

Concluzii

1. În grupurile de pacienți divizați conform CF NYHA s-au determinat diferențe între parametrii calității vieții la aplicarea atât a chestionarului generic, cât și celor specifice.
2. Indicii calității vieții sunt mai benefici la pacienții cu IC CF II NYHA, comparativ cu cei cu IC CF III NYHA.
3. În grupurile de pacienți, divizați în funcție de prezența sau nu a disfuncției sistolice a VS, aplicarea chestionarelor specifice n-a evidențiat diferențe semnificative între grupuri ale indicilor calității vieții. Iar la aplicarea chestionarului generic SF-36 s-a constatat, că indicii funcționării psihice și durerii, precum și componentul fizic total au fost mai favorabili la pacienții fără disfuncție sistolică a VS.

Bibliografie

1. Stewart S, MacInyre K, Hole D, et al. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *Eur J Heart Fail.* 2005;7(4):572-582. doi:10.1016/j.ejheart.2004.06.006
2. Mosterd Arend, Hoes Arno W. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart.* 2007;93:1137-1146.
3. Mayou Richard, Bryant Bridget. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J.* 1993;69:460-466.
4. Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett Jr JC, et al. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic. *JAMA.* 2003;289(2):194-202.
5. Garratt A, Ruta D, Abdalla M, et al. SF-36 health survey questionnaire: II. Responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions. *Qual Health Care.* 1994;3:186-192.

Tolerabilitatea inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei II și antagoniștilor receptorilor angiotensinei II tip I

A. Vatamaniuc, *Gh. Curocichin

Department of Family Medicine, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37322205226. E-mail: curoc@usmf.md
Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

Tolerability of enzyme inhibitors for the conversion of angiotensin II and antagonistic receptors of angiotensin II type I

Introduction: Hypertension is an extremely significant issue for public health worldwide. Despite the existences of efficient treatments, according to WHO approximately 7.5 million deaths are caused by this disease. The right treatment reduces considerably the mortality rate caused by hypertension. Taking into consideration that medication treatment of hypertension is a long-term one, the patients' level of endurance of medication treatment and the adverse effect of this, are major factors that cause the patients' compliance to the treatment. The goal is to study the typical adverse effects and their frequency when administrating hypertension treatment. **Methods and materials:** The results of randomized and controlled studies from the last seventeen years, consorting of at least 100 participants, were deeply analyzed. **Results:** Data regarding adverse effects of angiotensin converting enzyme inhibitors II, captopril, enalapril, lisinopril, ramipril, lotensin and angiotensin II type 1 receptor blockers losartan, candesartan, valsartan, and omelsartan was obtained. **Conclusion:** The existence of new drugs does not solve the problem, but rather ameliorate the adverse effects. Their frequency varies from study to study in dependence to the geographical variability. The frequency of adverse effects, which affects the patients' refusal to continue the treatment, is significantly smaller when administering sartanes, compared to the number of adverse reactions when administrating angiotensin converting enzyme inhibitors II.

Key words: hypertension, antihypertensive medication, angiotensin II, tolerability.

Клиническая переносимость ингибиторов ангиотензин II-превращающего фермента и антагонистов рецепторов ангиотензина II первого типа

Введение. Гипертоническая болезнь является чрезвычайно важной проблемой для общественного здравоохранения во всем мире. Несмотря на наличие эффективных антигипертензивных средств, по данным ВОЗ, около 7,5 миллиона смертей вызваны данным заболеванием. Правильное лечение значительно снижает смертность от гипертонии. Учитывая, что антигипертензивное медикаментозное лечение является длительным, переносимость антигипертензивных препаратов и их побочные эффекты являются важными моментами, определяющими приверженность пациентов к лечению. **Целью** исследования было изучение данных о типичных побочных эффектах и их частоте при приеме гипотензивных средств. **Материал и методы.** Были рассмотрены результаты рандомизированных, контролируемых исследований с количеством участников не менее ста, глубиной поиска 17 лет. **Результаты.** Были получены данные о побочных реакциях ингибиторов АПФ каптоприл, эналаприл, лизиноприл, рамиприл, лотензин и антагонистов рецепторов ангиотензина II тип I лозартан, кандесартан, валсартан, омелсартан. **Выводы.** Появление новых препаратов не решают проблему побочных реакций, а только улучшает ситуацию. Их частота варьирует от исследования к исследованию, присутствуют и региональные (географические) различия. Частота побочных эффектов, которые влияют на приверженность пациентов к лечению, значительно ниже при приеме сартанов по сравнению с побочными реакциями при приеме ингибиторов ангиотензина II превращающего фермента.

