

tion in experimental glomerulonephritis by transforming growth factor- β . *Kidney Int.* 1999, vol. 56, pp.135–144.

9. **Vianna H. R., C. M. Soares, K. D. Silveira et al.** Cytokines in chronic kidney disease: potential link of MCP-1 and dyslipidemia in glomerular diseases. *Pediatric Nephrology*, 2013, vol. 28, no. 3, pp. 463–469.

10. **Viedt C., Dechend R., Fei J., Hänsch G.M., Kreuzer J., Orth S.R.** MCP-1 induces inflammatory activation of human tubular epithelial cells: involvement of the transcription factors, nuclear factor-kappaB and activating

protein-1. *J Am Soc Nephrol.* 2002;13(6):1534-47.

11. **Wang, SN, Lapage, J, Hirschberg, R.** Glomerular ultrafiltration and apical tubular action of IGF-1, TGF-beta, and HGF in nephrotic syndrome. *Kidney Int.* 1999, vol. 56, pp.1247–1251.

12. **Wasilewska A., Zoch-Zwierz W., Taranta-Janusz K., Kolodziejczyk Z.** Urinary monocyte chemoattractant protein-1 excretion in children with glomerular proteinuria. *Scand..J.Urol.Nephrology.* 2011, Vol. 45, No. 1, pp. 52-59.

© Fl. Cenuşa, P. Martalog, A. Rotari

Fl. Cenuşa, P. Martalog, A. Rotari

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-PARACLINICE ALE EDEMULUI QUINCKE LA COPII

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Pediatrie
(director departamentului – dr. hab. medicină, prof. univ. Ninel Revenco)*

SUMMARY

THE CLINICO-PARACLINICAL PECULIARITIES OF QUINCKE'S EDEMA IN CHILDREN

The study included 69 children with Quincke's edema (QE), who were admitted to the Allergy Department of the Research Institute for Maternal and Child Healthcare from January to December, 2010. The data of anamnesis, clinical examination, of laboratory and instrumental investigations, such as the levels of circulatory immune complexes (CIC), IgE, general blood analysis, biochemistry, USG of internal organs, for to elucidate the anamnesis, clinical and para-clinical peculiarities of QE and the dependence of clinical manifestations from age, sex and year season were studied. The preponderance of urban population affection in comparison to the rural, the preponderance of QE morbidity in the months of spring and summer; the maximal incidence of QE in the age of 0 – 2 years, the difference between clinical picture of isolated and associated with urticaria form of QE, the peculiarities of laboratory and instrumental examinations data, characteristic for this pathology, were demonstrated.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТЕКА КВИНКЕ У ДЕТЕЙ

В статье представлены результаты обследования и лечения 69 больных детей с отёком Квинке. В результате проведённого исследования установлены определённые особенности клинического течения отека Квинке в зависимости от возраста, пола и времени года. Чаще всего отек Квинке встречается у детей городской местности в весенне-летний период. Пик заболеваемости наблюдается у детей в возрасте до 2-х лет. Преобладало среднетяжелое течение заболевания, выявлено частое сочетание отёка Квинке с патологией со стороны желудочно - кишечного тракта. Кожные высыпания сопровождалась зудом выраженной интенсивности.

Actualitatea temei. În ultimii ani, actualitatea, importanța și incidența bolilor alergice este în creștere. Potrivit datelor OMS, în ultimii 30 de ani s-a înregistrat o creștere a morbidității cauzată de boli alergice. În SUA, 20% de copii suferă de boli alergice, forme severe, și 40-50% de forme tranzitorii. Edemul angioneurotic (edemul Quinke) se întâlnește la copii

de diferită vârstă. EQ este o boală poli etiologică: pentru depistarea și combaterea cauzelor ei trebuie efectuat un complex de investigații clinice, paraclinice și instrumentale. Boala poate evolua într-o stare foarte gravă care pune viața în pericol. Indiferent de forma bolii și starea generală a pacientului, este necesară spitalizarea și supravegherea lui.

Scopul lucrării. Evaluarea particularităților anamnestice și clinico-paraclinice ale edemului Quincke la copii.

