

Rezumat

În studiu au fost incluși 591 de pacienți cu osteită posttraumatică, inclusiv 138 investigați bacteriologic. Rezultatele studiului demonstrează prezența unor caracteristici spectrale în epidemiologia și etiologia osteitei posttraumatice, care necesită de a fi luate în considerare în activitatea de prevenire și tratament.

Summary

There were 591 patients with post-traumatic osteitis included in the study, including 138 bacteriological investigations. The results of the study show the presence of some spectral characteristics in the epidemiology and etiology of post-traumatic osteitis which need be taken into consideration in the preventive actions and treatment.

SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI CALITATEA SERVICIILOR PERINATALE

Petru Stratulat, dr.h. în medicină, prof. univ., **Ala Curteanu**, dr. în medicină, **Tatiana Carauș**, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

Republica Moldova a obținut independența în august 1991, iar în anul 1995 a fost în pragul unei crize de sănătate publică. Potrivit datelor statistice, în republică se constată o descreștere a indicelui natalității (10,6‰ în anul 2004 și 10,5‰ în 2005). Sporul natural al populației rămâne negativ din anul 1998, situație cauzată de condițiile neadecvate de trai, asistența medicală precară și emigrarea populației peste hotarele țării. În același timp, rata mortalității infantile are o tendință stabilă de scădere, iar rata mortalității generale, stabilă în perioada 1996-2004, a crescut ușor în anul 2005 (12,4‰) (fig. 1).

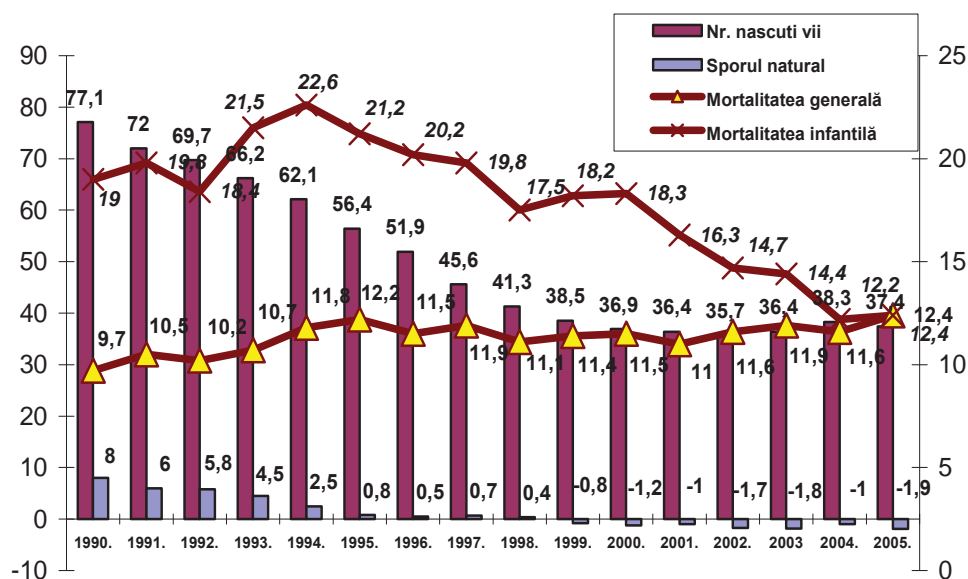


Figura 1. Dinamica numărului de născuți vii, sporului natural, mortalității generale și infantile în perioada 1990-2005 în Republica Moldova

Deși se realizează numeroase activități axate pe creșterea supraviețuirii copiilor, mortalitatea neonatală în țările în curs de dezvoltare rămâne înaltă – 38% cazuri din decesele infantile au loc în prima lună de viață. În republică mortalitatea neonatală constituie 45,7% din mortalitatea infantilă (2005).

De ce și unde mor nou-născuții în lume și în republică? Anual în lume decedează 4 mln. (48%) de nou-născuți în prima lună de viață, 2,8 mln. de decese neonatale (67%) au loc în prima săptămână de viață [2]. Conform statisticilor oficiale din republică, numărul copiilor decedați în primul an de viață în ultimii doi ani este identic: 468 (2005), comparativ cu 464 (2004), din ei au decedat în 0-6 zile **214 (45,7%)** copii în anul 2005, comparativ cu **206 (44,4%)** în anul 2004.

