

roduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease. J. Gastroenterol., 2007; 42: 101-119.

11. Villaba-Martin C., Dominiguez - Munoz J.E., *Role of imaging methods, staging, and detecting complications of chronic pancreatitis: should MRCP and MRI replace ERCP and CT?* In: Dominiguez - Munoz JE. editor. Clinical pancreatology for practising gastroenterologists and surgeons. Oxford: Black Publishing; 2005; 236-45.

12. Walkowiak J., Herzig K.H., *Fecal-elastase-1 is decreased in vilous atrophy regardless of the underlying disease.* Eur. J. Clin. Invest., 2001; 31: 425-430.

13. Коваль А.И., Гриневич В.Б., Саблен О.А., *Клинико-лабораторная характеристика хронических панкреатитов.* Экспер. и клин. гастроэнтерол., 2003; 5: 145-146.

14. Охлобыстин А.В., *Заболевания поджелудочной железы.* Consilium Medicum 2002; прил: 26-31.

15. Циммерман Я.С., *Хронический панкреатит: Современное состояние проблемы. Часть II. Клиника, диагностика, классификация, принципы лечения.* Клин. Мед., 2007; 2: 9-13.

Rezumat

Sistemele contemporane de clasificări includ ultimele date științifice în studierea pancreatitei cronice. Datorită noilor metode de diagnostic, a devenit posibil a evidenția mai precoce diferite forme clinice de pancreatită cronică, a sistematiza și a aprecia evoluția clinică, a efectua un tratament adecvat.

Summary

Contemporaneous classifications of chronic pancreatitis are based on scientifically data in studying of chronic pancreatitis. Due to new methods of diagnosis we have the possibility to find out earlier different clinical forms of chronic pancreatitis, to appreciate clinical evolution and to argue the correct treatment.

OSTEOPOROZA ȘI OSTEOARTROZA, ESTE POSIBILĂ OARE PREÎNTÂMPINAREA IMPOSIBILULUI?

Liliana Groppa, dr.h. în medicină, prof. univ., **Elena Deseatnicova**, dr. în medicină, asist. univ., **Lia Chișlari**, doctorand, USMF „Nicolae Testemițanu”

Conform datelor epidemiologice ale OMS, în 1990 numărul oamenilor cu vârsta de peste 60 de ani constituia aproximativ 250 de milioane, iar către anii 2020 această cifră va atinge 1 miliard. Astfel, datorită progresului rapid în toate domeniile, inclusiv în medicină, apariției și implantării în practica cotidiană a tehnologiilor noi, se mărește durata vieții populației și, totodată, se înregistrează îmbătrânirea generală a ei. Aceste tendințe pot fi urmărite atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare, ceea ce încă odată demonstrează actualitatea problemei respective.

Apare întrebarea: care sunt problemele adresate medicilor în legătură cu fenomenul dat? Și aici am vrea să menționăm faptul că încă în 1997 K.G. Manton în raportul său la Academia Națională de științe (SUA) a propus termenul „sateliți inevitabili ai îmbătrânirii”, la care s-au asociat osteoartroza, demenția și osteoporoza.

Într-adevăr, osteoartroza este cea mai frecventă formă a artritei în populația din West. După riscul de invalidizare osteoartroza articulațiilor genunchilor poate fi echivalată cu patologia cardiovasculară. OMS determină osteoartroza articulațiilor genunchilor drept cauza invalidizării a fiecareia a 4 femeie și a fiecareia al 8 bărbat. Este cunoscut faptul că 30% din populația mai în vârstă de 65 de ani are semne radiologice de osteoartroză, și doar 1/3 din aceasta manifestă semne clinice de îmbolnăvire (K.Pavelka, 2006).

