

provocate de trichomonade, preponderent provocând o inflamație acută, examenul citomorfologic fiind destul de informativ.

Inflamațiile urogenitale provocate de chlamydii și mycoplasme poartă un caracter persistent, diagnosticul lor necesită investigații suplimentare.

Optimală la momentul actual este o îmbinare a examenului citomorfologic, care permite aprecierea caracterului și etiologiei procesului inflamator și a examenului molecular-biologic, care are o veridicitate mult mai mare în comparație cu alte metode de examinare.

### Bibliografie

- 1.М.В.Войно-Ясенецкий, Биология и патология инфекционных процессов. – Ленинград: Медицина, 1981.
- 2.В.Е.Пигаревский Зернистые лейкоциты и их свойства. – М.: Медицина, 1978.
- 3.В.В.Серов Воспаление. Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1995.
- 4.А.С.Козлюк, В.А.Козлюк Урогенитальный трихомоноз, критерии цитоморфологической диагностики. // Доктор.- Киев,2001.- № 3.- с.35-38.
- 5.А.С.Козлюк, В.А.Козлюк Цитоморфологические критерии диагностики хламидийных, уреоплазменных, папилломавирусных и трихомонадных уретритов. // Доктор.- Киев, 2001.- №5.-с.49-52.

## ARTRITELE REACTIVE ȘI INFECȚIILE UROGENITALE

V.Juc, S.Popa, N.Ganea

Spitalul Clinic Republican, USMF «N.Testemițanu»

### Summary

The objective of this investigation was to estimate the role of the urogenital infection for Reactive Arthritis (ReA), clinical features, the aspects of treatment, evolution and prognostic. Was demonstrated the prevalence of men for ReA. The most common cause were chlamydial, mycoplasmal and mixt infection. Early recognition and elimination of the triggering microbe seems important for the arthritis outcome in ReA.

### Actualitatea

Artritele reactive sunt suferințe articulare, determinate de agenți infecțioși (bacterieni, sprochete, fungi, virusuri etc.). Termenul de «artrită reactivă» a fost introdus în 1969 de P. Ahnoven, K. Sievers și K. Aho. În același timp artrita reactivă este o boală de sistem provocată de infecție, având caracteristica unui proces inflamator al membranei sinoviale, dar germele microbiene lipsind din articulație, adică este o artrită sterilă.

În 1916 pentru prima dată este descris sindromul Reiter, ce prezintă o formă clinică deosebită, care include triada: uretrita, conjunctivita și artrita. La momentul actual acest sindrom este apreciat ca o formă de artrită reactivă. Predispoziția către artritele reactive o au în deosebi persoanele purtătoare de antigenul de histocompatibilitate HLA – B27, dar debutul bolii este strict dependent de infecția urogenitală sau intestinală. Mecanismul patogenetic se prezintă ca o reacție autoimună a macroorganismului către antigenii microbieni, aflați în afara articulației (articulațiilor) afectate, cu formarea de complexe imune, depuneri în membrana sinovială cu debutul unei sinovite imunocomplexe.

Artrita reactivă clasică este provocată de următorii agenți patogeni:

**Urogenitali:** Chlamidia trachomatis

Mycoplasma

Ureaplasma urealyticum

Gonococi

**Enterogeni:**

Salmonela thyphimurium

Shigella flexneri serotip 2a

Yersinia enterocolitica serotip 3

Campylobacter jejuni și alți agenți patogeni

Formele microbiene –L

Virusuri

Și asociația cu infecția HIV

Maladia afectează de obicei tinerii în vârstă de 20-40 ani. În cazurile când infecția are evoluție ușoară sau frustă (10%) la majoritatea pacienților maladia începe în primele 4 săptămâni.

Actualitatea artritelor reactive se bazează pe creșterea morbidității în ultimii 10 ani, tendința acestui proces spre cronicizare, predominarea patologiei urogenitale în apariția acestei maladii, creșterea frecvenței manifestărilor viscerale, pronostic evolutiv mult mai sever decât în anii precedenți.

În ultimii 5 ani în secția reumatologie a Spitalului Clinic Republican s-au tratat cu artrită reactivă următorul număr de pacienți:

1997 - 128	(16,3%)
1998 - 129	(15,1%)
1999 - 238	(27,2%)
2000 - 108	(11,7%)
2001 - 138	(13,1%)
6 luni 2002 - 40	(7,7%).

