

13. van der Heijde D., Sieper J., Maksymowich W.P. et al. *Assessment of SpondyloArthritis international Society. 2010 Update of the international ASAS recommendations for the use of anti-TNF agents in patients with axial spondyloarthritis*. In: Ann. Rheum. Dis., 2011; nr. 70, p. 905–908.
14. van der Linden S., Valkenburg H.A., Cats A. *Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria*. In: Arthritis Rheum., 2014; nr. 27. p. 361–368.
15. Ware J.E. Jr., Sherbourne C.D. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection*. In: Med. Care., 2012; nr. 30. p. 473–483.

CZU 616.72-022.77-07

## PERSPECTIVE ÎN DIAGNOSTICUL TIMPURIU AL PACIENȚILOR CU ARTRITE INFLAMATORII

Liliana GROPPA, Eugeniu RUSSU, Lia CHIȘLARI,  
Svetlana AGACHI, Larisa ROTARU,

Departamentul Medicină Internă,  
IP USMF Nicolae Testemițanu

### Summary

#### *Perspectives in early diagnosis of patients with inflammatory arthritis*

*Early initiation of the DMARD treatment leads to improvement of the clinical and radiological outcome. Obtaining sustained remissions or low activity of the disease, is also more easily achieved by early applying treatment. This study was focused on identifying the strategies meant to reduce the time between diagnosis and management of inflammatory arthritis, especially in rheumatoid arthritis. A systematic review of the literature, according to the Cochrane guides on systematic reviews, was undertaken.*

### Introducere

Rezultatele unor studii susțin că asistența timpurie a pacienților cu artrită inflamatorie (AI), în special a artritei reumatoide (AR), ar trebui să fie efectuată de un specialist, de obicei reumatolog. Studiile au demonstrat că pacienții cu artrită reumatoidă au fost diagnosticați mai devreme, au primit tratament DMARD mai frecvent și au obținut rezultate clinice și radiologice mai bune atunci când au fost curați de reumatologi.

Un raport al Oficiului Național de Audit al Marii Britanii a susținut că tratamentul inițiat la nivelul de asistență secundară este mai eficient ca și cost [2, 8]. În ciuda acestui fapt, deseori trece mult timp între solicitarea ajutorului medical de către pacienți și evaluarea acestuia de către specialistul-reumatolog pentru inițierea tratamentului. Cauzele incriminate sunt cel mai des cele legate de pacienți și pauza dintre evaluarea inițială de către reumatolog și stabilirea diagnosticului.

În cadrul acestui studiu, pauzele dintre stabilirea diagnosticului și începerea tratamentului au fost divizate în patru etape:

- 1) de la apariția simptomelor până la asistența medicală primară;
- 2) de la asistența primară până la referirea la reumatolog;
- 3) de la referirea la reumatolog până la evaluare;
- 4) de la evaluarea de către reumatolog până la începerea tratamentului DMARD.

### Materiale și metode

A fost efectuată o cercetare sistematizată a literaturii, ce respectă ghidurile Cochrane al revistelor sistematizate [10], pentru a identifica strategiile menite să reducă timpul dintre diagnosticul și managementul artritelor inflamatorii, în special în artritele reumatoide.

Obiectivele au fost trasate respectând un cadru specific PICR (pacient, intervenție, comparație, rezultat). Pacienții au fost clasați ca adulți cu simptome musculo-scheletice. Intervenția poate fi orice strategie menită să faciliteze identificarea sau referirea la medicul-specialist a pacienților cu AI. După posibilități, acestea au fost comparate cu grupuri ce nu au folosit strategiile date. *Medline* și biblioteca *Cochrane* au fost folosite pentru căutarea articolelor publicate în perioada ianuarie 2000 – noiembrie 2017 și a rezumatelor ACR/EULAR din 2007–2017. Au fost utilizate și metode aliate de căutare a literaturii, pentru a obține articole suplimentare la tema dată. În total au fost evaluate 2378 de articole, după filtrarea celor ce se dublează. Douăzeci din acestea au fost selectate pentru o evaluare deplină.

