuc

Laboratorului Științific de Gerontologie a USMF "Nicolae Testemițanu"

Actualități

Sindromul metabolic (SM) reprezintă un concept contemporan pentru populația adultă atingând 20-30%, cu risc înalt către accidentele vasculare. Osteoartroza (OA) ocupă primul loc printre bolile reumatice degenerative la vârstnici, fiind o boală multifactorială, dereglările metabolice ocupând un loc important în patogenia sa, prin afectări distructive ale cartilajului articular și sinovite recidivante. OA frecvent este asociată cu disfuncțiile metabolice, manifestări clinice, hipertensiune arterială, hiperuricemie și microalbuminurie. Studiarea acestei interrelații de trăsături etiologice ale OA și SM este actuală, deoarece va permite elaborarea unor noi tactici de tratament.

Scopul

Aprecierea particularităților clinico-evolutive, manifestărilor clinice, datele rengenologice a relației OA și SM la vârstnici.

Materiale și metode

Cercetările s-au efectuat în baza unei anchete elaborate de către colectivul Laboratorului Științific de Gerontologie, asupra unui lot de 672 pacienți cu vârsta cuprinsă între 65-93 ani, evaluați în secția de Geriatrie al Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății. Asocierea OA+SM a fost prezentă la 352 bolnavi, care ulterior au fost devizați în 3 categorii mari conform clasificării internaționale Canadiene (1998). Examinările bolnavilor s-au axat în baza unui program care a inclus: anchetarea clinico-anamnestică, examinări obiective (indexul de masă corporală), imagistică ale articulațiilor afectate și teste paraclinice (colesterol, trigliceride, lipoproteide, HDL-colesterol, LDL-colesterol, acidul uric, glucoza, proteina C reactivă).

Semnele clinice ale bolilor au fost apreciate cantitativ: 0 – absență, 1 – prezență și calitativ.

Nivelul indicilor și gradul de variabilitate au fost prezentate prin media aritmetică și deviația standard (pachetul de soft STATISTICA 7, SUA).

Rezultate și discuții

Asocierea OA+SM a fost prezentă la 352 bolnavi (27 la femei; 271 bărbați), care au prezentat: hipertensiune arterială, sindrom X metabolic, obezitate abdominală, dislipidemie, dereglarea toleranței la glucoză și diabet zaharat tip 2. Afectări poliarticulare au fost predominante la articulațiile genunchilor, cu stadiul Rô III – 75% și insuficiență funcțională articulară de gradul II. Distrucțiile articulare, depistate la cercetările rengenologice au fost corelate cu creșterea indexului de masă corporală, a dislipidemiei, glicemiei și a dereglărilor metabolice la pelicola ECG de tipul schimbărilor ischemice. Totodată s-a stabilit că caracterul sindromului algic articular pe fondalul SM era prezentă în permanență de intensitate variată, care în evoluție implica și ariile mici articulare. Aceste date conduc la creșterea capacității de disfuncție articulară, implicarea în procesul patogenetic degenerativ unui număr mai mare de articulații, ceea ce favorizează negativ calitatea vieții acestor pacienți.

Concluzii

Asocierea osteoartrozei și a sindromului metabolic, se manifestă prin obezitate și dislipidemie, urmată de prezența hipertensiunii arteriale, dereglării toleranței la glucoză și diabetului zaharat de tipul 2, agravează manifestările clinice distructive articulare cu acutizări frecvente.

PARTICULARITĂȚI DE TRATAMENT AL PACIENȚILOR CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ SISTOLICĂ IZOLATĂ LA VÂRSTNICI

Felicia Lupașcu-Volentir, Anatolie Negară, Gabriela Șoric, Elena Coșciug, Olga Maniuc, Ala Zlatovcena

Laboratorul Științific de Gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Un aspect important în tratamentul hipertensiunii arteriale sistolice izolate (HTASI) la vârstnici, îl reprezintă administrarea adecvată a medicației și creșterea eficacității farmacoterapiei prin diverse combinații de preparate antihipertensive.

O importanță deosebită o reprezintă furnizarea datelor farmacoepidemiologiei preparatelor antihipertensive, care oferă posibilitatea depistării particularităților de tratament regional al HTASI.

Scopul cercetării a fost elucidarea administrării de medicație antihipertensivă la pacienții cu HTAIS în diferite regiuni ale Republicii Moldova.

Material și metode

Cercetările s-au efectuat în baza unei anchete elaborate de către colectivul Laboratorului Științific de Gerontologie. S-au studiat 420 de cartele ambulatorii cu diagnosticul stabilit de HTASI. Drept criteriu de includere în anchetă a fost vârsta de peste 65 ani, administrarea medicației antihipertensive prescrise pentru o perioadă de cel puțin 1 lună, și monitorizarea HTASI de către medicul de familie. Ca criteriile de excludere au servit prezența bolilor oncologice și bolilor cronice decompensate (cardiace, renale, hepatice).

Rezultate

Vârsta bolnavilor a variat între 65-95 ani, media de vârstă constituind $75 \pm 0,3$ ani. Femeile au prezentat – 68%, iar băr-

bați – 32%. Maladiile concomitente s-au prezentat după cum urmează: astmul cardiac – 3,1%, diabetul zaharat – 19,1%, pielonefrita cronică – 20%, insuficiența renală cronică – 2,3%, hipotiroidia – 8%, patologia cerebrovasculară – 64,07%, accidente vasculare cerebrale – 7,43%.

În rezultatul efectuării terapiei antihipertensive, frecvența administrării de monoterapie a inhibitorilor enzimelor de conversie (IEC) în HTAIS a constituit – 88,3%, diuretice tiazidice (DT) – 86%, blocați ai canalelor de calciu (BCC) de tip dehidroperidinic – 30,29%, BCC de tip non-dehidroperidinic – 3,73%, betablocați (BB) – 7,72%.

În urma administrării medicației antihipertensive, valorile tensiunii arteriale pulsatile a prezentat după cum urmează: 50 mmHg – 11,15%, 60 mmHg – 12,86%, 70 mmHg – 17,14%, 80 mmHg – 35,43%, 90 mmHg – 23,42%.

Concomitent, s-a evaluat frecvența în administrarea combinațiilor de preparate antipertensive la pacienții cu HTAIS și s-au obținut următoarele date: DT + IEC – 57%, diuretice + BCC – 14,15%, DT + BB – 8,86%, IEC + BCC – 7,7%, BCC + BB – 4,86%, D+IEC+BCC – 19,3%, D+IEC+BB – 11,43%.

Concluzii

Cercetările efectuate au relevat, că monoterapia de elecție al HTAIS a cuprins inhibitori ai enzimelor de conversie, diuretice tiazidice și blocați ai canalelor de calciu de tip dehidroperidinic, ceea ce a prezentat un tratament contemporan la vârstnici.

DEREGLĂRILE COGNITIVE LA VÂRSTNICII CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ SISTOLICĂ IZOLATĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Olga Maniuc, Anatolie Negară, Felicia Lupașcu-Volentir, Elena Coșciug, Gabriela Șoric, Valeria Lungu

Laboratorul Științific de Gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Hipertensiunea arterială sistolică izolată (HTASI) este cea mai frecventă formă de hipertensiune arterială la vârstnici. Datele furnizate de studiul Framingham arată că HTASI la persoanele de peste 60 ani ocupă 65-75% din toate hipertensiunile arteriale. Consecințele majore ale HTASI sunt condiționate de afectarea organelor țintă, îndeosebi a cordului și a sistemului

nervos central. La bătrâni creșterea tensiunii arteriale sistolice este asociată cu dereglarea cognitivă. Necesitatea evaluării funcției cognitive la vârstnicii cu HTASI reiese din faptul că funcția cognitivă este cheia ce determină independența și calitatea vieții pacientului.

Scopul

Aprecierea gravității dereglărilor cognitive și frecvenței acestora la vârstnicii cu hipertensiune arterială sistolică izolată.

Materiale și metode

Am efectuat un studiu pe un lot de 420 pacienți vârstnici cu HTASI din raioanele de centru, sud și nord a republicii. Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 65-95 ani, media de vârstă era de $75 \pm 0,28$ ani. Dintre examinați femeile au constituit 286 (68%), bărbații-134 (32%). Pacienții din studiu au fost examinați conform unui chestionar, care a inclus: datele de pașaport, condițiile de trai, gradele de dependență, prezența sindroamelor mari geriatrice, factorii de risc cardiovasculari, afectarea organelor țintă, datele obiective și paraclinice. Evaluarea funcției cognitive s-a efectuat cu ajutorul scorului MMSE (Mini Mental State Examination). Pacienții au fost repartizați în III loturi conform gradelor tensiunii arteriale sistolice și grupelor de vârstă.

Rezultate

În urma efectuării testului MMSE s-a determinat afectarea funcției cognitive la 110 pacienți (26,2%). Factorii de risc cardiovasculari cei mai frecvenți întâlniți au fost: supraponderabilitatea (19%), obezitatea (19%), dislipidemia (24,5%), diabetul zaharat (15%), consumul cronic de alcool (8%), tabagismul (5%). Comparând ponderea dereglărilor cognitive în cele trei loturi reiese următoarele: Dereglări cognitive în lotul I- au fost stabilite în 21,7% cazuri, în lotul II-28,3% și în lotul III- 29,5%.

Rezultatele din lotul I de studiu au arătat, următoarele: tulburări cognitive ușoare au fost înregistrate în

21,7% cazuri, gravitate moderată și severă nu au fost fixate. În lotul II de studiu dereglări cognitive gravitate ușoară au fost evidențiate în-24,1%, cele de gravitate medie-4% și gravitate severă-0,2%, iar în lotul III de studiu- gravitate ușoară-24,3%, gravitate moderată-4,9% și gravitate severă-0,3%.

S-a observat o corelație între vârstă și gravitatea dereglărilor cognitive. Astfel în lotul I de studiu la pacienții cu vârsta cuprinsă între 65-74 ani, dereglări cognitive ușoare s-au înregistrat în 16,6%, iar la cei de peste 75 ani în 46,4%. În lotul II de studiu la vârstnici de 65-74 ani: dereglări cognitive ușoare s-au întâlnit în 16%, moderate în 2% și severe în 0,7%, iar la cei de peste 75 ani dereglări cognitive ușoare în 32,5%, moderate 5,4% și severe în 1,1%. În lotul III de studiu: la persoanele de vârstă 65-74 ani s-au înregistrat: dereglări cognitive ușoare în 40,7%, moderate în 7,4% și severe 1,9%, iar la cei de peste 75 ani- dereglări cognitive ușoare s-au înregistrat în 43,3%, dereglări moderate în 9,4% și severe în 2,2%. Rezultatele obținute au relevat faptul că frecvența dereglărilor cognitive crește odată cu majorarea cifrelor tensiunii arteriale sistolice și avansarea în vârstă.

Concluzii

Tensiunea arterială sistolică ridicată constituie un factor major de afectare a funcției cognitive la vârstnici. Tulburările cognitive sunt frecvent întâlnite la bătrâni, ce se datorează atât modificărilor de vârstă neurofiziologice cât și de valoarea tensiunii sistolice. Studiul relevă o pondere crescută a dereglărilor cognitive la vârstnicii cu HTASI, cu predominarea tulburărilor cognitive ușoare, ce nu afectează activitățile vieții cotidiene.

VÂRSTNICII, SĂRĂCIA ȘI EXCLUZIUNEA SOCIALĂ

Aliona Onofrei

Catedra Asistența Socială (USM)

Vârstnicii sunt considerați ca fiind unul dintre grupurile expuse cel mai mult excluziunii sociale datorită particularităților de vârstă ale acestora, care influențează asupra autonomiei personale în realizarea activităților (dificultăți de ordin senzorial, fizic / locomotor), precum și capacității de obținere a veniturilor suplimentare. Respectiv, unul din principalele riscuri cu care se confruntă vârstnicii este sărăcia, care este strâns legată de lipsa mijloacelor materiale pentru o bătrânețe auto-suficientă, degenerând în final excluziunea socială.

De regulă, vârstnicii (pensionarii) nu sunt printre beneficiarii creșterii economice. Cheltuielile curente, în special cele pentru utilități, tind să determine alunecarea spre sărăcie a tot mai multor persoane vârstnice. Beneficiile sociale sunt erodate mai rapid decât veniturile salariale. Pensia medie a pierdut mereu mai multe puncte procentuale față de salariul mediu, ceea ce conduce la un proces de sărăcire mai accentuat și o polarizare între persoanele active economic și cele dependente de suportul social. Cele mai multe dezechilibre din domeniul beneficiilor

sociale se înregistrează în domeniul pensiilor. Disparitățile resimțite ca inechități flagrante accentuează disperarea, lipsa de speranță și activism, care pot contribui suplimentar la glisarea spre sărăcie.

Conform datelor Biroului Național de Statistică minimul de existență pentru pensionari în anul 2010 a alcătuit 1184,3 lei, fiind în creștere față de anul precedent cu 15,8%. Minimul de existență pentru pensionari diferă în funcție de mediul de reședință al acestora. Astfel, minimul de existență pentru pensionarii din mediul urban este cu 150,0 lei mai mare față de mediul rural, datorită în special costurilor mai înalte pentru diverse servicii. Totodată, pensia lunară stabilită pentru limita de vârstă a putut fi acoperită cu minimul de existență pentru această categorie de populație la nivel de 70,6%, față de 78,3% în anul 2009.