Indiferent de vârstă, sex și de alte condiții orice individ poate deveni „victimă” altei afecțiuni – osteoporoza. Aceasta este o patologie specifică, deoarece afectează pe ascuns fără semne clinice la debutul bolii. Un aspect deosebit reprezintă componentul social și economic al acestei probleme. Costul anual al tratamentului pacienților cu fracturi osteoporotice în SUA și Europa este de 27 mlrd de dolari (2nd World Osteoporosis Day Factsheet, IOF, 1998). Diagnosticul de osteoporoza este stabi-

lit deseori foarte tardiv, când deja sunt fracturi vertebrale sau alte complicații serioase ca: fractura de col femural, care, de asemenea, duce la invalidizare și la mortalitate înaltă. Fractura de col femural în 10-20% cazuri duce la sfârșit letal timp de 6 luni, 50% din pacienți niciodată nu se vor putea deplasa independent și 25% vor necesita îngrijire permanentă (3^d World Osteoporosis Day Factsheet, IOF, 2000).

Deci osteoartroza și osteoporoza sunt două patologii osteoarticulare cel mai frecvent întâlnite în perioada senilă. Însă asocierea osteoartrozei și osteoporozei la un pacient provoacă diverse discuții (Dequeker J., 1983, Hart D., 1994). În lucrările în domeniul epidemiologiei osteoartrozei și osteoporozei permanent se demonstrează o creștere exponențială a răspândirii acestor maladii odată cu vârsta, schimbarea bruscă a structurii demografice în multe țări, îmbătrânirea populației, de aceea studiul corelației acestor patologii are o importanță deosebită (L.I. Alexeeva, 2003).

S-a presupus că aceste două patologii sunt, practic, incompatibile la unul și același pacient. Conform rezultatelor unor cercetări, densitatea minerală osoasă la pacientele cu osteoartroza deformantă, indiferent de localizarea afectării, este mai mare decât în grupa de control suprapusă conform tuturor parametrilor (Li B., 1997; Miedany E., 2000; Naitou K., 2000). Însă unii autori (Stewart, 2000) înregistrează o dezvoltare rapidă a proceselor metabolice în țesutul osos la pacienții cu osteoartroză, și anume în stratul subhondral și în osul subhondral. Ca rezultat, se dezvoltă hipomineralizarea osului în acest sector, în urma căreia poate surveni o disbalanță între formarea osteoidului și viteza rezorbției osoase. Aceasta poate avea o importanță deosebită în stadiile tardive ale osteoartrozei, datorită prezenței la pacient a factorilor de risc pentru osteoporoză (sex feminin, ereditatea, vârsta înaintată, menopauza precoce și menarha tardivă la femei și semnele indirecte de hipogonadism la bărbați). Un rol deosebit în dezvoltarea osteoporozei și osteoartrozei îl joacă dereglarea metabolismului de calciu. Deficitul primar de calciu în rația alimentară stimulează sinteza parathormonului, care contribuie la rezorbția țesutului osos și mărește nivelul calciului în serul sanguin. Calciul, care „se spală” din oase, nu poate deveni iarăși componentul arhitectonic al osului nou-format, însă se depozitează în alte țesuturi ale organismului, cel mai frecvent în cartilaj, ceea ce contribuie la afectarea cartilajului articular. În același timp, calciul exogen este utilizat la formarea unui țesut osos, neafectând articulațiile (Здоровье Украины, №3, 2006).

Aici vom aminti de o grupă deosebită de populație de pe teritoriul ex-URSS, persoanele care fac parte din aceasta aflându-se acum în perioada de menopauză și având vârstă senilă, în perioada de formare a scheletului ele suportând foame (în timpul celui de al Doilea Război Mondial). Nemijlocit, aceasta a influențat asupra formării masei osoase și respectiv probabilitatea asocierii acestor două patologii în populația noastră crește.

Există încă un moment esențial. Cartilajul are o importanță vitală pentru funcționarea sistemului osteoarticular. Creșterea scheletului are loc din contul plăcii de creștere și al centrelor osificării secundare cu osificare endohondrală ulterioară. În fine, se formează cartilajul intermediar, care contribuie la osteogeneza, formând spațiul necesar și sintetizând substanțele paracrine. Alt tip de cartilaj, care, de asemenea, influențează activitatea sistemului musculo-scheletal, este cartilajul articular. El asigură elasticitatea articulară, micșorează vibrația la mișcări și contracturi musculare. Cea mai importantă funcție a cartilajului este participarea la formarea calusului osos (Lyritis G, Boscainos P., 2001).

