

MEDICINA INTERNĂ

COMITETUL REDACȚIONAL

Redactor-șef

Prof. Dr. Leonida Gherasim

Redactor executiv

Prof. Dr. Ion Bruckner

Secretar de redacție

Conf. Dr. Dan Isacoff

Redactori:

Dr. Cristian Băicuș

Dr. Corina Homentcovschi

Dr. Ciprian Jurcuț

Dr. Octavian Pârnă

COMITETUL ȘTIINȚIFIC

Prof. Dr. Monica Acalovschi

Prof. Dr. Dan Andronescu

Prof. Dr. Eduard Apetrei

Prof. Dr. Aurel Babeș

Prof. Dr. Ovidiu Băjenaru

Conf. Dr. Ștefan Blaj

Prof. Dr. Miron Bogdan

Prof. Dr. Horațiu Boloșiu

Prof. Dr. Radu Căpâlnescu

Prof. Dr. Dan Cheța

Prof. Dr. Rodica Chiriac

Prof. Dr. Mircea Cintează

Prof. Dr. Tudorel Ciurea

Prof. Dr. Mihai Coculescu

Prof. Dr. Maria Covic

Prof. Dr. Radu Cristodorescu

Prof. Dr. Georgeta Datcu

Prof. Dr. Mihai Deac

Prof. Dr. Mircea Diculescu

Prof. Dr. Maria Dorobanțu

Prof. Dr. Ștefan Drăgulescu

Prof. Dr. D. D. Dumitrașcu

Prof. Dr. George Georgescu

Prof. Dr. Lia Georgescu

Prof. Dr. Dan Georgescu

Conf. Dr. Dan Andrei Gheorghe

Prof. Dr. Carmen Ginghină

Prof. Dr. Mircea Grigorescu

Prof. Dr. Nicolae Hâncu

Conf. Dr. Alexandru Incze

Prof. Dr. Constantin Ionescu-

Târgoviște

Prof. Dr. Cezar Macarie

Conf. Dr. Gabriel Mircescu

Prof. Dr. Delia Mut-Popescu

Prof. Dr. Dan Nemeș

Prof. Dr. Nicolae Olinic

Prof. Dr. Dan Olteanu

Prof. Dr. Oliviu Pascu

Prof. Dr. Constantin Popa

Prof. Dr. Laurențiu M. Popescu

Prof. Dr. Eugen Popescu

Prof. Dr. Maria Rădoi

Prof. Dr. Carol Stanciu

Prof. Dr. Victor Stoica

Prof. Dr. Ioan Paul Stoicescu

Conf. Dr. Adrian Streinu-Cercel

Conf. Dr. Maria Șuță

Conf. Dr. Ștefăniță Tănăseanu

Prof. Dr. Coman Tănăsescu

Prof. Dr. Ioan Țintoiu

Prof. Dr. Gabriel Ungureanu

Prof. Dr. Marius Vintilă

Conf. Dr. Ana Maria Vlădăreanu

Prof. Dr. Mihai Voiculescu

Prof. Dr. Florea Voinea

Prof. Dr. Radu Voiosu

Prof. Dr. Ioana Zosin

Editor:

BENETT MEDICAL

Publicitate:

Benett Medical - office@benett.ro

Tehnoredactare computerizată:

Ionuț Ceapă

Toate drepturile acestei asupra acestei publicații sunt rezervate Societății Române de Medicină Internă & Benett Medical ©2005

ISSN:

Ortanol[®]

omeprazol
capsule a 20 mg x 14/flacon

- 🔥 Este tratamentul de elecție:
- al bolii de reflux gastroesofagian
 - al ulcerului peptic
 - al infecției cu *Helicobacter pylori*



- 🔥 Calmează rapid durerile epigastrice și pirozisul
- 🔥 Reduce recidivele bolii de reflux gastroesofagian, ulcerului și infecțiilor cu *Helicobacter pylori*
- 🔥 Se administrează în doză unică zilnică



o nouă companie Sandoz

Lek Pharmaceuticals d.d. reprezentat în România de SC Lek Pharmatech SRL, Calea 13 Septembrie, nr.90, sector 1, București, tel 021 403 45 58

Lekoklar[®]

CLARITROMICINĂ

Comprimate de 250 mg
și 500 mg

O lovitură de maestru



Eficiența face diferența

- ⚡ Antibioticul tipic pentru infecțiile cu germeni atipici
- ⚡ Terapia antiinfecțioasă cea mai sigură și eficientă pentru pacienții alergici la betalactamine
- ⚡ Standardul de aur al eradicării *Helicobacter pylori*

CUVÂNT ÎNAINTE

În aprilie 2004 a avut loc la Târgu Mureș, conferința anuală a Societății Române de Medicină Internă. Lucrările, la care au fost prezenți peste 1000 de participanți, au cuprins conferințe, dezbateri, mese rotunde, comunicări; acestea au avut subiecte variate de etiopatogenie, explorare, diagnostic și tratament, din domenii variate ale medicinei interne.

O notă specială a Conferinței, au reprezentat-o subiectele de graniță, care s-au constituit în adevărate dezbateri interdisciplinare la care au participat cadre universitare de vârf din centrele universitare.

Actualul număr al Revistei "Medicina Internă" publică rezumatele comunicărilor prezentate la Conferința din aprilie 2004. Sunt prezentate peste 100 de rezumate, așa cum au fost formulate de autori, redacția intervenind minim sub aspect tehnic. Publicarea rezumatelor comunicărilor am considerat-o ca o obligație profesională și morală a Redacției Revistei, care este convinsă de necesitatea difuzării experienței diferitelor echipe medicale care lucrează în domeniul medicinei interne.

La Conferința din 2004 a Societății Române de Medicină Internă au participat peste 1000 de medici din toate județele țării. Rezidenții de medicină internă și din specialitățile medicale au reprezentat majoritatea participanților, contribuind, alături de specialiștii din toate centrele universitare la succesul conferinței. Rezumatele din prezentul volum reflectă și activitatea medicilor tineri.

Societatea Română de Medicină Internă speră ca următoarea conferință științifică din aprilie 2005 să reprezinte o oportunitate suplimentară pentru progresul specialității și pentru cititorii revistei.

Comitetul de redacție

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE MEDICINĂ INTERNĂ
organizează
Al V-lea CONGRES NAȚIONAL de MEDICINĂ INTERNĂ
cu participare internațională
Cu tema:
"ACTUALITĂȚI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE",
în perioada 21-23 aprilie 2005, la Călimănești-Căciulata

Confirmarea prezenței se face pe baza formularului de înscriere până la data de 25 martie 2005 la:
Secretariatul Științific-Clinica Medicală Colțea, B-dul I.C. Brătianu nr. 1-3 sector 3 București

Prof. Dr. Ion Bruckner sau Dr. Dan Isacoff
Tel: 021-3113581; fax: 021-31110153; mobil: 0723 257630
e-mail: isacoffdan@yahoo.com sau Isacoff@coltea.ro

Rezumatele lucrărilor se primesc până la 1 martie 2005 la Secretariatul Științific, menționând preferința poster sau prezentare orală.

Secretariat Tehnic: Ella Travel Agency
Persoană de contact: Mihaela Dragomir
Tel: 021-3156511; fax: 021-3156537; mobil: 0742-355771, e-mail: congres@ella.ro sau office@ella.ro

Plata taxei de participare se face la Banca Românească Sucursala București
în contul IBAN RO73BRMA0700070763400000

EFICIENȚA SIBUTRAMINEI ÎNSINDROMUL METABOLIC

Marius Preda, Tudor Nicolaie, Petruț Nuță,
Dan Cheța, Horia Culcea

Spitalul Clinic de Urgență Militar Central București

INTRODUCERE

Este foarte posibil ca sindromul metabolic să reprezinte maladia secolului XXI. Pe de altă parte este una dintre puținele afecțiuni al cărei substrat patogenetic este bine precizat: insulinorezistența. Mai mult, din fericire dispunem în prezent și de mijloace de interferare a acesteia.

MATERIALE ȘI METODĂ

În acest studiu vom prezenta rezultatele preliminare, comparative, obținute prin aplicarea a două dintre metodele de scădere a rezistenței la insulină. Lotul A este format din 34 de indivizi insulinorezistenți care au urmat dietă hipocalorică strictă (necesar energetic — 800 kcal) + efort fizic moderat (plimbare 10 km/zi). Lotul B este format din 46 de indivizi la care s-a administrat Sibutramină 10-15 mg/zi + dietă normocalorică efort fizic ușor (plimbare 4 km/zi). Intervalul de studiu este de 4 luni. S-au urmărit lunar următorii parametri: indicele HOMA, colesterol total, HDL-colesterol, trigliceride, fibrinogenemia, uricemia, glicemia postprandială, proteina C reactivă, transaminazele hepatice, aspectul ultrasonografic al structurii hepatice, presiunea arterială, alura ventriculară, greutatea corporală.

REZULTATE

În lotul A, la 4 luni: indicele HOMA a scăzut în medie cu 2%; scăderea ponderală medie a fost de 6%; colesterolul total a scăzut cu 8%; trigliceridele au scăzut cu 4%; presiunea arterială medie a scăzut cu 1,5%; fibrinogenemia a scăzut, ca și uricemia, cu 3,3%; glicemia la 2 ore postprandial a scăzut cu 6%; proteina C reactivă a scăzut cu 2%.

În lotul B, toate procentele menționate mai sus au fost cel puțin duble. HDL-colesterolul nu a variat semnificativ în lotul A, pe când în lotul B a crescut în medie cu 17%.

CONCLUZII

1. Un mod de viață echilibrat, fără extreme, este un bun remediu în combaterea sindromului metabolic.
2. Considerăm Sibutramina impulsul necesar pentru a îndruma indivizii necomplianți către acest mod de viață.
3. Rezultatele de mai sus ne-au condus la întrebarea dacă scăderea ponderală asigurată de Sibutramină constituie principalul ei beneficiu și dacă explică —decât doar parțial— reechilibrarea metabolică spectaculoasă a indivizilor insulinorezistenți.

ACTIVITATEA SUPEROXIDDISMUTAZEI (SOD) ÎN CULTURI DE CELULE ENDOTELIALE SUPUSE UNUI STRESS OXIDATIV

Gabriela Otiman¹, Andrei Anghel²,
Daniela Cârșnic³, Daciana Nistor³,
Daniel Duda-Seiman¹, Laura Pop⁴

1. Disciplina Policlinică Medicală,
Urgențe Medicale și Recuperare Cardiovasculară -

U.M.F. „Victor Babeș”, Timișoara

2. Disciplina Biochimie,

U.M.F. „Victor Babeș”, Timișoara

3. Disciplina Fiziologie,

U.M.F. „Victor Babeș”, Timișoara

4. Doctorand, U.M.F. „Victor Babeș”, Timișoara

SCOP

Evaluarea activității enzimatică a SOD in vitro pe culturi de celule endoteliale în condiții de hipoxie/anoxie/hiperoxie.

MATERIALE ȘI METODĂ

- Culturi de celule endoteliale din cordon ombilical au fost incubate timp de 30 de minute într-o cameră etanșă, la 37°C, cu următoarele amestecuri de gaze: anoxie, anoxie — reoxigenare, hiperoxie, hipoxie, hipoxie — reoxigenare.

- Activitatea enzimatică a SOD (exprimată în U/ml) a fost evaluată utilizând kitul RANSOD SD 125 (laboratoarele Randox) prin tehnica spectrofotometrică.

REZULTATE

- Activitatea SOD (U/ml) în condiții de anoxie este nesemnificativă (practic nulă).

- Activitatea SOD în condiții de hipoxie și hipoxie/reoxigenare este

mult diminuată (0,6375/0,675 U/ml și 0,625 U/ml) și nu se ameliorează după reoxigenare.

- Activitatea SOD este stimulată de hiperoxie (0,925 U/ml / 2,15 U/ml), consecința supraîncărcării cu specii reactive de oxigen (ROS).

CONCLUZII

Studiul nostru evidențiază modalitățile de răspuns la stress oxidativ ale celulei endoteliale normale, in vitro, utilizând ca marker al răspunsului antioxidant activitatea SOD. Cu rezerva că în culturi celulele endoteliale prezintă modificări biochimice și fenotipice care nu permit reproducerea în totalitate a comportamentului endotelialului in vivo, totuși, extrapolând, putem afirma că răspunsul celulei endoteliale in vivo în condiții patologice de anoxie/hipoxie este similar, însă exacerbat de prezența disfuncției endoteliale, verigă comună a multor afecțiuni cardiovasculare și metabolice.

Administrarea SOD exogene în condiții patologice ce implică hipoxia/anoxia tisulară, pentru ameliorarea adaptării la stress oxidativ, rămâne o alternativă terapeutică viabilă și demnă de studiat.

PATTERN-URI DE ASOCIERI COMORBIDE ÎN FUNCȚIE DE GRUPELE DE VÂRSTĂ

Coziana Ciurtin¹, Ruxandra Ionescu²,
Viorica Mădălina Cojocaru³, Mihai Bojincă¹

1. Spitalul clinic „Dr. I Cantacuzino”

2. Institutul de Geriatrie „Ana Aslan”

3. Spitalul Clinic de Urgență, București

Cunoașterea celor mai frecvente asocieri patologice, corelate cu sexul și grupele de vârstă reprezintă o premiză a unei atitudini active în vederea depistării formelor asimptomatice ale diferitelor boli.

MATERIALE ȘI METODĂ

1134 pacienți au fost analizați din punct de vedere al prezenței principalelor diagnostice cu impact major asupra calității și speranței de viață. Au fost luate în considerație următoarele entități patologice: hipertensiunea arterială (HTA), boala cardiacă ischemică (BCI), diabetul zaharat (DZ), accidentele vasculare cerebrale (AVC), hepatopatii cronice, bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC). Prezența acestor boli a fost analizată în corelație cu fumatul, obezitatea, consumul de alcool.

REZULTATE

Asocierile cele mai frecvente au fost următoarele: 30-49 ani, sex masculin - fumat și sindromul dispeptic de tip ulceros (12,3%), fumat și BPOC (9,34%); sexul feminin - supraponderabilitate cu HTA (11,3%) și cu BCI (6,7%). Între 50-59 ani, sexul masculin HTA, BCI, fumat (17,1%), HTA, BCI, obezitate (16,2%), DZ cu obezitate și HTA (8,2%); sexul feminin HTA, BCI, obezitate (45,2%), HTA, BCI, DZ, obezitate (20,5%). La grupa de vârstă 60-69 ani - sexul masculin HTA, BCI (34,5%), HTA, BCI, fumat (32,8%), HTA, fumat, BPOC (21,8%); sexul feminin HTA, BCI, obezitate (42,7%), HTA, BCI, DZ, obezitate (35,2%), iar la peste 70 ani - sexul masculin HTA, BCI, AVC (38,5%), HTA, BCI, BPOC (29,5%); sexul feminin HTA, BCI, obezitate (28,5%), HTA, BCI, DZ, obezitate (17,56%), HTA, DZ, AVC (8,5%).

CONCLUZII

Analiza realizată oferă o imagine de ansamblu asupra asocierilor de boli la pacienții cronici, orientând asupra particularităților lor epidemiologice.

DE LA UN SINDROM ASTENIC CU FEBRĂ ȘI HIPOTENSIUNE ARTERIALĂ LA UN ADENOM HIPOFIZAR

dr. Carmen Posoiu¹, dr. Alina Stoica²,
dr. Lydia Taingiu³, prof. dr. Dan Olteanu⁴
1. Medic rezident, Spitalul Universitar de
Urgență București
2. Doctorand, Spitalul Universitar de
Urgență București
3. Medic primar Medicină Internă
4. Șef Clinică Medicină Internă I,
Spitalul Universitar de Urgență București

Pornind de la un sindrom astenic, cu hipotensiune și pierdere ponderală, asociat cu un sindrom inflamator, febril și cu pierderea acuității vizuale a ochiului stâng, la un pacient în vârstă de 45 ani, s-a diagnosticat în final prin examen RMN, confirmat ulterior histopatologic, un macroadenom hipofizar.

Particularitatea cazului o constituie prezentarea simptomatologică atipică a tumorii pituitare. Cu excepția stării de hipotensiune, pacientul nu a prezentat vreun alt simptom care să sugereze deficiența sau excesul hormonal, ceea ce a pus

probleme în precizarea diagnosticului. Dificultatea elucidării diagnosticului s-a datorat și asocierii la semnele generale a unui sindrom acut febril, apărut cu o săptămână înaintea internării (cu febră înaltă, frisoane, cefalee, mialgii), necesitând, printre altele, diagnostic diferențial cu meningo-encefalita, dat fiind și contextul epidemiologic în care ne aflăm în acel moment.

Examinarea RMN a tranșat diagnosticul, pacientul beneficiind de intervenție chirurgicală de urgență. Tumora a fost extirpată, evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacientul recăpătându-și în totalitate acuitatea vizuală și fiind actualmente sub tratament de substituție hormonală.

MANIFESTĂRILE EXTRAHEPATICE ÎN INFECȚIILE CRONICE CU VIRUSUL HEPATITEI C

Alexandru Ioan Suciu, Tudor Nicolaie,
Liviu Sandu Verdeș, Mariana Jinga,
Florentina Radu-Ioniță, Mihai Cojocaru,
Rareș Livius Corbu, Monica Stănescu,
Petruț Nuță, Ionel Odagiu, Andrei Carabelea,
Ema Popovici, Ramona Bobeică
Spitalul Clinic de Urgență Militar Central București,
Clinica Boli Interne II

Manifestările extrahepatice (ME) din cadrul infecției cronice cu virusul hepatitei C (VHC) sunt considerate a fi de origine imunologică și includ crioglobulinemia, glomerulonefrita membrano-proliferativă și porfirie cutanea tarda. Au fost raportate și alte stări morbide asociate infecției cronice cu VHC, dar nu s-a stabilit încă o corelație precisă dintre ele. Aceste stări morbide includ: artritele seronegative, sindromul Sjögren, tiroidita autoimună, lichenul plan, ulcerul cornean Mooren, sindromul Hamman-Rich, poliarterita nodoasă, anemia aplastică și limfomul cu celule B.

OBIECTIVE

- depistarea ME la bolnavii cu hepatită cronică cu VHC;
- toleranța terapeutică a bolnavilor la tratamentul antiviral;
- efectul tratamentului antiviral asupra ME la lotul studiat.

MATERIALE ȘI METODĂ

În perioada 01.11.1997-31.01.2004, am efectuat studiul prospectiv pe 84 de bolnavi, 51 bărbați și 33 femei, vârsta medie 48,3 ani, cazuri vechi și noi de hepatită cronică activă cu virus C. Pacienții au primit 12 luni tratament antiviral combinat (Interferon α -2b 3MUI \times 3/săptămână sau Interferon pegylat 1 \times /săptămână + Ribavirină 1-1,2 g/zi). Evaluarea ME s-a făcut cu ajutorul examenului clinic și a testelor paraclinice. Aprecierea răspunsului terapeutic s-a făcut pe baza rezultatelor biochimice, viremiei și parametrilor histopatologici. Rezultatele clinice și paraclinice au fost consemnate în fișa medicală personală și apoi centralizate în tabele și grafice. Pentru interpretarea rezultatelor s-a folosit metoda statistică de calcul χ^2 .

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Manifestările extrahepatice prezente la pacienții lotului studiat au fost:

- crioglobulinemie la 7 pacienți (5 bolnavi de sex masculin și 2 de sex feminin);
- nefropatie glomerulară la 3 pacienți (3 bolnavi de sex feminin);
- porfirie cutanea tarda la 5 pacienți (4 bolnavi de sex masculin și 1 de sex feminin).

La 11 bolnavi s-a remarcat amendarea simptomelor/semnelor legate de manifestările extrahepatice la terminarea tratamentului antiviral combinat.

Încărcătura virală crescută, vârsta înaintată, sexul bărbătesc, sideremia crescută și transmiterea prin sânge și derivate de sânge s-au corelat frecvent cu lipsa de răspuns terapeutic (întreruperea efectului terapeutic = 15 pacienți, răspuns parțial = 12 pacienți și non-răspuns = 10 pacienți). Răspunsurile enzimatic, virusologic și histologic s-au constatat la 49,51, respectiv 47 pacienți.

CONCLUZII

- ME în infecția cronică cu VHC sunt responsive la tratamentul antiviral (80%);
- Calitatea vieții pacienților s-a corelat cu tipul de răspuns terapeutic și cu efectele adverse ale tratamentului antiviral combinat;
- Răspunsurile virusologic și histopatologic sunt predictive pentru tipul de răspuns terapeutic.

EFICIENȚA TRATAMENTULUI CU LOSARTAN LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE PORTALĂ

dr. Victor Dușescu, dr. Iulian Copaci
Spitalul Clinic de Urgență Militar Central
„Dr. Carol Davila”, București

SCOP

Evaluarea eficienței tratamentului cu LOSARTAN (COZAAR) în hipertensiunea portală la pacienții cu *ciroză hepatică*, folosind criteriul clinic (incidența sângerării prin efracție de varice esofagiene).

MATERIALE ȘI METODĂ

Au fost evaluate clinic și endoscopic 3 loturi de pacienți cu vârste cuprinse între 39 și 58 ani, diagnosticați cu *ciroză hepatică*, de diverse etiologii cu varice esofagiene de gradul II-III endoscopic fără sângerare digestivă anterioară și fără o altă suferință de tub digestiv superior susceptibilă de sângerare.

Intervalul de observație a fost 01.03.2002-31.12.2003.

- Lotul I: 38 pacienți cu varice esofagiene gr. II-III, care au primit numai tratament simptomatic;
- Lotul II: 41 pacienți care au primit tratament cu propranolol 20 mg. $\times 4/zi$;
- Lotul III: 36 pacienți care au primit tratament numai cu COZAAR (LOSARTAN) 50 mg./zi.

În momentul în care a apărut episod de hemoragie digestivă supeioară confirmat clinic și endoscopic, pacientul a fost scos din studiu și a urmat tratamentul specific (scleroză endoscopică, bandare, β blocant etc.).

REZULTATE

După 22 luni de observație incidența sângerării prin efracția varicelor esofagiene a fost:

- Lotul I (considerat placebo): 14 cazuri 38%;
- Lotul II: 9 cazuri - 22%;
- Lotul III: 8 cazuri - 25%.

Timpul scurs (mediu) până la apariția primului episod de HDS:

- Lotul I = 10,6 luni;
- Lotul II = 14,2 luni;
- Lotul III = 15,1 luni.

Reacții adverse (înregistrare globală a tuturor reacțiilor adverse)

- Lotul I = 4,2%;
- Lotul II = 12%;
- Lotul III = 4,3%.

Incidența hemoragiei digestive supeioare severe (necesar transfusional $\gg 1$ l sânge integral; TA sistolică = 80 mm Hg; necesitate de scleroză endoscopică cu hemostază)

- Lotul I = 2,2%;
- Lotul II = 1,6%;
- Lotul III = 2,8%.

CONCLUZII

Tratamentul cu LOSARTAN (COZAAR) al hipertensiunii portale la bolnavii cu *ciroză hepatică* cu varice esofagiene gradul II-III, fără istoric de HDS prealabilă:

- are eficiență similară tratamentului cu β -blocant în prevenția primului episod hemoragic, superior placebo;
- reacțiile secundare sunt mult mai puțin frecvente decât la pacienții cu β -blocant;
- primul episod hemoragic apare mai tardiv decât la cei tratați cu β -blocant, dar este de regulă mai sever și mai greu controlabil.

Dacă se consideră aditiv acestui studiu raportul cost-eficiență rezultă că tratamentul cu COZAAR (LOSARTAN) la pacienții cu hipertensiune portală este justificat numai la cei cu maladii cardiovasculare asociate cu indicații pentru sartani (hipertensiune arterială și insuficiență cardiacă).

MONITORIZAREA TONOPORT (T.A. CONTINUĂ 24h) LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE PORTALĂ TRATATĂ MEDICAMENTOS

cpt. dr. V. Dușescu, lt. col. dr. I. Copaci,
mr. dr. Enache Mihaela
Spitalul Clinic de Urgență Militar Central
„Dr. Carol Davila”, București - Clinica Medicală III

SCOP

Evaluarea T.A. continuă 24 h la pacienții tratați medicamentos pentru hipertensiune portală (HTP) cu sau fără episoade simptomatice.

Lotul studiat:

- 56 pacienți cu HTP datorată cirozei hepatice de diverse etiologii tratați cu β -blocante, vasodilatatoare splanhnice sau cu medicație asociată;

- au fost excluși pacienții cu hipertensiune arterială esențială sau secundară și pacienții cu hipotensiune arterială de diverse cauze;

Lotul a cuprins pacienți cu ciroză hepatică stadiul II CHILD, fără sângerare digestivă anterioară cu htp confirmată ecografic și endoscopic, tratați după protocolul:

- grupul A — 22 pacienți cu propranolol 20 mg $\times 4/zi$
- grupul B — 20 pacienți cu isosorbid dinitrat 20 mg $\times 2/zi$
- grupul C — 14 pacienți cu propranolol 20 mg $\times 3/zi$ și isosorbid dinitrat 20 mg $\times 2/zi$
- au fost admiși pentru studiu numai pacienții care au avut pulsul cuprins între 50 și 95 pe minut în 24 h, fără să aibă suferință cardiacă, îndeosebi tulburări de ritm sau conducere;
- ponderea bărbați/femei a fost de 1/1.

MATERIALE ȘI METODĂ

1. Monitorizarea TA (TONOPORT) automată (secvențial la fiecare 30 minute), timp de 24 h, a fiecărui pacient, în prima zi, în a șaptea zi și în a 28-a zi de tratament;
2. Monitorizarea clinică a simptomelor de hipotensiune și a unor reacții secundare medicamentoase.

REZULTATE

1. Valoarea medie a TA sistolice pentru pacienți a fost de 122 mm Hg în grupul A, 144 mm Hg în grupul B și 118 mm Hg în grupul C.
2. Valoarea medie a TA diastolice a fost de 84 mm Hg în grupul A, 90 mm Hg în grupul B și 78 mm Hg în grupul C.
3. Episoadele simptomatice (amețeli, astenie, fatigabilitate) au fost mai frecvente în grupul tratat cu propranolol (11 cazuri) și mai puțin frecvente în grupul cu tratament combinat (2 cazuri).
4. Episoadele de flush, palpitații, cefalee, transpirații au fost frecvente în grupul tratat cu isosorbid dinitrat (12 cazuri) comparativ cu pacienții cu tratament combinat (2 cazuri).

CONCLUZII

1. Tratamentul combinat propranolol cu isosorbid dinitrat este mai bine tolerat decât monoterapia pentru htp, valo-

rile TA înregistrând cele mai mici variații.

2. Utilizând tratamentul combinat, se anulează (contrabalansează) efectele secundare ale fiecărui drog în parte.

OBSERVAȚII

Pentru unele întrebări auxiliare s-au obținut răspunsuri importante în ceea ce privește calitatea vieții astfel:

- tulburările de dinamică sexuală au fost mult mai frecvente în lotul cu propranolol (50%);
- cei tratați numai cu isosorbid dinitrat au fost tentați în mai mare măsură să abandoneze terapia datorită efectelor adverse, în special cefăleea, flush-ul și transpirațiile (50%).

BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ – PARTICULARITĂȚI LA PACIENȚI CU BOALĂ CRONICĂ REUMATICĂ INFLAMATORIE

dr. Mihaela Enache¹, dr. Romi Bolohan²,
dr. Iulian Copaci¹, dr. Victor Duțescu¹

1. Clinica Medicală III, SCUMC
2. Secția Aritmologie CBCVA

Este bine cunoscută afectarea cardiacă în bolile reumatice; boala cardiacă ischemică poate fi asociată sau indusă de procesele cronice inflamatorii.

SCOP

Obiectivul lucrării este acela de a sublinia câteva particularități coronarografice la pacienți cu angină pectorală și poliartrită reumatoidă.

MATERIALE ȘI METODĂ

Am analizat 12 pacienți cu poliartrită reumatoidă și angină pectorală la care s-a practicat coronarografie. Toți aveau sindrom biologic inflamator (nivel crescut al fibrinogenului și proteinei C reactive).

REZULTATE

Toți pacienții aveau obstrucții aterosclerotice semnificative sau nesemnificative pe diferite ramuri coronare. Particularitatea este că la 10 dintre ei aspectul coronarelor era similar celui întâlnit la pacienții diabetici cu arbore vascular coronar cu ramuri subțiri.

CONCLUZII

La pacienți cu răspuns inflamator cronic intens inflamația poate afecta și vasele coronare (endarterita obliterantă). Aceasta crește susceptibilitatea la degenerescența aterosclerotică; leziunile aterosclerotice însă pot fi și independente.

FEBRA DE ORIGINE NECUNOSCUTĂ – PREDICTORI AI PROGNOSTICULUI. UN STUDIU PROSPECTIV MULTICENTRIC PE 164 PACIENȚI

Cristian Băicuș^{1,2}, Horațiu D. Boloșiu³,
Coman Tănăsescu¹, Anda Băicuș⁴, GSFONR⁵

1. Spitalul Colentina, Medicală B, București
2. Unitatea de Cercetare Clinică RECIF (Rețeaua d' Epidemiologie Clinique

International Francophone), București

3. Spitalul Județean Cluj -
Clinica Medicală Reumatologie

4. Institutul „Dr. I. Cantacuzino”, București

5. Grupul pentru Studiul Febrei de Origine

Necunoscută în România, București: C. Băicuș, C. Tănăsescu, I. Matei, A. Haidar, R. Voiosu - Spitalul Colentina; E. Ceașu, P. Calistru, C. Cristea - Spitalul de Boli Infecțioase „V. Babeș”; A. Băicuș, Institutul „Dr. I. Cantacuzino”; H. Boloșiu, M. Stoicescu, Spitalul Județean Cluj; Iași: V. Luca, Spitalul de Boli Infecțioase; A. Coșovanu - Spitalul Sf. Spiridon; Timișoara: D. Stănescu - Spitalul de Boli Infecțioase; M. Deac, C. Beca, C. Cipaian, M. Grecu, D. Vulcu - Spitalul Județean Sibiu; E. Gheorghijă, I. Brumaru, G. Vulcan - Spitalul Județean Brașov; E. Carasca, D. Pop Petre - Spitalul Județean Târgu Mureș.

INTRODUCERE

Până acum, studiile despre Febra de Origine Necunoscută (FON) au fost descriptive. Așadar, cunoaștem spectrul etiologic și cum s-a schimbat acesta din 1966 în multe regiuni din lume. Totuși, nu știm dacă există predictorii clinici sau de laborator ai etiologiei grave. Putând estima severitatea bolii de la început, s-ar putea stabili cât de intensiv trebuie să fie algoritmul diagnostic.

MATERIALE ȘI METODĂ

A fost efectuat un studiu multicentric de cohortă pe 164 de pacienți care au îndeplinit criteriile clasice, modificate ale FON. Studiul a durat doi ani (1997-1998) și a inclus o perioadă de urmărire de încă doi ani. Efectul principal măsurat a fost diagnosticul final stabilit la sfârșitul perioadei de urmărire.

REZULTATE

Atunci când numărul de leucocite a fost anormal, riscul relativ pentru o boală gravă a fost 1,49 (CI: 1,15—1,94; p=0,004), când anemia a fost prezentă, riscul relativ a fost 1,55 (CI: 1,21—1,98; p=0,003), iar pentru alanin aminotransferază (ALAT), bilirubină sau lactat dehidrogenază (LDH) crescute, riscurile relative au fost 1,57 (CI: 1,21—2,02; p=0,010), 1,57 (CI: 1,18—2,08; p=0,007) și respectiv 3,43 (CI: 1,81—6,48; p=0,0002). În analiză multivariată, odds ratio pentru o etiologie gravă au fost 2,7 (CI: 1,17—6,4; p=0,02) pentru număr de leucocite anormal, 2,8 (CI: 1,14—7,16; p=0,02) pentru anemie, 4,3 (CI: 1,6—11,5; p=0,003) pentru hiperbilirubinemie și 5,3 (1,5—18,6; p=0,009) pentru ALAT crescute.

CONCLUZII

La pacienții cu febră de origine necunoscută, anemia, numărul anormal de leucocite, ALAT și bilirubina crescute sunt predictorii independenți ai unui prognostic sever.

ARE ACEST PACIENT CANCER? ACURATEȚEA VÂRSTEI, VSH ȘI ANEMIEI CA TESTE DIAGNOSTICE ÎN SCĂDEREA PONDERALĂ INVOLUNTARĂ. STUDIU RETROSPECTIV ÎNTR-UN SPITAL UNIVERSITAR DE ÎNGRIJIRE SECUNDARĂ.

Cristian Băicuș, Răzvan Ionescu,
Coman Tănăsescu

Spitalul Colentina, Clinica Medicală II

INTRODUCERE

Scăderea ponderală involuntară este una dintre cele mai frecvente cauze de internare pentru investigații complexe. Totuși, există puține studii retrospective și doar unul prospectiv cu privire la scăderea ponderală involuntară. Acest studiu își propune să evalueze acuratețea vârstei, VSH și anemiei ca teste diagnostice pentru etiologia neoplazică a scăderii ponderale involuntare.

MATERIALE ȘI METODĂ

Studiu retrospectiv, bazat pe foile de observație a 5500 pacienți internați în Clinica de Medicină Internă a Spitalului

Colentina din București în perioada ianuarie — august 2000, selectându-i pe cei cu scădere ponderală involuntară (431 pacienți).

REZULTATE

Cauzele scăderii ponderale au fost: boli ale tractului digestiv (cu excepția cancerului) — 137 cazuri, 32,5%; cancer - 101 cazuri, 23% (cancer gastric, 22 cazuri, 5%; cancer de colon 15 cazuri, 3,5%; cancer pulmonar 14 cazuri, 3%); boli cronice nedigestive 99 cazuri, 23%; boli neuropsihice 53 cazuri, 12%; infecții 39 cazuri, 9%. Ca predictorii ai bolii canceroase au fost analizați: vârsta, VSH și prezența anemiei. În analiza multivariată, cei cu vârsta »63 ani, cei cu anemie și cei cu VSH »29 au avut un risc de 3, 15, 2, 5, respectiv 2,36 ori mai mare decât ceilalți de a avea un cancer. Ariile de sub curba ROC au fost 0,684 pentru vârsta și 0,690 pentru VSH. Regula de predicție clinică a prezenței cancerului ca etiologie a scăderii ponderale derivată din ecuația de regresie logistică arată că pacienții sub 63 ani, cu VSH »29 și fără anemie au un risc de 9% de a avea cancer, pe când cei cu vârsta »63 ani, VSH »29mm/h și anemie au un risc de 64% de a avea cancer.

INTERPRETARE

Majoritatea pacienților internați pentru scădere ponderală involuntară au avut boli ale tractului digestiv (195 = 45%, dintre care cancere: 58 cazuri, 13,5%). Ca teste diagnostice pentru cancer: vârsta, anemia și VSH, separat, în paralel sau în serie nu au fost destul de sensibile/specifice pentru a exclude sau pune cu certitudine diagnosticul de cancer. 49-58% dintre pacienții cu cancer al tubului digestiv nu au avut anemie. 9% dintre pacienții fără anemie, cu VSH ≤29mm/h și vârsta ≤62 ani au cancer și 64% dintre pacienții cu anemie, cu VSH »29mm/h și vârsta »62 ani au cancer.

HEPATOLOGIE – ACTUALITĂȚI ÎN HIPERTENSIUNEA PORTALĂ. PUNCTUL DE VEDERE ACTUAL PRIVIND TIPSS-UL

Cristian Băicuș

TIPSS înseamnă șunt porto-sistemic transjugular intrahepatic. Practic, se introduce un cateter pe vena jugulară

internă care trece apoi prin vena cavă superioară, atriul drept, vena cavă inferioară și ajunge într-una din ramurile venei hepatice; de aici o ia prin plin parenchim hepatic și trebuie să facă jocțiunea cu una dintre ramurile venei porte, realizând astfel șuntul porto-sistemic.

Primul TIPSS a fost realizat în 1968 de către Röhsh, la câini. Șuntul rămânea deschis numai o săptămână, închizându-se datorită compresiunii parenchimului hepatic. La sfârșitul anilor 70 cateterul a început să fie prevăzut cu balon, care crea o lărgime mai mare a șuntului. Experimentele au continuat pe câini și porci până în 1982, când Colapinto a efectuat primele TIPSS la om, inițial la 6 pacienți, apoi la încă 20. Pentru ca parenchimul hepatic să nu se mai expandeze, comprimând șuntul, balonul era ținut umflat 12 ore în ficatul pacienților. Presiunea din vena portă a scăzut în medie cu 18mmHg, iar la portografie varicele nu s-au mai opacifiat, deoarece se colabaseră datorită scăderii presiunii portale.

În 1988, la Universitatea din Freiburg se introduce primul stent (Richter), care reușește să se opună mai bine presiunii parenchimului hepatic, această metodă fiind folosită și astăzi.

Cu toate acestea, 50% dintre stenturi nu mai funcționează la sfârșitul primului an, ocluzia producându-se atât datorită compresiunii exercitate de parenchimul hepatic (căreia nu-i poate face față armătura stentului), cât și datorită trombozei (scăderea aderenței trombocitare se realizează acum prin impregnarea stenturilor cu politetrafluoroetilenă).

În cadrul unui cateterism, la un pacient, numărul de încercări de a ajunge din ramul venei hepatice la ramul venei porte este de 10,4 în medie (și asta într-un centru de excelență), acest număr fiind scăzut la 4,6 dacă se folosea și ecografia tridimensională pentru ghidarea cateterului prin parenchimul hepatic. În acest sens, ar fi interesant de făcut un studiu pentru a vedea cum variază reușita amplasării stentului pe centre — probabil că, asemenea angioplastiei percutane și a pancreatocolangiografiei endoscopice retrograde, frecvența reușitelor este direct proporțională cu experiența centrului respectiv.

Urmărirea permeabilității stentului se face invaziv, printr-un nou cateterism la fiecare 3 luni; urmărirea neinvazivă, prin

ecografie Doppler nu este destul de sensibilă, nedepistînd ocluziile șunturilor și ajungîndu-se astfel la hemoragii din varicele esofagiene datorită hipertensiunii portale.