Deci, vârstnicii sunt una din cele mai vulnerabile categorii de populație. În anul 2010, sub pragul sărăciei s-au plasat 21,9% din populația țării, iar în cazul vârstnicilor practic fiecare a patra

persoană este săracă. Circa 75% din gospodăriile de vârstnici sărace provin din mediul rural și se confruntă cu un risc la sărăciei absolute în proporție de 31,7% comparativ cu 16,5% în cazul gospodăriilor de vârstnici din mediul urban.

Achitarea serviciilor rămâne a fi o povară grea pentru gospodăriile țării, dar mai cu seamă pentru cele în componența cărora sunt vârstnici. Astfel, nouă din zece gospodării întâmpină greutatea la achitarea agentului termic; patru din zece gospodării la achitarea gazelor naturale și mai bine de ¼ din aceste gospodării întâmpină greutatea la achitarea facturilor pentru energia electrică. Ca rezultat în mediul urban 35,4% din gospodării formate numai din persoane în etate și 34,7% din gospodării mixte, apreciază condițiile de trai ca fiind – rele sau foarte rele, pe când în cel rural unde o bună parte din gospodării nu dispun de comodități 24,7% din gospodării de vârstnici și 19,8% din gospodării mixte, apreciază condițiile de trai ca fiind rele sau foarte rele. Comparativ cu anul precedent 67,1% din gospodării cu vârstnici au menționat că trăiesc la fel, 27,3% - mai rău sau mult mai rău și numai 5,6% au afirmat ca trăiesc mai bine.

Cu toate că persoanele vârstnice sînt acoperite cu asigurări medicale de stat, există cazuri cînd acestea sunt în afara siste-

mului. Astfel, 9,2% din gospodăriile de vârstnici au declarat că nu dețin poliță de asigurări medicale. Aprecierea subiectivă de către vârstnici a propriei stări de sănătate relatează percepția acestora asupra calității vieții sănătoase și permite observarea particularităților comportamentale ce conduc la apariția și dezvoltarea autoizolării, marginalizării și excluziunii.

Multe dintre nevoile de suport, în special cele de asistență socială, comunitară, la domiciliu, îngrijirea bătrânilor bolnavi etc. au fost acoperite doar formal, prin măsuri legislative, fără acoperire în realitate, cu deosebire în mediul rural. Lipsa de acces a vârstnicilor la serviciile sociale sporește „șansele” acestora de a intra în categoria săracilor. În orașe, un număr semnificativ de bătrâni trăiește în sărăcie extremă: bătrâni singuri, cu pensii mici, fără sprijin din partea copiilor sau fără copii, care pierd locuința prin înșelăciune sau prin acumulare de datorii. În rural, sărăcia extremă o întâlnim la bătrânii singuri, predominant femei, fără copii, care nu mai pot munci pământul și trăiesc din pensii de nivel extrem de redus. Cele menționate ne conduc la concluzia că, spre regret, actualul sistem de protecție socială nu poate asigura o bătrânețe decentă în afara riscului sărăciei pentru persoanele vârstnice.

ASPECTELE EPIDEMIOLOGICE ȘI MEDICO-SOCIALE ALE BRONHOPNEUMOPATIEI OBSTRUCTIVE CRONICE ÎN CONTEXTUL ÎMBĂTRÂNIRII POPULAȚIEI

Serghei Pisarenco, Diana Condrațchi, Ion Haidarli

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

Introducere

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) la etapa actuală este asociată cu creșterea progresivă a morbidității, răspândirii, incapacității de muncă și mortalității. Însă, până în prezent, evaluarea veridică a prejudiciilor sociale și economice date de boală este imposibil de realizat. Răspândirea BPOC în populația generală constituie 1% și se observă o tendință de creștere cu vârsta, atingând 10% în populația cu vârsta peste 40 de ani. Conform estimării experților OMS, către anul 2020 BPOC se va clasa pe locul trei printre principalele nozologii prin incidență și mortalitate. Acest fenomen este condiționat de răspândirea tabagismului în asociere cu modificarea situației demografice, manifestată prin îmbătrânirea populației.

Scopul studiului

Elucidarea aspectelor epidemiologice și medico-sociale ale bronhopneumopatiei obstructive cronice în contextul îmbătrânirii populației.

Material și metode

S-au utilizat datele oficiale ale statisticii medicale (www.statistica.md, www.ms.gov.md) și sursele din literatură din bazele de date MEDLINE, EMBASE, HighWire și Hinari.

Rezultate și discuții

Actualmente în majoritatea țărilor dezvoltate s-au creat condiții pentru creșterea numărului absolut de persoane vârstnice și senile. În țările europene ponderea persoanelor cu vârsta peste 60 de ani constituie 15% din populația generală. În Republica Moldova la 1 ianuarie 2010 populația cu vârsta peste 60 de ani a constituit 500,4 mii. Cu toate acestea, ritmul îmbătrânirii populației este mai înalt comparativ cu țările europene.

Din acest motiv bolile vârstnicilor, inclusiv BPOC, au devenit o problemă actuală pentru medicina teoretică și practică. Deci, în UE și SUA la persoanele cu vârsta peste 65 de ani răspândirea BPOC constituie 7-34% la bărbați și 6-15% la femei. Indicatorii morbidității populației în Republica Moldova prin boli cronice îi prezentăm în Figura 1.

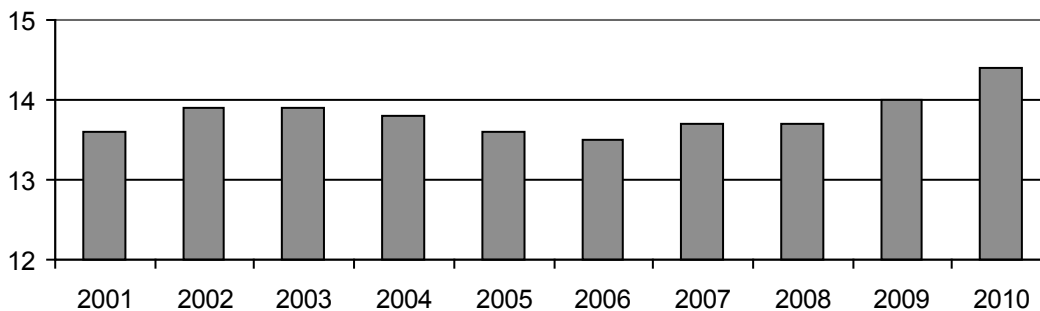
BPOC cauzează impact important în diversificarea polipațiilor vârstnicilor, limitarea calității vieții și creșterea numărului cazurilor de deces printre persoanele în etate. Unele date pun în evidență semnele caracteristice bronșitei cronice la 40% bărbați și 20% femei de vârstă înaintată. Cercetările anatomopatologice a persoanelor peste 80 de ani au depistat semnele emfizemului pulmonar aproape la o pătrime din totalul de decese.

Evaluând situația demografică autohtonă, este de mențio-

nat că în ultimele două decenii se observă declinul numărului populației, care poartă un caracter de lungă durată și este condiționat de mecanismele interne ale reproducerii demografice, la fel și de structura populației, formată în perioada precedentă. După anul 1999 se constată o reducere semnificativă a ponderii copiilor și adolescenților cu vârsta sub 15 ani (ca urmare a reducerii natalității) cu creșterea simultană a ponderii populației cu vârsta între 15-64 de ani și o creștere practic progresivă a ratei populației vârstnice.

Actualmente, structura de vârstă a populației țării, anterior calificată drept relativ prosperă, se modifică în mod dramatic.

Populația din cohorta născută la sfârșitul anilor 80 și pe parcursul anului 1990 a atins nesemnificativ vârsta reproductivă și aptă de muncă. În afară de aceasta, un număr crescut de populație atinge vârsta înaintată, mai ales pe seama celor născuți în perioada postbelică, când a avut loc creșterea compensatorie a natalității. De exemplu, după datele recensământului populației din anul 2004, populația cu vârsta de 60 ani constituie 22,1 mii oameni, persoane cu vârsta 55 de ani au fost 49,3 mii, ce este de 2,2 ori mai mult. Astfel de fluctuație în componența de vârstă a populației inevitabil creează povară în sistemul ocrotirii sănătății și asistenței sociale.



Notă. Conform scalei G.Bojio-Garnier, valoarea indicatorului 12 și mai mult se califică ca „îmbătrânire demografică”.

Figura 1. Coeficientul îmbătrânirii populației RM (numărul persoanelor cu vârsta de 60 de ani și mai mult, raportată la 100 locuitori).

Prevalența bolilor cronice în populația Republicii Moldova pe anul 2009 a fost înaltă, practic fiecare a treia persoană suferă de cel puțin o boală cronică (33,9%). Odată cu vârsta sporește probabilitatea de a avea o boală cronică, astfel încât, începând cu vârsta de 45 de ani, ponderea persoanelor care

suferă de boli cronice este în creștere și în special aceasta se referă la bolile aparatului cardio-vascular. Prevalența bolilor aparatului digestiv este mai mult caracteristică populației din grupa de vârstă 25-54 de ani, iar în cazul populației sub 24 ani prevalează bolile aparatului respirator (Figura 2).

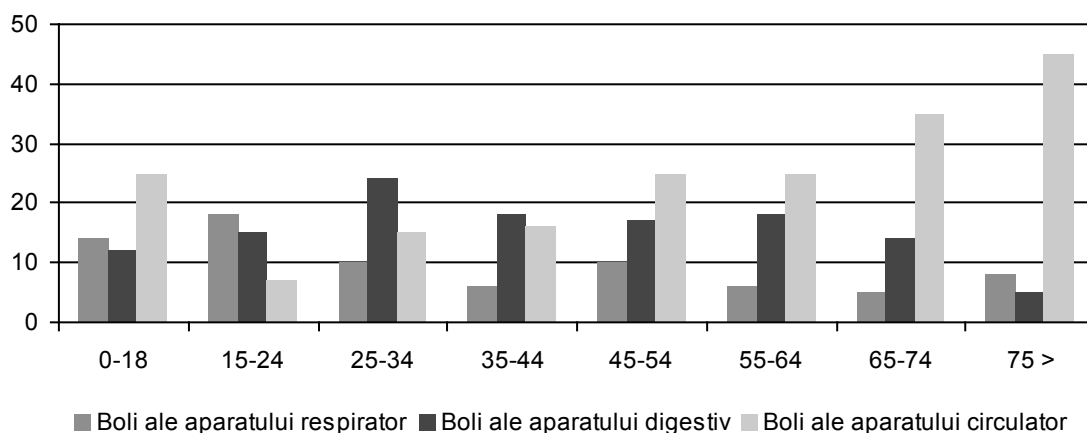


Figura 2. Ponderea persoanelor după prezența unei boli cronice, pe grupe de vârstă.

În ciuda faptului că rata patologiilor cronice ale aparatului respirator în populația peste 24 ani ușor scade, acest indicator rămâne semnificativ până la bătrânețe.

Deși bolnavii de BPOC constituie o pătrime din populația generală ce suferă de bronșită cronică, ei sunt responsabili pentru 25% din mortalitate, două treimi din incapacitate temporară de muncă și jumătate cazuri de invaliditate, în asociere cu grupul bolilor aparatului respirator în întregime. Cu toate acestea, dar și din cauza creșterii progresive a numărului absolut de persoane vârstnice și senile, bolile cronice ale aparatului respirator, în special BPOC, reprezintă o povară grea pentru ocrotirea sănătății și societate, achiziționând importanță primordială în plan social și medical.

Deși rezultatele analizei invalidității primare cauzată de maladiile aparatului respirator în anii 2008-2011 reflectă diminuarea numărului invalizilor „primari” prin boli nespecifice ale aparatului respirator, totodată se constată predominarea semnificativă printre ei a persoanelor cu vârsta peste 40 de ani.

Semnificația acestui fenomen este dată de conceptul nou de invaliditate, în conformitate cu care este necesară o vigilență sporită a persoanelor vârstnice în contextul expertizei medico-sociale și reabilitării.

La moment, în fața ftiziopneumologilor, geriatriilor, specialiștilor din domeniul expertizei medicale a vitalității sunt propuse sarcini de elaborare a criteriilor noi de evaluare a limitărilor vitalității, la fel și a criteriilor medico-sociale de

determinare a invalidității la pacienții vârstnici, fără care este imposibilă abordarea unică în luarea deciziilor. Actualmente sunt necesare studii speciale pe marginea posibilităților reabilitării medico-sociale și reintegrării în societate a invalizilor vârstnici, suferinzi de BPOC.

Concluzii

Răspândirea BPOC crește cu vârsta și atinge 10% la persoanele cu vârsta peste 40 de ani. Semnele clinice susceptibile pentru bronșita cronică sunt apreciate la 40% bărbați și 20% femei vârstnice. Cercetările anatomopatologice a persoanelor peste

80 de ani au depistat semnele emfizemului pulmonar aproape la o pătrime din cazurile de deces. Îmbătrânirea populației este privită în contextul acumulării în societate a persoanelor vârstnice și senile, ele fiind supuse patologiilor cronice, inclusiv, ale aparatului respirator, cu predilecție BPOC. Nivelul crescut de incapacitate temporară de muncă și invaliditate, cauzat de BPOC, condiționează o importanță primordială medicală și socială. În acest context, sunt necesare criteriile noi de apreciere a limitărilor vitalității la bolnavii vârstnici cu BPOC și polimorbidități prezente, elaborarea recomandărilor pentru expertiză clinică, reabilitare medico-socială și reintegrare în societate.