Astfel, osteoporoza și osteoartroza pot fi stări reciproc potențate sau chiar stadii ale unuia și aceluiași proces multifactorial de degenerare a țesutului conjunctiv și a aparatului osteoarticular, ceea ce se evidențiază cert la persoanele cu vârsta înaintată.

Pentru elaborarea unor metode noi în lupta cu osteoartroza este necesară studierea complexă a aspectelor patogenice ale bolii și recunoașterea faptului că osteoartroza nu înseamnă doar afectarea cartilajului articular, dar și a altor țesuturi articulare și subhondrale. Tratamentul osteoporozei în ultimii 10 ani a suportat un proces dramatic. Au apărut noi bisfosfonați, care conțin nitrogrupa și care au diversificat posibilitățile terapiei antirezorbitive. Totuși se duc numeroase discuții în privința tratamentului osteoartrozei și elaborării unor măsuri noi de tratament, care ar influența atât simptomele clinice, cât și structura componentului cartilagos. Continuă discuțiile referitor la natura inflamatorie a acestei patologii, balanței risc/eficacitate a aplicării antiinflamatoarelor nesteroidiene și a inhibitorilor selectivi de COX-2 și, de asemenea, la faptul dacă terapia cu glucozamină și hondroitin sulfat este paliativă, DMARD (*Disease*

Modifying Antireumatic Drugs) sau ambele. Alt moment, ce necesită atenție în tratamentul osteoartrozei, este aplicarea metodelor noi, care ar ameliora prognosticul acestor pacienți.

Bingham et al. în 2006 au prezentat rezultatele obținute referitoare la aplicarea bisfosfonaților în tratamentul osteoartrozei progresive. Cercetarea a durat doi ani și a inclus mai mult de 2 mii de pacienți cu osteoartroză diagnosticată a articulațiilor genunchilor, cărora li s-a indicat rizendronat. Studiul a demonstrat că rizendronatul în comparație cu placebo nu a ameliorat manifestările clinice ale osteoartrozei, nu a influențat progresia radiologică a patologiei, însă a fost înregistrată o micșorare a markerilor biochimici de degradare a cartilajului. Până în prezent importanța hormonilor calciotropi necesari funcționării țesutului cartilajinos a fost insuficient studiată. Însă în ultimii ani au început să apară publicații despre influența pozitivă a calcitoninei asupra țesutului cartilajinos (Felson et al., 2000, Behets C. et al., 2004). Calitățile antalgice ale calcitoninei la moment sunt bine cunoscute și se datorează influenței directe asupra receptorilor calcitoninei în sistemul nervos central și măririi nivelului opiaților endogeni (beta-endorfine) în plasma sanguină (Lyritis G, Boscainos P., 2001). Există date care demonstrează efectul antiinflamator al calcitoninei atât în vivo, cât și în vitro. Se consideră că calcitonina reține sinteza IL-1 și a factorului reumatoid (Lotz M., 1988, Tanko L.B., 2004). Mecanisme certe responsabile de efectul antiinflamator al hormonului nu au fost stabilite. Probabil, ele provoacă inhibarea fosfolipazei A2, prostaglandinelor și, de asemenea, micșorează expresia recetoriilor pentru TNF (Lyritis G, Boscainos P., 2001).

