

MATERIALELE CONGRESULUI III AL MEDICILOR DE FAMILIE

Screeningul disfuncționalităților glandei tiroide la copiii cu sindromul Down. Supravegherea pacienților în condițiile asistenței medicale primare

*A. Cojocaru, I. Puiu, M. Calac

Department of Pediatrics, Research Institute for Maternal and Child Healthcare
93, Burebista Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37369227876. E-mail: alacojocaru@yahoo.com

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

Screening of thyroid dysfunctions in children with Down syndrome. Supervision in primary health care services

Thyroid dysfunctions are detected significantly more frequently in children with Down syndrome (DS) compared to the group children with typical development. Our study conducted on a group of 52 children with DS aged 3 months – 3 years, beneficiaries of the Centre of Early Intervention “Voinicel” had shown an imbalance of thyroid hormones in the 36.5% of those surveyed, manifested by compensatory increased level of TSH in 89.4% of cases, and reduced levels of T3 and T4 – in 26.3% of children. The associated clinical signs frequently have been found: edemas in the cervical region and/or eyelids, dorsal parts of hands (42.8%), sweating (71.4%), sleep disturbances (57.1%), dry skin (50.0%), apathy (50.0%), clumsy, slow movements (64.2%), frequent infections (42.8%), low voice (35.7%). The correction of hypothyroidism by individually adjusted doses of *L-Thyroxine* has led to improvement in the clinical conditions of patients and the development of children. Based on the study results, an algorithm was proposed to monitor the children with DS in primary health care in order to identify hypothyroidism on the early stages and its correction to ensure a timely and optimal development of children with DS.

Key words: Down syndrome, screening, thyroid hormone, hipotiroidism, L-Tyroxine.

Скрининг дисфункций щитовидной железы у детей с синдромом Дауна. Наблюдение детей в условиях практики семейного врача

Дисфункция щитовидной железы обнаруживается у детей с синдромом Дауна (СД) значительно чаще по сравнению с группой детей с типичным развитием. Наши исследования, проведенные на группе из 52 детей с СД в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, посещающих Центр Раннего Вмешательства “Войничел”, выявили дисбаланс гормонов щитовидной железы у 36,5% исследованных, который проявлялся компенсаторным повышением уровня ТСГ в 89,4% случаев, снижением уровня Т3 и Т4 – в 26,3% случаев. Часто обнаруживались ассоциированные клинические признаки в виде отека в области шеи и/или век, тыльной части рук (42,8%), потливость (71,4%), нарушение сна (57,1%), сухость кожи (50,0%), апатия (50,0%), неуклюжие, медленные движения (64,2%), предрасположенность к инфекциям (42,8%), низкий голос (35,7%). Коррекция гипотиреоза индивидуально регулируемыми дозами *L-Тироксина* привело к улучшению клинического состояния детей и к ускорению их развития. На основании результатов исследования был разработан алгоритм мониторинга детей с синдромом Дауна в условиях практики семейного врача с целью выявления гипотиреоза на ранней стадии и его коррекции в целях обеспечения оптимального развития детей с СД.

Ключевые слова: Синдром Дауна, скрининг, гормоны щитовидной железы, гипотиреоз, L-Тироксин.

Introducere

Sindromul Down (SD) este o afecțiune congenitală cu incidența de la 1 la 600-800 de nou-născuți, în care materialul genetic determină tulburări de dezvoltare a copiilor, fiind una din cele mai frecvente cauze ale retardului mental moderat sau sever. De regulă, pacienții cu SD ating o cotă de inteligență între 20 și 85. Totodată, un șir de stări patologice pot fi asociate acestui sindrom (malformații congenitale ale diferitelor organe și sisteme, patologii autoimune, probleme neuropsihice etc.), acestea depistându-se mult mai frecvent decât în lotul copiilor cu dezvoltare tipică. Una din problemele menționate o constituie disfuncționalitățile endocrine ale glandei tiroide, care se depistează semnificativ mai frecvent, comparativ cu lotul majoritar și care împiedică și mai mult ritmul de dezvoltare al copilului cu SD. Hormonii tiroidieni, nimerind în celulă, ameliorează procesele energetice și metabolice, de creștere, maturare a celulei. Clinic, acest proces se reflectă prin îmbunătățirea activităților vitale, capacității de muncă, abilităților emoționale, de gândire, stimulare a imunității și schimbului de substanțe în organism.