Materiale și metode. Studiul a fost realizat pe un lot de 69 pacienți cu vârsta cuprinsă între 3 luni – 17 ani, internați în secția Alergologie a IM și C pe durata anului 2010. Criteriul de includere în lotul de studiu a fost prezența în diagnosticul clinic de bază a EQ. Lotul general a fost divizat în două loturi de studiu: lotul I (de bază) - pacienții cu diagnosticul clinic EQ, și lotul II – pacienții cu diagnosticul clinic de bază urticaria din considerente că există anumite diferențe din punctul de vedere al etiologiei și fiziopatologiei EQ izolat și EQ asociat cu urticaria.

În studiu a fost utilizată analiza examenului clinic: acuzele la internare, examenul obiectiv, datele anamnestice (debutul bolii, evoluția bolii, factorii provocatori, este primul caz sau o recidivă, prezența de boli alergice concomitente, antecedentele eredocolaterale). Din datele examenului clinic au fost acătuite următoarele întrebări pentru ancheta pacientului: vârsta, sexul, proveniența (locuitor rural/urban), numărul zilelor de spitalizare, luna internării, diagnosticul de bază, diagnosticul concomitent, starea generală la internare, manifestările clinice, factorii trigger, boli alergice în anamneză, antecedente eredocolaterale. Toate datele informative au fost preluate din fișele pacienților, completate de medici-specialiști.

În studiu au fost analizate și datele paraclinice acumulate în timpul spitalizării. Dintre ele fac parte hemoleucograma, nivelul de eozinofile în sânge, nivelul seric de IgE, nivelul complexelor imunocirculante, ultrasonografia organelor interne, rezultatele consultațiilor la specialiști.

Rezultate și discuții. După cum s-a menționat mai sus, toți pacienții studiați au fost divizați în 2 loturi: lotul I - pacienți cu diagnostic clinic de EQ - 37 copii (54%) și lotul II - pacienți cu diagnostic clinic de urticarie și EQ - 32 copii (46%). Prevalența de sex în ambele loturi nu a fost înregistrată: în lotul I raportul fete:băieți - 1.17 : 1, iar în lotul II – 1 : 1. S-a observat prevalența pacienților din mediul urban în ambele loturi: în lotul I raportul urban:rural - 2,08 : 1 și în lotul II - 2,2:1. S-a efectuat analiza relației dintre anotimp și numărul maximal de pacienți spitalizați. S-a observat că pacienții cu EQ izolat (lotul I) au fost spitalizați preponderent în lunile iunie, iulie, august (din 37 bolnavi – 23 (62%)), iar printre bolnavii cu EQ asociat cu urticarie cota maximală a spitalizărilor a fost înregistrată în lunile februarie, martie, aprilie și mai – 19 (59,4%) cazuri. Analiza vârstei pacienților: în lotul I 22 pacienți au avut vârsta sub 5 ani, și prevalența limitei de vârstă a constituit 3-5 ani. În lotul II majoritatea pacienților – 18 cazuri (56,25%), au avut sub 5 ani, cu prevalența limitei de vârstă 3 luni - 2 ani. Nu s-a depistat vreo corelație între vârsta și sexul pacienților.

Durata spitalizării în lotul I a constituit în medie 5,5 zile, iar în lotul II pacienții au fost spitalizați în medie 8,7 zile. Analiza patologiei asociate a demonstrat că pacienții din ambele loturi în marea lor majoritate au suferit de maladii ale tractului gastro - intestinal (56,5% - lotul I și 80% - lotul II), urmate de anemie deficitară (43,4% - lotul I și 32% - lotul II) și maladii ale tractului respirator (8,1% - lotul I și 28% - lotul II). Analiza stării generale a relevat că la internare majoritatea pacienților cu EQ izolat prezentau stare de gravitate medie și un număr redus stare gravă, deși pe parcursul spitalizării 3 bolnavi au fost transferați în secția de terapie intensivă. În lotul II, 50% (16) dintre pacienți s-au internat în stare gravă. Manifestările clinice predominante la bolnavii cu EQ izolat au fost edemul feței (43,2%), edemul palpebral și pruritul local (câte 29,7%), hiperemie locală (18,91%). La pacienții cu EQ asociat cu urticarie în 100% cazuri au fost prezente erupții urticariene, iar din alte manifestări predominau pruritul și edemul palpebral (câte 62,5%). Analiza factorilor trigger a arătat că la pacienții lotului I factorul trigger predominant a fost înțepătura de insecte (62,1%), iar la 21,6% din cazuri triggerul nu a fost identificat. În lotul II, la 50% cazuri, drept trigger au fost suspectate diferite produse alimentare. În 18,75% cazuri triggerul nu a fost identificat.