Scopul studiului. Au fost cercetați pacienți cu osteoartroza articulației genunchiului la prezența osteoporozei, paralel a fost studiată eficacitatea calcitoninei în tratamentul combinat al osteoartrozei.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 60 de pacienți cu osteoartroza articulațiilor genunchilor, internați consecutiv în secția de reumatologie a SCM „Sfânta Treime” din orașul Chișinău, dintre care 68% femei și 32% bărbați. Vârsta medie a pacienților alcătuita $60,75 \pm 7,6$ ani. Din studiu au fost excluși pacienții cu diabet zaharat, cu obezitate gradul IV, cu boli somatice decompensate, boli oncologice și pacienții cu osteoartroză deformantă complicată cu sinovită acută (>25 ml). Toți pacienții au fost cercetați clinic și s-au efectuat analizele de laborator necesare. Pacienților li s-a efectuat testul screening de un minut pentru osteoporoză și au fost determinați factorii de risc pentru osteoporoză, s-a înfăptuit radiografia articulațiilor genunchilor, densitometria osoasă la nivelul tibiei și nivelul calciului ionizat în serul sangvin. Luând în considerație recomandările EULAR 2003 pentru aplicarea SYSADOA, tuturor pacienților, incluși în studiu, li s-a indicat preparatul combinat cu conținut de hondroitin sulfat 400 mg și glucozamin hidroclohid 500 mg timp de 3 luni. Pentru cuparea sindromului algic toți pacienții administrau acetoaminofen în doză de 2 gr/24 ore. Peste o lună toți pacienții au fost divizați randomizat în două grupe. Prima grupă continua să primească tratamentul indicat. Pacienților din grupa a doua la tratamentul combinat li s-a asociat calcitonina de somon, în formă de spray nazal, câte 200 ME intranazal zilnic timp de două luni. Sindromul algic a fost apreciat conform scarei vizuale analoge SVA, de asemenea s-a apreciat indicele WOMAC la debutul cercetării, la momentul asocierii calcitoninei și peste 3 luni de la începutul cercetării. Peste 3 luni a fost efectuată densitometria osoasă cu ultrasunet la nivelul tibiei. La finele studiului s-a efectuat analiza statistică a rezultatelor obținute.

Rezultate. Vârsta medie a pacienților cercetați era de $60,75 \pm 7,6$ ani (tab. 1) și nu avea diferențe semnificative în funcție de sex. Printre femei prevalau pacientele cu forma nodulară a osteoartrozei deformante (60,04%), comparativ cu bărbații (25,2%, $p < 0,05$). La femei mai frecvent a fost înregistrată afectarea articulațiilor humerale (75%). La bărbați mai frecvent erau implicate în proces articulațiile coxofemorale, însă fără diferențe statistic semnificative în funcție de sex.

Tabelul 1

Indicii de bază ai pacienților incluși în studiu

Indicii	Femei, 41 p., (68%)	Bărbați 19 p., (32%)	Toți pacienții 60 p., (100%)
Vârsta medie	58,4±8,6	62,1±6,7	60,75±7,6
Forma nodulară	60,4%	25,2%	48,3%
Afectarea art. genunchiului	100%	100%	100%
Afectarea art. coxofemorale	43,7%	66,6%	48,3%
Afectarea art. umărului	75%	50%	70%

Conform rezultatelor cercetărilor clinice și colectării anamnezei, a fost demonstrat faptul că majoritatea pacienților cu osteoartroză (85%) au răspuns pozitiv cel puțin la o întrebare din testul screening de un minut pentru osteoporoză. La o specificare mai detaliată s-a demonstrat cert influența fumatului – 36,4%, cu predominare la bărbați – 63,1%. La femei s-a înregistrat un procent ridicat de menopauză precoce - 24% și la 22% prezența anamnezei ereditare după osteoartroză.

Tabelul 2

Indicii de bază, ce caracterizează factorii de risc și semnele certe de osteoporoză,%

<i>Indicii</i>	<i>Femei, 41 n., (68%)</i>	<i>Bărbați, 19 n., (32%)</i>	<i>Total, 60 n., (100%)</i>
Screening pozitiv de un minut pentru osteoporoză	100%	52,1%	85%
Anamneza ereditară pe osteoporoză sau fracturi fragile	22%	2%	9%
Menopauza precoce (f) și semne indirecte de hipogonadism (b), pe baza anamnezei	24%	5%	13%
Tabagismul	9,7%	63,1%	36,4%
Indicele masei corporale micșorat sau masa ponderală joasă	12,1%	10,5%	11,3%
Prezența osteoporozei, după datele densitometriei, %	56,25%	33,3%	51,6;%
T-score, M±m	-1,7±0,85	-1,4±1,2	-1,55±0,9