Cauza de bază a apariției hipotiroidismului congenital la

copiii cu SD este dezvoltarea intrauterină insuficientă a glandei tiroide. Hipotiroidismul dobândit la copiii și adolescenții cu SD este o urmare a unui proces autoimun, stare în care organismul produce anticorpi contra țesutului glandular propriu (treptat, țesutul tiroidei se substituie cu leucocite și țesut fibros). Statisticile medicale raportează o prevalență de 0,015–1,1% a hipotiroidismului în populația generală de copii, pe când la cei cu SD se atestă date foarte variate în diferite studii: 6,5/1000 [1], 4-6% [2], 19,5% [3], mai mult de 10% [6].

Astfel, importanța problemei abordate este determinată de frecvența înaltă a disfuncționalităților glandei tiroide și gradul înalt de afectare a ritmului de dezvoltare și calității vieții acestor pacienți.

Material și metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 52 de copii cu SD, care au beneficiat de servicii de intervenție timpurie în perioada anilor 2004-2011, în cadrul Centrului de Intervenție Precoce „Voinicel”, Chișinău (fig. 1). Metode de examinare: interviu, care a evaluat acuzele la momentul adresării, anamneza bolii, istoricul vie-

tii (greutatea la naștere, vârsta gestațională, vârsta părinților la conceperea copilului); datele examenului obiectiv, comorbidități. Examinările paraclinice au inclus aprecierea nivelului hormonilor: TSH (hormonul de stimulare tiroidiană, tiotropina), T3 (triiodotironina) și T4 (tiroxina). Nivelul dezvoltării copiilor a fost apreciat prin aplicarea metodelor DAYC (Developmental Assessment of Young Child – Evaluarea Dezvoltării Copilului Mic) și PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Inventarul pediatric de evaluare a dizabilității). Corecția carenței hormonilor tiroidieni a fost efectuată prin administrarea de L-Thyroxină 25 mg (levotiroxină sodică).

Rezultate obținute

Lotul de studiu a constituit 52 de copii cu SD (diagnostic confirmat clinic și genetic prin cariotiparea copiilor) cu vârsta cuprinsă între 3 luni – 3 ani, dintre care 34 au fost băieți și 18 fete. Toți copiii au beneficiat de servicii de intervenție timpurie în cadrul Centrului de Intervenție Precoce ”Voinice”, însă vârsta la care aceștia au ajuns în vizorul specialiștilor de la Centru a fost diferită (în funcție de momentul referirii de către serviciul de asistență medicală primară aceasta varia între 3 luni și 2 ani și

7 luni). În 57,7% cazuri, copiii au provenit de la mame cu vârsta mai mare de 35 de ani; în 33,3% cazuri perioada de gestație a decurs pe fundal de gestoza. Toți copiii au fost născuți la termen, prin naștere naturală. Greutatea medie a copiilor la naștere a constituit 3240 ± 340 g.

Majoritatea copiilor, incluși în studiu, suportau diferite comorbidități asociate SD: 56,5% dintre copii prezentau malformații congenitale de cord (defecte septale ventriculare și atriale, persistența canalului arterial, stenoza arterei pulmonare etc.). În aproape ¼ din cazuri (23,1%) s-au depistat patologii ale ochiului și anexelor: erori de refracție, strabism, mișcări anormale ale globului ocular (*nistagmus*). La doi dintre copii s-au depistat anomalii ale tractului gastrointestinal: atrezia esofagului (1 caz) și imperforație anală (1 caz), corectate chirurgical până la momentul adresării la Centru. La alți doi copii s-au depistat anomalii ale tractului urogenital (criptorhidie). Circa 50% dintre copii prezentau anormalități minore de dezvoltare (dentare – hipodontie, malocluzie; cardiace – prolaps al valvei mitrale, cordaj intra-ventricular; microtie – pavilion auricular de dimensiuni reduse; hipoplazie a osului nazal etc.). 8 dintre cei 52 de copii sufereau de dermatite alergice, fisuri ale pielii, buzelor; 6 dintre copii erau

