

Preparare: tinctura - 10 gr de plantă se lasă la macerat cu 50 ml timp de 14 zile, la soare sau altă sursă de căldură, agitând zilnic. Ceai – decoct - 1 linguriță de plantă mărunțită la o cană de apă rece (250 ml); se fierbe 15 minute: foarte concentrat: 100 g la 1 litru de apă. Macerat - se macerează tulpinile la rece în rachiu natural de fructe. Pulbere - se macină tulpinile uscate.

Precauții, contraindicații și alte comentarii. Nu exista.

Păducelul: acțiune farmaceutică: sedativ cardiac și nervos; antispasmodic; vasodilatator, îndeosebi la nivel coronarian; hipotensor; tonic cardiac și bradicardizant (rărire a contracțiilor cardiace); ușor astringent.

Recomandări: macerat din mlădițe de păducel împotriva anginei pectorale, miocarditei, hipertensiunii arteriale; tulburărilor perioada de climacteriu, tahicardiei, tulburărilor neurovegetative. Gemoderivat din mlădițe de păducel diminuează ritmul cardiac și normalizează tensiunea arterială. Este vasodilatator, realizând o mai bună irigare coronariană. Din gemoderivatul de mlădițe se iau câte 30-50 picături de 2-3 ori pe zi, diluate în puțină apă cu 15 minute înainte de mesele principale. Poate fi asociată cu tei în aritmii, cu sânger, porumb în cardiopatia ischemică, cu tei și sânger în insomnii. Infuzie din frunze de păducel în combaterea crizelor de angină pectorală. Se face gargară. Acțiunea sa vasodilatatoare are ca efect reglarea circulației sângelui și a tensiunii arteriale. Tinctura din flori de păducel împotriva crizelor de angină pectorală.

Preparare: tinctură - 20 g flori uscate macerate timp de 10 zile, în alcool de 70 de grade. Se iau câte 15-20 de picături în timpul crizei sau preventiv câte 15 picături în puțină apă de 3 ori pe zi. Infuzia - se prepară dintr-o linguriță amestec de flori, fructe și frunze uscate, la 200 ml apă clocotită. Se infuzează în vas acoperit timp de 10 minute și se bea o cană cu ceai în timpul crizei sau preventiv, în cursul unei zile. Gemoderivat - planta de păducel lăsată la macerat.

Precauții, contraindicații și alte comentarii. Nu exista.

Bibliografie

1. Пастушенков Л.В., Лесиовская Е.Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии // Санкт-Петербург 1995. – 250с.
2. Хотиняну В., Тарасова Л., Хотиняну Р. Советы народной медицины // Кишинэу 1999. – 205с.
3. ApiFitoterapie - <http://www.apifitoterapie.ro/>. Informații despre terapia cu plante medicinale, produse apicole și alte terapii naturale.
4. Armonianaturii - <http://www.armonianaturii.ro> Articole despre diverse tratamente cu produse naturiste.
5. ArmoniaNaturii.ro - <http://www.armonianaturii.ro/www/> Portal cu oferte naturiste pentru sănătate și frumusețe. Conține informații utile, un catalog al plantelor medicinale, articole diverse.
6. Atlamith - <http://geocities.com/atlamith/> Cursuri de radiestezie și infoenergetică.

EVOLUȚIA SINDROMULUI RAYNAUD LA PACIENȚII CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ ÎN DEPENDENȚĂ DE TRATAMENTUL APLICAT

Svetlana Agachi, Liliana Groppa, Eugen Russu, Daniela Cepoi-Bulgac, Larisa Rotaru
Catedra Medicină Internă nr. 1 a FR USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Evolution of the raynaud's syndrome in patients with systemic scleroderma dependent on the applied therapy

The study aimed at assessing 45 patients with systemic scleroderma (SS) distributed into 3 groups with various therapy regimens for Raynaud's syndrome. Treatment outcomes were

evaluated after 6 months analyzing duration and frequency of attacks, development of complications and comparative assessment of the quality of life of the studied patients. The patients of the group that administered Pentoxifylin plus Eprosartan showed superior results.