Anamneza alergologică pozitivă (reacții și boli alergice la pacienți) a fost stabilită la 10 (27%) pacienți din lotul I și la 6 (18,74%) pacienți din lotul II. Antecedente alergice eredocolaterale (la rude de gradele I și II) au fost înregistrate la 2 (5,4%) bolnavi a lotului I și la 4 (12,5%) bolnavi a lotului II.

Analiza datelor anamnestice a determinat că la 5 (13,51%) pacienți din lotul I și la 6 (18,75%) pacienți din lotul II au fost înregistrate manifestări clinice similare în antecedente, cu predominarea în lotul I a băieților (raportul băieți:fete - 3:2). Acest raport a fost similar pentru toate categoriile de vârstă. În 2 cazuri a avut loc edemul scrotului, în 2 cazuri – edemul feței și la 1 copil – edemul scalpului și al pavilioanelor urechilor. În 4 (80%) cazuri triggerul nu a fost depistat. Manifestările clinice documentate în cartelele de ambulatoriu au evidențiat prezența următoarelor: 3 pacienți au avut edemul buzelor și al pleoapelor, 2 – edemul membrelor, 1 – edemul feței; triggerul nu era cunoscut la 3 din cei 6 bolnavi, la 1 – mierea de albine, la 1 – un antibiotic, la 1 - contactul cu iarba. Investigațiile paraclinice precedente efectuate la locul de trai au demonstrat nivele majorate ale CIC la 3 pacienți, iar IgE (2 pacienți) avea valori normale. În ambele loturi predominau băieții (4:2), repartizați în diferite categorii de vârstă. Suplimentar, analiza investigațiilor paraclinice la acești copii a demonstrat că la 1 pacient a fost depistată o eozinofilie neînsemnată, iar nivele majorate de CIC s-au remarcat la 2 pacienți.

Analiza rezultatelor investigațiilor paraclinice efectuate pe parcursul spitalizării actuale au determi-

nat următoarele modificări în hemoleucogramă: concentrația eozinofilelor la pacienții din lotul I a fost mai mare de 5% la 4 (10,81%), valoarea maximală fiind de 9%; la pacienții lotului II - nivel majorat s-a depistat la 2 (6,25%) bolnavi, valoarea maximală fiind de 6%. Din datele susmenționate conchidem că eozinofilia nu este un criteriu diagnostic comun pentru EQ.

În lotul I analiza complexelor imunocirculante (CIC) a fost efectuată la 27 (72,9%) pacienți, dintre care la 24 (88,8%) nivelul CIC era mai mare de 60 Un. În lotul II analiza CIC s-a efectuat la 23 (71,8%) pacienți, dintre care la 16 (69,5%) nivelul CIC era mai mare de 60 Un. Datele menționate demonstrează o tendință spre valori crescute de CIC în ambele loturi.

IgE totală s-a evaluat la 20 (43,5%) pacienți. Analiza IgE totale a fost efectuată la 13 (35,1%) pacienți din lotul I: la 7 (53,8%) nivelul de IgE totală a fost majorat. În lotul II analiza IgE totale s-a efectuată la 7 (22%) pacienți. La 3 (43%) pacienți nivelul IgE a fost mărit. De aici reiese că tendința spre majorarea nivelului IgE este un indice destul de concludent pentru pacienții suferinzi de EQ.

Tabelul 1

Indicii paraclinici	Lotul I - 37 copii	Lotul II - 32 copii
Eozinofile majorate	La 4 (10,81%) din 37 pacienți	La 2 (6,25%) din 32 pacienți
CIC majorate	La 24 (88,8%) din 27 pacienți	La 16 (69,5%) din 23 pacienți
IgE totală majorată	La 7 (53,8%) din 13 pacienți	La 3 (43%) din 7 pacienți

Testele cutanate la alergeni, din cauza fazei acute a maladiei, au fost efectuate numai la un pacient internat în stare gravă cu EQ recidivant. S-a depistat o reacție moderat-positivă la alergenii alimentari.