ANUL 2012 - ANUL LONGEVITĂȚII ACTIVE LA ANIVERSAREA A 60 DE ANI DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE ÎN ROMÂNIA

Gabriel-Ioan Prada

*Institutul Național de Geriatrie și Gerontologie „Ana Aslan” București
UMF „Carol Davila” București*

Poate nu întâmplător anul 2012 este foarte important pentru geriatria și gerontologia din România, dar și pentru problematica vârstnicului la nivel european. În acest an aniversăm 60 de ani de la înființarea, sub conducerea Doamnei Profesor Ana Aslan, a primului institut de geriatrie din lume: Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie din București. Altă prioritate românească în cadrul Institutului creat de Doamna Profesor Aslan este abordarea tridimensională a cercetărilor legate de îmbătrânire: cercetarea fundamentală, cercetarea clinică și cercetarea în domeniul gerontologiei sociale. Acest aspect a fost reflectat și în structura Institutului care are trei departamente importante: Biologia Îmbătrânirii, Departamentul Clinic și Gerontologia Socială, structură care încă de la începutul anilor '60 a fost recomandată de Organizația Mondială a Sănătății pentru alte institute cu același profil de la nivel mondial.

La data de 6 septembrie 2010, Comisia Europeană a propus **declararea anului 2012 drept Anul European pentru o Îmbătrânire Activă**

Scopurile sunt de:

- a crea un cadru pentru atragerea atenției asupra problematicii **îmbătrânirii active**,
- identifica și disemina **bunelor practici** în acest domeniu

- precum și, aspectul subliniat ca fiind cel mai important, **stimularea și încurajarea persoanelor de decizie** de la toate nivelurile în vederea **promovării unei îmbătrâniri active**
- Obiectivul final este de a invita toate persoanele implicate în domeniile legate de îmbătrânire să desfășoare, în decursul anului 2011, acțiuni specifice, astfel încât primele efecte să fie vizibile din anul 2012.

În concluziile întâlnirii sale din 4 februarie 2011, **Consiliul Europei** a oficializat lansarea Parteneriatului European pentru Inovare în domeniul realizării unei Îmbătrâniri Active și Sănătoase (*European Innovative Partnership on Active and Healthy Ageing*). Obiectivul final al acestui parteneriat este **creșterea în medie cu 2 ani a duratei de viață în stare de sănătate, la nivelul Europei, până în anul 2020.**

Aceasta se preconizează a se realiza în trei domenii care se adresează mai ales vârstnicilor și pre-senescentilor:

- prevenție și promovarea sănătății;
- realizarea unor sisteme de îngrijire integrate;
- asigurarea unei existențe independente pentru persoanele în vârstă

Comisia Europeană a identificat „îmbătrânirea activă și sănătoasă” ca fiind provocarea socială comună pentru toate țările Europei și ca o arie care prezintă un potențial considerabil pentru ca Europa să devină lider la nivel mondial în oferirea unor răspunsuri inovatoare la această provocare.

IMPACTUL LERCANIDIPINEI ASUPRA INDICILOR HEMODINAMICI LA PACIENȚII VÂRSTNICI CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ESENȚIALĂ UȘOARĂ ȘI MODERATĂ

Valeriu Revenco, Marcel Abraș

USMF „Nicolae Testemițanu”

Hipertensiunea arterială este cea mai răspândită afecțiune cardiovasculară și combaterea acesteia rămâne una dintre problemele majore de Sănătate Publică. Lercanidipina este un nou blocant al canalelor de calciu (BCC) dihidropiridinic de generația a III-a, cu acțiune vasoselectivă și lipofilitate pronunțată, care îi conferă efectul antihipertensiv lent și treptat instalat, cert și de lungă durată, fără a induce tahicardie reflexă importantă cu repercusiuni negative asupra mortalității cardiovasculare semnalate la dihidropiridinele de scurtă durată. BCC sunt preparate de elecție în tratamentul hipertensiuni arteriale la pacientul vârstnic, iar eficacitatea înaltă și tolerabilitatea favorabilă ale noii generații de dihidropiridine, le plasează în rândul celor mai sigure terapii antihipertensive acordate acestei categorii de pacienți.

Obiective: Studiul a ținut să aprecieze intensitatea și durata acțiunii de scădere a valorilor tensiunii arteriale (TA), ermenilor de atingere a nivelelor-țintă ale TA și identificarea modificărilor frecvenței contracțiilor cardiace (FCC) în monoterapia antihipertensivă cu lercanidipină la pacienții vârstnici.

Material și metode

A fost realizat un studiu comparativ care a inclus 21 de pacienți (11 bărbați și 10 femei, vârsta medie $66,7 \pm 2,3$ ani) cu hipertensiune arterială esențială de gradul I și II, cărora li s-a indicat tratament antihipertensiv cu BCC dihidropiridinic. Lercanidipina a fost indicată în monoterapie în doză de 10 mg/zi într-o priză, peste două săptămâni după întreruperea tratamentului administrat anterior. Monitorizarea TA și FCC a fost efectuată pe parcursul zilelor 1 și 2, după 2 și după 6 săptămâni de tratament.

Rezultate obținute

Nivelurile de referință ale TA și FCC au fost $159,7 \pm 13,4/95,6 \pm 5,3$ mmHg și $70,3 \pm 10,8$ b/min. Inițierea efectului de reducere a TA sistolice (TAs) a fost observată la o

oră după administrare, iar o reducere semnificativă a TAs a fost determinată după 2 ore în 1-a zi ($-6,7 \pm 1,6$ mmHg), în continuare după 4 ore de la administrare din a 2-a zi ($-3,7 \pm 1,6$ mmHg), după 2 săptămâni ($-3,5 \pm 1,5$ mmHg) și după 6 săptămâni de tratament ($-2,2 \pm 1,3$ mmHg), cu un grad mai mic de reducere a TAs după atingerea valorilor-țintă. În primele 2 săptămâni de tratament TA diastolică (TAd) diminuează semnificativ la 5 ore după administrare ($-3,7 \pm 1,2$ mmHg), ulterior, până la 6 săptămâni valorile TAd atinse nu au mai scăzut. Durata eficacității antihipertensive statistic semnificative asupra valorilor TAs și TAd a fost de aproximativ 7 ore în prima zi și mai mult de 24 ore deja din a 2-a zi de tratament, păstrându-se astfel până la sfârșitul studiului. S-a reușit atingerea și menținerea valorilor-țintă de TA ($<140/90$ mmHg) la 15 pacienți (72%), inclusiv în primele 24 de ore – la 2 persoane (10%), către 2 săptămâni de tratament – la 10 (48%), la 6 săptămâni – la 3 pacienți (14%). Valorile-țintă de TA nu au fost obținute la 2 pacienți (10%). Valorile medii ale TA după 2 săptămâni au constituit $137,2 \pm 3,1/85,2 \pm 1,4$ mmHg ($-23,5 \pm 3,7/-10,4 \pm 1,7$ mmHg versus inițial, $p < 0,0001$), iar după 6 săptămâni $130,1 \pm 1,9/81,9 \pm 0,9$ mmHg ($-30,8 \pm 3,3/-13,6 \pm 1,5$ mmHg versus inițial, $p < 0,0001$).

O creștere tranzitorie de scurtă durată (1 oră) a FCC a fost înregistrată la 4 ore după prima administrare ($+6,2 \pm 0,4$ b/min), fără nici o altă modificare statistic semnificativă a FCC pe durata studiului.

Concluzii

1. Lercanidipina utilizată în tratamentul hipertensiunii arteriale esențiale de gradul I și II la pacienții vârstnici a prezentat eficacitate antihipertensivă din prima zi de administrare, asigurând o reducere sigură și stabilă a valorilor tensiunii arteriale până la nivelul-țintă în 2 săptămâni; 2. Lercanidipina a demonstrat inofensivitate certă în ce privește efectul activării simplice reflectorii, nefiind semnalate modificări importante ale frecvenței cardiace.

ROLUL FAMILIEI PENTRU PĂSTRAREA INTEGRITĂȚII FIZICE, PSIHOMOȚIONALE ȘI SOCIALE A PERSOANELOR ÎN ETATE.

Liliana Salcuțan

Catedra Asistența Socială, USM

Societatea oferă un rol social procesului de îmbătrânire, considerînd că „orice membru al unei clase de vîrstă trebuie să se conformeze cerințelor asociate grupei din care face parte. Din această perspectivă, persoanele de vîrsta a treia sunt cele care își pierd treptat rolurile sociale și care trebuie să se adapteze la o serie de schimbări ce determină, apoi, apariția unor noi roluri pe care sunt nevoite să le învețe”. Unii vîrstnici sunt nevoiți să se simtă din această categorie datorită lipsei unui rol social, care le-a fost luat odată cu pensionarea.

Vîrsta influențează în același timp „structura socială existentă într-o anumită societate, distribuția pozițiilor, rolurilor și funcțiilor sociale, calitatea resurselor de muncă, configurația grupurilor profesionale, modul de organizare a producției, consumul populației, structura și dimensiunile familiei, dinamica căsătoriilor și a divorțurilor”.¹ „Procesul de socializare se află într-o legătură directă cu particularitățile biologice și psihice ale dezvoltării umane, ale diferitelor perioade de viață”.² Astfel, socializarea la bătrînețe „presupune dezavantajarea față de rolurile sociale active și familiarizarea cu alte roluri participative”.³ Această lipsă și dezinteresul din partea societăților, face ca mai multe persoane în etate să se izoleze de comunitate în lipsa rolului social.

În *mediul familial* vîrstnicul, ar trebui să se simtă iubit, acceptat, să simtă că toate „*maniile*” specifice vîrstei sunt considerate firești, iar crizele ce pot apărea sunt acceptate ca atare, fără dramatism din partea celorlalți. Familia trebuie să-i creeze sentimentul de apartenență, de utilitate permanentă, de integrare ca membru viabil și funcțional al familiei, responsabilizat în ceea ce privește activitățile zilnice prin participarea activă la repartizarea sarcinilor casnice.

¹Rădulescu S. *Sociologia vîrstelor*- București 1994, pag. 7.

²Fontaine J. *Psihologia îmbătrînirii*.-Iași 2008, pag.24

³Яцемирская Р.С., Беленькая И. Г. *Социальная геронтология*. – Москва, 1999.pag. 15.

Odată cu îmbătrînirea, rolul familiei în viața persoanelor în etate crește semnificativ: încetarea muncii odată cu pensionarea, adesea înrăutățirea stării de sănătate în această perioadă, reducerea mobilității marginalizează posibilitățile, interesele și activitățile bătrînilor, iar toată atenția este direcționată spre familie și diferite tipuri de activități desfășurate în cadrul acesteia. În acest context, relațiile familiale înlocuiesc o serie largă de contacte sociale, care, odată cu trecerea timpului au fost omise sau reduse. În rătățirea stării de sănătate, care se amplifică cu înaintarea în vîrstă și reducerea stării funcționale integrează persoana într-o poziție tot mai mare de dependență față de alți membri ai familiei, necesitînd ajutor și susținere. Aflîndu-se în familie, persoanele în etate pot conta pe siguranța și suport față de problemele pe care le înfruntă. În același timp, efectuînd diferite activități casnice, ajutînd alți membri ai familiei în contextul muncii în cadrul gospodăriei, la educarea copiilor, persoana vîrstnică obține sentimentul de siguranță în propriile forțe, în utilitatea sa, ceea ce îl ajută să se adapteze parțial la schimbările datorate înaintării în vîrstă.

În societatea actuală responsabilitatea față de persoanele în etate s-a transformat într-un termen declarativ, într-un ritual depersonalizat. Analizînd familia contemporană în societatea noastră, observăm că tații-părinți nu mai au rolul de altădată, generația tînără nu mai simte necesitatea suportului din partea persoanelor în etate, iar acestea în general se depărtează de familia fără a îndeplini rolul de bune. Marea majoritate a persoanelor în etate au parte de relații grele și uneori extrem de dificile cu familia, prietenii și vecinii.

Caracteristic pentru persoanele în etate este faptul de a aprecia în mod deosebit relațiile lor familiale și ajutorul primit din partea ei. Necesari însă este să avem în vedere că însuși grija din partea membrilor familiei demonstrează o recunoștință naturală din partea unei persoane neajutorate, care menține siguranța acestuia în faptul că, el ocupă în cadrul familiei rolul pe care îl merită, și beneficiază de dragoste și respect. Dar, din păcate, din sursele mass-media, identificăm tot mai multe cazuri în care familia manifestă respingere față de persoana în etate.

Bibliografie

1. Fontaine R. *Psihologia îmbătrînirii*. – Iași, 2008..
2. Gârleanu-Șoitu D. *Vîrsta a treia*. – Iași, 2006.
3. Neamțu G. *Tratat de asistență socială*. – Iași, 2003.
4. Rădulescu S. *Sociologia vîrstelor*- București 1994
5. Яцемирская Р.С., Беленькая И. Г. *Социальная геронтология*. – Москва, 1999.
6. Холостова Е. *Социальная работа с пожилыми людьми* -Moscovia 2003.

BPSD: BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA. A GERIATRIC APPROACH

Dr Gary Sinoff, MD, PhD

*Cognitive Clinic, Department of Geriatrics, Carmel Medical Center
Faculty of Medicine, Technion Institute and
Department of Gerontology, University of Haifa
Haifa, Israel.*

The world has undergone changes in its demographic characteristics particularly over the last century and the prediction is by 2050, the world's population will have reached almost 10 billion. Almost all of the growth is predicted to occur in the less developed countries (LDC) with the population expected to enlarge from 5.3 billion in 2004 to 7.8 billion by 2050 (WHO, 2005). The ageing of the population has also had a major effect on the health expenditures with 9.8% of the gross domestic product (GDP) being spent on health care in 1995 and continuing to rise all the time (Mayhew, 2000). The inversion of the population pyramid will produce a greater percentage of the general population being elderly over 65 and especially over 80 years. In the more developed countries (MDC), the percentage of elderly over 65 has reached 15-20% but only 6.5% in LDC but this will be the next major challenge for the LDCs as their population ages.