### Rezultate obținute

Strategiile ce privesc această etapă le includ pe cele menite să faciliteze depistarea cazurilor noi în comunități, cu mărirea nivelului de conștientizare a populației, și informația de pe web-site-uri specializate. În Republica Moldova, la moment există site-ul Asociației Republicane de Osteoporoză și Reumatologie, unde pacienții se pot informa despre diferite stări de durere articulară și osteomusculară.

O abordare nouă este metoda de screening complet al populației, utilizând un chestionar și un test pentru anticorpi, care au fost elaborate de EULAR 2012 pentru a facilita identificarea indivizilor cu AI nediagnosticsate. Acuratețea de diagnostic a combinației dintre CSQ (Chestionarul pentru screeningul maladiilor țesutului conjunctiv) și testarea pentru factorul reumatoid (FR) și peptidele anticiclice citrullinate (anti-CCP) pentru identificarea AI au demonstrat o sensibilitate, o specificitate și o valoare predictivă negativă și pozitivă de 95.3%, 99.2%, 71.4% și 97.7% respectiv. Analiza ulterioară a acestei strategii pe un grup mai mare va putea determina precizia diagnosticării și eficacitatea costului în combinația optimă [5, 9].

Pentru detectarea patologiei inflamatorii a mâinii a fost descris și un test simplu, care cuprinde o compresie fermă a mâinii, o prehensiune a unui creion cu patru degete și prinderea unei coli de hârtie. Deși ușor de realizat, mulți pacienți au necesitat și o evaluare clinică, din cauza specificității scăzute a acestui instrument. Au fost descrise și alte două proiecte, ce invitau persoane cu simptome articulare la screening și consiliere pentru artrită, dar acestea nu au raportat despre eficacitatea măsurilor întreprinse [4].

Odată cu creșterea numărului de pacienți cu acces la Internet, un număr tot mai mare din aceștia folosesc Internetul ca o sursă de informație pentru autodiagnosticare. Cu toate acestea, nici o strategie bazată pe internet nu a fost validată pentru identificarea AI. Un chestionar online cu o versiune specifică pentru AR furnizează scoruri pe baza răspunsurilor pozitive, dar nici o informație cu privire la probabilitatea de a avea AI și nici un algoritm de acțiune în ceea ce privește solicitarea asistenței medicale nu sunt accesibile. Au fost depistate și două evaluări ale resurselor online. Acestea au sugerat că volumul lecturii este prea mare pentru cititorul mediu și că majoritatea site-urilor au fost influențate de factorul comercial [7].

Depistarea pacienților cu posibile AI la nivelul asistenței primare este cheia pentru referirea în timp util a acestora la medicul de profil. Strategiile din această etapă au inclus programe educaționale pentru medicii din asistența primară și pentru cei din asistența specializată, utilizarea chestionarelor, examinarea-screening pentru patologiiile musculo-scheletice și utilizarea ghidurilor de referință.

Mai multe referințe au raportat strategii menite să îmbunătățească cunoștințele medicilor din asistența medicală primară în ceea ce privește AI cu ajutorul atelierelor de lucru, ședințelor de consultare în comun dintre aceștia și reumatologi și distribuția materialelor educaționale [6, 11, 12]. Toate metodele au raportat o oarecare reușită în ceea ce privește creșterea gradului de conștientizare, a cunoștințelor și a capacității de a detecta AI și de a sesiza specialiștii de profil.

Unul dintre studii descrie o inițiativă de educare continuă a personalului din medicina primară privind beneficiile screeningului, diagnosticării pacienților cu suspjecție la AR și managementului acestora în comun cu un specialist. O creștere a cunoștințelor pe termen scurt a mărit cota pacienților cu AR îndreptați la reumatologi de la 37.4% până la 41.8% pe o perioadă de patru luni. Un alt program, bazat pe ghiduri clinico-practice adaptate pentru asistența

medicală primară, constând dintr-un atelier de lucru profesional acreditat și șase luni de activități pentru a consolida învățarea, a arătat că deciziile de referire timpurie a AR spre specialiștii în reumatologie a crescut de la 43.2% la 54.6% [6, 8].