Analiza hemoleucogramei a demonstrat că la o parte din pacienți (mai puțin de jumătate) se observau semne de anemie fierodeficitară, leucocitoză și VSH accelerat (vezi tabelul 2).

Tabelul 2

Schimbări în analiza generală de sânge	Lotul I - 37 copii	Lotul II - 32 copii
Nivel de Hb și eritrocite scăzut	La 10 (27%) pacienți	La 10 (31%) pacienți
Leucocitoza	La 10 (27%) pacienți	La 11 (34%) pacienți
VSH accelerată	La 8 (22%) pacienți	La 9 (28%) pacienți

Analiza biochimică a sângelui s-a efectuat la 32 (86,4%) pacienți din lotul I: în 10 cazuri (31%) erau majorate valorile AsAT; în 10 cazuri (31%) erau sporite valorile AlAT; la 1 pacient era majorată creatinina, la 1 pacient – micșorat potasiul. În lotul II biochimia sânge-

lui a fost efectuată la toți copiii, la 9 (28,1%) pacienți era majorată AlAT, iar la 10 pacienți (31,2%) erau crescute valorile AsAT. Valorile crescute de AlAT și AsAT la aproximativ o treime din pacienții investigați din ambele loturi presupun prezența patologiei ficatului.

Ecografia organelor interne a fost efectuată la 22 (59,4%) pacienți din lotul I, dintre care la 14 (63,6%) s-a depistat patologia tractului gastrointestinal: hepatomegalie - 9 (64%) cazuri, semne de pancreatita acută - 7 (50%) cazuri, disfuncția căilor biliare - 2 (14%), semne de gastroduodenită - 2 (14%), de colecistită acalculoasă - 1 (7%), de anomalie a vizicii biliare - 2 (14%), de proces inflamator în ficat - 4 (29%).

În lotul II, ecografia s-a efectuat la 27 (84%) pacienți; la 21 (78%) dintre ei s-a depistat patologia tractului gastrointestinal: hepatomegalie la 11 (52%), semne de pancreatită reactivă la 9 (43%), de proces inflamator în ficat - 3 (14,2%), anomalie de dezvoltare a vezicii biliare - 2 (9,5%), dischinezia căilor biliare - 1 (4,7%), de gastroduodenită - 1 (4,7%), de colecistită acalculoasă - 1 (4,7%), de colestază - 1 (4,7%). Datele prezentate denotă faptul că patologia tractului gastrointestinal predomină la toți pacienții examinați.

Concluzii

- În urma studiului s-a constatat că EQ poate afecta ambele sexe în măsură egală.

- Majoritatea pacienților o constituie populația urbană, fapt care poate fi argumentat de nivelul sporit de agenți potențial alergeni în mediul orășenesc, de modul de viață în oraș; pacienții urbani mai des se adresează la medic.

- Creșterea morbidității de EQ izolat este legată de anotimp – marea majoritate de pacienți se spitalizează vara, ceea ce se explică prin factorul etiologic principal depistat în studiul dat - înțepătura de insecte. S-a observat și creșterea morbidității de EQ asociat cu urticarie preponderent primăvara; presupunem că acest fapt este legat cu începutul înfloririi, apariția insectelor, introducerea în alimentație a fructelor și legumelor de sezon. Posibil, astfel se explică creșterea incidenței cazurilor de îmbolnăvire cu angioedem primăvara și vara.

- Incidența maximală a EQ corespunde vârstei de 0-2 ani – pentru forma asociată cu urticarie și 3-5 ani – pentru forma izolată.

- Nu s-a demonstrat creșterea incidenței patologiei date la vârsta de pubertate.

- Cazurile de EQ asociat cu urticarie necesită tratament spitalicesc mai îndelungat decât cazurile de EQ izolat.

- Forma asociată cu urticarie evoluează mai sever, decât cea izolată.