Accompanying the rise in the absolute numbers and in the life expectancy is the increase in the number of elderly suffering from dementia. As a result, dementia has become and will continue to be a major burden in modern medicine for the whole world. The number of person suffering from dementia is around 35 million and by 2050 is predicted to reach 106 million persons, particularly in LDC of Asia and Africa. In addition to the loss of memory and loss of function, the major problem which caregivers, both formal and informal, need to relate to are BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). The literature reports that 90% of demented persons have some form of BPSD causing distress to all who care for them.

Jost and Grossberg (1996) showed that often the patient presents up to 40 months prior to diagnosis of dementia with some sort of BPSD, usually beginning with social withdrawal. This phenomenon of BPSD can be explained somewhat by an

imbalance in the neurotransmitters in the brain. The end result of BPSD for the caregivers is the increased burden of care. In fact, the family will often turn for professional help because of the behavioral and psychological problems rather than the decrease in cognitive abilities (Machnick, 2009).

The approach to BPSD is first to understand the phenomenon, then to decide on a treatment plan, both non-pharmacological and pharmacological, by relating to each component of the BPSD problem. Only by having a structured understanding of BPSD will the treatment be effective. In some studies, it was shown that treatment of BPSD was ineffective in behaviors such as hoarding, vocal repetition, and others (Schneider et al. 2005; Wang et al. 2005, Brodaty et al. 2003). Therefore the basis for any treatment program is first to relate to the non-pharmacological aspects using a structured framework relating to a physical problem or discomfort, intellectual/cognitive changes, emotional, capabilities, environment and social aspects of care. The multidisciplinary team needs to understand this side of the treatment since the BPSD may be a reaction to some "trigger" event which could be prevented.

Pharmacological treatment is both complex and controversial. Universally neuroleptics have been used, especially during delirious phase, but the controversy still rages with regard to the side effects of increased cardiovascular adverse events (Schneider 2005). Other medications, such as mood stabilizers, anti-anxiolytic medication, anti depressants and others have been used with some success and less serious side effects but as stated some behaviours do not react to pharmacological intervention. However, the basis for successful treatment of BPSD is always to relate to the question: "How would I deal with this behavior if this person were a 3-5 year old child?"

References

1. Brodaty H, Ames D, Snowden J, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(2): 134-43.
 2. Jost BC, Grossberg GT. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44:1078-1081.
 3. Machnik G, Allegri RF, Dillon C, Serrano CM, Taragano FE. Cognitive, functional and behavioral factors associated with the burden of caring for geriatric patients with cognitive impairment or depression: evidence from a South American sample *Int J of Geriatric Psych*. 2009;24(4), 382-389.
 4. Mayhew, L.D. (2000). Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World. IIASA Research Report RR-00-021. Retrieved February 20, 2012 from ILASA (International Institute for Applied Systems Analysis) Web site: <http://www.iiasa.ac.at/Admin/PUB/Documents/RR-00-021.pdf>
 5. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of Death with Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia: Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *JAMA*. 2005;294(15):1934-43
 6. Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *New Engl J Med*. 2005;353(22): 2335-41.
 7. World Health Organization (WHO). (2005). The Global Burden of Disease. 2004 Update. World Health Organization, Geneva.
-

SPECIFICUL LETALITĂȚII PERSOANELOR ÎN ETATE PRIN ACȚIUNEA AGENȚILOR FIZICI

Andrei Tertășnăi, Gheorghe Baciuc, Anatol Bondarev

Catedra medicină legală a USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Agenții fizici pot avea influențe negative asupra organismului, dezechilibrând reacțiile de protecție adaptivă, iar în anumite condiții, pot cauza dereglări grave ale sănătății sau produc moartea omului. După frecvența morbidității și mortalității în rândurile persoanelor de vârstă a treia accidentele provocate de agenții fizici ocupă un loc aparte. De obicei, cazurile de moarte condiționată de agenții fizici ai mediului (temperatura înaltă și scăzută, curentul electric tehnic și atmosferic, presiunea atmosferică extremă, radiațiile excesive etc.), devin obiectele de cercetare medico-legală. Se cunoaște că fiecare agent fizic, în mod particular, acționează asupra organismului, provocând leziuni și modificări morfologice specifice, indiferent de vârsta victimei. Totodată, condițiile în care se desfășoară aceste evenimente, se deosebesc în funcție de vârsta persoanelor, supuse acțiunii factorilor traumatizanți respectivi. Cele relatate au și determinat scopul actualei lucrări.

Scopul lucrării

Constă în sistematizarea specificului letalității persoanelor de vârstă a treia prin acțiunea factorilor fizici.

Materiale și metode

Analizei a fost supus 101 caz de deces al persoanelor cu vârsta peste 60 de ani în urma acțiunilor temperaturilor extreme și a curentului electric, examinate pe parcursul a cinci ani (2007–2011) în secția tanatologie medico-legală din mun. Chișinău. Informațiile respective au fost acumulate pentru fiecare caz din următoarele surse: datele prezentate expertizei medico-legale de către colaboratorii organului de drept, de la rude și martori, precum și prin sistematizarea modificărilor obținute în procesul de cercetare medico-legală a obiectului respectiv.

Rezultatele investigațiilor noastre au demonstrat că persoanele vârstnice (peste 60 ani), decedate prin acțiunea factorilor traumatizanți fizici, au constituit 10,1% din numărul integral al tuturor formelor de moarte violentă, înregistrată în perioada investigată.

S-a constatat că cel mai frecvent și important factor al mediului care a contribuit la decesul oamenilor bătrâni a fost agentul termic. Astfel, peste 97% dintre acțiunile factorilor fizici, cauzatori de moarte a persoanelor în etate, au fost temperaturile extreme ale mediului (scăzute și înalte), dintre care esențial a predominat (76,2%) acțiunea frigului asupra organismului, care a și condiționat moartea persoanelor expuse mai mult timp în astfel de condiții, deci, printr-o hipotermie generală.

Toate cazurile de moarte prin hipotermie au avut un caracter accidental, iar majoritatea dintre ele s-au înregistrat la persoanele aflate în condiții cu temperaturi joase în stare de ebrietate. Au fost și persoane singuratice, care locuiau în

propriile case, fără încălzire pe timp rece a anului, iar în alte cazuri bătrânii nici nu dispuneau de adăpost, fiind depistate decedate în locurile publice. Adesea temperatura aerului la momentul cercetării cadavrului la fața locului era pozitivă (până la 10-12°C), însă, condițiile au fost nefavorabile pentru supraviețuire (umiditate sporită, vânt, îmbrăcăminte redusă, etc). O dovadă a acțiunii frigului asupra omului viu este locul depistării acestuia, unde zăpada sau gheața este topită sub el, poziția specifică (embrională) a cadavrului, țurțuri de gheață în regiunea nasului și gurii, etc.

Traumele termice la oamenii bătrâni mai frecvent s-au înregistrat în mediu casnic, cu împrejurări agravante și diversificate. Efectul acțiunii temperaturii înalte cu consecințe letale, de obicei, se manifestă prin leziuni locale (arsuri) sau prin dereglări generale severe, condiționate de supraîncălzirea organismului (hipertermie). Ultima formă de acțiune, în observațiile noastre, s-a înregistrat numai într-un singur caz. Însă, în majoritatea cazurilor (20), decesul persoanelor de vârstă a treia, s-a datorat complicațiilor arsurilor de gradul 3 și 4, produse în timpul incendiilor. De cele mai deseori incendiile au avut loc în casele particulare și s-au produs din cauza exploatarea incorectă a sobelor, adesea în stări avariate, sau a aparatelor termice defectate, care din neatenție victimelor au fost folosite. Aproximativ o treime din cauzele arsurilor la domiciliu s-au datorat contactului îmbrăcăminte cu sursa termică.

În anumite cazuri de incendii, fumul acumulat în încăperi, mai întâi, provoca intoxicații acute cu monoxid de carbon, iar flacăra continua să producă imense arsuri victimei, chiar și postmortem. Despre astfel de situații ne mărturisește numărul relativ mare (6) de cadavre depistate în stare de carbonizare. Doar stabilirea concentrației de carboxihemoglobină în sângele și țesuturile decedatului ne indică faptul, că persoana a pătimit în timpul vieții, în caz contrar, medicul-legist nu poate răspunde cu certitudine la întrebarea ce ține de originea vitală sau post-mortem al modificărilor stabilite. Tocmai în aceste condiții, organele de urmărire penală cu greu puteau să stabilească motivele reale ale incendiilor cu decesul bătrânilor, întrucât concluziile medico-legale nu conțineau probe pertinente în acest scop.

Cazurile de electrocuții letale a persoanelor în vârstă au avut loc din neatenția lor, accidental, în condițiile casnice.

Sistematizarea circumstanțelor în care s-au desfășurat acțiunile dăunătoare al agenților fizici ne mărturisește despre condițiile agravante în care nevrând nimeresc oamenii bătrâni spre sfârșitul vieții, adesea uitați de cei apropiați și societate, devenind victime datorită neputinței de a-și salva propria viață în anumite situații complicate.

EARLY DETECTION OF FRAIL ELDERLY IN PRIMARY HEALTH SERVICE AND AT ADMISSION IN HOSPITAL.

Tineke van der Kruk, RN, MSN; Nelleke Hoogedoorn, RN,
MSSc. Buurtzorg Nederland.

Summary

Frailty is regarded as a valuable concept for elderly persons with a vulnerable condition. In geriatric medicine and nursing we all know the distinction between chronological age (known by date of birth) and biological age. Elderly persons differ considerably in their biological age and their living circumstances. Especially frail elderly are at risk to develop severe complications as a result of their hospital stay, which will often lead to a break-down cascade. By early detection of the condition, many problems could have been prevented. So, it is wise to recognize this condition as soon as possible. In this presentation we will briefly review the state of the art about the concept of frailty and its (scientific) measurement. We will focus on the best practices. Topics to be discussed:

1. The concept of frailty in the scientific literature
2. Measurement of frailty, validity and reliability of instruments used
3. Scientific approach and best practices
4. Best practice 1: early detection of frail elderly at admission in hospital. The national hospital safety programme in the Netherlands
5. Best practice 2: early detection of frail elderly in primary health service. Collaboration between family doctors and community nurses.
6. Best practice 3: prevention projects in the community performed by Buurtzorg Nursing teams.

PROFILAXIA PNEUMONIILOR LA VÂRSTNICI (REVIUL LITERATURII)

Blaja-Lisnic Natalia

Laboratorul Științific de Gerontologie

Inviaza cu infecția pneumococică (adică bacteremia și meningita) și gripa constituie cauze importante ale morbidității și mortalității printre pacienții mai mari de 65 de ani. Patologia pneumococică continuă să fie o problemă de sănătate importantă.

Pneumoniile reprezintă o cauză majoră de morbiditate pentru toate vârstele în întreaga lume. Indicele morbidității de pneumonie variază în dependență de țară: 10-16/1000 populație în SUA, 10-11 ‰ în Marea Britanie și Franța, 3,9 ‰ în Rusia, 4,7 ‰ în Ucraina. Conform datelor anuarului statistic din 2006 în Republica Moldova anual suferă de pneumonie circa 23 390 de persoane, iar mortalitatea este de peste 5,4 ‰ populație.

Odată cu vârsta crește riscul de a contracta o pneumonie, numărul de spitalizări ale pacienților și mortalitatea de această maladie. Conform National Center for Health Statistics din Marea Britanie, la vârstnici morbiditatea de pneumonie comunitară e de 2 ori mai mare decât la tineri, frecvența spitalizărilor majorându-se de 10 ori. În țările dezvoltate aproape o jumătate de spitalizări ale pacienților cu diagnosticul de pneumonie îi

revin populației cu vârsta de peste 65 de ani. Pneumonia reprezintă cauza primordială a deceselor la acest grup de vârstă și o sursă majoră de costuri. Letalitatea în pneumonii la pacienții mai mari de 60 de ani e de 10 ori mai mare decât în alte grupe de vârstă și atinge 10-15 % la pneumoniile provocate de pneumococi. Mai mult de 90 % de decesuri cauzate de această maladie au loc la populația bătrână. La noi în țară mortalitatea de pneumonii (raportată la 100000 populație) în 2005 a fost: pentru toate vârstele – 27,62; pentru vârsta 0-64 ani – 23,95; pentru vârsta 25-64 ani – 29,77; pentru vârsta ≥ 65 ani – 57,29 și pentru vârsta ≥ 75 ani – 75,02.

În pofida succeselor majore în profilaxia și tratamentul pneumoniilor comunitare, această patologie totuși se clasează pe primele locuri în structura generală a morbidității și mortalității, mai ales la persoanele de vârstă înaintată.

Vârstnicii sunt mai sensibili la patologia infecțioasă a plămânilor decât populația mai tânără. O șesime din 6 milioane de cazuri de pneumonie pe an le revine persoanelor mai mari de 65 de ani care necesită spitalizare. În prezent pe glob persoanele

mai mari de 65 de ani includ 12 % de populație, până în anul 2020 vor constitui 65 de milioane, iar către 2050 – numărul lor va ajunge la 2 mlrd, toți fiind expuși unui risc de a face pneumonie. În zilele noastre incidența PC crește ca rezultat al majorării în masă a populației mai în vârstă de 65 de ani. Ținând cont de faptul emigrației în masă a tinerilor și adulților în vârstă aptă de muncă, ponderea reală a vârstnicilor în populația țării noastre este cu mult mai mare decât cea oficială.

