

Calcifieri ale Țesuturilor moi	16 (12,5%)	0	p<0,01
Crepitații palpabile deasupra tendoanelor	1 (0,8%)	11 (15,3%)	p<0,01
Sindromul de canal carpian	7 (5,5%)	12 (16,7%)	p<0,05

De asemenea, s-au constatat diferențe semnificative ale frecvenței depistării afectărilor nonorganice în funcție de activitatea bolii, apreciate conform scorului EUSTAR (tabelul 2).

Tabelul 2

Frecvența depistării afectărilor nonorganice în funcție de activitatea bolii

Manifestările clinice	Boală inactivă, n=112	Boală activă, n=88	Diferențe statistice semnificative
Sindromul Raynaud	104 (92,8%)	85 (96,6%)	
Ulcere digitale sau cicantrici stelate	10 (8,9%)	35 (39,7%)	p<0,01
Teleangiectazii	55 (49,1%)	43 (48,9%)	
Microstomie	10 (8,9%)	37 (42%)	p<0,01
Dereglări de pigmentare	15 (13,4%)	17 (19,3%)	
Artrite	0	86 (97,7%)	p<0,001
Artralгии	16 (14,3%)	76 (86,4%)	p<0,01
Mialgii	8 (7,1%)	24 (27,3%)	p<0,05
Miastenie	10 (8,9%)	46 (52,3%)	p<0,01
Osalgii	25 (22,3%)	17 (19,3%)	
Contracturi în flexie ale mâinilor	22 (19,6%)	13 (14,8%)	
Osteoliza falangelor distale ale mâinilor	5 (4,5%)	7 (7,9%)	
Calcifieri ale țesuturilor moi	13 (11,6%)	3 (3,4%)	
Crepitații palpabile deasupra tendoanelor	10 (8,9%)	2 (2,3%)	
Sindromul de canal carpian	5 (4,5%)	14 (15,9%)	p<0,05

Concluzii

1. Sindromul Raynaud a fost o manifestare frecventă (94,5%) a sclerodermiei sistemice în studiul efectuat. Caracterul clasic trifazic s-a înregistrat în doar 21,5% din cazuri; s-a observat prezența mai multor factori declanșatori decât frigul și emoțiile, fapt ce indică necesitatea culegerii mai minuțioase a anamnezei la pacienții cu sclerodermie sistemică.

2. Au fost depistate diferențe statistice semnificative între frecvența depistării manifestărilor nonorganice în funcție de forma clinică a bolii și de activitatea bolii, apreciate prin scorul EUSTAR.

3. Cunoașterea variantelor, a frecvenței și a dependenței de formele clinice și de activitatea bolii

a manifestărilor nonorganice permite recunoașterea lor mai timpurie și oferă posibilitatea corecției lor, cu îmbunătățirea considerabilă a calității vieții pacienților cu sclerodermie sistemică.

Bibliografie

- Hughes M., Ong V.H., Anderson M.E., Hall F., Moinzadeh P., Griffiths B., Baildam E., Denton C.P., Herrick A.L. *Consensus best practice pathway of the UK Scleroderma Study Group: digital vasculopathy in systemic sclerosis*. In: *Rheumatology*, 2015, Jun 26. pii: kev201. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26116156.
- Poole J.L., Brandenstein J. *Lower extremity impairment and activity limitations in persons with scleroderma*. In: *Arthritis Rheum.*, 2008; nr. 58:S599.
- Pope J.E. *The diagnosis and treatment of Raynaud's phenomenon: a practical approach*. In: *Drugs*, 2007; nr. 67(4), p. 517-525.
- Sandqvist G., Hesselstrand R., Eberhardt K. *A longitudinal follow-up of hand involvement and activities of daily living in early systemic sclerosis*. In: *Scand J. Rheumatol.*, 2009; nr. 38, p. 304-310.