Consultările comune dintre medicii din medicina primară și reumatologi au influențat, de asemenea, comportamentul de sesizare, cu o scădere în îndreptarea pacienților ce pot fi gestionați în cadrul asistenței primare, reducând astfel listele de așteptare ale celor care necesită evaluare reumatologică.

Au fost găsite patru chestionare pentru auto-evaluare [4, 5, 9]. Acestea au fost raportate ca fiind simple și ușor de completat. Ele pot fi utilizate ca ghiduri inițiale pentru profesioniștii din medicina primară, pentru a identifica pacienții cu AI. Două au fost elaborate pentru utilizare în sfera îngrijirii inițiale. Unul dintre ele, un instrument de detectare timpurie a AI, cu 11 itemi elaborați și validați de Bell și colab., include întrebări referitoare la simptomele AI, capacitatea funcțională, antecedente personale și familiale de AR și diagnosticul de psoriasis. Cel de-al doilea, un instrument de screening online pentru AR, a fost bazat pe modele de implicare articulară descrise de pacienți, cum ar fi durata simptomelor sau absența lor, tipic pentru fibromialgie. Al treilea chestionar utilizează șapte întrebări și o diagramă pentru depistarea articulațiilor dureroase și tumefiate, este destinat, în primul rând, pentru a fi utilizat de către reumatologi. Elaborat pentru a identifica pacienții cu AR conform criteriilor de clasificare a AR din 1987, acesta s-a dovedit a fi util în excluderea pacienților cu spondilită anchilozantă, artrită psoriazică și osteoartroză, dar mai puțin util pentru depistarea pacienților cu artralgi, unii dintre care ar fi putut avea un debut de AI. Autorii planifică să elaboreze o nouă versiune a chestionarului, utilizând criteriile de clasificare a AR din 2010 [1].

Pentru diferențierea pacienților cu AI și a celor cu cauze neinflamatorii ale durerii a fost elaborată o metodă simplă, ce utilizează raportul dintre scorul durerii pe scala vizuală analogă și un chestionar de evaluare a dificultății efectuării activităților cotidiene [7]. Această metodă, după părerea autorilor, trebuie însă să fie testată într-o populație nedagnosticată.

Deși efectuat în general de reumatologi și alți specialiști din domeniul patologiiilor musculo-scheletice, screeningul efectuat în etapa de asistență medicală primară s-a dovedit a fi util pentru detectarea timpurie a maladiilor musculo-scheletice. Utilizarea de către fizioterapeuți a metodei de screening MBPC (mers, brațe, picioare și coloană vertebrală) [8] pentru

a depista AR, a demonstrat o sensibilitate și o specificitate între 50% și 77% și de la 75% până la 100%, respectiv, sugerând că acest lucru ar putea ajuta personalul din medicina primară să excludă patologiile neinflamatorii și să mențină accesul prioritar al pacienților cu AI la asistența medicală.

Un program de calculator, format din nouă elemente (șase legate de simptome și trei pe baza rezultatelor de laborator – FR (factorul reumatoid), anti-CCP și VSH), a fost conceput pentru a ajuta medicii din medicina primară să diagnosticheze AR. Cu toate acestea, acest program nu a fost încă evaluat în ceea ce privește îmbunătățirea identificării și adresării la reumatolog a pacienților cu AI [12]. Multe societăți naționale și internaționale au publicat ghiduri de management al AI, cele mai multe subliniind importanța referirii timpurii la reumatolog. Una dintre referințe, oferă un ghid clinic bazat pe dovezi pentru adresarea pacienților în funcție de simptomele specifice, cum ar fi numărul de articulații tumefiate și durata redorii matinale. Multe clinici pentru artrita timpurie au utilizat criterii similare pentru internare.