La cercetarea obiectivă, după datele densitometriei osoase, osteoporoza a fost înregistrată la 51,6% pacienți cu predominanță la sexul feminin 56,25% vs 33,3% (bărbați), $p < 0,05$. Valoarea medie a T-scorului în întregul lot cercetat varia de la -1,4±1,2 la bărbați până la -1,7±0,85 la femei. După datele radiografiei articulațiilor genunchilor, la majoritatea pacienților (85%) a fost diagnosticat stadiul radiologic II al osteoartrozei. Pentru determinarea prezenței sinovitei reactive tuturor pacienților li s-a efectuat ultrasonografia articulară. La 53,3% pacienți a fost demonstrată prezența sinovitei cu exudat intraarticular aproximativ 20-25 ml lichid sinovial, la 26,6% cantitatea lichidului sinovial era de 10-19 ml și doar la 20,1% nu a fost înregistrată cantitatea patologică de lichid sinovial. Aceste date pot caracteriza indirect gradul exprimării procesului inflamator în articulația afectată de osteoartroză.

După o lună de administrare de hondroitin sulfat și glucozamin hidroclohid, pacienții au fost divizați randomizat în două loturi. Primul lot era alcătuit din 30 de pacienți (10 bărbați și 20 de femei) cu vârsta medie de 59,4±7,4 ani. Lotul doi de asemenea era format din 30 de pacienți (9 bărbați și 21 de femei) cu vârsta medie de 59,8±6,2 ani. Pacienții din primul lot continuau să primească preparate de hondroitin sulfat și glucozamin hidroclohid. Pacienților din lotul doi la tratamentul dat li s-a asociat calcitonina de somon în doză de 200 ME/24 ore spreay nazal timp de 2 luni.

Tabelul 3

Indicii de apreciere a intensității sindromului algic la pacienții incluși în studiu, mm

	<i>Indicii</i>	<i>Lotul I</i>	<i>Lotul I</i>
<i>La început</i>	WOMAC	426,1±23,2	415,2±15,8
	SVA	7,2±1,1	6,8±1,3
<i>1 Lună</i>	WOMAC	378,2±20,1	391,6±14,2
	SVA	6,7±0,9	6,4±1,2
<i>3 Luni</i>	WOMAC	336,4±11,8	282,4±9,6
	SVA	6,0±0,7	5,2±0,6

După cum este demonstrat în tabel, la debutul studiului intensitatea sindromului algic era înaltă în ambele loturi și alcătuia, conform scării WOMAC, 426,1±23,2mm în primul lot și 415,2±15,8 mm

în lotul 2. Intensitatea durerii după SVA era de $7,2 \pm 1,1$ mm și $6,8 \pm 1,3$ mm, corespunzător loturilor. Conform rezultatelor expuse, o deosebire considerabilă între loturi la începutul studiului nu s-a evidențiat.

Timp de o lună pe fondul tratamentului cu hondroitin sulfat și glucozamin hidroclorid a fost demonstrată o oarecare micșorare a intensității sindromului algic: după scara WOMAC $378,2 \pm 20,1$ mm în primul lot și $391,6 \pm 14,2$ mm în lotul 2; după scara SVA $6,7 \pm 0,9$ mm și $6,4 \pm 0,2$ mm corespunzător loturilor. Studiind pacienții din lotul 1 care au primit doar hondroitin sulfat și glucozamin hidroclorid, observăm că sindromul algic diminuează treptat. El atinge $336,4 \pm 11,8$ mm după scara WOMAC și $6,0 \pm 0,7$ mm după scara SVA, cu diferență statistic semnificativă ($p < 0,05$) pentru indexul WOMAC, în comparație cu importanța sa în această grupă la începutul studiului. Această micșorare a intensității durerii corespunde rezultatelor altor cercetări.