La 5% dintre pacienți se produc complicații majore, iar acestea sunt: hemoperitoneu, hemobilie, malpoziția stentului, puncția veziculei biliare, infarctul hepatic, lezarea arterei hepatice, insuficiența renală necesitînd dializă cronică și decesul.

Un anumit centru este omologat pentru efectuarea TIPSS dacă rata succesului tehnic (crearea unui șunt patent între o ramură a venei hepatice și una a venei porte) și cea a succesului hemodinamic (scăderea gradientului portosistemic la cel mult 12 mmHg) sunt de minim 95%, iar rata succesului clinic (rezoluția indicației clinice pentru care a fost efectuat TIPSS — oprirea hemoragiei, dispariția ascitei etc.) de cel puțin 90%.

Orice terapie nouă trebuie evaluată prin studii clinice randomizate, iar acestea există în cazul TIPSS. Studiile ce au evaluat TIPSS în tratamentul ascitei refractare l-au comparat cu paracentezele repetate, iar cele care au evaluat rolul în prevenirea hemoragiilor prin varice esofagiene l-au comparat fie cu tratamentul medicamentos (propranolol-izosorbid mononitrat), fie cu bandarea varicelor sau cu șuntul porto-sistemic chirurgical.

Efectele urmărite au fost atât surogat (recidiva ascitei, hemoragia) cât și „hard“ (supraviețuirea).

Toate studiile au fost efectuate pe cîteva zeci de pacienți (cele mai mari, pe 80-100), iar rezultatele au fost divergente (în prevenirea hemoragiilor, TIPSS a fost atât inferior — 1 studiu, cât și egal sau superior tratamentului clasic). În orice caz, toate studiile au fost de acord că TIPSS nu crește supraviețuirea.

O problemă ar fi faptul că în studii au fost incluși doar pacienții la care TIPSS a reușit, ceea ce împiedică practic efectuarea unei analize în intenția de tratament; iar în studiul lui Tripathi et al. (Gut 2004;53:431-437), efectuat într-un centru de excelență, din 303 pacienți trimiși pentru TIPSS, acesta a fost pus la numai 79!

Ca în toate cazurile în care rezultatele diferitelor studii sunt divergente, situația se tranșează printr-o metaanaliză, iar ultima efectuată (Burroughs & Vangeli, Scand J Gastroenterol 2002(3): 249-252) arată și

TAZIDIL®

pentru inima ta

TAZIDIL® 20 mg

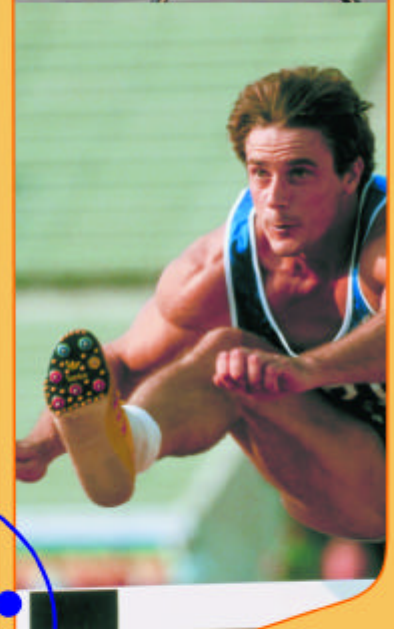
trimetazidină diHCL
(de 3 ori pe zi)

*Conservarea funcției
contractile miocardice
prin inhibarea selectivă a 3-CAT*

*Crește rezerva coronariană întârziind
instalarea ischemiei indusă de efort*

*Scade frecvența crizelor
de angină pectorală*

*Scade consumul
de nitroglicerină*



Promedic

ea că supraviețuirea nu este îmbunătățită de TIPSS, ba dimpotrivă există o tendință de înrăutățire față de bandare. Pentru fiecare 8 pacienți cărora li se implantează un TIPSS, avem 2 salvați de la hemoragie (NNT) și unul căruia îi apare sau înrăutățește encefalopatia (NNH).

În concluzie, TIPSS poate salva viața în hemoragiile necontrolate din varice, complicațiile majore includ encefalopatia și stenoza șuntului, iar utilizarea stent-urilor acoperite cu poli-tetra-fluoro-etilenă reprezintă un progres tehnic important. TIPSS este folositor ca o punte spre transplantul hepatic

HIPERTIROIDISMUL ȘI RISCUL CARDIOVASCULAR – FIBRILAȚIA ATRIALĂ

Mihaela Simescu¹, Victor Ferăstrăoaru²,
Horia Ursu¹, Mariana Dobrescu¹,
Ana Pârlog Cristian¹, Denisa Minculescu²,
conf. dr. Ștefan Blaj³

1. Institutul de Endocrinologie „C.I. Parhon“

2. U.M.F. „Carol Davila“

3. Spitalul Clinic de Urgență Militar Central

Hipertiroidismul determină o patologie cardiovasculară recunoscută incluzând: tahicardie atrială, hipertensiune sistolică, modificări ale funcției sistolice și diastolice ventriculare, predispoziție la tulburări de ritm (fibrilație atrială).

Hipertiroidismul a fost mult timp recunoscut ca o patologie reversibilă, fără consecințe, datorită existenței unui tratament eficient al bolii. Studiile care au urmărit îndelungat bolnavii cu hipertiroidism au relevat un impact de lungă durată a hipertiroidismului pe mortalitatea cardiovasculară a acestora.

Incidența hipertiroidismului manifestat și subclinic este de 3% la femei și 0,3% la bărbați în condițiile unui aport de iod normal și procentele sunt mai crescute la vârstnici și la populația din zonele cu carențe iodate.

Studiul nostru a urmărit incidența și evoluția tulburărilor de ritm la bolnavii cu hipertiroidism (tip autoimun- boala Graves sau autonomie tiroidiană- nodul tiroidian unic toxic sau gușa multinodulară toxică) la pacienții internați în Secția de Patologie Tiroidiană în perioada 2003-2004. Au fost incluși în studiu un număr de 275 pacienți hipertiroidieni (219 femei, 56 bărbați) între 20 și 87 ani. Pacienții luați în evidență au

fost examinați clinic de endocrinolog și datele au fost consemnate în foaia de observație. Toți pacienții au fost investigați tiroidian prin dozări de TSH, T3, T4, radioiodocaptare la 2h și 24h, scintigramă tiroidiană, ecografie tiroidiană. Examenul cardiologic și EKG au fost efectuate de specialistul cardiolog al Institutului.

Din cei 275 pacienți cu hipertiroidism, 29 au fost între 20-30 ani, 118 între 31-50 ani și 128 pacienți de peste 50 ani. În grupul de vârstă 20-30 ani au fost identificați 2 pacienți cu fibrilație atrială (FA) (6,8% din grup), în grupul 31-50 ani 8 pacienți cu FA (6,7%), iar peste 50 ani 22 pacienți cu FA (17,1%). Au fost identificate alte tulburări cardiovasculare asociate în principal cu vârsta peste 50 ani (25% din pacienți): BCI, insuficiență cardiacă, HTA. Dintre pacienții cu FA tratați s-au reconvertit în ritm sinusal 100% din cei 20-30 ani, 62,5% din grupul 31-50 ani și doar 40,9% din hipertiroidienii peste 50 ani.

Datorită diagnosticului tardiv al hipertiroidismului am întâlnit fibrilație atrială permanentă și la grupa de vârstă până în 30 ani, dar la toți subiecții din acest grup s-au reconvertit în ritm sinusal sub terapia cu antitiroidiene de sinteză și β-blocante. Tratamentul pacienților hipertiroidieni cu aritmii cardiace necesită o colaborare endocrinolog-cardiolog pentru obținerea unor rezultate optime.

ULCER GASTRIC COMPLICAT OPERAT ȘI ADENOPATIE MEDIASTINALĂ

stud. Victor Ferăstrăoaru¹,
stud. Denisa Minculescu²,
șef lucrări dr. Diana Nistorescu³,
asist. univ. dr. Ondin Zaharia³

1. Institutul Medico-Militar

2. U.M.F. „Carol Davila“

3. Spitalul Clinic „Caritas“

În practica medicală corectitudinea și irapiditatea precizării diagnosticului sunt cruciale pentru evoluția și conduita terapeutică de care depinde viața pacientului. În zilele noastre modificarea continuă a condițiilor socio-economice și etiologice ale bolilor conduce la o schimbare a spectrului „clasic“ de simptome.

Pacientul în vârstă de 44 ani se prezintă la consult în ianuarie 2004 acuzând: astenie fizică, scădere ponderală, febră (39,8°C), disfonie, durere toracică.

Istoric: în 2001, ulcer juxtapiloric perforat operat (vagotomie și piloroplastie), cu biopsie incertă.

În noiembrie 2003 (Spania): *simptome:* dureri toracice, disfonie (instalate în urmă cu 1 lună), tuse cu expectorație purulentă; *paraclinic:* CT: masă hilară continuată cu imagine de atelectazie pulmonară a lingulei, mase adenopatiche mediastinale stângi; *bronhoscopie:* mucoasă hiperemică; *Examen citologic al LBA:* negativ pentru celule maligne; *Diagnostic:* mase pulmonare în observație, infecție respiratorie

În ianuarie 2004 (România): *simptome:* scădere ponderală marcată, disfonie, dureri toracice, febră (39,8°C în ambulator), hemoptizii; *paraclinic:* Rx: hil stâng mărit, opacitate perihilar stâng (30/35mm) și opacitate macronodulare policiclice mediastinale, imagine de condensare pulmonară la nivelul lingulei; *Eco:* formațiuni rotund-ovalare, neomogene ecografic la nivelul ficatului (30mm); *CT:* proces tumoral, proliferativ, invaziv, cu multiple diseminări secundare locale și la distanță (hepatice), centro-hilar stângă; *Bronhoscopie:* Pareză coardă vocală stâng, bronhia principală stângă infiltrată de la debut, ambele lobare stângi stenozate subtotal prin compresiune extrinsecă; *Biopsie:* placarde de epitelii pavimentoase și celule neoplazice (aspecte de carcinom microcelular). *Diagnostic de certitudine:* Neoplasm pulmonar centrohilar stâng microcelular stadiul II. Metastaze hepatice. BPOC. Stomac operat.

Tratament: suportiv, radio-chimioterapie paleativă în serviciul oncologie.

Prezentarea ilustrează evoluția și dificultățile interpretării datelor clinice și paraclinice (independente) și rolul medicului de medicină internă în managementul informațiilor.

SCLEROZĂ SISTEMICĂ CU AFECTARE CUTANATĂ EXTENSIVĂ ȘI MANIFESTĂRI VISCERALE MULTIPLE

dr. Daniela Oprîș¹, dr. Diana Ieva¹,
dr. Cristina Iosif¹, conf. dr. Aura Tudor²,
conf. dr. Denisa Predețeanu¹

1. Spitalul Clinic „Sf. Maria“, U.M.F. „Carol Davila“

- Clinica de Medicină Internă și Reumatologie

2. Spitalul Clinic CF II - Facultatea de Medicină
Universitatea „Titu Maiorescu“, București

INTRODUCERE

Scleroza sistemică este o boală de țesut conjunctiv de etiologie neprecizată, caracterizată prin afectare a arteriolelor și capi-

larelor, însoțită de fibroză. Se produc afectare cutanată importantă cu debut distal, dar și manifestări viscerale multiple (digestive, pulmonare, renale etc).

OBIECTIVE

Vă prezentăm cazul unei paciente de 62 de ani care se internează pentru indurare tegumentară generalizată, scăderea forței musculare la nivelul centurii scapulo-humerale și astenie fizică marcată, accentuate progresiv cu șase luni anterior internării, simptomatologie pentru care nu a urmat nici un tratament. Debutul afectării cutanate a fost observat de pacientă de aproximativ doi ani. Examenul clinic a evidențiat tegumente indurate, lucioase, cu zone de hipo- și hiperpigmentări și imposibilitatea de a se efectua pliu cutanat (afectare tegumentară extensivă la nivelul membrelor superioare până în 2/3 inferioare ale brațelor, membrele inferioare-picior, gambă, 1/3 inferioară coapsă cu dificultate la flexia genunchiului precum și la nivel abdominal și toracal), ulcerații la nivelul pulpei degetelor. Se mai remarcă fixarea articulațiilor mici ale mâinilor în flexie cu limitare marcată a capacității de prehensiune, dificultate la ridicatul brațelor bilateral și limitarea marcată a expansiunii cutiei toracice inspir-expir (1,5 cm). Examenul de laborator au arătat sindrom inflamator important (VSH 100 mm/h), enzime musculare la limita superioară a normalului, Ac. anti Nucleari pozitivi, Ac anti SCL-70 pozitivi în titru mare. Nu a fost evidențiată afectare renală. Radiografia pulmonară prezintă fibroza lobilor inferiori bilateral. S-a efectuat pletismografie care a arătat prezența unui sindrom restrictiv moderat predominant extraparenchimos cu hipertensiune pulmonară consecutivă (presiunea în artera pulmonară = 38 mmHg). Tranzitul baritat indică afectare digestivă- esofagiană (esofag dilatat, hipoton), iar capilaroscopia este în concordanță cu afectarea cutanată (scăderea marcată a numărului de anse capilare). În urma anamnezei, examenului clinic și explorărilor paraclinice s-a stabilit diagnosticul de **scleroză sistemică** intens activă clinic și biologic cu afectare cutanată extensivă și manifestări viscerale multiple (digestive, musculare și pulmonare). Datorită asocierii stigmatelor de boală intens activă (sindrom inflamator important cu titru foarte mare al Ac. anti Scl70) și prezeței afectării pulmonare complicate s-a efectuat o puls-tera-

pie cu Metilprednisolon (250 mg ×5) și Ciclofosamidă (200 mg ×5) repetate lunar cu evoluție favorabilă (ameliorare clinică și paraclinică).

CONCLUZIE

Reținem ca o particularitate afectarea cutanată extensivă (cvasigeneralizată) cu evoluție accelerată (debut de aproximativ 2 ani) însoțită de manifestări digestive și pulmonare și care nu asociază afectare renală decelabilă.

DISFUNCTIA SISTOLO-DIASTOLICĂ A VENTRICULULUI STÂNG CORELATĂ CU CARDIOSTIMULAREA PERMANENTĂ TIP VVI

dr. O. Bucătaru, dr. I. Gabor,
prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

SCOP

S-a urmărit evoluția funcției sistolice și diastolice ventriculare stângi la bolnavii cardiostimulați permanent cu stimuloare permanente unicamerale tip VVI. S-a încercat realizarea unei corelații între apariția insuficienței cardiace refractare la acești pacienți și asocierea altor complicații cardiovasculare, nedeterminate de desincronizarea atrioventriculară datorată stimulatorului.

MATERIALE ȘI METODĂ

Lotul luat în studiu a cuprins 58 de bolnavi, cu vârste cuprinse între 62 și 88 de ani, cărora li s-au implantat cardiostimuloare permanente tip VVI (Biotronik-Pikos 01) în perioada ianuarie-octombrie 2003.

Tuturor bolnavilor luați în studiu li s-a măsurat FE a VS înainte de implantarea stimulatorului cardiac, cât și la o săptămână, o lună și la trei luni de la cardiostimulare.

S-au mai urmărit următorii parametri: funcția diastolică a VS (profilul Doppler mitral, raportul E/A, TRIV), modificările EKG, parametri ecocardiografici (mărimea cavităților, profilul Doppler mitral, gradul HVS, existența regurgitărilor sau stenozelor valvulare), apariția altor complicații ale cardiostimulării (defecte de captură, subdetecție).

Lotul de bolnavi a cuprins în majoritate bolnavi cu FE a VS diminuată (65,51%) înainte de cardiostimulare, scădere justifi-

cată atât prin asocierea unei patologii cardiovascularare semnificative cât și prin vârsta medie crescută.

REZULTATE ȘI CONCLUZII

Agravarea dispneei după cardiostimulare a apărut la 8 bolnavi din lotul studiat, dintre care 2 dintre cei cu FE <20% și 6 dintre cei cu FE >40%.

Restul de 50 de bolnavi luați în studiu au prezentat o ameliorare netă a simptomatologiei, cu îmbunătățirea capacității de efort și încadrarea în clasă NYHA inferioară celei dinaintea stimulării.

Incidența sindromului de pacemaker a fost mai mică în lotul studiat decât în datele din literatura de specialitate (13,8% față de 40%)

Apariția sindromului de pacemaker este în relație directă cu afectarea cardiacă subiacentă și cu apariția complicațiilor, în special agravarea ischemiei și aritmiile ventriculare maligne.

CE POATE SEMNIFICA O GAMAPATIE MONOCLONALĂ?

dr. Silvia Militaru, dr. Monica Fleancu
Spitalul M.A.I. „Prof. Dr. D. Gerota” -
Secția de Medicină Internă

Gamapatiile monoclonale, diateze ale seriei limfoplasmocitare, pot fi maligne (mielomul multiplu, Boala Waldenstrom, Boala lanțurilor grele), sau pot fi benigne având drept cauză o patologie autoimună diversă: hepatite autoimune, hepatite cronice virale, colagenoze. În acest context prezentăm următorul caz:

Pacient tânăr (44 ani), cu antecedente de astm bronșic alergic din tinerețe (documentat alergologic), se internează pentru astenie fizică instalată de 3 ani, inițial fără semne de acompaniament pentru ca în evoluție să prezinte dureri sacrate și dorso-lombare cu caracter inflamator, sciatică în basculă și recent dactilită la nivelul degetelor membrelor inferioare.

Investigațiile efectuate în ordine cronologică la diverse spitale au relevat inițial o disbetaglobulinemie cu lanțuri lambda prezente, fără sindrom inflamator și cu puncție sternală normală.

Explorările repetate în dinamică au confirmat o disbetaglobulinemie de tip monoclonal fără o cauză evidentă.

În secția noastră având acuzele articulare mai sus-amintite pacientul a fost inves-



Amoksiklav[®] 2x

amoxicilină și acid clavulanic

Calitatea care îți dă încredere

Amoksiklav[®] 2x

- Risc scăzut de dezvoltare a rezistenței bacteriene
- Spectru antibacterian larg
- Multiple indicații clinice
- Complanță excelentă



o nouă companie Sandoz



Lek Pharmaceuticals d.d. reprezentat în România de Lek PharmaTech SRL
Calea 13 Septembrie nr. 90, București, Tel: 021 403 4558, Fax: 021 403 4569

tigat pe linie imunologică, hematologică, reumatologică decelându-se: HLA B27 pozitiv; radiografia de articulații sacroiliace și joncțiune dorsolombară a fost normală, dar cu scintigrafii osoase repetate (Spitalul Militar Central, Spitalul Debretzin) care relevă: hipercaptare la nivelul articulației sacroiliace stânga și articulația umăr drept (aspect de entesită). S-a pus diagnosticul de certitudine de spondilită anchilopoetică, gamapatiie monoclonală benignă secundară. Actual pacientul este în tratament cu imunosupresoare și AINS; evoluție bună sub tratament; pacientul va fi urmărit din punct de vedere clinic (prognostic, complicații), cât și din punct de vedere al componentului monoclonal și al aspectului măduvei osoase hematogene.

CONCLUZIE

O gamapatiie monoclonală nedeterminată poate avea o etiologie diversă, la acest pacient s-a dovedit a fi spondilita anchilopoetică.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ A ADULTULUI TÂNĂR ȘI SINDROMUL METABOLIC

dr. Silvia Militaru, dr. Monica Fleancu,
dr. Dinu Dragomir, dr. Roxana Ionașcu,
dr. Stanciu Marilena

Spital M.A.I. „Prof. D. Gerota” -
Secția de Medicină Internă

Sindromul metabolic, entitate clinică și fiziopatologică, implicată direct în morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară este o problemă de sănătate publică, a secolului nostru, alături de hipertensiunea arterială care are incidență crescândă de la vârste tinere.

Scopul lucrării noastre a fost de a evalua incidența hipertensiunii esențiale arteriale la adultul tânăr și corelația posibilă cu sindromul metabolic, complicațiile cardiovasculare prezente la această categorie de bolnavi, comportamentul tensional la efort. Este un studiu retrospectiv al pacienților hipertensivi sub 45 ani internați în spitalul nostru în anul 2003, la care s-au analizat: ereditatea, cauzele secundare de HTA, prezența dislipidemie, diabetului zaharat/ toleranței alterate la glucoză, inflamației (VSH, Fibrinogen), coafectare hepatică (ficat gras nonalcoolic), afectare de organ țintă (ECG, RGF cord- pulmon, eco cord, uree, creatinină, fund de ochi).

Datele preliminare indică un număr de 244 pacienți hipertensivi sub 40 ani (din 1507 total pacienți hipertensivi), majoritatea bărbați (82 %), doar 68 % au prezentat ereditate cardio-vasculară; în cea mai mare parte, adulții tineri hipertensivi au prezentat sindrom metabolic (70%).

Pacienții cu sindrom metabolic, la care s-a exclus cauza virală sau toxică a afectării hepatice au prezentat interesare hepatică (citoliză hepatică, aspect ecografic de ficat steatozic), într-o mare proporție (56%). Majoritatea pacienților tineri au prezentat hipertensiune grad 1 și 2 (după ESH), afectarea organelor țintă s-a evidențiat doar la 30 % din ei; comportamentul tensional la efort a indicat inadaparea corespunzătoare a TA la efort.

CONCLUZII

Asocierea HTA esențiale cu sindromul metabolic, la adultul tânăr este semnificativă; comportamentul TA la efort este deosebit de util pentru a selecta pe adevărații hipertensivi; pe lângă complicațiile cardio-vasculare trebuie evaluate și tratate și cele hepatice.

FACTORI DE ORDIN PSIHOLOGIC IMPLICAȚI ÎN COMPLIANȚA TERAPEUTICĂ A PACIENȚILOR CU ASTM BRONȘIC

asist. univ. drd. O. Popa-Velea,
prep. univ. psih. Ioana Elena Necula,
stud. Ella Alony, prof. dr. I. B. Iamandescu
U.M.F. „Carol Davila”, București - Catedra de
Psihologie Medicală și Psihosomatică

Prezenta lucrare, desfășurată, pe un lot de 25 de bolnavi cu astm bronșic cronic (mai vechi de 2 ani), internați într-o clinică universitară, și-a propus identificarea factorilor psihologici implicați în complianța terapeutică a pacientului cu astm bronșic alergic (ABA), a zonelor de așteptare și interes ale pacientului față de medicul curant, ca și definirea unor propuneri pertinente pentru optimizarea complianței terapeutice.

Instrumentele diagnostice folosite au fost reprezentate de chestionarele I. Camil Iamandescu privind complianța în astm, și HAD (privind anxietatea și depresia produse de boală), ca și interviul și observația clinică.

Rezultatele confirmă faptul că aderența la tratament în astmul bronșic reprezintă,

prin implicațiile sale psihosociale, o veritabilă problemă de sănătate publică.

Unele aspecte de ordin psihologic individual și psihosocial ne apar drept ilustrative.

La bolnavii astmatici studiați persistă carențe importante de ordin informațional, ce fac ca o bună parte dintre ei să recurgă la automedicație, în situațiile critice, respectiv să nu cunoască elemente concrete legate de reacțiile adverse și de supradozarea medicației în astm. Se constată o asumare deschisă a bolii de către pacienți, exprimată prin preferința pentru forme de terapie precum cea inhalatorie, dar și prin influența majoră pe care o exercită anturajul, și în special familia asupra aderenței la tratament. Calitatea relației medic-pacient reprezintă funcția decisivă ce influențează complianța terapeutică în astm. Marea majoritate a pacienților (92%), deși sensibili la calitățile de ordin relațional ale medicului, preferă încă modelul paternalist de tratament (totuși fără un control prea strâns din partea terapeutului). Dintre tulburările de ordin psihologic satelite astmului, se remarcă un scor peste medie la anxietatea și mai ales la depresia reactivă. Acestea pot fi interpretate ca un recul somato-psihic al bolii, dar și ca posibili factori ce creează vulnerabilitate suplimentară la boală și/sau întrețin un cerc vicios de tipul astm — simptome psihologice — agravarea astmului.

Complianța terapeutică asumată de către pacienți a fost, în aproape toate cazurile, mai ridicată decât cea reală. Aceasta justifică necesitatea eforturilor ce trebuie depuse în continuare, atât pentru studierea în detaliu a acestui fenomen, cât și pentru elaborarea unor programe suplimentare de educație în astm.

INFLAMAȚIA ÎN POLIARTRITA REUMATOIDĂ

dr. Mirela Anghel¹, conf. dr. Ștefan Blaj²,
dr. A. Olinescu³, dr. B. Bușe⁴

1. Institutul Național de Medicină

Aeronautică și Spațială

2. Spitalul Clinic de Urgență Militar Central

3. Institutul Cantacuzino

4. C.M.D.T.A. „Acad. Șt. Milcu”, București

INTRODUCERE

Poliartrita reumatoidă (PR) este o boală imuno-inflamatorie cronică și progresivă, de etiologie necunoscută, care afectează cu predilecție articulațiile mici ale membrului,

putând cointeressa virtual orice structură conjunctivă a organismului.

Granulocitele polimorfonucleare (PMN) au un rol important în eliminarea celor mai multe microorganisme patogene extracelulare, de aceea, orice alterare a funcției lor predispune la o apărare imună deficitară.

MATERIALE ȘI METODĂ

Am investigat funcțiile migratorii și fagocitare ale PMN izolate din sângele periferic (SP) și din lichidul sinovial (LS) al pacienților cu PR, comparativ cu subiecții martori. Am folosit testul migrării leucocitelor din tubul capilar și testul fagocitozei unor germeni bacterieni utilizând citometria în flux.

REZULTATE

Am evidențiat modificări semnificative la nivelul LS al pacienților cu PR. Astfel, la acest nivel, am constatat un număr semnificativ crescut de PMN, cu funcție migratorie crescută și activitate fagocitară scăzută. Suplimentarea mediului de cultură cu LS acelular a crescut capacitatea migratorie a PMN.

CONCLUZII

Rezultatele acestui studiu evidențiază că, deși PR este considerată o boală a dereglării funcțiilor limfocitelor T, granulocitele PMN au un rol important în etiopatogenia inflamației articulare din PR.

EVALUAREA ȘI IMPLICAȚIILE SINDROMULUI INFLAMATOR LA PACIENȚII HEMODIALIZAȚI

Ion Ioan Costică¹, Delia Timofte¹,
Lacrămioara Medrihan¹, Luminița Damian¹,
Dorin Ionescu¹, Adina Popescu¹, Anca Rașina¹,
Eduard Dănăilă², Romi Bolohan³

1. Spitalul Universitar de Urgență - Clinica de
Nefrologie-Hemodializă, București

2. Spitalul Clinic de Urgență Militar
Central București

3. Centrul de Boli Cardiovasculare
al Armatei, București

Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de morbiditate și mortalitate la pacienții hemodializați. Inflamația cronică este frecventă la aceștia, cu posibile implicații patogene în afectarea cardiovasculară și malnutriție.

Studiul evaluează inflamația, status-ul cardiovascular și nutrițional la pacienții hemodializați.

Am analizat retrospectiv 84 pacienți (52,4% F; 47,6% B): vârsta medie: 54 ani. Etiologia bolii renale: GN (44%, nefroangioscleroza (23,8%), PKR (16,7%), NI (13,1%); durata medie în HD 3,4±0,3 ani.

Afectarea cardiovasculară este mare în populația analizată: HTA (>150/85 mmHg) - 88%, (necontrolată medicamentos - 34,5%); Anemie (Hb <10 gr/dl) - 77,38%; H.V.S. (indicele Sokolov) - 42,9%; Cardiopatie ischemică dureroasă - 76,2% (IMA 1,2%); Insuficiența cardiacă - 40,5%; AVC - 6%; Sufluri carotidiene (auscultatoriu) - 52%.

HTA reprezintă factor de risc pentru HVS (p=0,01). Pacienții cu CICD sunt mai frecvent vârstnici (p=0,000001), au HVS (p=0,01), leucocitoza (p=0,02) și fibrinogen mare (p=0,03).

Pacienții cu IC sunt mai frecvent vârstnici (p=0,001), au anemie (p=0,002), HVS (p=0,01), hiposerinemie (p=0,04) și creșterea VSH-ului (p=0,01).

Pacienții cu sufluri carotidiene la auscultatie au mai frecvent PCR+ (p=0,000001). Acesta din urmă pare a reprezenta factor de risc și pentru prezența hipoparatiroidismului secundar (dozat la 65 pacienți; 87,7% - PTH <100 pg/ml) (p=0,05).

Evaluarea antropometrică a status-lui nutrițional a evidențiat: 16,7% denutriție (IMC <20 kg/m²) și 8,33% obezitate (IMC >30 kg/m²); evaluarea biochimică (albumina <3,5 g/dl; colesterolemie <150 mg/dl; creatinina predialitică <10 mg/dl) a evidențiat denutriție în 37-43%.

Pacienții cu VSH mare au mai frecvent malnutriție (apreciată antropometric (p=0,01) și biochimic p=0,05) și anemie (p=0,03)

Afectarea cardiovasculară, malnutriția și inflamația au incidență crescută la populația analizată. Inflamația pare importantă ca factor de risc, marker de boală și consecință a acesteia.

Depistarea și tratamentul cauzelor sindromului inflamator la pacienții dializați, probabil vor îmbunătăți morbiditatea și mortalitatea acestora.

ASPECTE IMUNPATOLOGICE ȘI TERAPEUTICE ALE INFLAMAȚIEI LA NIVELUL TRACTULUI GATROINTESTINAL

L. Verdeș, M. Pătrășescu, P. Nuță, T. Nicoalaie,
Florentina R. Ioniță, Mariana Jînga,
Al. Suciuc, M. Cojocaru, R. Corbu.
Spitalul Clinic Militar Central -
Clinica II Boli Interne, București

Sistemul imun digestiv este cel mare din organism (1000000 limfocite/g țesut). Inflamația, adecvată sau neadecvată, este inițiată de acest țesut limfoid asociat tractului digestiv-GALT-în nomenclatura anglo-saxonă. Numeroși mediatori ai inflamației (citokine, chemokine, eicosanoide) reglează aceste procese dar în cazul intervenției neadecvate pot altera mucoasa, fenomen observat în bolile inflamatorii intestinale (BII). Promotorii inflamației digestive sunt variați, dar căile imunologice care mediază alterarea mucoasei sunt comune. Balanța dintre citokinele proinflamatorii și moleculele anti-inflamatorii determină severitatea, extinderea și evoluția inflamației mucoasei. GALT conține celule variate: fagocitele (neutrofile, monocite și macrofage) care fac parte din sistemul imun înăscut oferind imunitate nespecifică și limfocitele care mediază imunitatea specifică sau adaptativă. Integritatea și permeabilitatea epitelului intestinal sunt afectate de inflamație (exemplul BII). Reducerea inflamației din BII se bazează pe regimurile terapeutice imunomodulatorii. Steroizii inhibă mai multe căi inflamatorii: supresia metabolismului acidului arahidonic mediată de 5-lipoxigenază, transcripția modulată a proteinelor, dependentă de glucocorticoizi, și supresia ARNm a mai multor interleukine. 5-ASA reduce inflamația din BII prin: inhibiția metabolismului 5-lipoxigenazei și a producției de interleukine și leucotriene inflamatorii, supresia factorului activator plachetar, normalizarea permeabilității intestinale, efectul chemotactic al neutrofilelor și monocitelor, reducerea HLA-DR epitelial, stimularea prostalandinelor citoprotectoare și eliminarea radicalilor liberi. Azathioprina, ciclosporina și methotrexatul sunt imunosupresoare antiinflamatoare nonsteroidiene. Azathioprina inhibă selectiv biosinteza nucleotidelor purinice, cu efect supresor selectiv pe celulele T. Ciclo-

sporina interferează celulele T, prin inhibiția transcripției genei IL-2. Methotrexatul inhibă celulele T prin reducerea activității enzimatică folat-dependente din limfocite. Anticorpii anti-TNF, sunt în curs de evaluare în boala Crohn. Citokinele reglatoare anti-inflamatoare IL-10 și IL-11 sunt testate clinic tot în boala Crohn. Antagoniștii mediatorilor derivați din lipide (leucotrienele B4 și tromboxanul) reduc inflamația. Superoxid-dismutaza îndepărtează metaboliții ce conțin oxigen reactiv.

CONCLUZIE

Lucrarea subliniază căile majore ale inflamației tractului gastrointestinal. Înțelegerea mecanismelor inflamației indentifică ținte potențiale pentru noi terapii pe traiecul cascadei inflamatorii și care vor contribui la un control mai eficient și mai sigur al proceselor inflamatorii din tractul digestiv.

ROLUL ECOENDOSCOPIEI ÎN EVALUAREA COLESTAZEI EXTRAHEPATICE.

Mariana Jinga¹, C. Gheorghe², T. Nicolaie¹, E. L. Dănăilă¹, M. Dumitrescu¹, L. Verdeș¹, Al. Suci¹, M. Cojocaru¹, Florica Năftănăilă-Maliș³, Florentina Ioniță-Radu¹, R. Corbu¹, Carmen Șerban¹, P. Nuță¹, I. Odagiu¹

1. Spitalul Clinic de Urgență Militar Central

„Dr. Carol Davila”, București

2. Centrul Național de Gastroenterologie și Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni, București

3. Institutul Național de Medicină Aeronautică și Aerospațială, București

INTRODUCERE

Scopul lucrării este de a evalua rolul ecoendoscopiei (EUS) în stabilirea etiologiei colestazei extrahepatice la pacienții la care ecografia abdominală transcutană, tomografia computerizată și/sau rezonanța magnetică nucleară au fost neconcludente.

MATERIALE ȘI METODĂ

42 de pacienți cu semne clinice și probe paraclinice sugestive pentru colestază extrahepatice au fost supuși examenului EUS. S-au folosit un ecoendoscop liniar Pentax FG 34 UX și ecograful Hitachi EUB 525, compatibil.

REZULTATE

Din 44 de pacienți, 22 au avut duct biliar principal (DBP) dilatat (brațul A), iar 20 au avut DBP de dimensiuni normale (brațul B). Cei 22 de pacienți ai brațului A au avut următoarele rezultate la EUS: tumori pancreatice: 6; pseudochist de pan-

creas: 4; litiază coledociană: 5; cavernom portal: 1; tumoră de cale biliară principală cu litiază secundară: 2; adenopatii în hilul hepatic: 2; tumoră de papilă Vater: 1; diverticul al duodenului 2: 1. Brațul B a inclus 20 de cazuri dintre care: pancreatită severă pseudotumorală calcifiantă: 5; tumori pancreatice: 7; tumori localizate la nivelul hilului hepatic (altele decât adenopatii): 1; litiază coledociană: 2; metastaze hepatice. 2; ecoendoscopie normală: 3 cazuri. În 10 cazuri (22,7%) s-a efectuat puncție biopsie ghidată EUS în timp real: 1 caz de pancreatită pseudotumorală; 2 adenopatii (una în hilul hepatic și alta la nivelul regiunii celiace) și 7 tumori pancreatice. În 8 cazuri (80%) biopsia a fost pozitivă pentru celule maligne. Nu am avut complicații la examinarea EUS sau la puncția aspirativă ghidată EUS.

CONCLUZII

EUS a putut stabili etiologia colestazei extrahepatice în 92% din cazurile în care celelalte metode imagistice au fost neconcludente, evitând ERCP-ul diagnostic și laparotomia exploratorie. În tumorile pancreatice EUS a permis stadializarea TNM și, în tumorile inoperabile, puncția aspirativă EUS ghidată a permis stabilirea diagnosticului histologic. ERCP-ul a fost rezervat cazurilor de litiază coledociană, pentru extracția calculilor, sau neoplasmelor obstructive inoperabile, în scopul amplasării endoscopice de stent-uri.

RISCU L HEMORAGIEI DIGESTIVE SUPERIOARE LA BOLNAVII TRATAȚI CU ANTIINFLAMATORII NONSTEROIDIENE

Alexandru Ioan Suci, Tudor Nicolaie, Liviu Sandu Verdeș, Mariana Jinga, Florentina Radu-Ioniță, Mihai Cojocaru, Rareș Livius Corbu, Monica Stănescu, Petruț Nuță, Ionel Odagiu, Andrei Carabelea, Ema Popovici, Ramona Bobeică
Spitalul Clinic de Urgență Militar Central București
- Clinica Boli Interne II

Hemoragiile digestive superioare (HDS) reprezintă pierderi de sânge produse de leziuni localizate la nivelul tubului digestiv până la unghiul Treitz. HDS sunt urgențe medico-chirurgicale și deseori sunt cauzate de uzul și mai ales de abuzul de antiinflamatorii nonsteroidiene (AINS).

OBIECTIVE

- Studiul etiologiei HDS la bolnavii tratați cu AINS;
- depistarea la pacienții tratați cu AINS a factorilor de risc predictivi pentru HDS.

MATERIALE ȘI METODĂ

În perioada 01.02.2003-31.01.2004, am efectuat studiul pe 356 de bolnavi consumatori de AINS. Pacienții au răspuns la un chestionar privind: vârsta, antecedentele patologice personale (APP) digestive, consumul de tutun și băuturi alcoolice, tratamentul cu Aspirină și AINS (tipul de medicament, indicație, cale de administrare și durata, asociere cu medicația antisecretoorie). Evaluarea HDS s-a făcut clinic și cu ajutorul testelor de laborator (teste screening, sideremia și reacția Adler) și paraclinice (ecografia abdominală, Rx esogastro duodenală, endoscopia digestivă superioară-EDS). Rezultatele clinice și paraclinice au fost centralizate în tabele și grafice.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Din cei 356 de consumatori de AINS studiați, bărbații au fost în număr de 164 iar femeile 192. HDS a fost consemnată în APP a 12 bolnavi. Fumătorii au fost 158 iar 25 consumau 1 sau mai multe porții standard de băutură/zi. HDS ocultă a fost prezentă la 87 bolnavi, iar cea exteriorizată prin hematemză sau/și melenă la 28 bolnavi. Examenul clinic și explorările paraclinice au evidențiat următoarele cauze de HDS: esofagită de reflux — 15, sindromul Mallory Weiss — 5, hernie hiatală — 38, varice esofagiene și gastrice 7 bolnavi, gastrită hemoragică — 34, ulcer gastric acut — 12, polip gastric — 2 bolnavi, cancer gastric — 5 bolnavi, ulcer duodenal cronic acutizat — 45 bolnavi, granulom de fir postrezeecție gastrică — 2.