Cauzele de deces neonatal precoce, după Clasificația Internațională a Maladiilor de revizia X, se referă la următoarele 4 grupuri: *infecții, malformații congenitale, stări condiționate de asfixie și de imaturitate*. Cele trei cauze majore de deces neonatal în lume în anul 2000 au fost: infecția (36%), prematuritatea (28%) și complicațiile asfixiei (23%). În anul 2004 OMS a estimat că majoritatea cauzelor decesului neonatal în țările în curs de dezvoltare au fost asfixia (29%), infecția și complicații ale prematurității (câte 24% cazuri) [3].

Structurând după acest principiu cauzele mortalității neonatale în republică, constatăm că prematuritatea drept cauză de deces a constituit **50%** în anul 2004 și **52%** în 2005. În anul 2004 printre cauzele de deces la nou-născuții la termen au predominat malformațiile (15%), asfixia, infecțiile și traumatismele, însă în anul 2005 pe primul loc s-a aflat infecția, fiind urmată de hipoxie/asfixie și anomalii (fig.2).

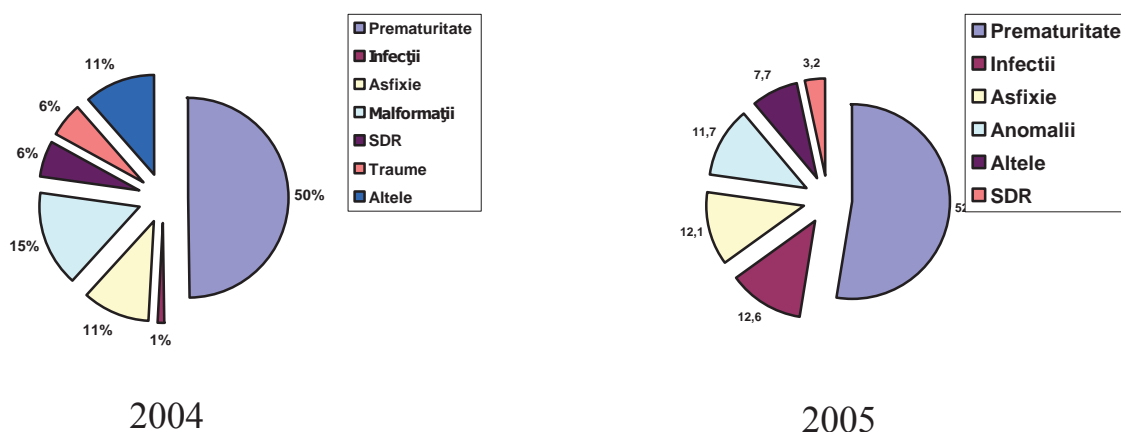


Figura 2. Cauzele de bază de deces în perioada neonatală precoce în republică

Recent (06-08.2005) în republică a fost efectuat Studiul Demografic al Sănătății Populației [5] pe un eșantion de 11000 de gospodării. În (fig. 3) sunt prezentate ratele decesului copiilor de diferite vârste în 3 perioade de 5 ani precedente studiului, ce coincid aproximativ cu anii: 2000 – 2005, 1995 – 1999 și 1990-1994. Astfel, rata decesului copiilor până la 5 ani a alcătuit 14‰, iar rata decesului infantil – 13‰. *Datele obținute demonstrează lipsa divergențelor dintre statisticile oficiale și rezultatele studiului pentru perioadele 2000-2005 și 1990-1994*. Estimările studiului sunt comparabile cu cele oficiale (2002), conform cărora decesele copiilor < 5 ani au constituit 18‰ (25‰ în 1990), iar cele infantile - 15‰ (19‰ în 1990).

