

Școala doctorală în domeniul Științe medicale

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616.72-002:616.517-02(043.2)

DUTCA Lucia

COMORBIDITĂȚI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ

321.04 – REUMATOLOGIE

Rezumatul tezei de doctor în științe medicale

Chișinău, 2025

Teza a fost elaborată la Disciplina de reumatologie și nefrologie

Conducător

Groppa Liliana, dr. hab. șt. med., prof. univ., m.c. al AȘM

Membrii comisiei de îndrumare:

Mazur-Nicorici Lucia, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Bețiu Mircea, dr. șt. med., conf. univ.

Popa Serghei, dr. șt. med., conf. univ.

Susținerea va avea loc la 03 decembrie 2025 orele 14:00 în incinta USMF "Nicolae Testemițanu", bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, biroul 204 în ședința Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat, aprobată prin decizia Consiliului Științific al Consorțiului din 17 iunie 2025, proces-verbal nr. 14.

Componenta Comisiei de susținere publică a tezei de doctorat:

Mușet Gheorghe, dr. hab. șt. med., prof. univ., **președinte**

Groppa Liliana, dr. hab. șt. med., prof. univ., m.c. al AȘM,
conducător de doctorat

Bețiu Mircea, dr. șt. med., conf. univ., referent

Bujor Oxana, dr. șt. med., referent

Ciobanu Nicolae, dr. hab. șt. med., prof. cercet., referent

Autor

Dutca Lucia

© Dutca Lucia, 2025

CUPRINS

INTRODUCERE	4
1. ACTUALITĂȚI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ ȘI COMORBIDITĂȚI.....	6
1.1. Etiologia și comorbiditățile în artrita psoriazică.....	6
1.2. Mecanisme patogenetice	7
1.3. Boli metabolice asociate artritei psoriazice.....	7
1.4. Impactul comorbidităților asupra activității bolii	7
1.5. Raspunsul la tratament în funcție de comorbidități	7
1.6. Influența tratamentului artritei psoriazice asupra bolilor metabolice	7
1.7. Afectarea cardiovasculară în artrita psoriazică	7
2. CARACTERISTICA CLINICO-STATUTARĂ ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII	8
2.1. Caracteristicile clinico-statutare ale lotului de studiu	8
2.2. Caracteristicile generale ale metodelor de cercetare	11
2.3. Programe și metode de examinare	11
2.4. Metode statistice.....	12
3. REZULTATELE CERCETĂRIILOR PROPRII	12
3.1. Caracteristicile clinice și ecografice ale artritei periferice la pacienții cu artrită psoriazică	12
3.2. Structura patologiei comorbide la pacienții cu artrită psoriazică	14
3.3. Analiza comparativă a incidenței și prevalenței comorbidităților la pacienții cu artrită psoriazică și psoriazis cutanat	19
3.4. Studiul calității vieții la pacienții cu artrită psoriazică	21
3.5. Relația patologiei comorbide cu parametrii clinici, de laborator și ecografici ai activității artritei psoriazice și ai calității vieții	25
4. COMORBIDITĂȚI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ	26
CONCLUZII	27
RECOMANDĂRI PRACTICE	28
BIBLIOGRAFIE	28
ADNOTARE	31
INFORMAȚII PRIVIND VALORIFICAREA. CERCETĂRII	33

INTRODUCEREA

Actualitatea și importanța temei. Artrita psoriazică, denumită și artropatie psoriazică, este interpretată de diferiți autori fie ca o boală unitară, fie ca o asociere a două boli: psoriazisul cutanat și artrita [3, 6]. Psoriazisul afectează aproximativ 2% din populația Europei și a Americii de Nord, iar artrita se manifestă la 6%-39% dintre pacienții cu psoriazis. Cercetările europene recente (EuroPSO) au demonstrat că psoriazisul cutanat este asociat cu artrita în 30% din cazuri, în timp ce, în SUA, această asociere apare în 11% din cazuri [10, 18].

APs provoacă leziuni articulare cronice și disfuncții articulare, având costuri medicale și sociale semnificative și o rată sporită de morbiditate și mortalitate. Leziunile erozive și distructive articulare sunt prezente la 40-60% din pacienți [10, 14]. Particularitățile clinice, mai ales ale variantelor clinice, legate de statusul imunitar și de predispoziția genetică, nu sunt pe deplin elucidate. Etiologia și patogeniza artritei psoriazice rămân necunoscute, deși se consideră că predispoziția genetică și influențele sistemului imun și ale mediului ambiant constituie factori importanți în declanșarea bolii [2, 3, 8, 19].

APs este o artrită inflamatorie heterogenă, asociată cu psoriazisul cutanat, și este considerată una dintre spondiloartritele seronegative. Implică atât scheletul axial, cât și articulațiile periferice, cu manifestări de entezită și dactilită [1, 23]. Pe lângă manifestările articulare și cutanate, APs este asociată cu numeroase manifestări extraarticulare mediate imunopatologic, implicând diverse organe și sisteme. Studiile au arătat că pacienții cu APs suferă de comorbidități asociate, inclusiv boli cardiovasculare, obezitate și sindrom metabolic, diabet, osteoporoză, boli maligne, boală hepatică nonalcoolică, depresie și anxietate [4, 12, 17, 21]. Identificarea acestor comorbidități este crucială pentru a asigura un rezultat optim al tratamentului.

Atât psoriazisul, cât și infarctul miocardic au fost asociate cu sindromul metabolic, sugerând o posibilă legătură indirectă între ele. Psoriazisul a fost propus recent ca factor de risc cardiovascular. La pacienții diabetici, psoriazisul este asociat cu rate mai mari de complicații microvasculare și macrovasculare [5, 12, 15]. Pacienții cu APs au un indice de masă corporală (IMC) mai mare comparativ cu pacienții cu artrită reumatoidă și cu populația generală. Sindromul metabolic și rezistența la insulină sunt foarte răspândite la pacienții cu APs și sunt asociate independent cu severitatea bolii [7, 11, 23].

Psoriazisul și APs sunt legate de statusul sistemului imun. Progrese semnificative au fost făcute în definirea mecanismelor moleculare și celulare ale imunopatogeniei psoriazisului cutanat și, într-o măsură mai mică, ale artritei psoriazice. Se sugerează că APs este o patologie dependentă de limfocitele T, acestea jucând un rol crucial în alterarea articulației [3, 12, 20, 28]. Limfocitele T CD8 și CD4 sunt implicate activ în procesele inflamatorii din sinovială.

Asocierea complexă dintre psoriazis, APs, bolile cardiovasculare și alte comorbidități nu este pe deplin înțeleasă din cauza datelor limitate. Studiile existente sugerează că pacienții cu APs au o prevalență mai mare a comorbidităților cardiovasculare, neurologice, hepatice și gastro-intestinale comparativ cu pacienții cu psoriazis fără artrită [9, 13, 16, 22]. Aceste descoperiri subliniază necesitatea unei gestionări atente a bolilor inflamatorii cronice ale pielii și ale articulațiilor, pentru a minimiza complicațiile comorbide și a îmbunătăți rezultatele pacienților.

În Republica Moldova, astfel de studii nu au fost realizate până în prezent, indicând o nevoie clară de cercetări locale, pentru a înțelege mai bine această patologie și pentru a îmbunătăți managementul clinic al pacienților afectați.

Scopul studiului: este de a evalua impactul comorbidităților asupra severității clinice și a calității vieții la pacienții cu artrită psoriazică, analizând relațiile dintre inflamația sistemică, parametrii clinici și gradul de afectare funcțională.

Obiectivele:

1. Analizarea caracteristicilor clinice ale artritei și ale entezitei și depistarea comorbidităților la pacienții cu artrită psoriazică: Investigarea distribuției și a severității sinovitelor, a entezitelor în funcție de localizare, utilizând examinarea clinică, pentru a înțelege mai bine relațiile dintre inflamația articulară și entezală cu depistarea comorbidităților.
2. Determinarea asocierilor dintre markerii clinici și imagistici ai inflamației cu severitatea bolii: Identificarea relațiilor dintre scorurile clinice (NAD/14, NAT/14, LEI, MASES, SPARCC) și indicatorii ecografici (numărul sinovitelor, al entezitelor și al entezelor vascularizate), precum și evaluarea rolului markerilor inflamatori de laborator (VSH, hs-PCR) în activitatea bolii.
3. Evaluarea relației dintre comorbidități și severitatea inflamației sistemice, măsurată prin parametrii clinici, de laborator (hs-PCR, VSH) și imagistici (ecografie Power-Doppler și SMI).
4. Analiza impactului comorbidităților asupra activității clinice și a calității vieții pacienților cu APs, utilizând scoruri standardizate precum DAPSA, PsAQoL și SF-36
5. Identificarea corelațiilor dintre numărul de comorbidități și deteriorarea funcționării fizice și mentale, folosind indicatori precum HAQ-DI, FACIT-F și componenta fizică/mintală din SF-36.
6. Examinarea diferențelor între pacienții cu artrită periferică izolată și cei cu artrită periferică, asociată leziunilor axiale. Compararea severității clinice, a scorurilor ecografice, a calității vieții și a funcționării fizice între aceste subgrupuri, pentru a sublinia particularitățile asociate afectării axiale în APs.

Noutatea și originalitatea științifică

Studiul contribuie semnificativ la înțelegerea comorbidităților în artrita psoriazică (PsA) și a impactului acestora asupra tabloului clinic, imagistic și a calității vieții. Originalitatea constă în comparația dintre pacienții cu PsA și cei cu psoriazis cutanat fără artrită, evidențiind diferențe în evoluția bolii și influența comorbidităților asupra severității clinice. Prin utilizarea ecografiei Power-Doppler și SMI, s-a demonstrat corelația dintre inflamația sinovială/entezială și severitatea inflamației sistemice. Totodată, s-a evidențiat asocierea numărului de comorbidități (HTA, obezitate, tulburări digestive) cu gradul de afectare a bolii, subliniind necesitatea unei abordări multidisciplinare. Analiza impactului asupra calității vieții, realizată prin instrumente specifice, susține integrarea acestor evaluări în practica clinică și elaborarea unor strategii terapeutice personalizate. În plus, studiul confirmă legătura între entezita și sinovita clinică/imaginistică, oferind perspective noi asupra mecanismelor patogenetice. Este primul studiu de acest tip în Republica Moldova, aducând o contribuție inovatoare la adaptarea managementului PsA la contextul populațional local.