Un interes mai mare prezintă datele obținute pe parcursul întregului studiu în lotul 2. A fost înregistrată o micșorare semnificativă a sindromului algic la pacienții din lotul 2, după WOMAC $282,4 \pm 9,6$ mm ($p < 0,01$, comparativ ca la debut) și după SVA $5,2 \pm 0,6$ mm ($p < 0,05$, comparativ ca la debut). Aceste rezultate încă odată demonstrează prezența efectului antalgic la administrarea preparatelor de calcitonină (Lyritis G.P. et al., 1991) și putem menționa că aplicarea calcitoninei în combinație cu hondroitin sulfat și glucozamin hidroclorid influențează pozitiv simptomatologia subiectivă a pacienților cu osteoartroză. Au importanță, de asemenea, datele cercetării ultrasonografice a articulațiilor genunchilor după luna a treia de tratament. Rezultatele obținute sunt prezentate în *figura 1*. După cum vedem din figură, în lotul 2 la sfârșitul tratamentului predomină pacienții cu lipsa cantității patologice de lichid sinovial în articulațiile genunchilor, pe când în lotul 1, paralel cu pacienții cu lipsa cantității patologice de exudat intraarticular, erau înregistrați și pacienți cu prezența exudatului patologic. Iar la sumarea rezultatelor cu și fără prezența exudatului patologic apare și diferența statistic semnificativă între rezultatele obținute la pacienții din lotul 2, 30% (la început) – 63,3% (la sfârșit), ($p < 0,05$). La pacienții din lotul 1 diferență statistic semnificativă nu a fost înregistrată, ceea ce permite a presupune prezența nu numai a efectului antalgic, ci și a efectului antiinflamator al calcitoninei.

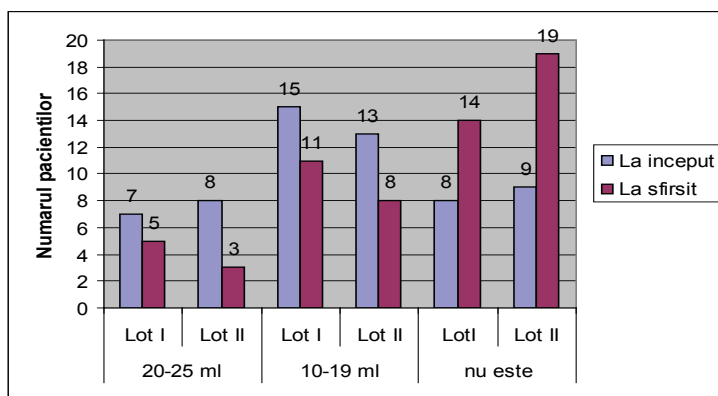


Figura 1. Volumul lichidului sinovial în articulația genunchiului la începutul și la sfârșitul studiului

Densitometria osoasă cu ultrasunet la finele studiului a demonstrat micșorarea numărului pacienților cu osteoporoză în lotul 2 (50,2 vs 33,8%).

Concluzii

Astfel, datele obținute la finele studiului nostru permit a evidenția influența pozitivă a schemei complexe de tratament cu asocierea calcitoninei asupra simptomatologiei pacienților cu osteoartroză articulațiilor genunchilor, ceea ce demonstrează micșorarea sindromului algic după datele scării WOMAC și SVA.

Luând în considerație frecvența înaltă a depistării osteoporozei (51,6%), la pacienții cu osteoartroză deformantă a articulațiilor genunchilor această combinație este mult mai logică. Totodată, în

afară de efectul antirezorbativ al calcitoninei a fost înregistrat și efectul antiinflamator al acestui preparat în funcție de prezența exudatului intraarticular în articulația genunchiului la cercetarea ultrasonografică. Rezultatele prezentate sunt preliminare, iar studiul continuă pentru a obține datele finale.