Ключевые слова. гипертоническая болезнь, антигипертензивное лечение, ангиотензин II, переносимость.

Introducere

Maladiile cardiovasculare sunt principala cauza a mortalității la nivel mondial. Mai mult de 17 milioane de oameni au decedat în urma bolilor cardiovasculare în anul 2008. Mai mult de 3 milioane de decese au fost semnalate la persoane mai tinere de 60 de ani și ar fi putut prevenite. Procentul deceselor premature din cauza bolilor cardiovasculare variază de la 4% în țările dezvoltate - la 42% în țările în curs de dezvoltare [1]. În Republica Moldova în 2011, conform datelor statistice, 57,5% de decese au fost cauzate de maladiile cardiovasculare [2].

În 2008, la nivel global, prevalența tensiunii arteriale crescute la adulți cu vârsta de 25 și peste a fost în jurul de 40%. Numărul de persoane cu hipertensiune arterială necontrolată a crescut de la 600 de milioane în 1980, la aproape un miliard în 2008.

Conform datelor OMS, estimativ 7,5 milioane de decese sunt provocate de hipertensiunea arterială, ceea ce constituie anual 12,8% din numărul total al deceselor. 62% din accidentele cerebrovasculare și 49% din evenimentele acute cardiace sunt cauzate de hipertensiunea arterială [1, 3, 4].

Conform unor prognoze, în 2025 numărul de adulți, care suferă de hipertensiune arterială, va crește cu aproximativ 60% și va constitui 1,56 miliarde (1,54-1,58 miliarde) de persoane.

Hipertensiunea arterială este o problemă extrem de importantă a sănătății publice la nivel mondial. Prevenirea, depistarea, tratarea și controlul acestei maladii ar trebui să fie o prioritate majoră [5]. Rolul important în evaluarea riscului cardiovascular și alegerea tratamentului medicamentos adecvat revine asistenței medicale primare.

Riscul cardiovascular la persoanele cu hipertensiune arterială poate fi redus considerabil prin modificarea stilului de viață și terapia medicamentoasă adecvată.

Scopul tratamentului antihipertensiv medicamentos este atingerea valorilor țintă ale tensiunii arteriale. Conform datelor statistice, o treime dintre persoanele cu valorile tensiunii arteriale majorate, nu urmează tratament antihipertensiv din diferite motive. Majoritatea acestor bolnavi sunt asimptomatici și, ca urmare, complianța lor la tratament este mică; de asemenea, administrarea de lungă durată a medicamentelor antihipertensive are efecte secundare nedorite, greu acceptate de pacienți. Tolerabilitatea preparatelor antihipertensive de către pacienții hipertensivi este un factor important, care influențează administrarea corectă și eficacitatea tratamentului medicamentos.

Material și metode

Pentru studierea efectelor adverse ale inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei II (IEC) și antagoniștilor receptorilor angiotensinei II tip I (ARA), care fac parte din grupurile frecvent administrate la pacienții hipertensivi, au fost examinate rezultatele studiilor randomizate, controlate, cu numărul participanților cel puțin o sută, profunzimea căutării de 17 ani.

- Reacțiile adverse sunt clasificate după următoarele frecvențe:
- **Foarte frecvente:** care afectează mai mult de 1 pacient din 10.
- **Frecvente:** care afectează mai puțin de 1 din 10.
- **Mai puțin frecvente:** care afectează mai puțin de 1 din 100 de pacienți.
- **Rare:** care afectează mai puțin de 1 din 1 000 de pacienți.
- **Foarte rare:** afectează mai puțin de 1 din 10 000 de pacienți.
- **Cu frecvență necunoscută:** care nu poate fi estimată din datele disponibile.

Rezultate obținute

Datele privind efectele adverse ale grupeurilor nominalizate ale preparatelor antihipertensive, obținute în rezultatul căutării, sunt extrem de diverse.