Aspectele științifice, soluționate în teză

Teza analizează impactul comorbidităților asupra APs, evidențiind diferențele clinico-funcționale și imagistice față de PSO. Aplicând metode clinico-statistice și ecografie avansată, s-a demonstrat frecvența inflamației subclinice și corelația dintre sinovită, entezită și activitatea bolii, fără asociere directă cu manifestările clinice. S-a constatat o legătură între comorbidități, parametrii antropometrici și severitatea bolii, precum și un impact semnificativ asupra calității

vieții. Rezultatele susțin necesitatea unui management personalizat și multidisciplinar, contribuind la optimizarea tratamentului și a prognosticului în APs.

Semnificația teoretică a lucrării

Lucrarea aprofundează relația dintre inflamația sistemică și comorbiditățile în APs, demonstrând influența inflamației asupra metabolismului lipidic și riscului cardiovascular. Corelațiile dintre colesterol, hs-CRP și markerii imunologici susțin înțelegerea mecanismelor patogenetice și a rolului investigațiilor imagistice moderne.

Valoarea aplicativă a lucrării

Studiul evidențiază impactul inflamației asupra profilului lipidic și cardiovascular în APs și PSO, oferind date utile pentru managementul personalizat. Rezultatele sprijină elaborarea strategiilor multidisciplinare de reducere a riscului metabolic și optimizare a ghidurilor clinice.

Problema științifică soluționată în teză constă în evaluarea impactului comorbidităților asupra caracteristicilor clinice, paraclinice și imagistice la pacienții cu artrită psoriazică, precum și în determinarea relației dintre inflamația sistemică, riscul cardiovascular și afectarea calității vieții, în vederea conturării unor strategii personalizate de management.

Implementarea rezultatelor. Datele obținute vor fi aplicate în activitatea Disciplinei de reumatologie și nefrologie, a IMSP SCR „Timofei Moșneaga” și IMSP SCM „Sfânta Treime”, or. Chișinău, Republica Moldova.

Aprobarea rezultatelor științifice. Rezultatele tezei au fost discutate, aprobate și recomandate spre susținere la ședința Disciplinei de reumatologie și nefrologie a IP USMF „Nicolae Testemițanu” (proces-verbal nr. 4 din 04.12.2024), la Seminarul științific de profil 321, specialitatea 321.04 – Reumatologie (proces-verbal nr. 02 din 24.02.2025).

Materialele studiului au fost reflectate în 31 de publicații științifice, 8 articole în reviste științifice naționale acreditate, în reviste de categoria B – 6 articole, 23 - Rezumate/teze în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale.

Prezentări și comunicări rezumative la 17 conferințe științifice internaționale și naționale.

Sumarul compartimentelor. Teza este expusă pe 136 de pagini cu text electronic, 136 de pagini cu text de bază și se compartimentează în: introducere, 4 capitole de cercetări proprii, concluzii și recomandări practice; bibliografia citează 140 de surse literare. Teza este ilustrată cu 31 de tabele, 24 de figuri și 8 anexe.

Cuvinte-cheie: artrita psoriazică, psoriazis cutanat, comorbidități metabolice, sindrom metabolic, boală cardiovasculară, obezitate, diabet zaharat, inflamație sistemică.

Studiul a primit avizul favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării (Nr.82 din 19. 06. 2018) al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Subiecții încadrați în cercetare au semnat acordul informat de participare în studiu.

CONȚINUTUL TEZEI

1. ACTUALITĂȚI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ ȘI COMORBIDITĂȚI

1.1. Etiologia și comorbiditățile în APs

APs este o afecțiune inflamatorie cronică, ce afectează până la 30% dintre pacienții cu psoriazis. Comorbiditățile – în special cele metabolice și cardiovasculare – sunt frecvente, influențând negativ prognosticul și calitatea vieții. Riscul de boli cardiovasculare este crescut cu până la 55%, fiind favorizat de inflamația sistemică și de factori tradiționali precum HTA, DZ, dislipidemia și obezitatea. Factorii implicați în etiopatogenia APs includ: genetici: HLA-B27, B38, Cw6, DR7, precum și locusuri PSORS; infecțioși: *Streptococcus pyogenes*, HIV, *Candida spp.*;

imunologici și metabolici: inflamație cronică, activare TNF- α , scăderea DHEA; alți factori: traume, climat, stres, medicație (AINS, β -blocante).

1.2. Mecanisme patogenetice

Inflamația în APs este susținută de formarea complexelor imune, activarea complementului și recrutarea leucocitelor. Eicosanoizii și radicalii liberi determină distrugerii articulare și osificări anormale. Sistemele antioxidante și antiinflamatoare (ex. macrocortinul) devin insuficiente, facilitând progresia bolii.

1.3. Boli metabolice asociate APs

Sindromul metabolic (MetS): prevalența variază între 24–59%. Componentele includ HTA, obezitate, dislipidemie și rezistență la insulină. APs are o prevalență a MetS mai mare decât RA sau psoriazis. Diabet zaharat (DZ II): prevalență crescută (~10–20%). Inflamația și obezitatea contribuie semnificativ. Femeile cu APs activă prezintă risc mai mare. HTA: prevalență de 29–37%, mai frecventă decât în psoriazis sau RA. Corelată cu inflamația sistemică. Dislipidemia: risc crescut de profil lipidic aterogen, asociat cu CRP și inflamația activă. Influențează ateroscleroza subclinică. Obezitatea: prevalență la >40% dintre pacienți. Este factor de risc pentru apariția APs și reduce răspunsul la terapie. Osteoporoza: datele sunt limitate și contradictorii, dar APs se asociază cu risc de scădere a masei osoase.

1.4. Impactul comorbidităților asupra activității bolii

Comorbiditățile cresc severitatea APs, întârzie diagnosticul și reduc eficiența tratamentului. Obezitatea, MetS și dislipidemia sunt corelate cu activitate mai înaltă a bolii (DAPSA, CRP, HAQ).

1.5. Răspunsul la tratament în funcție de comorbidități

Obezitatea și MetS scad rata de obținere a activității minime a bolii (MDA), cresc necesarul de AINS și reduc aderența la terapie. Anti-TNF- α sunt mai puțin eficienți la pacienții obezi. Unele terapii, precum IL-17, par mai promițătoare, dar datele sunt încă limitate.

1.6. Influența tratamentului APs asupra bolilor metabolice

Corticosteroizii pot agrava statusul metabolic, în timp ce biologicele (anti-TNF- α , ustekinumab, secukinumab) pot avea efecte neutre sau benefice. MTX și apremilast au potențial de reducere a HbA1c.

1.7. Afectarea cardiovasculară în APs

Boala coronariană aterosclerotică: riscul de infarct este crescut cu 43–68%, chiar și independent de factorii CV tradiționali. Inflamația sistemică este un factor central. Alte tulburări cardiace: tulburări de conducere (bloc AV, fibrilație atrială), insuficiență cardiacă (HFpEF) și disfuncție miocardică diastolică sunt mai frecvente în APs decât în populația generală. Efectele tratamentului asupra riscului CV: anti-TNF α reduc riscul CV cu ~30%. Datele despre IL-12/23 și IL-17 indică siguranță CV, dar lipsesc studii pe termen lung.

1.8. Gestionarea riscului CV în APs.

Monitorizarea și intervenția asupra factorilor de risc (HTA, DZ, dislipidemie, obezitate) sunt esențiale. Screeningul trebuie să includă metode imagistice (ecografie carotidiană, scoruri coronariene). Educarea pacientului și colaborarea interdisciplinară (reumatolog-cardiolog-nutriționist) sunt recomandate.

1.9. Alte comorbidități relevante în APs

Boala inflamatorie intestinală: asociere cu APs, în special boala Crohn. Etanercept nu este eficient în BII. Afectarea oculară autoimună: uveita este cea mai frecventă. Tratamentul biologic trebuie adaptat. Boala hepatică: NAFLD este frecventă, agravată de metotrexat. Necesită monitorizare hepatică atentă. Malignitate: nu există un risc semnificativ crescut global. Datele

privind riscul asociat terapiilor biologice sunt în general favorabile. Depresia și anxietatea: prezente la >30% dintre pacienți. Asociate cu durerea, dizabilitatea și oboseala. Anti-TNF α reduc simptomatologia afectivă. Fibromialgia: prevalentă (~50%). Se poate confunda cu entezita, influențând evaluarea activității bolii.

Astfel, APs este o boală sistemică complexă, caracterizată prin inflamație cronică și asociată frecvent cu multiple comorbidități metabolice și cardiovasculare. Aceste comorbidități influențează negativ evoluția bolii și răspunsul la tratament, justificând o abordare terapeutică personalizată, multidisciplinară. Identificarea precoce și controlul eficient al acestor afecțiuni pot reduce morbiditatea, dizabilitatea și mortalitatea în APs.

2. CARACTERISTICA CLINICO-STATUTARĂ ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1. Caracteristicile clinico-statutare ale lotului de studiu

Pentru realizarea scopului și a obiectivelor studiului, a fost selectat un lot general de 184 de pacienți, dintre care 92 pacienți, cu artrită psoriazică, stabilită în conformitate cu criteriile de diagnostic CASPAR (2006) și 92 de pacienți (grup de control) cu PSO fără artrită psoriazică. Pacienții s-au aflat la tratament în secțiile de reumatologie și artrologie ale IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” și ale IMSP Spitalului Clinic Municipal „Sfânta Treime” din Chișinău și în Dispensarul Republican de Dermatovenerologie pe parcursul anilor 2017-2019. Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării, a fost planificat studiul de cohortă de tip 1 (studiu prospectiv cu componente retrospective) (Fig. 1).