Bibliografie selectivă

1. Azria M., *Possible mechanisms of analgetic action of calcitonin.*, Bone, 2002. 30: 80-83.
2. Behets C., Williams J.M., Chappard D., Devogelaer J.P., Manicourt D.H., *Effects of calcitonin on subchondral trabecular bone changes and on osteoarthritic cartilage lesions after acute anterior cruciate ligament deficiency.* J. Bone Miner. Res., 2004; 19:1821-1826.
3. Bingham C.O. III, Buckland-Wright C., Garner P. et al., *Risendronate decreases biochemical markers of cartilage degradation but does not decrease symptoms or slow radiographic progression in patients with medial compartment osteoarthritis of the knee. Results of two-year multinational Knee Osteoarthritis Structural Arthritis Study.* Arthritis Rheum., 2006; 54:3494-3507.
4. Felson D.T., Niu J., Guermazi A. et al., *The development of knee pain correlated with enlarging bone marrow lesions on MRI. Program and abstracts of the American College of Rheumatology 2006 Annual Meeting;* November 11-15, 2006, Washington DC, Presentation, 1283.
5. Felson D.T., Lawrence R.C., Hochberg M.C., McAlindon T., Dieppe P.A., Minor M.A., Blair S.N., Berman B.M., Fries J.F., Weinberger M., Lorig K.R., Jacobs J.J., Goldberg V., *Osteoarthritis: new insights. Part 2: treatment approaches.* Ann. Intern. Med., 2000; 133:726-737.
6. Karsdal M.A., Tanko L.B., Riis B.J., et al., *Calcitonin is involved in cartilage homeostasis is calcitonin a treatment for OA?* Osteoarthritis Cartilage, 2006, 14: 617-624.
7. Lindren Ju., Narechania R.G., McBeath A.A., Lange T.A., *Effects of 1,25(OH)₂D₃ and calcitonin on fracture healing in adult rats.* Clin Ortop, 1981; 160:304-308.
8. Lotz M., Vaughan J.H., Carson D.A., *Effect of neuropeptides on production of inflammatory cytokines by human monocytes.* Science, 1988; 241: 1218-1221.
9. Reginster J.-Y.; Bruyere O.; Neuprez A., *Current Role of Glucosamine in the Treatment of Osteoarthritis, metaanalysis.* Rheumatology, 2007;46(5):731-735.
10. Tanko L.B., Bagger Y.Z., Alexandersen P., Devogelaer J.P., Reginster J.Y., Chick R., Olson M., Benmamar H., Mindeholm L., Azria M., Christiansen C., *Safety and efficacy of a novel salmon calcitonin (sCT) technology based oral formulation in healthy postmenopausal women: acute and 3-month effects on biomarkers of bone turnover.* J. Bone Miner. Res., 2004; 19: 1531-1538.
11. Woolf C.J., *Pain: moving from symptom control toward mechanism specific pharmacologic management.* Ann Intern Med., 2004; 140:441-451.

Rezumat

A fost cercetată prezența osteoporozei la pacienții cu osteoartroză deformantă a articulațiilor genunchilor. S-a înregistrat o frecvență înaltă a depistării osteoporozei (51,6%) la acești pacienți. Luând în considerație recomandările EULAR 2003 pentru aplicarea SYSADOA în osteoartroza deformantă, tuturor pacienților li s-a indicat terapia de fond cu hondroitin sulfat și glucozamin hidroclohid, iar peste o lună pacienții au fost divizați randomizat în 2 loturi. Prima grupă continua să primească tratamentul indicat. Pacienților din grupa a doua la tratamentul combinat li s-a asociat calcitonina de somon. A fost înregistrată influența pozitivă a schemei de tratament complex cu asocierea calcitoninei asupra simptomaticeii pacienților cu osteoartroza articulațiilor genunchilor.

Summary

The study has evaluated the presence of osteoporosis in patients with knee osteoarthritis. A high rate of osteoporosis (51,6%) was demonstrated in these patients. Taking into consideration EULAR 2003 recommendations for application of SYSADOA in osteoarthritis all the patients received basis therapy with chondroitin sulfat și glucozamin hidroclohid, and in a month all the patients were randomised and divided into 2 groups. The first group continued to receive basic therapy only, in the second group calcitonine of salmon was added to the basic therapy. We registered a positive influence of complex therapy with calcitonine association on symptomatics of patients with knee osteoarthritis.