

28. Deanfield JE, Detry JM, Lichtlen PR, et al. Amlodipine reduces transient myocardial ischemia in patients with coronary artery disease: double-blind Circadian Anti-Ischemia Program in Europe (CAPE Trial). *J Am Coll Cardiol.* 1994;24:1460-1467.
29. Fox K, Garcia MA, Ardissino D, et al. 2006 Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *EHJ.* 2006;27:1341-1381.
30. Ardissino D, Savonitto S, Egstrup K, et al. Selection of medical treatment in stable angina pectoris: results of the International Multicenter Angina Exercise (IMAGE) Study. *J Am Coll Cardiol.* 1995;25:1516-1521.
31. Forslund L, Hjemdahl P, Held C, et al. Prognostic implications of results from exercise testing in patients with chronic stable angina pectoris treated with metoprolol or verapamil. A report from the Angina Prognosis Study In Stockholm (APSIS). *Eur Heart J.* 2000;21:901-910.
32. Effect of verapamil on mortality and major events after acute myocardial infarction (the Danish Verapamil Infarction Trial II-DAVIT II). *Am J Cardiol.* 1990;66:779-785.
33. The Multicenter Diltiazem Postinfarction Trial Research Group. The effect of diltiazem on mortality and reinfarction after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1988;319:385-392.
34. Boden WE, van Gilst WH, Scheldewaert RG, et al. Diltiazem in acute myocardial infarction treated with thrombolytic agents: a randomised placebo-controlled trial. Incomplete Infarction Trial of European Research Collaborators Evaluating Prognosis post-Thrombolysis (INTERCEPT). *Lancet.* 2000;355:1751-1756.
35. Kones Richard. Recent advances in the management of chronic stable angina II. Anti-ischemic therapy, options for refractory angina, risk factor reduction, and revascularization. *Vascular Health and Risk Management.* 2010;6:749-774.

Particularitățile sindromului Raynaud la pacienții cu sclerodermie sistemică

*S. Agachi, L. Groppa, L. Rotaru, S. Popa

Discipline of Nephrology and Rheumatology, Medical Clinic No 5
Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
29, N. Testemitanu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369334927. E-mail: svetaagachi@yahoo.com
Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

Peculiarity of Raynaud syndrome in patients with systemic sclerosis

Key words: systemic sclerosis, Raynaud syndrome, digital ulcers.

Особенности синдрома Рейно у пациентов с системной склеродермией

Ключевые слова: системная склеродермия, синдром Рейно, дигитальные язвы.

Introducere

Fenomenul Raynaud (FR) este definit ca un atac recurent de ischemie digitală, care evoluează în trei faze de culoare – paloare, cianoză și roșeață, provocate, de obicei, de expunere la frig și emoții.

Sclerodermia sistemică (SS) este o patologie generalizată a țesutului conjunctiv ce se caracterizează prin dezvoltarea proceselor degenerative și inflamatorii cu o afectare obliterantă a vaselor mici și medii, precum și a fibrozei pielii și organelor interne (cordul, plămâni, rinichii, tractul gastrointestinal).

Particularitățile sindromului Raynaud la pacienții cu sclerodermie sistemică

Expunerea la frig și stresul emoțional poate induce vasospasm, ceea ce cauzează episoade caracteristice de înălbire sau cianoză a degetelor. De obicei, are loc afectarea bilaterală a degetelor mâinilor, uneori și a picioarelor. Infarctele tisulare la vârful degetelor pot duce la ulceratii, cicatrice stelate sau chiar la o gangrenă adevărată. În sclerodermia limitată sindromul Raynaud este un fenomen universal, precedând uneori ani și chiar decenii, apariția altor simptome ale sclerodermiei difuze. Fenomenul Raynaud este prezent la 75-85% dintre pacienții cu

SS. Absența lui este asociată cu un risc crescut de dezvoltare a afectărilor renale. Mai des sunt afectate porțiunile arteriolare ale vaselor, dar pot fi afectate arterele digitale sau alte vase mai mari de calibru mediu ca *a. ulnaris*. Procesele similare pot fi observate microscopic în patul unghial, efectuând o capilaromicroscopie, evidențiind micșorarea numărului de capilare, sinuozitatea și dilatarea vaselor rămase, numite teleangiectazii.

Obiectivele studiului: evaluarea frecvenței și variantelor de prezentare a sindromului Raynaud la bolnavii cu sclerodermie sistemică în Republica Moldova.

Material și metode

În studiu au fost incluși 80 de pacienți care asociau sclerodermie sistemică, dintre care doar 5 au fost de sex masculin. Vârsta medie a subiecților, incluși în studiu, a constituit $45,1 \pm 2,2$ ani. Durata medie a maladiei – $13,1 \pm 1,4$ ani. Dintre ei 67 (83,75%) de pacienți au prezentat Scl forma limitată, iar 13 (16,25%) – forma difuză a bolii. Activitatea medie a maladiei a fost de $4,5 \pm 0,6$ (conform scorului EUSTAR). Diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor ACR (American College of Rheumatism), propuse în anul 1980. Pacienții au fost examinați cli-

nic și paraclinic complex, inclusiv efectuându-li-se investigații imunologice (anticorpi antinucleari, anticentromeri, antitopozomerază, antiribonuclează).