CONCLUZII

- Vârsta înaintată, APP digestive (mai ales HDS), fumatul, consumul de băuturi alcoolice reprezintă factori risc predictivi de HDS la bolnavii tratați cu AINS;
- O parte dintre bolnavii tratați cu AINS au acumulat mai multe etiologii de HDS;
- La pacienții cu factorii de risc pentru HDS se impune asocierea profilactică a inhibitorilor de pompă de proton pe durata terapiei cu AINS.

VALOAREA DIAGNOSTICĂ A SCINTIGRAMEI MIOCARDICE DE PERFUZIE ÎN EVIDENȚIEREA RESTENOZEI DUPĂ REVASCULARIZAȚIE PRIN STENT SAU PTCA

conf. dr. Aron Gheorghita, dr. E. Radu,
dr. O. Zara, dr. E. Enache,
prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

SCOP

Scopul studiului este de a determina valoarea diagnostică a scintigramei de perfuzie miocardică cu achiziție în sistem SPECT în evidențierea restenozei la pacienți supuși unor metode de revascularizație (implantare de stent sau PTCA).

MATERIALE ȘI METODĂ

Au fost investigați 41 pacienți (35 bărbați, 6 femei) cu vârsta cuprinsă între 39 și 60 ani, care fuseseră supuși unor intervenții de revascularizație (PTCA sau stent) în ultimele 6-8 luni. Toți pacienții primeau în momentul explorării tratament medicamentos standardizat incluzând statine și antiagregante plachetare (28 Plavix, 13 Aspirină). Incluzerea în studiu a fost dictată de reapariția unor simptome: durere anginoasă (61%), palpitații (18%), dispnee. Protocolul aplicat a fost unic, constând în efectuarea unei scintigrafii de perfuzie SPECT cu Tc-99m Tetrofosmin cu două achiziții (la efort fizic și la repaus, cu reinjectare). Evaluarea perfuziei s-a făcut comparativ, detectându-se la 12 din pacienți defecte fixe de perfuzie care au sugerat reocluzia coronariană, la 16 defecte de perfuzie doar la efort fizic, cu perfuzie aproape normală la repaus, aspect ce a sugerat o stenoză parțială în teritoriul coronarian stentat sau dilatat.

La 9 din pacienți topografia defectelor de perfuzie a sugerat afectarea altor teritorii coronariene diferite de cele revascularizate.

La 4 din pacienți nu s-au evidențiat modificări ale perfuziei miocardice.

Evaluarea coronarografică a evidențiat ocluzia stentului sau restenozare la 8 din cei 9 pacienți din primul subgrup, și o reducere sub 50% a lumenului coronarian la pacienții din cel de-al doilea subgrup (cel cu defecte reversibile de captare).

La pacienții incluși în subgrupul 3, coronarografia a evidențiat stenoze coronariene în alt teritoriu decât cel revascularizat.

CONCLUZIE

Scintigrafia de perfuzie SPECT este un test noninvasiv cu înaltă sensibilitate (78%) și specificitate (91%) în evaluarea restenozei după stent sau PTCA, rezultatele sale fiind perfect superpozabile cu datele oferite de coronarografie.

CORELAȚII ÎNTRE NIVELUL VIREMIEI ȘI PARAMETRII BIOCHIMICI LA PACIENȚI CU HEPATITĂ CRONICĂ TIP C

dr. S. Omer, dr. Georgeta Popescu, dr. I. Voinea,
dr. R. Popescu, prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

Am efectuat un studiu pe un lot de 78 pacienți cu infecție cu VHC internați în Clinica Medicală a Sp. Sf. Ioan, între ianuarie 1995-ianuarie 2003, pacienți cu diagnosticul de hepatită cronică. Au fost urmăriți o serie de parametrii biochimici iar etiologia a fost stabilită pe baza testării markerilor virali Ac anti VHC. S-a efectuat PCR pentru ARN-VHC. Media de vârstă a fost de 44,13 ani.

Am urmărit la acești pacienți corelații ale citolizei cu parametrii histopatologici și virali.

Din analiza efectuată nu am găsit vreo corelație între nivelul viremiei și citoliză.

Există o diferență semnificativă între activitatea histologică a pacienților fără citoliză hepatică, față de cei cu citoliză ($p < 0,01$).

Am urmărit dacă există o corelație între fibroză și TGP și am găsit că există o corelație în sens pozitiv, în sensul că pe măsură ce crește TGP, crește și scorul fibrozei. Corelația este însă mai slabă.

CONCLUZII

1. Nu s-a găsit o corelație semnificativă între nivelul citolizei și necroză ($p=0,242$) și nici între nivelul citolizei și HAI ($p=0,238$), desi exista o tendință de creștere a citolizei pe măsura creșterii scorului necrozei.
2. Nu exista o corelație între nivelul citolizei hepatice și viremie, la pacienții cu infecție VHC.

3. Pacienții cu transaminaze normale au prezentat leziuni hepatice exprimate prin necroza și inflamație, însă indexul de activitate histologică a fost semnificativ redus (HAI = 5,32), fapt ce pune sub semnul întrebării utilitatea din punct de vedere terapeutic a puncției biopsie hepatice la această grupă de pacienți.

Există o corelație în sens pozitiv, între fibroză și TGP, în sensul că pe măsură ce crește TGP, crește și scorul fibrozei. Corelația este însă mai slabă.

VALOAREA COMPARATIVĂ A PROBEI DE EFORT ȘI A SCINTIGRAMEI CU TEHNEȚIU ÎN DEPISTAREA SINDROMULUI X CORONARIAN

dr. I. Gabor, dr. E. Radu, dr. O. Bucătaru,
dr. O. Zara, prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

Sindromul X coronarian constă în dureri anginoase, subdenivelare a ST la testul de efort și coronarografie normală.

Studiul nostru a inclus 10 bolnavi — 8 femei și 2 bărbați, cu vârste cuprinse între 32 și 54 ani. Toți cei 10 bolnavi prezentau durere precordială tipică cu răspuns inconsistent la nitroglicerină, durere ce apare predominant în repaus. Bolnavii au fost supuși probei de efort pe covor rulant — protocol Bruce — la toți bolnavii obținându-se modificări ST în cel puțin 2 derivații adiacente, peste 1,5 mm în momentul maxim de efort.

De asemenea, toți au efectuat scintigramă miocardică cu Tc-99m Sesta Mibi, în doză de 17 mCi, cuplată cu testul de efort. S-au obținut zone de hipoperfuzie în aproximativ aceleași teritorii cu cele de la proba de efort, și anume:

- 5 bolnavi în teritoriul anterior
- 3 bolnavi în zona postero-inferioară
- 2 bolnavi în teritoriul lateral

Toți cei 10 pacienți au fost investigați și coronarografic, nedemonstrându-se modificări patologice ale lumenului coronar, ceea ce a confirmat diagnosticul de Sindrom X Coronarian.

MODIFICĂRILE EAB ȘI EHE LA BOLNAVII CARDIOVASCULARI (±) PATOLOGIE ASOCIATĂ

dr. C. Zegheru, dr. L. Harbuz, dr. C. Hanta,
dr. D. Cristescu, dr. A. Cuișdean, dr. E. Enache,
dr. B. Petrov, dr. E. Petrov,
prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

SCOP

Evidențierea modificărilor EAB și EHE prezente la pacienții cardiovasculari luați în studiu, clasificarea lor, analiza cauzelor care au dus la acestea, cu intenția de a interveni pentru compensarea condițiilor evidențiate.

Lot studiat: au fost incluși în lot bărbați și femei cu vârste cuprinse între 40 și 85 ani:

- hipertensivi
- bolnavi cunoscuți cu cord pulmonar cronic (CPC) stadiul III (din care 2 bolnavi cu coma hipercapnică ce au necesitat intubație oro-traheală (IOT) o perioadă (±)supravegherea aritmiiilor prezente cauzate de anomaliiile EAB, EHE întâlnite.
- un bolnav ce a prezentat ARDS de cauză infecțioasă, cu complicațiile aferente
- bolnavi cu IC congestivă stadiu avansat de boală (inclusiv 2 pacienți EPA hipertensiv)
- bolnavi deshidratați, hipovolemici, cu diselectrolitemii și hipoalbuminurie

MATERIALE ȘI METODĂ

Pentru toți bolnavii s-a efectuat la momentul internării și apoi regulat (zilnic sau în funcție de caz)

- măsura EAB (în sensul raportului $\text{HCO}_3/\text{pCO}_2$ cunoscut normal 20:1)
- ionograma serică și urinară

CONCLUZII

S-au întâlnit toate cele 4 tipuri de anomalii, de cele mai multe ori mixte.

Cazurile de bolnavi cronici au fost cel mai greu de compensat (și niciodată complet) datorită tarelor asociate (ca de ex.: modificări pulmonare ireversibile — emfizem — cu perturbarea ventilației și a schimburilor gazoase alveolo-capilare).

Compensarea condițiilor de dezechilibru metabolic prin intervenția respiratorie se efectuează mult mai rapid decât decompensarea respiratorie ce trebuie compensată

prin intervenția mecanismelor de tampon la nivelul rinichilor.

DIABETUL ZAHARAT, FACTOR DE RISC ÎN SINDROAMELE CORONARIENE ACUTE

M. Nedelcu, H. Bumbea, A. Mocanu, C. Chiurciu,
M. Bordușelu, D. Cristescu, prof. dr. Delia Mut
Popescu, prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

Scopul lucrării a fost evidențierea stării procoagulante la bolnavii cu angină instabilă pentru evaluarea factorilor de risc și a tratamentului optim.

MATERIALE ȘI METODĂ

Au fost studiați un număr de 59 bolnavi (32 bărbați și 27 femei, cu vârsta între 35 și 78 ani) internați în Clinica Medicală a Spitalului de Urgență „Sfântul Ioan”, în perioada 2002-2003 cu angină instabilă severă (24 bolnavi) și medie (35 bolnavi), după clasa de risc pentru infarct miocardic non fatal și deces (ghidul ACC/AHA 2002). S-au efectuat markeri de citoliză miocardică (TnI, CPK-MB), teste de coagulare (PTTA, TMF, D-dimeri). Funcția trombocitară a fost evaluată prin *Flow* citometrie — pentru detectarea markerilor de suprafață ai activării trombocitare: CD62P și CD63, la Clinica de Hematologie Colțea. Alte investigații utile pentru evaluarea ischemiei miocardice: echocardiografia bidimensională, teste de stress, scintigrama miocardică de perfuzie, coronarografie.

Au fost excluși bolnavii cu infarct acut miocardic, infecții, inflamații, neoplazii, CID.

REZULTATE

38 bolnavi au avut HTA, 26 hipercolesterolemie, 18 diabet zaharat, 19 fibrilație atrială.

Nu au fost diferențe statistice între cele două grupuri cu angină instabilă cu risc intermediar și mare în ceea ce privește activarea trombocitară (CD62P »20%), 34,2% versus 45,8%, sugerând același risc de aterotromboză. A existat o corelație statistică între activarea trombocitară mare și diabetul zaharat ($p < 0,009$) și hipercolesterolemia peste 250 mg./dl ($p < 0,05$). O altă observație interesantă a fost în legătură cu 12 bolnavi care primeau tratament cronic cu aspirină: 6 din ei aveau activare trombocitară mare »20%, ceea ce sugerează o

protecție parțială împotriva trombozei; 4 dintre ei erau diabetici, ceea ce sugerează o protecție și mai deficitară la aceștia.

CONCLUZII

Riscul de aterotromboză poate fi evaluat prin markerii de activare trombocitară, iar riscul este semnificativ statistic la bolnavii cu diabet zaharat ($p < 0,009$) și la cei cu hipercolesterolemie peste 250 mg/dl ($p < 0,05$). Diabetul zaharat este un factor de risc important pentru tromboză și ar fi recomandabilă asocierea de antiagregante sau tratament anticoagulant.

INCIDENȚA TULBURĂRILOR DE RITM SUPRAVENTRICULARE LA PACIENȚII CU CMD

dr L. Harbuz, dr. C. Hanta, dr. D. Cristescu,
dr. E. Enache, conf. dr. Aron Gheorghita,
prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

S-au luat în studiu un lot de 32 cazuri reprezentat de 21 bărbați și 11 femei cu cardiomiopatie dilatativă, spitalizate în intervalul 2000-2003 în Clinica Medicală a Spitalului de Urgență „Sf. Ioan” prezentând diferite tulburări de ritm.

Investigațiile clinice și paraclinice specifice au evidențiat natura și frecvența diferitelor tipuri de aritmii supraventriculare cu variații importante în funcție de sex, vârstă și patologie asociată.

Examinările clinice efectuate la internare au sugerat prezența aritmiiilor în cazul pacienților cu CMD cu frecvența maximă în grupa de vârstă 40-65 ani, repartiția pe sexe fiind aproximativ egală.

Determinările EKG au semnalat frecvența de 27,2% flutter-ului atrial și 57,5% fibrilație atrială la femei. Pentru bărbați aceste aritmii au fost în procente de 61,9% și respectiv 23,8%.

Monitorizarea HOLTHER—EKG a permis evidențierea flutterului atrial la bărbați (47,6%), față de femei, unde procentul este de 18,1%. În cazul fibrilației atriale procentele sunt inversate: la femei 36,3% respectiv la bărbați 19%.

Modificările echocardiografice au arătat procente semnificativ crescute la ambele sexe în cazul hipokineziei difuze, dar în cazul femeilor s-a evidențiat un procent mai ridicat pentru FE «25% comparativ cu bărbații.

Rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice au permis stabilirea unor corelații între frecvența tulburărilor de ritm supraventriculare actuale și unele antecedente patologice cardiovasculare unice sau asociate (IVS, HTA, BCI, consum de alcool).

Dintre acestea — EKG de suprafață, monitorizarea Holter — EKG, și echocardiografia s-au dovedit oportune și de primă intenție în cazurile tulburărilor de ritm supraventriculare la bolnavii cu CMD, semnalând frecvența asocierii dintre CMD și aceste aritmii.

Se discută, de asemenea, frecvența deloc neglijabilă a asocierii dintre fibrilația și flutterul atrial cu consumul cronic de alcool la pacienții cu CMD de sex masculin. La femei este semnificativă asocierea dintre aceste aritmii și CMD pe fondul ischemiei miocardice cronice.

INCIDENȚA HTA LA PACIENȚII CU BLOC AV GRADUL III DUPĂ CARDIO-STIMULARE PERMANENTĂ

dr. C. Hanta, dr. L. Harbuz,
dr. E. Enache, conf. dr. Aron Gheorghita,
prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

Blocul AV grd. III este asociat frecvent cu HTA secundară bradicardiei. În cazul BAV grd. III profilul TA este sistolic. Asocierea la pacienții cu BAV grd. III a valorilor tensionale crescute ridică problema diferențierii HTA secundară renală, renovasculară și a HTA esențială, de cea secundară bradicardiei. Obiectivele studiului au fost: determinarea incidenței HTA la un lot de pacienți cu BAV de grd. III, determinarea tipurilor de TA, evoluția după cardiostimulare.

MATERIALE ȘI METODĂ

S-a efectuat un studiu pe un lot de 17 pacienți cu TAs »160 mmHg, dintr-un număr de 25 pacienți cu BAV grd. III simptomatic. Sex ratio a fost 10 bărbați (58,82%) față de 7 femei (41,18%). Vârsta medie a fost de 73,11 ani.

Urmărirea pacienților s-a făcut timp de 5 zile înainte de cardiostimulare și 7 zile postcardiostimulare. Prin examen clinic, determinarea TA în ortostatism și clinostatism, radiografie toracică, EKG, echografie

cardiacă, monitorizare Holter înainte și după stimulare, prin probe biologice, s-au urmărit eliminarea cazurilor de HTA secundară renală, renovasculară, endocrină, caracterizarea profilului TA și evoluția după cardiostimulare.

REZULTATE

Incidența HTA a fost 68% la cei 17 pacienți cu BAV grd. III studiați. Distribuția tipurilor de HTA:

Sistolică — înainte de cardiostimulare-10 pacienți (58,82%) TAs 175,5 mmHg
- după cardiostimulare 124 mmHg
sistolodiastolică — înainte de stimulare -7 pacienți (41,18%), TAs 175 mmHg
TAp 100 mmHg
- după stimulare TAs 135 mmHg TAp 79,14 mmHg

CONCLUZII

Studiul arată predominanța tipului TA sistolic, cu revenirea la valori normale după cardiostimulare în lotul cu HTA sistolică. În cazul existenței unei HTA esențiale sau secundare altor afecțiuni, s-a observat că TA sistolică fie a scăzut la valori normale, fie s-a menținut la niște valori crescute, dar inferioare celor preexistente cardiostimulării permanente tip VVI, prin creșterea frecvenței cardiace care elimină componenta dependentă de creșterea debitului bătăie.

EVALUAREA ECHOCARDIOGRAFICĂ A DISFUNȚIEI DIASTOLICE A VENTRICULULUI STÂNG ÎN CORDUL PULMONAR CRONIC

dr. R. Ștefan, dr. M. Nedelcu, dr. I. Gabor,
dr. A. Cuișdean, conf. dr. Aron Gheorghita,
prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

Scopul lucrării, demonstrarea existenței unei disfuncții diastolice a VS la pacienții cu CPC, în pofida faptului că agravarea dispneii la acești pacienți era pusă de obicei pe seama progresiei bolii pulmonare. Pacienții cu supraîncărcare de volum și presiune a VS, datorită modificării geometriei acestuia.

Lotul de studiu a cuprins 38 de bolnavi cu CPC din care 11 femei și 27 de bărbați, cu vârste cuprinse între 52 și 75 de ani, cu

semne clinice și paraclinice de bronhopneumopatie cronică obstructivă.

MATERIALE ȘI METODĂ

Pacienții au fost examinați clinic, li s-au efectuat EKG, ECHO Doppler și probe ventilatorii. Echocardiografia și examenul Doppler au urmărit măsurarea dimensiunilor VS și AS, grosimea septului și a peretelui posterior, fracție de scurtare a VS. Au fost excluși în prealabil din lot pacienții cu hipo-, a- sau diskinezii segmentare sau globale, cei cu FS «30% sau cu grosime a septului și/sau a peretelui posterior AVS »1,2 cm.

REZULTATE

Presiunea în AP a variat între 35 și 80 mmHg. (valoarea medie a fost de 60,6 mmHg) FS a VS a fost peste 30%.

Dintre cei 38 de pacienți cuprinși în lot, 35 (92%) au prezentat anomalie de relaxare diastolică (E/A «1). Timpul de relaxare izovolumetrică a fost mai mare decât normal. S-a observat o corelație semnificativă între presiunea din AP (PAP) și raportul E/A- cu cât PAP a fost mai crescută, cu atât raportul E/A a fost mai scăzut.

De asemenea, cu cât PAP a fost mai crescută, cu atât timpul de relaxare izovolumetrică a fost mai lung. Nu s-a observat nici o corelație între modificările echo-Doppler și parametrii respiratorii (VEMS).

CONCLUZII

Studiul de față a demonstrat existența unei disfuncții diastolice a VS la majoritatea pacienților cu bronhopneumopatie obstructivă cronică.

Acest lucru poate explica accentuarea dispneii nu numai datorită agravării afecțiunii respiratorii, ci și datorită afectării funcției VS.

SINDROMUL GOODPASTURE – STUDIU DE CAZ CLINIC

L. Tutai¹, A. Covic², T. Adam¹,
D. Tofolean¹, F. Voinea¹

1. Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța -
Clinica Medicală I
2. Spitalul Clinic „Dr. C.I. Parhon”,
Clinica de Nefrologie, Iași

INTRODUCERE

Sindromul Goodpasture este o boală sistemică cu patogenie autoimună și etiologie necunoscută, manifestată clinic prin

hemoptizie asociată cu glomerulonefrita rapid progresivă cu anticorpi anti-MBG. Boala apare frecvent la bărbați tineri și are debut brusc cu febră și manifestări respiratorii (tuse, dispnee, hemoptizii) ce preced cu săptămâni sau luni, manifestările renale — hematurie, proteinurie, insuficiență renală rapid progresivă. În lipsa unei terapii agresive, ce combină pulsterapia intravenoasă (metilprednisolon + ciclofosfamidă) cu plasmafereză și ulterior corticoterapie orală, evoluția poate fi gravă și rapidă spre exitus între 1 lună — 1 an de la debut.

Cazul prezentat. Pacient în vârstă de 31 de ani, ce lucrează în mediu cu gaze toxice (sudor) se internează prin serviciul de urgență în Clinica Medicală I, Spitalul Clinic de Urgență Constanța, prezentând edeme generalizate, paliditate intensă sclero-tegumentară, dispnee de repaus, hemoptizii repetate în cantitate minimă, respirație acidotică, oligoanurie, valori TA crescute. Explorările paraclinice evidențiază sindrom anemic sever de tip hipocrom microcitar, sindrom inflamator nespecific și retenție azotată marcată, cu acidoză metabolică severă, motiv pentru care se inițiază hemodializa în regim acut, prin cateterizarea venei jugulare interne. După inițierea hemodializei, evoluția clinică a fost nefavorabilă, cu accentuarea hemoptiziilor și a sindromului anemic.

Echografia renală evidențiază rinichi de dimensiuni normale, cu corticala îngroșată, hiperecogenă, cu multiple zone de necroză corticală la examenul Doppler și pledează pentru glomerulonefrită rapid progresivă.

Testele imunologice relevă prezența Ac anti-MBG cu ANCA negativ, motiv pentru care se inițiază pulsterapie cu metilprednisolon, cu dispariția manifestărilor respiratorii.

Afectarea multisistemică (febra, mialgii, astenie, sindrom pulmo-renal, HTA) în contextul sindromului inflamator și al sindromului imunologic pledează pentru sindrom Goodpasture.

Pentru confirmare de diagnostic prin puctie-biopsie renală, pacientul este îndrumat către Clinica de Nefrologie Iași. Modificările puncției-biopsie renale confirmă diagnosticul și sub tratament imunosupresor, pulsterapie cu metilprednisolon și ciclofosfamidă asociat cu plasmafereză și

hemodializă, evoluția a fost favorabilă, dar cu persistența insuficienței renale.

CONCLUZII

Sindromul pneumonefritic trebuie diferențiat de alte sindroame asemănătoare ce apar în colagenoze, pneumopatia uremică, viroze, purpura Henoch-Schönlein. La pacientul nostru debutul bolii a fost relativ insidios, cu sindrom nefritic rapid progresiv în urmă cu aproximativ 9 luni de zile și apariția sindromului respirator în ultimele 3 luni, fapt ce a îngreunat relativ diagnosticul și prognosticul bolnavului. Deoarece la puncția-biopsie renală prezintă scleroză glomerulară, este clar ca va necesita continuarea hemodializei, urmând a se evalua terapia patogenică în funcție de evoluție.

ANEVRISMUL DE ARTERĂ PULMONARĂ RUPT – CAUZĂ RARĂ DE HEMOPTIZIE

Tatiana Adam, Doina Tofolean,
M. Toringhibel, Fl. Voinea

Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța -
Clinica Medicală I, Facultatea de Medicină
Constanța

Prezentăm cazul bolnavului D.V. în vârstă de 49 de ani aflat în evidența Clinicii de Cardiologie a Spitalului Clinic Județean Constanța cu diagnosticul: defect septal interatrial, hipertensiune arterială pulmonară secundară, insuficiență cardiacă congestivă.

Bolnavul a fost internat de urgență în Clinica Medicală I pentru hemoptizii repetate în ultimele 24 de ore.

Radiografia pulmonară a ridicat suspiciunea unei tumori pulmonare drepte.

Computer tomografia pulmonară a identificat formațiunea ca fiind un anevrism de arteră pulmonară dreaptă.

Evoluția bolnavului a fost nefavorabilă, decedând în aproximativ 12 ore de la internare prin hemoptizie masivă secundară rupturii anevrismului arterei pulmonare drepte, diagnostic confirmat anatomo-patologic.

Am prezentat acest caz clinic dată fiind raritatea acestei cauze de hemoptizie.

APRECIEREA FUNCȚIEI ENDOTELIALE LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ESENȚIALĂ COMPARATIV CU PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE DE HALAT ALB

Elisabeta Bădilă, Florentina Mehic,
Daniela Bartoș, Simona Gentimir,
Maria Dorobanțu
Spitalul Clinic de Urgență București

SCOP

Hipertensiunea arterială este caracterizată de prezența disfuncției endoteliale. Monitorizarea ambulatorie automată a tensiunii arteriale (MAATA) are un rol determinant în clasificarea pacienților în: hipertensivi (dippers/non-dippers), normotensivi (TA <140/90 mm Hg la cabinet și <125/80 mm Hg la MAATA) și hipertensiune la „halat alb“ (TA >140/90 mm Hg la cabinet și <125/80 mm Hg la MAATA). Scopul acestui studiu este de a determina dacă hipertensiunea de „halat alb“ se asociază cu disfuncția endotelială.

MATERIALE ȘI METODĂ

Au fost luați în studiu 20 de pacienți normotensivi (lotul de control) și 40 de pacienți hipertensivi cu TA la cabinet >140/90 mm Hg. Toți pacienții au fost monitorizați ambulator cu un aparat de măsurare automată a TA ABPM — 04, Meditech, Hungary. În urma monitorizării pacienții hipertensivi au fost împărțiți în 2 grupuri:

- Grupul I hipertensiv (media /24 ore a TA ≥125/80 mm Hg) → 30 pacienți (75%)

- Grupul II cu hipertensiune de „halat alb“ (3 determinări clinice ale TA >140/90 mm Hg și media pe 24 ore <125/80 mm Hg) → 10 pacienți (25%)

Funcția endotelială a fost apreciată prin vasodilatația flux mediată a arterei brahiale cu ajutorul unui transductor liniar cu frecvență înaltă (7,5 MHz) prin metoda ultrasonografică.

REZULTATE

Vasodilatația flux mediată a fost semnificativ scăzută atât în grupul de pacienți hipertensivi, cât și la pacienții cu hipertensiune de „halat alb“ comparativ cu normotensivii (Tabel).

	φ a. brahială	FMD%	Vasodilație la NTG
Grup I	3,5±0,3mm	4,7±4%	13,9±5%
Grup II	3,3±0,4mm	4,9±5%	13,8±5%
Lot control	3,3±0,5mm	12,8±3%	14,2±4%

Diferența FMD între grupul de hipertensivi vs. normotensivi (4,7±4% vs. 12,8±3%), ca și între grupul cu HTA de „halat alb” și normotensivi (4,9±5% vs. 12,8±3%) este semnificativă din punct de vedere statistic ($p < 0,001$). Nu s-au înregistrat diferențe cu semnificație statistică între grupul de HTA și cel de HTA de „halat alb” și nici din punct de vedere al vasodilației independente de endoteliu în toate cele 3 grupe.

CONCLUZII

Rezultatele indică că disfuncția endotelială este prezentă atât la pacienții hipertensivi, cât și la cei cu HTA de „halat alb”. Rămâne deschis pentru studii viitoare dacă HTA de „halat alb” rămâne un „fenomen inocent” sau dacă va trebui inițiat tratament având în vedere disfuncția endotelială.

VALOAREA DECIZIONALĂ A SINDROMULUI INFLAMATOR PENTRU ADMINISTRAREA ANTIBIOTICELOR ÎN ANGINELE ACUTE

I. Diaconescu, Valentina Ionescu, Manuela Musa, Daniela Boboricu, Adel Ali Jadan
Clinica de Boli Infecțioase Craiova

INTRODUCERE

Anginele acute constituie o patologie frecventă. Decizia de a administra antibiotic depinde de evaluarea clinică, de prezența sindromului inflamator și mai puțin de rezultatele exudatului faringian.

OBIECTIVE

Estimarea valorii diagnostice a sindromului inflamator în diagnosticul anginelor bacteriene.

MATERIALE ȘI METODĂ

Au fost analizate 104 angine acute internate (76 adulți și 28 copii). Din acestea 80 au fost angine eritemato-pultacee. Sindromul inflamator a fost explorat prin prezența febrei, număr leucocite

»10 000/ml, %PMN »70%, VSH »40 mm la 2h, proteina C pozitivă, fibrinogen »400 mg%.

REZULTATE

Febra a fost semnificativă în 76,3% la adulți și 64,2% la copii. Numărul de leucocite a fost mare în 38,1% din adulți și 28,5% din copii. Procentul de PMN a fost mare în 55,5% din adulți și în 17,8% din copii. Valorile VSH-ului au fost mari în 47,3% din adulți și în 26% din copii. Fibrinogenul a fost mare în 10 din 12 cazuri testate (83,3%). Proteina C a fost pozitivă în 10 cazuri din 13 la adulți (75,9%), iar la copii într-un singur caz din 5 testate (20%). Streptococul a fost izolat în 5 cazuri din 39 la adulți (12,8%) și într-un caz din 19 la copii (5,2%).

Toate cazurile la copii și 75 din 76 la adulți au fost tratate cu antibiotic.

CONCLUZII

Sindromul inflamator minimal se corelează în mică măsură cu decizia de a administra antibiotic. Pentru adulți proteina C și fibrinogenul au fost cel mai frecvent modificate. Este posibil ca la copii abuzul de antibiotice în anginele acute să fie mai mare comparativ cu adulții.

PERICADITA SEROFIBRINOASĂ TUBERCULOASĂ DIAGNOSTICATĂ NECROPTIC

Zenaida Florea-Grămadă, Niculina Florea, Dan Ferariu, Alcora Brumă¹, Simona Ionescu²
1. Spitalul Clinic Urgențe „Sf. Spiridon”, Iași - Departamentul Anatomie Patologică și Prosectoră
2. Spitalul Clinic Urgențe „Sf. Spiridon”, Iași - Clinica Medicală III

Se prezintă cazul unei paciente de sex feminin, în vârstă de 73 ani, internată în Clinica III Medicală a Spitalului Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” cu diagnosticul clinic: 1. cardiomiopatie dilatativă toxică; 2. insuficiență cardiacă

(anasarcă); 3. observație pleuropericardită neoplazică, decedată la 3 zile după internare. Cazul a fost evaluat clinic, paraclinic și necropsic.

Examenul necropsic a stabilit, pe baza aspectelor macroscopice și prelucrării temporanee a fragmentelor prelevate din plămân și cord, diagnosticul de tuberculoză miliară pulmonară cu pleurezie serofibrinoasă și pericardită tuberculoasă serofibrinoasă.

Particularitatea cazului este reprezentată de evidențierea unei infecții generalizate cu *Mycobacterium tuberculosis* la o pacientă vârstnică cu apariția pericarditei serofibrinoase masive, urmate de exitus.

Lucrarea își propune să evidențieze importanța efectuării necropsiei în vederea stabilirii cu certitudine a diagnosticului de deces. În condițiile recrudescenței infecției tuberculoase la noi în țară, importanța suspiciunii infecției cu *M. tuberculosis* la toți pacienții cu simptomatologie respiratorie, impune examinarea atentă și excluderea altor cauze.

AVANTAJELE STUDIULUI IMUNOHISTOCHIMIC PE FRAGMENTE CONGELATE ÎN DIAGNOSTICUL LIMFOAMELOR MALIGNNE

Adriana Habor, Anca Sin, O. Cotoi
Universitatea de Medicină și Farmacie, Târgu Mureș

Pentru diagnosticul de certitudine al limfoamelor maligne am recurs la studiul imunohistochimic, folosind atât preparate histologice incluse în parafină, cât și preparate congelate.

Tehnica la care am apelat a fost complex Avidină/Streptavidină-Biotină cu peroxidaza.

Am inclus în studiu 50 de cazuri. Studiul pe secțiuni congelate a permis utilizarea unui număr mai mare de anticorpi monoclonali, care demască markeri celulari conservați prin procedura congelării (CD10, CD23; CD2; CD3; CD5; CD7) și care pot ameliora diagnosticul de limfom.

Folosind preparate congelate am putut face o încadrare mai exactă a limfoamelor pe tipuri și subtipuri și chiar am avut posibilitatea determinării markerilor de prognostic ai bolii (Bcl-2; p53).

E nevoie de cel puțin 8 ani pentru ca sistemul imunitar al unui copil să se dezvolte complet.



www.nurofen.co.uk

**Până la această vârstă,
nimic nu poate reduce
simptomele febrei mai
repede și mai bine decât
Nurofen pentru copii.**

Pentru a reduce temperatura copilului tău și pentru a-i înlătura rapid durerile, încearcă Nurofen pentru copii. E creat special pentru copii mai mari de trei luni.

NUROFEN ÎNȚELEGE COPIII.



Conține ibuprofen. Citiți întotdeauna instrucțiunile din prospect.

PNEUMONIA CU STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE LA COPIL

Valentina Ionescu, Daniela Bobolic,
Florentina Dumitrescu
Spitalul Clinic „Victor Babeș”,
Clinica II Boli Infecțioase, Craiova

Printre pneumoniile comunitare, pneumonia cu Str. *Pneumoniae* este în continuă creștere, mai ales la persoanele imunodeficiente.

Lotul studiat cuprinde 12 copii: din mediul urban 5, rural 7, de sex M 8, sex F 4. Diagnosticul de pneumonie a fost confirmat, clinic (febră, tuse, sindrom de condensare pulmonară) și paraclinic (radiografie pulmonară, examen spută cu prezența Str *Pneumoniae* în cultură și antibiogramă, sindromul inflamator: fibrinogen, proteina C reactivă, nr. leucocite și VSH).

De remarcat prezența a 3 tulpini de pneumococ rezistente la penicilină, tetraciclină, eritromicină și cotrimoxazol.

ACTUALITĂȚI PRIVIND STRATEGIA TERAPEUTICĂ ÎN BOALA ARTROZICĂ

Mioara Banciu
Universitatea de Medicină și Farmacie
„Victor Babeș”, Timișoara

Artroza ocupă locul al II-lea în bolile cronice și crește cu vârsta și durata vieții după 65 ani cu incidență de 70%.

Localizările cele mai frecvente sunt: mâini, genunchi, șold.

Obiectivele de tratament constă în combaterea durerii, desabilității și handicapului agravate de evoluție și vârstă.

Schema terapeutică se compune din:

I. Intervenții nefarmacologice (regim dietetic, educație, fizio-balneo-kinetoterapie)

II. Terapie farmacologică:

1. simptomatică de scurtă durată (analgezice, opioide slabe, AINS clasice și selective)

2. terapie antiartrozică simptomatică cu acțiune lentă; durată 8-12 luni; eficacitate 2-3 luni; toleranță bună: *structure modifying drugs* (SMDs): săruri nespecifice de avocado

și soia, sulfat de glucozamină/sulfat de condroitină, Diacereină.

III. Terapie locală intraarticulară (glucocorticoizi, acid hialuronic și derivați, preparate de superoxid dismutază)

IV. Terapie chirurgicală (osteotomie, debridare artroscopică)

EVALUAREA PEROXIDĂRII LIPIDICE LA PACIENȚII CU PANCREATITĂ CRONICĂ

Corina Zorilă, Liana Moș, Livia Rusu,
I. Corlan, Carmen Drăgoiu
Spitalul Clinic Municipal Arad,
Clinica Medicină Internă
Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Arad

Pancreatita cronică etanolică face parte dintre afecțiunile inflamatorii autoîntreținute, care determină în final fibroză și pierderea funcțiilor secretorii pancreatice. În procesul inflamator neutrofilele activate sub acțiunea unor factori exteriori induc generarea de mieloperoxidază și NADPHoxidază, cu amplificarea stresului oxidativ. În prezenta lucrare ne-am propus să evaluăm nivelul lipoperoxizilor serici, ca markeri ai procesului oxidativ în pancreatita cronică.

MATERIALE ȘI METODĂ

Am luat în studiu 15 bolnavi cu diagnosticul de pancreatită cronică internă. Criteriile diagnostice au fost clinice, biologice și imagistice. S-au studiat factorii de risc și etiologici implicați în declanșarea și întreținerea procesului inflamator pancreatic. Nivelul lipoperoxizilor a fost evaluat prin determinarea malondialdehidei (MDA), produs secundar al lipoperoxidării, cu ajutorul unei metode colorimetrice (Sato), din sângele venos periferic.

REZULTATE

Vârste medie a grupului a fost de 47,46 ani, cu predominanța sexului masculin. Factorul de risc cel mai frecvent întâlnit în declanșarea episoadelor de acutizare a fost consumul cronic de alcool. Investigațiile alese în cazurile cu aspect clinic de pancreatită acută: sindromul inflamator biologic a fost prezent într-o proporție de 53,3% dintre pacienți, iar creșterea enzimelor pancreatice s-a înregistrat în 19,8% dintre cazuri. În ceea ce privește nivelul MDA am înregistrat un nivel de $4,37 \pm 0,83$ nmol/l față de $2,4 \pm 0,25$ nmol/l la lotul martor.

CONCLUZII

1. Creșterea nivelului MDA la lotul studiat susține implicarea stresului oxidativ în patogeneza pancreatitei cronice.
2. Etilismul cronic are un rol major în declanșarea și întreținerea procesului inflamator.

INFECȚIA HELICOBACTER PILORI LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ ALCOOLICĂ ÎN RELAȚIE CU INFLAMAȚIA ȘI COMPLICAȚIILE GASTRODUDENALE

Liana Moș, Corina Zorilă, Livia Rusu
Spitalul Clinic Municipal Arad - Clinica Medicină
Internă, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Arad

Factorii de risc potențiali care pot prezice evoluția cirozei la pacienții cu infecție persistentă cu virus C nu sunt bine definiți, dar alcoolul este sigur un factor care influențează negativ istoria infecției virale C. Complicațiile gastroduodenale: sângerări digestive superioare, sindrom dispeptic și ulcerul gastroduodenal determină spitalizări repetate ale pacienților cu ciroză hepatică. Recent HP a fost evidențiat în căile biliare ale pacienților cu ciroză hepatică.

MATERIALE ȘI METODĂ

Am comparat incidența infecției HP la 28 de pacienți diagnosticați cu ciroză hepatică alcoolică, dintre care unii au Ac VHC pozitivi și semne certe de ciroză hepatică clinic, biologic și ecografic/endoscopic cu 36 de pacienți cu sindrom dispeptic la care s-a exclus ciroza hepatică. Diagnosticul de infecție HP a fost pus prin testul ureazei corelat cu aspectul endoscopic/histologic.