La pacienții, tratați cu enalapril au fost raportate următoarele efecte adverse: tuse seacă în 5,0%-23% cazuri, fatigabilitate în 5,8% - 24%, hipotensiune - în 9,5%, cefalee - în 10%-14% [6-11]. Efectele secundare au fost raportate și la pacienții, tratați cu lisinopril: tuse seacă în 11%-12,7% cazuri, cefalee în 4,8%-9%, vertijuri - în 18%, fatigabilitate - în 19%, hipotensiune - în 6%, dureri în piept - în 14% [12, 13]. Efectele adverse au fost înregistrate la pacienții, care au administrat ramipril (tuse seacă în 7,3%, hipotensiune în 1,9%-11%, vertijuri în 1,9% cazuri [11, 14, 15].

Au fost înregistrate efecte adverse și la pacienții, care au urmat tratament antihipertensiv cu ARA. Au fost raportate următoarele efecte adverse la administrarea preparatului losartan: cefalee în 10%-14% cazuri, vertijuri - la 5%-17%, tuse seacă - la 0-3,1%, hipotensiune - la 3%, dureri în piept - la 11% pacienți [7, 16-20]. Incidența efectelor adverse în caz de tratament cu candesartan: tuse - în 3,0%, vertijuri - în 16,8%, cefalee - în 7,2%, hipotensiune - în 3,1% cazuri [21-23]. Efectele adverse au fost raportate la pacienți hipertensivi, tratați și cu alte preparate, ce fac parte din grup nominalizat: valsartan (cefalee - în 7,6%-11,6%, vertijuri - în 1,8%-3,4%, tuse seacă - în 3,4%, dureri în piept - în 6,9% cazuri [24-26]; omelsartan (cefalee - în 2,5%-7,9%, vertijuri - în 1,4%-3,1% cazuri [24, 27]; eprosartan (vertijuri - în 5,1%, tuse seacă - în 2%-5% cazuri [10, 28, 29].

Analizând rezultatele obținute, constatăm o variabilitate a frecvenței reacțiilor adverse la administrarea preparatelor, ce fac parte din grupul IEC (tab. 1).

Tabelul 1

Frecvența efectelor adverse ale inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei II

	Capto- pril [11]	Enala- pril [6-11]	Lisinopril [12, 13]	Ramipril [11, 14, 15]	Loten- sin [11]
Vertijuri, % (media)	6-8 (7)	4-8 (6)	5-18 (11,5)	1,9	4
Hipotensiune, % (media)	1-2,5 (1,75)	9,5	6	1,9-11 (6,45)	<1
Cefalee, % (media)	2-4 (3)	10-14 (12)	4,8-9 (6,9)		6
Dureri în piept, % (media)	1	2	14	-	-
Tuse seacă, % (media)	0,5-2 (1,25)	5,0-23 (14)	11-12,7 (11,85)	7,3	1-10 (5,5)
Erupții cutanate, % (media)	0,5-2 (1,25)	1,5	1-2 (1,5)	-	<1
Fatigabilitate, % (media)	-	5,8-24 (14,9)	19%	-	-

Analizând rezultatele, constatăm că atât efectele adverse, cât și frecvența lor, sunt mai rar raportate în caz de administrare (ARA) (tab. 2).

Deoarece datele obținute privind efectele adverse ale medicamentelor sunt atât de diverse, cu ajutorul companiei farmaceutice Gedeon Richter s-a inițiat un studiu de evaluare comparativă a eficacității clinice, influenței asupra factorilor de risc cardiovascular a inhibitorului enzimei de conversie a angiotensinei II Enalapril

Tabelul 2

Frecvența efectelor adverse ale antagoniștilor receptorilor angiotensinei II tip I

	Losartan [7, 15-20]	Candesartan [21-23]	Valsartan [24-26]	Omesartan [24, 27]	Eprosartan [10, 28, 29]
Vertijuri, % (media)	5-17 (11)	16,8	1,8-3,4 (2,6)	1,4-3,1 (2,25)	5,1
Hipotensiune, % (media)	3	-	-	-	-
Cefalee, % (media)	10-14 (12)	3,1	7,6-11,6 (9,6)	2,5-7,9 (5,2)	
Dureri în piept, % (media)	11		6,9		
Tuse seacă, % (media)	0-3 (1,5)	3	3,4		2-5 (3,5)
Erupții cutanate, % (media)	-	-	-	-	-
Fatigabilitate, % (media)	-	-	-	-	-