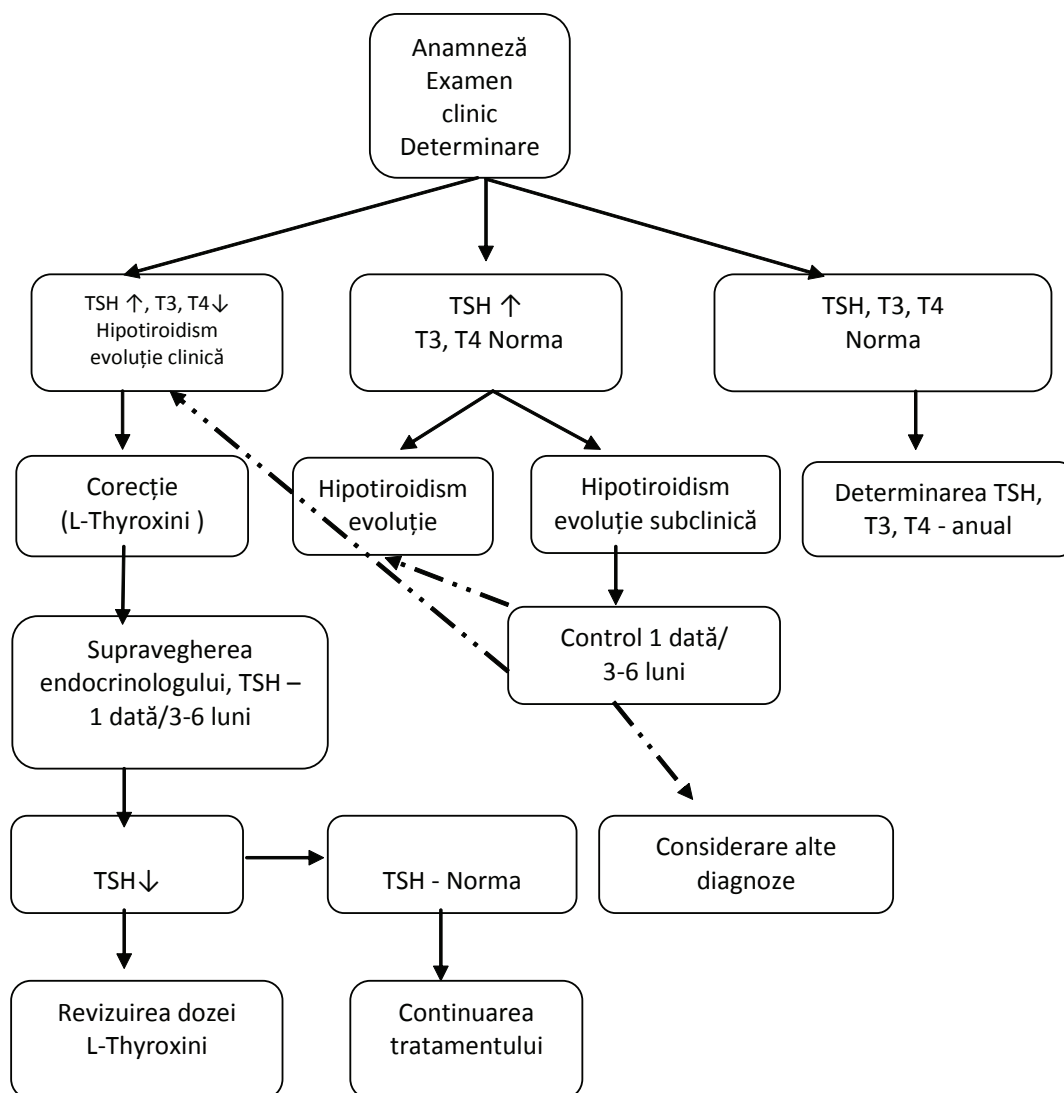


Fig. 1. Algoritm de monitorizare a funcției tiroidiene la copiii cu SD.

atribuți în grupul copiilor „frecvent bolnavi”. Evaluarea ariilor: cognitivă, socio-emoțională, adaptativă, de comunicare și motrică a copiilor a fost efectuată prin aplicarea metodelor DAYC și PEDI, ceea ce a permis înregistrarea nivelului reținerii în dezvoltare (rezultatele acestor testări au fost analizate individualizat în funcție de vârsta copilului).