REZULTATE

Infecția HP a fost prezentă la 71% dintre pacienții cu ciroză hepatică și la 52% în lotul de control ($p < 0,003$), cu gastrită antrală moderat activă la pacienții cu sindrom dispeptic și cu displazie intestinală prezentă în special la pacienții cu CH.

CONCLUZII

1. Prevalența HP este mai mare la cirozici cu sau fără Ac VHC și probabil

poate influența prognosticul celor care sunt infectați concomitent cu VHC.

2. Incidența infecției *H. pylori* este mai mare la ciroticii cu Ac VHC prezenți printr-un mecanism necunoscut. Aceasta sugerează faptul că la alcoolicii și la purtătorii cronici de virus C prognosticul bolii hepatice ar putea fi influențat prin determinarea activă și/sau tratamentul specific al infecției cu *H. pylori*.

AFECTAREA TUBULUI DIGESTIV ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ

Mădălina-Elena Avram, Anca-Maria Amzolini,
Patricia Lican, M. Amzolini
Clinica I Medicală, U.M.F. Craiova

Sclerodermia sistemică are manifestări gastro-intestinale frecvente și diverse, marca histopatologică a bolii fiind atrofia musculaturii netede a tubului digestiv însoțită de fibroză. Procesul poate interesa orice segment al tractului digestiv de la esofag la anus, afectarea digestivă fiind cea mai frecventă manifestare viscerală din sclerodermia sistemică.

SCOP

Studiul nostru a urmărit prezența manifestărilor digestive, frecvența lor și evoluția sub tratament.

MATERIALE ȘI METODĂ

Am luat în evidență 19 pacienți cu sclerodermie sistemică, internați în Clinica I Medicală, Compartimentul de Reumatologie. Diagnosticul manifestărilor digestive s-a făcut prin: tranzit baritat eso-gastro-duodenal, endoscopie digestivă superioară, irigografie.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

16 (84,2%) dintre pacienții diagnosticați cu SS au prezentat afectare digestivă. Dintre aceștia, 12 pacienți (75%) au avut sindrom de reflux gastro-esofagian cu disfagie înaltă, regurgitații, pirozis. 4 din cele 12 cazuri au prezentat HDS datorită esofagitei prin reflux gastro-esofagian. Pacienții cu afectare la nivelul stomacului (40%) au prezentat senzație de sațietate, dispepsie, scădere în greutate. O parte din pacienții cu evoluție de mai mulți ani a bolii (7%) au prezentat sindrom de malabsorbție, cu scădere în greutate, diaree cronică, sindrom anemic. 4% dintre pacienții cu

afecțiuni digestive în cadrul sclerodermiei sistemice au prezentat de la început constipații cronice, uneori cu episoade subocluzive, punând probleme de diagnostic diferențial.

CONCLUZII

Pacienții cu SS prezintă o patologie digestivă complexă, deși în multe cazuri sunt asimptomatici, explorările paraclinice elucidând diagnosticul. Afectarea esofagiană este prezentă în majoritatea cazurilor, dar esofagul „de sticlă” a fost prezent într-un procent mic (27%) la pacienții cu evoluție de mai mulți ani a bolii.

COLANGITA SCLEROZANTĂ PRIMITIVĂ ASOCIATĂ CU LITIAZĂ COLEDOCIANĂ ȘI VEZICULARĂ – PROBLEME DE DIAGNOSTIC POZITIV ȘI DIFERENȚIAL

Anca-Maria Amzolini, A. Săftoiu, S. Iordache,
Mădălina-Elena Avram, T. Ciurea, M. Amzolini
Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova,
Clinica I Medicală

Colangita sclerozantă primitivă este o afecțiune caracterizată prin inflamație, fibroză și distrugerea progresivă a căilor biliare de calibru mare și mediu, intra- și extrahepatice, cu apariția în final a leziunilor de ciroză biliară secundară.

Prezentăm cazul unei paciente de 36 de ani care s-a prezentat în serviciul de urgență cu dureri intense în hipocondrul drept, senzație de gust amar, vărsături biliare, fiind diagnosticată cu litiază veziculară pentru care s-a practicat colecistectomie laparoscopică. Ulterior s-a ridicat suspiciunea de litiază coledociană, sugerându-i-se explorări suplimentare. La prezentare în clinica noastră pacienta acuza prurit tegumentar generalizat, inapetență, scădere ponderală, dureri în hipocondrul drept.

Examenul obiectiv a evidențiat sensibilitate moderată la palpare în hipocondrul drept.

Explorările biologice au evidențiat sindromul de colestată cu fosfatază alcalină 514 U/l și gama-glutamyl-transpeptidază 357 U/l; amilazele au fost în limite normale GOT 67 U/l, GPT 123 U/l, markerii virali fiind absenți.

Examenul ecografic a evidențiat o cale biliară restantă de 12 mm, cu posibile imagini de calculi mici, cu con de umbră posterior. Ecoendoscopia a arătat o cale biliară dilatăată în porțiunea terminală fără calculi în interior. S-a practicat CPER: după caterizarea papilei duodenale și injectarea substanței de contrast s-au vizualizat căile biliare intrahepatice îngustate și reduce numeric, dilatația canalului hepatic comun, dilatația retrogradă a bontului cistic și stenoza strânsă neregulată cu diametrul până la 0,5 cm a canalului coledoc.

S-a stabilit diagnosticul de colangită sclerozantă primitivă, iar explorările biologice ulterioare (imunelectroforeza, pANCA, AAN, anticorpii anti mușchi neted) ne-au permis susținerea diagnosticului. Ținând cont de prezența stenozei unice a CBP în porțiunea terminală, a fost asociat tratamentul endoscopic cu protezarea căii biliare cu tratamentul medical cu acid ursodeoxicolic cu evoluție inițial favorabilă.

În concluzie, explorarea imagistică complexă (ecoendoscopie, CPER) permite stabilirea diagnosticului pozitiv și diferențial în cazurile dificile care necesită o conduită terapeutică specifică.

ANEMIE HEMOLITICĂ CONGENITALĂ CU CRIZE DE DEGLOBULIZARE ȘI HIPERTENSIUNE PORTALĂ SEGMENTARĂ LA UN PACIENT CU ABCES PERIRENAL CONFIRMAT PRIN ECOENDOSCOPIE

Sevastița Iordache, A. Săftoiu, Anca Amzolini,
D. Ghiță, T. Ciurea
Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova,
Clinica I Medicală

Ecoendoscopia digestivă superioară cu puncție fină aspirativă ghidată ecoendoscopică a fost sugerată recent ca o metodă utilă pentru diagnosticul formațiilor abdominale idiopatice, permițând stabilirea unui diagnostic de certitudine infecțios, benign/inflamator, respectiv malign, care influențează conduita terapeutică ulterioară.

Fraxiparine®

nadroparin



**Simplu
De încredere
Eficient**



Informații minime de prescriere:

Denumire comercială: FRAXIPARINE. **Ingredienți activi:** Nadroparină calcică, soluție injectabilă condiționată în seringi preumplute, conținând: 0,3 ml (2.850 UI anti-factor Xa); 0,4 ml (3.800 UI anti-factor Xa); 0,6 ml (5.700 UI anti-factor Xa); 0,8 ml (7.600 UI anti-factor Xa). **Indicații terapeutice:** Profilaxia tulburărilor tromboembolice - în special, a celor asociate chirurgiei generale sau ortopedice; tratamentul tulburărilor tromboembolice; prevenția coagularii în timpul hemodializei; tratamentul anginei instabile și al infarctului de miocard fără undă Q. **Doze și mod de administrare:** Fraxiparine nu se administrează pe cale intramusculară. În profilaxia și tratamentul tulburărilor tromboembolice, administrarea este pe cale subcutanată. În prevenția coagularii în timpul hemodializei, administrarea se face în linia arterială, la începutul fiecărei sesiuni. **Profilaxia tulburărilor tromboembolice:** Chirurgie generală: doză zilnică unică de 0,3 ml, minimum 7 zile; profilaxia trebuie continuată de-a lungul perioadei de risc și cel puțin până la externarea pacientului. Prima doză trebuie administrată cu 2-4 ore înainte de intervenția chirurgicală. Chirurgie ortopedică: Dozele inițiale trebuie administrate cu 12 ore înainte de intervenție și la 12 ore după terminarea intervenției chirurgicale. Dozele trebuie adaptate la greutatea corporală: <50 kg: 0,2 ml o dată pe zi pe zi pre-operator și până în ziua a 3-a, apoi 0,3 ml o dată pe zi din ziua a 4-a în continuare; 50-69 kg: 0,3 ml o dată pe zi pre-operator și până în ziua a 3-a apoi 0,4 ml o dată pe zi din ziua a 4-a în continuare; >70 kg: 0,4 ml o dată pe zi pre-operator și până în ziua a 3-a apoi 0,6 ml o dată pe zi din ziua a 4-a în continuare. Tratament minimum 10 zile; profilaxia trebuie continuată de-a lungul perioadei de risc și cel puțin până la externarea pacientului. **Tratamentul tulburărilor tromboembolice:** de două ori pe zi (la fiecare 12 ore), timp de 10 zile, în doza ajustată la greutatea corporală: <50 kg: 0,4 ml; 50-59 kg: 0,5 ml; 60-69 kg: 0,6 ml; 70-79 kg: 0,7 ml; 80-89 kg: 0,8 ml; >90 kg: 0,9 ml. **Tratamentul cu Fraxiparine® nu trebuie întrerupt înainte de a se atinge nivelul INR dorit. Prevenția coagularii în timpul hemodializei:** La pacienții fără risc hemoragic crescut dozele inițiale raportate la greutatea corporală: <50 kg: 0,3 ml; 50-69 kg: 0,4 ml; >70 kg: 0,6 ml. La pacienții cu risc hemoragic, dozele pot fi reduse la jumătate. În cazul sedintelor care durează mai mult de 4 ore, o doză suplimentară mai redusă poate fi administrată. **Tratamentul anginei instabile și al infarctului de miocard fără undă Q:** administrare subcutanată de două ori pe zi (la fiecare 12 ore), în asociere cu acid acetilsalicilic în doză de până la 325 mg pe zi. Doza inițială trebuie administrată sub formă de bolus i.v. de 86 UI anti-factor Xa/kg și este urmată de doze injectate s.c. de 86 UI anti-factor Xa/kg. Durata uzuală a tratamentului este de 6 zile, cu doze ajustate în funcție de greutatea corporală: <50 kg: bolus i.v. inițial: 0,4 ml apoi injectii s.c. (la fiecare 12 ore) 0,4 ml; 50-59 kg: aceeași schemă dar cu o doză de 0,5 ml; 60-69 kg: aceeași schemă dar cu o doză de 0,6 ml; 70-79 kg: aceeași schemă dar cu o doză de 0,7 ml; 80-89 kg: aceeași schemă dar cu o doză de 0,8 ml; 90-99 kg: aceeași schemă dar cu o doză de 0,9 ml; >100 kg: aceeași schemă dar cu o doză de 1,0 ml. **Contraindicații:** hipersensibilitate la nadroparină; antecedente de trombotenie datorată nadroparinei; sângerare activă sau risc hemoragic crescut, corelate cu tulburări de hemostază, cu excepția coagularii intravasculare diseminată neindusă de heparină; leziuni organice susceptibile de sângerare (cum ar fi ulcerul peptic activ), accident vascular cerebral hemoragic; endocardită infecțioasă acută. **Atenționări speciale:** Datorită riscului posibil de trombocitopenie indusă de heparină, trebuie să se efectueze monitorizarea periodică a numărului de trombocite. Au fost raportate unele cazuri rare de trombocitopenie, ocazional severă; acestea pot fi asociate (sau nu) cu tromboză arterială sau venoasă. În aceste cazuri tratamentul trebuie întrerupt; acest diagnostic trebuie luat în considerare în următoarele situații: trombocitopenie sau orice scădere semnificativă a numărului trombocitelor; 30-50% din valoarea inițială; agravarea trombozei inițiale în cursul tratamentului; tromboza survenită sub tratament; coagulare intravasculară diseminată. Aceste efecte apar între zilele 5 și 21 de terapie; ele pot apărea însă mult mai devreme dacă există un antecedent de trombocitopenie datorată heparinei. Utilizarea concomitentă de salicilați sau antiinflamatoare nesteroidiene, antiagregante plachetare reprezintă o contraindicație relativă pentru administrarea nadroparinei. **Precauții speciale:** insuficiență hepatică; insuficiență renală (în insuficiența renală severă poate fi luată în considerare reducerea dozelor); hipertensiune arterială severă; antecedente de ulcer peptic sau alte leziuni organice cu risc de sângerare; afecțiuni vasculare corio-retiniene; în perioada post-operatorie, consecutiv intervenției chirurgicale pe creier, măduva spinării sau ochi. Heparina poate suprima secreția corticosteroizilor și a aldosteronului, conducând la hiperkalemie (atenție la pacienții cu diabet zaharat, insuficiență renală cronică, acidoză metabolică pre-existentă, sau asocieri cu: inhibitorii enzimei de conversie, antiinflamatoarele nesteroidiene). Potasiul plasmatic trebuie monitorizat la pacienții cu risc. Riscul de hematoame spinale/epidurale este crescut în cazul utilizării de catetere epidurale sau în cazul administrării concomitente a altor medicamente ce pot afecta hemostaza (antiinflamatoarele nesteroidiene, antiagregantele plachetare sau alte anticoagulante). Riscul pare să fie crescut în punctiile epidurale sau spinale repetate sau traumatice. Astfel, în următoarele situații, prescrierea concomitentă a unui anestezic general cu un anticoagulant trebuie să fie decisă după o atenă evaluare individualizată a raportului beneficiu / risc: la pacienții aflați deja sub tratament cu un anticoagulant, la pacienții ce urmează a fi supuși unor intervenții chirurgicale programate, cu anestezie generală, în cazul pacienților cu puncție lombară, rahianestezie sau anestezie epidurală, trebuie păstrat un interval de timp suficient de mare între momentul injectării și inserția sau retragerea spinală sau epidurală a catetelui sau a acului. Pacienții trebuie monitorizați frecvent pentru semne și simptome de afectare neurologică, iar în cazul depistării unui deficit neurologic, tratamentul trebuie început de urgență. **Reacții adverse:** Manifestări hemoragice în diferite teritorii, mai frecvente la pacienții care au și alți factori de risc asociați, trombocitopenie, uneori trombopenă, rar necroză cutanată la locul injectării, precedată de purpură sau de placarde entematice dureroase sau infiltrate, cu sau fără semne sistemice, reacții cutanate, eozinofilie reversibilă, reacții de hipersensibilitate generalizate, inclusiv angioedem, creșterea transaminazelor, de obicei tranzitorie; extrem de rar, s-au raportat priapism și unele cazuri de hiperkalemie reversibilă, datorată supresiei aldosteronului indusă de către heparină, în special la pacienții cu factori de risc. Acest medicament se eliberează numai cu prescripție medicală.

Acest medicament se află în procedura de transfer APP.

19/09/2004/GSK

GlaxoSmithKline (GSK) SRL
Opera Center 1, Str. Costache Negri 1-5, sector 5, București, telefon/fax: (021) 302 82 08/(021) 302 82 09

 GlaxoSmithKlin

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 18 ani internat pentru febră, frison, durere în epigastru și în lomba dreaptă, vărsături alimentare, simptome debutate cu 2 zile anterior internării. Din antecedentele pacientului reținem numeroase infecții urinare în copilărie cu *E. coli* și *Klebsiella*, iar cu o lună anterior a prezentat un episod de hemoragie digestivă superioară exteriorizat prin hematemeză și melenă. La examenul obiectiv se decelează paloare tegumentară moderată, febră 38°C, splenomegalie gr II, sensibilitate la palpare în epigastru și în lomba stângă.

Explorările de laborator au evidențiat anemie moderată care s-a accentuat pe parcursul internării, teste inflamatorii pozitive, valori crescute ale transaminazelor, uroculturi pozitive cu *E. coli* sensibil la ertapenem, imipenem, colimicină. Investigarea sindromului anemic a evidențiat creșterea fracțiunii de Hb C, deficit de glucozo-fosfat dehidrogenază, sideremie în limite normale. Explorările imagistice (ecografia transabdominală, tomografia abdominală și rezonanța magnetică nucleară) au evidențiat prezența unei formațiuni la nivelul polului superior al rinichiului pe aria de proiecție a suprarenalei stângi și care comprimă vena splenică, cu suspiciunea de tumoră chistică de coadă de pancreas. Endoscopia digestivă superioară a evidențiat prezența de varice gastrice. La examenul ecoendoscopic au fost vizualizate dilatații venoase în hilul splenic și peripancreatic, cu glanda suprarenală stângă de aspect normal. Între polul superior renal și splină a fost evidențiată o formațiune relativ bine delimitată, hipocogenă, neomogenă din care s-a efectuat puncție fină aspirativă cu aspirație de puroi. Ex citologic efectuat din aspirat era cu detritusuri celulare și numeroase neutrofile.

Pe parcursul internării sub tratament cu antibiotice cu spectru larg, evoluția a fost nefavorabilă, cu temperaturi până la 40°C și accentuare severă a anemiei, cu aspect de crize de deglobulizare, necesitând transfuzii de sânge. S-a decis transfer în Clinica Chirurgie unde s-a efectuat drenajul abcesului și splenectomie cu evoluție ulterioară favorabilă.

În concluzie, explorarea ecoendoscopică este superioară celorlalte investigații imagistice deoarece permite stabilirea diag-

nosticului tisular prin puncție fină aspirativă ghidată.

INSUFICIENȚA HEPATICĂ ACUTĂ ÎN INTOXICAȚIILE CU CIUPERCI NECOMESTIBILE

Cătălina Lione¹, L. Șorodoc¹, O. Petriș¹,
Beatrice Varvara¹, Victorița Laba¹,
L. Teodorescu², S. Teleman³

1. Spitalul Clinic de Urgențe, U.M.F. „Gr.T. Popa”,
Clinica Medicală, Iași
2. Institutul de Medicină Legală Iași
3. U.M.F. „Gr.T. Popa”, Disciplina
Morfopatologie, Iași

Majoritatea cazurilor fatale de intoxicație cu ciuperci necomestibile sunt datorate speciilor de ciuperci care conțin amatoxine. Am studiat un lot de 61 cazuri de intoxicație acută cu ciuperci necomestibile, internate în Spitalul Clinic de Urgențe în cursul unui an, dintre care 5 au fost complicate cu insuficiență hepatică acută letală. Toate cele 5 cazuri au avut un tablou clinic sugestiv pentru sindromul faloidian, iar examenul anatomopatologic, la cazurile decedate, a pus în evidență sporii de *Amanita*, precum și leziunile specifice hepatice și renale. Tabloul clinic se instalează cu o latență de 10-12 ore de la ingestie, dar și la 40 ore, ceea ce determină prezentarea tardivă la medic, atunci când epurarea extrarenală a toxinelor din sânge nu se mai poate realiza. Spitalizarea este obligatorie la toate cazurile de intoxicație cu ciuperci, mai ales când debutul semnelor clinice se face tardiv, la peste 6 ore de la ingestie, chiar dacă inițial probele biologice hepatice și renale sunt normale, fiindcă în evoluție există riscul afectării hepatice sau renale grave, cu prognostic rezervat. Intoxicația cu *A. phalloides* nu beneficiază de antidot specific. Supraviețuirea este dependentă de cantitatea de toxine ingerate, diagnosticul precoce și tratamentul instituit. Singura metodă care a scăzut mortalitatea de la 90% la 30-40% este transplantul hepatic, mijloc de tratament costisitor, dificil de efectuat în condiții de rutină. Această operație este grevată de diverse complicații, de aceea prevenția rămâne cea mai bună soluție în intoxicația cu ciuperci necomestibile.

HIPOGLICEMIILE TOXICE ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Cătălina Lione¹, L. Șorodoc¹,
O. Petriș¹, Cristina Bologa¹, Beatrice Varvara¹,
Victorița Laba¹, J. Hurjui²
1. Spitalul Clinic de Urgențe, U.M.F. „Gr.T. Popa”,
Clinica Medicală, Iași
2. Spitalul Universitar C.F., U.M.F. „Gr.T. Popa”,
Clinica a V-a Medicală, Iași

Hipoglicemia indusă toxic este obișnuit cauzată de tratamentul pentru diabetul zaharat sau consumul excesiv de alcool. Hipoglicemia care apare la diabetici aflați sub tratament cu insulină sau hipoglicemiant orale este de departe cea mai frecventă și mai studiată formă de hipoglicemie. Puține informații sunt disponibile despre cauzele hipoglicemiei toxice în intoxicațiile acute exogene. Am studiat retrospectiv pacienții adulți non-diabetici care au fost internați în Spitalul Clinic de Urgențe Iași cu hipoglicemie cauzată de o intoxicație acută, pe o perioadă de 10 ani, identificând 15497 pacienți internați pentru intoxicații acute exogene, din care 4005 au fost intoxicații cu risc hipoglicemiant. 40% din cazuri au avut intoxicație cu etanol (10% complicate cu hipoglicemie alcoolică), 23% au fost intoxicații cu beta-blocante (care pot induce hipoglicemie), 7% intoxicații cu salicilați (2% cu hipoglicemie indusă saliclic), 29% din cazuri au avut intoxicații cu ciuperci necomestibile, care a determinat insuficiență hepatică și hipoglicemie secundară, restul de 43 pacienți (1%) prezentând hipoglicemie prin intoxicație voluntară cu insulină sau hipoglicemiant orale. Intoxicațiile acute exogene voluntare sau accidentale cu medicația antidiabetică, la persoane diabetice sau non-diabetice determină cele mai severe și prelungite forme de hipoglicemie din intoxicațiile acute. 23 pacienți au decedat după internare, dar într-un singur caz decesul a fost consecința directă a hipoglicemiei. În intoxicațiile acute exogene, incidența hipoglicemiilor este dependentă de tipul de toxic, de mecanismul de producere a intoxicației acute, de asocierile de toxice și de gradul de severitate al afectării hepatice produsă de toxic.

BOALA AGLUTININELOR LA RECE: CAUZĂ PRIMARĂ SAU SECUNDARĂ ?

dr. Silvia Militaru, dr. Monica Fleancu
Spitalul M.A.I. „Prof. Dr. D. Gerota” - Secția de
Medicină Internă

Prezentăm un pacient de 56 ani cu sindrom Raynaud, astenie fizică, urini roșii după expunerea la frig, istoric de 3 luni. Examenul clinic și paraclinic (HLG la cald: aglutinarea eritrocitelor pe lamă, LDH crescut, testele de hemoliză care au evidențiat aglutinine la rece, test Coombs indirect (+) cu ser anti IgM, POA care a exclus gamapatia monoclonală cu aglutinine la rece, imunograma și electroforeză normale, serologia pentru MCV și EBV pozitivă) au diagnosticat *boala aglutininelor la rece (BAR)* secundară infecției cu EBV și MCV.

Problema importantă a fost cea a diagnosticului diferențial între BAR primară și secundară.

Particularitatea cazului:

- răspuns bun la corticoterapie;
- lipsa unei evoluții autolimitante, caracteristică pentru BAR de cauză infecțioasă.

DIAGNOSTICUL ENDOSCOPIC AL CANCERULUI GASTRIC

P. Mitruț, E. Mota, Amelia Genunche,
Rodica Nicolescu, Diana Predescu
U.M.F. Craiova, Spitalul Județean de Urgență
Craiova - Clinica Medicală II

INTRODUCERE

Cancerul gastric reprezintă cea de a doua cauză de deces în lume după cancerul pulmonar. În România rata mortalității standardizate este de 20/100 000 locuitori/an. Examenul endoscopic cu biopsie sau citologie este obligatoriu pentru diagnosticul precoce și în deplină siguranță al acestei afecțiuni și este singurul care poate conferi certitudinea.

Obiectivele lucrării noastre au constat în esență în sistematizarea principalelor aspecte clinice și endoscopice de cancer gastric întâlnite într-un serviciu de medicină internă-gastroenterologie și evidențierea frecvenței lor.

MATERIALE ȘI METODĂ

Studiul nostru s-a desfășurat pe un lot de 89 de bolnavi cu neoplasm gastric examinați și diagnosticați endoscopic în perioada ianuarie 2002 - ianuarie 2004, în serviciul de endoscopie digestivă superioară din cadrul Clinicii Medicale II, Spitalul Județean de Urgență Craiova. Acești bolnavi au fost selectați din 1836 de examinări endoscopice efectuate în această perioadă. Analiza statistică a acestui lot de bolnavi ne-a arătat o vârstă medie de 48 ± 7 ani și o repartiție după sex cu predominanța bărbaților (69,50% bărbați, 30,50% femei).

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Împărțirea endoscopică a cazurilor de cancer gastric diagnosticate a fost 22 cazuri (24,71%) cancer gastric precoce și 67 de cazuri (75,29%) cancer gastric avansat. Sistematizând aspectele endoscopice întâlnite în cancerul gastric precoce am constatat o incidență a cancerului gastric precoce tip I (protruziv) în 11 cazuri (50%), a cancerului gastric precoce tip II sau superficial în 4 cazuri (18,18%) și a cancerului gastric precoce tip III sau ulcerat (nișa malignă) în 7 cazuri (31,82%).

Cancerul gastric avansat tip Bormann I (vegetant sau conopidiform) a fost găsit în 17 cazuri (25,37% din totalul cazurilor de cancer gastric avansat), cancerul gastric tip Bormann II sau ulcerovegetant s-a diagnosticat endoscopic în 20 cazuri (29,85%), cancerul gastric tip Bormann II (ulceroinfiltrant) a fost găsit la examenul endoscopic în 19 cazuri (28,35%), iar cancerul gastric avansat tip Bormann IV sau infiltrant (liniță plastică) a constituit 16,41% (11 cazuri) din lotul de cancere gastrice avansate diagnosticate endoscopic.

CONCLUZII

Cancerul gastric precoce este diagnosticat cu dificultate și reprezintă o mică proporție (24,71%) din totalul de cancere gastrice diagnosticate. Acest fapt este datorat fie pacienților care își neglijează simptomatologia și se prezintă la medic tardiv, fie medicilor de prim contact care întârzie nejustificat diagnosticul. Cancerul gastric avansat este frecvent diagnosticat (75,29% în cadrul lotului nostru). În diagnosticul cancerului gastric precoce examenul endoscopic cu biopsie și examen anatomopatologic este întotdeauna necesar, pe când în

cancerul gastric avansat aspectul macroscopic este cel mai adesea sugestiv pentru diagnostic.

DETERMINAREA PROTEINELOR ÎN LICHIDUL DE ASCITĂ - FACTOR PREDICTIV PENTRU RISCUL DE COMPLICAȚII ÎN ASCITA CIROTICĂ

P. Mitruț, Amelia Genunche,
E. Mota, Rodica Nicolescu,
Roxana Mustafa, Diana Predescu
U.M.F. Craiova, Spitalul Județean de Urgență
Craiova - Clinica Medicală II

INTRODUCERE

Examenul lichidului de ascită se face de rutină la orice bolnav cirotic cu ascită. Informațiile aduse sunt foarte utile și adesea indispensabile pentru diagnosticul etiologic al ascitei, dar și pentru predicția riscului de complicație a ascitei.

SCOP

Lucrarea noastră își propune să evidențieze utilitatea examenului biochimic al lichidului de ascită în predicția riscului de complicații renale, infecțioase sau neoplazice.

MATERIALE ȘI METODĂ

Studiul nostru a avut un caracter prospectiv fiind întins pe o perioadă de 4 ani, iunie 2000 - ianuarie 2004. S-a evaluat un lot format din 287 bolnavi care au îndeplinit condițiile de includere și excludere din lot. Analiza statistică generală a evidențiat predominanța sexului bărbătesc (73,5% bărbați față de 26,5% femei) și o vârstă medie de $57,07 \pm 7,54$ ani. Evaluarea prospectivă a permis studiul mai multor subloturi care pe perioada analizată au dezvoltat complicații și anume sindrom hepatorenal, ascită refractară, neoplasm primitiv hepatic, hemoragie digestivă superioară și peritonită spontană bacteriană comparativ cu lotul fără complicații, considerat lot martor.

Explorarea bolnavilor a fost complexă clinică, biologică și imagistică hepatică și renală, hemodinamică sistemică și analiza lichidului de ascită biochimică, citologică și bacteriologică.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

La lotul martor nivelul valorilor medii ale proteinelor în lichidul de ascită se cifrează între 3,42-3,50 g%. Niveluri constante scăzute care se accentuează în timp ale proteinelor în lichidul de ascită se constată la bolnavii care dezvoltă în timp peritonita spontană bacteriană, sindrom hepatorenal sau ascită refractară (valori între 2,25 g% și 1,80 g%). Niveluri constante crescute ale proteinelor în lichidul de ascită (valori medii între 3,47 g% și 3,70 g%) se observă la bolnavii care au dezvoltat în timp neoplasm primitiv hepatic sau hemoragie digestivă superioară.

CONCLUZII

Determinarea proteinelor în lichidul de ascită este deosebit de importantă deoarece un nivel scăzut al lor reprezintă un factor predictiv pentru riscul de complicații renale (sindrom hepatorenal sau ascită refractară) sau infecțioase (peritonita spontană bacteriană). Niveluri crescute ale proteinelor în lichidul de ascită se asociază frecvent cu riscul de apariție a neoplasmului primitiv hepatic sau carcinomatozei peritoneale. Este importantă monitorizarea proteinelor din lichidul de ascită sau din ser, care surprinde scăderea în dinamică, pe când raportul lor având o valoare aproape constantă nu ne poate da informații predictive eficiente.

DIAGNOSTICUL ETIOLOGIC AL HEMORAGIEI DIGESTIVE SUPERIOARE LA BOLNAVII CU CIROZĂ HEPATICĂ

P. Mitruț, E. Mota, Amelia Genunche, Cristina Văduva, Monica Popescu Ilioniu, Diana Predescu

U.M.F. Craiova, Spitalul Județean de Urgență - Clinica Medicală II

INTRODUCERE

Hemoragia digestivă superioară reprezintă o complicație majoră a cirozei hepatice, care influențează dominant evoluția și prognosticul bolii. Spectrul etiologic al hemoragiei este divers, fapt ce are și implicații terapeutice importante.

SCOP

Lucrarea noastră urmărește să evidențieze principalele cauze de sângerare la bolnavul cirotic și corelațiile cu diverse aspecte statistice.

MATERIALE ȘI METODĂ

S-a luat în studiu un lot de 287 de bolnavi cu ciroză hepatică cu ascită, monitorizați activ timp de 4 ani, 1 ianuarie 1999 — 1 ianuarie 2003, internați în Clinica Medicală II a Spitalului Județean de Urgență Craiova. Dintre aceștia un număr de 60 de bolnavi au prezentat în cursul evoluției de 4 ani cel puțin un episod de hemoragie digestivă superioară (20,9% din totalul lotului studiat). Analiza statistică a acestui lot de bolnavi a evidențiat o predominanță a episoadelor hemoragice la bărbați (68,3%) față de femei (31,7%) și o vârstă medie de 56 ani.

Ca explorări paraclinice, pe lângă protocolul de explorare al bolnavului cirotic (examinare clinică, explorare biochimică completă, explorarea lichidului de ascită și explorarea imagistică a ficatului), s-a făcut o monitorizare endoscopică a bolnavilor la un interval de 1 an și o explorare endoscopică și eventual terapeutică în caz de apariție a unui eveniment hemoragic.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Cele mai frecvente cauze de sângerare, observate în lotul de bolnavi cirolici dispensarizați, au fost cele determinate de varicele esofagiene rupte la 20 de bolnavi (33,33%), sângerările prin ulcer gastric sau duodenal asociat afecțiunii hepatice: 19 cazuri (31,66%), sângerările prin gastrită acută erozivă postmedicamentoasă: 8 cazuri (13,33%) și sângerările prin gastropatie portal hipertensivă: 9 cazuri (15%). Cauze rare de sângerare observate la bolnavul cirotic au fost sângerarea prin sindrom Mallory-Weiss: 2 cazuri (3,33%) și cauze idiopatice: 2 cazuri (3,33%). S-a observat o incidență crescută a episoadelor hemoragice la bolnavii cu varice esofagiene de grad înalt și cu gastropatie portal hipertensivă formă severă. Consumul de antiinflamatoare nesteroidice a fost de asemenea, un factor favorizant pentru producerea episoadelor hemoragice. De asemenea, etiologic, consumul de alcool a fost asociat în 53,45 din cazurile care au prezentat hemoragii, asocierea însă alcool-risc de hemoragie rămâne în studiu.

CONCLUZII

Apariția hemoragiei digestive superioare este o complicație frecventă în evoluția cirozei hepatice (20,9% din cazuri). Cauzele cele mai frecvente de

sângerare la bolnavul cirotic sunt determinate de ruptura varicelor esofagiene sau gastrice, ulcerul gastric sau duodenal asociat cirozei, sângerarea prin gastropatie portal hipertensivă sau prin gastrită acută erozivă postmedicamentoasă. Sindromul Mallory-Weiss și formele idiopatice sunt cauze rare întâlnite de sângerare.

Monitorizarea periodică endoscopică a varicelor esofagiene și gastropatiei portal hipertensive și evitarea consumului de antiinflamatoare nesteroidice reprezintă modalități de prevenție a riscului hemoragic.

ROLUL ECOENDOSCOPIEI ÎN DIAGNOSTICUL TUMORILOR PULMONARE

Aurora Banta, D. Ghiță, A. Săftoiu, T. Ciurea
U.M.F. Craiova, Clinica Medicală I - Gastroenterologie

INTRODUCERE

Prezentăm cazurile a 2 pacienți cu vârste de 64 și 72 ani, mediul rural, consumatori de alcool, care s-au prezentat cu disfagie înaltă, scădere ponderală, tuse cu expectorație muco-purulentă. Examenul obiectiv a evidențiat denutriție grad. II, torace emfizematos, cu submatitate bazal dreaptă și discrete raluri bronșice pe aria pulmonară dreaptă, abdomen nedureros la palpare.

Explorările paraclinice au evidențiat: anemie normocromă normocitară, creșterea VSH. Uree, creatinină, transaminaze în limite normale

RX Cord-Pulmon: torace emfizematos cu opacități în benzi fibroase hiliobazal drept, cord în limite, respectiv voal bazal drept la celălalt pacient

PFV: disfuncție ventilatorie restrictivă ușoară

EDS: compresiune extrinsecă la aproximativ 25 cm distanța de arcadă dentară

ECO-EDS: la nivelul stenozei esofagiene mucoasă de aspect normal, formațiuni hipoecogenă de 2,5 cm și respectiv 5/4 cm bine delimitată din care s-au prelevat 4 biopsii.

Puncție endoscopică: frecvente celule pavimentoase în limite normale, grupuri de celule mici cu atipii moderate, anizoneucleoze, inversarea raportului N/C, rare PMN, hematii (frotiu pozitiv).

CT Torace: formațiune tisulară hilară dreaptă, cu îngustarea calibrului bronhiei principale și a lobarei inferioare drepte, care prezintă pereți de aspect rigid, cu atelectazie parțială de lob inferior drept, cantitate mică de lichid pleural de aceeași parte, multiple adenopatii în mediastinul superior și mijlociu parțial necrozate

CONCLUZII

Ecoendoscopia este o procedură minim invazivă de evaluare a mediastinului, oferă un acces bun al structurilor mediastinale, permite obținerea diagnosticului tisular, EUS-FNA, EBUS-FNA.

CORTICOTERAPIA SISTEMICĂ ÎN TRATAMENTUL ARTRITEI REUMATOIDE, ÎNTRE OPTIMISM ȘI RETICENȚĂ

Maria Suta, Ana-Maria Ramazan

În 1950 doctorul Philip Hance folosește glucocorticoizii (GC) în tratamentul artritei reumatoide și primește premiul Nobel pentru „descoperirea relației dintre hormonii cortexului adrenal, structura și efectele lor biologice“. După 50 de ani, utilizarea corticoterapiei sistemice în artrita reumatoidă rămâne un subiect de controversă abordat din ce în ce mai des cu argumente pro și contra în ceea ce privește beneficiile și reacțiile adverse.

Temerile iscate în principal de toxicitatea GC au întârziat utilizarea eficientă a acestor medicamente până după 1990. Ani îndelungați au fost considerați ca ultima treaptă a piramidei terapeutice fiind folosiți ca medicație de rezervă după epuizarea celorlalte medicamente sau în prezența unor complicații grave, amenințătoare de viață.

După 1990 locul GC în tratamentul artritei reumatoide a fost reevaluat. Având în vedere mecanismul de acțiune al GC, se poate afirma ca ei pot controla simptomatologia prin inhibarea sintezei de prostaglandine și pot acționa ca un drog modificador de boală prin supresia citokinelor. Studiile clinice efectuate în ultima decadă au demonstrat ca dozele mici/medii de prednisolon (10 mg/zi) în asociere cu alte DMARD determină ameliorarea rapidă a stării funcționale și întârzie progresia leziunilor radiologice.

Dintre reacțiile adverse determinate de GC, osteoporoza și cataracta sunt cel mai bine documentate, în timp ce altele, cum ar fi gastropatia, infecțiile, hiperglicemia, glaucomul, etc. necesită încă o lungă și atentă perioadă de urmărire pentru a fi puse pe seama corticoterapiei orale cu doze mici/medii.

Mesajul ultimului Congres ACR (Orlando, 2003) privind utilizarea GC în tratamentul PR este: „Un pic/puțin de GC, la fel ca un pahar de vin, poate fi de folos multor oameni, în timp ce o doză mare de GC, la fel ca o sticlă de vin este dăunătoare pentru toți“, dar în ambele cazuri folosirea îndelungată poate fi dăunătoare.

OBEZITATEA, FACTOR DE RISC ÎN DISLIPIDEMII

dr. Uța Iulian, dr. M. Uța, dr. E. Anghelescu, prof. dr. C.P. Stancu, dr. M. Dragomir, dr. B. Ungureanu, dr. C. Efrem, dr. A. Popescu
Spitalul „Filantropia“, Clinica Medicală I, Craiova

SCOP

Lucrarea urmărește analiza unui lot în perioada iunie — decembrie 2003.

Scopul acestei lucrări este depistarea bolnavilor cu dislipidemie având ca factor de risc obezitatea.

MATERIALE ȘI METODĂ

S-a folosit pentru studiu un lot de 90 de bolnavi selecționați din Clinica Medicală I a Spitalului Filantropia.