Compararea rezultatelor studiilor similare efectuate în țările Europei de Est și Eurasiei demonstrează că șansele de supraviețuire a nou-născuților în Moldova sunt relativ înalte. Estimările ratei decesului infantil pentru o perioadă de 0-4 ani până la efectuarea studiilor în unele țări ale lumii au fost următoarele: 32‰ în România (studiul realizat în 1999), 74‰ în Republica Azeră (2001), 62‰ în Kazahstan (1999), 74‰ în Uzbekistan (1996) etc. Compararea ratei mortalității infantile în Moldova cu cele oficiale arată că în țară nu există subraportare a deceselor, întâlnită în alte țări din regiune. Studiile similare în țările vecine au demonstrat că rezultatele obținute depășeau ratele oficiale în România cu 50% și cu 300% în Azerbaidjan, fapt care se datorează subestimării cazurilor de deces.

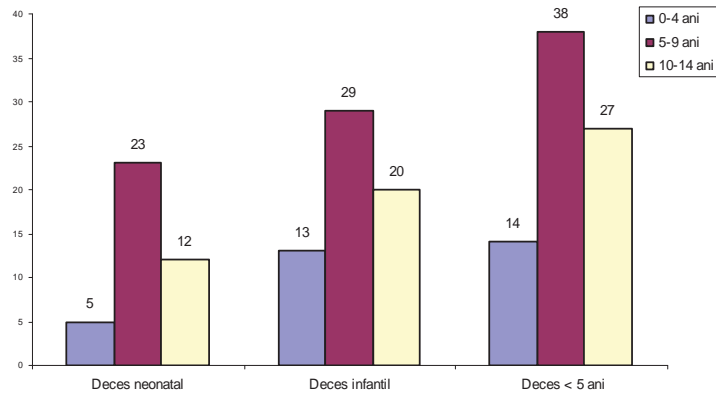


Figura 3. Ratele de deces la copiii de diferită vârstă conform Studiului demografic al Sănătății Populației, 2005

În cadrul sistemului de sănătate decesele nou-născuților (52%) în anul 2005 au avut loc preponderent în centrele perinatologice mari: IMSP ICȘDOSMȘC (35%) și centrele de nivelul II din Chișinău (10,7%) și Bălți (6,5%) (fig. 4), fapt cauzat de concentrarea cazurilor materne și neonatale grave și a nașterilor premature (56,8%). În restul (35) maternităților din republică decedează 48% de nou-născuți.

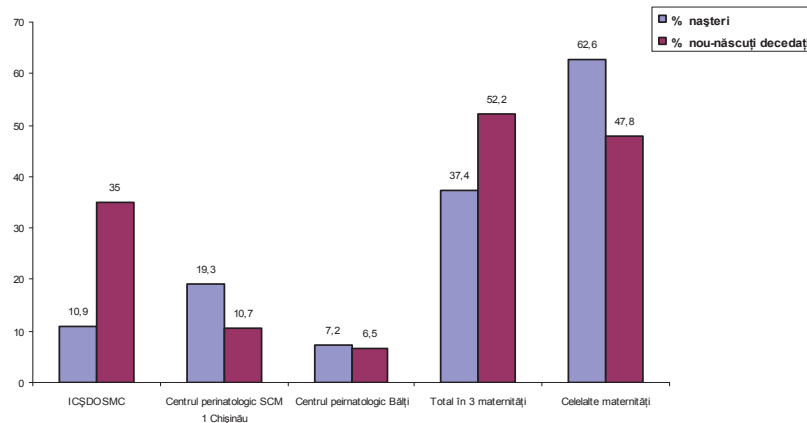


Figura 4. Ponderea nașterilor și deceselor neonatale în maternitățile republicii

Care sunt riscurile majore de deces și intervențiile bazate pe dovezile științifice pentru reducerea lor? Decesele neonatale în republică au loc pe seama cauzelor obstetricale (complicațiile sarcinii și nașterii) în 2/3 cazuri și pe seama celor neonatale în 1/3 cazuri. În (fig. 5) sunt prezentate ratele unor complicații ale nașterii, metodelor instrumentale de conduită a nașterii și ratele de deces asociate lor.