Copiii au fost examinați obiectiv, iar părinții au fost interogați minuțios cu scopul delimitării la copil a unor simptome caracteristice insuficienței tiroidiene. În fiecare dintre cazuri, planul individualizat de servicii oferite copilului, a inclus screening-ul hormonilor tiroidieni pentru depistarea disfuncționalităților glandei tiroide. Deoarece în reglarea funcției glandei tiroide, un rol central îl joacă hipofiza prin secreția hormonului tireotrop, la toți copiii a fost testat nivelul hormonului de stimulare tiroidiană (TSH, tiotropina), care se formează în celulele bazofile ale hipofizei anterioare și are o secvență secretorie controlată de hormonul eliberator de TSH (TRH), produs de hipotalamus. Eliberarea hipofizară de TSH constituie mecanismul central de reglare pentru acțiunea biologică a hormonilor tiroidieni. TSH are o acțiune stimulatorie asupra formării și secreției hormonilor tiroidieni, precum și o acțiune proliferativă.

Determinarea TSH reprezintă testul inițial în diagnosticul afecțiunilor tiroidiene. Chiar și mici modificări în concentrația hormonilor tiroidieni pot determina modificări în sens invers (mult mai pronunțate) ale concentrației de TSH. Prin urmare, TSH reprezintă un criteriu foarte specific și sensibil pentru evaluarea funcției tiroidiene, dar și pentru detectarea și excluderea unor afecțiuni ale axei hipotalamo-hipofizo-tiroidiene. Nivelul de TSH este sporit în hipotiroidismul primar (tiroidian), fiind cel mai sensibil test în această afecțiune. Dacă există semne clare de

hipotiroidism, dar nivelul de TSH nu este crescut, se suspectează un hipotiroidism secundar. Valori scăzute ale TSH se întâlnesc în hipertiroidism [4, 5]. TSH „ajută” glanda tiroidă să elibereze doi hormoni, triiodotironina (T3) și tiroxina (T4), care, la fel, au fost studiați în cadrul studiului. Hormonii T3 și T4 sunt esențiali pentru dezvoltarea normală a creierului, în special în primii 3 ani de viață. Deaceia, depistarea tulburărilor funcției tiroidiene este atât de importantă în perioada de vârstă timpurie.

Rezultatele cercetărilor efectuate au determinat în 19 cazuri dintre cele 52 (36,5%) devieri de la limitele optime ale nivelului hormonilor menționați în serul sanguin al pacienților, incluși în cercetare, ceea ce a fost apreciat de noi și specialistul endocrinolog, drept criteriu confirmator de hipotiroidism (tab. 1; normati-vele sunt expuse în funcție de metoda de apreciere).

Observăm că la etapa inițială de efectuare a screening-ului, majoritatea dintre cei 19 copii (17-89,4%), prezentau un nivel elevat de cca 1,5-7 ori, comparativ cu nivelul normal de TSH, deși nivelul T3 și T4 rămănea încă în multe dintre cazuri în limitele normei. Doar într-un singur caz nivelul T3 era sub limitele normei, și în 4 cazuri T4 prezenta indici subnormali (total T3 și T4 – subnormali în 26,3% cazuri). Aceste date ne sugerează că la etapele precoce, hipofuncția glandei tiroide este compensată din contul secreției exagerate a TSH, care „impune” tiroidei un regim intens de funcționare, ceea ce rezultă, în majoritatea cazurilor, în menținerea unui nivel optim al hormonilor tiroidieni (T3 și T4) în serul sanguin. Nivelul anticorpilor antitiroidieni (Anti-TPO) a fost determinat doar în 8 cazuri și era în limitele normei. Odată cu trecerea timpului, survine o epuizare a acestui mecanism adaptativ-compensatoriu, iar nivelul hormonilor tiroidieni scade

Tabelul 1

Distribuția nivelului hormonilor tiroidieni la copiii cu SD și hipotiroidism (la etapa de screening)

n/o	Genul	Vârsta la care a fost efectuată testarea	TSH	T3	T4	Evoluția
			Norma (mUI/ml)	Norma (nmol/l)	Norma (nmol/l)	
			1 *3-5	1-3	50-150	
1	Feminin	3 luni	2,4↓	2,8	104	clinică
2	Feminin	8 luni	4,2-1↓	2,5	109	clinică
3	Masculin	6 luni	6,5↓	0,7	6,8↓	subclinică
4	Masculin	11 luni	2,4↓	3,2	162	subclinică
5	Masculin	7 luni	1,9↓	2,6	118,0	clinică
6	Masculin	6 luni	2,4↓	-	1,28↓	subclinică
7	Feminin	2 ani și 7 luni	1,1↓	1,9	91	subclinică
8	Masculin	1 an și 6 luni	6,5↓	0,47↓	129,0	clinică
9	Feminin	1 an și 5 luni	0,8	-	13,4↓	clinică
10	Masculin	1 an și 10 luni	3,1↓	-	-	clinică
11	Masculin	6 luni	1,5↓	3,1	9,5↓	clinică
12	Masculin	1 an și 2 luni	5,1↓	2,1	114,0	clinică
13	Masculin	1 an și 3 luni	2,6↓	-	-	clinică
14	Masculin	2 ani	*8,0↓	-	-	clinică
15	Masculin	6 luni	2,6↓	-	187,0	clinică
16	Masculin	1 an	5,6↓	1,5	-	subclinică
17	Masculin	1 an	*8,0↓	-	-	clinică
18	Masculin	6 luni	6,9↓	-	-	clinică
19	Masculin	6 luni	1,7↓	-	-	clinică

