

3. Carmody J.B., Carmody R.B. "Question from the clinician: management of prenatal hydronephrosis". *Pediatr Rev.*, 2011, nr. 32, vol. 12, p. 110–112. PMID 22135428.
4. Estrada C.R. "Prenatal hydronephrosis: early evaluation". *Curr Opin Urol.*, 2008, nr. 18, vol. 4, p. 401–403. PMID 18520762.
5. Frøkiaer J., Zeidel M.L. Urinary tract obstruction. In: Brenner BM, ed. *Brenner and Rector's The Kidney*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 35.
6. H. Hunter Handsfield. *Color atlas and synopsis of sexually transmitted diseases*, 2001, vol. 236, p. 148. ISBN 978-0-07-026033-7.
7. Hill Gaston J.S., Lillicrap M.S. "Arthritis associated with enteric infection". *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 2003, nr. 17, vol. 2, p. 219–239. PMID 12787523.
8. Koh J.S., Wong M.Y., Li M.K., Foo K.T. "Idiopathic retroperitoneal fibrosis with bilateral lower ureteric obstruction—a case report with literature review". *Singapore Med J.*, 1998, nr. 39, vol. 9, p. 416–417. PMID 9885722.
9. Kvien T., Glennas A., Melby K., Granfors K. et al. "Reactive arthritis: Incidence, triggering agents and clinical presentation". *Journal of Rheumatology*, 1994, nr. 21, vol. 1, p. 115–122. PMID 8151565.
10. Mayo Staff. "Reactive Arthritis (Reiter's Syndrome)". Mayo Clinic. Retrieved May 16, 2011.
11. Mergener K., et al. "Dietl's crisis: a syndrome of episodic abdominal pain of urologic origin that may present to a gastroenterologist". *Am J Gastroenterol*, 1997, nr. 92, vol. 12, p. 2289–2291. PMID 9399772.
12. Onen A. "Treatment and outcome of prenatally detected newborn hydronephrosis". *J Pediatr Urol.*, 2007, nr. 3, vol. 6, p. 469–476. PMID 18947797.
13. Paget Stephen. *Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders: Diagnosis and Therapy*, 2000 (4th ed.). Lippincott, Williams & Wilkins. pp. chapter 36. ISBN 0-7817-1576-8.
14. Ruddy Shaun. *Kelley's Textbook of Rheumatology*, 2001, 6th Ed. W. B. Saunders. pp. 1055–1064. ISBN 0-7216-9033-5.
15. Sampaio-Barros P.D., Bortoluzzo A.B., Conde R.A., Costallat L.T., Samara A.M., Bértolo M.B. "Undifferentiated spondyloarthritis: a longterm followup". *The Journal of Rheumatology*, 2010, nr. 37, vol. 6, p. 1195–1199. PMID 20436080.
16. Toka H.R., Toka O., Hariri A., Nguyen H.T. "Congenital anomalies of kidney and urinary tract". *Semin. Nephrol.*, 2010, nr. 30, vol. 4, p. 374–386. PMID 20807610.
17. Woodward M., Frank D. "Postnatal management of antenatal hydronephrosis". *BJU Int.*, 2002, nr. 89, vol. 2, p. 149–156. PMID 11849184.

IMPACTUL ARTRITEI JUVENILE IDIOPATICE ASUPRA DEZVOLTĂRII FIZICE

Ninel Revenco, Bunazoi Mariana

Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testimiteanu”

Summary

Impact of juvenile idiopathic arthritis on physical development

Juvenile idiopathic arthritis is the most common rheumatic disease in children, which can lead to significant disability with deformities, lack of growth and persistence of active arthritis in adult life. Retrospective and prospective study was conducted in the rheumatology department PMSI Institute of Mother and Child Care by analyses of observation records of children hospitalized during the years 2010 - 2011 with AJI. Depending on the evolution type, it was

determined that 71,4% of children with systemic form had atypical physical development. In oligoarticular type 69,1% children had lower BMI and in arthritis 58,02% children had low BMI.

