

11. Grimby G., Fugl-Meyer A.R., Blomstrand A. *Partitioning of the contributions of rib cage and abdomen to ventilation in ankylosing spondylitis*. In: Thorax, 2014; nr. 29, p. 179-184.
12. Jenkinson T.R., Mallorie P.A., Whitelock H.C. et al. *Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index*. In: J. Rheumatol., 2013; nr. 21, p. 1694-1698.
13. Konno K., Mead J. *Measurement of the separate volume changes of rib cage and abdomen during breathing*. In: J. Appl. Physiol., 2013; nr. 22, p. 407-422.
14. Macrae I.F., Wright V. *Measurement of back movement*. In: Ann. Rheum. Dis., 1969; nr. 28, p. 584-589.
15. McCool F.D., Kelly K.B., Loring S.H. et al. *Estimates of ventilation from body surface measurements in unrestrained subjects*. In: J. Appl. Physiol., 2015; nr. 61, p. 1114-1119.
16. McCool F.D., Tzelepis G.E., Leith D.E. et al. *Oxygen cost of breathing during fatiguing inspiratory resistive loads*. In: J. Appl. Physiol., 2015; nr. 66, p. 2045-2055.
17. Moll J.M., Wright V. *An objective clinical study of chest expansion*. In: Ann. Rheum. Dis., 2014; nr. 31, p. 1-8.
18. Pile K.D., Laurent M.R., Salmond C.E. et al. *Clinical assessment of ankylosing spondylitis: a study of observer variation in spinal measurements*. In: Br. J. Rheumatol., 2015; nr. 30, p. 29-34.
19. Romagnoli I., Gigliotti F., Galarducci A. et al. *Chest wall kinematics and respiratory muscle action in ankylosing spondylitis patients*. In: Eur. Respir. J., 2015; nr. 24, p. 453-460.
20. Seckin U., Bolukbasi N., Gursel G. et al. *Relationship between pulmonary function and exercise tolerance in patients with ankylosing spondylitis*. In: Clin. Exp. Rheumatol., 2016; nr. 18, p. 503-506.
21. Tzelepis G.E., McCool F.D. *Nonmuscular diseases of the chest wall. Fishman's pulmonary diseases and disorders*. New York: McGraw Hill, 2015:1617-33.
22. Vanderschueren D., Decramer M., Van den D.P. et al. *Pulmonary function and maximal transrespiratory pressures in ankylosing spondylitis*. In: Ann. Rheum. Dis., 2014; nr. 48, p. 632-635.
23. Verschakelen J.A., Demedts M.G. *Normal thoracoabdominal motions. Influence of sex, age, posture, and breath size*. In: Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2014; nr. 151, p. 399-405.
24. Viitanen J.V., Heikkilä S., Kokko M.L. et al. *Clinical assessment of spinal mobility measurements in ankylosing spondylitis: a compact set for follow-up and trials?* In: Clin. Rheumatol., 2015; nr. 19, p. 131-137.
25. Viitanen J.V., Kautiainen H., Kokko M.L. et al. *Age and spinal mobility in ankylosing spondylitis*. In: Scand. J. Rheumatol., 2015; nr. 24, p. 314-315.

respectively. The subjects were evaluated clinically, with laboratory tests, the DAS28 assessment tool, and ultrasound imaging. The collected data was used to detect potential markers for early diagnosis of seronegative rheumatoid arthritis.

Introducere

Importanța acestui subiect pornește de la prezența artritei ca manifestare clinică și de la dificultatea identificării și diferențierii artritei reumatoide (AR), în funcție de tipul serologic (artrită reumatoidă seropozitivă sau seronegativă). Deci, identificarea factorului reumatoid (FR) și a anticorpilor anti-peptida citrulin ciclică (anti-CCP sau ACPA) apreciază tipul serologic al artritei reumatoide. S-a dovedit că la pacienții cu AR seropozitivă, în primii ani, boala are o evoluție mai severă.

Lipsa actuală a altor markeri specifici în diagnosticul AR seronegativ (FR și anti-CCP sunt incluse în criteriile de clasificare ACR/EULAR 2010) împiedică diagnosticul timpuriu al acestui subtip de AR, determinând întârzierea inițierii tratamentului de fond. Sunt raportate date despre evoluția AR seronegativă ca fiind mai puțin severă decât în AR seropozitivă, deși unele studii se contrazic până în prezent.

În studiul nostru a fost aplicată metoda ultrasonografică, ce are o importanță informativă în reumatologia clinică în ultimii ani. Progresele din tehnologia cu ultrasunete permit vizualizarea directă cu sensibilitate, specificitate și precizie înalte a prezenței modificărilor patologice, cum ar fi îngroșarea sinovialei, vascularizarea sinovialei în articulațiile afectate, eroziunea osoasă din AR. Mai multe studii efectuate au demonstrat că examenul ultrasonografic poate aprecia activitatea bolii și răspunsul la tratamentul de fond sau la cel biologic.

Alte studii au descris o ipoteză unde pacienții cu AR la care se determină prezența hiperemiei/hipervascularizării sinoviale, prin examenul ultrasonografic, pot beneficia de modificarea tratamentului, în funcție de semnele prezente.

Material și metode

Au fost incluși în studiu pacienți cu AR seronegativă și seropozitivă care au îndeplinit criteriile de clasificare ACR/EULAR 2010. Toți pacienții și-au dat consimțământul în scris. Durata bolii a fost până la trei ani.

Au fost formate două loturi: I lot – pacienți cu AR seronegativă (FR-, anti-CCP-), lotul II – bolnavi cu AR seropozitivă (FR+, anti-CCP+).

Au fost evaluate pentru toți pacienții: examenul clinic, testele de laborator și scorul DAS 28.