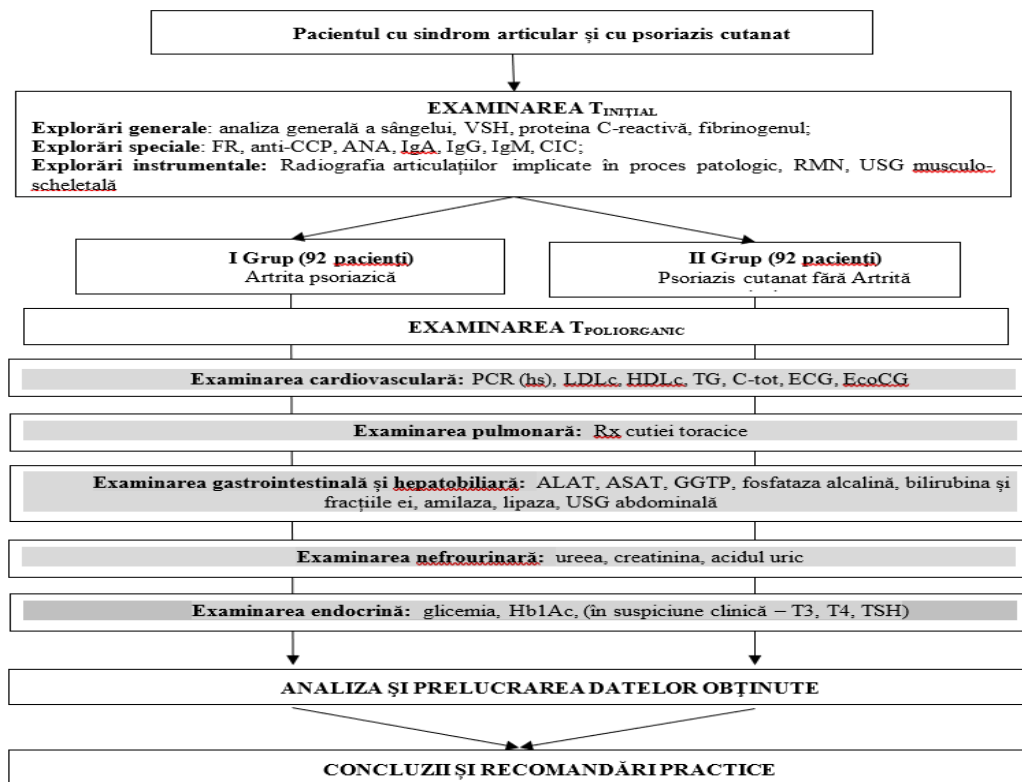


Figura A.1. Design-ul studiului

Criterii de includere:

- Vârsta cuprinsă între 18-65 ani;
- Diagnostic cert de artrită psoriazică (în 2 trepte AMOR/CASPAR);

- Diagnostic de psoriasis cutanat, confirmat de către dermatolog;
- Acordul pacientului de a participa în cercetare.

Criterii de excludere:

- Prezența altor maladiilor reumatice (inflamatorii, autoimune) în antecedente decât SASN/APs;
- Prezența maladiilor decompensate (cardiovasculare, hepatice, renale), precedente debutului SASN/APs;
- Vârsta < 18 și > 65 de ani (din cauza incidenței crescute a dereglărilor metabolice și degenerative).

Diagnosticul de artrită psoriazică a fost stabilit în baza criteriilor de diagnostic, elaborate de grupul de lucru sub conducerea lui Taylor W și Gladman D (2009) [6], care au definit și au propus noile criterii denumite CASPAR (Classification of Psoriatic ARthritis, International Multicentre Validation of Diagnostic Criteria for Psoriatic Arthritis).

Evaluarea globală a bolii: pacientul și medicul au evaluat activitatea bolii pe o scală de 0–10 (0 = inactivă, 10 = activă), scorurile fiind între 6–10. Aceste evaluări sunt utile în aprecierea fazei active a bolii și în ajustarea tratamentului.

Evaluarea preclinică: tensiunea arterială a fost măsurată standardizat (după 5–10 min repaus), la ambele brațe, cu determinarea TAS (faza I Korotkoff) și TAD (faza V). Aceste date au fost utilizate pentru depistarea comorbidităților și individualizarea tratamentului.

Vârsta medie a pacienților cu APs a fost de 42,9±9,6 ani, durata medie a psoriazisului a fost de 11 (7; 25,8) ani, durata medie a APs a fost de 7 (2; 11,8) ani. Printre pacienții incluși în studiu, s-au numărat 42 (45,7%) de bărbați și 50 (54,3%) de femei. Caracteristicile pacienților sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristicile pacienților cu APs

Index	Valorile
Bărbați, n (%)	42 (45,7%)
Femei, n (%)	50 (54,3%)
Vârstă, ani, M±SD, min-max	42,9±9,6, 22-60
Durata APs, ani, Me (25; 75)	7 (2; 11,8)
DAPSA, Me (25; 75)	15,2 (10,2; 21,4)
Psoriazisul pielii, n (%)	91 (98,9%)
Durata Ps, ani, Me (25; 75)	11 (7; 25,8)
PASI, Me (25; 75)	3,8 (1,2; 9,6)
Onicodistrofie psoriazică, n (%)	26 (28,3%)
NAPSI, Me (25; 75)	24 (0; 69,8)
IMC, kg/m ² , M±SD	27±4,7
CT, cm, Me (25; 75)	95 (82,8; 104)
CC, cm, Me (25; 75)	102,5 (95,3; 109,8)
CT/CC, Me (25; 75)	0,9 (0,8; 1)
NAD/14, Me (25; 75)	1 (0; 3)
NAT/14, Me (25; 75)	0 (0; 2)
hs-PCR, g/l, Me (25; 75)	5,1 (2,2; 16,1)
VSH, mm/h, Me (25; 75)	20 (11; 30)

Un istoric familial pozitiv de psoriazis a fost depistat la 31 (33,7%) de pacienți. La momentul includerii în studiu, 19 (20,6%) pacienți aveau dizabilități, dintre care 15 (16,3%) aveau dizabilități din cauza APs, iar 4 (4,3%) dintre pacienți aveau o boală generală. Distribuția pacienților după activitatea APs la calcularea indicelui DAPSA (Disease Activity in PSoriatic Arthritis): cei mai mulți au avut activitate moderată (14-28) la 33 (42%), ridicată (>28) la 13 (16%) pacienți, scăzută (4-14) – la 30 de pacienți (38%), remisiune (<4) a fost observată la 3 (4%) pacienți. Distribuția pacienților în funcție de activitatea psoriazisului cutanat după indicele PASI a fost după cum urmează: remisiune – 7 (8%), activitate ușoară – 57 (68%), medie – 9 (11%) severă – la 11 (13%) pacienți (figura 3)

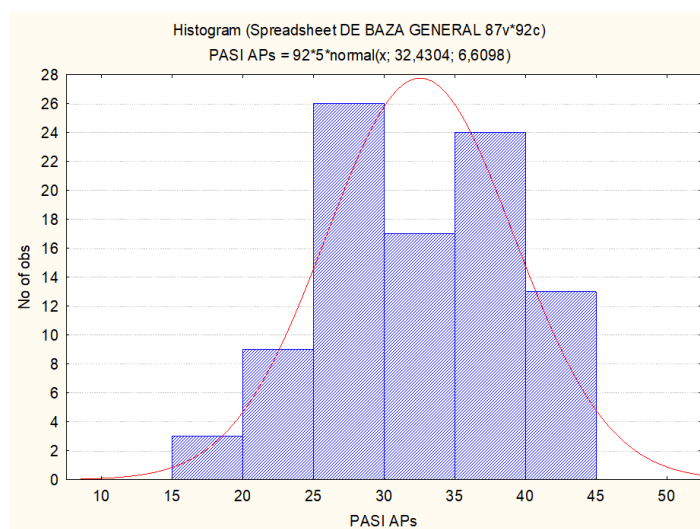


Figura 3. Repartiția pacienților conform severității afectării tegumentare, exprimate prin indicele PASI

Conform metodelor clinice și instrumentale ale studiului, distribuția pacienților prin implicarea articulațiilor periferice și a coloanei vertebrale a fost următoarea: poliartrita a fost la 63 (68,5%) de pacienți, oligoartrită – la 19 (20,7%), monoartrită – la 10 (10,9%), manifestări axiale inclusiv: sacroiliită – la 30 (32,6%) de pacienți și spondilită – la 23 de pacienți (25%), o combinație de sacroiliită și spondilită – la 13 pacienți (14,1%) (figura 4). Pacienții cu leziuni axiale izolate au fost absenți.

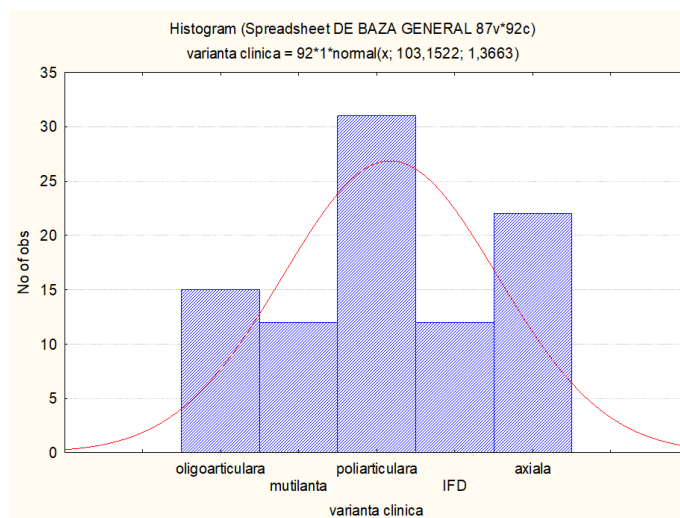


Figura 4. Distribuția pacienților conform variantelor clinice ale APs

Pentru a asigura veridicitatea datelor obținute în studiu a fost inclus grup de control, care a constituit din 92 de pacienți cu PSO fără artrită psoriazică, iar distribuția pacienților în funcție de vârstă, sex și alți parametri demografici a fost similară cu cea a grupului cu APs. Caracteristicile pacienților cu PSO sunt prezentate mai jos, împreună cu un rezumat al metodelor utilizate pentru evaluarea lor. Caracteristici demografice și clinice: vârsta medie: $43,2 \pm 9,3$ ani (interval: 21–60 ani), similară cu grupul APs; durata medie a psoriazisului: 11 (7; 24,5) ani, comparabilă cu grupul APs; distribuția sexelor: bărbați: 44 (47,8%) și femei: 48 (52,2%). Spre deosebire de grupul APs, pacienții cu PSO nu au prezentat afectare articulară sau axială confirmată. Ambele grupuri au fost echilibrate statistic în funcție de vârstă, sex și durata psoriazisului, asigurând o comparație validă a rezultatelor. Grupul PSO s-a diferențiat prin lipsa implicării articulare și sistemice, evidențiind natura predominant dermatologică a afecțiunii. Această structurare comparabilă a grupurilor permite o analiză detaliată a diferențelor dintre pacienții cu artrită psoriazică și cei cu psoriazis cutanat în ceea ce privește severitatea bolii, calitatea vieții și comorbiditățile asociate.

2.2. Caracteristicile generale ale metodelor de cercetare

Examinarea pacienților cu APs s-a realizat incluzând anamneza, examenul fizic complet și evaluarea statusului organelor și sistemelor. S-au colectat date demografice și de boală: vârstă, sexul, IMC, circumferința taliei (CT) și coapsei (CC), raportul CT/CC, durata APs și a psoriazisului, istoricul familial. Istoricul familial a fost considerat pozitiv dacă boala era prezentă la rude de gradul I. Dactilita a fost definită ca tumefacție difuză a degetului, dureroasă sau nu, prezentă la examen sau în antecedente. $CT > 80$ cm (femei) și > 94 cm (bărbați), iar raportul CT/CC $> 0,8$ (femei), $> 0,9$ (bărbați) au fost considerate valori crescute. Toți pacienții au beneficiat de evaluare reumatologică și ecografică detaliată.

