

Patologiile cardiovasculare, depistate la pacienții cu DZ tip II incluși în studiu: la 9 pacienți 9 (30%) - hipertensiune arterială gr.II, la 10 (33%) - sindrom coronarian acut, la 2 (7%) - tahicardie supraventriculară, la 3 (10%) - fibrilație atrială, la alți 3 (10%) - flutter atrial, la 2 (7%) - stenoza de LAD (left anterior descending artery) și la un pacient (3%) - extrasistolie ventriculară (Figura 6).

În afară de patologiile cardiovasculare sus numite, pacienții din lotul de studiu aveau următoarele complicații ale DZ: la 9 pacienți (30%) era prezentă nefropatie diabetică, la 7 (23%) - polineuropatie diabetică senzitiv simetrică distală, la 3 (10%) - AVC suportat, la alți 6 (20%) - retinopatie diabetică, la 5 (17%) - pneumonia comunitară.

Concluzii. Conform datelor obținute, majoritatea pacienților incluși în studiu erau cu vârsta peste 60 de ani, cu un istoric de DZ tip II cu o durată mai mare de 10 ani, cu predominarea DZ tip II decompensat, cu complicații cardiovasculare severe: sindrom coronarian acut (33%), HTA (30%), AVC suportat (10%), fibrilație atrială (10%), flutter atrial (10%), tahicardie supraventriculară (7%), stenoza de LAD (7%), extrasistolie ventriculară (3%), retinopatie diabetică (20%), nefropatie diabetică (30%), polineuropatie diabetică senzitiv simetrică distală (23%).

Mai mulți factori predispozanți afectează simultan dezvoltarea bolilor cardiovasculare și a DZ. Printre acești factori concomitenți se numără obezitatea, inactivitatea fizică, ereditatea, sexul și înaintarea în vârstă.

Atât bolile cardiovasculare cât și DZ pot și necesită a fi prevenite prin controlul factorilor de risc predispozanți. Modificarea obiceiurilor de viață (prevenirea sau tratarea obezității, promovarea activității fizice, alimentației sănătoase, excluderea tabagismului, diminuarea sau remodelarea atitudinii față de stresul cronic) se află în centrul strategiei de sănătate publică pentru prevenirea bolilor cardiovasculare și a DZ. Tratamentul medicamentos este necesar a fi utilizat pentru a controla factorii de risc metabolici, în special, ca rezultat al modificărilor genetice și de vârstă.

Declarație de conflict de interese. Autorii nu au potențiale conflicte de interese.

Bibliografie

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas - 8th Edition. <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> (June 14 2019)
2. Al-Nozha, M. M., Ismail, H. M., & Al Nozha, O. M. (2016). Coronary artery disease and diabetes mellitus. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 2016; 11(4), 330–338. doi:10.1016/j.jtumed.2016.03.005
3. Chaurasia B, Summers SA. Ceramides - lipotoxic inducers of metabolic disorders. *Trends Endocrinol Metab.* 2015;26(10):538–50.
4. Farkouh ME, Domanski M, Sleeper LA, Siami FS, Dangas G, Mack M, et al. Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes. *N Engl J Med.* 2012;367:2375–84.
5. Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, Berra K, Blankenship JC, Dallas AP, et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2012;60(24):2564-603. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.07.013>.
6. Kartha CC, Pillai Radhakrishna M, Ramachandran S.- Mechanisms of Vascular Defects in Diabetes Mellitus -08.03.2017
7. Martín-Timón, I. Type 2 diabetes and cardiovascular disease: Have all risk factors the same strength? *World Journal of Diabetes*, 2014;5(4), 444. doi:10.4239/wjcd.v5.i4.444
8. Mueller C. Biomarkers and acute coronary syndromes: an update. *Eur Heart J.* 2014;35:552–6.
9. Paneni, Francesco & Cosentino, Francesco. *Diabetes and Cardiovascular Disease: A Guide to Clinical Management.* 2015:10.
10. Rajbhandari J, Fernandez CJ, Agarwal M, Yeap BXY, Pappachan JM. Diabetic heart disease: A clinical update. *World J Diabetes* 2021; 12(4): 383-406.
11. Scott M. Grundy AM., et al. Diabetes and Cardiovascular Disease. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart. *Circulation.* 1999;100:1134–1146
12. Unger RH, Foster DW. Diabetes mellitus. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR, eds. *Williams Textbook of Endocrinology.* Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1998:973–1059.