- S-a stabilit că maladiile aparatului gastrointestinal (mai ales ale sistemului pancreato-hepato-biliar) sunt caracteristice pentru bolnavii cu angioedem.

- EQ izolat și asociat se întâlnește mai des la copiii suferinzi de alte patologii concomitente.

- Angioedemul se manifestă mai frecvent prin edemul feței, al pleoapelor. În studiul de față s-a depistat destul de frecvent edemul membrelor, ceea ce nu corelează cu datele din literatura de specialitate, și prurit cu hiperemie locală în forma izolată (explicate prin prezența înțepăturii de insectă).

- Dezvoltarea formei asociate este provocată mai frecvent de factorul alimentar, iar a formei izolate – de înțepătură de insectă. Cazurile cu factor neidentificat (după cum s-a observat, ele ocupă o mare parte din lotul studiat) ar putea să aparțină angioedemului non-alergic.

- Starea de atopie este caracteristică numai pentru o parte din pacienți.

- Anamneza alergologică eredocolaterală este agravată la un procent mic de cazuri, ceea ce nu corelează cu datele din literatură.

- Eozinofilia nu s-a dovedit a fi un criteriu cert de diagnostic.

- În multe cazuri nivelul IgE era majorat.

- Pentru maladia dată este caracteristic un nivel crescut de CIC.

- În analiza de sânge poate fi observată o leucocitoză și o accelerare a VSH.

Bibliografie

1. Edem Quincke. Web: <http://www.dictionar.romedic.ro>

2. Botnaru V. Alergiile cutaneo - mucoase la copil și adult. Web:<http://www.medclub.in>

3. Баранов А. А., Балаболкин И. И. Детская аллергология. Отек Квинке. Москва, 2006, стр. 486 – 497.

4. Бенца Т. М., Национальная медицинская академия последипломного образования. Ангионевротический отек. Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология, №1/2008, стр.17-20.

5. Викулова Г. Х., Феденко Е. С., Латышева Т. В. Дифференциальная диагностика и принципы терапии наследственного ангионевротического отека (анализ клинического исследования). Лечащий врач, №3 /2004, стр.25-31.

6. Денисов И. Н., Улумбеков Э. Г. Ангионевротический отек. Справочник –путеводитель практикующего врача: 2000 болезней от А до Я. Москва,1998, стр. 609-610.

7. Забродская Л. В. Наследственный ангионевротический отек. Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. №2/2006, стр.7-15.

8. Маслова Л. В. Крапивница и Отек Квинке . Учебнометодическое пособие. Минск, 2006, стр.2-35.

9. Феденко Е. С. Крапивница - актуальная проблема клинической аллергологии. Аллергология, №4/2002, стр.15-18.

10. Sara Lear Bridget Heelary Longhust. Наследственный ангионевротический отек. Международный протокол. Аллергология, №1/2004, стр. 2-10.

Angela Ciuntu

PROTEINA MONOCITARĂ INFLAMATORIE 1α ÎN GLOMERULONEFRITĂ LA COPII

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Pediatrie
(director departamentului – dr. hab. medicină, prof. univ. Ninel Revenco)*

SUMMARY

MONOCYTE INFLAMMATORY PROTEIN 1α IN CHILDREN WITH GLOMERULONEPHRITIS.

The monocyte inflammatory protein-1α (MIP-1α) in urine from 93 children with primary glomerulonephritis (GN) in the different clinical evolutionary stages of the disease was studied. In children with various forms of acute phases of GN the significantly increased levels of urinary MIP-1α was registered. During acute phase of clinical manifestations of the steroid-sensitive nephrotic syndrome (SNSS) urinary levels MIP-1 α exceeded 2.6 times the values of this parameter registered in the group of patients with steroid-resistant nephrotic syndrome(SNSR) form. In acute phases of nephrotic form of chronic GN the concentration of the MIP-1α in urine exceeded 4.9 times the level of this index compared with the group of children with SNSS and 1.8 times compared to the group with SNSR. During remission significantly decreases of the level of MIP-1α in all patient groups, compared to the acute phases was registered. Urine MIP-1α determination can be used as a non-invasive method for predicting disease activity and monitoring of the evolution of different forms of GN and for the development of differentiated therapeutic strategies in these patients.