2.3. Programe și metode de examinare

Pentru caracterizarea clinică și diferențierea formelor de artrită psoriazică (APs), pacienții au fost supuși unui protocol amplu de evaluare clinică și paraclinică. Examinarea a inclus anamneză detaliată, examinare fizică generală și articulară, teste de laborator, explorări imagistice și evaluări funcționale.

Investigații paraclinice

Analizele biologice au inclus: hemoleucogramă, VSH, glicemie, HbA1c, transaminaze (ALT, AST), acid uric, uree, creatinină, fibrinogen și protrombină. Determinările au fost realizate cu metode standard, în laboratoarele IMSP SCM „Sfânta Treime” și Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”. Profilul imunologic a inclus proteina C-reactivă (PCR), factor reumatoid (prin latex-test), ASLO, anti-ANA, imunoglobuline (metoda Mancini) și complexe imune circulante (prin precipitare cu polietilenglicol și evaluare fotometrică). Explorările imagistice au inclus radiografii standard ale articulațiilor și coloanei vertebrale, tomografie computerizată și scintigrafie osoasă cu Tc-99m, pentru evaluarea afectării inflamatorii și structurale.

Evaluare funcțională

Capacitatea funcțională a fost clasificată conform criteriilor Steinbrocker (CF I–IV). Mobilitatea coloanei a fost evaluată prin chestionarul BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Evaluarea s-a realizat prin completarea individuală a chestionarelor de către pacienți, scorul final fiind media celor 10 întrebări.

Comorbidități

Au fost colectate date din fișele medicale și rapoartele clinice. A fost calculat un indice de comorbiditate funcțională (FCI) modificat, excluzând artrita și adăugând afecțiuni relevante pentru APs: hiperlipidemie, HTA, afecțiuni autoimune, depresie, obezitate etc.

Evaluarea riscului cardiovascular și metabolic. S-au determinat parametrii lipidici (colesterol total, HDL, LDL, trigliceride) și hs-PCR. Testarea hs-PCR a fost interpretată conform recomandărilor AHA/CDC. ECG standard, test de efort și ecocardiografie (Toshiba, Siemens) au fost utilizate pentru evaluarea cardiacă. Algoritmul SCORE a fost aplicat pentru estimarea riscului de evenimente cardiovasculare fatale în 10 ani.

Evaluare ecografică și entezită

Au fost examinate ecografic articulațiile mari (n=14/pacient) și entezelor (n=54/pacient) cu aparate Samsung Accuvix A30 și Toshiba Applio 500, folosind modul B și Power-Doppler. Modificările au fost clasificate conform consensului OMERACT. Indicii ecografici calculați: GUESS, BUSES, MASEI, SEI. Gradul de vascularizație a fost evaluat pe o scară de la 0 la 3.

Evaluări ale calității vieții

Au fost aplicate chestionare validate: HAQ-DI (disfuncție articulară, scor 0–3); SF-36 (8 dimensiuni ale calității vieții, scor 0–100); DLQI (impact dermatologic, scor 0–30); FACIT-F (fatigabilitate, scor 0–52; scor <34 = fatigabilitate prezentă). Chestionarul PsAQoL (adaptat în România) a fost utilizat la un subset de pacienți.

2.4 Metode statistice

Datele au fost analizate cu metode statistice descriptive și inferențiale. Statistici descriptive: datele normale – medie $\pm$ deviație standard; cele non-normale – mediană (percentile 25–75). Testele Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, χ^2 : compararea variabilelor între grupuri. Regresie liniară și logistică: estimarea relațiilor între comorbidități, activitate de boală și scoruri funcționale. Coeficientul de corelație Spearman: evaluarea relațiilor între variabile continue. Validarea chestionarelor: coeficientul Cronbach-Alpha, corelarea inter-scoruri (ex. PsAQoL–SF36), test-retest. Analize suplimentare: analiza clusteriană, Box-Plot, analiza factorială ANOVA, distribuția datelor (testul Kolmogorov–Smirnov).

3. REZULTATELE CERCETĂRIILOR PROPRII

3.1. Caracteristicile clinice și ecografice ale artritei periferice la pacienții cu APs

Au fost examinate clinic și ecografic 1288 articulații și 4968 enteze. Entezita la momentul evaluării sau din anamneză a fost prezentă la 58,7%, iar entezita clinică activă – la 51,1% dintre pacienți. Frecvența articulațiilor dureroase (NAD/14) a fost 11,3%, iar a celor tumefiate (NAT/14) – 4,5%; NAT a reprezentat 40% din NAD. NAD la membrele superioare a fost 10,1%, iar la cele inferioare – 12,9% ($p > 0,05$). NAT a fost semnificativ mai frecvent la membrele inferioare: 7,8% vs. 2,04% ($p < 0,001$). Articulațiile șoldului nu au fost incluse. Distribuția NAD/NAT: acromioclavicular – 5/0; umăr – 29/2; cot – 13/1; mâini – 29/15; genunchi – 38/25; talocrural – 33/18. Numărul entezelor dureroase a fost semnificativ mai mare la membrele inferioare (8,9%) comparativ cu cele superioare (4,8%) ($p < 0,001$). Cele mai frecvent dureroase: epicondil lateral – 35, medial – 25, tendonul lui Ahile – 38, spine iliace – 48, genunchi – 103, fascia plantară – 9. Ecografic, sinovita a fost prezentă în 17,7% (228/1288), entezita activă în 6,9% (90/1288), cu o proporție de 39,5% entezite în rândul articulațiilor inflamate. Au fost evidențiate 661 entezite (13,3%), din care 128 (19,4%) au fost vascularizate. În total, 876 enteze (17,6%) au avut semne patologice. Datele sunt prezentate detaliat în tabelul 6.

Tabelul 6. Frecvența entezitei și a sinovitei detectate în modul „scală gri” conform datelor ultrasonografice

Membrele superioare	Frecvență	Membrele inferioare	Frecvență
Articulații:			
Acromio-clavicular	46/736 (6,3%)	Coxofemural	28/552 (5,1%)
Humeral	7/736 (0,95%)	Genunchi	42/552 (7,6%)
Ulnar	18/736 (2,4%)	Talocrural	32/552 (5,8%)
Radiocarpian	47/736 (6,4%)		
Total	118/736 (16%)	Total	112/552 (20,3%)*
Entezele:			
Capul scurt al mușchiului biceps al umărului	10/1472 (0,7%)	Trohanter mare: - gluteus minor - gluteus mediu	28/3496 (0,8%) 45/3496 (1,3%)
Mușchiul subscapular	20/1472 (1,4%)	Tubercul sciatic	28/3496 (0,8%)
Mușchiul nastular	13/1472 (0,9%)	Lig. colateral medial: - proximal - distal	53/3496 (1,5%) 20/3496 (0,6%)
Mușchi subosteal	2/1472 (0,1%)	Lig. colateral lateral: - proximal - distal	33/3496 (0,9%) 19/3496 (0,5%)
Mușchiul triceps al umărului	11/1472 (0,7%)	Lig. patelinar propriu - proximal - distal	6/3496 (0,2%) 21/3496 (0,6%)
Epicondil medial	30/1472 (2%)	„Picioarul de rață”	70/3496 (2%)
Epicondil lateral	54/1472 (3,7%)	Biceps femural	9/3496 (0,3%)
		M. semimembranos	36/3496 (1%)
		Cvadriceps femural	23/3496 (0,7%)
		M. tibial anterior	19/3496 (0,5%)
		M. tibial posterior	18/3496 (0,5%)
		Ahile	27/3496 (0,8%)
		Fascia plantară	43/3496 (1,2%)
Total	144/1472 (9,8%)	Total	517/3496 (14,8%)**

Notă. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Frecvența sinovitei a fost mai mare la membrele inferioare comparativ cu cele superioare (20,3% vs 16%, $\chi^2 = 3.897$, $p < 0,05$). Similar, entezita a fost mai frecventă la membrele inferioare (14,8%) decât la cele superioare (9,8%, $\chi^2 = 22.502$, $p < 0,001$). Deși modificările în „scară gri” pot semnala inflamație cronică, prezența vascularizației Power-Doppler indică mai degrabă activitate

inflamatorie. Compararea directă a vascularizației nu a fost posibilă pentru articulațiile șoldului și gleznei, din motive anatomice.

Analiza vascularizației entezitelor nu a arătat diferențe semnificative între membrele inferioare (25%) și superioare (17,8%, $\chi^2 = 3.744$, $p > 0,05$). Clinic, frecvențele NAT/14 (4,5%) și NAD/14 (11,3%) au fost inferioare detecției ecografice a sinovitei (17,7%, $p < 0,001$). Entezita clinică (7,7%) a fost subraportată comparativ cu ecografia (13,3%, $p < 0,001$).

Comparând grupurile cu artrită periferică izolată și cele cu afectare axială, nu s-au observat diferențe semnificative în scorurile ecografice sau numărul entezitelor, însă DAPSA, NAPSI, NAD/14 și CRP-hs au fost semnificativ mai mari în grupul cu afectare axială ($p < 0,05$). DAPSA s-a corelat doar cu entezita clinică ($p < 0,01$), nu și cu parametrii ecografici.

Vârsta nu s-a corelat cu scorurile clinice (DAPSA, NAD/14, NAT/14, LEI etc.), dar a avut o asocieră pozitivă cu numărul sinovitelor, entezitelor și modificărilor structurale detectate ecografic ($p < 0,05$). Corelații semnificative au existat între parametrii clinici și indicii LEI, MASES, SPARCC ($p < 0,01$), precum și între sinovită și entezită ($p < 0,01$), fără alte asocieri ecografice relevante.

SPARCC s-a corelat semnificativ cu SEI ($r = 0,215$, $p < 0,05$) și GUESS ($r = 0,249$, $p < 0,05$). Sindromul articular a fost asociat cu VSH și hs-PCR, însă entezita clinică nu a avut o corelație semnificativă cu acești markeri. Vascularizația ecografică nu a fost asociată cu PASI sau DAPSA, dar s-a corelat cu VSH ($r = 0,3$, $p < 0,01$) și hs-CRP ($r = 0,225$, $p = 0,032$).