și antagonistului receptorilor angiotensinei II tip I Losartan și tolerabilității lor la pacienții cu factori multipli de risc cardiovascular, care constituie sindromul metabolic. Scopul major al studiului este optimizarea tratamentului la acest grup de pacienți în condiții de ambulatoriu. Aproximativ 200-300 de persoane, selectate conform criteriilor de includere, vor lua parte la acest studiu.

În baza analizei comparative a efectelor hemodinamice, metabolice și tolerabilității inhibitorului enzimei de conversie a angiotensinei II Enalapril și antagonistului receptorilor angiotensinei II tip I Losartan, vor fi elaborate recomandările practice referitor la optimizarea tratamentului antihipertensiv la pacienții cu factori multipli de risc cardiovascular în condiții de ambulatoriu.

Concluzii

1. Se constată variabilitatea considerabilă a frecvenței efectelor adverse la administrarea preparatelor din grupul inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei II.
2. Deși se constată o variabilitate a reacțiilor adverse, raportate la administrarea antagoniștilor receptorilor angiotensinei II tip I, conform rezultatelor studiilor, frecvența celor ce impun abandonarea tratamentului (tuse seacă) este mai mică în grupul dat.
3. Variabilitatea geografică a frecvenței efectelor adverse ale preparatelor antihipertensive, argumentează necesitatea studiilor de evaluare locală la pacienții din Republica Moldova. Cu acest scop și cu susținerea companiei farmaceutice Gedeon Richter, s-a inițiat un studiu de evaluare comparativă a eficacității clinice, tolerabilității și influenței asupra factorilor de risc cardiovascular a inhibitorului enzimei de conversie a angiotensinei II Enalapril și a antagonistului receptorilor angiotensinei II tip I Losartan la pacienții cu factori multipli de risc cardiovascular.

Bibliografie

1. Global Atlas on Cardiovascular disease prevention and control. [cited; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf.