drastic, ducând totodată la dezvoltarea unui tablou clinic manifest de hipotiroidism.

Totodată, ținem să menționăm că deja la vârsta timpurie, la copiii cu hipotiroidism pot fi depistate diferite semne clinice caracteristice pentru tulburarea dată. Astfel, observăm din tabelul 1 că doar 5 dintre 19 (26,3%) copii, care aveau devieri de la normă ale indicilor hormonal, nu prezentau semne de hipotiroidism (hipotiroidism subclinic). Restul copiilor (73,7%) aveau cel puțin câteva semne clinice sugestive de hipotiroidism. Frecvența acestor semne este reflectată în tabelul 2.

Tabelul 2

**Frecvența simptomelor de hipotiroidism la copiii cu SD
 (n = 14)**

Simptome	Frecvență, n (%)
Edeme în regiunea cervicală și/sau a pleoapelor, părții dorsale a mâinilor	6 (42,8)
Transpirație sporită	10 (71,4)
Tulburări de somn (mai frecvent somnolență)	8 (57,1)
Piele uscată	7 (50,0)
Apatie	7 (50,0)
Obezitate	3 (21,4)
Temperatură corporală scăzută (tendință)	4 (28,5)
Mișcări stângace, lente	9 (64,2)
Voce joasă	5 (35,7)

Intensitatea manifestărilor clinice în hipotiroidism depinde de gradul insuficienței hormonale și durata procesului. Semnele clinice ale unui proces sever de hipotiroidism sunt: în perioada neonatală – icter neonatal prelungit; gât aparent scurt, membre scurte; edeme în regiunea cervicală și/sau a pleoapelor, părții dorsale a mâinilor; limba de dimensiuni mari, protruzia limbii; pielea uscată; abdomen aplatizat; degete scurte; organele genitale externe slab dezvoltate; constipații; hernii ombilicale; mimi-ca scundă; hipotonie musculară; apatie; somnolență; obezitate; temperatură corporală scăzută (tendință); mișcări stângace, lente; retard mental; gândire lentă; reținere în creștere (în special a extremităților); voce joasă; predispoziție pentru infecții; scăderea sensibilității tegumentelor, mucoaselor, organului auditiv, vizual etc. Depistarea semnelor moderate sau minore de hipotiroidism, în special la copilul cu SD, care asociază un șir de comorbidi-tăți, este un proces dificil și necesită o experiență vastă în acest domeniu. Este greu de diferențiat, spre exemplu, dacă lungimea redusă a gâtului, membrilor, degetelor este un semn al hipotiroidismului congenital, atunci când aceste particularități sunt caracteristice aspectului fizic al majorității copiilor cu SD. La fel, putem spune și despre retardul mental, reținerile în creștere și achiziționarea abilităților motorii etc.

În această ordine de idei, putem conchide importanța majoră a monitorizării nivelului hormonilor tiroidieni la acest grup de copii.

Numeroase cercetări, bazate pe dovezi, susțin că cu cât este mai mică vârsta copilului, la care a apărut insuficiența tiroidiană, cu atât mai severe sunt urmările acestui deficit hormonal. Și viceversa, o corecție corespunzătoare, cât mai precoce a acestei carențe constituie o condiție necesară pentru o creștere și dezvoltare adecvată a copiilor. Și în cazul copiilor, incluși în studiul nostru, la indicația endocrinologului pediatru, în mod individualizat, a fost efectuată corecția hipotiroidismului prin admi-

nistrarea de *L-Thyroxină (levotiroxină sodică)* la copiii, care au prezentat semne clinico-paraclinice de hipotiroidism. Preparatul se consideră eficient în calitate de substituent hormonal în toate tipurile de hipotiroidism, indiferent de etiologie, precum și pentru profilaxia gușii recidivante după rezecția chirurgicală a gușii cu eutiroidie; gușă benignă cu eutiroidie; drept terapie adjuvantă la tratamentul antitiroidian în hipertiroidie etc. [2].