CZU 616.5-004.1:616.1/.6(478)

AFECTAREA ORGANELOR INTERNE LA PACIENȚII CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Svetlana AGACHI¹, Liliana GROPPA¹,
Elena DESEATNICOVA¹, Eugeniu RUSSU¹,
Rodica USATÎI², Aliona LESNIC²,

¹Disciplina Reumatologie și nefrologie,
USMF Nicolae Testemițanu;
²Spitalul Clinic Republican

Summary

Internal organs alteration in patients with systemic scleroderma in the Republic of Moldova

The variants, frequency and time of onset of internal organ involvement since onset of systemic sclerosis have been studied in 200 patients. It has been established that involvement of internal organs, being the key moment in the current choice of immunosuppressant treatment, essentially depends on the clinical form of the disease. Knowing the frequency and the average time for the occurrence of the internal organs damage allows for the early identification of the organic implications with the possibility of indicating an appropriate treatment.

Introducere

Manifestările sclerodermiei sistemice sunt diverse atât ca număr, cât și ca exprimare clinică, oscilând de la forme reduse, cu prognostic favorabil, până la variante generalizate și fatale [3]. Tratatamentul modern al sclerodermiei sistemice este axat pe

terapia vasculară și cea imunosupresorie. Alegerea terapiei cu imunosupresori depinde, în mare măsură, de prezența afectărilor organelor interne în cadrul bolii [1, 2, 4]. Diagnosticul timpuriu al implicărilor organice reprezintă astăzi o mare provocare în practica medicului-reumatolog.

Scopul studiului a fost studierea variantelor, a frecvenței și a timpului apariției afectărilor organelor interne de la debutul sclerodermiei sistemice.

Material și metode

În studiu au fost incluși 200 de pacienți cu sclerodermie sistemică (diagnosticul stabilit conform criteriilor de diagnostic *ARA/EULAR 2013*), dintre care doar cinci au fost de sex masculin; 72 de pacienți au fost cu formă difuză a bolii și 128 – cu formă limitată. Vârsta medie a subiecților incluși în studiu a constituit $43,6 \pm 2,1$ ani; durata medie a maladiei – $13,6 \pm 1,8$ ani. Toți bolnavii au fost examinați clinic și paraclinic complex (cercetarea hematologică, biochimică, imunologică, funcțională, radiologică, ultrasonoră etc.), cu scopul determinării implicărilor organice. Totodată, a fost analizată detaliat anamneza și datele istoricului bolii, pentru aprecierea exactă a debutului afectărilor organelor interne.

Rezultate obținute

Afectarea pulmonară. Pneumofibroza, la cercetarea radiologică, a fost determinată la 67 (33,5%) pacienți, iar pneumopatia interstițială conform datelor tomografice – la 23 (11,5%). Modificări restrictive spirografice au fost înregistrate la 72 (36%) pacienți. Pleurezie cu conținut mic de lichid a fost observată la 5 (2,5%) bolnavi, fiind mai frecventă depistarea aderențelor pleurale – 14 (7%) cazuri. Hipertensiune pulmonară a fost stabilită la 10 (5%) pacienți, dar fără confirmare prin caterterismul inimii drepte.

Afectarea renală. Nefropatia cronică a fost diagnosticată la 26 (13%) din pacienții incluși în studiu. Au fost înregistrate următoarele modificări patologice: proteinurie nesemnificativă (< 1 gr/24 ore) – 9 (34,6%) pacienți, proteinurie semnificativă (> 1 gr/24 ore) – 2 (7,7%), modificări ale sedimentului urinar – 9 (34,6%), modificări combinate (proteinurie și modificări ale sedimentului urinar) – 6 (23,1%), instalarea lentă a insuficienței renale – 5 (19,2%) bolnavi. Criza renală sclerodermică a fost diagnosticată la un singur pacient (0,5%) cu varianta difuză a bolii, cu o durată a bolii de 6 ani, și care a servit drept cauză a decesului.