2. Ministerul Sănătății RM. Indicatori preliminari pe anii 2010-2011. [cited; Available from: <http://www.ms.gov.md/files/10855-Indicatori%2520pr%2520eliminari%2520%2520anii%25202010-2011.pdf>.
3. WORLD HEALTH STATISTICS. [cited; Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf.
4. Global status report on noncommunicable diseases 2010. [cited; Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf.
5. Kearney PM. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365(9455):217-223.
6. Kostis JB, Gosselin G, Goulet C, et al. Adverse effects of enalapril in the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD). SOLVD Investigators. *Am Heart J*. 1996;131(2):350-355.
7. Gradman AH. A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Parallel Study of Various Doses of Losartan Potassium Compared With Enalapril Maleate in Patients With Essential Hypertension. *Hypertension*. 1995;25(6):1345-1350.
8. Pitt B. Effects of Eplerenone, Enalapril, and Eplerenone/Enalapril in Patients With Essential Hypertension and Left Ventricular Hypertrophy. *Circulation*. 2003;108(15):1831-1838.
9. Nissen SE. Effect of Antihypertensive Agents on Cardiovascular Events in Patients With Coronary Disease and Normal Blood Pressure. *JAMA The Journal of the American Medical Association*. 2004;292(18):2217-2225.
10. Rakei EC. Quality of life and cough on antihypertensive treatment: a randomised trial of eprosartan, enalapril and placebo. *J Hum Hypertens*. 2001;15:863.
11. Medscape.com. [cited 2012 17.03]; Available from: <http://reference.medscape.com/drugs/ace-inhibitors>.
12. Rouleau Jean L, Duncan J Stewart, Isaac Debra, et al. Comparison of vasopeptidase inhibitor, omapatrilat, and lisinopril on exercise tolerance and morbidity in patients with heart failure: IMPRESS randomised trial. *Lancet*. 2000. [cited 356 9230]; 615-620]. Available from: <http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/whalecom0/science/article/pii/S0140673600026027>.
13. Clarke, ACE inhibition versus calcium antagonism in the treatment of mild to moderate hypertension: a multicentre study. Ireland-Netherlands Lisinopril-Nifedipine Study Group. 1993 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2399843/?tool=pubmed>.
14. Effects of an Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor, Ramipril, on Cardiovascular Events in High-Risk Patients. *New England Journal of Medicine* 2000. 342(3):145-153.
15. Medscape.com. [cited 2012 17.03.2012]; Available from: <http://reference.medscape.com/drugs/arbs>.
16. Mann RD, Pearce G, Freemantle S, et al. Losartan: a study of pharmacovigilance data on 14 522 patients. *Journal of Human Hypertension*. 1999;13(8):551-557.
17. Goldberg AI, Dunlay MC, Sweet CS. Safety and tolerability of losartan potassium, an angiotensin II receptor antagonist, compared with hydrochlorothiazide, atenolol, felodipine ER, and angiotensin-converting enzyme inhibitors for the treatment of systemic hypertension. *The American journal of cardiology*. 1995;75(12):793-795.
18. James G V. A randomised, double-blind, double-dummy comparison of the efficacy and tolerability of lercanidipine tablets and losartan tablets in patients with mild to moderate essential hypertension. *Journal of Human Hypertension*. 2002;16(8):605-610.
19. Crozier I. Losartan in Heart Failure : Hemodynamic Effects and Tolerability. *Circulation*. 1995;91(3): p. 691-697.
20. Dahl F. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *The Lancet*. 2002;359(9311):995-1003.
21. Kasanuki H. Angiotensin II receptor blocker-based vs. non-angiotensin II receptor blocker-based therapy in patients with angiographically documented coronary artery disease and hypertension: the Heart Institute of Japan Candesartan Randomized Trial for Evaluation in Coronary Artery Disease (HIJ-CREATE). *European Heart Journal*. 2009;30(10):1203-1212.
22. Cohen-Solal A. Benefits and safety of candesartan treatment in heart failure are independent of age: insights from the Candesartan in Heart failure Assessment of Reduction in Mortality and morbidity programme. *European Heart Journal*. 2008;29(24):3022-3028.
23. Vidt DG, Ridley E, Rahman M, et al. A forced titration study of antihypertensive efficacy of candesartan cilexetil in comparison to losartan: CLAIM Study II. *Journal of Human Hypertension*. 2001;15(7):475-480.

24. White WB. Effects of the Angiotensin Receptor Blocker Azilsartan Medoxomil Versus Olmesartan and Valsartan on Ambulatory and Clinic Blood Pressure in Patients With Stages 1 and 2 Hypertension. *Hypertension*. 57(3):413-420.
25. Julius S. The Valsartan Antihypertensive Long-Term Use Evaluation (VALUE) Trial. *Hypertension*. 2006;48(3):385-391.
26. Botero R. Efficacy and safety of valsartan compared with enalapril at different altitudes. *International journal of cardiology*. 2000;72(3):247-254.
27. Barrios Vivencio CE, Calderon Alberto, Böhm Michael. Blood pressure goal achievement with olmesartan medoxomil-based treatment: additional analysis of the OLMEBEST study. *Vasc Health Risk Manag*. 2009;5:723-729.
28. Derosa Giuseppe, Mugellini Amedeo, Leonardina Ciccirelli, et al. Effects of Telmisartan Compared with Eprosartan on Blood Pressure Control, Glucose Metabolism and Lipid Profile in Hypertensive, Type 2 Diabetic Patients: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled 12-Month Study. *Hypertension Research*, 2004;27(7):457-464.
29. Breezel E, Donoghue1 MD, Fletcher AE. Comparison of quality of life and cough on eprosartan and enalapril in people with moderate hypertension. *J Hum Hipertens*. 2001;15(12):857-862.