Sindesmofite au fost identificate ecografic la 85,9% dintre pacienți. Numărul acestora a crescut odată cu vârsta, IMC și VSH ($p < 0,01$), dar nu a avut legătură cu durata bolii sau cu scorurile clinice. S-a constatat o corelație pozitivă între numărul de sindesmofite și entezite, sinovite, entezite vascularizate și modificările structurale ecografice ($p < 0,01$). Lipsa de asocieră cu datele clinice susține ipoteza unei inflamații subclinice.

Sindesmofitele au fost clasificate în locale (1–2 articulații) și generalizate (≥ 3 articulații). Compararea grupurilor a arătat diferențe semnificative privind VSH ($p = 0,011$) și numărul comorbidităților ($p < 0,05$). VSH-ul a fost mai mare în grupul cu sindesmofite generalizate ($p < 0,01$), sugerând rolul IMC, vârstei, duratei bolii și inflamației subclinice în dezvoltarea acestora.

La 50 pacienți, s-a efectuat o evaluare ecografică detaliată (952 articulații, 3672 enteze) folosind Power-Doppler și SMI. Vascularizația a fost detectată în 52,6% din cazuri cu SMI și 44,4% cu Power-Doppler, fără diferență semnificativă ($p > 0,05$), dar cu o coerență excelentă între metode ($k = 0,806$, $p < 0,01$).

În analiza vascularizației entezitelor cu aspect normal în scară gri, nu s-a detectat flux. Totuși, 12,1% din enteze au prezentat modificări ecografice ($n = 444$). Entezitele SMI+ au fost detectate în 33,3% din cazuri, semnificativ mai frecvent decât cele Power-Doppler+ (17,1%, $p < 0,001$). Aceasta reflectă sensibilitatea crescută a tehnicii SMI în vizualizarea microvascularizației specifice entezitei active. Coerența dintre cele două metode a fost moderată pentru entezite ($k = 0,504$, $p < 0,01$).

3.2. Structura patologiei comorbide la pacienții cu artrită psoriazică

Patologia comorbidă (PC) a fost prezentă la 77,2% dintre pacienții cu APs, iar peste o comorbiditate la 60,9%. Fumatul a fost raportat de 31,5% dintre bolnavi. Nu s-au observat diferențe semnificative legate de sex sau forma de artrită (periferică vs. combinată) în ceea ce privește numărul de PC ($p > 0,05$). Structura comorbidităților este prezentată în figura 10. Alte boli

musculo-scheletice și de țesut conjunctiv neasociate cu psoriazisul au fost identificate la 42,4% dintre pacienți, cu osteoartrita în 39,1% și guta în 3,3%.

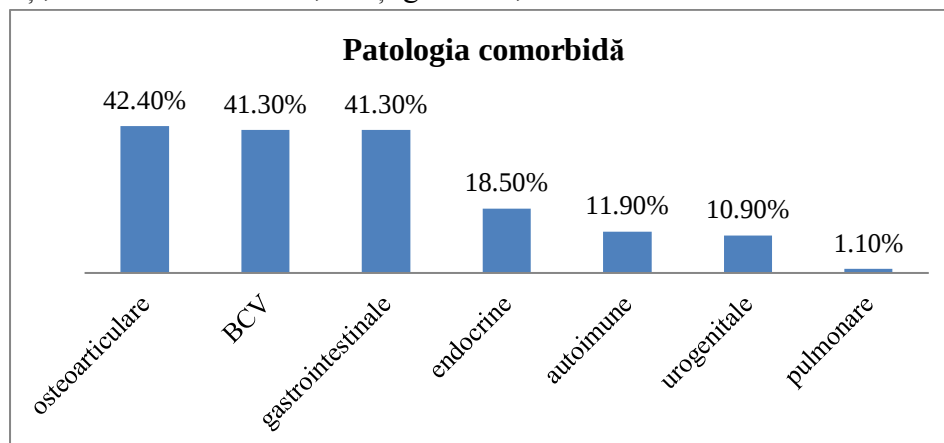


Figura 10. Structura patologiei comorbide la pacienții cu APs

Pe locul al doilea, cu cea mai mare frecvență, s-a plasat patologia cardiovasculară, depistată la 38 (41,3%) dintre pacienți (figura 11).

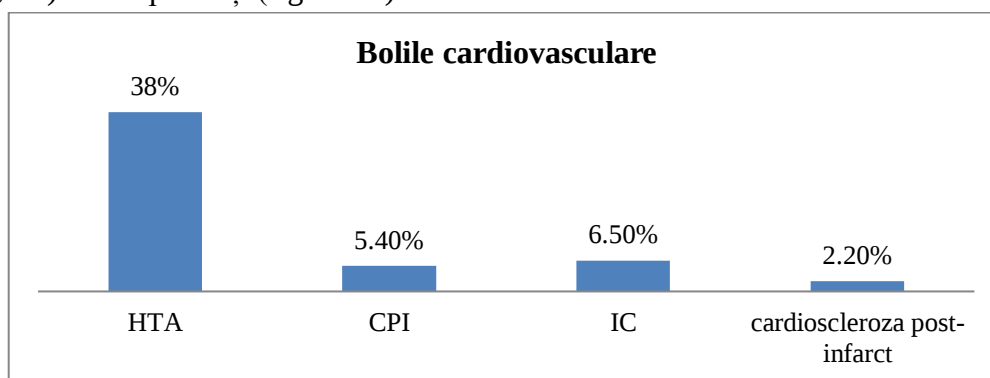


Figura 11. Structura bolilor cardiovasculare la pacienții cu APs

În studiul efectuat pe 92 de pacienți cu APs (excluzând cei cu factori majori de risc cardiovascular anteriori debutului bolii), s-au identificat simptome cardiace precum dureri precordiale (12 cazuri), palpitații (7 cazuri), dispnee la efort (11 cazuri) și edeme periferice (4 cazuri). Hipertensiunea arterială a fost cea mai frecventă comorbiditate (38%), urmată de boala coronariană (5,4% angină pectorală, 2,2% CSPI), insuficiență cardiacă (6,5%) și patologie cerebrovasculară (3,3%).

Examenul ECG a relevat diverse tulburări de ritm și conducere, printre care extrasistole supraventriculare (26%) și ventriculare (8%), fibrilație atrială (8%), tahicardie (10%), bradicardie (16%), blocuri AV și de ram (22%, 16%, 10%, 8%), sindrom CLC (4%). Hipertrofia ventriculară stângă a fost depistată la 50%, iar modificări difuze de repolarizare la 64%. Sindromul de repolarizare precoce a fost observat la 14%, iar prelungirea QT la 18%.

Ecocardiografia a confirmat aceste date, stabilind o corelație semnificativă cu activitatea bolii (DAPSA) ($r = 0,781$, $p < 0,01$) (figura 12), subliniind utilitatea acestor metode simple în identificarea complicațiilor cardiace la pacienții cu APs.

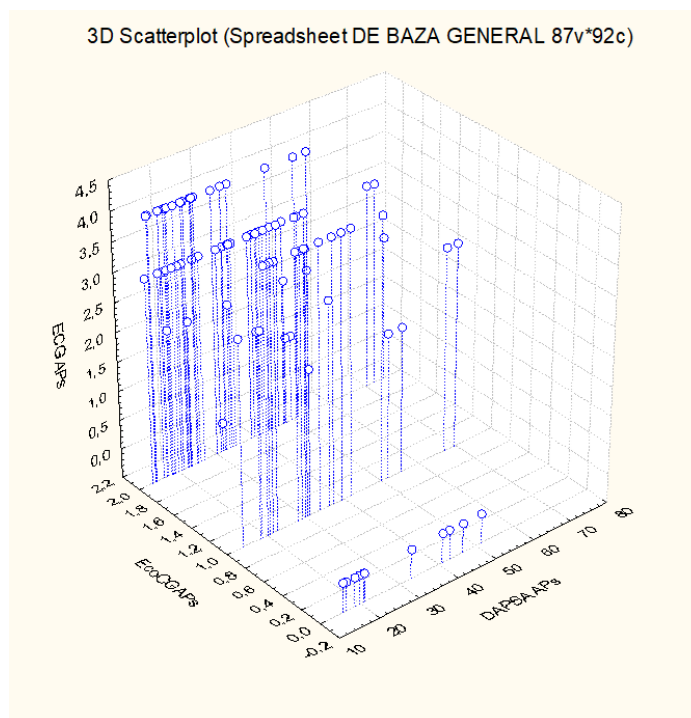


Figura 12. Relația indicelui DAPSA cu datele ECG și EcoCG din patologia comorbidă, depistată la pacienții cu artrită psoriazică

În lotul de 92 pacienți cu APs, afectarea valvulară a fost identificată ecocardiografic la 21 cazuri, incluzând insuficiență mitrală (2 cazuri), aortică (6), valvulopatie mitrală combinată (4) și mitralo-aortică (9). S-au înregistrat două cazuri cu endocardită tranzitorie și valvulită. Valvulopatia mitrală a fost mai frecventă la femei. Afectarea valvulară a fost asociată variat cu tipurile clinice de psoriazis.

Sindromul cardiac în APs a implicat structuri variate ale cordului. Miocardita, pericardita adezivă și regurgitățile valvulare sunt cele mai raportate manifestări. Aortita s-a corelat cu sacroiliita și formele axiale. Cele mai vulnerabile la complicații CV sunt formele active și severe de APs. În Moldova, bolile cardiovasculare constituie 55,8% din decese, subliniind necesitatea screeningului sistematic al riscului.

Evaluarea a inclus estimarea riscului SCORE. Pacienții cu risc CV $\geq 5\%$ sau cu boli cardiovasculare au fost considerați la risc înalt. Dislipidemia, HTA post-debut și obezitatea abdominală au fost cei mai comuni factori de risc. Distribuția TAS: <130 mmHg – 10%, 130–139 mmHg – 14%, 140–159 mmHg – 34%, 160–179 mmHg – 24%, ≥ 180 mmHg – 18%. Pentru TAD: <85 mmHg – 10%, 85–89 – 28%, 90–99 – 44%, 100–109 – 12%, ≥ 110 – 6%.

Colesterolul total a fost <5 mmol/l la 20%, între 6,0–6,9 mmol/l la 54%. Doar 38% urmau tratament antihipertensiv. SCORE a fost $<5\%$ la 20%, între 5,0–9,9% la 44%, 10–14,9% la 28% și $\geq 15\%$ la 8%. Această distribuție subliniază importanța intervenției preventive în APs.

Afecțiunile digestive au fost prezente la 41,3%: 14,1% cu patologie GI superioară, 23,9% biliară/pancreatică, 15,2% hepatică, 2,2% hepatite virale. Patologie digestivă combinată la 9,8%.