Rezumat

Artrita juvenilă idiopatică este cea mai frecventă boală reumatică la copii, care poate conduce la invaliditate semnificativă cu deformări articulare, insuficiența creșterii și persistența artritei active în viața de adult. Studiul retrospectiv și prospectiv a fost efectuat în secția reumatologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului prin analizele fișelor de observație a copiilor spitalizați în perioada anilor 2010- 2011 cu AJI. În funcție de varianta evolutivă s-a determinat că la 71,4% copii cu forma sistemică au fost cu dezvoltare fizică netipică. În varianta oligoarticulară la 69,1% copii au IMC scăzut, iar în forma poliarticulară 58,02% copii sunt cu IMC scăzut.

Actualitatea temei

Artrita juvenilă idiopatică, conform clasificării ILAR [Durban, 1997; revizuirea Edmonton, 2001], reprezintă o artrită persistentă cu debutul înaintea vârstei de 16 ani și durata de cel puțin 6 săptămâni, fără a se putea stabili o cauză plauzibilă a bolii [4]. AJI se consideră o maladie cronică, invalidizantă, cu un puternic impact social și economic, iar majoritatea studiilor efectuate în ultimii ani demonstrează creșterea incidenței și prevalenței maladiilor reumatismale în ansamblu și a AJI în particular la populații de copii și adolescenți [1,2]. Artrita juvenilă idiopatică este cea mai frecventă boală reumatică la copii, care poate conduce la invaliditate semnificativă cu deformări articulare, insuficiența creșterii și persistența artritei active în viața de adult [3].

Obiectivele

1. Determinarea dezvoltării fizice în AJI.
2. Compararea indicilor de dezvoltare fizică în funcție de varianta evolutivă a AJI.

Material și metode de cercetare

Studiul retrospectiv și prospectiv a fost efectuat în secția reumatologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului prin analizele fișelor de observație a copiilor spitalizați în perioada anilor 2010- 2011 cu AJI. Total în studiu au fost incluși 201 copii cu AJI (diagnosticul a fost stabilit în baza criteriilor ILAR 1997).

Metodele de investigații: durata bolii, vârsta la debut, tratamentul cu steroizi, numărul de articulații dureroase (NAD), numărul de articulații tumefiate (NAT), scala vizuală analogă a durerii (SVAD), radiografia osteoarticulară, indicele de activitate a bolii DAS28, VSH, greutatea după percentile, înălțimea după percentile, indicele nutrițional (IN), indicele ponderal (IP), indicele al masei corporale (IMC).

Rezultatele obținute și discuții

Din cei 201 copii 106 sunt cu forma oligoarticulară și au media vârstei 10,74±0,48 ani. Media vârstei la debut este 7,03±0,45 ani. Media duratei bolii 3,8±0,29 ani, NAD media este 2,69±0,28. NAT media este 1,57±0,08. SVAD media 24,25±1,03 mm. Media DAS28 este 2,76±0,08. Media greutății reale 36,4±1,71kg. Media taliei reale 139,0±2,68 cm. Media IN este 0,99±0,02. Media IP este 0,99±0,02. Media IMC este 17,63±0,39. Din cei 201 copii 81 sunt cu forma poliarticulară și au media vârstei 13,12±0,43 ani. Media vârstei la debut este 8,6±0,47ani. Media duratei bolii 4,59±0,35 ani, NAD media 13,14±0,81. NAT media 2,25±1,06. SVAD media 47,28±1,8 mm. Media DAS28 este 4,33±0,12. Media greutății reale este 42,31±1,72 kg. Media taliei reale este 150,82±2,59 cm. Media IN este 0,93±0,02. Media IP este 0,97±0,02. Media IMC este 18,16±0,5. Din cei 201 copii 14 sunt cu forma sistemică și au media vârstei 11,79±1,00 ani. Media vârstei la debut este 6,71±1,16 ani. Media duratei bolii 4,86±0,97 ani, NAD media 7,14±1,72. NAT media 5,79±1,82. SVAD media 41,43±5,53. Media DAS28 este

3,68±0,31. Media greutateii reale este 36,36±4,18. Media taliei reale este 139,92±6,17 mm. Media IN este 0,96±0,06. Media IP este 1,06±0,06. Media IMC este 18,0±0,95 (tab. 1.).

Din cei 201 copii incluși în studiu- 106 (52,7%) sunt cu forma oligoarticulară aproximativ jumate, cu forma poliarticulară- 81 copii (40,3%), cu forma sistemică 14 copii (7%). În dependență de sex majoritatea sunt fete -139 (69,2%), față de băieți care sunt 62 (30,8%). În studiu au fost incluși 201 copii cu vârsta cuprinsă între 1 și 18 ani, cu domiciliu 99 copii (49,3%) din zona urbană și 102 copii (50,7%) din zona rurală, ceia ce reprezintă aproximativ jumate la jumate.