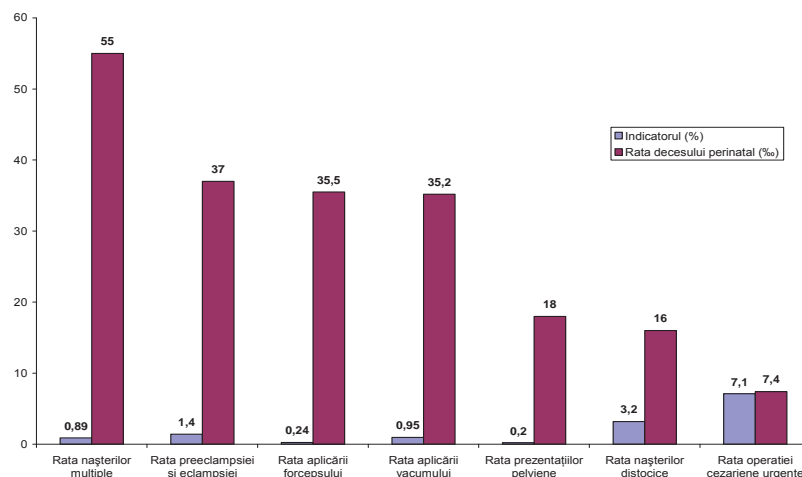


Figura 5. Complicațiile, particularitățile evoluției nașterii și metodele instrumentale de conduită a nașterii și decesele asociate lor (2005)

Rata nașterii multiple în anul 2005 a alcătuit 0,89% cu o rată de deces neonatal de 55%. Asemenea complicație gravă a sarcinii ca eclampsia și preeclampsia este cauza asfixiei grave la naștere, care s-a întâlnit la 1,4% femei gravide în anul 2005 și a fost cauza decesului a 37 din 1000 nou-născuți. Pentru nașterile în prezentație pelvină (0,2%) rata de deces a alcătuit 18%, iar pentru nașterea distocică (3,2%) - 16%.

Procentul operațiilor cezariene caracterizează în aspect cantitativ asistența obstetricală de urgență. În anul 2005 rata operațiilor cezariene în republică a alcătuit 101% față de 51,9% în anul 1990. În cele 10,1% de nașteri, ce s-au soldat cu operație cezariană, în anul 2005 decesul perinatal a constituit 6,4%. Rata decesului perinatal (7,4%) a fost mai înaltă în operațiile cezariene de urgență (7,15%).

Ratele înalte de deces neonatal în stările menționate au loc în urma:

- monitoringului inadecvat al stării fătului, care duce la depistarea întârziată a detresei fetale și la nașterea copiilor în asfixie gravă. Folosirea partogramei pentru monitoringul nașterii reduce decesele de asfixie cu 40% [2]. Partograma este folosită în republică în 94% de nașteri, însă în 40% cazuri se completează necalitativ sau după naștere.

- diagnosticului inadecvat al detresei fetale, care nu permite a folosi prompt metodele instrumentale vaginale de declanșare a nașterii și a efectua la timp operația cezariană. În republică aceste metode se folosesc insuficient - 1,15% contra 5% recomandate de OMS și sunt însoțite de rate înalte de deces neonatal: 35,5% în forceps și 35,2% în caz de vacuum-ectrație.

- folosirii inadecvate a protocoalelor clinice în obstetrică și neonatologie.

- reanimării inadecvate a copiilor născuți în stare de asfixie, mai ales noaptea.

- referirii nesatisfăcătoare „in utero” a gravidelor cu risc moderat și major de dezvoltare a stărilor patologice la nivelurile II și III de îngrijiri perinatale. Conform statisticilor departamentale, în anul 2005 la nivelul II au fost referite pentru naștere numai 3,29%, iar la nivelul III - 7,3% din femeile gravide.