Rezumat

Studiul a fost axat pe studierea a 45 pacienți cu sclerodermie sistemică (SS) repartizați în 3 grupe cu diferite scheme de tratament a sindromului Raynaud. Rezultatele tratamentului a fost apreciate peste 6 luni analizând durata, frecvența acceselor, dezvoltarea complicațiilor și analiza comparativă a calității vieții pacienților. Rezultate mai superioare au demonstrat pacienții din grupul ce a administrat Pentoxifilina în asociere cu Eprosartanul.

Actualitatea

Sclerodermia sistemică este o maladie generalizată a țesutului conjunctiv caracterizată prin dezvoltarea manifestărilor patologice cutanate, ale aparatului locomotor, a organelor interne (cordului, pulmonilor, rinichilor, tractului gastrointestinal) și a dereglărilor vasospastice difuze cauzate de afectarea țesutului conjunctiv cu predominarea fibrozei și de alterarea vasculară de tipul microangiopatiei obliterante. Manifestările SS sunt diverse precum la număr așa și după exprimarea sa clinică oscilând de la forme reduse cu prognostic favorabil până la variante generalizate și fatale. Unul dintre primii semn ale bolii este fenomenul Raynaud care precede uneori cu ani și chiar decenii apariția altor simptome a SS.

Fenomenul Raynaud (FR) este definit ca atacuri recurente de ischemie digitală, care evoluează în trei faze de culoare - paloare, cianoză și roșeață - provocate, de obicei, de expunere la frig și emoții. Nu sunt afectate numai degetele de la mâini, ci și alte extrimități, cum ar fi degetele picioarelor, mâinile și picioarele în întregime, urechile, nasul, viscere (rinichi, cord, pulmoni, creier, esofag etc.), în cadrul așa numitul „FR visceral”. Secvența trifazică de culoare este mai rar observată, adesea se succed numai două modificări – paloarea și roșeața – dar FR poate să se manifeste și numai prin paloare. E important că și alți stimuli decât frigul și emoțiile pot declanșa FR (traumatismul, îndeosebi presiunea susținută și vibrația, fumatul, substanțe chimice, medicamente, hormoni etc.).

În sclerodermia limitată sindromul Raynaud este un fenomen universal, precedând uneori ani și chiar decenii, apariția altor simptome a sclerodermiei sistemice. Fenomenul Raynaud este prezent la 75-85% de pacienți cu SS limitată.

Pentru pacienții cu sindromul Raynaud se recomandă evitarea expunerii la frig și variații mari de temperatură (protecția extremităților cu mănuși, șosete din țesături naturale, evitarea contactului cu obiecte reci, limitarea timpului petrecut afară în anotimpul rece sau în incinte cu aer condiționat, evitarea băuturilor rece), utilizarea intermitentă a unor tehnici de încălzire (imersia mâinilor în apă caldă timp de 5 minute de câteva ori pe zi, plasarea extremităților membrilor pentru un timp în mediu cald, în vreme ce corpul este expus la rece), protecție împotriva stresului emoțional, încetarea fumatului, introducerea peștelui în dietă, evitarea hiperventilației).

Tratamentul medicamentos a sindromul Raynaud include:

- Blocantele canalelor de calciu:

Premisa: împiedicarea influxului ionilor de calciu în celulă scade compactitatea miocitelor parientale și favorizează vesodilatația

• indicații:

- nifedipina este cel mai puternic vasodilator periferic din această clasă și reprezintă medicamentul de elecție pentru FR

- substanțele cu acțiune prelungită sunt mai bine tolerate, dar mai puțin eficiente

- Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei și inhibitori a receptorilor angiotensinei II (sartane):

Premisă: antagoniștii receptori de tip I ai angiotensinei II și inhibitori a receptorilor angiotensinei II sunt remedii de elecție la pacienții cu FR ce nu suport nifedipina