În ambele loturi s-a efectuat examenul ultrasonografic articular. Evaluarea ultrasonografică a fost

CZU 616.72-002.77

DIAGNOSTICUL TIMPURIU AL ARTRITEI REUMATOIDE SERONEGATIVE

Liliana GROPPA, Alesia NISTOR,

Disciplina de reumatologie și nefrologie,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Early diagnosis of seronegative rheumatoid arthritis

Two groups of patients were studied, with seronegative rheumatoid arthritis, and seropositive rheumatoid arthritis

făcută în următoarele articulații: radiocarpiane, metacarpofalangiene, talocrurale și metatarsofalangiene. A fost apreciată prezența sau absența hipertrofiei sinoviale, a eroziunilor osoase.

Caracteristicile ultrasonografice ale inflamației și leziunilor osoase au fost analizate în comparație cu scorul DAS 28.

Rezultate obținute

În studiu au fost incluși 82 de pacienți, fiind divizați în două loturi: I lot – 32 pacienți cu AR seronegativă, lotul II – 50 bolnavi cu AR seropozitivă. Din toți 82 de pacienți, 62% (51 persoane) au fost de sex feminin. Pacienții cu AR seronegativă au avut o vârstă mai mare decât cei cu AR seropozitivă (54 ani versus 48,5 ani). VSH, PCR au fost aproape similare în ambele loturi.

Scorul DAS 28 a fost mai mare în lotul I, luând în considerație numărul articulațiilor dolore și tumefiate într-un număr mai mare la pacienții seronegativi.

Prezența hipertrofiei sinoviale în ambele loturi a fost aproape identică. Însă eroziunile osoase determinate ultrasonografic au fost în număr cu mult mai mare în lotul pacienților cu artrită reumatoidă seropozitivă.

Variabile	AR seronegativă n=32 p.	AR seropozitivă n=50 p.
Vârsta, ani	54 (22-64)	48,5 (21-55)
Durata bolii (luni)	28 (12-32)	24 (6-36)
Anti-CCP	Neg.	272 (22-500)
FR	Neg.	105 (17-185)
VSH, mm/h	30 (12-48)	33 (6-60)
PCR	81 (5-157)	77 (5-149)
Scor DAS 28	4,1	3,8
Prezența hipertrofiei sinoviale USG	90% (28 p.)	92% (46 p.)
Prezența eroziunilor osoase USG	3,3% (1 p.)	18% (9 p.)

Discuții

Conform studiului nostru, pacienții cu AR seronegativă au o activitate a bolii mai înaltă decât pacienții cu AR seropozitivă, la evaluarea clinică și ultrasonografică, în primii ani de boală.

Luând în considerație criteriile ACR 2010/EULAR, prezența FR și a anti-CCP, ce sunt criterii de bază în diagnosticul AR, pacienții cu AR seropozitivă pot îndeplini aceste criterii cu un număr mic de articulații dolore și tumefiate, în schimb la pacienții seronegativi (FR-neg, anti-CCP-neg), pentru a îndeplini criteriile de diagnostic, este necesar să fie implicate mai multe articulații (mai mult de 10). Conform datelor noastre, în lotul I (AR seronegativă) în medie au fost implicate 16 articulații (conform criteriilor, e

necesar să fie prezentă tumefierea a 11 articulații), comparativ cu lotul II (AR seropozitivă), în care au fost în medie 7 articulații.

Așadar, pacienții seropozitivi au un număr cu mult mai mic de articulații tumefiate / dolore pentru stabilirea diagnosticului, totuși nivelul crescut al FR, și mai ales al anti-CCP, determină evoluția distructivă a artritei la acești pacienți. Conform datelor studiului, eroziunile osoase ultrasonografic erau prezente mai mult la pacienții seropozitivi (9), comparativ cu cei seronegativi (1 pacient).

Concluzii

În baza datelor studiului, am determinat că pacienții cu AR seronegativă au o activitate inflamatorie mai înaltă. Deoarece pentru stabilirea diagnosticului e necesar să fie implicate cu mult mai multe articulații, activitatea bolii a fost mai înaltă decât la bolnavii cu AR seropozitivă. În schimb, la pacienții cu AR seropozitivă, în primii ani de boală, evoluția distructivă (prezența eroziunilor ultrasonografic) este cu mult mai rapidă decât la cei seronegativi.

Așadar, prezența și nivelul anti-CCP sunt cei mai buni predictorii ai artritei reumatoide seropozitive.

CZU 616.72-002.77

EFICACITATEA TRATAMENTULUI AFECTĂRILOR OCULARE ÎN ARTRITA REUMATOIDĂ

Liliana GROPPA¹, Alesea NISTOR¹,
Rodica USATÎP², Oxana BUJOR²,
¹USMF Nicolae Testemițanu,
²IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

Effectiveness of treatment of ocular affects in rheumatoid arthritis

Rheumatoid arthritis – a systemic chronic inflammatory disease, characterized by symmetric, destructive arthritis and extraarticular involvement: ocular, pulmonary, cardiac, etc. Ocular involvement is one of the extraarticular involvements which can lead to a mortal outcome. Literature review mentions a rate of 25–30% of ocular involvement – sicca syndrome, episcleritis, scleritis, scleromalacia perforans. Sicca syndrome is the most frequent ocular manifestation, followed by scleritis, episcleritis, anterior uveitis, and retinal vasculitis. Scleromalacia perforans and peripheral ulcerative keratopathy are rarely encountered, but severe complications. Rheumatoid arthritis is known as the most frequent autoimmune disease involving the cornea. Thus, the treatment of ocular involvement in rheumatoid arthritis is of importance in disease evolution.