Tabelul 1

Analiza generală a pacienților cu AJI în dependență de varianta evolutivă

Indici	Forma de AJI (%)			P		
	Oligoarticulară (M±m)	Poliarticulară (M±m)	Sistemică (M±m)	1-2	1-3	2-3
Vârsta, ani	10,74±0,48	13,12±0,43	11,79±1,0	<0,01	>0,05	>0,05
Vârsta la debut, ani	7,03±0,45	8,6±0,47	6,17±1,16	<0,05	>0,05	>0,05
Durata bolii, ani	3,8±0,29	4,59±0,35	4,86±0,97	>0,05	>0,05	>0,05
Numarul articulațiilor dureroase	2,69±0,28	13,14±0,81	7,14±1,72	<0,001	<0,05	<0,01
Numarul articulațiilor tumefiate	1,57±0,08	2,25±1,06	5,79±1,82	<0,001	<0,05	>0,05
SVAD, mm	24,25±1,03	47,28±1,8	41,43±5,53	<0,001	<0,01	>0,05
DAS28	2,76±0,08	4,33±0,12	3,68±0,31	<0,001	<0,05	>0,05
Greutatea, kg	36,4±1,71	42,31±1,72	36,36±4,18	<0,05	>0,05	>0,05
Talia, cm	139,0±2,68	150,82±2,69	139,92±6,17	<0,01	>0,05	>0,05
Indicele nutrițional	0,99±0,02	0,93±0,02	0,96±0,06	>0,05	>0,05	>0,05
Indicile ponderal	0,99±0,02	0,97±0,02	1,06±0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Indicele masei corporale	17,63±0,39	18,16±0,5	18,0±0,95	>0,05	>0,05	>0,05

Cei cu activitatea înaltă a bolii în dependență de DAS28 sunt 24 copii (11,9%), cei cu activitate moderată sau minimală sunt 83 copii (41,3), iar 94 copii (46,8%) sunt cu remisiune a maladiei. În dependență de stadiul radiologic: I-stadiu-53 copii (26,4%), II-stadiu-121 copii (60,2%), III-stadiu-24 copii (11,9%), IV-3 copii (1,5%). Am repartizat copii după vârsta pînă la 3 ani 11 copii (5,5%), de la 3-6 ani- 20 copii (10,0%), de la 7 la 11 ani- 58 copii (28,9%), de la 12 la 15- 57 copii (28,4%), de la 15 la 18- 55copii (27,4%).

Pacienții cu AJI forma oligoarticulară din zona urbană sunt 53,17% (57 copii), iar din zona rurală sunt 46,23% (49 copii). Pacienții cu AJI forma poliarticulară din zona urbană sunt 43,21% (35 copii), iar din zona rurală sunt 56,79% (46 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică din zona urbană sunt 50,0% (7 copii), iar din zona rurală sunt 50,0% (7 copii). Pacienții cu AJI forma oligoarticulară sunt 35,85% (38 băieți), dar 64,15% (68 fete). Pacienții cu AJI forma poliarticulară sunt 20,99% (17 băieți), dar 69,01% (64 fete). Pacienții cu AJI forma sistemică

