

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

evaluarea manifestărilor clinice în asociere cu monitoringul indicilor, statusul imun pe parcursul tratamentului suplimentat cu remedii medicamentoase cu acțiune imunotropă va avea aport informațional despre eficacitatea tratamentului administrat.

Implementarea metodelor de testare a statusului imun ar facilita optimizarea procedurilor de diagnosticare a stărilor imunopatologice, frecvent înregistrate în medicina primară.

De o importanță majoră este și testarea statusului imun cu aprecierea imunității celulare și umorale, a sensibilizării organismului la diverși agenți infecțioși, remedii medicamentoase și chimice în procesul de pregătire prevaccinală a persoanelor cu stări imunodeficitare și alergice pentru selecția unei tractici și modalități optime de utilizare a preparatelor de profilaxie imună.

Actualmente, tot mai frecvent se constată modificări ale antigenelor celulelor sanguine (de ex., eritrocite) în stările tumorale, ciroză hepatică, bacteriemie etc, care fac dificilă aprecierea grupurilor

sanguine și duc la erori în interpretarea lor. În scopul profilaxiei acestora este necesară realizarea metodei încrucișate cu eritrocite standard și seruri izohemaglutinabile sau anticorpi monoclonali, precum și utilizarea reagenților monoclonali anti-A1, A-slab. De regulă, în laboratoarele de diagnostic imunologic se efectuează testarea grupului sanguin numai cu utilizarea anticorpilor monoclonali, ceea ce contravine legislației în vigoare.

Concluzii

1. Valorificarea stărilor de deficiență imună, alergice, monitorizarea eficacității tratamentului suplimentat cu remedii imunotrope necesită utilizarea metodelor de testare a statusului imun.
2. Utilizarea reagenților de specificitate selectivă în testările izoimunologice ar contribui la reducerea numărului de erori la testarea grupurilor sanguine în condițiile de normă și diferite afecțiuni imunopatologice.

Semnificația hipotiroidismului subclinic și a terapiei de substituție în dezvoltarea patologiei cardiovasculare

*V. Andronati, L. Grib, A. Izvoeanu, L. Cardaniuc

Department of Internal Medicine, Discipline of Cardiology, Medical Clinic no. 3
11, A. Russo Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369945522. E-mail: shorohmd@gmail.com

Manuscript received March, 2012; revised April 30, 2012

The significance of subclinical hypothyroidism and its substitutional therapy influence of development of cardiovascular pathology

This review presents the modern data concerning influence of subclinical hypothyroidism on morphology and functional state of myocardium and arterial vessels, traditional and "new" cardiovascular risk factors. The risk of clinically significant complications (cardiovascular diseases, disorders of hemostasis and changes in lipid exchange) connected with subclinical hypothyroidism is under research. The data on the effects of subclinical hypothyroidism substitution therapy are highlighted in the work.

Key words: subclinical hypothyroidism, L-thyroxine, substitution therapy, cardiovascular risk.

Значимость субклинического гипотиреоза и заместительной терапии для развития сердечно-сосудистой патологии

В обзоре представлены современные сведения о влиянии субклинического гипотиреоза на морфологию и функциональное состояние миокарда и артериальных сосудов, а также некоторые классические и «новые» факторы риска атеросклероза. Обсуждается связанный с субклиническим гипотиреозом риск клинически значимых осложнений (сердечно-сосудистых, нарушений гемостаза и липидного обмена), а также данные об эффектах заместительной терапии субклинического гипотиреоза.

Ключевые слова: субклинический гипотиреоз, левотироксин, заместительная терапия, сердечно-сосудистый риск.

Conceptul de disfuncție tiroidiană subclinică se bazează pe datele investigațiilor biochimice: niveluri normale de tiroxină liberă (fT4) și triiodotironină totală sau liberă (T3 sau fT3), se asociază cu valori mai mici ale hormonului tireostimulant (TSH) în caz de hipertiroidism subclinic și cu valori crescute de TSH în caz de hipotiroidism subclinic (HTS) [4, 10, 34]. În ultimii 30 de ani, odată cu trecerea la utilizarea metodelor imuno-enzimatice de

a doua generație pentru determinarea TSH, diapazonul valorilor normale ale TSH a fost supus discuțiilor repetate și revăzut [21, 28, 46]; actualmente limita superioară a normalului este de 4,0-4,5 mUI/l. Conform deciziei comitetului de experți al Asociației Medicale Americane [40], pacienții cu HTS trebuie separați, în funcție de intervalul limitelor de TSH: cu nivel TSH elevat (4,5-10 mUI/l) și cu nivel TSH foarte elevat (>10 mUI/l) – cu scop de