CZU: 616.149.66:616.342-002.44

DEBITUL SANGUIN VOLUMETRIC HEPATIC LA BOLNAVII CU ULCER DUODENAL

Cobileanschi Eugen¹, Cobileanscaia Liubovi²

¹Departamentul Medicină internă, Disciplina Geriatrie și Medicina muncii, USMF „Nicolae Testemițanu”

²Policlinica de Stat

Autor corespondent: Eugen Cobileanschi; e-mail: eugen.cobileanschi@usmf.md

Rezumat

Modificările semnificative ale circuitului hepatic s-au evidențiat în decurgerea severă a ulcerului duodenal, când pe fundalul stagnerii circuitului în regiunea portală, s-a observat majorarea vascularizării arteriale. Acest indice al debitului de volum circulant și indică care anume tip al hemodinamicii prevalează – hepatopetal sau hepatofugal.

Cuvinte-cheie: circuit hepatic, ulcer duodenal, hepatopetal, hepatofugal

Summary**Volumetric hepatic blood flow in patients with duodenal ulcer**

Pronounced changes in hepatic blood flow were determined in the aggravated course of duodenal ulcers, when, against the background of stagnation of blood flow in the portal section, an increase in arterial vascularization was revealed. It is the indicator of the volumetric flow rate of blood flow that indicates which type of hemodynamics prevails – hepatopetal or hepatofugal.

Keywords: liver circuit, duodenal ulcer, hepatopetal, hepatofugal

Резюме**Объемный печеночный кровоток у больных язвой двенадцатиперстной кишки**

Выраженные изменения печеночного кровотока определялись при отягощенном течении язвы двенадцатиперстной кишки, когда на фоне застоя кровотока в портальном отделе, было выявлено повышение артериальной васкуляризации. Именно показатель объемного дебита кровотока и указывает какой тип гемодинамики превалирует – гепатопетальный или гепатофугальный.

Ключевые слова: печеночный кровоток, язва двенадцатиперстной кишки, гепатопетальный, гепатофугальный

Introducere. În baza studiilor acumulate despre existența conexiunii vitale directe a organelor tractului digestiv în normă și patologice [3,5], se confirmă dereglarea hemodinamicii ficatului la bolnavii cu ulcer duodenal, preponderent, în venele ficatului - evacuarea anevoioasă a sîngelui din ficat, propulsarea retrogradă a sîngelui prin venele hepatice, diminuarea gradului de predominare a circuitului arterial în timpul sistolei, față de refluxul venos în timpul diastolei, reducerea elasticității și tonusului arterelor mari, dereglarea hemodinamicii în rețelele arteriale mari, cu diminuarea umplerii arterelor de calibru mic și mediu ale ficatului [2,3]. Se presupune, că parțial evacuarea sîngelui arterial se produce prin arterele gastrice [1,5].

Un rol important în aprecierea hemodinamicii hepatice o are ecografia Doppler, care, în afară de identificarea structurilor vasculare, poate identifica inversarea fluxului la nivel hepatic în mai multe patologii, inclusiv ulcerul duodenal (din hepatopetal devine hepatofugal) [1,2,4]. Prezintă o metodă accesibilă, non-invazivă, repetabilă, poate fi efectuată la patul pacientului, astfel încât mulți clinicieni o consideră o „prelungire” a examenului obiectiv [5]. Este dependentă însă de performanțele aparatului utilizat și, nu în ultimul rînd, de experiența examinatorului.

În această ordine de idei, se impune necesitatea explorării complexe ale modificărilor indicelui cantitativ (viteza medie de volum) al circuitului sanguin hepatic în ulcerul duodenal în acutizare.

Scopul publicației. Aprecierea tipului hemodinamicii hepatice prin studierea indicelui debitului volumetric circulant.