Tratamentul în cazul hipotiroidismului congenital este recomandat pentru o perioadă îndelungată sau, practic, pentru toată viața. Doza preparatului se alege individual. În monitorizarea tratamentului la pacienții cu hipotireoză, dozarea sistematică a TSH este necesară: valori scăzute se întâlnesc în cazul dozelor excesive de hormoni tiroidieni de substituție. Valorile normale de TSH indică un tratament adecvat.

Foarte curând, după inițierea tratamentului (după $3 \pm 1,2$ săptămâni), copiii au devenit cu mult mai activi (85,7%), curioși de tot ce se întâmplă în jurul lor (71,4%), a scăzut sudorația (50,0%), s-a normalizat somnul (50,0%) etc., iar în rezultat s-au ameliorat abilitățile lor psiho-motorii (apreciate prin teste repetate de reevaluare DAYC și PEDI la 3 și 6 luni după inițierea tratamentului), comparativ cu lotul de control, copiii la care ritmul de dezvoltare a stagnat (copiii, la care părinții au refuzat administrarea tratamentului de substituție, $p < 0,05$).

Pe parcursul anilor am elaborat un algoritm optim de conduită a pacienților cu SD în general, și celor cu suspiciune sau semne clare de hipotiroidism (fig. 1).

Astfel, fiecare copil cu SD trebuie supus unui screening la hipotiroidism cât mai curând după naștere, apoi anual, în cazul dacă nu a fost determinat un dezechilibru al hormonilor tiroidieni. În cazul depistării semnelor clinico-paraclinice de hipotiroidism se va efectua corecția corespunzătoare, individualizată a carenței tiroidiene, sub controlul minuțios al nivelului de TSH. În calitate de examinări suplimentare obligatorii ale copiilor cu hipotiroidism se enumără sonografia glandei tiroide și monitorizarea nivelului anticorpilor antitiroidieni (în special la copiii cu vârsta mai mare de 7 ani).

Supravegherea minuțioasă a funcției tiroidiene la copiii cu SD poate asigura diagnosticul precoce și corecția adecvată a disfuncționalităților tiroidiene, ceea ce asigură un ritm de dezvoltare optim al acestor copii.

Concluzii

1. Hipotiroidismul a fost apreciat la 36,5% dintre copiii cu SD, incluși în studiu. Majoritatea (73,7%) celor, la care a fost determinat dezechilibrul hormonilor tiroidieni prezentau hipotipoidism manifestat clinic, iar la 26,3% a fost apreciată o evoluție subclinică a bolii.
2. În calitate de test screening pentru depistarea hipotiroidismului la etape de vârstă precoce poate fi considerat nivelul TSH, care a fost elevat de 1,5-7 ori la copiii cu SD și hipotiroidism, fiind o consecință a mecanismului de compensare și adaptare a organismului la funcționalitatea scăzută a tiroidei.
3. Două treimi din copiii cu nivel TSH supranormativ prezentau semne clinice de hipotiroidism: edemație în regiunea cervicală sau/și a pleoapelor, părții dorsale a mâinilor (42,8%); sudorație (71,4%); tulburări de somn (57,1%); piele uscată (50,0%); apatie (50,0%); mișcări stângace, lente (64,2%); predispoziție pentru infecții (42,8%); voce joasă (35,7%).
4. Corecția tulburărilor tiroidiene cu *L-Tiroxină* a ameliorat sta-

rea clinică a pacienților și a dus la accelerarea ritmului de dezvoltare a copiilor.

5. Ținând cont de frecvența înaltă a tulburărilor funcției tiroidiene la copiii cu SD, este necesar de a implementa algoritmul de monitorizare a funcției tiroidiene la copiii cu SD la nivelul asistenței medicale primare pentru depistarea precoce și corecția adecvată a patologiei date cu scopul asigurării unui ritm de dezvoltare cât mai optim al acestor copii.