Strategiile ce abordează întârzierile de la trimiterea la reumatolog până la evaluarea de către acesta includ triajul trimiterilor și utilizarea formularelor de trimitere, dezvoltarea clinicilor pentru artritele recente și alte tipuri de servicii cu acces rapid pentru pacienții ce prezintă AI acute.

Unele lucrări au raportat despre utilizarea sistemelor de triaj pentru trimitere la reumatolog. Acestea s-au dovedit a fi folositoare în evaluarea înscrierilor prioritare ale pacienților cu AI și în reducerea trimiterilor inutile. Două din acestea au folosit un sistem de gradare de la A la C/D, unde A a fost desemnat cazurilor urgente, inclusiv persoanelor noi cu AI, care trebuie văzute în decurs de 2-4 săptămâni [5-12]. Folosirea formularelor standardizate oferă o listă structurată de informații esențiale, cum ar fi semnele clinice, radiologice, rezultatele analizei de sânge, precum și răspunsul la medicamente antiinflamatoare nesteroidiene și corticosteroizi.

O altă formă eficientă de triaj a fost revizuirea fișelor pacienților înainte de a face o programare [11]. Disponibilitatea fișelor este necesară pentru aceasta și ar putea fi problematică în unele centre. O revizie amplă a unuia din sistemele de triaj [9-11] a arătat că unor pacienți fără AI li s-a dat prioritar în centrele de medicină primară pentru trimiterea la reumatolog, cu toate că informațiile clinice din fișa de trimitere sugerau altceva. Acest lucru a fost de multe ori bazat pe un rezultat al FR fals-positiv. Un mic studiu observațional prospectiv de cohortă a determinat că testarea la anti-CCP este mai relevantă pentru acordarea priorității la accesul acestor pacienți în spitale [3, 5].

Capacitatea de a tria fișele de trimitere este dependentă de informația inclusă în ele de medicul care face trimiterea. În multe din trimiterile primare lipsesc detalii de bază care și duc la triajul inadecvat al pacienților. Mai multe grupuri de autori au proiectat forme de trimitere, pentru a îmbunătăți procesul de triaj. Căutarea noastră a relevat patru forme care au fost testate, acestea ajutând la standardizarea și la colectarea informațiilor importante pentru triaj [2, 10]. Toate au inclus elemente din anamneză, examenul fizic și rezultatele testelor de laborator. Referenților li s-a solicitat evaluarea nivelului de urgență a trimiterilor lor, folosite de asemenea pentru a facilita evaluarea acestora. Două grupuri de autori au evaluat utilizarea formularelor de trimitere, împreună cu un sistem de triaj, și au demonstrat o creștere semnificativă a capacității de a detecta trimiterile urgente și de a reduce timpul de așteptare pentru înscrieri, comparativ cu folosirea doar a triajului.

Căutarea întreprinsă de noi a relevat două articole care descriu clinici de triaj în care persoanele au fost evaluate inițial de către un medic de asistență primară, înainte de a face o înscriere la reumatolog. În unul dintre articole, asistentele din reumatologie, precum și personalul din asistența primară au avut rezultate bune atât în ceea ce privește sensibilitatea și specificitatea, cât și valorile predictive pozitive și negative, cuprinse între 87% și 92% [11]. În celălalt, a fost raportat un grad ridicat de satisfacție a pacienților [3]. Nu există însă date cu privire la îmbunătățirea timpului de așteptare.

Disponibilitatea serviciilor de acces rapid oferă un mijloc suplimentar pacienților cu AI care au nevoie de vizite urgente. Mai multe articole pe tema reorganizării clinicilor sau a sistemelor de sănătate, cu scopul de a oferi acces rapid bolnavilor primari, au arătat reducerea timpului de așteptare și creșterea numărului de readresări la reumatolog ale pacienților cu AI. Acestea au inclus modificări în stabilirea programărilor și proiectarea unui protocol pentru personalul asistenței medicale primare privind anumite patologii reumatice, proiectarea unui program pentru accesul timpuriu al pacienților cu patologii musculo-scheletice, cu combinarea resurselor reumatologice, ortopedice și fizioterapeutice. A fost descrisă și implementarea unor clinici pentru acces rapid/imediat, în care pacienții primari erau evaluați în termen de la o zi până la două săptămâni de la contact/trimitere pentru o scurtă evaluare înainte de programare sau de recomandări ulterioare [6-9]. Aceste clinici se pot dovedi deosebit de eficiente pentru accesul rapid la serviciile de reumatologie în care reumatologii sunt puțini la număr.