Rezultate obținute

La pacienții, incluși în studiu, boala a debutat prin semnele sindromului Raynaud în 72 (90%) de cazuri. Perioada de până la apariția primelor semne non-Raynaud a fost în mediu de $13,4 \pm 0,4$ luni. Caracterul trifazic al sindromului a fost observat doar la 15 (18,75%) dintre pacienți, bifazic – la 49 (61,25%) și monofazic, cu paloarea tegumentelor, la 16 (20%) dintre pacienții evaluați. Ca factori declanșatori ai atacurilor, pacienții au menționat: frigul 72 (90%), emoțiile 32 (40%), fumul de țigară 4 (5%), aer condiționat 2 (2,5%), vântul 3 (3,75%), ridicarea vocii 1 (1,25%). Ulcere digitale sau consecințele acestora (cicatrice) au fost semnalate la 21% dintre bolnavii incluși în studiu. Severitatea sindromului Raynaud (conform duratei și frecvenței atacurilor, prezen-

ței ulcerelor digitale) a corelat direct cu scorul cutanat modificat Rodnan, cu presiunea sistolică în ventriculul drept (determinat ecografic), cu cantitatea anticorpilor anticentromeri și cu antitopozomeraza.

Concluzii

1. Sindromul Raynaud este o manifestare frecventă (90%) și precoce a sclerodermiei sistemice.
2. Caracterul clasic trifazic s-a înregistrat doar în 18,75% dintre cazuri; s-a observat prezența a mai multor factori declanșatori decât frigul și emoțiile, fapte care indică necesitatea unei elaborări mai minuțioase a anamnezei la pacienții cu sclerodermie sistemică.
3. Severitatea sindromului Raynaud a corelat direct cu scorul cutanat modificat Rodnan, cu presiunea sistolică în ventriculul drept și cu cantitatea anticorpilor anticentromeri și antitopozomerazei.

Cercetările imunologice în practica asistenței medicale primare (actualități și perspective)

*L. Andrieș, E. Berezovscaia, D. Barba, S. Crăciun

Laboratory of Allergology and Clinical Immunology
 Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 165, Stefan cel Mare Avenue, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37322205156. E-mail: imunlab@mail.ru
 Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

Immunological research in primary health care practice (present and future)

Key words: immunology research, blood typing, primary health care, immunotropic drugs

Иммунологические исследования в практике первичной медицинской помощи (состояние и перспективы)

Ключевые слова: иммунологические исследования, медицинская помощь первичная, иммунотропные средства.

Introducere

Testarea statusului imun al organismului uman este una din verigile prioritare în descifrarea mecanismelor imunopatogenetice, diagnosticul de laborator și monitorizarea eficacității tratamentului suplimentat cu remedii imunotrope al multor maladii. Actualmente Centrele Medicilor de Familie și Asociațiile Medico-Teritoriale din republică sunt dotate cu echipament contemporan pentru realizarea cercetărilor imunoenzimatică în multiple stări patologice. Acest fapt a favorizat performanța diagnosticului imunologic al maladiilor infecțioase, stărilor autoimune, tumorilor, alergozelor, colagenozelor etc.

Discuții

În pofida implementării pe larg a metodei imunoenzimatică în diagnosticul de laborator al asistenței medicale primare, o problema stringentă și nerezolvată o constituie testarea statusului imun prin determinarea populațiilor și subpopulațiilor limfocitare

cu utilizarea anticorpilor monoclonali (anti-CD3, -CD4, -CD8, -CD16, -CD20, -CD25, -CD70), aprecierea cantitativă a imunoglobulinelor serice, clasele M, G, A și E, activității fagocitare a mononuclearelor și polimorfonuclearelor. Detecția cantitativă a populațiilor limfocitare poate fi realizată prin flaucitometrie sau imunofluorescență indirectă. Testul de rozetare, utilizat actualmente în unele laboratoare, este considerat neinformativ și nu se utilizează nici într-o țară, și argumentează necesitatea implementării metodelor acceptate în plan internațional.

Medicului primar îi revine rolul prioritar în diagnosticul imunodeficiențelor primare și secundare, care necesită o cercetare imunologică minuțioasă cu o corecție a dereglărilor imune prin utilizarea remediilor imunotrope.

Imunomodularea răspunsului imun în diverse stări patologice este inadmisibilă fără aprecierea prealabilă a valorilor indicilor statusului imun. De menționat faptul administrării imunomodulatorilor în diverse stări morbide în baza tabloului clinic. Doar