Bibliografie

1. Claret-Torrents Cristina, Goday-Arno Albert, Cerda-Esteve Mariaina, et al. Hipertiroidismo en el síndrome de Down. *Revista medica internacional sobre el síndrome de Down*. 2009;3(1):2-8.
2. Bros Jaume Arroyo, Lluís Pilar Gil, Cabot Gemma Llaurador, et al. Hipotiroidismo primario: consideraciones para una buena utilización del tratamiento con levotiroxina. *Medicina Clinica (Barcelona)*. 2011;136(5):207-214.
3. Regueras Laura, Prieto Pablo, Muñoz-Calvo Marira Teresa, et al. Arguinzoniz a y Jesur's Argente. Alteraciones endocrínicas en 1.105 niños y adolescentes con síndrome de Down. *Medicina Clinica (Barcelona)*. 2011;136(9):376-381.
4. Fergeson MA, Mulvihill JJ, Schaefer GB, et al. Low adherence to national guidelines for thyroid screening in Down syndrome. *Genetics in Medicine*. 2009;11:548-51.
5. Gibson PA, Newton RW, Selby K, et al. Longitudinal study of thyroid function in Down's syndrome in the first two decades. *Archives of Disease Childhood*. 2005;90:574-8.
6. Assessment and Intervention for Young Children (age 0 – 3 years). Report of the recommendations Down syndrome. www.hyhealth.gov/community/infans_children/early_intervention/index.htm.

Managementul pacienților cu sindromul coronarian acut fără elevație persistentă a segmentului ST la etapa de prespital

L. Crivceanschii

Department of Medical Emergency, Nicolae Testemițanu State Medical and Pharmaceutical University
Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: 022 205306. E-mail: krlev53@yahoo.com

Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

Management of acute coronary syndrome without persistent elevation segment ST of patients in the prehospital stage

Key words: acute coronary syndrome.

Ведение пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST на догоспитальном этапе

Ключевые слова: острый коронарный синдром.

Introducere

După datele OMS, anual 2,5 milioane bolnavi se internează în Departamentul de Medicină de Urgență cu diagnosticul: Sindromul Coronarian Acut (SCA). Morbiditatea anuală în SCA constituie 3 la 1 000 de populație, letalitatea – 3-5% (ESC, 2011). Conform datelor Comitetului Național de Statistică din SUA în această țară anual se spitalizează mai mult de 1 milion de bolnavi cu SCA, iar în țările Europene (Franța, Italia, Germania, Spania) - 750 000 bolnavi. În Republica Moldova în structura solicitărilor către serviciul Asistenței Medicale Urgente (AMU) – urgențele cardiovasculare constituie 25,5%, din care 52% sunt majore (critice). Pondere SCA în urgențele cardiovasculare majore constituie 7,1%, dintre care 81,8% este rezervată pentru SCA fără elevație persistentă a segmentului ST.

Material și metode

În studiul nostru a fost aplicată analiza prospectivă a 250 de fișe de solicitare a serviciului AMU din municipiul Chișinău, în anul 2010, cu diagnosticul de SCA fără elevație persistentă a segmentului ST. S-a făcut analiza incidenței în structura solicitărilor a populației la serviciul AMU și în structura urgențelor cardiovasculare; analiza solicitărilor conform categoriilor de vâr-

stă, sex și starea socială; analiza protocoalelor de management și corespunderea lor standardelor actuale; analiza complicațiilor la etapa de prespital. Managementul pacienților cu SCA fără elevație persistentă a segmentului ST a fost bazat pe recomandările societății cardiologilor din Europa 2007 și protocolului clinic național IMA 2009.

Rezultate obținute și discuții

În urma studiului efectuat, s-a constatat că în municipiul Chișinău pe parcursul anului 2010 au fost înregistrate 252 738 de solicitări, din care 24 996 de solicitări sunt de urgență majoră. Din toate cazurile de urgență majoră au fost înregistrate 3 482 (1,37%) de solicitări cardiologice, din care 3 036 (1,20%) cazuri cu SCA fără elevație persistentă a segmentului ST. Pentru prelungirea tratamentului au fost spitalizați 2 587 (85,2%) de pacienți cu diagnosticul SCA fără elevație persistentă a segmentului ST. Pentru analiza solicitărilor conform categoriilor de vârstă, sex și stare socială; analiza respectării protocoalelor de management și corespunderea lor standardelor actuale și analiza complicațiilor la etapa de prespital a fost efectuată o cercetare a 250 de fișe de solicitare a bolnavilor către serviciului AMU din municipiul Chișinău în anul 2010.