Îmbătrânirea duce la scăderea funcțiilor reglatorii, a capacității de adaptare a organismului la mediu și a celei de apărare față de diverse infecții. Vârstnicii cu patologii asociate, precum boala Alzheimer, fibroza chistică, emfizemul pulmonar, tabagismul, alcoolismul, imunitatea compromisă au un risc major de a face pneumonii.

Importanța clinică a pneumoniei la bătrâni ține de schimbările de vârstă ale statutului imun de ordin general și la nivel pulmonar, iar corelația schimbărilor indicilor imunității cu manifestările clinice și indicii paraclinici este insuficient studiată, ceea ce face ca întrebările cu privire la corecția și reabilitarea imună să rămână retorice.

Cu toate că s-au identificat mai mult de 90 de serotipuri de polizaharide capsulare ale *Streptococului Pneumoniae*, aproximativ 20 sunt responsabile în mai mult de 70% de boli pneumococice invazive ce apar la orice vârstă. Vaccinarea este unica măsură preventivă în comunitate ce ar reduce impactul patologiei pneumococice.

Incidența pneumoniei poate fi redusă și prin măsuri de optimizare a tratamentului patologiilor concomitente, ameliorarea nutriției și profilaxia dereglărilor de deglutiție. Cu toate că măsurile eficiente în ceea ce privește ameliorarea statutului funcțional sunt limitate, strategiile preventive ce includ sistarea fumaturii, precauții anti-aspiratorii, terapia antialcoolică, terapia timpurie a gripei (cu amantadină sau oseltamivir) timp de 48 de ore de la debut ar trebui să fie respectate. Evaluarea de rutină a funcției de înghițire și folosirea remediilor farmacologice pentru ameliorarea reflexului de tuse necesită evaluare continuă și trialuri multicentrice controlate.

Advisory Committee on Immunization Practices (SUA) recomandă persoanelor de 65 de ani și mai mari să fie vaccinate măcar cu o doză pe viață cu vaccinul pneumococic și spitalizarea se va face doar ca motiv pentru vaccinare. Vaccinul pneumococic se folosește pentru a depista anticorpii contra serotipurilor capsulare ale *Str. pneumoniae*. Aceste serotipuri cauzează 90% din patologia pneumococică invazivă și includ ștamurile mai rezistente la penicilină. Cu câțiva ani în urmă eficacitatea vaccinului pneumococic era contraversă din cauza structurii imperfecte a vaccinului și a lipsei imunității de lungă durată.

În anul 2010 un grup al experților Europeni a revăzut impactul patologiei pneumococice și imunogenitatea, eficacitatea clinică și relația eficacitate-cost a vaccinului polizaharidic pneumococic cu valența 23 (PPV23). De asemenea s-a studiat întrebarea cu privire la administrarea pe viitor a PPV23 și a vaccinurilor pneumococice conjugate (PCV) la vârstnicii și adulții cu riscul patologiilor pneumococice. PPV23 acoperă 80-90% de serotipuri responsabile pentru patologiile pneumococice invazive în Europa. Vaccinarea primară și revaccinarea cu PPV23 sunt foarte bine tolerate, induc la vârstnici un răspuns imun robust și de lungă durată (8-10 ani) și sunt convenabile după preț.

Imunitatea protectivă depinde de anticorpii anticapsulari specifici tipului cu toate că corelațiile serologice ale imunității

sunt slab definite. Antigenele cu capsula polizaharidică nu induc regulat niveluri protectoare de anticorpi la persoanele cu dereglări imunologice. Mai mult ca atât, polizaharidele nu induc memorie imunologică necesară pentru răspunsul imunologic ulterior. Spectrul tipurilor capsulare variază odată cu avansarea în vârstă, timp și regiune geografică, cu toate că serotipurile caracteristice sunt identificate în toată lumea. Vaccinul pneumococic polizaharidic polivalent licențiat curent conține antigeni din 23 de serotipuri ce în majoritatea cazurilor cauzează patologia invazivă în toată lumea.

Conform acestor ultime date ale cercetărilor științifice, s-a dovedit eficacitatea majoră a vaccinului pneumococic. În prezent vaccinul se recomandă pacienților în vârstă și celor ce prezintă asplenie, patologia respiratorie cronică, disfuncția cardiacă, patologia renală, hepatică, diabetul și infecția HIV, precum și pacienților vârstnici imunocompetenți din instituții. S-a dovedit că vaccinul este mai efektiv la persoanele cu risc mai redus al pneumoniei decât la cei cu risc mai mare, eficacitatea protectivă constituind în jurul la 70%. În cazurile, când totuși persoana vaccinată se îmbolnăvește, trebuie de ținut cont și de faptul că declinul imunității umorale este evidențiat printr-o rată scăzută a seroconversiei și o reducere a titrului de anticorpi după vaccinare (ca o consecință a pierderii funcției limfocitelor Th).

Cel puțin în Statele Unite a fost documentată eficacitatea programului vaccinării pacienților ce au suportat pneumonie, ce sunt cu risc de dezvoltare a pneumoniei sau persoanelor mai mari de 65 de ani, inclusiv s-a atras atenția la raportul cost-eficacitate.

Vaccinul pneumococic conjugat (PCV) în prezent este supus trialurilor clinice în mai multe părți ale lumii și prima fază a trialului în Statele Unite cu una din aceste vaccinuri prezintă un grad înalt de eficacitate contra patologiei pneumococice invazive. Vaccinul conjugat ar rezolva majoritatea problemelor inerente ce țin de vaccinul polizaharidic, deoarece posedă un potențial mai mare de control al patologiei pneumococice în ce privește vârsta inclusiv controlul serotipurilor responsabile pentru rezistența contra mai multor preparate antimicrobiene.

Vaccinul polizaharidic polivalent conține la o doză (0,5 ml) 25 micrograme de polizaharid capsular purificat din fiecare dintre 23 tipuri capsulare ale *Str. Pneumoniae* ce împreună răspund de majoritatea (90%) patologiilor pneumococice serioase în țările de Est industrializate. Răspunsuri relativ bune ale anticorpilor (60-70%) s-au observat la majoritatea adulților sănătoși peste 2-3 săptămâni după o singură doză de vaccin intramuscular sau subcutanat.

PPV23 este recomandat persoanelor mai în vârstă de 65 de ani, mai ales celor instituționalizați, ce suferă de patologii cronice cu insuficiență poliorganică, diabet sau alte imuno-deficiențe. Se recomandă revaccinarea o dată la 3 sau 6 ani în dependență de grupul de risc.

În locul injectării poate apărea durere (mai pronunțată la revaccinare față de vaccinarea primară) și rareori subfebrilitate ce durează în medie 2-3 zile. Revaccinarea în termen mai mic de 3 ani poate cauza reacții adverse mai severe, de aceea nu se recomandă la persoane imunocompetente. Cu toate acestea atât vaccinarea primară cât și revaccinarea sunt bine tolerate.

Studiile au arătat că la adulții ce primesc PPV23 sau PCV secvențial (programe combinate ce includ intervaluri variate de la 4 săptămâni la 1 an) nu demonstrează convingător favoarea unui sau altui tip de program.

Studiile recente demonstrează faptul că vaccinarea cu PPV23 poate preveni 20-25% din toate cazurile de pneumonii la vârstnici, iar în 50-80% cazuri previn patologia pneumococică ce necesită spitalizare, ceea ce presupune o eficacitate-cost semnificativă. În prezent se cercetează raportul eficacitate-cost pentru PCV.

Recomandările europene pentru PPV23 Vaccinare

Societatea Medicinii Geriatrie a Uniunii Europene (EUG-MS) și Asociația Internațională de Geriatrie și Gerontologie – Regiunea Europeană (IAGG-ER) recomandă vaccinarea cu PPV23 a persoanelor mai mari de 60 de ani, urmată de revaccinarea o dată la 5 ani. Aceste recomandări sunt similare celor din Statele Unite

References:

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Prevention of pneumococcal disease among infants and children – use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. *MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep.* 59(RR11), 1–18 (2010).
- David S Fedson, Laurence Nicolas-Sponz et al., Pneumococcal Polysaccharide Vaccination for Adults, Posted: 09/22/2011; *Expert Rev Vaccines.* 2011;10(8):1143-1167. © 2011 Expert Reviews Ltd
- de Roux A, Schmöle-Thoma B, Schmöle-Thoma B et al. Comparison of pneumococcal conjugate polysaccharide and free polysaccharide vaccines in elderly adults: conjugate vaccine elicits improved antibacterial immune responses and immunological memory. *Clin. Infect. Dis.* 46(7), 1015–1023 (2008).
- Fedson DS, Musher DM. Chapter 22. Pneumococcal polysaccharide vaccine. In: *Vaccines.* 4th Edition. Plotkin SA, Orenstein WA (Eds). Saunders Elsevier, Philadelphia, PA, USA, 529–588 (2004).
- Gaillat J. Community acquired pneumonia in the elderly *Rev Prat.* 2003; 53(13):1434-41.
- Goldblatt D, Southern J, Andrews N et al. The immunogenicity of 7-valent pneumococcal conjugate vaccine versus 23-valent polysaccharide vaccine in adults aged 50–80 years. *Clin. Infect. Dis.* 49(9), 1318–1325 (2009). •• A detailed comparative study of PPV23 and PCV-7 vaccination in older adults.
- Hugh A. Cassiere Severe Pneumonia in the Elderly: Risks, Treatment, and Prevention *Medscape General Medicine* 1(3), 1999
- Jackson LA, Neuzil KM, Nahm MH et al. Immunogenicity of varying dosages of 7-valent pneumococcal polysaccharide-protein conjugate vaccine in seniors previously vaccinated with 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. *Vaccine* 25(20), 4029–4037 (2007).
- Jackson LA, Neuzil KM. Chapter 24. Pneumococcal polysaccharide vaccines. In: *Vaccines.* 5th Edition. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA (Eds). Saunders Elsevier, Philadelphia, PA, USA, 569–604 (2008).
- Jeremy D. Graddon, MD Community-Acquired Pneumonia in the Older Patient, – *Clinical Infectious Disease.* 2007, 978-0-521-87112-9
- Joshua R. Shua-Haim, M.D., C.M.D., and Joel S. Ross., Pneumonia in the Elderly, *Niederman MS - Clin Geriatr Med* - 01-FEB-2003; 19(1): 101-20
- Koivula Irma, Marja Stén,; Pirjo Helena Mäkelä, Prognosis After Community-Acquired Pneumonia in the Elderly A Population-Based 12-Year Follow-up Study, *Arch Intern Med.* 1999;159:1550-1555.
- Loeb M, Pneumonia in the elderly. *Curr Opin Infect Dis.* 2004; 17(2):127-30
- Meyer KC The role of immunity in susceptibility to respiratory infection in the aging lung. *Respir Physiol.* 2001 Oct; 128(1):23-31.
- Michel JP, Chidiac C, Grubeck-Loebenstein B et al. Advocating vaccination of adults aged 60 years and older in Western Europe: statement by the Joint Vaccine Working Group of the European Union Geriatric Medicine Society and the International Association of Gerontology and Geriatrics-European Region. *Rejuvenation Res.* 12(2), 127–135 (2009).
- Miernyk KM, Butler JC, Bulkow LR et al. Immunogenicity and reactogenicity of pneumococcal polysaccharide and conjugate vaccines in Alaska native adults 55–70 years of age. *Clin. Infect. Dis.* 49(2), 241–248 (2009).
- Missed Opportunities for Pneumococcal Vaccination of Medicare Pneumonia inpatients – 12 Western States, 1995, Anonymous, *MMWR – Morbidity and Mortality Weekly Report* 46(39):919-23, 1997 Oct 3
- Musher DM, Rueda AM, Nahm MH, Graviss EA, Rodriguez-Barradas MC. Initial and subsequent response to pneumococcal polysaccharide and protein-conjugate vaccines administered sequentially to adults who have recovered from pneumococcal pneumonia. *J. Infect. Dis.* 198(7), 1019–1027 (2008).
- Musher DM, Sampath R, Rodriguez-Barradas MC. The potential role for protein-conjugate pneumococcal vaccine in adults: what is the supporting evidence? *Clin. Inf. Dis.* 52(5), 633–640 (2011). Thoughtful discussion of the current evidence for using pneumococcal polysaccharide vaccine (PCV) in elderly adults.
- Prato R, Tafuri S, Fortunato F, Martinelli D. Why it is still important that countries know the burden of pneumococcal disease. *Hum. Vaccin.* 6(11), 42–45 (2010).
- Solh A; Pineda L; Bouquin P; Mankowski C, Determinants of short and long term functional recovery after hospitalization for community-acquired pneumonia in the elderly: role of inflammatory markers., *BMC Geriatr.* 2006; 6:12.
- Tadashi Arai, Zo Zasuda et al Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors, Angiotensin-II Receptor Antagonists, and Pneumonia in Elderly Hypertensive Patients With Stroke”, *Chest* 2001;119:660-661
- Tudorache V., Mihălțan F., Mihăescu T. Patologia pulmonară a vârstnicului, București, 2004, 352p.
- World Health Organization. 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine. Position paper. *Wkly Epidemiol. Rec.* 83(42), 373–384 (2008).

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ SISTOLICĂ IZOLATĂ LA VÂRSTNICI (REVIUL LITERATURII)

Olga Maniuc

Laboratorul Științific de Gerontologie, USMF «Nicolae Testemițanu»

Hipertensiunea arterială sistolică izolată (HTASI) este cea mai frecventă formă de hipertensiune arterială la vârstnici și conform datelor studiului Framingham reprezintă alături de presiunea pulsatilă (diferențiala dintre tensiunea arterială sistolică și cea diastolică) un factor major de risc cardiovascular și cerebrovascular, care nefiind tratată are consecințe devastatoare.