Recomandările europene din 1994 sugerează folosirea „Diagrama Euro 94“ (Hâncu și colab.) pentru cuantificarea stării de risc.

CONCLUZII

1. Lucrarea s-a efectuat pe un lot de 1000 de subiecți din care 90 (9%) aveau dislipidemie și obezitate.
2. Din totalul de 90 bolnavi, 70 (77,77%) sunt bărbați și 20 (22,3%) sunt femei.
3. Repartiția pe grupe de vârstă a fost: 18-30 ani — 30 bolnavi; 0-40 ani — 42 bolnavi (46,67%); peste 40 ani — 18 bolnavi (20%).
4. Din lot 10 pacienți (11,1%) au avut diabet zaharat.
5. Asocierea dintre obezitate și dislipidemie a fost prezentă la 50 din pacienți (55,6%).

6. Asocierea dislipidemiei cu obezitate și ciroza hepatică a fost prezentă la 5 pacienți (5,55%).

7. Din anamneză rezultă că 65 persoane din lot sunt fumătoare (72,2%).

8. Din totalul lotului la 7 pacienți s-a făcut asocierea între cardiopatia ischemică și fumat (7,77%).

FUMATUL, FACTOR DE RISC ÎN DISLIPIDEMII

dr. E. Anghelescu, prof. dr. C.P. Stancu, dr. M. Uța, dr. I. Uța, dr. M. Dragomir, dr. B. Ungureanu, dr. C. Efrem, dr. A. Popescu
Spitalul „Filantropia“, Clinica Medicală I, Craiova

SCOP

Lucrarea urmărește analiza unui lot în perioada iunie — decembrie 2003.

Scopul este depistarea bolnavilor cu dislipidemie având ca factor de risc fumatul.

MATERIALE ȘI METODĂ

S-a folosit pentru studiu un lot de 120 de bolnavi selecționați din Clinica Medicală I a Spitalului Filantropia.

Recomandările europene din 1994 sugerează folosirea „Diagrama Euro 94“ (Hâncu și colab.) pentru cuantificarea stării de risc.

CONCLUZII

1. Din totalul de 2200 de pacienți s-a selecționat un lot de 120 bolnavi (5,25%) cu dislipidemie.
2. În lot sunt 40,90% fumători și 59,10% nefumători.
3. Dintre fumători: 28% fumează 1 pachet/zi; 39% fumează 2 pachete/zi; 33% fumează 3 pachete/zi.
4. În lot sunt 66,66% bărbați și 33,34% femei.
5. Provin din mediul urban 75% și din mediul rural 25%.
6. Lotul este împărțit după vârstă: 18-30 ani — 41,67%; 30-40 ani — 16,66%; peste 40 ani — 41,67%.
7. Din lot, 36,67% subiecți fumează țigări fără filtru, iar restul de 63,33% fumează țigări cu filtru.
8. Din lot doar 4 bolnavi (3,33%) s-au lăsat de fumat.
9. Repartiția grupului este: dislipidemie tip II — 33,33%; dislipidemie tip IV — 25%; alte tipuri — 41,67%.

O ABORDARE INTEGRATIVĂ A DATELOR CERTE ȘI A IPOSEZELOR PRIVIND ETIOPATOGENIA BOLILOR INFLAMATORII CRONICE INTESTINALE IDIOPATICE

asist. univ. dr. Alice Bălăceanu,
conf. dr. Horia Bălan,
asist. univ. dr. Camelia Diaconu
U.M.F. „Carol Davila”, București

Bolile intestinale inflamatorii idiopatice, cuprinzând boala Crohn și colita ulcerativă, prezintă încă multiple semne de întrebare privind etiopatogenia exactă. Numeroase studii efectuate în ultimii ani au dus la concluzia că apariția manifestărilor clinice de boală necesită intervenția a cel puțin trei factori principali: factorii de mediu, predispoziția genetică și pierderea toleranței imunologice la factorii de mediu.

Dintre factorii de mediu, flora intestinală joacă un rol important, fiind demonstrată de eficacitatea tratamentului antibiotic, de asocierea creșterii permeabilității intestinale cu recăderea bolii și de studii efectuate pe animale de laborator, care nu dezvoltă boala în condiții de asepsie intestinală.

Factorii genetici implicați sunt multipli, astfel că se consideră că bolile inflamatorii intestinale idiopatice au o patogenie poligenică. Multiple studii au demonstrat agregarea familială a bolii, cu o rată de concordanță mai mare la gemenii monozi-goți decât la gemenii dizigoți, asocierea bolilor inflamatorii intestinale idiopatice cu diverse defecte genetice (sindrom Turner, sindrom Hermansky-Pudlak) și existența diferențelor etnice, cu o incidență mai mare la caucazieni decât la asiatici. Progrese substanțiale în demonstrarea rolului factorilor genetici în etiopatogenia acestor boli s-au obținut în momentul utilizării markerilor ADN microsateliți în screening-ul genomic.

Mapping-ul detaliat al cromozomului 16 a dus recent la identificarea unei gene responsabile, cel puțin în parte, de apariția bolii Crohn. Această genă a fost denumită NOD2 sau CARD15. Această genă posedă două domenii principale de activitate, unul fiind responsabil de activarea caspazei, jucând un rol important în apoptoză și al

doilea conținând o secvență repetitivă de 10 leucine, jucând un rol în recunoașterea microbilor și imunitatea moștenită genetic.

Scan-ul genomic a dus la identificarea și a altor locusuri susceptibile de boală, situate pe cromozomii 12q, 6p, 14q, precum și asocierea bolilor inflamatorii intestinale idiopatice cu alele ale complexului MHC (clasele I, II), gena TNF, genele IL-1, ICAM-1, CCR5, VDR, MUC3.

Pierderea toleranței normale în bolile inflamatorii intestinale idiopatice poate rezulta dintr-o varietate de defecte distincte ale sistemului imun mucosal. În aceste boli crește captarea monocitelor circulante în mucoasa intestinală și activarea macrofagelor mucosale, având ca rezultat o secreție crescută de citokine proinflamatorii, precum: TNF, IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, IL-18.

În boala Crohn nivelul crescut de IL-12 duce la diferențierea excesivă a limfocitelor Th1 secretante de IFN și TNF (imunitate mediată celular). În cazul colitei ulcerative rolul principal îl joacă IL-5, cu activarea ulterioară a răspunsului imun umoral al celulelor B.

Sistemul imun mucosal are și o componentă antiinflamatorie, reprezentată de o subpopulație distinctă de celule Th 2 contrareglatoare, care produce citokine supresoare, precum TGF, IL-10, IL-4.

Celulele inflamatorii eliberează tromboxani, prostaglandine leucotriene, radicali liberi de oxigen, oxid nitric, ducând la injurii epiteliale, vasodilatație cu hipertensiune, creșterea permeabilității intestinale, cu edem mucosal.

NOI ABORDĂRI TERAPEUTICE ÎN BOLILE INFLAMATORII INTESTINALE CRONICE IDIOPATICE

asist. univ. dr. Alice Bălăceanu,
conf. dr. Horia Bălan,
asist. univ. dr. Camelia Diaconu
U.M.F. „Carol Davila”, București

Tratamentul bolilor inflamatorii intestinale idiopatice a fost supus în ultimii ani la multiple dezbateri, având în vedere progresele continue în elucidarea etiopatogeniei acestor boli și locul pe care îl ocupă factorii genetici și procesele inflamatorii în generarea răspunsului imun.

Principalele clase de medicamente folosite în tratamentul bolilor inflamatorii intestinale idiopatice sunt: derivatele de acid 5-aminosalicilic (5-ASA), corticosteroizii, imunosupresivele și imunomodulatele, antibioticele și probioticele, precum și unii agenți farmacologici aflați încă în investigații. Adițional tratamentului farmacologic specific se mai utilizează medicamente antiidiareice, nutriție parenterală totală, dietă elementală sau dietă suplimentară, tratamentul chirurgical.

Derivatele de 5-ASA (sulfasalazina, olsalazina, balsalazida, mesalazina) sunt recomandate în boala Crohn — forma ușoară, (oral) și în colita ulcerativă, formele ușoare și moderat active, cu afectare distală (oral sau rectal) sau extensivă (oral). Dozele utilizate sunt de 3-6 g/zi pentru sulfasalazină și de 3,2-4,8 g/zi pentru mesalazină. De preparate 5-ASA beneficiază și colita ulcerativă, aflată în remisiune, distală (oral sau rectal) sau extensivă (oral, 2-3 g/zi).

Corticosteroizii sunt recomandați în formele moderate și severe de boală Crohn și în formele moderate, severe sau refractare de colită ulcerativă, cu localizare distală sau extensivă (oral, în doze ce depășesc 60 mg/zi). Calea i.v. este rezervată formelor suficiente de severe de boala Crohn sau colita ulcerativă fulminantă.

Dintre imunosupresive și imunomodulate, eficacitate dovedită în bolile inflamatorii intestinale idiopatice au azathioprina, mercaptopurina, methotrexatul și ciclosporina. Azathioprina și mercaptopurina se recomandă în terapie asociată cu corticosteroizi, oral sau iv, în colita ulcerativă distală sau extensivă, formele refractare sau în remisiune, iar în boala Crohn, în formele moderate, cu localizare perianală sau în remisiune. Dozele recomandate sunt de 2-2,5 mg/kgc pentru azathioprină și de 1,5 mg/kgc pentru mercaptopurină. Beneficiul clinic se obține după aproximativ o lună. Methotrexatul se recomandă în boala Crohn activă, dependența de corticosteroizi sau în forma severă, s.c. i.m. sau i.v., în doze de 15-25 mg/săptămână. Ciclosporina se recomandă în colita ulcerativă, forma severă, sau în boala Crohn cu fistule renale sau cutanate, în p.e.v. continuu 4 mg/kgc/zi; răspunsul terapeutic apare după aproximativ 2 săptămâni. Alt agent imunosupresiv folosit este mycofenolatul mofetil, răspunsul terapeutic apărând după aproximativ o lună.

Cel mai folosit dintre agenții anti-TNF este infliximab (Remicade), aprobat de FDA în 1998, un anticorp monoclonal himeric, fiind recomandat în boala Crohn, formele severe, refractare sau boala perianală, în doză unică de 5 mg/kgc în p.e.v. în diverse regimuri: o dată pe lună; 3 doze la 0-2-4 săptămâni; repetat la 8 săptămâni interval; în zilele 0, 14, 42 apoi la fiecare 8 săptămâni. Timpul de înjumătățire al infliximab-ului este de aproximativ 10 zile și efectul lui biologic persistă mai mult de 2 luni.

În încercarea de a minimaliza reacțiile alergice ale infliximab-ului, generate de structura lui himerică, s-a ajuns la alți agenți anti-TNF, obținuți prin inginerie genetică și anume: CDP571, etanercept. Deși, numărul de pacienți tratați cu infliximab și etanercept este similar, ca și eficacitatea lor, au fost raportate mult mai puține cazuri de reactivare a tuberculozei la pacienții tratați cu etanercept.

Dintre antibiotice și probiotice, eficace s-au dovedit metronidazolul și ciprofloxacina, având proprietăți imunomodulatorii proprii.

Alți agenți terapeutici aflați încă în investigații sunt: hormonul de creștere, anticorpi anti-IL-12, factorii IL-10 și IL-11, anticorpi monoclonali anti-subunitate 4 integrina, antagoniști p38, agenți care acționează asupra factorului nuclear de transcriere B, nicotina transdermică, rosiglitazone, transplantul medular alogenic.

PROBLEME PSIHO-SOMATICE ȘI PSIHO-SOCIALE ÎN CADRUL ASISTENȚEI BOLNAVILOR PSORIAZICI

prep. univ. Ioana-Elena Necula,
asist. univ. Ovidiu Popa Velea,
prof. dr. Ioan Bradu Iamandescu

Profilul psihologic specific al pacienților cu psoriazis include existența unui nivel ridicat al depresiei și anxietății. De asemenea o componentă importantă a stresului o constituie frustrarea rezultată atunci când în calea satisfacerii unei trebuințe se interpune un obstacol. Este posibil ca psoriazisul să fie asociat cu un nivel ridicat al frustrării sau o vulnerabilitate considerabilă la frustrare dar și la alte tipuri de stres, precum și cu un anumit tip de reacție la frustrare. De asemenea, am

investigat posibilele evenimente psiho-traumatizante pe care le-au traversat pacienții cu psoriazis în preajma declanșării bolii acestora. Am avut în vedere și posibilitatea redusă a acestora de a face față stresului prin potențialul redus al tehnicilor de a întâmpina cele mai comune tipuri de stres.

Am pornit de la ipoteza că există la pacienții cu psoriazis un nivel ridicat al vulnerabilității la stres din punct de vedere al frustrării, suprasolicității și muncii sub presiunea timpului și de asemenea, că la aceștia există un tip de reacție la frustrare diferit de cel al subiecților sănătoși. În ceea ce privește tehnicile de a face față stresului ne-am așteptat ca acestea să fie utilizate într-un procent destul de scăzut.

Studiul s-a realizat pe două eșantioane a câte 50 subiecți: un eșantion — lot de control — alcătuit din subiecți sănătoși și un eșantion — lot experimental — alcătuit din pacienți cu psoriazis. Cele două loturi au fost investigate cu următoarele metode: anamneza, testul de autoanaliză a stresului Columbia, scala Lindemann — corespondentul scalei Holmes și Rahe, testul psihologic proiectiv de frustrare Rosenzweig.

Rezultatele studiului arată că pacienții cu psoriazis prezintă într-adevăr un tip de reacție la frustrare diferit de cel al subiecților sănătoși, în sensul că aceștia prezintă tendință spre răspunsuri impunitive (non punitive), în care agresiunea nu apare ca o forță generatoare. Există la acești pacienți o încercare de a se evita formularea unui reproș, fie adresat altora, fie lor înșiși și de a privi situația frustrantă în chip conciliant. De asemenea, pacienții cu psoriazis prezintă răspunsuri de persistență a trebuinței în sensul nonpunitivității, adică își exprimă speranța că timpul sau împrejurările firești vor aduce o soluție problemei. Răbdarea și supunerea sunt caracteristice acestui tip de răspuns. Pacienții cu psoriazis au un grad mai mare de vulnerabilitate la frustrare, suprasolicitare și muncă sub presiunea timpului, comparativ cu subiecții sănătoși. Referitor la utilizarea tehnicilor de a face față celor mai comune tipuri de stres, rezultatele atestă un procent semnificativ mai scăzut în cazul pacienților cu psoriazis comparativ cu subiecții sănătoși. Legătura dintre stres și psoriazis este atestată și de către un procent semnificativ de bolnavi, iar în ceea ce privește evenimentele cu potențial stresant major din preajma declanșării bolii, putem menționa:

decesul partenerului de viață, decesul unor rude apropiate, dificultăți financiare, boala severă personală sau a rudelor, etc.

Concluziile prezentului studiu pot fi folosite în vederea îmbunătățirii managementului de caz și deschiderea de noi orizonturi terapeutice.

TRATAMENTUL CU INTERFERON-ALFA ASOCIAT CHIMIOTERAPIEI LA BOLNAVI CU MIELOM MULTIPLU

G. Oltean, Smaranda Demian, I. Macarie
U.M.F. Tg.-Mureș, Clinica Medicală I,
Compartimentul de Hematologie

INTRODUCERE

Mielomul multiplu (MM) tratat cu chimioterapie (CHT) standard devine în timp refractar la tratament. Adăugarea interferonului (IFN) duce la încetinirea progresiei bolii și la creșterea supraviețuirii.

Scopul studiului a fost de a evalua durata răspunsului terapeutic și supraviețuirea bolnavilor cu MM după CHT combinată cu IFN.

MATERIALE ȘI METODĂ

La 59 de bolnavi cu MM anterior netratați s-a administrat CHT cu vincristin, melphalan, ciclofosfamidă și prednison (VMCP) la fiecare 4 săptămâni timp de 6-12 luni (27 bolnavi), sau VMCP în combinație cu IFN subcutanat 3MU de 3 ori pe săptămână până la progresia sau recăderea bolii (32 bolnavi).

REZULTATE

Rata răspunsului terapeutic a fost de 43,75% în grupul CHT și de 70,37% în grupul CHT+IFN. Răspunsul terapeutic a fost mai bun prin aplicarea terapiei combinate decât numai a CHT, atât în MM IgG (80% vs. 47,61%), cât și în MM IgA (57,14% vs. 36,36%). De asemenea, supraviețuirea medie a fost mai lungă (38 luni vs. 26 luni). După o evoluție de 2 ani, 31,57% din bolnavii tratați cu CHT+IFN și 14,28% din cei tratați cu CHT erau în remisie de boală. Toxicitatea hematologică (leucopenie și/sau trombocitopenie), în perioada de inducție a tratamentului, a fost mai crescută în terapia combinată (47,36%) decât în cazul CHT (35,71%). 25,92% dintre bolnavii care primeau IFN au prezentat

toxicitate nehematologică (simptome pseudogripale, diaree, depresie reversibilă), la 11,11% din cazuri tratamentul cu IFN fiind întrerupt.

CONCLUZII

Tratamentul cu IFN adăugat CHT crește rata răspunsului terapeutic și supraviețuirea bolnavilor cu MM. La bolnavii care răspund la CHT convențională, tratamentul de întreținere cu IFN întârzie recăderea de boală. Toxicitatea tratamentului este redusă și acceptată de bolnavi. IFN este recomandat ca terapie standard asociată sau de întreținere pentru îmbunătățirea supraviețuirii bolnavilor cu MM.

LIMFOPROLIFERĂRI MALIGNE CU DETERMINĂRI PRIMARE MEDIASTINALE – ASPECTE DIAGNOSTICE ȘI EVOLUTIVE

G. Oltean, Smaranda Demian, I. Macarie
U.M.F. Tg.-Mureș, Clinica Medicală I,
Compartimentul de Hematologie

INTRODUCERE

Limfoamele maligne non-Hodgkin (LNH), limfomul Hodgkin (LH) și leucemia limfocitară cronică (LLC) sunt cele mai frecvente limfoproliferări maligne. Frecvent, acestea pot debuta la nivelul mediastinului sau se pot însoți, în evoluție, de determinări mediastinale voluminoase, punând probleme de diagnostic și terapie.

Scopul acestei lucrări este de a studia unele aspecte diagnostice și evolutive ale limfoproliferărilor cu determinări primare mediastinale.

MATERIALE ȘI METODĂ

Au fost luați în studiu 90 de bolnavi la care a fost evidențiată, în momentul prezentării, o masă tumorală mediastinală. Au fost studiate manifestările clinice de debut, modul de precizare a diagnosticului, natura afecțiunii și evoluția sub tratament.

REZULTATE

Majoritatea bolnavilor prezintă, ca manifestări de debut, astenie și fatigabilitate (91,11%) sau subfebrilitate (87,77%); durerea toracică și dispneea de efort apar mai rar ca prime manifestări (47,77%, respectiv 34,44%). Radiografia toracică, tomografia standard și computerizată orientează diagnosticul în toate cazurile. Masa tumorală a fost diagnosticată ca LNH

(24), LH (15), LLC (20), tumoare bronhopulmonară (15), sarcoidoză (6), adenopatie TBC (10). Diagnosticul a fost precizat prin examen histopatologic după toracotomie minimă (15,55%), puncție biopsic sub ecran tomografic (2,22%), bronhoscopie (16,66%) sau lavaj bronșic (4,44%). Valorile leucemice cu limfocitoză absolută și infiltrare a măduvei osoase confirmă existența unei LLC. Examenul concomitent al sputei pentru BK confirmă natura tuberculoasă a adenopatiei mediastinale. Evoluția LNH și a LLC cu masă mediastinală este mai severă, pe când cea a LH (de regulă forma cu scleroză nodulară) este mai puțin agresivă. În urma aplicării terapiei specifice, ratele remisiunilor complete sunt mai reduse în cazurile cu prezența determinărilor mediastinale (LNH 58,33%; LLC 80%) comparativ cu cele obținute în cazurile fără astfel de determinări (LNH 79,16%; LLC 95%). Supraviețuirea la 5 ani este, de asemenea, mai scăzută în prezența determinărilor mediastinale (LNH 54,16% vs 66,66%; LLC 40% vs 70%).

CONCLUZII

Limfoproliferările primare mediastinale pun importante probleme de diagnostic, necesitând, frecvent, recurgerea la explorări intervenționale. Evoluția bolii în aceste cazuri este mai agresivă, iar supraviețuirea bolnavilor mai scurtă.

STUDIUL MANIFESTĂRILOR NEUROLOGICE ÎN PRINCIPALELE HEMOPATII MALIGNE

G. Oltean¹, Smaranda Demian¹, I. Macarie¹,
M. Oltean², Marcela Căndeia¹

1. U.M.F. Tg.-Mureș, Clinica Medicală I,
Compartimentul de Hematologie
2. Spitalul Clinic Județean de Urgență Tg.-Mureș,
Clinica de Neurologie

INTRODUCERE

O serie de manifestări neurologice pot să apară ca primă manifestare a unor hemopatii maligne sau să constituie complicații care devin manifeste pe parcursul evoluției acestora, fie în cadrul dezvoltării procesului malign, fie secundare tratamentului aplicat. Acestea pot influența evoluția și prognosticul hemopatiei.

Scopul acestei lucrări este studiul manifestărilor neurologice în principalele hemopatii maligne.

MATERIALE ȘI METODĂ

În cadrul unui studiu retrospectiv au fost analizați 509 bolnavi cu hemopatii maligne: 108 leucemii acute (LA), 115 mieloproliferări cronice, 87 mielome multiple (MM), 54 limfoame Hodgkin (LH), 199 limfoame non-Hodgkin (LNH). Au fost studiate incidența și tipul manifestărilor neurologice prin prisma relației cauză-efect, a valorii lor prognostice și a supraviețuirii bolnavilor.

REZULTATE

Am constatat o incidență de 9,23% a manifestărilor neurologice. Acestea au fost prezente în 8,33% din LA, 3,07% din leucemiile cronice, 22,98% din MM, 10,71% din policitemia vera, 8,27% din LNH și 1,87% din cazurile cu LH. În 70,21% din manifestările neurologice, s-a constatat existența afectării unor nervi periferici. Afectarea sistemului nervos central (SNC) (29,78% din cazuri) s-a manifestat (îndeosebi în LA) ca afectare meningeală leucemică, ori ca hemoragie intracerebrală sau subarahnoidiană. Hipervâscozitatea cu simptome din partea SNC a fost observată la bolnavii cu MM. În 7,46% din cazuri, afectarea nervilor periferici a fost secundară chimioterapiei aplicate. Supraviețuirea bolnavilor este semnificativ mai prelungită în cazurile fără manifestări neurologice (mai ales în LA și LNH).

CONCLUZII

Neuropatia periferică și afectarea SNC pot constitui prima manifestare sau să apară ca și complicații ale unei hemopatii maligne cunoscute. Acestea au o valoare prognostică influențând supraviețuirea bolnavilor și necesitând măsuri terapeutice corespunzătoare.

STUDIUL EPIDEMIOLOGIC AL DIABETULUI ZAHARAT NOU DEPISTAT ÎN ANUL 2003

conf. univ. dr. A.-R. Popa, Marilena Popa,
Mihaela Popoviciu, Simona Pașcondea,
Dana Romanescu, Camelia Prună, Diana Podilă
Universitatea din Oradea,
Clinica de Diabet, Nutriție, Boli Metabolice

SCOP

Studiul analizează particularitățile incidenței cazurilor cu diabet zaharat (DZ) depistate în anul 2003 și tendințele actuale de evoluție a bolii.

MATERIALE ȘI METODĂ

Este un studiu epidemiologic retrospectiv, pe 1287 de cazuri cu DZ, depistate în perioada 1.01.2003-15.12.2003.

REZULTATE

2,3% (29 subiecți) au DZ1 (62,1% bărbați, 37,9% femei) comparativ cu 97,7% (1258 subiecți) cu DZ2 (44,6% bărbați, 55,4% femei). Vârsta medie de apariție pentru DZ1 este 26,1 ani comparativ cu DZ2 cu vârsta medie 57,3 ani. 76,9% DZ2 sunt căsătoriți comparativ cu 31% DZ1. 69,0% dintre necăsătoriți sunt DZ1. Pentru fiecare grad de obezitate, DZ2 prezintă o creștere semnificativă statistic (ss) comparativ cu DZ1 (obezitate gr. I: 25,3% vs. 6,9%; obezitate gr. II: 10,4% vs. 3,4%; obezitate gr. III: 6% vs. 3,4%). În momentul diagnosticului, DZ2 comparativ cu DZ1 prezentau următoarele complicații cronice (cc): dislipidemie (DLP) (90,2% vs. 80%), neuropatie diabetică (NP) (55,3% vs. 50%), retinopatie diabetică (RD) (40,9% vs. 0%), nefropatie diabetică (N) (40% vs. 0%), hipertensiune arterială (HTA) (35,3% vs. 20,7%), boală cardiovasculară (BCV) (12,4% vs. 0%). Dintre subiecții cu c.c., 56,2% vs. 60% au fost tratați pentru DLP, 40% vs. 100% pentru ND, 14,8% pentru RD, 6,6% pentru N, 65,8% vs. 50% pentru HTA, 68,6% pentru BCV. Dintre subiecții cu BCV, 64,7% au cardiopatie ischemică, 14,1% arteriopatie, iar 8,3% accident vascular cerebral. Dintre cei cu ND, 69,1% au HTA, 8,8% insuficiență cardiacă congestivă, iar 7,4% pielonefrită cronică. În momentul diagnosticului, 3,5% au 1 c.c., 3%-2 c.c., 1,8%-3 c.c. La depistare, media tensiunii arteriale sistolice (TAS) în DZ2 a fost 146,7 mmHg vs. 137,1 mmHg DZ1, media tensiunii arteriale diastolice (TAD): 87,2 mmHg vs. 80,0 mmHg, media colesterololemiei: 225,4 mg% vs. 220,0 mg%, media trigliceridemie: 201,3 mg% vs. 193,7 mg%. Tratați cu insulină au fost 58,6% DZ1 vs. 9,6% DZ2. La subiecții DZ2, 50,1% au fost tratați cu tablete anti-diabetice (33,1% sulfonil-uree, 24,7% biguanide, 16,3% sulfonil-uree+ biguanide), 23,1% dietă, 16,3% tratament asociat.

CONCLUZII

Se observă o tendință de creștere a incidenței cazurilor de DZ2, în timp ce DZ1 este staționar. În momentul diagnosticului,

c.c. sunt prezente în DZ2, atât neurologice cât și vasculare. Există deficiențe vizibile în diagnosticul precoce și în screeningul c.c. din DZ la debut.

STUDIUL EPIDEMIOLOGIC PRIVIND COMPLICAȚIILE CRONICE ÎN DIABETUL ZAHARAT TIP 2

conf. dr. A-R. Popa, Mihaela Popoviciu, Simona Pașcondea, Marilena Popa, M. Sardar
Universitatea din Oradea,
Clinica de Diabet, Nutriție, Boli Metabolice

SCOP

Este un studiu epidemiologic retrospectiv care a analizat particularitățile complicațiilor cronice (cc) ale diabetului zaharat tip 2 (DZ2) la toți subiecții aflați în evidența centrului antidiabetic local.

MATERIALE ȘI METODĂ

Au fost studiați 1054 de pacienți cu DZ2, intrați în evidența centrului local antidiabetic în perioada 1999-2003.

REZULTATE

Lotul de studiu a cuprins 572 femei (54,3%) și 482 bărbați (45,7%), 723 (68,6%) din mediul urban și 331 (31,4%) din mediul rural, cu o distribuție maximă la decada de vârstă 61-70 de ani (33,4%). Cc sunt: 55,1% dislipidemie (DLP), 39,6% polineuropatie diabetică (PNP), 27,3% retinopatie diabetică (RD), 25,7% arteriopatie diabetică (AD), și 13,9% cardiopatie (CI). Dacă 20,8% dintre DZ2 nu au nici o cc, 29,7% (313 subiecți) au 1 cc, 23,4% (247 subiecți); 2 cc, 19,8% (209 subiecți); 3 cc, 5,8% (61 subiecți); 4 cc. etc. În momentul diagnosticului, 5% DZ2 au deja 1 cc, 1% au 2 cc, 0,6% au 3 cc. Pentru 1 cc, 67,4% este DLP, 16,3% PNP, 7,3% AD, 5,4% RD, 3,5% CI. Pentru 2 cc, cea mai frecventă asociere este PNP+DLP-20,6%, urmată de RD+PNP-15,4%, CI+DLP-15%, AD+PNP-14,2%, AD+DLP-13,0% etc. Pentru 3 cc, cea mai frecventă asociere este RD+PNP+DLP-26,3%, urmată de AD+PNP+DLP-22,5%. Pentru 4 cc, cea mai frecventă asociere este RD+AD+PNP+DLP-57,4%. După vârsta DZ2, cc apar în următoarea ordine statistică: DLP-după 3 ani vs. CI după 5 ani în medie ($p < 0,001$) vs. AD și PNP-după 6-7 ani în medie ($p < 0,001$) vs. RD-după 9 ani în medie

($p < 0,001$). RD vs. PNP, AD, CI, DLP ($p < 0,001$). Media de evoluție a DZ2 pentru apariția unei cc este 6,3 ani, vs. 2 cc - 7,8 ani ($p < 0,05$), vs. 3 cc - 9,5 ani ($p < 0,05$), vs. 4 cc - după 11,1 ani ($p < 0,05$), vs. 5 cc - 20,4 ani ($p < 0,001$).

CONCLUZII

75% dintre DZ2 au cc, 5% chiar din momentul diagnosticului. Peste 50% DZ2 au 1 sau 2 cc, DLP este cea mai frecventă cc, iar asocierea care apare cel mai devreme este DLP+PNP. Statistic, ordinea apariției cc este: DLP, CI, PNP, AD și RD. Riscul apariției RD este crescut de prezența CI și AD și scăzut de PNP și DLP. Riscul apariției CI este crescut de AD și DLP, scăzut de PNP. DLP crește riscul de apariție a PNP și AD. Rezultă că și managementul pentru prevenirea apariției cc trebuie individualizat.

ASPECTE EVOLUTIVE ȘI PROGNOSTICE ÎN LIMFOAME MALIGNNE NON HODGKIN NODALE AGRESIVE

Smaranda Demian¹, G. Oltean¹, I. Macarie¹, Marcela Căndea¹, M. Laszlo²

1. U.M.F. Târgu Mureș, Clinica Medicală I, Compartiment Hematologie

2. U.M.F. Târgu Mureș, Facultatea de Medicină, student anul VI

Studiul își propune evaluarea impactului unor factori clinici și biologici cu rol prognostic cunoscut sau probabil, asupra ratei remisiei și a supraviețuirii, la pacienți cu limfoame maligne non Hodgkin agresive, cu debut ganglionar. Lotul supus studiului (retro și prospective) este cuprins din 127 cazuri de limfoame non Hodgkin nodale agresive (clasificare REAL), nou diagnosticate și tratate în Clinica Medicală I, Compartiment Hematologie, Spitalul Clinic de Urgență Tg Mureș, în perioada 1990-2004. Parametri notați și supuși analizei statistice au fost: tipul și subtipul histologic, sexul, vârsta la diagnostic, stadiul Ann Arbor, indexul de performanță, valoarea indicelui IPI, valoarea VSH, fibrinogenemia, lactat dehidrogenaza serică, albuminemia, valoarea gammaglobulinelor, valoarea hemoglobinei, tipul și durata tratamentelor aplicate. Au fost evaluate rata, tipul și durata remisiilor, supraviețuirea; pentru prelucrarea statistică am utilizat analiza univariată și

mononitron®

isosorbid - 5 - mononitrat

redă libertatea inimilor



Mononitron® reprezintă alegerea optimă în tratamentul și profilaxia anginei pectorale.

mononitron® EP 60mg

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală.
Înainte de prescriere consultați informațiile complete disponibile la cerere.

sicomed®

S.C. SICOMED S.A.
0040 21 3047229
B-dul Theodor Pallady nr. 50
Sector 3, 032266
București, România

curbele Kaplan Mayer. În grupul limfoamelor non Hodgkin agresive, limfoamele cu celule T periferice s-au distins, comparativ cu limfoamele maligne non Hodgkin difuze cu celule mari B, printr-o mai mare frecvență a elementelor de prognostic negativ ($p < 0,05$ pentru stadiu clinic la diagnostic, valoarea LDH, valoarea indicelui IPI); la aceleași valori ale IPI ele au prezentat valori inferioare ale ratei, calității și duratei remisiilor, cu influență net semnificativă a tipului histologic T ($p < 0,05$) asupra supraviețuirii. Un impact semnificativ asupra ratei remisie sau supraviețuirii ($p < 0,05$) s-a detectat, în cazul limfoamelor non Hodgkin difuze cu celule mari B, doar pentru stadiul clinic la diagnostic, statusul de performanță și indicele IPI.

ADENOPATII PERIFERICE ÎN CLINICA MEDICALĂ

M.G. Khadra, C.P. Stancu, B.G. Ungureanu, I.A. Popescu, I.C. Efreș, Anghelescu Elisabeta, Diana-Maria Trașcă, Oana Grigore, M. Bakri
Spital Municipal „Filantropia”, U.M.F. Craiova

Adenopatiile periferice, ca primă manifestare de boală ridică de cele mai multe ori probleme complexe în stabilirea diagnosticului.

În decurs de un an (2003) în Clinica I Medicală a Spitalului „Filantropia” din Craiova au fost depistați 16 (0,8%) pacienți cu adenopatii periferice, unice sau multiple.

După localizare, 3 (18,7%) pacienți au prezentat adenopatie unică (supraclavicular drept, supraclavicular stâng și axilar stâng); 10 (62,5%) au fost depistați cu poliadenopatie în 1/3 superioară a corpului, iar 3 (18,7%) cu poliadenopatie generalizată.

Diagnosticul definitiv la pacienții noștri a fost de: cancer bronhopulmonar la 2 pacienți (12,5%); neoplasm mamar stâng la o pacientă (6,2%); carcinom gastric, un pacient (6,2%); tumoră malignă de colon, un pacient (6,2%); boală Hodgkin, un pacient (6,2%), limfom nonhodgkinian la 3 pacienți (18,7%), leucemie limfatică cronică la 4 pacienți (25%), iar la 3 pacienți (18,7%) tuberculoză ganglionară.

Planul de investigații a inclus examene serologice (hemogramă, VSH, LDH, alfa-fetoproteina, antigenul carcino-embriionar etc.); explorări paraclinice (ecografie, radio-

logice, CT), precum și investigații invazive (biopsie ganglionară, puncție sternală).

La 9 (56,2%) pacienți, adenopatia periferică a fost descoperită după examenul obiectiv efectuat la internare, ceea ce atrage atenția asupra necesității efectuării unui examen clinic complet al bolnavului, indiferent de simptomele considerate principale.

CONCLUZII

- adenopatia periferică poate constitui semnalul pentru unele boli viscerale grave, fără simptome proprii la acel moment;
- din datele noastre rezultă că cele mai multe adenopatii au avut ca etiologie diverse tipuri de limfoame maligne;
- elucidarea unei adenopatii este un test de maturitate profesională pentru fiecare medic practicant.

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN BOALA MIXTĂ DE ȚESUT CONJUNCTIV – PREZENTARE DE CAZ

Nicoleta Dragomir, N. Dragomir, Doina Cârstea, C.P. Stancu, G.B. Ungureanu, A.I. Popescu, I.C. Efreș, M.G. Khadra, Diana-Maria Trașcă, A. Voicu-Măceșanu
U.M.F. Craiova, Spitalul Municipal

Boala mixtă de țesut conjunctiv (BMTC) se caracterizează printr-o combinație, în proporții variate, de elemente clinice majore din LES, SS și PM, asociate cu prezența de autoanticorpi antiantigen nuclear extractibil ribonucleazo-sensibil.

Pacienta V. M., în vârstă de 46 de ani s-a internat pentru dureri în articulațiile mici, articulația coxo-femurală stângă în special la mobilizare, fotosensibilitate, fenomen Raynaud, mialgii, astenie fizică marcată și dispnee de efort.

Debutul bolii a fost marcat prin tumefierea simetrică a articulațiilor metacarpofalangiene (mcf) și interfalangiene (if), cu redoare matinală și dureri tenace în articulația coxofemurală stângă. Au urmat repetate pusee de artrită cu aceeași localizare.

La data internării examenul clinic relevă: denutriție moderată, tumefieri edematoase ale degetelor, deformări ale articu-

lațiilor if cu deviație ulnară, limitarea mobilizării articulației coxo-femorale stângi, poliadenopatie, zgomot II accentuat la pulmonară.

Diagnosticul de BMTC s-a bazat pe examenul clinic, prezența sindromului imunologic (pancitopenie, C3 scăzut, CIC crescute, prezența factorului reumatoid, a AAN, crioglobulinelor la rece și creșterea titrului autoanticorpilor antiribonucleoprotează nucleară) și a sindromului inflamator (pozitivarea reacțiilor de fază acută).

Examenul radiologic articular a evidențiat deformații și subluxații ale articulațiilor mâinilor și necroză aseptică de cap femural stâng.

La radiosopia toracopulmonară s-au observat semne de hipertensiune pulmonară și HVD.

La EDS s-a constatat hipomotilitate și esofagită de reflux.

Pe EKG s-au observat semne de HAD și HVD.

Particularitatea cazului constă în polimorfismul simptomatologiei articulare, însoțită de multiplă afectare viscerală, cu expresie clinică minimă și care din cauza necrozei aseptice a capului femural nu beneficiază de terapia cortizonică.

ARTRITA CRONICĂ JUVENILĂ – PREZENTARE DE CAZ

Nicoleta Dragomir, C.P. Stancu, N. Dragomir, G.B. Ungureanu, Adina Glodeanu, Elisabeta Anghelescu, A.I. Popescu, I.C. Efreș, Valentina Goga, Diana-Maria Trașcă
U.M.F. Craiova, Spitalul Municipal Filantropia

Artrita cronică juvenilă (ACJ) este o boală inflamatorie cronică, care interesează una sau mai multe articulații, debutul bolii situându-se de obicei sub vârsta de 16 ani.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 26 de ani, a cărui boală a debutat la 6 ani, cu dureri în articulațiile mari, însoțite de febră și impotență funcțională, manifestări diagnosticate inițial ca RAA. Următoarele puseuri ale bolii s-au soldat cu extinderea și agravarea artritei, urmate de perioade de remisiune variabile ca timp. S-a stabilit diagnosticul de ACJ, s-a inițiat un tratament, pe care pacientul nu și-l amintește și pe care l-a întrerupt timp de aproape 8 ani. În prezent este internat pen-

tru dureri în articulațiile mari, anchiloza pumnilor, genunchiului și gleznei stângi, cu dificultăți de statică și mers.