sunt 50,0 % (7 baietei), dar 50,0% (7 fetite). Pacienții cu AJI forma oligoarticulară ce au durata bolii pînă la 2 ani sunt 43,4% (46 copii), iar cei cu durata mai mult de 2 ani sunt 56,6% (60 copii). Pacienții cu AJI forma poliarticulară ce au durata bolii pînă la 2 ani sunt 32,10% (26 copii), iar cei cu durata mai mult de 2 ani sunt 67,9% (55 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică ce au durata bolii pînă la 2 ani sunt 28,57% (4 copii), iar cei cu durata mai mult de 2 ani sunt 71,43% (10 copii). Pacienții cu AJI forma oligoarticulară care au DAS28 < 3,2 corespunde remisiunii maladiei sunt 73,58% (78 copii), iar cei care au DAS28 cuprins între 3,2 și 5,1 corespunde activității moderate sau minimale sunt 23,58% (25 copii), iar cei care au DAS >5,1 corespunde activității înalte sunt 2,83% (3 copii). Pacienții cu AJI forma poliarticulară care au DAS28 < 3,2 corespunde remisiunii maladiei sunt 11,11% (9 copii), iar cei care au DAS28 cuprins între 3,2 și 5,1 corespunde activității moderate sau minimale sunt 65,43% (53 copii), iar cei care au DAS >5,1 corespunde activității înalte sunt 23,46% (19 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică care au DAS28 < 3,2 corespunde remisiunii maladiei sunt 50,0% (7 copii), iar cei care au DAS28 cuprins între 3,2 și 5,1 corespunde activității moderate sau minimale sunt 35,71% (5 copii), iar cei care au DAS >5,1 corespunde activității înalte sunt 14,29% (2 copii). Pacienții cu AJI forma oligoarticulară care au stadiul radiologic I sunt 33,96% (36 copii), iar cei cu stadiul radiologic II sunt 57,55% (61 copii), iar cei cu stadiul radiologic III sunt 8,49% (9 copii), iar cei cu stadiul radiologic IV nu sunt. Pacienții cu AJI forma poliarticulară care au stadiul radiologic I sunt 19,75% (16 copii), iar cei cu stadiul radiologic II sunt 62,97% (51 copii), iar cei cu stadiul radiologic III sunt 13,57% (11 copii), iar cei cu stadiul radiologic IV sunt 3,7% (3 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică care au stadiul radiologic I sunt 7,14% (1 copil), iar cei cu stadiul radiologic II sunt 64,9% (9 copii), iar cei cu stadiul radiologic III sunt 28,57% (4 copii), iar cei cu stadiul radiologic IV nu sunt. Pacienții cu AJI forma oligoarticulară care au vîrsta de la 1 la 3 ani sunt 9,43% (10 copii), iar cei de la 3 la 6 ani sunt 14,15% (15 copii), iar cei de la 7 la 11 ani sunt 32,08% (34 copii), iar cei de la 12 la 15 ani sunt 20,75% (22 copii), mai mari de 15 ani sunt 23,58% (25 copii).

Tabelul 2

Aprecierea datelor anamnestice și a altor indici în dependență de varianta evolutivă

Indicii	Variante	Formele AJI						χ^2	P
		Oligoarticulară		Poliarticulară		Sistemică			
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%		
Domiciliu	Oraș	57	53,77	35	43,21	7	50,0	2,053	>0,05
	Sat	49	46,23	46	56,79	7	50,0		
Sexul	M	38	35,85	17	20,99	7	50,0	7,342	<0,05
	F	68	64,15	64	69,01	7	50,0		
Durata bolii	≤ 2 ani	46	43,4	26	32,1	4	28,57	3,039	>0,05
	>2ani	60	56,6	55	67,9	10	71,43		
DAS28	≤ 3,2	78	73,58	9	11,11	7	50,0	74,36	<0,001
	3,2-5,1	25	23,58	53	65,43	5	35,71		
	>5,1	3	2,83	19	23,46	2	14,29		
Stadiul radiologic	I	36	33,96	16	19,75	1	7,14	14,81	<0,05
	II	61	57,55	51	62,96	9	64,29		
	III	9	8,49	11	13,58	4	28,57		
	IV	0	0	3	3,7	0	0		
Grupele de vîrsta	<3 ani	10	9,43	1	1,23	0	0	22,35	<0,01
	3-6 ani	15	14,15	5	6,17	0	0		
	7-11 ani	34	32,08	17	20,99	7	50,0		
	12-15 ani	22	20,75	32	39,51	3	21,43		
	>15 ani	25	23,58	26	32,1	4	28,37		

Pacienții cu AJI forma poliarticulară care au vârsta de la 1 la 3 ani sunt 1,23% (1 copil), iar cei de la 3 la 6 ani sunt 6,17% (5 copii), iar cei de la 7 la 11 ani sunt 20,99% (17 copii), iar cei de la 12 la 15 ani sunt 39,51% (32 copii), mai mari de 15 ani sunt 32,10% (26 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică care au vârsta de la 1 la 3 ani sunt 0 copii, iar cei de la 3 la 6 ani sunt 0 copii, iar cei de la 7 la 11 ani sunt 50,0% (7 copii), iar cei de la 12 la 15 ani sunt 21,43% (3 copii), mai mari de 15 ani sunt 28,37% (4 copii) (tabelul 2).