Boli endocrine au fost observate la 18,5%: diabet zaharat tip 2 – 8,7%, tip 1 – 2,2%, disfuncție tiroidiană – 13%. Obezitatea ($IMC > 30$ kg/m²) a fost prezentă la 25%, iar 32,6% erau supraponderali. CT crescut a fost depistat la 65,2% și raport CT/CC crescut la 54,3%.

Osteoporoza și osteopenia au fost depistate la 10,9%. Patologia genito-urinară a fost prezentă la 10,9%, predominând urolitiaza (5,4%) și pielonefrita cronică (3,3%).

Boli respiratorii au fost rare (1,1%). Patologia autoimună a fost observată la 11,9%, incluzând tiroidita autoimună (5,4%), DZ tip 1 (2,2%), boala Crohn (1,1%), uveita (2,2%), glomerulonefrita (1,1%) – vezi tabelul 16.

Tabelul 16. Frecvența afecțiunilor mediate imun la pacienții cu APs

Patologie	n (%)
Tiroidita autoimună	5 (5,4)
Diabetul zaharat de tip 1	2 (2,2)
Boala Crohn	1 (1,1)
Uveita	2 (2,2)
Glomerulonefrita	1 (1,1)

A fost analizată structura stărilor transnozologice la pacienții cu APs (figura 13).

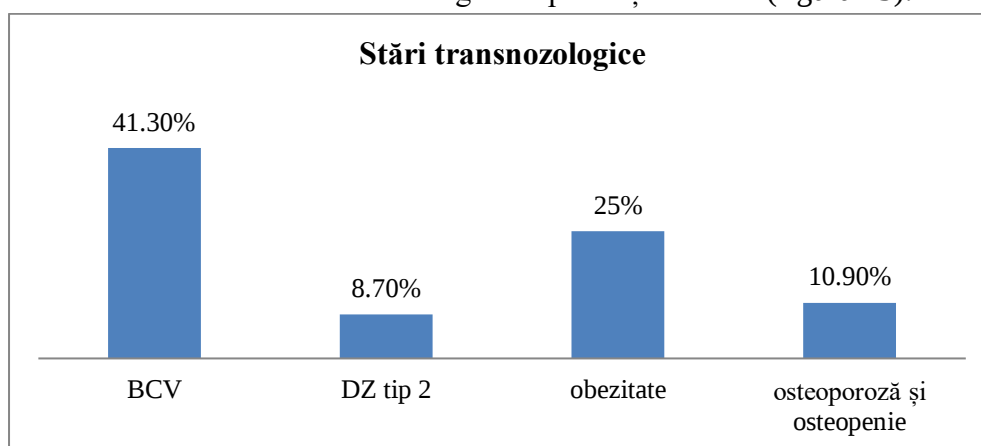


Figura 13. Structura stărilor transnozologice ale pacienților cu APs

Trebuie remarcat faptul că, la 31,6% dintre pacienți, a existat o combinație de mai multe condiții transnozologice: 2 condiții transnozologice - în 16,3%, 3 - la 6,5% dintre pacienți, 4 și 6 - la 3,3%, 5 și 7 - la 1,1% dintre pacienți (figura 14).

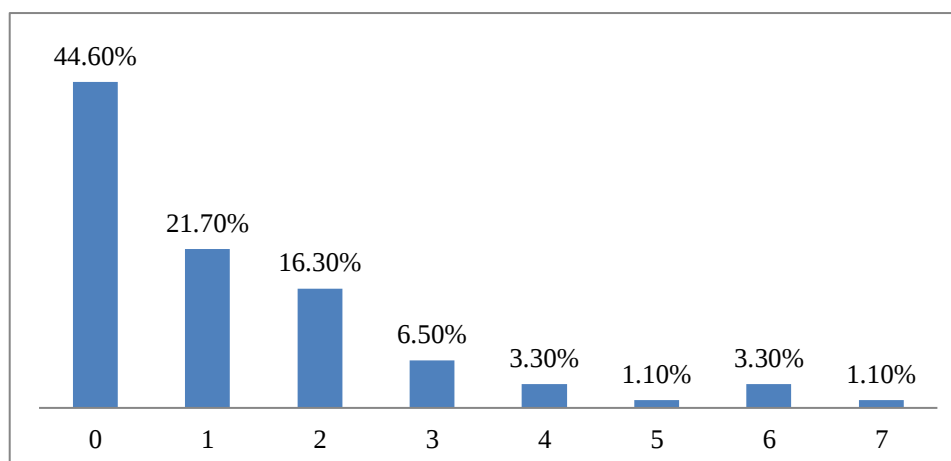


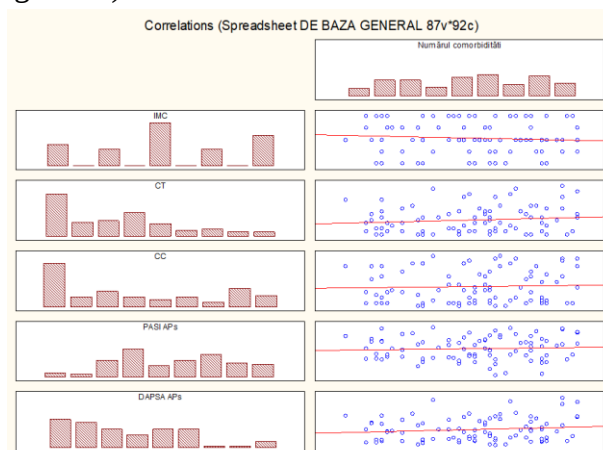
Figura 14. Frecvența condițiilor transnozologice la pacienții cu APs

La evaluarea asocierii numărului PC cu datele clinice (tabelul 17), s-a constatat că numărul de PC a corelat cu IMC, CT, CC, CT/CC ($p < 0,01$).

Tabelul 17. Interdependența numărului de PC cu date antropometrice și clinice

Index	Coeficientul de corelație (r)	P
IMC	0,416	<0,01
CT	0,345	<0,01
CC	0,312	<0,05
CT/CC	0,219	<0,05
DAPSA	0,141	>0,05
PASI	0,024	>0,05

În același timp, asocierea cu indicii de activitate ai APs și ai psoriazisului tegumentar nu a fost detectată ($p>0,05$) (figura 15).

**Figura 15. Corelația dintre numărul comorbidităților cu datele antropometrice și indicii activității de afectare tegumentară prin psoriazis (PASI) și ai artritei psoriazice (DAPSA)**

Frecvența patologiei comorbide (PC) la pacienții cu APs a fost de 77,2%, iar ≥ 2 PC – 60,9%. Nu s-au evidențiat diferențe semnificative între sexe sau între formele periferice și combinate de boală ($p>0,05$). Bolile musculo-scheletice (42,4%), cardiovasculare și digestive (câte 41,3%) au fost cele mai frecvente, hipertensiunea (38%) și OA (39,1%) predominând. Bolile autoimune au fost prezente la 11,9%, uveita (2,2%) și boala Crohn (1,1%) fiind manifestări extraarticulare. Deși obezitatea ($IMC > 30$) a fost întâlnită la 25%, 32,6% erau supraponderali, 65,2% cu CT crescut și 54,3% cu raport CT/CC crescut. PC s-a corelat semnificativ cu valorile crescute ale CT, CC și IMC ($p<0,01$).

Obezitatea și dislipidemia la pacienții cu APs

Dislipidemia, implicată în aterogeneză, a fost frecventă la pacienții cu APs și comorbidități CV. Colesterolul mediu în grupul fără comorbidități CV a fost $4,08 \pm 0,02$ mmol/l, semnificativ mai mic comparativ cu grupul cu comorbidități ($6,32 \pm 0,02$ mmol/l, $p<0,05$) (tabelul 18).

Tabelul 18. Repartiția valorilor indicilor metabolismului lipidic la pacienții cu APs

	Grupul 1 (n=36 pacienți fără acuze CV)	Grupul 2 (n=56 pacienți cu acuze CV)	
	(M $\pm$ m)	(M $\pm$ m)	p
Colesterol total, mmol/l	4,08 $\pm$ 0,02	6,32 $\pm$ 0,02	<0,05
LDL, mmol/l	3,38 $\pm$ 0,01	4,4 $\pm$ 0,03	<0,05
HDL, mmol/l	1,31 $\pm$ 0,002	1,15 $\pm$ 0,03	<0,05
TG, mmol/l	1,22 $\pm$ 0,001	1,97 $\pm$ 0,001	>0,05

Analiza corelativă Pearson a evidențiat o asocierie semnificativă între colesterol și hs-PCR ($r=0,97$; $p<0,001$), indicând impactul inflamației asupra metabolismului lipidic la pacienții cu APs. LDL a fost crescut în grupul cu comorbidități CV ($4,4\pm 0,03$; $p<0,05$), iar HDL s-a situat la limita inferioară a normalului. Trigliceridele au rămas în limite normale fără diferențe semnificative. Majoritatea parametrilor lipidici, cu excepția trigliceridelor, au corelat cu hs-PCR.

3.3. Analiza comparativă a incidenței și a prevalenței comorbidităților la pacienții cu artrită psoriazică și cu psoriazis cutanat

Prevalența comorbidităților a fost semnificativ mai mare în APs (77,2%) comparativ cu PSO (48,9%), iar comorbiditățile multiple au fost mai frecvente în APs (60,9% vs. 32,6%). OA a fost observată la 39,1% în APs și 19,6% în PSO (raport 1,99), iar guta la 3,3% vs. 1,1% (raport 3,00). HTA a avut o prevalență de 38% în APs și 19,6% în PSO (raport 1,94), iar ICC a fost prezentă la 6,5% și 3,3% (raport 1,97). Diabetul zaharat tip 2 a fost de două ori mai frecvent în APs (8,7% vs. 4,3%), la fel și obezitatea (25% vs. 13%, raport 1,92). Tiroidita autoimună a fost raportată la 5,4% în APs și 3,3% în PSO. Uveita a fost observată doar în APs (2,2%). Diferențele reflectă impactul sistemic mai profund al APs, cu o incidență a comorbidităților de 1,58 ori mai mare decât în PSO (tabelul 19).