Malformațiile congenitale reprezintă o cauză serioasă de mortalitate neonatală în țările dezvoltate. În republică pe fundalul reducerii decesului neonatal are loc creșterea ponderii lor. 50-70% din anomalii pot fi prevenite prin intervenții simple și cost-efective. Există 3 tipuri de anomalii congenitale serioase și răspândite, prevenirea cărora este posibilă prin aplicarea intervențiilor cost-efective [1]: a) *Anomaliile de tub nervos* prin administrarea acidului folic până la și în primele 12 săptămâni ale sarcinii, ce previne 60-80% din anomalii cauzate de spina bifida și 20% din alte vicii. Actualmente numai 33% din femeile gravide din republică folosesc acid folic; b) *Sindromul Down* prin diagnosticul prenatal al viciilor și maladiilor ereditare la femeile cu vârsta >35 ani, ceea ce poate elimina 5% de vicii și c) *Anomaliile cauzate de rubeolă congenitală* prin vaccinarea femeilor de vârstă reproductivă cu vaccin antirubeolic. În morbiditatea neonatală a scăzut ponderea viciilor (25,2% în 2003 și 18,9% în 2005), ceea ce poate fi rezultatul campaniei de vaccinare antirubeolică.

O altă cauză nonneglijabilă a decesului neonatal este **infecția**, ponderea căreia în decesul neonatal în anul 2005 a crescut. În republică la nivel nesatisfăcător se află diagnosticul și tratamentul bacteriuriei asimptomatice și vaginozei bacteriene în sarcină, care duc la nașterea prematură. Cultura urinei trebuie folosită în calitate de standard de aur pentru diagnosticul bacteriuriei asimptomatice, iar pentru cel al vaginozei bacteriene - testul Amsel cu KOH, investigații fezabile de îndeplinit în republică. Pentru reducerea impactului infecției asupra sănătății nou-născutului pot fi folosite intervențiile: administrarea antibioticelor în caz de rupere precoce a pungii fetale și în caz de pericol de naștere prematură (14-45%), lanțul curat, cald și alăptarea (10%), managementul pneumoniei (20-55%) [2].

Este demonstrat că rata deceselor asociate cu **prematuritatea** crește pe măsura reducerii decesului neonatal. Supraviețuirea prematurilor crește odată cu majorarea vârstei de gestație, astfel în republică în funcție de greutatea corpului copilului la naștere ea a alcătuit: 1-1,5 kg - 69% (85% în țările economic dezvoltate*), 1,5-2 kg - 83,8% (90-95%*) și 2-2,5 kg - 97,4%. Există câteva strategii de creștere a supraviețuirii prematurilor: 1) referirea nașterilor premature ≤ 34 săptămâni de gestație la nivelul III de îngrijire, ceea ce la moment se respectă în 40% cazuri; 2) micșorarea ratei (4,9%) nașterilor premature; 3) creșterea supraviețuirii prematurilor.

O altă problemă majoră a mortalității perinatale sunt **decesele copiilor cu greutatea ≥ 2500 g**, care constituie 44% din decesele neonatale precoce și se datorează, îndeosebi, asfixiei grave. Decesele la acești copii au loc pe seama viciilor congenitale și nu trebuie să depășească 15-20%, restul revenind prematurilor. În republică în perioada 2003-2005 s-au născut în stare de asfixie: 1861 de copii (51,2‰), 1661 de copii (44,6‰) și 1684 de copii (45‰). Următoarele tehnologii reduc decesul datorat asfixiei: *în perioada antenatală* - diagnosticul și tratamentul Luis-lui și al preeclampsiei cu 10-20%, *în naștere* - asistența calificată și oportună, utilizarea adecvată a partogramei și monitoringul perioadei II a nașterii cu 30-45% și asistența obstetricală de urgență cu 20-60%; *în perioada neonatală precoce* - reanimarea și managementul stărilor de urgență la nou-născut cu 5-20% [1, 2].