Greutatea după percentile: <P5- 28 copii (13,9%), P5- P25-37 copii (18,4), P25-P75 care au un nivel mediu de dezvoltare reprezintă aproximativ jumătate – 96 copii (47,8%). P>75- 19 copii (9,5 %), P>90- 21 copiii (10,4%). Talia după percentile: <P5- 21 copii (10,4%), P5- P25-17 copii (8,5), P25-P75 care au un nivel mediu de dezvoltare reprezintă aproximativ jumătate – 93 copii (46,3%). P>75- 27 copii (13,4 %), P>90- 43 copiii (21,4%). În dependență de indicele nutrițional normal s-a determinat 50 copii (24,9%), cu malnutriție gr. I la 49 copii (24,4%), malnutriție gr. II la 24 copii (11,9%), malnutriție gr. III la 14 copii (7,0%), copii supraponderali- 35 (17,4%), copii obezi- 29 (14,4%). În dependență de indicele ponderal s-a determinat 108 (53,7%) copii încadrați în limitele normei, care reprezintă jumătate din toți copii incluși în studiu, cu malnutriție gr. I la 65 copii (32,3%), malnutriție gr. II la 7 copii (3,5%), malnutriție gr. III la 1 copil (0,5%), copii supraponderali- 20 (10,0%). În dependență de indicele masei corporale, cu un statut nutritiv normal sunt 67 copii (33,3%), supraponderali- 5 copii (2,5%), cu obezitate de gr I- 1 copil (0,5%), cu obezitate de gr II- 2 copii (1%), cu obezitate de gr III- 1 copil (0,5%), cu alimentație insuficientă reprezintă 62,2%- 125 copii.

Pacienții cu AJI forma oligoarticulară care au parametrii medii sau condiționat normali (P 25-75) în dependență de greutatea actuală sunt la 46,23% (49 copii). Cei cu un nivel scăzut în greutate (P 5-25) reprezintă 20,75% (22 copii), cu un nivel jos în greutate P<5 reprezintă 11,32% (12 copii). Copiii cu un nivel înalt în greutate P>75 reprezintă 12,26% (13 copii), iar foarte înalt P>90 sunt 9,43% (10 copii). Pacienții cu AJI forma poliarticulară care au parametrii medii sau condiționat normali (P25-75) în dependență de greutatea actuală sunt 53,09% (43 copii). Cei cu un nivel scăzut în greutate (P 5-25) reprezintă 46,23% (43 copii), cu un nivel jos în greutate P<5 reprezintă 14,81% (12 copii). Copiii cu un nivel înalt în greutate P>75 reprezintă 4,94% (4 copii), iar foarte înalt P>90 sunt 11,11% (9 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică care au parametrii medii sau condiționat normali (P25-75) în dependență de greutatea actuală sunt 28,57% (4 copii). Cei cu un nivel scăzut în greutate (P 5-25) reprezintă 14,29% (2 copii), cu un nivel jos în greutate P<5 reprezintă 28,57% (4 copii). Copiii cu un nivel înalt în greutate P>75 reprezintă 14,29% (2 copii), iar foarte înalt P>90 sunt 14,29% (2 copii). Pacienții cu AJI forma oligoarticulară care au parametrii medii sau condiționat normali (P 25-75) în dependență de înălțimea actuală sunt la 46,23% (49 copii). Cei cu un nivel scăzut în înălțime (P 5-25) reprezintă 6,60% (7 copii), cu un nivel jos în înălțime P<5 reprezintă 9,43% (10 copii). Copiii cu un nivel înalt în înălțime P>75 reprezintă 15,09% (16 copii), iar foarte înalt P>90 sunt 22,64% (24 copii). Pacienții cu AJI forma poliarticulară care au parametrii medii sau condiționat normali (P25-75) în dependență de înălțimea actuală sunt 45,68% (37 copii). Cei cu un nivel scăzut în înălțime (P 5-25) reprezintă 9,88% (8 copii), cu un nivel jos în înălțime P<5 reprezintă 9,88% (8 copii). Copiii cu un nivel înalt în înălțime P>75 reprezintă 13,58% (11 copii), iar foarte înalt P>90 sunt 20,99% (17 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică care au parametrii medii sau condiționat normali (P25-75) în dependență de înălțimea actuală sunt 50,0% (7 copii). Cei cu un nivel scăzut în înălțime (P 5-25) reprezintă 14,29% (2 copii), cu un nivel jos în înălțime P<5 reprezintă 21,43% (3 copii). Copiii cu un nivel înalt în înălțime P>75 reprezintă 0%, iar foarte înalt P>90 sunt 14,29% (2 copii). Aprecierea indicelui nutrițional în dependență de varianta evolutivă s-a determinat că pacienții cu AJI forma oligoarticulară care au malnutriție gr. I sunt 28,3% (30 copii), cu malnutriție gr. II sunt 11,32% (12 copii), cu malnutriție gr. III sunt 2,83% (3 copii), în normă sunt 21,7 % (23 copii), copii supraponderali sunt 18,87% (20 copii), copii obezi 16,28% (18 copii). Pacienții cu AJI forma poliarticulară în dependență de indicele nutrițional care au