Tabelul 19. Ponderea entităților nozologice comorbide la pacienții cu APs și PSO

Patologie	APs (n=92)	PSO(n=92)	Raport APs/PSO	p
Total comorbidități	77,2%	48,9%	1,58	<0,05
Osteoartrită (OA)	39,1%	19,6%	1,99	<0,05
Gută	3,3%	1,1%	3,00	<0,01
HTA	38%	19,6%	1,94	<0,05
ICC	6,5%	3,3%	1,97	<0,05
Diabet zaharat tip 2	8,7%	4,3%	2,02	<0,01
Tiroidită autoimună	5,4%	3,3%	1,64	<0,05
Obezitate	25%	13%	1,92	<0,05

Comorbiditățile sunt semnificativ mai frecvente în artrita psoriazică (APs) comparativ cu psoriazisul cutanat (PSO), cu o prevalență de 77,2% în APs față de 48,9% în PSO, ceea ce corespunde unui raport de 1,58. Diferențele sunt evidente în majoritatea categoriilor analizate. Osteoartrita a fost identificată la 39,1% dintre pacienții cu APs, comparativ cu 19,6% în PSO (raport 1,99), iar guta a fost prezentă la 3,3% vs. 1,1% (raport 3,00). Hipertensiunea arterială a fost întâlnită la 38% dintre pacienții cu APs și la 19,6% în PSO (raport 1,94), iar insuficiența cardiacă cronică la 6,5% față de 3,3% (raport 1,97). Diabetul zaharat tip 2 a fost diagnosticat la 8,7% în APs și 4,3% în PSO (raport 2,02). Tiroidita autoimună a avut o prevalență de 5,4% în APs și 3,3% în PSO (raport 1,64). Obezitatea (IMC >30 kg/m²) a fost mai frecventă în APs (25%) față de PSO (13%) (raport 1,92). Inflamația sistemică, dereglările metabolice și predispoziția autoimună mai marcate în APs explică aceste diferențe. Astfel, pacienții cu APs prezintă un risc crescut pentru boli cardiovasculare, metabolice și autoimune.

Prelucrarea comparativă a prevalenței comorbidităților între pacienții cu APs și PSO (figura 17) a permis vizualizarea proporțională a fiecărei categorii. Graficul radial (figura 16), cu axele reprezentând comorbidități specifice (OA, gută, HTA, ICC, diabet tip 2, tiroidită autoimună, obezitate), indică raporturile APs/PSO pe o scală 0–3. Valoarea 1 semnifică prevalență egală; valori >1 arată comorbidități mai frecvente în APs. Valori <1 nu au fost identificate.

Raportul de aproape 2,5 indică o prevalență globală a comorbidităților de 2,5 ori mai mare în APs față de PSO, sugerând o implicare sistemică mai severă. Pentru OA, raportul de ~2 reflectă afectarea musculo-scheletică mai frecventă în APs. Guta are un raport de ~1,5, indicând o prevalență crescută în APs, posibil legată de disfuncția metabolismului acidului uric. La HTA, raportul de ~2 arată dublarea prevalenței în APs, asociată cu inflamația sistemică și afectarea vasculară.

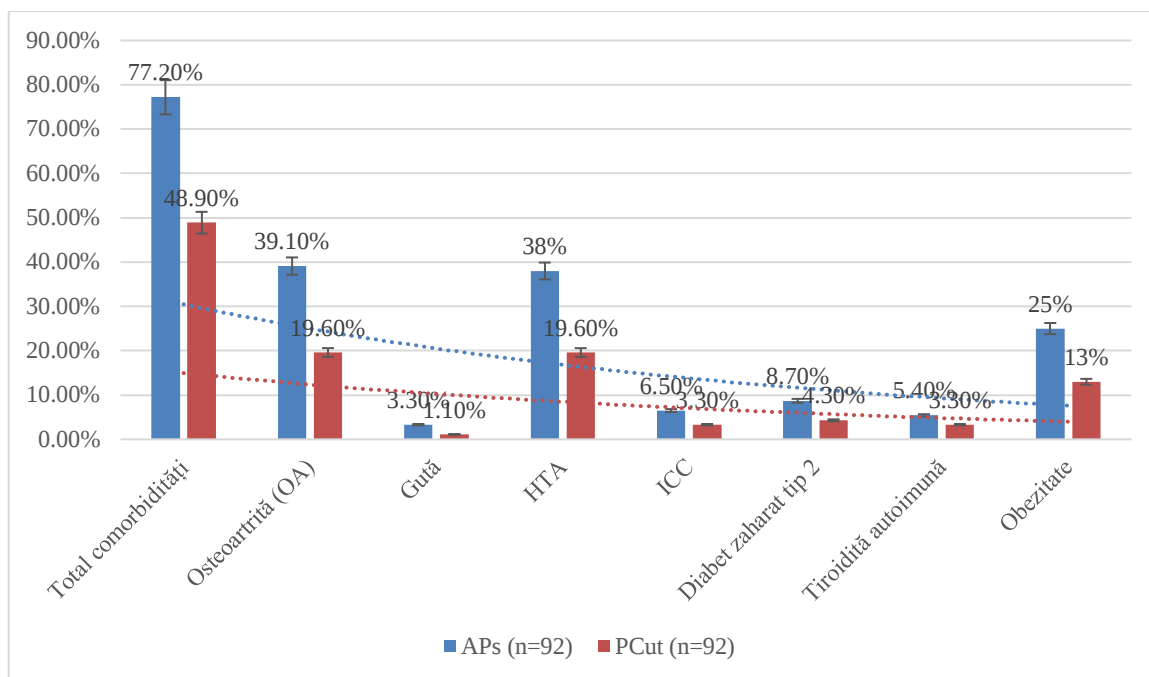


Figura 16. Prevalența comorbidităților la pacienții cu APs și PSO

Raportul pentru ICC este sub 2, dar semnificativ, indicând afectare cardiacă crescută în APs. La diabet tip 2, raportul de ~1,5 sugerează un risc metabolic crescut, posibil prin inflamație cronică. Tiroidita autoimună are un raport de ~1,8, reflectând o predispoziție autoimună mai accentuată în APs. La obezitate, raportul de ~2 indică o dublare a prevalenței, posibil legată de inflamația sistemică. Aceste date evidențiază o comorbiditate mai mare în APs comparativ cu PSO, subliniind severitatea APs și necesitatea unui management integrat.

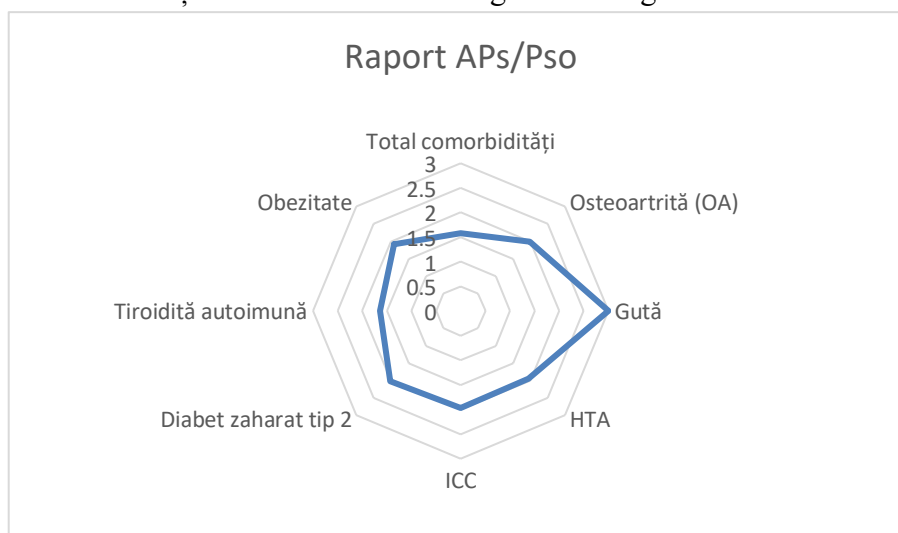


Figura 17. Distribuția comorbidităților în raport APs vs PSO

Comorbiditățile sunt semnificativ mai frecvente în APs decât în PSO. HTA (38%), OA (39,1%) și patologia hepatică (15,2%) predomină în APs, comparativ cu PSO (HTA și OA –

19,6%). Dislipidemia este mai severă în APs, cu colesterol total semnificativ mai crescut în APs cu comorbidități CV ($6,32 \pm 0,02$ mmol/l) față de cei fără ($4,08 \pm 0,02$ mmol/l, $p < 0,05$). LDL este mai mare în APs cu comorbidități ($4,4 \pm 0,03$ vs $3,38 \pm 0,01$ mmol/l, $p < 0,05$), iar HDL mai scăzut ($1,15 \pm 0,03$ vs $1,31 \pm 0,002$ mmol/l, $p < 0,05$). TG s-au menținut în limite normale, fără diferențe semnificative. În PSO, dislipidemia este mai puțin marcată.

Obezitatea este mai prevalentă în APs (25%) decât în PSO (13%), iar supraponderalitatea este de asemenea mai frecventă. Colesterolul total, LDL și HDL au corelat semnificativ cu hs-CRP ($r = 0,97$; $p < 0,001$), indicând influența inflamației sistemice asupra dislipidemie. TG nu au arătat corelații semnificative. Aceste date confirmă impactul inflamației cronice din APs asupra metabolismului lipidic și necesitatea unui management intensiv al riscurilor cardiovasculare comparativ cu PSO.

3.4. Studiul calității vieții la pacienții cu artrită psoriazică

Rezultatele impactului asupra calității vieții prin chestionarul PsAQoL

Chestionarul PsAQoL este un instrument validat pentru evaluarea calității vieții la pacienții cu artrită psoriazică (APs), reflectând impactul fizic, emoțional și social al bolii. Studiul a inclus 50 de pacienți (52% femei), cu vârste între 23,1 și 66,5 ani. Durata medie a bolii a fost de 8,3 ani. Majoritatea pacienților (54%) au raportat severitate medie a bolii, iar 26% au perceput starea de sănătate ca fiind rea. La momentul evaluării, 54% se aflau în exacerbaria simptomelor. Consistența internă a PsAQoL a fost ridicată (α Cronbach = 0,87), iar reproductibilitatea excelentă ($r = 0,95$). Corelațiile cu SF-36 au fost puternice: cu starea generală de sănătate (-0,68), vitalitate (-0,61), funcționare socială (-0,58), sănătate mintală (-0,56), funcționare fizică (-0,53) și durere (-0,47), confirmând sensibilitatea PsAQoL la dimensiunile psihosociale și fizice ale calității vieții. Analiza scorurilor PsAQoL în funcție de sex și vârstă nu a arătat diferențe semnificative ($p > 0,05$). Mediana scorului la bărbați a fost 8 (IQR 4,8–11,5), iar la femei 10 (IQR 5–13,8), fără diferențe statistice ($p = 0,55$). Rezultatele susțin utilizarea PsAQoL ca instrument fiabil în evaluarea calității vieții în APs, indiferent de sex și vârstă (tabelul 23).