Strategiile de reducere a deceselor neonatale aplicate la nivel național. Problemelor îngrijirii nou-născutului li se acordă o atenție cuvenită în cadrul sistemului ocrotirii sănătății. Asistența mamei și copilului este una din strategiile prioritare ale M.S. și P.S. din R.M. 4 din cele 8 **Obiective de Dezvoltare ale Mileniului (ODM-4)** sunt axate pe sănătatea mamei și copilului: 1) *promovarea egalității genurilor și creșterea rolului femeilor*; 2) *reducerea mortalității infantile*; 3) *îmbunătățirea sănătății materne*; 4) *combaterea HIV-SIDA și profilaxia transmiterii pe verticală de la mamă la făt*. ODM-4 ratificate de Moldova au găsit răsunet și în obiectivele programelor guvernamentale. Astfel, în **Strategia de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei (SCERS)** și **programul "Satul moldovenesc"** sunt prevăzute acțiunile prioritare în sănătatea mamei și copilului: 1) *promovarea serviciilor perinatale de calitate*; 2) *asistență medicală femeilor gravide, copiilor bolnavi și a copiilor cu dizabilități*; 3) *reducerea ratei mortalității infantile și copiilor cu vârsta < 5 ani și 4) ameliorarea sănătății și reducerea mortalității materne*.

Strategiile de reducere a morbidității și mortalității neonatale la nivel național și-au găsit locul binemeritat în Programul Național „Fortificarea asistenței medicale perinatale” (1998-2002) și în „Programul de promovare a serviciilor perinatale de calitate” (2003-2007).

Strategiile primului program au fost: 1) *elaborarea politicilor naționale în asistența perinatală*; 2) *regionalizarea asistenței perinatale*; 3) *instruirea cadrelor medicale în tehnologiile cost-efective recomandate de OMS*; 4) *crearea sistemului informațional de monitoring și 5) echiparea centrelor perinatale*. În cadrul implementării acestui program au fost introdus sistemul regionalizat de asistență perinatală, instruite peste 6500 de cadre medicale, elaborate ghidurile naționale de perinatologie, implementat monitoringul mortalității perinatale și al proximităților materne și neonatale, înzestrate cu aparataj medical 10 centre perinatologice de nivelul II și IMSP ICȘDOSMșiC (centru de nivelul III).

Programul „Promovarea serviciilor perinatale de calitate” s-a axat pe strategiile: 1) *fortificarea regionalizării*; 2) *evaluarea și monitorizarea calității serviciului perinatal*; 3) *elaborarea protocoalelor clinice*; 4) *implementarea auditului mortalității materne și perinatale*, 5) *fortificarea comunicării și mobilizării comunitare*. În anul 2004 a fost formalizată funcționarea serviciului regionalizat perinatal în condițiile trecerii la raioane. Sistematic este evaluată calitatea serviciilor în maternitățile republicii, au fost instruite circa 1200 de cadre medicale. Actualmente se revăd Ghidurile Naționale de perinatologie. A fost formalizată funcționarea Maternităților Prietenoase Familiei și lansată campania „Pentru Un Făt Frumos și Sănătos” pentru a integra asistența medicală perinatală în familie și comunitate.

Aceste activități au influențat favorabil indicatorii de proces și de rezultat. Astfel, în perioada 2001-2005 se observă o creștere a implementării tehnologiilor: înregistrarea precoce a gravidelor (51-72%); utilizarea Carnetului perinatal (35-83%), a pastilelor de Fe (38-61%) și a acidului folic (13,6-32%), implementarea parteneriatului la naștere (12-32%), utilizarea partogramei (37-92%) și contactului „piele la piele” dintre mamă și nou-născut după naștere (58-96%). În perioada 1998-2005 s-au redus ratele: mortalității perinatale de la 15,2‰ la 11,5‰, mortalității neonatale precoce de la 8,5‰ la 5,7‰ și mortinatalității de la 9,6‰ la 5,8‰.

Analiza deceselor neonatale în 74 de țări ale lumii cu venit jos și moderat a constatat că mortalitatea neonatală s-a micșorat numai în 6 țări, inclusiv Republica Moldova [2].

Pentru durabilitatea succeselor obținute este necesar de fortificat intervențiile:

1. Consilierea gravidei și fortificarea cunoștințelor ei despre semnele de urgență și acțiunile în cazul apariției lor. *Fapt*: doar 51% din femeile gravide intervievate în studiile de evaluare (2004-2005) cunoșteau semnele de urgență.