- preparate și doze: losartan 50 mg/24h

- reacții adverse: tuse iritative, neutropenie
- **Prostaglandinele**
- **Antagoniști ai serotoninei**
- **Pentoxifilina și alte antiagregante:**

Premise: substanța favorizează circulația periferică prin scăderea viscozității sîngelui, crește oxigenarea tisulară și exercită unele efecte imunologice și antiinflamatoare (ex. inhibarea *TNF*-alfa și a producerii de citokine, degradării polimorfonucleare și a eliberării de ioni superoxid)

- indicații: FR asociat sclerodermiei sistemice, vasculitelor și crioglobulinemiei
 - doza: 600mg de două ori pe zi
- reacții adverse: dispensie, amețeli.

Conform recomandărilor experților EUSTAR (EULAR Scleroderma Trials and Research) din 2009 preparatul de elecție în tratamentul FR la pacienții cu SS este considerată nifedipină. Cu regret, acest preparat frecvent este asociat cu așa efecte adverse ca bufeuri de căldură, hiperimiea feței, tahicardie și necesită administrări repetate din cauza duratei scurte a acțiunii sale. Aceste momente sunt cele ce duc la refuzul pacienților de a administra acest medicament. De aceea, căutarea variantelor alternative de tratament sunt pînă în prezent actuale.

Obiectivele studiului

Aprecierea eficacității diferelor scheme de tratament al sindromului Raynaud la pacienții cu sclerodermie sistemică.

Material și metode

În studiu au fost incluși 45 pacienți cu sclerodermie sistemică limitată, stadiul desfășurat și evoluție cronică a bolii. Diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor ACR (American College of Rheumatism) propuse în anul 1980. Vîrsta medie a pacienților incluși în studiu a constituit $38,7 \pm 2,3$ ani, durata medie a bolii – $10,5 \pm 1,08$ ani, toți pacienții au fost de sex feminin. În calitate de tratament de bază toți pacienții au administrat Plaquenil 200 mg/zi. Pacienții examinați au fost repartizați în 3 grupe: 1- pacienții ce au administrat Pentoxifilina în doza de 1200 mg/zi (15 pacienți), 2- pacienții ce au administrat Pentoxifilina în doza de 1200 mg/zi în asociere cu Lisinopril 10 mg/zi (15 pacienți), 3- pacienții ce au administrat Pentoxifilina în doza de 1200 mg/zi în asociere cu Eprosartan 600 mg/zi (15 pacienți). Rezultatele tratamentului a fost apreciate peste 6 luni analizînd durata, frecvența acceselor, dezvoltarea complicațiilor (ulcerații, necroze digitale) și analiza comparativă a calității vieții pacienților (HAQ-health assessment questionnaire).

Rezultatele obținute

Peste 6 luni durata acceselor la pacienții din grupul 1 a constituit $20,5 \pm 3,6$ minute (comparativ cu $25,2 \pm 3,8$ minute pînă la tratament), în grupul 2 – $15,4 \pm 2,1$ minute (comparativ cu $23,4 \pm 3,1$ minute pînă la tratament) și în grupul 3 – $7,4 \pm 1,5$ minute (comparativ cu $24,9 \pm 2,9$ minute pînă la tratament), $p < 0,05$.

Frecvența acceselor peste 6 luni a constituit în primul grup $3,4 \pm 0,7$ ori pe săptămîină (comparativ cu $5,2 \pm 1,8$ ori pe săptămîină pînă la tratament), în grupul 2 – $1,8 \pm 0,5$ ori pe săptămîină (comparativ cu $4,9 \pm 1,7$ ori pe săptămîină pînă la tratament) și în grupul 3 – $0,4 \pm 0,1$ ori pe săptămîină (comparativ cu $5,1 \pm 1,6$ ori pe săptămîină pînă la tratament).