Examenul radiologic evidențiază anchiloze deformante ale articulațiilor radiocarpene bilaterale, genunchiului stâng, ambelor glezne și necroză aseptică de cap femural stâng.

Examele biologice arată un sindrom inflamator minimal.

Particularitatea cazului rezidă în:

- debutul poliarticular, care este întâlnit de două ori mai frecvent la sexul femeiesc;
- agregarea familială a bolii: tatăl cu spondilită anchilozantă;
- sindrom inflamator minimal, dar cu prezența factorului reumatoid, marker al evoluției severe;
- absența afectării renale;
- lipsa de cooperare pacient/familie/medic dovedește valabilitatea afirmației că „poliartrita reumatoidă nu omoară, dar handicapează pe toată viața“.

STUDIUL ASUPRA FORMELOR CLINICE ȘI ETIOLOGIEI INFECȚIILOR TRACTULUI URINAR

G.B. Ungureanu, C.P. Stancu,
I.A. Popescu, I.C. Efrem, Nicoleta Dragomir,
Elisabeta Angheliescu, G. Khadra,
Diana-Maria Trașcă, C.C. Comănescu,
Simona Guțu

Spitalul Clinic Municipal, U.M.F. Craiova

Infecțiile tractului urinar (ITU) sunt relativ ușor de diagnosticat și tratat, având etiologia previzibilă, dominată de enterobacteriacee.

În lucrarea noastră ne-am propus să cercetăm ce entități ale ITU ajung la internare, care sunt formele (necomPLICATE sau complicate) mai des întâlnite și care este spectrul lor etiologic.

Cercetarea s-a efectuat pe un lot de 196 (1,71%) pacienți (159 femei și 37 bărbați), diagnosticați cu ITU, selecționat dintr-un număr total de 11400 de pacienți internați în Clinica I Medicală a Spitalului Municipal „Filantropia“ din Craiova între anii 1999-2003.

REZULTATE

Structura lotului de studiu arată că numărul femeilor depășește de peste trei ori

numărul bărbaților, iar majoritatea pacienților provin din mediul urban.

Entitățile clinice de ITU din lotul nostru au fost, în ordinea frecvenței, următoarele: cistită acută (CA) - 51%; pielonefrită acută (PNA) - 17,3%; pielonefrită cronică (PNC) - 16,3%; bacteriurie asimptomatică (BA) - 15,6%.

Formele necomPLICATE ale ITU (CA, PNA, BA) au fost mai des întâlnite comparativ cu cele complicate (CA, PNC, BA);

Etiologia este dominată net de *E. coli* în formele simple, în timp ce, în ITU complicate, *E. coli* rămâne agentul etiologic principal, dar crește ponderea celorlalți germeni uropatogeni (*Klebsiella*, *Proteus*, *Enterococ*, *Pseudomonas*).

Rezistența la antibiotice și chimioterapice de sinteză s-a înregistrat la 39 (24%) pacienți dintre cei 162 cu uroculturi pozitive pentru *E. coli*, la 4 (25%) pacienți dintre cei 16 cu *Klebsiella* și la câte un pacient (12,5% și 33,3%) dintre cei 8, respectiv 3 cu *Proteus* și *Pseudomonas*, având diverse entități clinice de ITU.

CONCLUZII

- formele necomPLICATE ale ITU pot fi tratate eficient în ambulatoriu;
- pentru formele complicate ale ITU, se recomandă tratament sub atență supraveghere medicală, de preferat în staționar.

OBSERVAȚII PRIVIND ETIOLOGIA ȘI FORMELE CLINICE ALE ANEMIEI FERIPRIVE

C.P. Stancu, Nicoleta Dragomir, I.C. Efrem,
Elisabeta Angheliescu, Diana-Maria Trașcă,
I.A. Popescu, B.G. Ungureanu, G. Khadra,
Tatiana Perhinschi, Irina Marin
U.M.F. Craiova, Spitalul Clinic Municipal

Simptomele anemiei feriprive (A.F.) se împletesc de cele mai multe ori cu cele ale bolii de bază, sugerându-ne etiologia. Alteori, boala de bază este mută clinic, A.F. fiind revelatoare pentru aceasta.

Studiul nostru s-a efectuat pe un lot de 88 de pacienți, (52 femei și 36 bărbați), reprezentând 4% din cei 2220 de pacienți internați în anul 2003, în Clinica noastră.

În funcție de severitatea anemiei, pacienții au fost incluși în trei grupe, prezentate în continuare, inclusiv cu datele de etiologie:

1. Anemie gravă (Hb <5,9 g/dl) - 3 bărbați: unul cu cancer de prostată, altul cu tbc pulmonar și al treilea cu IRC;
2. Anemie moderată (Hb = 6-7,9 g/dl) - 14 pacienți, dintre care 6 cu suferință digestivă, 4 cu suferință genitală, 3 cu neoplazii și 1 cu suferință reumatismală (artrită reumatoidă).
3. Anemie ușoară (Hb = 8-11 g/dl) - 71 de pacienți la care etiologia a inclus boli digestive 23, reumatismale 10, renale 9, pulmonare 7, carență alimentară 5, neoplazice 4, endocrine 4, genitale 3 și neelucidate 6.

Din datele noastre rezultă că suferințele digestive (boala ulceroasă, hernia hiatală, hemoroizii, diverticuloza) ocupă primul loc ca frecvență în etiologia A.F., fiind prezentă la 29 de pacienți (33%). Pe locurile următoare se situează reumatismul inflamator (artrită reumatoidă, spondilita anchilozantă) descoperită la 11 pacienți (12,5%), bolile renale 10 pacienți (11%), bolile pulmonare și neoplaziile câte 8 pacienți (9%), suferințe genitale 5 femei (5,6%), boli endocrine 4 pacienți (4,5%) și 6 pacienți (4 femei și 2 bărbați) cu etiologie neelucidată.

CONCLUZII

- A.F. se întâlnește cel mai des în bolile digestive, urmate la distanță de bolile reumatismale, renale, pulmonare și neoplazice;
- la 6 pacienți, cu toate eforturile noastre, etiologia anemiei a rămas neelucidată, pacienții fiind în continuare sub observație.

REUMATISMUL ARTICULAR ACUT - INCIDENTĂ ȘI MANIFESTĂRI CLINICE

C.P. Stancu, B.G. Ungureanu, I.A. Popescu,
I.C. Efrem, Nicoleta Dragomir,
Elisabeta Angheliescu, Diana-Maria Trașcă,
G. Khadra, Oana Grigore, Ioana Fița
U.M.F. Craiova, Spitalul Clinic Municipal
„Filantropia“

Cazurile de RAA au devenit atât de rare în ultimii ani, încât uneori noțiunile predate la curs nu pot fi exemplificate la patul bolnavului.

În studiul nostru ne-am propus cercetarea incidenței RAA, raportat la numărul total de pacienți internați între anii 1999-2003 în Clinica I Medicală a Spitalului Municipal din Craiova. S-au cercetat și alți parametri ca: vârstă, sex, mediul de proveniență și anotimpul de apariție a bolii. Manifestările clinice ale bolii, corelate cu datele de laborator, au fost analizate prin prisma criteriilor Jones revizuite.

REZULTATE

- scăderea incidenței RAA, semnalată în literatură, s-a confirmat și în lucrarea noastră, fiind de numai 0,2 % din totalul internărilor;
- structura lotului arată o predominanță a bărbaților (16 → 61,5%), față de femei (10 → 38,5%), cei mai mulți pacienți au provenit din mediul urban (57,1%), față de cei din mediul rural (42,9%);
- majoritatea pacienților cu RAA (69,2%) s-au încadrat în decada a doua și a treia de vârstă, vârstele extreme fiind de 17 și 49 ani;
- cele mai multe cazuri de RAA s-au înregistrat toamna (42,3%), urmând apoi primăvara (30,7%), iarna (19,2%) și vara (7,8%);
- modalitățile de debut articular în ordinea frecvenței au fost: artrită pe membrele inferioare (77%), artrită la membrele inferioare și superioare (15%), artrită numai la membrele superioare (7,5%);
- testele de inflamație (VSH) au fost pozitive la toți pacienții în timp ce creșterea titrului ASLO s-a depistat numai la 70 % din pacienți;
- la adulții din decada a patra de viață interesările articulare, localizate mai ales pe membrele inferioare, au fost mai persistente;
- diagnosticul pozitiv s-a bazat pe următoarele asocieri: 1 criteriu major + 2 criterii minore (62,5%), 2 criterii majore + 2 criterii minore (25%) și, mult mai rar, 3 criterii majore + 3 criterii minore (12,5%);

CONCLUZIE

Stabilirea diagnosticului de RAA nu a întâmpinat dificultăți la adolescenți și tineri, în schimb la adulți au apărut proble-

me fiind necesară proba terapeutică, inclusiv urmărirea evoluției în timp.

EVALUAREA EFECTELOR ADVERSE ALE TERAPIEI ANTIVIRALE CU INTERFERON STANDARD ȘI PEGILAT

Florentina Ioniță-Radu, T. Nicolaie, Alina Rotaru, Adriana Vasilache, L. Verdeș, M. Cojocaru, A. Suci, Mariana Jinga, P. Nuța, Ileana Gheorghe, Adina Bălăceanu, Isabel Bibiri, R. Corbu
Spitalul Clinic de Urgență Militar Central, Clinica II Boli Interne

Problema majoră de sănătate publică o constituie creșterea în ultimii ani a numărului de pacienți cu hepatite virale B și C. Datorită riscului mare de cronicizare, de evoluție spre ciroză hepatică sau transformare malignă, se impune administrarea tratamentului antiviral. În ultimii ani, tratamentul hepatitelor cronice virale a cunoscut un real progres prin apariția preparatelor de interferon.

Clinica noastră are o experiență de 5 ani în tratamentul cu interferon, în ultimul an fiind folosită și forma pegilată. Această formă de interferon are o eliberare prelungită, constantă și nu prezintă pick-ul caracteristic formei standard, activitatea antivirală fiind mai mare.

Lucrarea își propune să evidențieze principalele efecte adverse ale interferonului standard în comparație cu cel pegilat, în cazul hepatitei C, pe baza experienței clinicii noastre. Din totalul pacienților cu interferon standard, 37,5% au prezentat reacții adverse, iar doi pacienți au întrerupt tratamentul datorită severității acestora. În cazul interferonului pegilat s-au semnalat 26,6% cazuri cu efecte adverse, nici un pacient din lotul nostru nu a întrerupt tratamentul, într-un singur caz fiind necesară ajustarea dozelor.

CONCLUZIE

În cazul interferonului pegilat, am constat rate foarte înalte de răspuns virologic susținut, complianță crescută la tratament, incidența și severitatea reacțiilor adverse fiind mai scăzute față de terapia cu interferon standard.

INCIDENȚA CANCERULUI COLONIC PE 2003 ÎN LABORATORUL DE ENDOSCOPIE AL CLINICII II MEDICINĂ INTERNĂ DIN SPITALUL MILITAR CENTRAL

R.L. Corbu, Alex I. Suci, L.S. Verdeș, Mariana Jinga, Florentina Radu Ioniță, M. Cojocaru, T. Nicolaie, P. Nuța, Alina Rotariu
Spitalul Clinic de Urgență Militar Central, Clinica II Medicină Internă

INTRODUCERE

Cancerul recto-colonic este o afecțiune cu incidență în creștere în România. Screeningul cancerului rectocolonic este necesar pentru depistarea în stadiul cât mai precoce și asigurarea cât mai rapidă a tratamentului corespunzător.

SCOP

Am urmărit depistarea cancerului rectocolonic la pacienții internați pe parcursul anului 2003 în Spitalul Militar Central.

MATERIALE ȘI METODĂ

Am efectuat endoscopie digestivă inferioară (rectosigmoidoscopie și colonoscopie) la 885 de pacienți pe parcursul anului 2003.

REZULTATE

Dintr-un lot de 885 de pacienți cărora li s-au făcut endoscopie digestivă inferioară 95 au fost descoperiți cu cancer din care 4 pe canalul anal, 30 rectale, 12 pe rectosigmoid, 22 pe sigmoid, 4 pe colonul descendent, 3 pe flexura splenică, 7 pe colonul transvers, 2 pe flexura hepatică, 6 pe colonul ascendent, 5 la nivelul cecului. La 67 de pacienți s-au recoltat biopsii. Dintre acestea la 37 li s-a confirmat diagnosticul malign, 15 cu adenocarcinom moderat diferențiat, 3 cu adenocarcinom slab diferențiat, 9 cu adenocarcinom bine diferențiat, 1 mucinos coloid, 9 tumori vilozice, 15 adenom cu leziuni displazice. La altele s-au evidențiat 4 adenoame tubulovilozice, 1 adenom vilos, 5 adenoame tubulare, 5 polipi adenomatoși.

CONCLUZIE

Endoscopia digestivă inferioară este examenul „gold standard” în depistarea cât mai precoce a cancerului rectocolonic ce permite și prelevarea de biopsii. Prelevarea

a cât mai multor biopsii asigură o acuratețe sporită examenului endoscopic permițând o conduită terapeutică corespunzătoare.

EVIDENȚIEREA ARTERIOGRAFICĂ A REZERVELOR VASCULARE ÎN OBSTRUCȚIILE ARTERIALE DISTALE LA NIVELUL MEMBRELOR INFERIOARE

Eugen Fülöp¹, Zoltán Brassai¹,
Emőke Fülöp², Pirooska Kelemen¹,
Katalin Makó¹, Attila Puskás¹

1. U.M.F. Târgu-Mureș, Clinica Medicală II
2. U.M.F. Târgu-Mureș, Catedra de Histologie

SCOP

Constă în evidențierea resurselor proprii ale sistemului circulator arterial, la pacienții cu obstrucții vasculare arteriale periferice ale membrelor inferioare, în special, a celor cu localizare distală de artera poplitee. În acest fel, se creează un cadru mai larg pentru tratamentul hemoreologic, neinvaziv, de revascularizație a cazurilor depășite din punct de vedere chirurgical.

MATERIALE ȘI METODĂ

Ca material de studiu s-au investigat un număr de 100 de pacienți, de ambe sexe, proveniți din cadrul Clinicii Medicală II. Tg. Mureș. Ca metodă, s-a folosit arteriografia membrelor inferioare, obținută în urma puncției a. femurale comune, și injectarea unor substanțe de contrast de ultimă generație, urmată de efectuarea de clișee radiologice seriate dinspre proximal spre distal.

REZULTATE ȘI CONCLUZII

Arteriografic, s-a pus în evidență faptul că, într-un interval cuprins între 6 luni și 1 an de tratament hemoreologic al obstrucțiilor distale ale arterei tibiale anterioare și cele posterioare, avem ca rezultat suplinirea debitului vascular, prin dezvoltarea de colaterale provenite din artera fibulară. Aceste colaterale vor asigura vascularizația feței dorsale și plantare aabei piciorului, contribuind la menținerea viabilității acestuia.

ARTERIOPATIILE MEMBRELOR SUPERIOARE: STUDII CLINICO-RADIO- LOGICE, PARACLINICE ȘI PROGNOSTICE

A. Puskas, Z. Brassai, Zs. Balogh,
P. Kelemen, J. Fulop

SCOP

Este un studiu retrospectiv, cuprinzând 130 de pacienți cu arteriopatii ale membrelor superioare evidențiate angiografic.

MATERIALE ȘI METODĂ

Pacienții au fost internați în Clinica Medicală II Tg. Mureș/Departamentul de Angiologie în perioada 1978-2003. Criterii de includere au fost: date clinice și paraclinice bine documentate, măsurarea presiunilor arteriale segmentare cu aparatul CW Doppler, date etiologice certe, demonstrarea arteriografică a leziunilor arteriale. S-au studiat caracteristicile clinice, paraclinice, angiografice și procedeele terapeutice. Ca un segment longitudinal al acestui studiu, pacienții au fost urmăriți în medie 18 luni (date prognostice).

REZULTATE

Arteriopatiile membrelor superioare au constituit 6% din totalitatea cazurilor cu ischemie periferică ale extremităților. A predominat sexul masculin. Cauzele etiologice cele mai frecvente erau trombangita obliterantă și grupa eterogenă a bolilor arteriale postraumatice (sindrom de ciocan al hipotenarului, boala de vibrație, complicațiile arteriale al sindromului de apertură toracică). În contrast cu membrele pelvine, ateroscleroza era prezentă mult mai rar la membrele superioare. 87% din pacienți sufereau de sindromul Raynaud, preponderent de forma asimetrică. O treime din pacienți prezentau modificări trofice digitale în momentul internării. Boala arterială proximală (proximal de bifurcația arterei brahiale) era prezentă numai în 22% din cazuri (preponderent ateroscleroză), restul avusese afecțiune arterială distală nereconstructibilă. Intervențiile reconstructive au fost efectuate în 5% din cazuri. Rata amputației era redusă (7,6%), fără amputații majore. Ameliorarea gradientelor de presiune sumate în perioada de urmărire era statistic semnificativă. Aceste date sugerează un prognostic mai favorabil în cazul arteriopatiilor la aceste nivele.

CONCLUZII

Arteriopatiile membrelor superioare diferă din mai multe puncte de vedere de cele ale membrelor inferioare.

ASPECTE ALE PEROXIDĂRII LIPIDICE LA PACIENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1 ȘI TIP 2

Anca Artenie¹, R. Artenie², Didona Ungureanu⁴,
E. Anisie³, G. Ungureanu⁵

1. Spitalul Clinic 2 Iași, Clinica a IV-a Medicală
2. Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon”, Iași -
Clinica a III-a Medicală
3. Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon”, Iași -
Laboratorul de Imunologie
4. U.M.F. „Gr.T. Popa”, Iași - Disciplina de Biochimie
5. U.M.F. „Gr.T. Popa”, Iași - Clinica a IV-a Medicală

SCOP

Peroxidarea lipidelor joacă un rol important în inițierea leziunilor de ateroscleroză (ATS) mai ales la pacienții diabetici. Scopul acestui studiu a fost de a examina evoluția peroxidării lipidice la pacienții cu DZ tip 1 și tip 2, înainte și după un efort fizic dozat și corelațiile acestuia cu modificările lipidice.

MATERIALE ȘI METODĂ

Studiul s-a efectuat pe 226 de pacienți diabetici cu retinopatie diabetică și microalbuminurie de repaus: (lot A — 87 pacienți cu DZ tip 1; lot B — 139 pacienți cu DZ tip 2) comparativ cu lotul C — martor — 44 de pacienți nedietici, nehipertensivi. Malondialdehida (MDA), a fost dozată în ser, înaintea efortului fizic și după 24 ore de la efectuarea acestuia, prin metoda Okhawa. Profilul lipidic testat a cuprins: colesterolul, trigliceridele serice, HDL-c, LDL-c.

REZULTATE

Valorile malondialdehidei atât la lotul A cât și la lotul B au avut valori semnificativ crescute inițial față de lotul C ($p < 0,0001$), fără a se înregistra o diferență statistică între loturile diabetice ($p = 0,278$). La 24 de ore după efort s-a constatat o scădere semnificativă a valorilor malondialdehidei ($p < 0,0001$) față de valorile inițiale și față de lotul martor. Nu s-au înregistrat diferențe semnificative între loturile diabetice. Valorile glicemiei în momentul examinării au fost la lotul A: $269,60 \pm 91,19 \text{ mg\%}$, iar la lotul B: $202,04 \pm 56,64 \text{ mg\%}$, cu valoarea hemoglobinei glicozilate de 8,68%, respectiv 7,90%.

CONCLUZII

Valorile mari ale MDA se corelează cu modificările dislipidemice (scăderea HDL-c și creșterea trigliceridelor serice, LDL-c), dezechilibrarea diabetului și implicit cu accelerarea ATS.

Cuantificarea și monitorizarea concentrației de peroxizi lipidici, la diabetici, poate reprezenta un mod de apreciere a evoluției ATS, ca factor de risc important asupra afectării cardio-vasculare.

Scăderea semnificativă a MDA, după efort fizic dozat, arată beneficiul exercițiului fizic zilnic la pacienții diabetici, prin scăderea nivelului peroxidării lipidice.

IMPLICAȚII ALE FUMATULUI ÎN CREȘTEREA RISCULUI ATEROGEN LA PACIENȚII CU DIABET ZAHARAT ȘI HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ

Anca Arteni¹, R. Arteni², Didona Ungureanu⁴, E. Anisie³, G. Ungureanu⁵

1. Spitalul Clinic nr. 2 Iași, Clinica a IV-a Medicală

2. Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon”, Iași - Clinica a III-a Medicală

3. Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon”, Iași - Laboratorul de Imunologie

4. U.M.F. „Gr.T. Popa”, Iași - Disciplina de Biochimie

5. U.M.F. „Gr.T. Popa”, Iași - Clinica a IV-a Medicală

SCOP

Fumatul stimulează metabolismul particulelor de LDL, cu preluare rapidă a acestora în intima vasculară și influențează negativ preluarea de către HDL a colesterolului din intima vasculară, ceea ce face ca fumătorii să aibă o ateroscleroză (ATS) precoce. Scopul studiului a fost de a compara riscul de aterogenitate la pacienții hipertensivi și fumători, cu și fără diabet zaharat (DZ) tip 1 sau 2.

MATERIALE ȘI METODĂ

Studiul s-a efectuat pe 57 de pacienți cu DZ, hipertensivi și fumători și 24 de pacienți hipertensivi, nediabetici, fumători, împărțiți în loturi: Lotul A — 15 pacienți cu DZ tip 1, Lotul B — 42 pacienți cu DZ tip 2 și Lotul C — 24 de pacienți hipertensivi. S-au urmărit parametrii metabolismului lipidic (colesterol, trigliceride, HDL-c, LDL-c) și nivelul peroxizilor lipidici reprezentat de malondialdehidă (MDA), ce s-a dozat în ser, prin metoda Okhawa.

REZULTATE

La pacienții din lotul C s-a constatat un nivel mai mare a colesterolului seric

(318,37±72,94 mg%) și a LDL-c (236,6±58,33 mg%) față de lotul A (207,93±56,87 mg% respectiv 142,3±36,31 mg%) și lotul B (206,17±62,56 mg% respectiv 156,65±38,13 mg%), cu semnificație statistică. Valorile HDL-c au fost scăzute la lotul B (33,38±1,16 mg%) și la valori asemănătoare la lotul A (41,26±14,77 mg%) și lotul C (40,65±9,15 mg%). MDA a fost semnificativ crescut la toate loturile cu diferențe nesemnificative între loturile diabetice (10,62 respectiv 9,85 μmol/ml).

CONCLUZII

Fumatul se asociază negativ cu nivelul HDL-c și pozitiv cu raportul colesterol total/HDL-c și cu nivelul crescut de LDL-c.

Scăderea nivelului de HDL-c alterează capacitatea antiaterogenă a acestei fracțiuni, mai ales la pacientul cu DZ tip 2, hipertensiv și fumător, ce explică creșterea riscului aterogen la acest lot.

Creșterea valorilor MDA la toate loturile, se corelează cu creșterea peroxidării lipidice și implicit cu agravarea ATS la pacienții fumători.

EVALUAREA TULBURĂRILOR DE RITM ȘI CONDUCERE LA UN LOT DE PACIENȚI CU CARDIOMIOPATIE DILATATIVĂ EXPLORAȚIE CORONAROGRAFIC

dr. Mănilă Cristian, dr. Copaci Iulian,
dr. Enache Mihaela, dr. Duțescu Victor,
dr. Trandafir Ileana

SCOP

Studierea corelațiilor între incidența și severitatea aritmiilor și tulburărilor de conducere atrio-ventriculare și tipul ischemic sau nonischemic de cardiomiopatie dilatativă utilizând coronarografia ca metodă de diagnostic a bolii coronariene aterosclerotice.

MATERIALE ȘI METODĂ

În scopul realizării obiectivelor propuse am urmărit bolnavi cu diagnostic stabilit de cardiomiopatie dilatativă idiopatică sau secundară și cardiomiopatie hipertrofică obstructivă internați și evaluați.

Au fost incluși în lotul studiat 27 pacienți (18 bărbați și 9 femei) diagnosticați cu cardiomiopatie dilatativă și având

insuficiență cardiacă de diferite grade de severitate.

16 pacienți aveau antecedente de boală ischemică coronariană, 11 pacienți fără boală ischemică coronariană; afectarea coronariană a fost pe una, două sau trei vase.

Tulburările de ritm evidențiate au fost astfel:

- extrasistole ventriculare izolate - 3 cazuri
- extrasistole ventriculare în salve frecvente - 4 cazuri
- fibrilație atrială paroxistică - 3 cazuri
- fibrilație atrială cronică - 3 cazuri
- flutter atrial - 2 cazuri
- extrasistole supraventriculare izolate - 5 cazuri
- aritmie ventriculară complexă - 3 cazuri
- bloc de ramură - 5 cazuri
- bloc atrio-ventricular - 1 caz

De asemenea s-a urmărit corelația tulburărilor de ritm cu gradul disfuncției sistolice exprimat prin fracția de ejeție (FE).

CONCLUZII

1. Nu au existat diferențe semnificative statistic între incidența diferitelor aritmii ventriculare și supraventriculare la pacienții cu cardiomiopatii dilatative ischemice și nonischemice.

2. Deși s-a constatat că aritmiile supraventriculare și ventriculare apar mai frecvent la pacienții cu disfuncție sistolică severă de ventricul stâng, diferențele observate nu au fost semnificative statistic.

REAȚIE GREFĂ CONTRA GAZDĂ DUPĂ O ALOGREFĂ DE MĂDUVĂ OSOASĂ LA O BOLNAVĂ CU LEUCEMIE ACUTĂ LIMFOBLASTICĂ

R. Mihăilă¹, J.M. Boiron², A. Pigneux²,
G. Maritt², O. Fittous², P. Agapé²,
P. Conny-Mackou², J. Reiffers²

1. Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu,
Facultatea de Medicină, Clinica Medicală II

2. Hôpital du Haut-Lévêque, Bordeaux, Service
d'Hématologie

Bolnava B.D., în vârstă de 41 de ani, a fost diagnosticată cu leucemie acută limfoblastică de tip B, tip II, cu cromozom Philadelphia prezent, pentru care a

efectuat polichimioterapie conform schemei LALA 94, sub care, numărul de blaști medulare a scăzut de la 92% la 4%. Deoarece avea factori de prognostic nefavorabili s-a decis efectuarea unei alogrefe intra familiale de măduvă osoasă, după terapia de condiționare a grefei.

În ziua 24 de la efectuarea grefei, sub tratament cu ciclosporină a apărut un eritem cutanat, care s-a generalizat rapid. Biopsia cutanată a stabilit că este expresia unei reacții grefă contra gazdă de stadiul IIC. S-a asociat corticoterapia (inițial parenterală, ulterior per os și cutanată — unguent cu Diprosone). După 74 de zile de tratament eritemul a dispărut, iar mielograma de control post-grefă a pledat pentru remisiune completă (blaști absenți).

Dozele de Cortancyl și Néoral au fost reduse progresiv, iar la 3 luni post-grefă s-a început tratamentul cu Interferon.

TREI EPISOADE DE SEPTICEMIE PRE ȘI POST-ALOGREFĂ DE MĂDUVĂ OSOASĂ LA O BOLNAVĂ CU LEUCEMIE ACUTĂ LIMFOBLASTICĂ TIP T

R. Mihăilă¹, J.M. Boiron², A. Pigneux², G. Maritt², O. Fittousi², P. Agapé², P. Conny-Mackoul², J. Reiffers²

1. Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, Facultatea de Medicină, Clinica Medicală II
2. Hôpital du Haut-Lévêque, Bordeaux, Service d'Hematologie

Bolnava J. C., în vârstă de 7 ani, a fost diagnosticată cu 2 ani în urmă cu leucemie acută limfoblastică T cu determinări mediastinale. S-a efectuat polichimioterapie conform protocolului FRALLE 93. După 2 luni s-a obținut remisiunea completă. Tratamentul a durat 2 ani și a fost grevat de o septicemie cu un bacil gram-negativ (de la nivelul cateterului). La sfârșitul tratamentului a apărut o recădere la nivel mediastinal, care a impus reluarea polichimioterapiei (de data aceasta după protocolul COPRALL 97), în timpul căreia a dezvoltat o septicemie cu *Candida Tropicalis*, tratată cu Amphotericină B + Neupogen. După o lună s-a obținut o nouă remisiune completă. După 2 cure de consolidare și terapia de condiționare a grefei (TAM12) s-a efectuat alogrefa intrafamilială de măduvă osoasă. La 26 de zile după grefă, sub tratament cu ciclosporină, a

apărut un nou episod septicemic, de data aceasta cu stafilococ epidermidis, care a necesitat tratament cu Amikacină + Vancomicină, timp de 15 zile. La 2 luni post-grefă nu existau blaști în lichidul cefalorahidian, iar în mielogramă erau sub 4%. Examenul computer tomografic (normal înaintea grefei) a arătat însă o recidivă mediastinală.

HEPATITĂ CRONICĂ DE ETIOLOGIE VIRUSALĂ C LA O BOLNAVĂ CU LIMFOM MALIGN NONHODGKINIAN

R. Mihăilă¹, M. Deac¹, C. Munteanu¹, Rodica Mihăilă², Manuela Pumnea³, Dana Vulcu¹, O. Petrașcu¹, Luminița Gheorghe⁴

1. Universitatea din Sibiu, Facultatea de Medicină, Clinica Medicală II
2. Direcția de Sănătate Publică Sibiu
3. Universitatea din Sibiu, Facultatea de Medicină, Disciplina de Fiziologie
4. Spitalul Clinic Județean Sibiu

Coexistența hepatitelor cronice virale cu limfoamele maligne non-hodgkiniene are implicații prognostice și crează dificultăți terapeutice.

Bolnava P. M., a fost diagnosticată în urmă cu 6 ani cu hepatită cronică de etiologie virală C și limfom malign non-hodgkinian difuz, cu celule mici, stadiul IV B. După efectuarea a 6 cure polichimioterapice de tip COP s-a obținut o remisiune parțială, dar terapia s-a soldat cu activarea hepatopatiei, manifestată prin creșterea hepatocitolizei. Coexistența diabetului zaharat tip 2 și a unui ulcer duodenal au creat dificultăți terapeutice suplimentare. Corticoterapia intermitentă, alternativ cu polichimioterapie în doze mici nu au putut opri evoluția limfomului, așa încât s-a impus ca soluție terapia cu interferon + doze mici de polichimioterapie.

APRECIERI ASUPRA PANCREATITEI ACUTE PORFIRINICE ASOCIATE COLICII SATURNINE

M. Deac, R. Bulicrea, R. Mihăilă
Facultatea de Medicină „Victor Papilian”,
Universitatea din Sibiu

Porfirie acută reprezintă una dintre cauzele metabolice rare ale pancreatitei acute (PA). Observația clinică siste-

matică ne-a permis să evidențiem o pancreatită acută porfirinică (PAP) la unii bolnavi cu colică saturnină. Ne-am propus să analizăm incidența PAP asociate colicii saturnine și relația ei cu vârsta pacienților, durata expunerii la toxic și cu valoarea parametrilor biotoxicologici. A fost studiat prospectiv un lot de 225 pacienți de sex masculin cu saturnism cronic profesional internați pe o perioadă de un an. A fost evaluată incidența colicii saturnine și cea a PAP asociate, raportată la categoriile de vârstă și durata expunerii profesionale. Parametrii biologici și toxicologici urmăriți: plumburia provocată, acidul delta-aminolevulinic (ALA), porfobilinogenul, amilazemia și amilazuria. 61% dintre bolnavii din lot au avut colici saturnine, iar 14 dintre cei cu colici saturnine (10,2%) au avut PAP secundare. Pancreatita acută metabolică porfirinică se poate asocia intoxicației cu plumb. Manifestările clinice se intrică adesea cu cele ale colicii saturnine, generând dificultăți de diagnostic. Nu s-au constatat corelații între incidența PAP saturnine și durata expunerii profesionale. Nu am evidențiat diferențe semnificative ale valorilor parametrilor biotoxicologici între cazurile de PAP secundare colicii saturnine și restul bolnavilor cu colică saturnină.

În etiopatogeneza PA din colica saturnină, pe lângă porfirie acută secundară, poate interveni și acțiunea plumbului. PAP îmbracă forme benigne, ale PA edematoase. La bolnavii cu PA de etiologie neprecizată ar trebui luat în considerare și saturnismul neprofesional, în general subdiagnosticat.

ANGIOGENEZA ȘI INFLAMAȚIA

Dr. Monica S. Căpraru
Spitalul M.A.I. „Prof. Dr. D. Gerota”,
Departamentul de Reumatologie

Secvența de evenimente biologice scare permite organismului să-și mențină viabilitatea în condiții de ischemie cronică constituie un răspuns fundamental pentru supraviețuire. Neoangiogeneza, procesul de formare de noi vase din capilare deja existente, și inflamația sunt procese codependente cu importanță mare în patogenia unor afecțiuni cum sunt poliartrita reumatoidă sau bolile neoplazice. Vasele de neoformație asigură suportul nutritiv pentru țesutul inflammat hiperplaziat, iar infla-

mația cronică determină amplificarea angiogenezei. În această prezentare se vor analiza mecanismele celulare și moleculare care caracterizează interrelația angiogeneză-inflamație. Se vor prezenta impactul stresului mecanic și hipoxic, precum și al mediatorilor inflamației cum sunt COX2, citokinele proinflamatorii și chemokinele, în inițierea formării de noi vase, elemente care reprezintă verigile de legătură dintre cele două procese. De asemenea, se va analiza implicarea sistemului nervos prin intermediul neuropeptidelor atât în modularea inflamației cât și în angiogeneză.

Cunoașterea mecanismelor intime ce stau la baza procesului de neoangiogeneză deschide calea pentru dezvoltarea unor noi terapii prin care se urmărește modularea procesului de formare de noi vase.

ASPERGILOZĂ PULMONARĂ LA UN PACIENT CU LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC

Alina Rășanu¹, Dana Andrieș², Coziana Ciurtin¹,
M. Bojincă¹, V. Stoica¹

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Spitalul Clinic, Dr. I. Cantacuzino”, Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, București
2. Laboratorul Central, Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino”, București

Aspergiloza nosocomială a crescut ca frecvență în rândul pacienților imunodeprimați, reprezentând astăzi o cauză importantă de îmbolnăvire severă și mortalitate crescută. Bolnavii granulocitopenici, în special cei din unitățile de transplant de măduvă sunt ținta preferențială a infecțiilor cu aspergillus.

Prezentăm cazul unei paciente de 23 ani care s-a adresat clinicii pentru stare febrilă (38-39°C), tuse slab productivă, astenie fizică marcată și erupție cutanată eritemato-maculară diseminată difuz. Este diagnosticată cu lupus eritematos sistemic din 2000, tratat cu cortizon și azathioprină, și tromboflebită profundă gambă stîngă recidivantă, necesitînd anticoagulare orală permanentă.

Biologic prezenta sindrom inflamator important, hipocomplementemie cu hiper-gammaglobulinemie, leucopenie severă și anemie moderată. Examenul radiografic pulmonar a arătat prezența unor imagini reticulonodulare intense situate pulmonar bazal bilateral; IDR la PPD negativ; examen de spută în lucru. S-a instituit pulstherapie cu metilprednisolon, antibioterapie cu

spectru larg, sub care starea pacientei nu s-a ameliorat. Rezultatul examenului de spută — micelii de aspergillus și filamente de candida albicans — a reorientat terapia. În acest context tratamentul se suplimentează cu itraconazol și ciclofosfamidă în pulstherapie, cu ameliorarea stării generale, a tusei, erupției cutanate și normalizarea numărului de leucocite. În prezent pacienta se află sub tratament cortizonic, imunosupresor și anticoagulant oral, fără semne de activitate a bolii.

Infecțiile cu germeni oportuniști, favorizate de imunosupresia secundară bolii, cît și terapiei, dețin astăzi un procent important în patologia lupusului eritematos sistemic. Deși izolarea micelilor de aspergillus din secrețiile tractului respirator poate indica doar o colonizare a acestuia, asocierea febrei, leucopeniei și a infiltratelor pulmonare sugerează cel mai probabil o aspergiloză pulmonară. Răspunsul prompt la administrarea terapiei specifice susține diagnosticul prezumtiv chiar în absența confirmării serologice.

ASPECTE IMAGISTICE ÎN TELANGIECTAZIA RENDU-OSLER PREZENTARE DE CAZ

I. Rogoveanu¹, S. Cazacu², Carmen Dulama³,
Otilia Șișiroi³

1. Conferențiar Universitar, U.M.F. Craiova
2. Asistent Universitar, U.M.F. Craiova
3. Medic rezident, Spitalul Clinic de Urgență Craiova

Telangiectazia Rendu-Osler este o afecțiune cu transmitere autosomal-dominantă, caracterizată prin apariția de formațiuni angiomatoase de calibr mic, dilatate și proliferante, fragile, care sângerează ușor, spontan sau la traumatisme minime.

Boala se exprimă clinic prin sindrom anemic de severitate variabilă, ca urmare a hemoragiilor recidivante cu diverse localizări: epistaxis, hematemeză, melenă etc.

Pe tegumente, mucoase, în tubul digestiv, ficat, plămân sau vezică urinară se pot vizualiza aglomerări de vase ectaziate, plate, nepulsatile, de culoare roșie violacee care stabilesc diagnosticul.

Explorarea biochimică este nespecifică.

Vă prezentăm cazul unei paciente de 75 de ani, cu repetate internări în ultimii 8 ani în Clinica I Medicală a Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova, pentru ane-

mie severă ca urmare a unor epistaxisuri repetate, greu controlate prin tamponament nazal sau coagulare locală.

Examenul clinic a evidențiat prezența a numeroase ectazii vasculare la nivelul feței.

Examenul ORL a confirmat existența acestor malformații arterio-venoase și la nivelul foselor nazale cu sîngerare rapidă spontană și la eforturi minime. Examenul endoscopic a evidențiat existența anomaliilor vasculare și la nivelul mucoasei gastrice, iar ultrasonografia și tomografia computerizată abdominală au relevat modificări vasculare la nivel hepatic.