Pe parcursul ultimelor decenii importanța implicației HTASI în dezvoltarea bolilor cardiovasculare s-a modificat esențial. În trecut se considera hipertensiunea arterială sistolică izolată la vârstnici o afecțiune benignă ce nu necesita tratament și se accentua importanța tensiunii arteriale diastolice față de cea sistolică ca factor predictiv al bolii cerebrovasculare și cardiovasculare. Prima demonstrație că micșorarea TAS la persoanele vârstnice cu HTASI gradul 2 sau 3 (TAS > 160 mm Hg și TAD "normală" sub 90 mm Hg) reduce mortalitatea și morbiditatea a fost oferită de studiul Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) în 1991. Până la comunicarea rezultatelor din acest studiu se credea că valorile TAS normale pot fi acceptate până la „100 + vârsta”. Doar abia în anul 1993 valoarea tensiunii arteriale sistolice a fost inclusă în clasificarea HTA și publicată în ghidurile JNC 5 [5].

Epidemiologie

Studiile epidemiologice ale the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) au arătat că prevalența HTASI a fost de 65% din toți hipertensivii cu vârsta de peste 60 ani [7]. Conform datelor studiului SHEP prevalența HTASI la persoane cu vârsta între 60-69 ani este de 8%, la 70-79 ani este de 11% și la cei de peste 80 ani este de 22%. În majoritatea cazurilor (72%) predomină HTASI gr.I (Qureshi A.I., 2002). Conform datelor studiului Framingham prevalența HTASI este de 0,1 % la persoane de până la 40 ani, 0,8 % -la cei de 40-49 ani, 5 % -la cei de 50-59 ani, 12,6 % -la cei de 60-69 ani și 23,6 % -la vârstnicii de 70-80 ani. În afară de vârstnici, HTASI predomină la femei și la rasa negroidă. HTASI a fost depistată la 14% bărbați și la 23% femei.

Definiție

Din 1999, OMS/ ISH și JNC-VI au elaborat o clasificare nouă a HTA, preluată și de ghidurile ESC-ESH 2003 și 2007. Conform noilor ghiduri, HTASI este definită ca creșterea TA sistolice ≥ 140 mmHg, pe când TA diastolică este < 90 mmHg.

Etiopatogenetic deosebit:

1. HTASI primară (esențială, idiopatică):
 - etiologie necunoscută, multifactorială.
2. HTASI secundară:
 - etiologie cunoscută. HTASI apare în condițiile asociate de creșterea debitului cardiac și anume în: anemie, polici-

temie, febră, hipertiroidism, aorta-arteriita nespecifică, insuficiență aortică, fistulă arteriovenoasă, coarctarea de aortă, bloc AV complet, boala Paget [2,18,].

3. HTASI esențială reprezintă o entitate multifactorială. Înțelegerea contextului patofiziologic este necesar pentru o abordare terapeutică rațională a vârstnicului hipertensiv. Factorii etiopatogenetici [15] :

- Predispunere genetică și polimorfismul genelor;
- Creșterea rigidității arteriale;
- Disfuncția endotelială și ateroscleroza;
- Disfuncția neurohormonală;
- Sensibilitatea la sarea de bucătărie;
- Tabagismul, obezitatea, hiperglicemia, sexul.

În ultimele decenii se studiază activ rolul factorilor genetici în apariția HTASI. Studiile făcute de Delanghe J.R (1998) arată corelația dintre tensiunea arterială sistolică ridicată și tipul fenotipic 1-1 al haptoglobinei. S.Durier și coaut. (2003) presupun că pacienții cu rigiditatea pereților arteriali au un anumit profil al expresiei genelor în țesuturile pereților aortali. Au loc modificări ale expresiei genelor la nivelul citoscheletului și matricei extracelulare.

Factorul de bază, nemodificabil, ce duce la creșterea tensiunii arteriale sistolice este vârsta. TAS crește în mod liniar până la vârsta de 80 ani, în timp ce PAD crește până la 50 ani, apoi descrește, rezultând majorarea presiunii pulsatile (PP). În lucrările lui Benetos A. (2001) se arată legătura dintre nivelul PP și lungimea telomerilor. Astfel s-a demonstrat că nivelul PP este în legătură inversă cu lungimea telomerilor, astfel odată cu îmbătrânirea are loc scurtarea telomerilor și respectiv creșterea PP. Sunt studii ce demonstrează dependența dintre creșterea tensiunii arteriale sistolice la vârstnici și mutațiile la nivelul genei aducina-factor al canaliculelor renali, ce transportă natriul. Cercetătorii Ciecwierz și coaut. au demonstrat legătura dintre DD-genotipul genei al enzimei de conversie a angiotensinei și dezvoltarea infarctului miocardic la persoanele de până la 50 ani și apariția HTASI la pacienții cu CPI de peste 65 ani.

Elementul *patognomic* al HTASI este creșterea rigidității arteriale. Cu avansarea în vârstă asistăm la creșterea rigidității arteriale ce antrenează creșterea TAS și descreșterea TAD, crescând PP, markerul biologic al vârstei arterelor [2,13,15].

În procesul de îmbătrânire aorta și vasele mari devin rigide ca urmare a deteriorării mecanice a carcasului elastic al mediei cu înlocuirea fibrelor de elastină cu cele de colagen mult mai rigide. În plus, fibrele de colagen și de elastină sunt legate prin punți intermoleculare, ce reduc distensibilitatea peretelui vascular. Distrugerea elastinei, de asemenea se întâmplă sub influența enzimelor serice speciale - metaloproteinazelor matriceale și elastazei, concentrația cărora este crescută la pacienții cu HTASI. Potrivit studiilor recente influența asupra rigidității

arteriale o are nu doar raportul componentelor principale ale mediei (celule musculare netede, elastina și colagen), dar și organizarea lor spațială și interacțiunea prin proteinele matricei extracelulare și ale citoscheletului intracelular. Astfel, scăderea concentrației de desmină, proteină principală a citoscheletului, duce la îngroșarea și compactarea spațiilor dintre straturile de elastina, de celule și membrana bazală. Proteoglicanii matricei extracelulare pot lega ionii de sodiu și de calciu. Unele tipuri de integrine, receptori specifici ale celulelor musculare netede, sunt implicate în transmiterea de semnal de la angiotensina II, ducând la proliferarea acestora și la îngroșare mediei. Toate acestea pot crește rigiditatea peretelui vascular conducând la scăderea complianței arteriale (Laurent S., 2008).

Reducerea distensibilității (complianței) marilor artere este determinată de mai mulți factori: creșterea rigidității peretelui vascular, supus unor tensiuni foarte mari, hipertonia musculară, legată de factori neurohormonali, modificări structurale. Reducerea distensibilității arteriale și, în special, a aortei toracice, duce la o amortizare diminuată a undei sistolice și deci o creștere a presiunii arteriale sistolice și a presiunii intraventriculare. Urmează, apoi, o creștere a pulsilității arteriale, care are multiple efecte: crește travaliul inimii, ajută la hipertrofia vaselor, diminuează rezerva coronară, diminuează capacitatea de relaxare diastolică a ventriculului stâng, hiperexcitabilitatea, alterarea contractilității în hipertrofii. La nivelul arterelor, pierderea funcției de amortizare antrenează o hiperpulsabilitate, care accelerează degenerescența arterială. La nivelul inimii, pierderea amortizării se traduce prin creșterea postsarcinii, prin creșterea impedanței aortice și printr-o diminuare a presiunii de perfuzie coronariene, prin diminuarea presiunii diastolice [1,2,4,11].

Altă consecință a descreșterii complianței arteriale odată cu vârsta este creșterea vitezei undei pulsatile, ce reprezintă un marker convenabil și noninvasiv al rigidității arteriale. Creșterea vitezei undei pulsatile duce la o întoarcere mai devreme a undei de reflecție ce duce la creșterea presiunii în telesistolă și respectiv la supraîncărcarea ventriculului stâng. Unda de reflecție accentuează creșterea presiunii pulsatile dintre arteriile centrale și periferice [2,11].

Scăderea complianței vasculare duce la descreșterea sensibilității baroreceptorilor. Declinul sensibilității baroreceptorilor alterează controlul SNC asupra sistemului nervos simpatic rezultând două manifestări importante. În primul rând descreșterea sensibilității baroreceptorilor duce la o mare variabilitate a tensiunii arteriale la vârstnici, în al 2-lea rând scăderea funcției baroreceptorilor este însoțită de creșterea noradrenalinei plasmatice.

Un rol important în dezvoltarea rigidității arteriale îl are și disfuncția endotelială. Are loc dereglarea producerii de oxid azotic (NO) și alți factori responsabili de relaxarea vasculară. Concomitent crește sinteza de substanțe vasoconstrictoare, îndeosebi, a endotelinei 1, ce favorizează vasoconstricția și proliferarea [7].

În afară de factorii patogenetici principali ai HTASI se mai includ și alți factori. Astfel disbalanța neurohormonală la vârstnici contribuie la creșterea TAS. Se cunoaște că nivelul cateholaminelor în sânge la vârstnicii de 70 ani este de 2 ori mai mare decât la persoanele de 20 ani. Aceasta însă nu provoacă hiperadrenergie, deoarece sensibilitatea β -adrenoreceptorilor este scăzută ca și reactivitatea α -adrenoreceptorilor. În miocard are loc scăderea concentrației de catecolamine care posibil

în asociere cu schimbările anatomice de vârstă pot explica scăderea contractilității miocardului ventriculului stâng. Nivelul crescut de noradrenalină la vârstnici este consecința scăderii clearancelui renal și a răspunsului compensator la scăderea sensibilității receptorilor adrenergici. Hipercatecolaminemia produce creșterea tonusului vaselor rezistente și ca rezultat creșterea reflecției undei pulsatile [15].

Activitatea reninei plasmatică, nivelul angiotensinei II și aldosteronului scad odată cu avansarea în vârstă, însă nu este stabilit definitiv cum aceste modificări influențează patogeneza HTASI [15].

Sensibilitatea crescută la sare, odată cu înaintarea în vârstă duce la creșterea volumului sanguin circulator Na-dependent și influențează nivelul TAS. Rezultatele studiului INTERSALT arată legătura puternică dintre utilizarea sării de bucătărie și creșterea TAS la vârstnici. În afară de aceasta la pacienții sensibili la sare se determină rigidizarea arterială și HTASI [15].

Alți factori ce contribuie la creșterea PP sunt înălțimea, sexul feminin, hiperhomocisteinemia, tabagismul, inflamația, hiperglicemia și obezitatea. Majorarea PP la persoanele de statură joasă se explică prin scurtarea distanței până la punctele de bază ale reflecției undei pulsatile (bifurcația aortei și trecerea arterii în arteriole), ce duce la o întoarcere mai rapidă în aortă. Diferența dintre statură (talie), explică o creștere neuniformă a PP la femei față de bărbați. Concentrația majorată de homocisteină a fost depistată la pacienții cu HTASI (Sutton-Tyrrell K., 1997) precum și în rigiditatea crescută a arterelor, indiferent de sex, vârstă și nivelul TA (Bortolotto L.A., 1999).

Sunt date ce demonstrează legătura dintre fumat și majorarea rigidității arteriale. Cauza fiind creșterea tonusului sistemului nervos simpatic și scăderea vasodilatației NO-dependente (Mahmud A., 2003). Afecțiunile inflamatorii ale vaselor sunt asociate cu degradarea colagenului și elastinei de către colagenaze, elastaze și metaloproteinaze. Se modifică și conținutul proteoglicanilor ce duce la calcificarea pereților vasculari (Laurent S., 2008).

La fel și diabetul zaharat este asociat cu rigiditatea arterială, un rol important revenindu-le proteinelor glucuronate, care dereglează relaxarea endotelium-dependentă și formează punți ireversibile între moleculele de elastină și colagen, astfel scăzând elasticitatea arterială (Zieman S.J., 2004).

Conform datelor lui Franklin S.S., 2006 există legătura dintre prevalența crescută a HTASI și obezitatea abdominală.

Clasificare:

Hipertensiunea arterială sistolică izolată va fi clasificată (grad I, II și III), corespunzător cu aceleași valori ale tensiunii sistolice indicate pentru hipertensiunea sistolodiastolică:

Gradul I- TAS 140-159 mm Hg și TAD < 90 mmHg.

Gradul II- TAS 160-179 mm Hg și TAD < 90 mmHg.

Gradul III- TAS > 180 mm Hg și TAD < 90 mmHg.

Gradul riscului cardiovascular și cerebrovascular se cuantifică în HTASI ca și în celelalte forme de HTA.

Tabloul clinic:

Manifestările clinice ale HTASI nu diferă de cele din HTA. La 1/2 din pacienții vârstnici HTASI decurge asimptomatic. La alții apar următoarele dereglări subiective: cefalee, amețeli, zgomote în urechi, dereglări de memorie pentru evenimentele recente, tulburări de învățare, scăderea atenției, scăderea capacității de muncă, apar dereglări de somn. Aproape la 1/3

se dezvoltă angina pectorală. Unele acuze sunt legate doar de afectările regionale vasculare aterosclerotice [18].