Material și metodă. În studiu au fost incluși 46 pacienți cu ulcer duodenal în acutizare internată în staționar în incinta secțiilor de profil terapeutic al SCMS RM cît și pacienți din serviciul ambulator al Policlinicii de Stat - 32 bărbați, 14 femei, vîrsta medie constituie $39 \pm 0,21$ ani.

Lotul I (lotul martor) – constituit din 23 paci-

enți cu vîrsta oscilînd între 20-40 ani, vîrsta medie constituind $24,9 \pm 0,56$ ani, marcat prin depistarea endoscopică a pacienților cu UD în acutizare, succesiv prezentați în seveciul de ultrasonografie al CREPOR.

Lotul II (lotul de bază): caracterizat prin confirmare endoscopică a suspiciunilor de ulcer duodenal acut la 23 pacienți cu vîrsta trecută de 40 ani, vîrsta medie constituind $54,5 \pm 0,21$ ani, cu modificări ale mucoasei și structurii peretelui duodenal stabiliți la examenul Videoendoscopic. Indicii hemodinamici au fost studiați prin intermediul Doppler-color vaselor hepatice. Parametrii liniari s-au calculat în vena portă și vena lienală, vena mezenterică superioară, dar de asemenea în artera hepatică.

Rezultate și discuții. Analiza cantitativă a fluxului sanguin în vena portă cuprinde determinarea volumului vitezei acestuia. Debitul volumetric în vena portă la pacienții lotului I variază între 578 ± 312 ml/min și $426 \pm 24,0$ ml/min. Analiza acestui parametru la bolnavii lotului II a evidențiat următoarele: volumul vitezei fluxului sanguin s-a instalat de la $426 \pm 24,0$ ml/min la $324 \pm 15,6$ ml/min. Pe parcursul următoarelor 10 zile, valorile acestor parametri revin în mod normal, la valoarea inițială. S-a stabilit că volumul de stopare a fluxului sanguin la persoanele sănătoase variază în limite largi - $605-1173$ cm³/min. Mai mult decît atît, volumul de vîrf a fluxului sanguin se datorează modificării venei porte în intervalul de 10-15% și 14-20%, respectiv pe loturi.

Prin evaluarea fluxului sanguin portal la indivizii lotului I, înainte și după alimentație, s-a constatat că, în vena portă și vena lienală, în 5-10 minute, se atestă o creștere liniară a fluxului sanguin cu 90% în vena portă și 70% - în vena lienală. În paralel, modificarea înregistrată în debitul de volum, atingînd o creștere maximă de 110-120% după 30 de minute în vena portă și 40 de minute - în vena lienală. La bărbați, debitul volumetric în vena portă constituie aproximativ 1000-1200 ml/min.

Viteza de volum a fluxului sanguin portal în ulcerul duodenal la pacienții lotului I a crescut și a avansat la 990 ± 69 ml/min. Indicele dat la pacienții cu ulcer duodenal din lotul II a fost respectiv cu 18-20% mai mic comparativ cu pacienții lotului I.

Diametrul venelor lienale și mezenterice superioare, de asemenea, se extind considerabil; au fost observate oscilațiile diametrului acestora în timpul inspirației. Curba spectografică din vena lienală a crescut mai mult de 1,6 ori. Viteza de volum a constituit – $157 \pm 0,4$ și 366 ± 12 ml/min respectiv. Indicele venos porto-splenic a diminuat semnificativ cu 43 % comparativ cu indicele normei, ceea ce indică o redistribuire a fluxului sanguin în venele sistemului portal în direcția splinei. În mod normal, volumul fluxului sanguin în vena lienală la bolnavii lotului I a fost de aproximativ 30% din volumul sanguin portal pe minut, iar în lotul II – practic 45% .

Diametrul interior în artera hepatică constituie în medie 4,4 mm. În mod normal, volumul vitezei fluxului sanguin constituie 269 ± 115 ml/min.

În studiul fluxului sanguin arterial la 65% dintre pacienți s-a stabilit dilatarea diametrului arterei hepatice, care era asociată cu scăderea diastolică (cu 38%) și accelerarea vitezei de volum a fluxului sanguin - (cu 57%).