Două grupuri de savanți au descris, de asemenea, servicii de acces rapid pentru pacienții care se prezintă cu probleme acute, dintre care o parte au fost diagnosticați primar cu AI. În unul dintre servicii, personalul era disponibil în orice moment pentru discuții telefonice și înscrieri pentru evaluarea pacienților; în celălalt, trimerile noi de urgență erau evaluate în cadrul unui serviciu de tratament, stabilit să lucreze de două ori pe săptămână.

Două lucrări, ambele din clinici pentru artrita timpurie din Leiden, și-au comparat rezultatele cu cele obținute prin asistența medicală de rutină și au arătat că durata simptomelor la prima vizită la medicii din asistența primară și la prima vizită la clinica reumatologică a fost mai scurtă la pacienții referiți la clinicile pentru artrite timpurii (6.4 vs 17.3 săptămâni și 14.1 vs 37 săptămâni, respectiv) [11].

O analiză similară, efectuată câțiva ani mai târziu, a demonstrat că durata simptomelor a fost considerabil mai scurtă în ambele grupuri – în medie 4.4 săptămâni (0.1-87) și 17 săptămâni (0.1-104) de la primele vizite la clinicile pentru artrite timpurii și la asistența medicală de rutină, respectiv, sugerând creșterea gradului de conștientizare a clinicii de la medicii care fac trimerile și/sau îmbunătățiri în furnizarea serviciilor clinice pe parcursul timpului.

## Discuții

AR este o patologie răspândită, cu implicații socioeconomice semnificative. În Marea Britanie se estimează că 580000 de adulți au AR și 26 000 de cazuri noi sunt diagnosticate anual, cu aproximativ 45% bolnavi de vârstă lucrătoare. S-a raportat că până la 20% au renunțat la activitatea de serviciu din cauza AR după 5 ani [9].

Dovezile din literatura de specialitate și practica clinică publicată sprijină în mod clar necesitatea unui diagnostic timpuriu și tratament, pentru a reduce daunele articulare și a îmbunătăți rezultatele clinice, termenul ideal fiind de trei luni de la debutul simptomelor. Alte studii au demonstrat beneficiul incontestabil al managementului timpuriu de către reumatolog [10]. Cu toate acestea, întârzierile din partea pacientului în căutarea ajutorului medical și în trimiterea ulterioară pentru evaluare de către reumatolog sunt încă foarte răspândite.

Într-un studiu recent din 10 centre europene, întârzierea medie de la debutul simptomelor la evaluarea reumatologică a fost de 6 luni, cu raportul pacienților văzuți în termen de 3 luni de la debutul simptomelor variind de la 8% la 42% [5]. În unele centre din Birmingham și Heraklion, cele mai multe întârzieri au fost din cauza pacienților, pe când în altele (Berlin, Viena și Leiden) [12], pacienții s-au prezentat devreme. În cele mai multe cazuri, trimiterea

de la medicul din asistența primară la reumatolog a fost un factor important de întârziere, cu o medie de cel puțin două luni în 7 din cele 10 centre.

În urma analizei literaturii de specialitate și a rezultatele sondajelor, am constatat mai multe strategii de rezolvare a acestor probleme. Unele au fost bine elaborate și au inclus măsurări ale rezultatelor, ce demonstrează eficiența lor. Altele au fost mai puțin dezvoltate, iar unele sunt încă relativ noi.