2. Fortificarea rolului comunității/familiei în prevenirea deceselor materne și neonatale. *Fapt:* OMS susține că asistența „familie-comunitate” la o acoperire de 90% previne 18-37% din cazurile de mortalitate neonatală [2].

3. Contractarea și finanțarea nașterilor în funcție de: nivelul asistenței perinatale; gravitatea complicațiilor și sinecostul lor sau de valoarea cea mai apropiată de el. *Fapt:* astăzi o naștere fiziologică este finanțată de 2 ori mai puțin, iar cea complicată – de 3-3,5 ori. Prevenirea unui deces neonatal, conform estimărilor OMS, constituie 2000 USD (reducerea lui cu 1‰ necesită 40000 USD).

4. Evitarea polipragmaziei și folosirea adecvată a protocoalelor elaborate. *Fapt:* printre principiile fundamentale ale asistenței perinatale (OMS, 1998) se numără „Îngrijirea în graviditatea și nașterea fiziologică trebuie să fie demedicalizate și să se sprijine pe dovezi”.

5. Înzestrarea cu aparataj esențial a 26 de maternități raionale de nivelul I. *Fapt:* pentru îngrijiri și ajutorul de urgență este nevoie de un minim de aparataj medical disponibil, starea lui funcțională trebuie verificată zilnic.

6. Pornind de la finanțarea existentă, trebuie trasat un obiectiv concret privind limita de micșorare a decesului neonatal (nu mai mic de 4‰ sau cu 15-17%). *Fapt:* intervențiile pentru supraviețuirea prematurilor au impact distanțat și depind de accesibilitatea serviciilor de terapie intensivă și dotarea lor cu tehnologii înalte.

Reduceri substanțiale ale mortalității copiilor și realizarea *ODM-4 de reducere a mortalității copiilor cu 2/3* se pot obține cu ajutorul intervențiilor disponibile în prezent. Provocarea principală este de a pune intervențiile disponibile la dispoziția copiilor, mamelor și a familiilor care au nevoie de ele.

Concluzii

1. Din anul 2000 în republică se constată o descreștere a mortalității materne, perinatale și neonatale precoce ca urmare a reorganizării sectorului de asistență perinatală, creșterii accesului la servicii de calitate.

2. În asistența obstetricală din republică se constată câteva probleme majore, care sunt cauza ratelor înalte de deces neonatal: nașterile multiple, preeclampsia și eclampsia, nașterile pelvine, nașterile distocice, operația cezariană de urgență.

3. Implementarea tehnologiilor bazate pe dovezi științifice a permis în condițiile socioeconomice existente a reduce mortalitatea perinatală, inclusiv neonatală.

4. Reducerea în continuare a deceselor materne și perinatale va fi posibilă prin auditul cazurilor de proximitate și deces.

Bibliografie selectivă

1. Joy Lawn, Brian J. McCarthy, Susan Rae Ross, *The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers*, The WHO Collaborating Center in Reproductive Health, CDC.

2. Joy E.Lawn, Simon Counsels, Jelka Zupan, *Neonatal Survival 1. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why?* The Lancet, March, 2005.

3. G.P. Chiaffoni, *Newborn health care still deficient in the European region. The European magazine for sexual and reproductive health „Entre nous”*, Nr. 60-2005, WHO.

4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ, 2005, 264 стр.

5. *Moldova Demographic and Health Survey 2005*. Preliminary report, MMHSP, NSACPM.

Rezumat

În articol sunt analizate cauzele principale de deces al nou-născuților în republică și intervențiile bazate pe dovezi științifice și recomandate de OMS, care contribuie la reducerea lor. Autorii descriu activitățile efectuate în cadrul programelor de ameliorare a asistenței medicale materne și perinatale și impactul lor asupra sănătății mamei și copilului.

Summary

This article analyzes the main causes of newborn deaths in the country and the evidence based and recommended by WHO procedures that contribute to their reduction. The authors describe the actions proposed by the government and supported by the Ministry of Health and Social Protection programs that were pursued in the country to improve the maternal and perinatal medical assistance and their impact on the mother's and child health.