BORRELIOZA LYME – CONSIDERAȚII CLINICE, IMUNOLOGICE ȘI NEUROIMAGISTICE

Brîndușa Țilea¹, Rodica Bălașa², I. Țilea³, Rodica
Pascu¹, Sanda Hristescu⁴, I. Pascu²

1. Clinica Boli Infecțioase I, U.M.F. Târgu Mureș
2. Clinica Neurologie I, U.M.F. Târgu Mureș
3. Clinica Medicală III, U.M.F. Târgu Mureș
4. Institutul „Ion Cantacuzino”, București

Borrelioza Lyme (BL) reprezintă cea mai frecventă infecție transmisă de artropode din genul Ixodes, fiind produsă de spirocheta *Borrelia burgdorferi* și este caracterizată clinic prin manifestări multisistemice cu un tablou polimorf, predominante fiind manifestările cutanate, neurologice, cardiace și articulare.

Au fost studiate particularitățile epidemiologice, clinice, imunologice și neuroimagistice ale pacienților cu BL internați în Clinica Boli Infecțioase I, Târgu Mureș în perioada 1 ianuarie 2000-1 decembrie 2003. Au fost incluși în studiu 22 de pacienți cu vârste cuprinse între 3-64 ani.

Confirmarea diagnosticului s-a efectuat pe baza criteriilor clinice CDC (Center for Disease Control), susținut de determinările seroimunologice (tehnica IFI, imunoenzimatică ELISA) atât din ser, cât și din lichidul cefalorahidian (LCR) și de examinările CT și RMN craniene.

14 pacienți (63,64%) au prezentat leziuni cutanate sub forma eritemului cronic migrator (ECM), 7 pacienți (87,5%) au dezvoltat manifestări neurologice cu tablou clinic de meningoencefalită acută, cu modificări citologice, biochimice și serologice în ser și LCR, 1 pacient (12,5%) a prezentat artrită Lyme, 22 pacienți (100%) au recunoscut în antecedente înțepătura de căpușă.

Examinările CT, RMN craniene la cazurile cu determinări neurologice au evidențiat edem cerebral difuz, hipodensități la nivelul lobilor frontali și periventricular.

Terapia antibacteriană instituită a constat din Ceftriaxon la 12 pacienți (54,55%), Penicilină G la 10 pacienți (45,45%).

Evoluția postterapeutică a fost rapid favorabilă la bolnavii cu manifestări cutanate, articulare și lent remisibilă la pacienții cu neuroborrelioză. Nu s-au înregistrat sechele neurologice sau recăderi.

HTA MALIGNĂ GREU REDUCTIBILĂ LA O PACIENTĂ DIABETICĂ, CU AFECTARE RENALĂ COMPLEXĂ

Silvia Dediu¹, Adina Ciobotaru²

1. Medic rezident medicină internă

2. Medic specialist cardiologie - Compartimentul de Cardiologie, Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino”, București

Pacienta RM, în vârstă de 56 ani, din mediu rural, se internează în perioada 4-12.02.2004 în clinică, pentru dispozie la eforturi medii-mici, cefalee fronto-occipitală, anxietate, edeme ale membrelor inferioare, disurie. Din AHC reținem mama-HTA, sora-DZ, din APP remarcăm DZ tip II de 13 ani, insulinonecitant de 3 ani, HTA de 15 ani.

SCOP

TA = 220/120 mmHg, AV = 70 bpm, regulat, edeme gambiere moderate, ficat palpabil la 3 cm sub rebord, manevra Giordano pozitivă bilateral. *Biologic:* Hb = 11 g/dl, Ht = 30,4%, VSH = 60/80 mm, colesterol = 257,6 mg/dl, trigliceride = 370,48 mg/dl, retenție azotată fixă uree = 91,55-147,16 mg/dl, creatinină = 1,71-1,87 mg/dl, ionograma (Na⁺ = 128 mmol/l, K⁺ = 5,69 mmol/l), glicemie = 91-257 mg/dl. *Sumar de urină:* leucocite+++ (500/μmol), proteine++ (75mg/dl), motiv pentru care s-a recoltat urina pe 24 ore, care a evidențiat proteinurie = 4,3 g/24ore, creatinina urinară = 0,93 g/24ore, uree urinară = 18,9 g/24ore, fără glicozurie. Urocultura sterilă. *ECG:* RS, 72bpm, ax QRS = +15 grade, HVS cu modificări mixte de fază terminală. *Rx cord-pulmon:* pahipleurită mediastinală dreaptă-scurtură dreaptă, desen bronșic accentuat în câmpurile bazale. *Ex. FO:* angiopatie hipertensivă gradul III, background retinopatie. *Ecografie abdominală:* ficat cu aspect de

stază, ambii rinichi cu desen neregulat al RPC, câteva cristale ecodense în RS. *Eso-gastro-duodenoscopie:* peteșii și eroziuni pe curbura mică, gastrită antrală papuloasă.

DD: 1. Nefropatie secundară HTA și/sau DZ și/sau pielonefritei cronice; 2. Retinopatie secundară HTA și/sau DZ; 3. Anemie secundară IRC și/sau gastritei antrale papuloase.

DP: 1. HTA malignă - grupa de risc foarte înalt; 2. DZ tip II insulinonecitant complicat cu nefropatie și retinopatie; 3. Insuficiență renală în stadiul de retenție azotată fixă; 4. Insuficiență cardiacă clasa III NYHA; 5. Gastrită antrală papuloasă; 6. Anemie feriprivă secundară.

Evoluție și complicații: În cursul internării, valorile tensionale au fost greu controlabile cu asociere de patru antihipertensive (IEC, diuretic, blocant de calciu, beta blocant), motiv pentru care se asociază al V-lea antihipertensiv (alfa-blocant), ceea ce a determinat o evoluție clinică favorabilă, valorile tensionale s-au stabilizat la 140/80mmHg. Prognosticul pe termen scurt este bun, dar pe termen îndelungat este rezervat, fiind necesară dializă în caz de deteriorare a funcției renale sau de imposibilitate a controlării valorilor tensionale cu actuala schemă terapeutică maximală.

Particularitatea cazului: HTA malignă greu reductibilă la o pacientă diabetică cu afectare renală complexă, stabilizată prin asocierea a cinci clase de antihipertensive.

MANIFESTARE CLINICĂ RARĂ ÎN LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC

Cristina Bologa¹, Ovidiu Petriș¹, Luminița Rădulescu²

1. Clinica Medicală, Spitalul Clinic de Urgențe Iași

2. Clinica O.R.L., Spitalul de Recuperare Iași

INTRODUCERE

Lupusul eritematos sistemic face parte din marea grupă a bolilor inflamatorii cronice cu mecanism autoimun, care afectează o multitudine de aparate și sisteme (tegumente, mucoase, mușchi, articulații, rinichi, creier, ficat, seroase, etc.) și se caracterizează prin exacerbări și remisii imprezvizibile ale manifestărilor clinice. Simptomatologia clinică este foarte variată, în funcție de aparatele și sistemele implicate, precum și de stadiul inițial sau avansat al bolii.

Dintre toate manifestările clinice ale lupusului eritematos sistemic, perforația de sept nazal este raportată doar sporadic, fiind considerată o manifestare clinică rară depistată fie în timpul unei exacerbări a bolii, fie pur și simplu întâmplător, după mulți ani de la stabilirea diagnosticului. În literatura de specialitate există foarte puține date referitoare la frecvența apariției perforației de sept nazal în lupusul eritematos sistemic.

Ponind de la aceste date prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 46 ani diagnosticată de doi ani de zile cu lupus eritematos sistemic care se internează pentru un control de rutină. Pacienta este asimptomatică în prezent și se află sub tratament cronic cu prednison 20 mg/zi, preparate de calciu, alfaD3, suplimente de potasiu.

Examenul clinic efectuat la actuala internare evidențiază aspectul tipic de eritem „în fluture” la nivelul faciesului precum și prezența unei perforații de sept nazal vizibilă cu ochiul liber, la examinarea cavității nazale. Probele biologice au fost normale cu excepția unui VSH de 56mm/oră și a depistării, prin testare ELISA, a unui titru crescut de anticorpi cANCA (21 U/ml). S-a efectuat consultul ORL care a confirmat prezența unei perforații la nivelul regiunii posterioare a septului nazal, cu dimensiuni de aproximativ 8/11 mm. Biopsia de sept nazal prelevată și examenul anatomopatologic au exclus o cauză neoplazică, o vasculită necrozantă relevând doar un aspect de inflamație cronică difuză.

Raritatea apariției perforației de sept nazal în lupusul eritematos sistemic, forma asimptomatică a bolii, depistarea întâmplătoare, precum și asocierea cu prezența anticorpilor cANCA constituie particularități ale cazului prezentat.

REZULTATE OBTINUTE ÎN TRATAMENTUL CU LAMIVUDINĂ LA PACIENȚI CU INFECȚIE CRONICĂ CU VIRUS B

T. Nicolaie, M. Preda, P. Nuță, Florentina Radu-Ioniță, L. Verdeș, Mariana Jînga, Alex-I. Suci, M. Cojocaru, Adriana Vasilache, R. Corbu

Spitalul Clinic de Urgență Militar Central, București - Clinica 2 Medicină Internă

INTRODUCERE

Lamivudina reprezintă o bună alternativă a interferonului, în tratamentul pacien-

tilor cu hepatită cronică cu virus B, care în ultimii ani și-a demonstrat eficiența și în cazul celor cu ciroză hepatică cu virus B.

MATERIALE ȘI METODĂ

Studiul s-a desfășurat în clinica noastră în decursul a 4 ani, pe un lot de 82 pacienți infectați cu virusul hepatitic B (56 cu hepatită cronică și 26 cu ciroză hepatică). Toți pacienții au avut AgHBe pozitiv la începutul tratamentului; nivelul transaminazelor serice a fost, în cazul hepatitei cronice, de cel puțin trei ori mai mare decât normalul la intrarea în studiu, respectiv de 1,5 ori normalul la pacienții cu ciroză hepatică, iar biopsia hepatică a fost efectuată la începutul tratamentului și repetată în cazul a 46 de pacienți după un an. La pacienții cu ciroză hepatică, la intrarea în studiu, s-a dozat nivelul acidului hialuronic. Toți pacienții au primit Lamivudină, 100 mg/zi timp de un an (41 pacienți), 18 luni (15 pacienți) sau peste 18 luni (26 pacienți).

REZULTATE

Pe parcursul tratamentului nu s-au înregistrat efecte secundare. În cazul pacienților cu hepatită cronică, 51 (91,07%) dintre ei au prezentat diminuarea semnificativă a nivelului de transaminaze (în medie cu 67%), la 22 dintre aceștia (39,28%) ele normalizându-se după circa 6 luni de tratament. S-a constatat dispariția AgHBe la 34 dintre pacienți la sfârșitul perioadei de 12 luni de tratament (60,71%), la 19 pacienți dispariția înregistrându-se după primele 6 luni (menținându-se până la sfârșitul perioadei de urmărire). Repetarea BPH la 46 pacienți a evidențiat la 15 (32,60%) scăderea scorului histologic între 3 și 4, la 6 dintre ei (13,04%) între 1 și 2, la 22 bolnavi (47,82%) menținerea scorului, iar la 3 (6,52%) accentuarea sa. La pacienții cu ciroză hepatică am obținut următoarele rezultate: negativarea AgHBe după 12 luni de tratament în cazul a 11 pacienți (42,3%), normalizarea nivelurilor ALT la 24 pacienți (92,3%).

CONCLUZII

1. În patru ani, am obținut o ameliorare clinică, biologică și histologică importantă în cazul a 34 pacienți cu hepatită cronică (60,71%).
2. Tratamentul cu lamivudină nu a avut efecte secundare.

3. Este cert faptul că anumiți pacienți, chiar dacă doar într-un procent foarte mic (6,52%), necesită tratament antiviral combinat (interferon + lamivudină).
4. În ceea ce privește pacienții cu ciroză hepatică, lamivudina ameliorează funcția hepatică, încetinește progresia bolii și scade incidența complicațiilor.
5. Următoarele noastre studii vor evalua dinamica acidului hialuronic în ciroza hepatică, în timpul tratamentului cu lamivudină.

TERAPIA ANTIAGREGANTĂ ȘI ANTICOAGULANTĂ LA PACIENȚII CU BOALĂ ARTERIALĂ OBSTRUCTIVĂ PERIFERICĂ REVASCULARIZAȚI CHIRURGICAL

I. Țilea¹, L. Cozlea¹, Cristina Chiorean¹,
C. Baba², O. Jeder³, D.C. Bratu¹

1. Clinica Medicală III Cardiologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș
2. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș
3. U.M.F. Târgu Mureș

Boala arterială periferică se asociază frecvent cu afectarea coronariană și bolile cerebrovasculare, fiind considerată un important predictor de morbiditate și mortalitate. Deoarece o bună parte din pacienții revascularizați arterial periferic chirurgical dezvoltă în timp complicații vasculare cu diferite localizări, autorii și-au propus să studieze efectele terapiei antiagregante și anticoagulante la pacienții revascularizați arterial periferic chirurgical.

Profilaxia secundară antitrombotică și antiagregantă la acești pacienți se adresează atât menținerii pe termen lung a patenței grafturilor, cât și prevenirii accidentelor vasculare acute coronariene sau cerebrale. Inhibitorii agregării plachetare studiate au fost aspirina și antagoniștii de receptori ADP, alți agenți cum ar fi inhibitorii de fosfodiesterază AMPc, de receptori de glicoproteină IIb/IIIa, etc. nu au fost studiate din diferite motive. Terapia anticoagulantă utilizată a fost fie heparină cu greutate moleculară mică sau antagoniști de vitamină K.

Patența grafturilor aorto-bifemorale, ilio-femorale sau femuro-poplitee tratate cu doze moderate de aspirină (75-250 mg/zi), asociată cu clopidogrel (75 mg/zi), a fost de peste 75% la 5 ani, fără a se utiliza de rutină antivitaminale K. Asocierea antivitaminelor K a fost favorabilă în cazurile de by-pass aorto-bifemural, femuro-femural încrucișat și femuro-subpopliteal în peste 80% a cazurilor. Asocierea benefică de doi agenți antiagreganți plachetari este în concordanță cu rezultatele studiului CURE, iar anticoagularea în cazurile selecționate a adus rezultate superioare.

Deși rezultatele sunt pe termen scurt și cuprind un număr relativ redus de bolnavi, ele par a fi promițătoare, pe viitor fiind necesară introducerea de protocoale bine structurate pentru a evalua progresia bolii, la fel ca și morbiditatea și mortalitatea de cauză cardiovasculară la pacienții arterio-opați.

DATE DE EPIDEMIOLOGIE CLINICĂ PRIVIND RAA

Polixenia Stancu, Cristina Singer,
Diana Maria Trașcă, Maria Olteanu,
Viorela Pucalev, Daniela Gabriela Spiridon
Spitalul Clinic de Urgență Craiova

SCOP

Obținerea unor date de epidemiologie clinică privind RAA la copiii internați în Clinica a II-a Pediatrie a Spitalului de Urgență Craiova pe o perioadă de 14 ani (1990-2003).

REZULTATE

Numărul cazurilor noi de RAA în ordinea anilor, începând cu anul 1990 a fost: 10, 7, 8, 12, 6, 5, 4, 2, 4, 5, 5, 0, 1, 0, cumulând un total de 67 cazuri. Raportat la cele 32331 internări din anii de studiu, frecvența medie a RAA a fost de 0,2%, cu extreme de 0 și 0,56%. Repartiția cazurilor pe sexe: 39 sex B și 28 sex F. Mediul de proveniență a fost U la 32 copii (21 de sex B și 11 de sex F) și R la 35 copii (18 de sex B și 17 de sex F). Grupa de vârstă la debutul RAA: 5-10 ani la 19 copii, 10-15 ani la 42 și 15-18 ani la 6 copii. Anotimpul de debut al RAA a fost toamna la 30 (14 luna octombrie), vara la 14, primăvara la 13 și iarna la 10 copii. AHC reumatismale au fost întâlnite la 13/67 copii, iar angina acută în antecedentele personale recente la

38/67 copii. Dintre criteriile clinice majore artrita s-a întâlnit la 54, cardita la 21 și coreea la 3 copii. Artrita a predominat la nivelul membrilor inferioare: genunchi (43 cazuri) și glezne (32 cazuri).

CONCLUZII

- numărul cel mai mare de cazuri noi de RAA s-a înregistrat în anul 1993 (12/67); în 2 din cei 14 ani (2001 și 2003) nu s-a internat nici un caz nou de RAA;
- RAA a predominat la copiii de sex B (58,2%); mediul de proveniență a fost predominant urban la băieți (53,8%) și rural la fete (60,7%); majoritatea copiilor (62,7%) au aparținut, la debutul RAA, grupei de vârstă 10-15 ani;
- frecvența maximă a RAA pe anotimpuri s-a înregistrat toamna (44,8%); numărul cel mai mare de cazuri apărând în luna octombrie (după începerea școlilor);
- antecedente recente de angină streptococică au fost recunoscute la 56,7% din cazuri.

EFACTELE MEDICAȚIEI ANTIHIPERTENSIVE ASUPRA PROTEINURIEI LA PACIENTUL HIPERTENSIV

Daniela Ciobanu¹, F. Petrescu¹, O. Ciobanu², Mariana Barcan², L. Iovănescu¹, M. Georgescu¹
1. *Clinica II Medicală - Spitalul de Urgență Craiova*
2. *Disciplina Farmacologie*
3. *Clinica Chirurgie Pediatrică - Spitalul de Urgență Craiova*

Hipertensiunea arterială esențială a devenit în ultimii ani, una din bolile cele mai intens studiate, ca urmare a creșterii incidenței acesteia în populația generală.

Studiile referitoare la patogenia și tratamentul hipertensiunii arteriale și studiul factorilor de risc cardio-vascular au luat o amploare deosebită.

Tratamentul antihipertensiv eficace normalizează în general excreția urinară de albumină la pacienții hipertensivi. Studiile ultimilor ani au pus în evidență faptul că microalbuminuria crește dacă presiunea arterială sistolică depășește 120 mmHg. Tratamentul eficace va fi astfel obținut la valori ale TA sub 140/90 mmHg.

Studiul de față își propune să evidențieze efectele și eficacitatea tratamentului antihipertensiv pe un lot de 85 pacienți internați în Clinica II Medicală și tratați cu antihipertensive aparținând celor 5 clase: diuretice, IEC, inhibitorii AT1, beta-blocanți, blocanți de calciu, fiecare din ele fiind folosite singure sau în asociere.

Studiul a monitorizat valorile tensiunii arteriale, proteinuria, HVS și evenimentele cardio-vasculare.

CORELAȚIA MICROALBUMINURIEI CU PROFILUL „NON-DIPPER“ LA PACIENTUL HIPERTENSIV

Daniela Ciobanu¹, F. Petrescu¹, O. Ciobanu², E. Moța¹, L. Iovănescu¹, M. Georgescu¹
1. *Clinica II Medicală - Spitalul de Urgență Craiova*
2. *Clinica Chirurgie Pediatrică - Spitalul de Urgență Craiova*

Monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale (MATA) reprezintă cea mai eficientă și mai obiectivă metodă de determinare a TA.

S-a constatat că hipertrofia VS, remodelarea vasculară și nefropatia hipertensivă s-au corelat mai bine cu valorile tensionale obținute prin MATA decât cu cele obținute prin determinările clasice. Lipsa variabilității nocturne identificată prin MATA s-a asociat cu afectarea miocardică și vasculară mai precoce și mai severă.

Prognosticul bolnavilor hipertensivi în funcție de riscul cardio-vascular a putut fi de asemenea mai bine apreciat pe baza valorilor tensionale obținute în dinamică și prin cunoașterea variabilității acestora.

Deși în mod obișnuit valorile tensionale nocturne sunt mai scăzute, la anumite grupe de hipertensivi cu un grad mai mare de afectare a organelor țintă sau cu un eveniment cardio-vascular major a fost notată scăderea mai mică sau chiar absența reducerii valorilor tensionale în timpul nopții. Prin MATA am studiat corelația valorilor TA la „dipperii“ și „non-diperii“ cu microalbuminurie. Au fost examinați un număr de 50 de pacienți, la care s-au determinat valorile medii ale TAs, TAd, profilul tensional, variabilitatea nocturnă a TA, microalbuminuria, valorile ureei și creatininei.

Microalbuminuria a avut valori mari la pacienții „nondipperii“ față de pacienții încadrați în profilul „dipper“.

MANIFESTĂRILE CLINICO-IMAGISTICE DIN BOLILE CONGENITALE RARE (MUCOPOLIZAHARIDOZA IV)

Ovidiu Petriș¹, Cristina Bologa¹, Amuliu Aramă², Traian Mihăiescu²

1. *Clinica Medicală, Spitalul Clinic de Urgență Iași*
2. *Clinica Pneumologie, Spitalul de Pneumologie Iași*

INTRODUCERE

Mucopolizaharidoza IV (boala Morquio) definește o tulburare congenitală — autosomal recesivă — de metabolism constând în degradarea deficitară a keratansulfatilor cu acumularea acestora, rezultând o tezurismoză.

Două tipuri: A. formă severă — deficit de galactosamine-4-sulfatază (16q24), incidență 1/150 000; B. formă ușoară — deficit de β-galactozidază (3p21), incidență excepțională.

SCOP

Evaluare clinică și paraclinică, în principal din punct de vedere al aparatului respirator, a două cazuri de b. Morquio din evidența Clinicii Medicale — Spital Urgență Iași.

MATERIALE ȘI METODĂ

Două surori dintr-o familie de patru copii în care părinții sunt verișori de gradul 2, purtători sănătoși ai genei recesive defecte. Sunt analizate aspecte de istoric, clinice și paraclinice.

REZULTATE

Aspecte patologice clinice, spirometrice și fibrobronhoscopice.

CONCLUZII

Am documentat disfuncții respiratorii și malformații bronșice asociate bolii Morquio.

ABORDUL BRAHIAL – METODĂ DE DIAGNOSTIC ANGIOGRAFIC PERCUTAN ÎN EVALUAREA AORTEI ABDOMINALE

I. Țilea¹, L. Cozlea¹, Cristina Maria Tătar¹,
C. Baba², D.M. Fărcaș¹, D.C. Bratu¹

1. Clinica Medicală III Cardiologie, U.M.F. Tg Mureș
2. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș

Procedurile angiografice de diagnostic și tratament intervențional ale arterelor extremității cefalice, ale membrilor superioare și inferioare, la fel ca și ale aortei și ramurilor ei pot fi realizate utilizând abordul arterial brahial stâng sau drept. Lucrarea de față prezintă metodele de abord angiografic percutan brahial stâng și drept în evaluarea aortei terminale utilizate în Clinica Medicală III Cardiologie Târgu Mureș începând cu anul 1997.

Abordul brahial stâng are câteva indicații de elecție: stenoza sau ocluzia ostială a arterei subclaviculare stângi, stenoza de trunchi celiac, artere mezenterice, artere renale, ocluzia sau anevrismul aortei abdominale sau a arterelor iliace, cicatrici deformate la nivel inghinal, anevrisme ale arterelor femurale comune, absența pulsului la arterele femurale. Abordul brahial drept rămâne, în cazuistica noastră, indicat pentru explorarea leziunilor arterei subclavice dreaptă sau a trunchiului brahiocelalic sau în cazurile în care nu s-a reușit abordul brahial stâng. Pentru cazurile diagnostice abordul brahial a fost efectuat și la pacienții ambulatori, nefiind necesară anticoagularea, aceasta din urmă folosindu-se doar în procedurile de angioplastie.

Abordul brahial a fost efectuat la nivelul fosei antecubitale sau în 1/3 superioară a brațului, în ambele cazuri membrul superior fiind într-o abducție între 30 și 60 de grade. Am folosit catetere diagnostice de 4 sau 5F fără teacă arterială sau 6F, pasate prin ghiduri de 1,5J 0,0035 inch 150 cm. Rareori apar dificultăți tehnice cum ar fi spasm arterial, cateterizarea nedorită a ramurilor arterei axilare, mamare interne, lezări de trunchiuri brahiale sau axilare sau complicații: spasm arterial, tromboză, hematom la locul de puncție, embolii distale, flebite, parestezii tranzitorii, echimoze, complicații neurologice.

În concluzie abordul transbrahial stâng este o tehnică deosebit de utilă în condițiile

unor indicații bine stabilite în evaluarea anatomiei și patologiei aortei abdominale.

ORIENTĂRI MODERNE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ISCHEMIEI ACUTE A MEMBRELOR INFERIOARE

I. Țilea¹, L. Cozlea¹, C. Baba², D.M. Fărcaș¹,
Cristina Tătar¹, D.C. Bratu¹

1. Clinica Medicală III Cardiologie, Universitatea de
Medicină și Farmacie Târgu Mureș
2. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș

Ischemia acută a membrilor inferioare este determinată de o scădere abruptă a fluxului sanguin în aceste teritorii și reprezintă o potențială amenințare a viabilității locale periferice, dar și generale datorită modificărilor echilibrului acidobazic și electrolitic care afectează aparatele cardiovascular și renal. De aceea tratamentul ocluziilor arteriale acute periferice implică identificarea leziunilor arteriale tributare, precum și a procedurilor percutanate sau chirurgicale de revascularizare. Lucrarea de față își propune să prezinte importanța etiologiei și a aspectului clinic al bolnavilor cu ischemie acută periferică precum și a arteriografiei și a altor tehnici neinvazive de diagnostic al ocluziilor arteriale acute alături de câteva posibilități moderne de tratament (chirurgical, tromboliză farmacologică, trombectomie percutanată).

S-au studiat retrospectiv datele din literatura de specialitate precum și cele directe obținute din cazurile internate în Clinica Medicală III Cardiologie Târgu Mureș în perioada 1 ianuarie 1998 — 31 decembrie 2003. Criteriul major de includere în studiu a fost durata de prezentare de la debutul ischemiei acute periferice, considerându-se durata de 2 săptămâni de la episodul acut ca un reper de orientare terapeutică. Încadrarea clinică a cazurilor în clasele I-II ale Societății Internaționale de Chirurgie Cardiovasculară și aspectul angiografic a permis instituirea unei scheme de tratament adecvat care a asigurat salvarea membrului afectat.

Privind retrospectiv și comparativ mijloacele diagnostice clinice și instrumentale alături de revascularizarea chirurgicală, trombolitică și instrumentală, aplicate judicios pot contribui la scăderea morbidității

și mortalității în cazurile de ocluzie arterială acută.

DEXTROCARDIE, FIBRILAȚIE ATRIALĂ, IC CLASA III NYHA, DZ TIP II INSULINO- NECESITANT LA UN PACIENT CU HEPATITĂ CRONICĂ CU VHC

Adina Ciobotaru¹, Silvia Dediu²

1. Medic specialist cardiolog
2. Medic rezident, medicină internă Spitalul Clinic
„Dr. I. Cantacuzino” - Compartimentul de cardiologie

Pacient SC, în vârstă de 60 ani, din mediu urban, se internează în perioada 4-13.11.2003 pentru dispnee în eforturi mici-medii, palpitații, dureri epigastrice. Din antecedentele patologice ale pacientului menționăm dextrocardie, TBC pulmonar (1990), ulcer gastric complicat cu HDS și operat (1962); de menționat consumul de etanol 200 ml zilnic, fumatul 10 țigări/zi de 30 ani, transfuzie de sânge integral în timpul intervenției chirurgicale pentru HDS.

SCOP

TA = 130/80 mmHg, AV = 84 bpm, neregulat, soc apexian xifoidian, abdomen suplu, dureros la palpate în epigastru, hepatomegalie moderată. ECG: FiA, ritm mediu 80 bpm, axQRS = +150 grade (în derivațiile standard), aspect QS în V1-V6 cu electrozi poziționați normal, aspect Rs în V4R-V6R. Biologie: citoliza hepatică moderată, hipocolesterolemie, hipotrigliceridemie, IP = 72%, hipergamaglobulinemie cu raport albumine/globuline 1,3; glicemii 60-349 mg/dl. Atc anti-VHC pozitivi. Eco-grafie abdominală: ficat cu ecostructura neomogenă, hiperecogenă, pancreas hiperecogen. Endoscopie digestivă superioară: stomac rezecat cu anastomoză T-T, cu reflux biliar abundent, aspect congestiv difuz la nivelul bontului.

DD: 1. IMA vechi-Dextrocardie; 2. Hepatită cronică toxic-nutrițională și/sau virală și/sau nutrițională.

DP: 1. Fibrilație atrială cronică cu AV medie sub tratament; 2. Dextrocardie; 3. Insuficiență cardiacă clasa III NYHA; 4. Diabet zaharat tip II insulinonecesitant; 5. Hepatită cronică cu virus hepatitic C; 6. Pancreatită cronică; 7. Ulcer gastric operat pentru HDS (1972). Gastrită de bont.

***Acum
puterea***

NUROFEN[®]

are formă de **gel**

- ***Fără culoare, fără miros.***
- ***Tratează durerile musculare și articulare.***



Prognosticul pe termen scurt este bun, dar pe termen îndelungat este rezervat, având în vedere prezența hepatitei cronice cu virus C, cu citoliză hepatică, la un pacient cu DZ insulinonecesitant, IC clasa III NYHA.

Particularitate cazului: 1. Dextrocardie — rar întâlnită; 2. Contraindicațiile tratamentului antiviral cu IFN și/sau Ribavirină la un pacient cu DZ insulinonecesitant necooperant, cu IC clasa III NYHA, aritmie cardiacă, consumator cronic de etanol; 3. Patologie asociată gravă ce determină un prognostic rezervat la un pacient relativ tânăr.

ESTE ULCERUL RECIDIVAT POSTOPERATOR O AFECȚIUNE FRECVENT DIAGNOSTICATĂ DE MEDICUL ENDOSCOPIST?

Rodica Rediș¹, D. Rediș², Simona Mocan³,
Cristina Tătar¹, Diana Pop Petre¹,
Tereza Crăciun Mureșan¹, L. Cozlea¹,
D.C. Bratu¹

1. Clinica Medicală III Cardiologie, Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș
2. Clinica Chirurgie III, Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș
3. Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș

Ulcera recidivat este considerat o leziune ulceroasă care poate apărea din nou, se poate reactiva sau continua să evolueze, localizată pe stomac, pe gura de anastomoză sau pe ansa anastomotică, consecutiv intervenției chirurgicale. Scopul prezentului studiu a fost să evidențieze frecvența cu care este diagnosticată această afecțiune la pacienții rezecați precum și ponderea infecției cu *Helicobacter Pylori* la aceștia. Am luat în studiu pacienții rezecați parțial pentru ulcer gastric sau duodenal. Am exclus din lot pacienții rezecați pentru cancer gastric, pe cei tratați cu inhibitori de pompă de protoni sau antibiotice, două luni anterior examinării endoscopice precum și pe cei cu piloroplastie, sutură al ulcerului sau vagotomie fără rezecție. Studiarea recidivei ulceroase în funcție de modul de restabilire a continuității digestive la cei 32 pacienți (13,27%) cu ulcer recidivat, a evidențiat predominanța acestuia în anastomozele tip Pean - Billroth I - 26 pacienți (81,25%), față de anastomoza Billroth II- 6 pacienți (18,75%). Investigarea infecției cu *Helico-*

bacter Pylori la pacienții cu recidivă ulceroasă, prin examen histopatologic și testul serologic a evidențiat o pondere de 21,87% - 7 pacienți. S-a evidențiat predominanța recidivei ulceroase la peste 5 ani de la intervenția chirurgicală, 11,61% după cinci ani (28 pacienți din 164) față de 5,19% (4 pacienți din 77) în primii cinci ani. Am evidențiat predominanța tipului de anastomoză Pean - 204 pacienți (84,64%), față de cei cu anastomoză Billroth II- 37 pacienți (15,35%). Trimiși frecvent spre examinare cu diagnosticul de ulcer recidivat, în acest studiu am evidențiat o frecvență redusă a acestei afecțiuni comparativ cu frecvența suspiciunii clinice.

MANAGEMENTUL PIROZISULUI INTERMITENT LA MILITARII ÎN TERMEN

Alexandru Ioan Suciu, Tudor Nicolaie,
Liviu Sandu Verdeș, Mariana Jinga,
Florentina Radu-Ioniță, Mihai Cojocaru,
Rareș Livius Corbu, Monica Stănescu,
Petruț Nuță, Ionel Odagiu, Andrei Carabelea,
Ema Popovici, Ramona Bobeică
Spitalul Clinic de Urgență Militar Central București
- Clinica Boli Interne 2

Boala de reflux gastroesofagiană (BRGE) este o stare morbidă foarte frecventă considerându-se că mai mult de 10% din populație are cel puțin 2 episoade de pirozis/săptămână. În condițiile de stres impuse de viața militară, boala de reflux gastroesofagiană reprezintă cea mai frecventă cauză a sindromului dispeptic la tinerii militari.

SCOP

- depistarea BRGE la militarii în termen internați în Clinica Boli Interne 2;
- diagnosticarea esofagitei asociate;
- eficiența terapeutică a diferitelor droguri menite să cupeze episoadele de pirozis.

MATERIALE ȘI METODĂ

În perioada 01.12.2003-31.01.2004, am efectuat studiul prospectiv pe 126 de militari în termen, care prezentau mai mult de 2 episoade de pirozis/săptămână. Au fost excluși pacienții care prezentau esofagită de reflux și/sau afecțiuni gastroduodenale acute sau cronice. Evaluarea BRGE s-a făcut cu ajutorul examenului clinic și testelor paraclinice (Rx esogastroduodenal

și endoscopia digestivă superioară). După 7 zile de tratament cu antiacide sau blocanți H2 receptori sau inhibitori de pompă de protoni s-a apreciat răspunsul terapeutic (ameliorarea/amendarea episoadelor de pirozis). Rezultatele clinice și paraclinice au fost consemnate în fișa medicală personală și apoi centralizate în tabele și grafice. Pentru interpretarea rezultatelor s-a folosit metoda statistică de calcul ± 2 .

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Militarii în termen cu episoade de pirozis mai frecvente de 2/săptămână au fost investigați clinic, radiologic și endoscopic. Pe baza rezultatelor paraclinice pacienții au fost împărțiți în 2 grupe: boala de reflux gastroesofagiană funcțională și afecțiunile organice ale esofagului, stomacului și/sau duodenului. Obiectul studiului l-au reprezentat pacienții din prima grupă și au fost tratați inițial cu antiacide (răspuns terapeutic 82 pacienți). Pacienților non-responsivi li s-au administrat în etapa a doua blocanți H2 receptori (cu răspuns terapeutic la 38 pacienți). Doar la un număr redus (6) de bolnavi a fost necesară administrarea de inhibitori de pompă de protoni. Au fost monitorizate reacțiile adverse ale tratamentului antiacid: grețuri, balonări, diaree, constipație

CONCLUZII

- BRGE este o condiție morbidă frecventă ce afectează capacitatea de luptă la militarii în termen;
- Antiacidele au răspuns terapeutic prompt în BRGE funcțională la majoritatea subiecților;
- Calitatea vieții pacienților s-a corelat cu tipul de răspuns terapeutic și cu efectele adverse ale tratamentului antiacid.

DIAGNOSTICUL ISCHEMIEI SILENȚIOASE DE TIP III

dr. Ariadna Cuișdean, dr. Gheorghita Aron,
dr. Cristina Zegheru, dr. Margareta Nedelcu,
dr. Lorena Harbuz, dr. Iulia Gabor,
dr. Oana Bucătaru, dr. Evghenia Petrova,
dr. Boris Petrov, dr. Elena Francisc,
dr. Elena Enache, prof. dr. Dan Georgescu
Spital Clinic „Sfântul Ioan”, București

Ischemia silențioasă de tip III este cel mai frecvent tip de ischemie, apărând la pacienții care au și ischemie clinic mani-

festă sub formă de angină stabilă sau instabilă.

Studiul s-a efectuat pe un lot de 80 pacienți, 56 bărbați și 24 femei, cu vârste cuprinse între 38 și 79 ani (71%, respectiv 29%), internați în Clinica Medicală a Spitalului „Sf. Ioan” în perioada 2000 — 2003, pacienți care au fost selectați dintre bolnavii internați în această perioadă cu angină pectorală stabilă sau instabilă însă fără antecedente de infarct miocardic.

Cele trei metode utilizate au dat des rezultate concordante:

1. Testul de efort EKG a dat rezultate pozitive (68% din cazuri).
2. Monitorizarea Holter a aratat derivațiile în care s-au înregistrat modificări ischemice — aceleași derivații în care s-au semnalat modificări ischemice la proba de efort (85%).
3. Imagistica nucleară a avut rezultate pozitive la 81% din pacienții luați în studiu.
4. Echocardiografia de stress a avut rezultate pozitive la 75% pacienți.
5. Incidența crescută a modificărilor tipice electrice, scintigrafice și kinetice au prezentat pacienții cu ischemie silențioasă de tip III de sex masculin care au asociat doi sau mai mulți factori de risc (între care domina diabetul zaharat).

PANICULITĂ MEZENTERICĂ

D. Băltaru, A. Cotoz, Fl. Gavrilas,
V. Oprea, A. Ghițuică
Spitalul Militar de Urgență „Dr. Constantin
Papilian”, Cluj-Napoca

Paniculita mezenterică (sau mezen-terita fibrozantă) este o entitate clinică rară, adesea asociată unor neoplazii.

Prezentăm un pacient în vârstă de 50 de ani, fără antecedente patologice deosebite, care s-a internat în clinica noastră pentru apariția insidioasă în decurs de o lună a durerii și mării de volum a abdomenului.

Examenul clinic a evidențiat ca unic element patologic prezența ascitei voluminoase, iar investigațiile de laborator au obiectivat un sindrom inflamator. Lichidul de ascită s-a dovedit a avea caracter exudativ, cu celularitate bogată, predominant limfocitară (80%). Screen-ingul interdisciplinar pentru tuberculoză și cel oncologic au exclus o etiologie din aceste domenii

pentru sindromul ascitic. Evaluarea imagistică prin CT a confirmat ascita voluminoasă și a relevat un aspect „tumoral” al rădăcinii mezenterului.