Frecvența dezvoltării complicațiilor peste 6 luni în grupul 1 de cercetarea a fost 26,7%, grupul 2 – 6,7% și nici un caz în grupul de 3 de pacienți cercetați ($p < 0,01$). Datele obținute ce privește evoluția sindromului Raynaud la pacienții cu SS sub acțiunea diverselor scheme de tratament sunt prezentate în *tabelul 1*.

Analiza calității vieții (HAQ) a demonstrat următoarele rezultate în 1 grup de pacienți – $84,5 \pm 7,6$ baluri (comparativ cu $85,2 \pm 7,8$ baluri pînă la tratament), în grupul 2 – $72,8 \pm 5,3$

baluri (comparativ cu $86,3 \pm 7,6$ baluri pînă la tratament) și în grupul 3 – $60,3 \pm 3,2$ baluri (comparativ cu $84,5 \pm 6,7$ baluri pînă la tratament), $p < 0,05$.

Tabelul 1

Evoluția sindromului Raynaud sub acțiunea diverselor scheme de tratament

Manifestările analizate	Grupul 1 (n=15)		Grupul 2 (n=15)		Grupul 3 (n=15)	
	Pînă la tratament	Peste 6 luni	Pînă la tratament	Peste 6 luni	Pînă la tratament	Peste 6 luni
Durata acceselor (minute) *	$25,2 \pm 3,8$	$20,5 \pm 3,6$	$23,4 \pm 3,1$	$15,4 \pm 2,1$	$24,9 \pm 2,9$	$7,4 \pm 1,5$
Frecvența acceselor (ori pe săptămîină)	$5,2 \pm 1,8$	$3,4 \pm 0,7$	$4,9 \pm 1,7$	$1,8 \pm 0,5$	$5,1 \pm 1,6$	$0,4 \pm 0,1$
Frecvența dezvoltării complicațiilor(%)**		26,7		6,7		0

Nota: *- $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

Concluzii

1. Administrarea schemelor propuse de tratament a sindromului Raynaud la pacienții cu sclerodermia sistemică a demonstrat rezultate pozitive atît asupra evoluției sindromului Raynaud cît și asupra calității vieții pacienților.
2. Rezultate cele mai bune au fost obținute în grupul pacienților ce au administrat Pentoxifilina în doza de 1200 mg/zi în asociere cu Eprosartan 600 mg/zi ce poate fi explicat prin acțiunea favorabilă a ultimului asupra rezistenței periferice vasculare controlate de sistemul nervos simpatic.

Bibliografie

1. Kowal-Bielecka O. Et al. EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials and Research group (EUSTAR). *Annals of the Rheumatic Diseases*, may, 2009, vol.59, nr.5: 620-628
2. Mihai CM, Șuteanu Șt. Diagnostic și stadializare în sclerodermia sistemică - etapele indispensabile pentru o conduită terapeutică corectă. *Medicina modernă*, 2001; 8:570-575.
3. Mihai CM, Șuteanu Șt. Abordarea terapeutică în sclerodermia sistemică. *Medicina modernă*, 2003, 14:49-57.
4. Mihai CM, Șuteanu Șt. Concepții actuale privind etiopatogenia sclerodermiei sistemice. *Revista de Reumatologie*, 2000; 8(1): 25-30.
5. Moșneaga M., Moșneaga-Zoltur A. Clinica, diagnosticul și tratamentul contemporan a sclerodermiei de sistem. *Indicație metodică*. Chișinău, 2002, 26p.
6. Tudor A. Scleroza sistemică. *Sclerodermia*.// Editura Medicală. București, 2000, 181p.
7. Black CM - The treatment of systemic sclerosis. *Adv Exp Med Biol*, 2007; 455:271-277.
8. Denton CP, Black CM - Scleroderma and related disorders: therapeutic aspects. *Baillere Clin Rheum*, 2004;14(1):17-35.
9. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. // Под общей редакции В.А. Насонова, Е.Л. Насонова, Москва, Изд-во «Литера», 2004, с.181-188.
10. Мазуров В. „Клиническая ревматология”, Санкт-Петербург, 2001, стр. 63-88.