Pentru a reduce întârzierile dependente de pacienți, la debutul simptomelor, până la evaluarea lor în etapa asistenței medicale primare, au fost puse în aplicare strategii de depistare în mase mari de populație, deși eficiența ca și cost a acestora trebuie încă să fie stabilită. Instruirea populației-țintă cu privire la AI înainte de screening a fost sugerată ca un factor-cheie în optimizarea preciziei de diagnostic a testelor.

Sensibilizarea populației este o componentă importantă pentru evaluarea și adresarea la timp, cu toate acestea, puține descrieri ale strategiilor de educare a populației au fost găsite. Deși Internetul este utilizat pe scară largă pentru a difuza informația, calitatea chestionarelor și a informației conținute pe site-uri trebuie îmbunătățită, pentru ca acestea să fie folosite la facilitarea referirii timpurii a pacienților cu AI [5]. Rolul asistenței medicale primare este unul primordial pentru sesizarea în timp util, deoarece marea majoritate a persoanelor cu simptome de artrită vor căuta ajutor în primul rând la o clinică de asistență primară. Patologiile musculo-scheletice au fost raportate ca fiind motivul cel mai frecvent al vizitelor recurente la medicul de familie, cuprinzând până la 30% din consultări [12].

Un studiu cuprinzând o revistă a literaturii, ghiduri practice și opinii ale experților în domeniu sugerează că o asistență de înaltă calitate, la nivelul medicinei primare, ar trebui să îndeplinească două condiții de bază în îngrijirea și gestionarea pacienților cu artrită: prima este recunoașterea timpurie a simptomelor, și a doua – adresarea promptă la medicul-reumatolog pentru diagnostic, în mod ideal, în cadrul primei sau a celei de a doua consultații. Cu toate acestea, s-a raportat că <50% sunt referiți în decurs de trei luni la un specialist [7-9] și că persoanele cu AR sunt consultate în medie de 4 ori, până a fi trimise la medicul de profil. Lipsa de cunoștințe, de conștientizare, lipsa de stimulente financiare și de evaluare a calității au fost raportate ca factori ce conduc la aceste întârzieri. Debutul insidios al simptomelor și prezentările clinice atipice ale AR sunt de asemenea incriminate.

Analiza efectuată de noi a constatat că multe ghiduri confirmă necesitatea îndreptării timpurii a persoanelor cu suspjecție de AI la medicul-reumato-

log, puține din acestea însă oferă sfaturi utile pentru înfăptuirea acestui lucru. Programele educaționale și informative pentru medicii de familie au demonstrat o îmbunătățire semnificativă a cunoștințelor și a referirii pacienților cu AI. Educarea studenților de la medicină este un alt factor important, deși acest aspect nu a fost abordat în acest studiu.

Referirea timpurie a pacienților la medicul de profil necesită o conlucrare deschisă între toate părțile implicate. Triajul s-a dovedit a fi util în prioritizarea trimerilor, însă acesta este foarte dependent de informațiile oferite în fișele de trimitere. Fișele de trimitere adaptate s-au dovedit utile în ghidarea pacienților. Acestea, împreună cu utilizarea sistemelor de triaj, au îmbunătățit prioritizarea trimerilor și au redus timpul pierdut de la trimitere până la evaluarea pacienților de către reumatolog. Raportul cost-eficiență al altor măsuri, cum ar fi anticorpii antiproteine coclice citrulinate (anti-CCP), necesită încă a fi cercetat.

Fondarea centrelor pentru artritele timpurii au îmbunătățit accesul la evaluarea timpurie de către reumatolog. Multe centre de medicină primară folosesc ghiduri și criterii reumatologice pentru referirea în timp util. Alte servicii de acces rapid au oferit mijloace pentru pacienți ce prezintă AI acute de a fi evaluați cât mai devreme.

Analiza literaturii efectuată în cadrul acestui studiu are limitările sale. Marea majoritate a datelor provin din Europa și America de Nord. Rămâne de studiat strategiile din alte regiuni, inclusiv din Republica Moldova, pentru a reduce timpul pierdut în asistența pacienților cu AI.