S-a practicat laparoscopie diagnostică, cu biopsie mezenterică. Examenul anatomo-patologic a permis stabilirea diagnosticului de paniculită mezenterică.

Fenotiparea limfocitelor sanguine a arătat un procent crescut al celulelor NK-T.

Tratamentul cu Ciclofosamidă (2 mg/kgc) asociat inițial cu Prednison, a determinat ameliorare clinică și biologică, cu dispariția rapidă a lichidului de ascită.

FOTOSENSIBILITATEA ÎN AFECȚIUNILE HEPATICE CRONICE

M. Georgescu¹, E. F. Georgescu²,
Florentina Ileana Cristovic³

1. Clinica Medicală II - Spitalul Clinic
Județean Craiova

2. Clinica Medicală V Spitalul Clinic
„Filantropia”, Craiova

3. Clinica Dermatologie - Universitatea de Medicină
și Farmacie Craiova

Lucrarea urmărește stabilirea de corelații în unele cazuri cu fotodermatoze de diverse tipuri asociate cu afectare de tip hepatitic sau cirotic cu sau fără leziuni de tract digestiv superior.

MATERIALE ȘI METODĂ

105 pacienți cu fotodermatoze au fost evaluați în interval de doi ani. Lotul a inclus 47 pacienți cu eritem pelagroid (44,76%), 27 cu porfirie cutanată tardivă (25,71%), 15 cu erupții postmedicamentoase (14,28%) și 16 (15,23%) cu alte tipuri de leziuni de fotosensibilitate. La toți pacienții s-a efectuat endoscopie digestivă superioară, precum și ecografie hepatică și o baterie standard de teste hepatice.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Din cei 47 de pacienți cu eritem pelagroid, 25 (53,19%) au prezentat leziuni de tract digestiv superior: gastropatie hipertrofică etanolică 7 cazuri (28%), polipi inflamatori 9 cazuri (36%), esofagită de reflux 7 cazuri (28%), hipertensiune portală de diverse grade 13 cazuri (52%). Cei cu porfirie cutanată tardivă au prezentat modificări de hipertensiune portală în 8 cazuri din 27 (29,62%), gastrite de diverse tipuri în 6 cazuri (22,22%), boală de reflux în 5

cazuri (18,51%). La cei cu erupții postmedicamentoase au fost identificate leziuni de tip gastrită eritematoasă, erozivă și eroziv-hemoragică în 8 cazuri din 15 (53,33%) și modificări de hipertensiune portală la 4 cazuri (26,66%). Investigația endoscopică și hepatică a fost negativă la 30 de bolnavi din 105 (28,57%).

CONCLUZII

Leziunile hepatice și de tract digestiv superior sunt frecvent asociate fotodermatozelor. În erimele pelagroid predomină leziunile asociate consumului de alcool (gastrite hipertrofice, polipi inflamatori, hipertensiune portală) în timp ce în cele postmedicamentoase leziunile preponderente sunt de tip inflamator, iar alterarea funcțională hepatică nu este neglijabilă. Afectarea hepatică este moderată, numărul de cazuri cu ciroză în clasele funcționale B și C fiind redus. Autorii discută corelațiile dintre gradul afectării hepatice și leziunile de fotosensibilitate.

REZISTENȚA LA ANTIBIOTICE A BACTERIILOR GRAM-NEGATIVE

Zaharia Kézdi Iringó¹, Rodica Pascu¹,
Carmen Chiriac¹, Brândușa Tilea¹,
Anca Georgescu¹, Cristina Gârbovan¹,
Andreea Moldovan¹, Inceze Andrea¹, Delia Pârveu²

1. Clinica Boli Infecțioase I, Universitatea de
Medicină și Farmacie Tg. Mureș

2. Clinica Boli Infecțioase I, Tg. Mureș

SCOP

Scopul studiului retrospectiv a fost evidențierea rezistenței la antibiotice a tulpinilor de bacili gram negativi (BGN) obținute din produsele patologice a bolnavilor internați în Clinica de Boli Infecțioase I, Tg. Mureș, în perioada 2002-2003.

S-au analizat rezultatele antibiogramelor difuzimetrice. BGN au fost identificați din coproculturi, hemoculturi, spută, secreție otică, urocultură, exsudat nazal, faringian, secreții din plăgi etc.

Tulpinile izolate au fost rezistente la multiple antibiotice: peste 90% la Streptomycină, peste 70% la Ampicilină, Tetracilină, Cotrimoxazol, Cefaclor, Cefalotin, peste 40% la Neomicină, Cloramfenicol, Colistin, Acid nalidixic, Cefuroxim, Nitrofurantoin, Ampicilină, Sulbactam, Cefope-

Artrită reumatoidă?

Spondilită anchilopoetică?

Crize acute de osteoartrită?

DURERII?



Aruncă-le la coș!



RO-MEL-MPP-04/01

MELOXICAM

Primul produs generic românesc

7,5 mg și 15 mg

➤ Efect antiinflamator optim ➤ Protecție gastrointestinală ➤ Risc trombotic scăzut



LaborMed Pharma. Tratează cu încredere!

S.C. LaborMed Pharma S.A., Splaiul Independenței 319, Sector 6, București; Tel: 021-21.26.625; 021-41.08.750; Fax: 021-22.13.160
e-mail: clienti@labormedpharma.ro; www.labormedpharma.ro; Linie telefonică permanentă: 0800 830303

razon, Tobramicină, Kanamicină, Ticarcilină, peste 20% la Gentamicină, Norfloxacină, Ceftriaxonă, Amikacină, Netilmicină, Amoxicilină-Acid Clavulanic, Cefazidimă, Meropenem, Cefepim, Carbenicilină, iar peste 10% la Imipenem, Ciprofloxacina, Ofloxacin.

BGN izolați au o rată mare a rezistenței la majoritatea antibioticelor testate, cele uzuale folosite în mod curent, ceea ce creează o reală problemă terapeutică și necesită supravegherea permanentă a fenomenului.

ESTE DIAGNOSTICUL DE MIELOM MULTIPLU UN DIAGNOSTIC DIFICIL ?

Alina Diaconescu, Irina Florea,
Sebastian Diaconescu, Mihaela Milicescu
Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino“

G.F., 72 ani, sex feminin, mediu urban.
MI: dureri osoase intense la nivelul coloanei vertebrale dorsolombare și toracelui anterior, fatigabilitate accentuată și stări subfebrile repetate (37,2-37,5°C).
Istoric: Pacienta a fost diagnosticată în urmă cu 7 ani cu boala artrozică vertebroriferică și osteoporoză difuză severă de involuție cu tasări vertebrale lombare pentru care a urmat tratament cu bifosfonați timp îndelungat (circa 3 ani), dar fără o evoluție favorabilă. *Ex. obiectiv:* tegumente și mucoase palide, cifoasă dorsală, dureri osoase lombare cu impotența funcțională la nivelul membrilor inferioare (mers cu sprâjin). *Biochimie:* anemie normocromă normocitară (Hb 10 g/dl), calcemie 10,9 mg/dl, sindrom inflamator prezent (VSH 80i95 mm), LDH crescut. *Eletroforeza:* hipoalbuminemie (46%) cu hipergamaglobulinemie (34,6%) și aspect de condensare monoclonală în zona gamaglobulinelor, proteine totale 8,39 g/dl IgG crescute (39 g/L) cu imunofixare IgG(). *Explorările paraclinice:* Radiografie coloană vertebrală toracolombară arată marcată osteoporoza cu multiple fracturi osoase costale și vertebrale. Radiografia de craniu evidențiază multiple imagini de osteoliză de dimensiuni reduse pe un fond de resorbție difuză. În acest moment se efectuează puncția sternală: maduva cu 40% plasmocite. *Terapie:* după stabilirea diagnosticului de Mielom Multiplu este transferat în

Clinica de Hematologie unde urmează chimioterapie convențională de inducție cu VMPCAREDIA, cu repetarea curei la 4 săptămâni de încă 4-5 ori, și a mai primit bifosfonați, biocatalizatori, uricozuric și protectoare gastrice. *Diagnostic complet:* 1. Mielom multiplu IgG (lanțuri) secretor std.IIIA; 2. Osteoporoză difuză severă de cauză complexă; 3. Hipertensiune arterială forma severă grupa de risc foarte înalt; 4. Diabet zaharat tip II; 5. Cardiopatie ischemică cronică dureroasă. Angor de efort. *Prognostic:* sever (circa 30 luni de supraviețuire) pentru pacienta noastră care s-a încadrat în stadiul IIIA. În cazul pacientei noastre nu se pune problema remisie bolii, ci menținerea în stadiu actual cu ameliorarea simptomatologiei. Particularitățile cazului: debutul relativ târziu (la peste 70 ani) a dus inițial la un diagnostic de osteoporoză severă de involuție absența proteinei BenceJones în urină, anemie moderată, fără neutropenie și trombocitopenie și afectare renală la debut, dar după a doua cură de chimioterapie pacienta dezvoltă sindrom hemoragipar și deteriorarea funcției renale.

POLIARTRITA REUMATOIDĂ SEROPOZITIVĂ ASOCIATĂ ÎN EVOLUȚIE CU AMILOIDOZA. SINDROM NEFROTIC

Irina Florea, Alina Diaconescu, Iulia Duțu,
Mihaela Milicescu
Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino“

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 59 ani cu poliartrită reumatoidă stadiul IV care se prezintă pentru dureri articulare, edeme importante, astenie fizică marcată, diaree cronică, dispnee la eforturi mici.

Pacienta este cunoscută cu PR seropozitivă de 21 ani și a urmat tratament de fond incomplet asociat antiinflamatoarelor nesteroidiene și steroidiene. Din APP reținem cistita interstițială acută hemoragică și anemia severă diagnosticată în urma cu 3 luni, sindrom diareic de circa 8 luni.

SCOP

Pacienta subponderală, tegumente palide, deformări articulare multiple, limitarea mobilității la nivelul majorității articulațiilor afectate, edeme membre inferioare, tul-

burări trofice de stază, adenopatie inghinală bilaterală, tiroida marită de volum, fermă nedureroasă; Ta = 90/60 mmHg, AV = 100 bpm.

Biologic: sindrom inflamator sever, anemie severă hipocromă microcitară, trombocitoză, FR pozitiv, hipoalbuminemie, hipergamaglobulinemie, imunogramă cu fracțiuni IgG și IgA crescute, proteinurie-6,75 g/24 ore. Investigațiile paraclinice au arătat la: *Radiografia pulmonară:* pleurezie bilaterală și cord global mărit; *Ecografia abdominală:* rinichi cu structura dezorganizată, cu delimitare dificilă corticală/medulară, vezica urinară cu pereți îngroșați; *Densitometria ahiliană:* osteoporoză formă severă; *Irigografie:* fără modificări; *Ecografia cardiacă:* lichid pericardic în cantitate mare, lamă de lichid 20 mm cu colaps diastolic la nivelul AD și VD. S-a efectuat biopsia rectală, iar la examenul histologic după colorația cu roșu de Congo se constată depuneri de amiloid de culoare roșie și birefringentă verde în lumină polarizată.

Diagnostic complet: Poliartrită reumatoidă seropozitivă stadiul IV. Amiloidoză secundară. Sindrom nefrotic. Tamponadă cardiacă. Osteoporoză difuză severă de cauză complexă.

Particularitățile cazului: manifestări polimorfe la o bolnavă cu PR veche, tulburări de motilitate, cistită interstițială, sindrom nefrotic cu edeme generalizate reprezentând manifestări ale amiloidozei consecutive depunerii amiloidului la nivelul tractului digestiv, cordului, glandei tiroide, ganglionilor limfatici; diagnostic paraclinic de tamponadă cardiacă cu manifestări clinice modeste care nu au necesitat punție pericardică.

VASCULITE SISTEMICE CU IMPLICARE DIGESTIVĂ ȘI CUTANATĂ

E. F. Georgescu², M. Georgescu¹
1. Clinica Medicală V - Spitalul Clinic „Filantropia”, Craiova
2. Clinica Medicală II - Spitalul Clinic Județean Craiova

Vasculitele sistemice (VS) sunt boli complexe cu implicarea mai multor organe și sisteme, al cărui substrat îl

reprezintă afectarea peretelui arterial împreună cu reacția inflamatorie periarterială. Tractul gastrointestinal este destul de frecvent interesat, tipurile și gradele afecției fiind foarte diferite.

Sunt discutate pe rând: poliartrita nodoasă (PAN), sindromul Churg-Strauss (SCS), granulomatoza Wegener (GW), crioglobulinemiile (CG), purpura Henoch-Schönlein (PHS), maladia Degos sau papuloza atrofiată malignă (PAM) și boala Beçhet (BB). În toate aceste vasculite, afectarea digestivă, de fapt vasculita mezenterică, este variabil asociată: rară în crioglobulinemii, ea este frecventă în toate celelalte, în ordine descrescândă în: PAN, PHS, SCS, GW, PAM, cu complicații din cele mai severe de la colecistite, apendicită, ileocolite la hemoragii, ulceratii, infarct, perforații ș.a. Pe de altă parte, implicarea cutanată în procesul vasculitic se manifestă prin tablouri clinice diferite: erupții polimorfe cu caracter purpuric, hemoragii subcutanate, livedo reticularis persistent și noduli subcutanați inflamatori în PAN; erupții peteșiale maculopapuloase și noduli în SCS; purpură palpabilă și leziuni verucoase papulonecrotice sau de tip pyoderma gangrenosum în GW; purpură vasculară extrem de recidivantă în CG; purpură vasculară peteșială sau infiltrată necrotică în PHS; leziuni papuloase cu evoluție atrofică extrem de tipice pentru PAM; și leziuni de pseudofoliculită necrotică, noduli și afte în BB. Aceste manifestări cutanate, adesea evocatoare ale vasculitelor sistemice au o mare importanță în stabilirea precoce a diagnosticului și instituirea cât mai rapidă a unei terapii corespunzătoare menită să împiedice evoluția spre complicații dintre cele mai severe.

CONCLUZII

Manifestările cutanate sunt adesea evocatoare ale VS și cunoașterea lor ajută la stabilirea precoce a diagnosticului și instituirea unei terapii capabilă să împiedice evoluția spre complicații digestive din cele mai severe.

OBSERVAȚII PRIVIND INTERESAREA MUCOASEI DIGESTIVE ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ ÎN LEGĂTURĂ CU UN CAZ

E.F. Georgescu¹, Daniela Dumitrescu², Ana-Claudia Georgescu¹

1. Clinica Medicală V - Spitalul Clinic „Filantropia”, Craiova

2. Departamentul Radiodiagnostic - Spitalul Clinic Județean Craiova

Artrita psoriazică (AP) include orice manifestare cutanată și/sau unghială de psoriazis asociată cu o artrită inflamatorie adesea seronegativă. Clasic, manifestările extraarticulare ale AP sunt foarte rare comparativ cu poliartrita reumatoidă. Cele mai frecvente manifestări sistemice asociate AP sunt cele oculare iar afectarea cardiacă și amiloidoza sunt mult mai rare.

Exceptând câteva rapoarte, interesarea tractului digestiv nu este semnalată ca posibilă asociere în AP. Noi prezentăm o pacientă 53 de ani, HLA-B27 pozitivă, cu istoric familial de psoriazis, a cărei boală articulară a debutat câțiva ani mai târziu după instalarea unui psoriazis generalizat, evoluând apoi continuu și paralel cu acesta timp de aproape 30 de ani. Pacienta prezintă deformări asimetrice, mutilante la mâini și picioare, bazin și coloana vertebrală. Radiografic, imaginile sunt impresionante prin severitatea osteoporozei, osteolizei, anchilozelor și luxațiilor oaselor mâinilor și picioarelor, scoliozei dorsolombare dextroconcave cu prezență de sindesmofite groase, asimetrice paramarginale, precum și a modificărilor bazinului care apare asimetric cu reducerea marcată a spațiilor sacroiliace și coxartroză bilaterală. De reținut absența factorului reumatoid. În ultimii șase ani, apar tulburări digestive din ce în ce mai accentuate: epigastralgie, dureri abdominale, scaune diareice și însoțite constant de agravarea psoriazisului. Endoscopic se descoperă o gastrită eritematoasă, iar colonoscopic un aspect inflamator al mucoasei colonului care apare roșie cu un aspect discret granular, în absența sângerărilor sau ulceratiilor. Histologic, se observă un infiltrat limfoplasmocitar în lamina proprie.

CONCLUZII

În concordanță cu opinia altor autori considerăm necesară revizuirea conceptului de benignitate a AP. Procesul inflamator al mucoasei digestive sugerează o legătură patogenică între afectarea cutaneoarticulară și cea intestinală.

LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC ȘI ANOMALIILE COMPLEMENTULUI

Pătrășescu Mihăiță, Pătrășescu Maria, Verdeș Liviu

Spitalul Militar Clinic de Urgență Militar Central, București

Complementul (C), interfață între sistemul imun nespecific și cel specific, generează activități biologice ca: liza unor membrane celulare, opsonizare, chemotaxie (anafilatoxinele), favorizarea fagocitozei, eliberarea de amine vasoactive și medierea directă a răspunsului inflamator. Lupusul eritematos sistemic (LES) este o suferință inflamatorie cronică caracterizată prin reacții de hipersensibilitate de tip II și III. C joacă un rol cheie în clearance-ul complexelor imune. LES se asociază cu deficite dobândite sau moștenite ale C. Deficitele homozigote ereditare cresc riscul și severitatea LES în ordinea: C1q(90%), C4(75%), C2(33%). Deficitul homozigot de C1q este cel mai puternic factor genetic de susceptibilitate. Deficitul homozigot de C3 predispune la infecții recurente piogenice și glomerulonefrită membranoproliferativă, dar numai rar la LES. În perioadele de activitate a bolii C se activează. Tipic, C1q, C2, C4 scad prin consum și, în special la cei cu boală severă, se acompaniază de scăderea C3. Totuși nivelul componentelor individuale se corelează numai aproximativ cu activitatea bolii, iar C4 poate rămâne scăzută chiar dacă boala este inactivă. Hipercatabolismul C3 și C4 în LES poate fi asociat cu scăderea sau creșterea ratei sintezei. Rezultă valoarea limitată a măsurătorii C3 sau C4. Nivele crescute ale produșilor de degradare, C3a, C3d, C4d, C4d/C4 sau C3d/C3, se corelează mai bine cu activitatea bolii. Pacienții cu LES și hipocomplementemie cronică prezintă risc pentru infecții bacteriene: se impune profilaxia cu vaccin antipneumococic și antimeningococic. Precipitarea complexelor imune în țesuturi cu activarea

C nu duce întotdeauna la inflamație tisulară. C joacă un rol mai degrabă protector în LES. Totuși activarea C poate contribui la leziunea tisulară. LES poate fi activ fără să determine modificări în nivelul C3, C4. Creșterea titrului Ac antiC1q în LES se corelează puternic cu prezența nefritei proliferative cu 20-25 săptămâni anterior deteriorării funcției renale. În exacerbările fără interesare renală profilul C este inconsecvent.

ASOCIEREA MARKERILOR DE INFLAMAȚIE ȘI ANTICORPILOR ANTICARDIOLIPINĂ CU ATEROSCLEROZA LA PACIENȚII CU LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC

dr. Mihailov Claudia¹, dr. Ulmeanu Victoria²
1. Clinica Medicală II, Spitalul Clinic de Urgență Constanța
2. Catedra de Semiologie Medicală, Facultatea de Medicină, Constanța

Observațiile lui Urowitz și, ulterior, Sheli și colaboratorii arată că una din principalele cauze de deces la pacienții cu lupus eritematos sistemic, o reprezintă infarctul miocardic acut.

Anticorpii antifosfolipidici și factorii inflamatori sunt implicați în patogeniza afecțiunilor cardiovasculare.

SCOP

Studiului nostru își propune determinarea prevalenței aterosclerozei carotidiene asociată factorilor de risc (coagulare și markeri ai inflamației) la pacienții cu lupus eritematos sistemic.

MATERIALE ȘI METODĂ

Studiul a fost prospectiv pe 5 pacienți cu lupus eritematos sistemic, diagnosticați pe baza criteriilor ARA, determinându-se la aceștia anticorpii anticardiolipină, anticorpii anti DNA dc, complementul seric C3, C4, complexe imune circulante, teste inflamatorii nespecifice (VSH, fibrinogen) și s-a efectuat ecografia Doppler pe arterele carotide.

REZULTATE

Distribuția pe sexe a fost de 100% femei, cu o vârstă medie de 42,8±12,3 ani.

Nici o pacientă nu a prezentat manifestări clinice specifice aterosclerozei sistemice.

Pacientele se aflau în tratament corticoterapeutic, fără a asocia Hidroxiclorochina.

La toate pacientele sindromul inflamator nespecific a fost prezent, asociat cu pozitivarea anticorpilor anticardiolipină și ecografia Doppler pe arterele carotide a relevat existența plăcilor de aterom.

CONCLUZII

Ecografia Doppler este o investigație neinvazivă, utilă pentru diagnosticarea aterosclerozei fără manifestări clinice la pacienții cu lupus eritematos sistemic, care au risc crescut de afectare cardiovasculară.

Factorii de coagulare și inflamație joacă un rol important în afectarea cardiovasculară.

Se recomandă la acești pacienți asocierea la medicație a tratamentului cu Hidroxiclorochină, care are efect de protecție în progresia aterosclerozei sistemice.

CARDIOMIOPATIA CIROTICĂ – ÎNTRE MIT ȘI REALITATE

Răzvan A. Ionescu, Coman C. Tănăsescu
Spitalul Clinic Colentina, U.M.F. „Carol Davila”,
București

Existența unor modificări ale aparatului cardiovascular în ciroza hepatică este cunoscută deja de peste jumătate de secol, ea fiind multă vreme considerată consecință a consumului de alcool-factor etiologic important al acestei boli.

În ultimii 10-15 ani, totuși, s-a evidențiat că modificările de tip circulație hiperdinamică specifice cirozei hepatice se însoțesc și de scăderea contractilității miocardice, chiar și atunci când boala are altă etiologie decât alcoolul etilic.

La apariția acestei suferințe a aparatului cardiovascular în ciroza hepatică contribuie atât modificări ale funcției sistolice cât și existența disfuncției diastolice, însoțite și de modificări ale presiunilor intracardiace. Acestea s-ar putea să aibă la bază tulburări ale fluidității membranei celulare a miocitelor cardiace, traduse, printre altele, prin disfuncții ale canalelor ionice cu expresie clinică potențial fatală (alungire interval QT cu creșterea riscului de moarte subită aritmică).

La acestea se adaugă și modificări întâlnite la nivelul principalului sistem

stimulator al contractilității miocardice — sistemul β-adrenergic, precum și cantitatea crescută de substanțe biologice active, unele cu acțiune cardiodepresoare, întâlnită în ciroza hepatică.

Toate aceste date, acumulate în special în ultimii 10 ani au condus la individualizarea cvasi-unanim acceptată a unei noi entități clinice (manifestare sau complicație a cirozei hepatice ?) anume: cardiomiopatia cirotică, al cărei diagnostic impune explorarea „dinamică” a cordului și al cărei tratament este deocamdată nespecific.

ASPECTE PSIHO-SOMATICE ÎN ASTMUL BRONȘIC

asist. univ. drd. Ovidiu Popa-Velea
U.M.F. Carol Davila, București - Catedra de Psihologie Medicală și Psihosomatică

Astmul bronșic constituie o boală inflamatorie cronică a căilor aeriene cu o notorietate crescută în ultimele decenii, datorată în parte și unui aparent paradox: în timp ce progresele terapeutice în privința terapiei astmului sunt indiscutabile, persistă, pe largi areale, o creștere a prevalenței acestei boli, ca și a principalelor consecințe comunitare și individuale ale acesteia (absenteism, forme rezistente la tratament, cazuri grave).

O parte neglijabilă a acestui fenomen este rezultatul ignorării, atât de către pacienți, cât și de unii medici, a laturii psihologice (psihocomportamentale) în geneza și evoluția astmului.

Prezenta lucrare se concentrează pe corelatele psihosomatice ale celor trei paliere de evoluție a astmului: etiopatogenic, clinic (simptomatic) și terapeutic.

La nivel etiopatogenic este examinată oportunitatea folosirii termenului de „astm psihogen” (cu argumente în favoarea reformulării acestuia în „astm cu trigger psihogen”), posibilitățile concrete prin care factorul psihologic poate interveni în etiopatogenia astmului, variabilele care țin de tipul de personalitate și care condiționează apariția și evoluția astmului.

La nivel clinic, sunt inventariate principalele simptome psihologice satelite astmului (cu un accent particular pe anxietate și depresie), ca și a stilurilor cognitive responsabile pentru scăderea complianței terapeutice în astm, sau pentru scăderea motivației pacientului pentru terapie.

La nivel terapeutic sunt examinate principalele posibilități de intervenție terapeutică în astm și a rolului psihologului sau psihiatrului „de legătură” în echipa terapeutică. Este argumentată teza includerii de

rutină a psihologului clinician în planurile de abordare individualizată a astmului („self-management plans”). Sunt descrise, cu principalele lor beneficii și riscuri, diferite opțiuni psihoterapeutice pentru

bolnavii astmatici: cognitiv-comportamentală, de relaxare, suportivă, biofeedback-ul, psihoterapiile familiale și de grup.

LISTA RECLAMELOR DIN ACEST NUMĂR

Sanofi Aventis (Plavix)	coperta 2
Lek Pharma Tech (Ortanol + Lekoklar)	pag. 2
Promedic (Tazidil).....	pag. 9
Lek Pharma Tech (Amoksiklav).....	pag. 12
Boots Healthcare (Nurofen pentru copii)	pag. 21
GlaxoSmithKline (Fraxiparine)	pag.24
Sicomed (Mononitron)	pag. 33
Boots Healthcare (Nurofen Gel)	pag. 45
LaborMed Pharma (Meloxicam)	pag. 48
Lek Pharma Tech (Ketonol)	pag. 56
Sanofi Aventis (Tritace)	coperta 3
F. Hoffmann La Roche - Reprezentanța pentru România (Pegasys)	coperta 4

Index alfabetic al autorilor

A

Adam, Tatiana 18, 19
 Agapé, P. 38, 39
 Alony, Ella 13
 Amzolini, Anca-Maria 23, 23, 23
 Amzolini, M. 23, 23
 Andrea, Incze 47
 Andrieș, Dana 40
 Anghel, Andrei 4
 Anghel, Mirela 13
 Anghelescu, Elisabeta 28, 28, 34, 34, 35, 35 35
 Anisie, E. 37, 38
 Aramă, Amuliu 43
 Aron, Gheorghita 16, 17, 18, 18, 37
 Artenie, Anca 37, 38
 Artenie, R. 37, 38
 Avram, Mădălina-Elena 23, 23

B

Baba, C. 42, 44, 44
 Bakri, M. 34
 Balogh, Zs. 37
 Banciu, Mioara 19
 Banta, Aurora 27
 Barcan, Mariana 43
 Bartoș, Daniela 19
 Bădilă, Elisabeta 19
 Băicuș, Anda 7
 Băicuș, Cristian 7, 7, 8
 Bălăceanu, Adina 29
 Bălăceanu, Alice 36, 29
 Bălan, Horia 29, 29
 Bălașa, Rodica 40
 Bălțaru, D. 47
 Bibiri, Isabel 36
 Blaj, Ștefan 10, 13
 Bobeică, Ramona 5, 13, 46
 Boboricu, Daniela 20, 22
 Boiron, J.M. 38, 39
 Bojincă, Mihai 4, 40
 Bologa, Cristina 25, 41, 43
 Bolohan, Romi 7, 14
 Boloșiu D., Horațiu 7
 Bordoșelu, M. 17
 Brassai, Zoltán 37, 37
 Bratu, D.C. 42, 44, 44, 46
 Brumă, Alcora 20
 Bucătaru, Oana 11, 14, 46
 Bulicrea, R. 39
 Bumbea, H. 17
 Bușe, B. 13

C

Carabelea, Andrei 7, 15, 46
 Cazacu, S. 40
 Capraru, S. 39
 Căndea, Marcela 31, 32
 Cârșnic, Daniela 4

Cârstea, Doina 34
 Cheța, Dan 4
 Chiorean, Cristina 42
 Chiriac, Carmen 47
 Chiurciu, C. 17
 Ciobanu, Daniela 43, 43
 Ciobanu, O. 43, 43
 Ciobotaru, Adina 41, 44
 Ciurea, T. 23, 23, 27
 Ciurtin, Coziana 4, 40
 Cojocaru, Mihai 6, 13, 14, 14, 32, 32, 37, 41
 Cojocaru, Viorica Mădălina 5
 Comănescu, C.C. 31
 Conny-Mackoul, P.3 4, 35
 Copaci, Iulian 7, 7, 8, 34
 Corbu, Rareș Livius 6, 13, 14, 14, 32, 32, 37, 41
 Corlan, I. 20
 Costică, Ion Ioan 13
 Cotoi, O. 19
 Cotoz, A. 42
 Covic, A. 17
 Cozlea, L. 38, 40, 40, 41
 Crăciun Mureșan, Tereza 41
 Cristescu, D. 16, 16, 16
 Cristovici, Florentina Ileana 4 2
 Cuieșdean, Ariadna 16, 17, 41
 Culcea, Horia 5

D

Damian, Luminița 13
 Dănăilă, Eduard 13, 14
 Deac, M. 35, 35
 Dediu, Silvia 37, 40
 Demian, Smaranda 27, 28, 28, 29
 Diaconescu, Alina 43, 43
 Diaconescu, I. 19
 Diaconescu, Sebastian 43
 Diaconu, Camelia 26, 26
 Dobrescu, Mariana 10
 Dorobantu, Maria 18
 Dragomir, Dinu 12
 Dragomir, M. 25, 25
 Dragomir, N. 30, 30
 Dragomir, Nicoleta 30, 30, 31, 31, 31
 Drăgoiu, Carmen 20
 Duda-Seiman, Daniel 5
 Dulama, Carmen 36
 Dumitrescu, Daniela 44
 Dumitrescu, Florentina 20
 Dumitrescu, M. 14
 Duțescu, Victor 7, 7, 8, 34
 Duțu, Iulia 43

E

Efrem, C.I. 25, 25, 30, 30, 30, 31, 31, 31
 Enache, Elena 15, 16, 16, 17, 41
 Enache, Mihaela 7, 8, 34

F			
Fărcaș, D.M.	40, 40		
Ferariu, Dan	19		
Ferăstrăoaru, Victor	10, 10		
Fittousi, O.	34, 35		
Fița, Ioana	31		
Fleancu, Monica	11, 12, 23		
Florea, Irina	43, 43		
Florea, Niculina	19		
Florea-Grămadă, Zenaida	19		
Francisc, Elena	41		
Fülöp, Emőke	33		
Fülöp, Eugen	33		
Fülöp, J.	33		
G			
Gabor, Iulia	11, 15, 17, 41		
Gavrilaș, Fl.	42		
Gârbovan, Cristina	42		
Gentimir, Simona	18		
Genunche, Amelia	23, 23, 24		
Georgescu, Ana-Claudia	44		
Georgescu, Anca	42		
Georgescu, Dan	11, 15, 15, 15, 16, 16, 16, 17, 17, 41		
Georgescu, E.F.	42, 43, 44		
Georgescu, M.	39, 39, 42, 43		
Gheorghe, C.	14		
Gheorghe, Ileana	32		
Gheorghe, Luminița	35		
Ghiță, D.	21, 24		
Ghițuică, A.	42		
Glodeanu, Adina	30		
Goga, Valentina	30		
Grigore, Oana	30, 31		
Guțu, Simona	31		
H			
Habor, Adriana	19		
Hanta, C.	16, 16, 17		
Harbuz, Lorena	16, 16, 17, 41		
Hristescu, Sanda	36		
Hurjui, J.	22		
I			
Iamandescu, Ioan Bradu	12, 27		
Ieva, Diana	10		
Ionașcu, Roxana	12		
Ionescu, Dorin	13		
Ionescu, Răzvan	8, 45		
Ionescu, Ruxandra	5		
Ionescu, Simona	19		
Ionescu, Valentina	19, 20		
Iordache, Sevastița	21, 21		
Iosif, Cristina	10		
Iovănescu, L.	39, 39		
J			
Jadan, Adel Ali	19		
Jeder, O.	38		
Jinga, Mariana	6, 13, 14, 14, 32, 32, 37, 41		
K			
Kelemen, Piroška	33, 33		
Khadra, M.G		.30, 30, 31, 31, 31	
L			
Laba, Victorița	22, 22		
Laszlo, M.	29		
Lican, Patricia	21		
Lionte, Cătălina	22, 22		
M			
Macarie, I.	27, 28, 28, 29		
Makó, Katalin	33		
Marin, Irina	31		
Maritt, G.	34, 35		
Mănăilă, Cristian	34		
Medrihan, Lăcrămioara	13		
Mehic, Florentina	18		
Mihailov, Claudia	45		
Mihăiescu, Traian	39		
Mihăilă, R.	34, 35, 35, 35		
Mihăilă, Rodica	35		
Milicescu, Mihaela	43, 43		
Militaru, Silvia	11, 12, 23		
Minculescu, Denisa	10, 10		
Mitruț, P.	23, 23, 24		
Mocan, Simona	41		
Mocanu, A.	16		
Moldovan, Andreea	42		
Moș, Liana	20, 20		
Mota, E.	23, 23, 24, 39		
Munteanu, C.	35		
Musa, Manuela	19		
Mustafa, Roxana	23		
Muț Popescu, Delia	16		
N			
Năftănăilă-Mali, Florica	14		
Necula, Ioana Elena	12, 27		
Nedelcu, Margareta	16, 17, 41		
Nicolaie, Tudor	5, 6, 13, 14, 14, 32, 32, 37, 41		
Nicolescu, Rodica	23, 23		
Nistor, Daciana	5		
Nistorescu, Diana	10		
Nuță, Petruț	5, 6, 13, 14, 14, 32, 32, 37, 41		
O			
Odagiu, Ione	6, 14, 14, 41		
Olinescu, A.	12		
Oltean, G.	27, 28, 28, 29		
Oltean, M.	28		
Olteanu, Dan	6		
Olteanu, Maria	38		
Omer, S.	15		
Oprea, V.	42		
Opreș, Daniela	100		
Oțiman, Gabriela	5		
P			
Pârlog Cristian, Ana	10		
Pârvu, Delia	42		
Pașcondea, Simona	28, 29		
Pascu, I.	36		
Pascu, Rodica	36, 42		
Pătrășescu, Maria	44		

Pătrășescu, Mihăiță	13, 44	Stancu, C.P.	25, 25, 30, 30, 30, 31, 31,31
Perhinschi, Tatiana	31	Stancu, Polixenia	38
Petrașcu, O.	35	Stănescu, Monica	6, 14, 41
Petrescu, F.	39, 39	Stoica, Alina	6
Petriș, Ovidiu	22, 22, 37, 39	Stoica, V.	36
Petrov, Boris	16, 41	Suciu, Alexandru Ioan	6, 13, 14, 14, 32, 32, 37,41
Petrova, Evghenia	41	Suta, Maria	25
Pigneux, A.	34, 35	Șerban, Carmen	14
Podilă, Diana	28	Șișiroi, Otilia	36
Pop, Laura	5	Șorodoc, L.	22, 22
Pop Petre, Diana	41	Ștefan, R.	17
Popa, A.-R.	28, 29	T	
Popa, Marilena	28, 29	Tainguu, Lydia	6
Popa-Velea, Ovidiu	12, 27, 45	Tănăsescu, Coman	8, 8, 45
Popescu, Adina	13	Tătar, Cristina Maria	40, 40, 41
Popescu, Georgeta	15	Teleman, S.	22
Popescu, I.A.	25, 25, 30, 30, 30, 31, 31,31	Teodorescu, L.	22
Popescu, R.	15	Timofte, Delia	13
Popescu Ilioniu, Monica	24	Tofolean, Doina	17, 18
Popovici, Ema	6, 14, 41	Toringhibel, M.	18
Popoviciu, Mihaela	28, 29	Trandafir, Ileana	34
Posoiu, Carmen	6	Trașcă, Diana-Maria	30, 30, 30, 31, 31, 31, 38
Preda, Marius	5, 37	Tudor, Aura	10
Predescu, Diana	23, 23, 24	Tutai, L.	17
Predeteanu, Denisa	10	Țilea, Brîndușa	36, 42
Prună, Camelia	28	Țilea, I.	36, 38, 40, 40
Puculev, Viorica	38	U	
Pumnea, Manuela	35	Ulmeanu, Victoria	45
Puskás, Attila	33, 33	Ungureanu, B.G.	25, 25, 30, 30, 30, 31, 31,31
R		Ungureanu, Didona	33, 34
Radu, E.	15, 15	Ungureanu, G.	33, 34
Radu-Ioniță, Florentina	6, 13, 14, 14, 32, 32, 37,41	Ursu, Horia	10
Ramazan, Ana-Maria	25	Uța, Iulian	25, 25
Rașina, Anca	13	Uța, M.25, 25	
Rădulescu, Luminița	37	V	
Rășanu, Alina	36	Văduva, Cristina	24
Rediș, D.	41	Varvara, Beatrice	22, 22
Rediș, Rodica	41	Vasilache, Adriana	32, 37
Reiffers, J.	34, 35	Verdeș, Liviu Sandu	6, 13, 14, 14, 32, 32, 37, 41,44
Rogoveanu, I.	36	Voicu-Măceșanu, A.	30
Romanescu, Dana	28	Voinea, Fl.	17, 18
Rotaru, Alina	32, 32	Vulcu, Dana	35
Rusu, Livia	20, 20	Z	
S		Zaharia, Kézdi Iringó	42
Săftoiu, A.	21, 21, 24	Zaharia, Ondin	10
Sardar, M.	29	Zara, O.	15, 15
Simescu, Mihaela	10	Zegheru, Cristina	16, 41
Sin, Anca	19	Zorilă, Corina	20, 20
Singer, Cristina	38		
Spiridon, Daniela Gabriela	38		
Stanciu, Marilena	12		

Analgezicul de care nu te poți lipsi...

K

**să te
simți**

OK

Ketonal[®]
KETOPROFEN



Lek Pharmaceuticals d.d. reprezentat în
România de Lek PharmaTech SRL,
Calea 13 Septembrie, nr. 90, sector 5,
București, tel 021 405 45 58

Pentru informații suplimentare
aceseși www.ketonal.ro