Afectarea cardiacă. Dintre pacienții incluși în studiu, 54 (27%) erau cunoscuți cu afectarea cardiacă în cadrul sclerodermiei sistemice: 23 (42,6%) cu insuficiențe valvulare gr. 1-2, 29 (53,7%) cu aritmii, la 51 (94,4%) dintre ei a fost stabilită miocardioscleroza (confirmată prin RMN cardiac doar la un pacient); hipertensiune pulmonară secundară afectării cardiace a fost stabilită la 8 (4%) pacienți (fără confirmare prin caterterismul inimii drepte).

La efectuarea ECG în 12 derivații, s-au observat următoarele modificări: extrasistolie supraventriculară la 8 (4%) bolnavi, extrasistolie ventriculară – 2 (1%), tahicardie sinuzală – 22 (11%), blocul fasciculelor Hiss – 38 (19%) din pacienții cercetați. La pacienții fără modificări ECG, dar cu acuze de palpații periodice (21 din pacienții incluși în studiu), a fost efectuată ECG Holter și au fost înregistrate următoarele schimbări: tahicardie paroxistică supraventriculară – la 5 (2,5%) dintre pacienți, extrasistolie ventriculară – 3 (1,5%), în toate cazurile apărute la efort fizic.

La cercetarea EcoCG-2D, s-au depistat următoarele modificări: pericardită – 36 (18%), insuficiență Vm – 54 (27%), stenoza v. mitrale – 5 (2,5%), prolaps Vm – 19 (9,5%), insuficiența Vao – 28 (14%), stenoza Vao – 6 (3%), insuficiența Vtr – 15 (7,5%), FE $\leq 55\%$ – 14 (7%), HTP > 40 mm/Hg – 10 (5%), HTP medie – $38,2 \pm 1,9$ mm/Hg, disfuncția diastolică – 18 (9%), mărirea dimensiunilor atriului stâng – 32 (16%), mărirea dimensiunilor atriului drept – 12 (6%).

Afectarea tractului digestiv. Frecvența afectării sistemului digestiv la pacienții examinați a alcătuit 89% (178 persoane). Scădere ponderală importantă a fost observată la 19% (38 pacienți). Conform dereglărilor depistate la examenul imagistic: hipomotilitatea esofagului observată la cercetarea bariatată – 37% (74 pacienți); dilatarea esofagului, diagnosticată la tomografia computerizată a cutiei toracice – 14% (28); esofagită depistată la FEGDS – 9,5% (19 bolnavi); prezența ectaziilor vasculare antrale gastrice – 2% (4 persoane), hipomotilitatea intestinului gros, observată la cercetarea bariatată – 18,5% (37 pacienți), sindromul de malabsorbție – 4% (8 bolnavi), incontinența sfincterului anal – 3% (6 cazuri), ciroză biliară primitivă – 0,5% (1 pacient) și hepatită autoimună – 0,5% (1 pacient).

La pacienții incluși în studiu (vezi tabelul) s-au observat diferențe statistice semnificative în timpul apariției afectărilor organelor interne în funcție de forma clinică a bolii.

Debutul afectărilor organelor interne la pacienții cu sclerodermie sistemică în funcție de forma clinică a bolii (luni, M±m)

Afectările organice	Forma difuză	Forma limitată
Pneumofibroză (Rg)	34,5±2,3	68,4±1,6
Pneumopatie interstițială (CT)	28±0,7*	71,2±3,4*
Pleurezie	18,7±0,9**	83,1±4,8**
Modificări restrictive (spirografic)	17,5±1,2*	68,7±2,9*
Dereglări esofagiene	15,1±1,7	9,2±0,6
Scăderea masei corporale	15,2±0,9**	92,4±3,5**
Diaree	32,8±3,6*	67,1±2,8*
Constipații	64,6±4,7	44,3±1,8
GAVE	18,7±0,5**	125,4**
Ciroză biliară	0***	115,7***
Disritmii	64,7±3,7	78,1±4,2
Insuficiență diastolică	82,1±4,0	103,4±5,6
Insuficiență sistolică	92,3±4,8*	173,7±6,4*
HTP (EcoCG)	105,2±4,8	129,2±3,6
Pericardită	32,8±2,7*	82,4±2,9*
Proteinurie	40,8±3,8*	96,2±4,1*
BCR st. II-V	47,6±3,5**	139,1±5,8**
Neuropatie periferică	82,7±3,9	105,1±4,6
Tireoidită autoimună	79,7±2,4	93,4±3,3
Sindromul Sjogren	97,6±3,7	148,1±5,9

Notă. * – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001.