Pentru vena mezenterică superioară triajele sunt următoarele: volumul debitului normal e aproximativ 194 ± 25 ml/min. Pe măsura progresării patologiei, crește și volumul debitului: la bolnavii lotului I acest indice a constituit $785 \pm 0,5$ ml/min, la pacienții lotului II constituind - 979 ± 138 ml/min.

Concluzii:

1. Modificări pronunțate în fluxul sanguin hepatic s-au manifestat în UD sever, când pe fondalul fluxului sanguin stagnant în sistemul portal, s-a stabilit o creștere a vascularizației arteriale la nivelul ficatului.
2. Anume debitul volumetric este indicele care ne sugerează care flux sanguin predomină – cel hepatopetal sau hepatofugal (spre ficat sau de la ficat).
3. Rezultatele primite indică existența unei relații reciproce dintre hemodinamica gastro-duodenală și cea hepatică.

Bibliografie

1. BADEA, Radu, DUDEA, Sorin, MIRCEA, Petru Adrian, STAMATE, Mircea. Ficatul. Tratat de ultrasonografie clinică. *București: Editura Medicală*, 2009, p. 105-175.
2. GATMAN, Dorina, COBÎLEANSCHII, Eugen. „Hemodinamica hepatică în ulcerogeneza duodenală”. *Teza de diplomă, USMF „N. Testemițanu”*, Chișinău, 2017, 29 p.
3. COBÎLEANSCHII, Eugen, BUTOROV, Ivan, COȘCIUG, Irina. Modificările circului hepatic în ulcer duodenal. *Al XIV-lea congres național de hepatologie /22–23 octombrie 2004 București, România*, p. 97-99.
4. COBÎLEANSCHII, Eugen, COBÎLEANSCAIA, Liubovi. Modificările hemodinamicii hepatice în hepatita virală B complicată cu anemie. *Materialele Conferinței anuale dedicate zilelor USMF „N. Testemițanu”*. Chișinău, 16-18 octombrie 2015, p. 265-267. ISSN 1729-8687
5. SPOREA, Ioan, CIJEVSCHI PRELIPCEAN, Cristina. Ecografia abdominală în practica clinică. *Timișoara: Editura Mirton*, 2010. ISSN 1875-0666

CZU: 616.89-008.441:[616.34-022.7:579.852.13]

DEPRESIA ȘI ANXIETATEA LA PACIENȚII CU INFECȚIE DETERMINATĂ DE CLOSTRIDIODES DIFFICILE

Platon Valentina¹, Țurcan Svetlana¹, Odobescu Stela², Negru Iulian¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, Chișinău

² Institutul de Neurologie și Neurochirurgie ”Diomid Gherman”, Chișinău

Autor corespondent: Svetlana Țurcan, e-mail: veisa@mail.ru

Rezumat

Este binecunoscut faptul că există o corelație între tulburările funcționale intestinale, bolile intestinale organice și starea psiho-emoțională a pacienților. Dar starea psiho-emoțională a pacienților cu infecție determinată de Clostridioides difficile (ICD), în special în cazurile de reconveniență după infecția Covid-19, nu este studiată suficient. Scopul studiului a fost evaluarea anxietății și depresiei la bolnavii cu ICD în perioada de recuperare după Covid-19. În studiul nostru au fost incluși 28 de pacienți cu ICD confirmată prin analiza enzimatică la glutamat dehidrogenaza și toxinele A și B din masele fecale a pacienților cu diaree nosocomială. Depresia a fost evaluată prin scala Hamilton (17 itemi), iar anxietatea a fost diagnosticată prin scala Spielberg (40 itemi) care include analiza anxietății reactive (AR) și anxietății de personalitate (AP). Rezultatele studiului arată că doar în 14,29% nu este depresie. Depresie ușoară a fost determinată în 75% cazuri, preponderent în rândul femeilor. Depresie moderată a fost determinată la 10,71% dintre pacienți. S-a determinat afectarea mai frecventă a pacienților de vârstă medie aceasta fiind de $57 \pm 10,1$ ani. AR a fost diagnosticată în 42,7% cazuri: AR majorată în 28,5% și AR foarte exprimată în 14,2% cazuri. Toți participanții din studiu posedă AP: 57,1% posedă AP majorată și 42,3% - PA foarte exprimată. Rezul-