malnutriție gr. I sunt 20,99% (17 copii), cu malnutriție gr. II sunt 9,89% (8 copii), cu malnutriție gr. III sunt 12,35% (10 copii), în normă sunt 29,63% (24 copii), copii supraponderali sunt 17,28% (14 copii), copii obezi 9,88% (8 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică în dependență de indicele nutrițional care au malnutriție gr. I sunt 14,29% (2 copii), cu malnutriție gr. II sunt 28,57% (4 copii), cu malnutriție gr. III sunt 7,14% (1 copil), în normă sunt 21,43% (3 copii), copii supraponderali sunt 7,14% (1 copii), copii obezi 21,43% (3 copii). Pacienții cu AJI forma oligoarticulară în dependență de indicele ponderal care au malnutriție gr. I sunt 32,08% (34 copii), cu malnutriție gr. II sunt 1,89% (2 copii), cu malnutriție gr. III sunt 0%, în normă sunt 59,43% (63 copii), copii supraponderali sunt 6,60% (7 copii). Pacienții cu AJI forma poliarticulară în dependență de indicele ponderal care au malnutriție gr. I sunt 33,33% (27 copii), cu malnutriție gr. II sunt 6,17% (5 copii), cu malnutriție gr. III sunt 1,23% (1 copil), în normă sunt 46,91% (38 copii), copii supraponderali sunt 12,35% (10 copii). Pacienții cu AJI forma sistemică în dependență de indicele ponderal care au malnutriție gr. I sunt 28,57% (4 copii), cu malnutriție gr. II sunt 0%, cu malnutriție gr. III sunt 0%, în normă sunt 50,0% (7 copii), copii supraponderali sunt 21,43% (3 copii).

Tabelul 3

Aprecierea dezvoltării fizice a pacienților cu AJI în dependență de varianta evolutivă

Indicii	Valorile	Forma de AJI (%)						χ^2	P
		Oligoarticulară		Poliarticulară		Sistemică			
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%		
Greutatea actuală după Percentile	<P5	12	11,32	12	14,81	4	28,57	8,336	>0,05
	P5-P25	22	20,75	13	16,05	2	14,29		
	P25-75	49	46,23	43	53,09	4	28,57		
	>P75	13	12,36	4	4,94	2	14,29		
	>P90	10	9,43	9	11,11	2	14,29		
Talia actuală după Percentile	<P5	10	9,43	8	9,88	3	21,43	5,493	>0,05
	P5-P25	7	6,6	8	9,88	2	14,29		
	P25-P75	49	46,23	37	45,68	7	50,0		
	>P75	16	15,09	11	13,58	0	0		
	>P90	24	22,64	17	20,99	2	14,29		
Indicele nutrițional	<0,7	3	2,83	10	12,35	1	7,14	15,50	>0,05
	0,7-0,8	12	11,32	8	9,88	4	28,57		
	0,9-0,8	30	28,3	17	20,99	2	14,29		
	0,9-1,0	23	21,7	24	29,63	3	21,43		
	1,0-1,2	20	18,87	14	17,28	1	7,14		
Indicele ponderal	>1,2	18	16,98	8	9,88	3	21,43	9,408	>0,05
	<0,6	0	0	1	1,23	0	0		
	0,61-0,75	2	1,89	5	6,17	0	0		
	0,76-0,89	34	32,08	27	33,33	4	28,57		
	0,9-1,2	63	59,43	38	46,91	7	50,0		
Indicele masei corporale	>1,2	7	6,6	10	12,35	3	21,43	6,935	>0,05
	<18,5	70	66,03	47	58,02	8	57,14		
	18,5-24,9	31	29,25	30	37,04	6	42,86		
	25,0-29,9	3	28,3	2	2,47	0	0		
	30,0-34,9	0	0	1	1,23	0	0		
35,0-39,9	2	1,89	0	0	0	0			
>40,0	0	0	1	1,23	0	0			