Pe de o parte, pacienții cu forma difuză au fost diagnosticați mai devreme cu pneumopatii interstițiale, pleurezii, modificări spirografice restrictive, scăderea masei corporale, diaree, GAVE (gastral antral vascular ectazia), insuficiență sistolică, pericardită, proteinurie, BCR. Pe de altă parte, cei cu forma limitată au demonstrat implicare mai tardivă a organelor interne în această formă a bolii, în special a pneumopatiei interstițiale, pleureziei, modificărilor spirografice restrictive, scăderii masei corporale, diareii, GAVE, insuficienței sistolice, pericarditei, proteinuriei, BCR.

Concluzii

Afectarea organelor interne în sclerodermia sistemică, fiind momentul-cheie în alegerea actuală a tratamentului imunosupresor, depinde esențial de forma clinică a bolii. Cunoașterea frecvenței și a timpului mediu de apariție a afectărilor organelor interne permite stabilirea cât mai timpurie a implicărilor organice, cu posibilitatea indicării unui tratament adecvat.

Bibliografie

1. ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension – web addenda. In: European Heart Journal, 2015, doi:10.1093/eurheartj/ehv317.
2. Forbes A., Marie A. *Gastrointestinal complications: the most frequent internal complications of systemic sclerosis*. In: Rheumatology (Oxford), 2009; nr. 48 (suppl. 3), p. 36-39.
3. Steen V.D. *Systemic sclerosis in Rheumatology*. Edited by Marc C. Hochberg, 6th edition, Mosby-Elsevier, 2015, p. 1153-1223.
4. Tyndal A. et al. *Causes and risk factors for death in systemic sclerosis: a study from the EUSTAR Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) database*. In: Ann. Rheum. Dis., 2010; nr. 69, p. 1809-1815.

■ CZU 616.36-004:612.017

CIROZA HEPATICĂ – STARE DE
IMUNODEFICIENȚĂ DOBÂNDITĂ
Denis ARDELEANU¹, Eugen TCACIUC²,
Nicolae PROCA¹, Kalina BUGOR¹,
Ecaterina PITEL¹, Elina BERLIBA²,
¹IMSP Spitalul Clinic Republican,
²USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Hepatic cirrhosis – the state of acquired immunodeficiency

Patients with cirrhosis are in a multifactorial immunocompromised state which predisposes them to a higher risk of infection. Bacterial infections, particularly SBP, pneumonia and bacteremia, are an important cause of morbidity and mortality in these patients. Knowing the various defects in host immune system afflicted by cirrhosis-associated immune dysfunction syndrome (CAID) is of utmost importance for our attempts towards gaining a precise understanding and developing new diagnostic and therapeutic tools that will reduce the morbidity and mortality. Despite there being an overall better understanding of various mechanisms of immune dysfunction in recent years, further research is needed to develop an effective preventive strategy to prevent its complications.

Introducere

Există îmbunătățiri în gestionarea și prognosticul pacienților cu ciroză în ultimele decenii, însă rata mortalității datorată complicațiilor infecțioase nu s-a schimbat prea mult. Infecțiile bacteriene sunt frecvente la pacienții cu ciroză hepatică și sunt responsabile pentru decesul a 30-50% din acești pacienți. Cele mai susceptibile sunt persoanele cu ciroză alcoolică. Bacteriile enterice gramnegative, precum *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter* etc., reprezintă principala etiologie depistată la pacienții cu ciroză hepatică și sunt responsabile pentru 75% din cazuri. Bacteriile grampozitive, cum ar fi *Staphylococcus*,