Scopul luicrării este de a demonstra rolul infecției urogenitale în apariția artritei reactive, anumite aspecte clinice ale acestei patologii, precum și aspecte de tratament, evoluție și pronostic.

### Material și metode

Au fost supuse analizei 178 foi de observație ale pacienților tratați cu artrită reactivă în anii 2001 și 6 luni 2002.

107 pacienți (60%) de sex masculin și 71 (40%) - de sex feminin. Repartizarea după vârstă a fost: între 20 și 40 ani - 76 pacienți, 41 - 50 ani - 64 pacienți, 51 - 60 ani - 28 pacienți și mai în vârstă de 61 ani - 10 pacienți. Așa dar, vârsta tânără a format 78% din cazuri, ce prezintă 2/3 din pacienți.

Focarul infecției nu în toate cazurile a putut fi concretizat anamnestic și cronologic. Dar în rezultatul cercetărilor efectuate (consultația ginecologului, urologului, analizele bacteriologice din vagin și din uretră, precum și cercetările efectuate pentru depistarea hlamidiilor și micoplasmei, bacteriologic și imunologic, cercetarea USG a prostatei, scintigrafia renală, au permis în toate cazurile concretizarea focarului de infecție și a factorului etiologic.

### Rezultate

Prostatite și uretrite au fost diagnosticate în toate cazurile de îmbolnăvire a bărbaților. La femei preponderent sau înregistrat salpingite, salpingooforite, colpice, etc.

Infecțarea numai cu chlamidia trachomatis s-a depistat în 28%, iar în asociere cu Micoplasma și Ureaplasma încă la 22% din pacienți. Iar 14,4% din acești pacienți mai aveau floră mixtă coccică (stafilococi, streptococi, gonococi ș.a.).

Un număr mic de paciente 17(9,5%) au fost bolnave de pielonefrită cronică, forma latentă, de diferită durată de timp și netratată. Au fost și 12(6,7%) cazuri de artrită reactivă (AR) cu amigdalită cronică decompensată, care după sanarea radicală și bicilinoterapie anuală s-au însănătoșit.

Revenind la AR, forma urogenitală, s-a precizat un tablou clinic caracteristic cu afectarea mai frecvent oligoarticulară (65%), cu atingerea în special a articulațiilor talocrurale, cu talalgii, tendinite, entezite, forma monoarticulară a fost numai în 3 cazuri și forma poliarticulară s-a manifestat în 33,5% cazuri. Sacroileita confirmată clinic și radiologic s-a manifestat la 25,6% pacienți, unilaterală - în 48% cazuri și bilaterală 12% cazuri. Spondilita este un asociat practic obligatoriu la pacienții cu AR, dar în majoritatea cazurilor nu are manifestări clinice. În cazul nostru, spondilita s-a confirmat clinic și radiologic în 9,5% cazuri. Manifestările tegumentare - cheratodermia plantară a fost prezentă la 30% pacienți, hiperkeratoza unghiilor - la 20%, ulcerările mucoaselor - la 12%.

Semnele extraarticulare prezente la pacienții cu AR au fost: 98,5% din pacienți au avut subfebrilitate și numai 3 cazuri(1,5%) au suportat o formă de AR cu febră 38-39°C, cu sindrom poliarticular foarte manifest și cu afectări viscerale. Pierdere ponderală au avut practic toți pacienții. Afectările oculare cele mai frecvente au fost conjunctivitele aseptice (55,5%) și uveita (9%), care au putut fi tratate numai cu asocierea preparatelor steroidiene. În cele 3 cazuri de activitate mare a procesului autoimun au fost prezente vasculita pulmonară, în 2 cazuri endomiocardita și într-un caz cu pericardită.

Afectarea sistemului nervos s-a manifestat la 12% cu neuropatia membrelor inferioare, iar sindromul astenodepresiv a fost prezent practic la toți pacienții.

AR au caracteristica afectării periarticulare, ligamentare (mai ales locurile de inserție a ligamentelor), la 14,5% din pacienți a fost prezent sindromul mialgic. Agrtalgiile și artritile migrante - caracteristice mai des la debutul maladii.