După Frankyn S.S[4] se deosebește:

- HTASI tip I (de novo)- Se întâlnește la 60% din vârstnici, ce se datorează decreșterii complianței arteriale. Nici în anamneză, nici obiectiv nu a fost determinată creșterea TAD.
 - HTASI Tip II- hipertensiune "arsă" (burned-out). Apare la adulți cu hipertensiune arterială sistolo-diastolică la care are loc transformarea hipertensiunii sistolo-diastolice în hipertensiune sistolică izolată. Se întâlnește în 40% cazuri. După Țfasman A.Z 1985 se deosebește:
 - Forma labilă- cu variații importante ale tensiunii arteriale sistolice. În momentul crizei hipertensive tensiunea diastolică poate crește.
 - Forma stabilă în care variațiile HTASI sunt nesemnificative, crizele hipertensive apar rar. După datele lui Comisarenco I.A. (2001) această formă de HTASI se întâlnește în 68% cazuri.
- Particularitățile tabloului clinic[14]:
- O mare labilitate a valorilor tensionale în decursul aceluiași zi.
 - Variabilitatea TA. La mai mult de 50% vârstnici nu se depistează scăderea adecvată a TA (10-20 mmHg) noaptea (non-dippers), deseori se înregistrează hipertensiune nocturnă sau scăderea pronunțată a TA noaptea (over dippers). În afară de aceasta frecvent se observă creșterea rapidă și pronunțată a TA la trezire, dimineața. Toate aceste modificări ale ritmului circadian al TA sunt predictorii complicațiilor cardiovasculare și riscul înalt de afectare a organelor țintă la vârstnici.
 - La vârstnici foarte frecvent se întâlnește hipotonia ortostatică și postprandială. Aceste episoade pot fi însoțite cu semne de ischemie cerebrală și cardiacă. Însă majoritatea decurg asimptomatic și sunt depistate doar la măsurarea ambulatorie a presiunii arteriale (MAPA). Hipotensiunea ortostatică se datorează afectării funcționalității baroreceptorilor.
 - Frecvent se înregistrează fenomenul de pseudohipertensiune arterială-o condiție în care măsurarea indirectă a presiunii intraarteriale, folosind un sfigmomanometru, este artificial crescută în comparație cu măsurarea directă a presiunii intraarteriale.
 - Deseori se întâlnește hipertensiunea arterială la halat alb.
 - Asocierea frecventă a HTASI cu dereglările metabolice (dislipidemie, obezitate, insulinorezistență, diabet zaharat, gută).
 - Deseori se observă nicturie și creșterea excreției de Na, care se datorează probabil afectării funcției renale și defectului de schimb al NO.
 - Legătura strânsă dintre tensiunea sistolică și riscul dezvoltării complicațiilor cardiovasculare, cerebrale și renale. Conform studiului Framingham s-a demonstrat rolul major al tensiunii sistolice față de tensiunea diastolică pentru dezvoltarea tuturor manifestărilor cardiopatiei ischemice (infarct miocardic, angor pectoral, moarte subită). Majoritatea studiilor au demonstrat rolul major al tensiunii sistolice în apariția complicațiilor cerebrale. În studiul MRFIT riscul de AVC la pacienții cu creșterea tensiunii sistolice constituie 8,2, iar la creșterea tensiunii sistolice distolice 4,4. Ictusul se află pe locul 3 ca cauză a mortalității

și principala cauză a incapacității în țările industrial dezvoltate. Datele studiului MRFIT demonstrează că riscul insuficienței renale cronice este de 5 ori mai mari în caz de TAS crescută și de 4 ori mai mare în caz de creștere a TAD.

Diagnosticul de HTASI se stabilește dacă la 3 vizite repetate nivelul mediu al TAS \geq 140 mmHg, iar TAD $<$ 90 mm Hg [14].

Evaluarea diagnostică a HTASI are ca scop:

1. Stabilirea nivelului TA.
2. Identificarea cauzelor reversibile și/sau tratabile.
3. Evaluarea afectării organelor țintă.
4. Aprecierea factorilor de risc și a comorbidităților ce afectează prognosticul.
5. Determinarea barierelor pentru aderența la tratament.

Procedurile diagnostice cuprind:

Diagnosticul clinic:

Anamneza permite obținerea a numeroase informații:

- durata bolii.
- oscilațiile presiunii arteriale.
- prezența factorilor de risc.
- simptomatologia organelor țintă.
- bolile care determină hipertensiunea arterială secundară.
- anamneza administrării cronice de medicamente sau substanțe care cresc TA
- (AINS, corticosteroizi, ciclosporine, cocaină, amfetamină).

Examenul obiectiv va include neapărat următoarele:

- Măsurarea repetată (peste 10-15 min) a TA.
- Măsurarea TA la brațul contralateral.
- Determinarea înălțimii și masei corporale.
- În regiunea cervicală: turgescență venelor, dimensiunile glandei tiroide, suflurile vasculare.
- Cordul și vasele: aprecierea frecvenței contracțiilor, dimensiunilor, prezența suflurilor și a zgomotelor suplimentare, ritmul. Se determină puls celer et altus, puls capilar. Percutor-limita cordului deplasată spre stînga. Auscultativ la majoritatea pacienților are loc atenuarea zgomotului I la apex, la jumătate de pacienți -accentul zgomotului II la aortă și la 1/3 -suflul sistolic la apex și la aortă [11].
- Abdomenul: sufluri, mărirea rinichilor, mase suplimentare abdominale, dilatarea aortei.
- Extremități: pulsația diminuată, sufluri arteriale, edeme.
- Examenul neurologic: determinarea semnelor de afectare cerebrovasculară.
- Funduscopia oculară.

Diagnosticul paraclinic

Explorările paraclinice sunt de trei categorii:

- de rutină;
- recomandate;
- complementate.

Investigațiile de rutină sunt: glicemia, colesterolul, HDL, LDL – colesterol, trigliceridemia, potasemie, creatininemia, hemoglobin/hematocritul, sumarul de urină, electrocardiograma.

Investigațiile recomandate presupun: Ecocardiografia, Holtter TA, Ultrasonografia carotidiană și femurală, Proteina C Reactivă, microalbuminuria, Proteinuria, Examenul Fundului de ochi (în HTA severă), Radiografia cardio-pulmonară.

Investigațiile complementare urmăresc evaluarea funcției cerebrale, cardiace și renale în HTA complicată, diagnosticul hipertensiunii arteriale secundare: urocultura, clearance-ul creatininic, densități în micțiuni separate, acidul vanil mandelic, determinarea catecolaminelor din sânge și urină, angiografia renală, angiografia RMN, arteriografia, CT.

Tratamentul

Hipertensiunea arterială sistolică izolată este varianta hipertensiunii arteriale cea mai dominantă la vârstnici și cea mai dificil de tratat.

Obiectivele tratamentului antihipertensiv [3,6,12,19]:

1. Reducerea morbidității și mortalității cardiovasculare.
2. Individualizarea tratamentului ținând cont de riscul cardiovascular global.
3. Scăderea maximală a TAS < 140 mm Hg la persoanele de 65-79 ani și la cei de peste 80 ani TAS 140-145 mm Hg, iar la cei ce suferă de DZ, maladie renală cronică TAS < 130 mm Hg.
4. Scăderea minimală a TAD ≥ 70 mm Hg.
5. PP < 60 mm Hg.
6. TA > 100/60 mm Hg.

Inițierea unui tratament antihipertensiv la pacienții vârstnici trebuie să respecte ghidurile generale. Înainte și în timpul tratării nivelul TA trebuie să fie măsurat în poziție șezând și în ortostatism, deoarece riscul de hipotensiune ortostatică poate fi mai exprimată de medicația antihipertensivă. Mulți vârstnici au și alți factori de risc, afectări ale organelor țintă și condiții cardiovasculare asociate, caz în care alegerea primului medicament antihipertensiv trebuie atent cântărită. Mulți pacienți vârstnici necesită 2 sau mai multe antihipertensive pentru controlul TA.

Principiile de bază ale tratamentului antihipertensiv [12,18,19]:

- Tratamentul trebuie să fie individual ținând cont de patologia vârstnicului;
- Asocierea cu tratament nemedicamentos;
- Utilizarea medicamentelor ușor de prescris;
- Medicamente bine tolerate;
- Debut cu demi-doză și majorare progresivă. Trebuie de ținut minte că TA trebuie scăzută treptat și lent cu atingerea nivelului optimal al TA în mediu nu mai repede de 1 lună (cu excepția crizelor hipertensive), în caz contrar se poate provoca dezvoltarea ischemiei creierului;
- Tratament ideal-cu medicamente prolongate, într-o singură priză. Deoarece tensiunea arterială sistolică variază semnificativ pe parcursul a 24 ore, preparatele prolongate vor controla mai bine TA la pacienții vârstnici;
- Fără interacțiuni medicamentoase;
- Măsurarea TA în poziție șezândă și verticală (risc major de hipotensiune ortostatică);
- Controlul funcției renale, a metabolismului electrolitic și glucidic.

Tratamentul include :

- A.Reguli igienico-dietice [2,3,10] :
- Reducerea greutatei corporale la cei supraponderali. Există de asemenea dovezi convingătoare că reducerea greutatei scade tensiunea arterială la pacienții obezi și are efecte benefice pe factorii de risc asociați cum ar fi: rezistența la

insulină, diabetul, hiperlipidemia, hipertrofia ventriculară stângă și apneea obstructivă de somn. Staessen și coaut. au demonstrat că scăderea cu 1 kg/masă corp duce la micșorarea TA 1.6/1.3 mm Hg;

- Oprirea fumatului. Fumatul determină o creștere acută a tensiunii și frecvenței cardiace, modificări ce persistă mai mult de 15 minute după fumarea unei țigarete. Mecanismul este probabil o stimulare a sistemului nervos simpatic la nivel central și la nivelul terminațiilor nervoase, care este responsabilă de o creștere a catecolaminelor plasmatică paralel cu creșterea tensiunii arteriale;
- Moderație în consumul de alcool (până la 1 unție cca 30 gr.alcool pur);
- Reducerea consumului de sare de bucătărie (la 5-6 g). Studiile epidemiologice sugerează că aportul de sare prin dietă este un factor care contribuie la creșterea tensiunii arteriale și la prevalența hipertensiunii;
- Alte modificări ale dietei. În ultima decadă aportul crescut de K și modelele de regim bazate pe dieta DASH (dietary approaches to stop Hypertension) (o dietă bogată în fructe, legume și produse sărace în grăsimi cu un conținut redus de colesterol ca și grăsimi saturate și totale) au de asemenea efecte de scădere a tensiunii arteriale (coboară tensiunea sistolică cu 11 mmHg și diastolică cu 5 mm Hg);

Câteva mici trialuri clinice și metaanalizele lor au documentat faptul că doze mari de suplimente cu acizi grași omega-3 polinesaturați (obișnuit denumite ulei de pește) pot scădea tensiunea arterială la indivizii hipertensivi, cu toate că efectul poate fi, de regulă văzut doar la doze relativ mari (> 3 g/zi).

- Activități fizice regulate cu exerciții fizice dinamice (ciclism, înot) 30 minute/zi ;
- Lupta contra stresului.

Dacă tratamentul non-medicamentos eșuează este necesar terapia medicamentoasă îndeosebi la vârstnicii cu HTASI ≥ 160 mm Hg, deoarece riscul complicațiilor cardiovasculare este mai mare [14]. Necesitatea tratamentului medicamentos la vârstnicii hipertensivi a fost inclusă în recomandările HTA (JNC 1997, WHO/ISH 1993,1999), în baza datelor a 3 studii (SHEP 1991, STOP-Hypertension 1991, MRC 1992) care au demonstrat scăderea morbidității și mortalității cardiovasculare pe fond de tratament antihipertensiv (diuretice și/ sau beta-blocante). Metaanalizele a 3 studii (SHEP, SYST-EUR, SYST-CHINA) au demonstrat că tratamentul HTASI, comparativ cu placebo, a dus la scăderea mortalității generale cu 17%, iar a mortalității cardiovasculare cu 25% [4,15]. Complicațiile cardiovasculare fatale și nefatale s-au micșorat cu 32%, cu 37% de AVC, 25% de infarct și moarte subită (Staessen J.A., 2000). Pe lângă aceasta efect benefic al tratamentului antihipertensiv s-a dovedit a fi mai pronunțat la vârstnici decât la tineri. Tolerabilitatea la tratament a fost destul de bună.

Selectarea agentului antihipertensiv de prima linie trebuie să se bazeze pe evaluarea patofiziologică și parametrii clinici la fiecare pacient vârstnic. Regimul dozării începe cu o doză mică și cu titrare treptată. Este necesar respectarea regulii de prescriere nu mai mult de 3 antihipertensive, dintre care unul numai decât să fie un diuretic [2,10,17].

Trebuie să luăm în considerație tratamentul factorului patogenetic al HTASI-rigiditatea arterială. Teoretic, creșterea elasticității arterelor, reducerea vitezei de propagare a undei de puls direct în sistolă și schimbarea caracteristicilor de timp ale

undelor reflectate de presiune poate duce la o scădere a TAS la pacienții vârstnici cu HTASI [15].

Conform recomandărilor OMS(1999) tratamentul de elecție al vârstnicilor cu HTASI este tratamentul cu diuretice tiazidice și antagoniștii de calciu. Terapia antihipertensivă cu aceste clase de medicamente micșorează frecvența dezvoltării demenței cu 50%. Conform trialului Syst-Eur în care >2000 persoane ce au urmat tratament antihipertensiv cu nitrendipin±enalapril±hidroclortiazid versus placebo timp de 2 ani, incidența demenței s-a micșorat cu 50%. În același timp tratamentul antihipertensiv al HTASI la pacienții cu afectări cerebrale, inclusiv cu semne de insuficiență mnestică-intelectuale, s-a soldat cu normalizarea nivelului TAS la pacienții cu demență vasculară și la ameliorarea sau normalizarea funcțiilor cognitive.