Pacienții cu AJI forma oligoarticulară în dependență de indicele masei corporale care au alimentație insuficientă sunt 66,03% (34 copii), cu status nutritiv normal sunt 29,25% (31 copii), supraponderali- 2,83% (3 copii), cu obezitate gr. I nu sunt, cu obezitate gr. II sunt 1,89% (2 copii), cu obezitate gr. III nu sunt. Pacienții cu AJI forma poliarticulară în dependență de indicele masei corporale care au alimentație insuficientă sunt 58,02% (47 copii), cu status nutritiv normal sunt 37,04% (30 copii), supraponderali- 2,47% (2 copii), cu obezitate gr. I sunt 1,23% (1 copil), cu obezitate gr. II nu sunt, cu obezitate gr. III sunt 1,23% (1 copil). Pacienții cu AJI forma sistemică în dependență de indicele masei corporale care au alimentație insuficientă sunt 57,14% (8 copii), cu status nutritiv normal sunt 42,86% (6 copii) (tab.3.).

Concluzii

Aprecierea dezvoltării fizice în artrita juvenilă idiopatică a demonstrat în 52,2% cazuri o dezvoltare netipică, dintre care 43,3% cazuri au fost copii cu malnutriție și în 62,2% cazuri au fost copii cu indicele masei corporale scăzut.

Evaluarea indicilor de dezvoltare fizică la copii cu artrita juvenilă idiopatică în funcție de varianta evolutivă a determinat că 71,4% copii cu forma sistemică au fost cu dezvoltare fizică netipică. În varianta oligoarticulară 69,1% copii au fost cu indicele masei corporale scăzut, iar în forma poliarticulară 58,02% copii au fost cu indicele masei corporale scăzut.

În evaluarea dezvoltării fizice a copiilor cu artrita juvenilă idiopatică, aprecierea indicele nutrițional s-a demonstrat a fi mai obiectiv în aprecierea dezvoltării fizice.

Bibliografie

1. Berntson L., Andersson Gäre B., Fasth A. Incidence of juvenile idiopathic arthritis in the Nordic countries. A population based study with special reference to the validity of the ILAR and EULAR criteria. *J Rheumatol*, 2003, Vol. 30, nr. 10, p. 2275-2282.
2. Cakmak Ozcan, Sema Bircan, Fuat Buyuklu. Viability of Crushed and Diced Cartilage Grafts Arch Facial Plast Surg, 2005, Vol. 7, nr. 1, p. 21-26.
3. Revenco Ninel. Artrita juvenilă idiopatică- evoluție clinic- paraclinică. *Buletin de perinatologie nr.1. Chișinău*, 2012 p. 3-5.
4. Thomson W., Barrett J. H., Donn R. Juvenile idiopathic arthritis classified by the ILAR criteria: HLA associations in UK patients. *Rheumatology*, 2002, Vol. 41, p. 1183-1189.

IMPACTUL TRATAMENTULUI CRONIC CU STEROIZI ASUPRA DEZVOLTĂRII FIZICE ÎN ARTRITA JUVENILĂ IDIOPATICĂ

Ninel Revenco, Mariana Bunazoi

Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițeanu”

Summary

Impact of chronic treatment with steroids on physical development in juvenile idiopathic arthritis

In recent years, AJI treatment has become more aggressive, particularly through increased use of methotrexate and glucocorticosteroids that contribute to delayed growth and development of osteoporosis. Retrospective and prospective study was conducted in the rheumatology department PMSI Institute of Mother and Child Care by analyses of observation records of children hospitalized during the years 2010 - 2011 with AJI. Depending on NI it was demonstrated that patients who received steroid treatment have a higher NI in 30,6% of cases compared with those without treatment.