Conceptul modern asupra miopatiilor inflamatorii idiopatice

S. Vetrilă, L. Grib, M. Mazur

Department of Internal Medicine, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 29A, N. Testemitanu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +373 69167370. E-mail: vsnejana@yahoo.com

Manuscript received March 05, 2012; revised April 30, 2012

The modern concept of the idiopathic inflammatory myopathies

Idiopathic inflammatory myopathies (IIM) are a heterogeneous group of autoimmune diseases characterized by progressive skeletal muscle damage, expressed by proximal muscle fatigue associated with activation of serum enzymes, electromyographic abnormalities, signs of inflammation in muscle biopsy and systemic damage [Lundberg I., 2009]. Epidemiological studies have estimated incidence from idiopathic inflammatory myopathies 0.5-8.4 new cases per 1 million population. In 1975 Bohan and Peter J. A proposed diagnostic criteria first polymyositis and dermatomyositis, then reviewed and used to date. Immunological abnormalities are imminent in the evolution of idiopathic myopathies and scientific evidence in recent years announced that development of MII is accompanied by production of a large number of autoantibodies to cytoplasmic proteins and ribonucleic acids. Associated myositis was classified as anti-KJ, anti-U1 RNP, RNP-U2, U5-RNP, anti MJ, anti PM-Scl, etc. Already in 1991 L. Love and collaborators have defined serological subtypes of MII: antisintetazic, anti-SRP and anti-Mi-2. The clinical picture of idiopathic inflammatory myopathies is characterized by clinical polymorphism, paraclinical and evolving. Set of measurements for predicting disease progression in IIM provides manual muscle test (MMT), global assessment of disease activity by Visual Analogue Scale (VAS) by the patient and physician, disease activity score by DAS – Disease Activity Score and determining damage in myositis by Myositis Damage Index MDI – [Sultan S., 2008]. Therefore, idiopathic inflammatory myopathies are known as disease over 100 years, they now support a classification methodology, are provided with diagnostic criteria, indices of disease activity and damage organic.

Key words: idiopathic inflammatory myopathies, polymyositis, dermatomyositis, electromyography, biopsy.

Современная концепция о идиопатической воспалительной миопатии

Идиопатические воспалительные миопатии (ИВМ) представляют собой гетерогенную группу аутоиммунных заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повреждением скелетных мышц, выраженной проксимальной мышечной слабостью, активацией сывороточных ферментов, электромиографическими нарушениями, признаками воспаления в мышечной биопсии и системными повреждениями [Лундберг I., 2009]. Эпидемиологические исследования показали, что частота случаев идиопатических воспалительных миопатий варьирует от 0,5-8,4 новых случаев на 1 млн. населения в год. В 1975 году Бохан и Питер предложили первые диагностические критерии полимиозита и дерматомиозита, используемые на сегодняшний день. Иммунологические нарушения неизбежны в развитии идиопатической миопатии и результаты научных исследований, заявили, что развитие MII сопровождается производством большого количества аутоантител к цитоплазматическим белкам и рибонуклеиновым кислотам: anti-KJ, anti-U1 RNP, RNP-U2, U5-RNP, anti MJ, anti PM-Scl, etc. В 1991 L. Love и сотрудники определили серологические подтипы ИВМ: антисинтетазный, анти-SRP и анти-Mi-2. Клиническая картина идиопатических воспалительных миопатий характеризуется полиморфизмом симптомов. Набор измерений для определения прогрессирования заболевания включает мануальный мышечный тест (ММТ), глобальная оценка активности болезни по визуальной аналоговой шкале – Visual Analogue Scale (VAS) для пациента и врача, оценка активности заболевания – Disease Activity Score (DAS) – и определение индекса повреждения – Myositis Damage Index (MDI) [Султан С., 2008]. Таким образом, идиопатические воспалительные миопатии известны как болезнь более 100 лет, в настоящее время изучена классификация, диагностические критерии, показатели активности и повреждения заболевания.

Ключевые слова: идиопатические воспалительные миопатии, полимиозит, дерматомиозит, электромиография, биопсия.

Introducere

Miopatiile inflamatorii idiopatice (MII) sunt un grup eterogen de patologii autoimune, caracterizate prin afectarea progresivă a mușchilor scheletici, exprimate prin astenie musculară proximală și asociate cu creșterea activității enzimelor serice, tulburări

electromiografice, semne de inflamație în biopsia musculară și afectări sistemice [1].

Incidența MII denotă variații largi de la 0,5 până la 8,4 cazuri la 1 milion populație și se pare a fi în creștere pe parcursul ultimilor ani, fapt datorat și aprofundării cunoștințelor despre boală, dia-