## Concluzie

Adresarea timpurie la reumatolog a pacienților cu AI este foarte importantă pentru prognosticul acestor bolnavi. Pentru a reuși, trebuie întreprinse măsuri ce vizează înlăturarea întârzierilor survenite la toate nivelurile – de la debutul simptomelor la evaluarea de către medicul de familie, până la evaluarea de către reumatolog și inițierea tratamentului, fiind necesare instruirea comună a tuturor celor implicați și o organizare practică corespunzătoare, pentru a asigura accesul rapid al pacienților cu AI la medicul specialist.

## Bibliografie

1. Aletaha D., Neogi T., Silman A.J. et al. *2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative*. In: Ann. Rheum. Dis., 2015; nr. 69, p. 1580–1588.
2. Arndt U., Behrens F., Ziswiler H.R. et al. *Observational study of a patient and doctor directed pre-referral questionnaire for an early arthritis clinic*. In: Rheumatol. Int., 2016; nr. 28, p. 21–26.

3. Bain L. *ACR & EULAR survey 2016*.
4. Beattie K.A., Bobba R., Bayoumi I. et al. *Validation of the GALS musculoskeletal screening exam for use in primary care: a pilot study*. In: BMC Musculoskelet Disord., 2015; nr. 9, p. 115.
5. Bell M.J., Tavares R., Guillemin F. et al. *Development of a self-administered early inflammatory arthritis detection tool*. In: BMC Musculoskelet Disord., 2014; nr. 11, p. 50.
6. Boonen A., Svensson B. *Joint consultation: a joint venture towards improving effectiveness of health care*. In: Eur. J. Intern. Med., 2013; nr. 14, p. 146–147.
7. CLaP T. *A clue from a self-report questionnaire to distinguish rheumatoid arthritis from noninflammatory diffuse musculoskeletal pain*. In: Arthritis Rheum., 2015; nr. 33, p. 1317–1322.
8. Doherty M., Dacre J., Dieppe P. et al. *The 'GALS' locomotor screen*. In: Ann. Rheum. Dis., 2009; nr. 51, p. 1165–1169.
9. Emery P., Breedveld F.C., Dougados M. et al. *Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide*. In: Ann. Rheum. Dis., 2012; nr. 61, p. 290–297.
10. Fitzgerald A., de Coster C., McMillan S. et al. *Relative urgency for referral from primary care to rheumatologists: the Priority Referral Score*. In: Arthritis Care Res. (Hoboken), 2011; nr. 63, p. 231–239.
11. Glazier R.H., Badley E.M., Lineker S.C. et al. *Getting a Grip on Arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care*. In: J. Rheumatol., 2015; nr. 32, p. 137–142.
12. Goodwin N., Curry N., Naylor C. et al. *Managing people with long-term conditions. An Inquiry into the Quality of General Practice in England*. In: The King's Fund, 2016.

CZU 616.74-002-021.3

## CONSECINȚELE TIMPURII ALE MIOPATIILOR INFLAMATORII IDIOPATICE

Natalia LOGHIN-OPREA, Snejana VETRILĂ,  
Lucia MAZUR-NICORICI, Minodora MAZUR,

Departamentul Medicină Internă,  
USMF Nicolae Testemițanu

## Summary

### Early consequences of idiopathic inflammatory myopathies

*Idiopathic inflammatory myopathies (IIM) are a group of rare diseases characterized by asthenia of skeletal muscles. Early approach to disease leads to a favorable evolution of the disease and less outcomes. The aim of this study is to assess the short-term outcomes in patients with IIM. We conducted a transversal study enrolling 12 patients (7 women, 5 men) with IIM, the mean age was 54.1±12.1 (30–67) years and the follow-up period was 16±9.4, (7-25) months. Patients were assessed by applying specific questionnaires and modern, validated clinical tools. We found in all patients muscle damage manifested by muscular dysfunction – 11 (91.7%) patients and atrophy in one (8.3%) patient,*