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ȘI MORFOLOGICE ALE ULCERULUI GASTRODUODENAL NEASOCIAT CU *HELICOBACTER PYLORI*

Ion Țibîrnă, dr.h. în medicină, prof.univ., Elena Creangă doctorand, USMF „Nicolae Testemițanu”

Ulcerul gastroduodenal (UGD) reprezintă la ora actuală unul dintre cele mai importante domenii de cercetare datorită descoperirii unui factor etiologic însemnat *Helicobacter pylori*. În țările Europei de Est, SUA și Japonia morbiditatea prin ulcer gastroduodenal constituie până la 2-5% din populația adultă, iar frecvența recidivelor anuale atinge 30-82%. În populația Republicii Moldova [1] morbiditatea generală prin UGD, în perioada anilor 1995-2004, a alcătuit circa 1,2 %-1,3 %. Complicațiile ulceroase [1] au fost înregistrate cu o frecvență variabilă în perioada 1995-2002 de la 4,1% până la 5,3%, având o tendință de descreștere în anul 2004 până la 2,1%. Numeroase studii efectuate în centrele de gastroenterologie din Europa și SUA indică cifre variabile de la 1,0 % la 20,0 % privind prevalența generală a bolii ulceroase în populația generală. Un studiu internațional efectuat de grupul de studiu Eurogast [8], precum și majoritatea studiilor epidemiologice au demonstrat o asociere puternică între infecția *H.pylori* și ulcerul gastroduodenal. În literatura de specialitate privind patogenia și particularitățile ulcerului gastroduodenal *H.pylori* negativ există numeroase discuții. Ponderea acestor ulcere gastroduodenale constituie, după M.Fennerty, G.Meucci 8%, P.Bytzer – 12%, E.Baranscaia – 20-30%, particularitățile evoluției clinice fiind insuficient studiate, iar datele sunt contradictorii (5,8). Aceste date au schimbat postulatul lui D.Graham : „no acid- no *H.pylori* - no ulcer” cu postulatul propus de G.Tytgat „no *Helicobacter pylori*- no *Helicobacter pylori* associated peptic ulcer diseases. [6]

Scopul studiului a fost evaluarea particularităților clinico-evolutive și morfologice ale ulcerului gastroduodenal *H.pylori* negativ.

Materiale și metode. Studiul a fost efectuat pe un lot 66 de pacienți cu ulcer duodenal cu următoarele caracteristici: lotul I format din 8 (12,1%) bolnavi cu ulcer duodenal fără infecție *H.pylori* și lotul II alcătuit din 58 (78,9%) de bolnavi cu ulcer duodenal *H.pylori* pozitiv. Vârsta bolnavilor din lotul I a constituit $27,8 \pm 3,2$ ani, iar vârsta bolnavilor din lotul II a fost de $39 \pm 5,4$ ani. Din studiu au fost excluși consumatorii de antiinflamatoare nesteroidiene, pacienții care au urmat recent tratament de eradicare a infecției *H.pylori*. Toți pacienții au fost supuși examenului endoscopic cu prelevarea a 2 biopsii din corpul gastric și antrum pentru examinarea histologică și testul rapid cu urează. Cazul a fost inclus în studiu doar când cele două examinări histologice și testul rapid cu urează au avut același rezultat (pozitiv sau negativ). Modificările endoscopice au fost cuantificate după criteriile sistemului Sidney și au inclus următoarele modificări: edem, eritem, exudat, friabilitate, hipertrofie a pliurilor, atrofie, vascularizație, puncte intramurale hemoragice, prezența defectului ulceros. Examenul histologic a consemnat următoarele modificări: inflamație a mucoasei (gradul de infiltrare cu polimorfonucleare), atrofie glandulară, metaplazie intestinală. Pentru fiecare caz a fost folosită metoda chestionării, care a cuprins întrebări legate de acuzele pacientului, de anamneza boli, cât și datele privitor la tabloul endoscopic ulceros (sediul defectelor, mărimea lor, modificări anatomice asociate, complicații).

Rezultate și discuții. Rezultatele studiului au demonstrat că vârsta medie a bolnavilor cu ulcerul