Pentru a confirma gradul inflamației s-au efectuat testele inflamative. În mediu la internare VSH a format 24,7, iar la externare (durata de tratament 10,2 zile) – 16,22 mm/oră. Leucocitoza a fost prezentă la 34,2% pacienți, anemia – la 18,3% pacienți (avea diferită proveniență). Factorul reumatoid (FR) a lipsit în 82% cazuri, iar în cele 18% cazuri titrul a fost mic (de la 1:20 până la 1:320) pacienții cu FR pozitiv aveau o activitate a bolii mai pronunțată atât clinic, cât și de laborator și au manifestat o evoluție a bolii mai severă.

Datele radiologice caracteristice pentru AR contribuiau la confirmarea diagnosticului.

Metodele de tratament au inclus tratament antiinflamator cu preparate antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), în unice cazuri s-a recurs la steroizi per os, mai frecvent se efectua infiltrarea articulației sau a ligamentului dat cu Depo-Medrol (sau Diprosan). Ca tratament de fond s-au folosit atât Metatrexatul cât și Tauredonul. În formele refractare s-a recurs la Sulfasalazin (2-3g/zi).

Despre eficacitatea unor sau altor preparate se va vorbi în altă comunicare. Dar un component strict necesar, care a fost prezent în tratamentul pacienților cu AR, au fost antibioticele, în special – grupa eritromicinei, tetraciclinei ș.a. cu durată îndelungată ( nu mai puțin de 4-6 săptămâni). S-au folosit și metodele de tratament imuno- și biostimulatoare, vitaminoterapia, terapia locală și fizioproceduri, atât la articulații cât și la prostata afectată.

Toți pacienții au fost externați cu ameliorare, dar supravegherea lor continuă. 80% din pacienții mai sus analizați au forma cronică, ceea ce impune în fața noastră noi probleme.

### Concluzie

Artritele reactive sunt o patologie astăzi frecvent întâlnită cu predominarea afectării bărbaților. Cauza principală fiind infecția (în deosebi urogenitală de etiologie hlamidiană, micoplasmică și mixtă). Fiind purtători de infecție, pacienții de obicei infectează partenerii. Maladia are manifestări clinice caracteristice (elucidate mai sus), cu tendința spre cronicizare, scăzând evident capacitatea de muncă a pacienților. Nu mai puțin important este prețul ridicat al preparatelor folosite și durata lungă a tratamentului. Toate acestea impun un lucru de elucidare sanitară a populației, o analiză amplă a statusului imun populațional (care face impresie a fi grav afectat) și căutarea de noi metode eficiente imunomodulatoare pentru a regla acest proces patologic.

### Bibliografie

1. Amor B, Dongados M., Khan M.A. – Management of refractory ankylosing spondilitis and related spondyloarthropaties.// Rheum. Dis. Clin. Vat. Am., 21; 117, 1995.
2. Fan P.T., Yu D.T. – Reiter's Syndrome: Reactive arthritis. In. McCarty D.J. Philadelphia Lea, 1999, 944.
3. Maxim Dougados. Traitement des spondyloarthropathies. Nouveauté et perspectives en 2001; Revue du Rheumatism, addition française, novembre 2001, Vol 68, N10-11, p.923.
4. A.A. Корж, В.Н. Коваленко и соавт. – Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата. Харьков 1998, с. 68.
5. L. Gherasim, Medicina internă, Vol.1, București 1996, p.528.

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL BOLILOR, SEXUAL-TRANSMISIBILE

**O. Mocialov, N.Panteleenco, V.Luchianciuk, B.Sasu**  
U.M.S. S.A. «Odema» Tiraspol, USMF »N. Testemițanu»

### Summary

Concluding, it is necessary to make clinical testing and examination of patient in order to reveal the urogenital infections: chlamidiosis, mycoplasmosis, herpes, trichomoniasis, gardnerellosis, mycotics, as their clinical pictures are very similar, in spite of the difference between their biology. The process of revealing the uro-genital infections must be carried by different methods; colouring the scrape, immunofluorescent, immunofermentative. For the determination of disease stages, the quantitative meanings of immunoglobulin classes M and G serves. The group of patients with urogenital infections in association with cytomegalovirus and herpetic irus vulgaris were observed.

### Actualitatea

Actualmente sunt cunoscuți peste 20 de agenți ai infecțiilor urogenitale. Preponderent (până la 60%) factorii etiologici ale prostatitei nespecifice sunt chlamidiile (Chlamydia trachomatis) și mico-