Diureticele tiazidice se folosesc ca primă linie în tratamentul HTASI la vârstnici, deoarece au o eficacitate dovedită în micșorarea tensiunii arteriale și a complicațiilor cardiovasculare, o bună tolerabilitate și preț redus. Practic în toate studiile diureticele tiazidice se foloseau în doze mici (12,5-25 mg hidroclortiazid zilnic sau peste o zi), ce a permis un efect minim al reacțiilor adverse asupra metabolismului. În studiul Medical Research Council (MRC) s-a demonstrat că diureticele tiazidice sunt superioare β-blocanților în scăderea frecvenței ictusului și a CPI. Indapamid este numit diuretic cu efect optimal de cardio- și vasoprotecție. În doza de 2,5 mg/ zi are acțiune directă asupra vaselor, iar efectul diuretic este subclinic [17,18].

Antagoniștii de Calciu ameliorează elasticitatea aortei și a ramurilor ei mari, la vârstnici antagoniștii de calciu scad mai

mult TAS, decât TAD. Se utilizează următoarele doze: amlodipina 5-10 mg; felodipin 2,5-5-10 mg/zi; isradipin 2,5-5 mg/zi; nifedipin retard 30-60 mg/ zi; diltiazem 60-180 mg/ 2 ori în zi; Verapamil 40-80-120-240 mg/ 2 ori în zi [18].

Medicamentele vasoactive care reduc tonusul musculaturii netede ale arterelor mari, cresc distensibilitatea acestora. Acest efect a fost demonstrat la blocanții canalelor de Calciu, IEC, β-adrenoblocatori cu activitate simpatomimetică (pindolol) și doze mici de diuretice. Și din contra utilizarea de β-adrenoblocanți cardionelectivi (propranolol) și vasodilatatoare directe (hidralazina) nu crește distensibilitatea arterelor. S-a dovedit că antagoniștii de Calciu și IEC contribuie la scăderea vitezei unei pulsatile.

Totuși ușurința tratamentului HTASI la vârstnici este aparentă. Astfel în studiul NHAHES III s-a demonstrat eficacitatea scăderii TAD < 90 mm Hg la 73% vârstnici, în timp ce TAS < 140 mm Hg a fost atinsă doar la 34% vârstnici cu HTA. În aceste studii a fost demonstrat că 80% din pacienți cu vârsta de peste 60 ani cu control ineficient al TA aveau HTASI.

Monitorizarea tratamentului.

Necesitatea unei supravegheri crescute (teren de fragilizare).

1. Monitorizarea clinică [12]:

- Atingerea obiectivelor tensionale: studiul HOT (Hypertension Optimal Treatment) a demonstrat recent că riscul minimal de evenimente cardio-vasculare majore sunt observate la valorile TA medii pe tratament la 138.5/82.6 mm Hg;

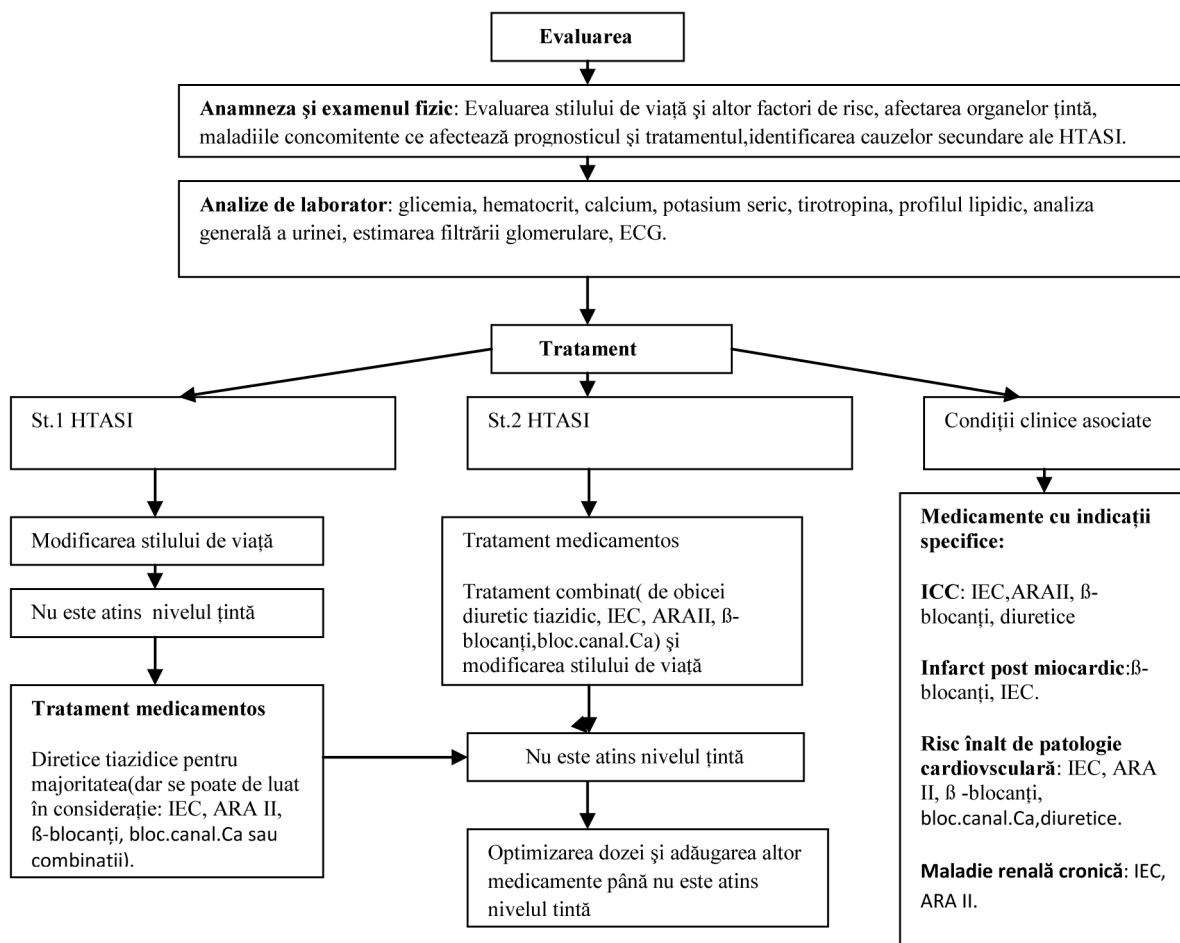


Fig.1 Managementul Hipertensiunii Arteriale sistolice izolate N. Engl.J.Org

- Verifică absența de efecte secundare nedorite ale tratamentului, consecințele cărora sunt mai severe la vârstnici și necesită o detectare timpurie:
 - Hipotensiune excesivă (atenție la circulația cerebrală);
 - Hipotensiunea ortostatică (atenție la căderi);
 - Deshidratare: dereglări hidro-electrolitice;
 - Insuficiența renală (mai ales funcțională);
 - Dereglări neuropsihologice.
2. Monitorizare prin auto-măsurare posibilă.
3. Monitorizare prin MAPA. Conform JNC VI raport normele valorilor tensionale măsurate la MAPA sunt de TA<135/85 mm Hg ziua și TA<120/75 mm Hg noaptea.
- Măsurarea TA ambulatorie se face în caz de:

- Variabilitatea cifrelor tensionale în timpul consultației sau la consultații succesive;
- Hipertensiune la halat alb;
- Simptome caracteristice unui puseu hipertensiv;
- Hipertensiune refractară la tratament medicamentos.

Prognostic

Consecințe majore ale HTASI sunt condiționate de afectarea organelor țintă, îndeosebi a cordului și a sistemului nervos central, mai rar a rinichilor, aortei și arterelor. Presiunea Pulsatilă este un marker mai important de risc cardiovascular. PP>60 mm Hg are un prognostic nefavorabil asupra dezvoltării CPI, ICC, complicațiilor cerebrale și renale.

Bibliografie

1. Albu Adriana, Fodor Daniela, Creșterea rigidității arteriale – factor de risc cardiovascular. Mecanisme, implicații clinice, principii terapeutice. Practica medicală – vol. 4, NR. 1(13), 2009 pag. 8-10.
2. Chobanian Aram V., Isolated Systolic Hypertension in the Elderly. N Engl J Med 2007;357:789-96.
3. Dickerson Lori M., and Gibson Maria V., Management of Hypertension in Older Persons., Am Fam Physician. 2005 Feb 1;71(3):469-476.
4. Franklin Stanley S., Hypertension in Older People: Part 1 MD. The Journal of Clinical Hypertension Volume 8, Issue 6, pages 444–449, June 2006.
5. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1999.
6. Gupta R, Kasliwal , Understanding Systolic Hypertension in the Elderly Japi - vol. 52 - june 2004 pag.479-485.
7. Heintz B, Dorr R, Gillissen T, et al.: Do arterial endothelin 1 levels affect local arterial stiffness? Am Heart J 1993, 126:987–989.
8. Hypertension in the Elderly Prim Care Clin Office Pract 32 (2005) 723–753.
9. Michael Maddens, Khaled Imam, Ayham Ashkar, Hypertension in the elderly, 2002.
10. National High Blood Pressure Education Program Working Group report on hypertension in the elderly. Hypertension. 1993;23:275–285.
11. Prisant L. Michael, Hypertension in the elderly, Humana press 2005, pag.13-27.
12. Raybaud H. L'HTA du sujet âgé MAJ 10/2007 ESC/ESH 2007.
13. Tournier B., Girerd X., Hypertension arterielle systolique isolee. La lettre de pharmacologie Volume 12, Nr.2, fevrier 1998.
14. Долженко М.Н., Шулика П.Л., Особенности диагностики, клинического течения и лечения изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых людей, Национальная медицинская академия последипломного образования имени 4(10) 2008 / Лікарю-практику.
15. Дзизинский А.А., Протасов К.В., Изолированная систолическая артериальная гипертензия. Патогенез. Диагностика. Лечение, 2008.
16. Кобалава Ж.Д., Роль систолического артериального давления в развитии органических нарушений РМЖ 2001.- Т.86, № 1.-С. 415-417.
17. Комиссаренко И.А., Михеева О.М., Пациенты старших возрастных групп в практике кардиолога поликлиники Принципы терапии артериальной гипертензии у пациентов старших возрастных групп Справочник поликлинического врача Том 04/Н 3/2005.
18. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Милюкова О.М., Систолическая артериальная гипертензия у пожилых РМЖ, Том 5 № 20, 1997.
19. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Милюкова О.М., Медикаментозное лечение изолированной систолической гипертензии у пожилых. Русский медицинский журнал.-1998.- Т.6.- № 21.-С.25-29.
20. Остроумова О.Д., Изолированная систолическая артериальная гипертензия Consilium Medicum Том 05/Н 12/2003.

SPONSORI



RECOMANDĂRI PENTRU AUTORI

1. Revista medicală științifico-practică „Arta Medica” publică editoriale, lucrări originale, referate generale, studii de cazuri clinice, recenzii de cărți și reviste, referate din literatura de specialitate, corespondențe (opinii, sugestii, scrisori), informații medicale.

2. Materialele ce se trimit spre publicare revistei „Arta Medica” vor include: varianta dactilografiată la două rânduri, mărimea caracterelor – de 14 puncte, pe o singură față a colii de hârtie, în două exemplare (una din ele cu viza șefului clinicii sau organizației de unde provine lucrarea); versiunea electronică în format Microsoft Word.

3. Manuscrisele, împreună cu o cerere de publicare din partea autorilor, vor fi predate sau vor fi adresate secretariatului revistei pe adresa MD-2025, Chișinău, str. N. Testemițanu 29, Spitalul Clinic Republican, et. 12, tel.: (0 22)72-91-18; 0-6978 7700.

4. Nu se vor trimite spre publicare articole ce au apărut ca atare și în alte publicații medicale.

5. Articolele vor cuprinde în ordine următoarele elemente:

a. titlu concis, reflectând conținutul lucrării;

b. autorii vor fi trecuți cu nume și prenume complete, titluri profesionale și științifice, instituția unde lucrează;

c. schema lucrării va cuprinde: introducere, material și metodă, rezultate, discuții și concluzii, bibliografia;

d. rezumatele vor fi atât în limba română cât și în limba engleză cu titlul tradus (obligatoriu);

e. referințele bibliografice vor cuprinde obligatoriu: autorii (numele și inițiala prenumelui), titlul articolului citat (în limba originală), revista (cu prescurtarea internațională), anul apariției, volumul, numărul paginilor.

Ex.:

1. DEVANEY E J. – Esophagectomy for achalasia: patient selection and clinical experience. *Ann Thorac Surg.* 2001; 72(3):854-8

6. Dimensiunile textelor (inclusiv bibliografia) nu vor depăși 12 pagini pentru un referat general, 10 pagini pentru o cercetare originală, 5 pagini pentru o prezentare de caz, 1 pagină pentru o recenzie, 1 pagină pentru un rezumat de pe o lucrare străină. Dimensiunea unei figuri sau a unui tabel va fi de cel mult 1/2 pagină tip A4, iar numărul tabelor și figurilor din text va fi de cel mult jumătate minus unu din numărul paginilor dactilografiate.

7. Fotografiele, desenele vor fi de o calitate bună și foarte bună, fiind prezentate la redacție în original (sau scanate la o rezoluție de 300 dpi în format TIFF).

8. Articolele ce nu corespund cerințelor menționate mai sus vor fi returnate autorilor pentru modificările necesare.

9. Pentru informații suplimentare contactați secretarul de redacție la telefoanele (+373 22) 72-91-18, (+373) 6978 7700 sau prin e-mail la adresa eduard.bernaz@artamedica.md