Tabelul 23. Valori medii ale PsAQoL în funcție de sex și vârstă

Index	n	Mediană (domeniu de aplicare interquartile)
Sex		
Bărbați	26	8 (4,8 – 11,5)
Femei	24	10 (5 – 13,8)
p		0,55
Vârstă		
Sub mediană	25	8 (4,5 – 11,5)
Peste mediană	25	9 (5 – 13,5)

Analiza scorurilor PsAQoL în funcție de vârstă, împărțind pacienții în două grupuri față de mediana vârstei, a arătat mediane similare: 8 (IQR 4,5–11,5) sub mediană și 9 (IQR 5–13,5) peste mediană, fără diferențe semnificative statistice ($p > 0,05$), ceea ce sugerează că vârsta nu influențează percepția calității vieții. Pentru a analiza influența percepției severității bolii și a stării generale de sănătate asupra PsAQoL, pacienții au fost grupați în funcție de aceste variabile. Datele evidențiază scoruri semnificativ mai mari la cei care și-au perceput boala ca „severă/foarte severă” comparativ

cu „ușoară/moderată” ($p < 0,05$). De asemenea, pacienții cu stare generală „satisfăcătoare/rău” au obținut scoruri PsAQoL semnificativ mai mari decât cei cu stare „bună/excelentă” ($p < 0,01$), demonstrând impactul subiectiv major al bolii. Figura 20 arată o consistență internă ridicată a PsAQoL (Cronbach $\alpha > 0,8$) și o reproductibilitate excelentă (test-retest), validând utilizarea instrumentului pentru monitorizarea longitudinală. Aceste date susțin relevanța PsAQoL în evaluarea impactului bolii și justifică integrarea lui în managementul clinic personalizat.

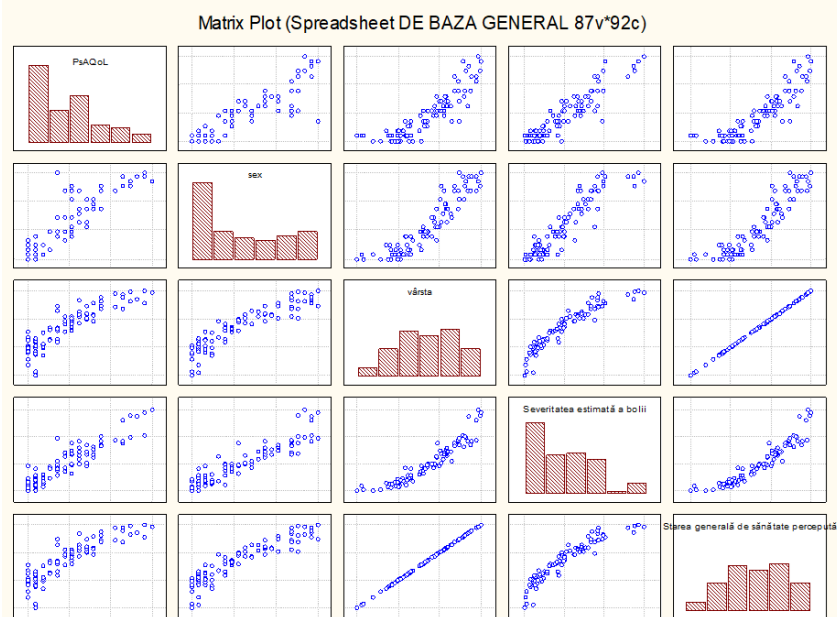


Figura 20. Coeficienții de corelare C-Alpha pentru PsAQoL indică faptul că chestionarul este conjugat în mod adecvat

Corelațiile moderate dintre PsAQoL și SF-36 indică faptul că cele două instrumente evaluează aspecte complementare ale calității vieții: PsAQoL se concentrează pe impactul specific al APs, iar SF-36 pe starea generală de sănătate. Figura 20 confirmă validitatea versiunii românești a PsAQoL, evidențiind consistența și sensibilitatea sa în diferențierea pacienților în funcție de severitatea percepută a bolii și de starea generală de sănătate. Aceste calități susțin utilizarea PsAQoL în cercetare și practică clinică pentru o evaluare precisă a calității vieții la pacienții cu APs.

Calitatea vieții pacienților cu artrită psorizică

Pentru evaluarea calității vieții în APs s-au utilizat instrumente validate: HAQ-DI, DLQI, SF-36, FACIT-F și PsAQoL. Scorurile DLQI au arătat un impact variabil al psoriazisului: 23,9% dintre pacienți nu au raportat influență asupra calității vieții, 27,2% au indicat un impact mic, 23,9% moderat, 18,5% foarte mare și 6,5% extrem.

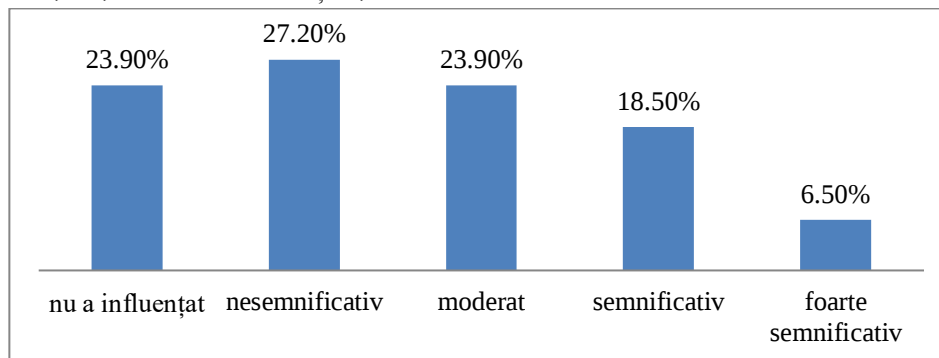


Figura 21. Efectul psoriazisului asupra calității vieții pacienților cu APs, conform chestionarului DLQI

Figura 21 ilustrează aceste distribuții, evidențiind necesitatea unei abordări personalizate care să țină cont de severitatea percepută și de componentele psiho-sociale ale bolii. Analiza corelațiilor DLQI a arătat o deteriorare a calității vieții odată cu creșterea activității psoriazisului și a severității onihodistrofiei: PASI ($r = 0,457$, $p < 0,01$), NAPSİ ($r = 0,543$, $p < 0,01$). DLQI s-a asociat și cu entezita clinică: MASES ($r = 0,22$, $p = 0,04$), SPARCC ($r = 0,306$, $p < 0,01$), numărul entezelor dureroase ($r = 0,34$, $p < 0,01$). Nu s-au constatat corelații semnificative cu DAPSA, markerii de inflamație (VSH, hs-PCR) sau parametrii ecografici ($p > 0,05$).

Scorurile componentelor fizică și mintală din SF-36 au corelat cu DAPSA, numărul entezelor dureroase, scorurile LEI, MASES, SPARCC și VSH ($p < 0,05$), fără corelație cu datele imagistice, vârstă, durata bolii sau scorurile PASI ($p > 0,05$). HAQ-DI a evidențiat o funcționare fizică relativ conservată: 67,4% dintre pacienți au avut insuficiență minimă, 29,3% moderată și 3,3% severă. Majoritatea au raportat realizarea activităților zilnice cu dificultate mică (68,5%), iar 31,5% fără dificultate.

HAQ-DI a corelat semnificativ cu DAPSA ($r = 0,524$, $p < 0,01$), durata APs ($r = 0,295$, $p < 0,01$), vârstă ($r = 0,247$, $p < 0,05$), VSH ($r = 0,396$, $p < 0,01$), entezita clinică: LEI ($r = 0,319$, $p < 0,01$), MASES ($r = 0,470$, $p < 0,01$), SPARCC ($r = 0,299$, $p < 0,01$) și numărul entezelor dureroase ($r = 0,38$, $p < 0,01$). Fatigabilitatea (FACIT-F < 34) a fost prezentă la 50% dintre pacienți, iar fatigabilitatea severă (< 20 puncte) la 3,3%. Aceste date evidențiază un impact funcțional și subiectiv semnificativ al APs, corelat cu activitatea bolii și inflamația sistemică.

Analiza fatigabilității în APs a arătat corelații semnificative cu durata bolii (psoriazis: $r = -0,228$; APs: $r = -0,273$), severitatea inflamației articulare și entezice (NAD/14: $r = -0,426$; NAT/14: $r = -0,274$), DAPSA ($r = -0,394$), LEI ($r = -0,256$), MASES ($r = -0,345$), SPARCC ($r = -0,332$) și numărul entezelor dureroase ($r = -0,37$) ($p < 0,05$). Aceste date subliniază influența oboselii asupra calității vieții, corelată cu inflamația sistemică (figura 24). Scorurile PsAQoL au crescut odată cu DAPSA ($r = 0,402$), durata APs ($r = 0,231$), LEI ($r = 0,359$), MASES ($r = 0,478$), SPARCC ($r = 0,394$), numărul entezelor dureroase ($r = 0,423$), VSH ($r = 0,244$), NAPSİ ($r = 0,258$), fatigabilitate ($r = 0,605$) și afectarea funcțională (HAQ-DI: $r = 0,679$) ($p < 0,05$). În grupul cu afectare axială, scorurile HAQ-DI ($p = 0,017$) și PsAQoL ($p < 0,05$) au fost semnificativ mai mari decât în artrita periferică izolată.

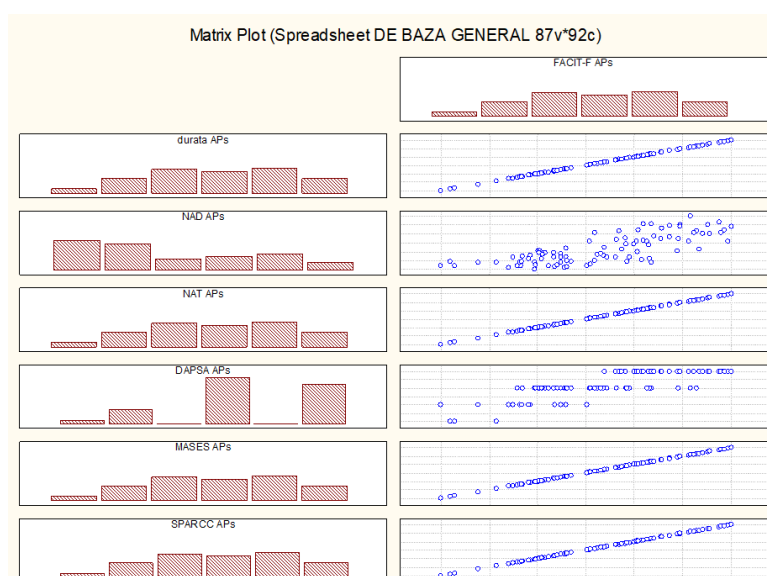


Figura 24. Corelarea datelor conform chestionarului FACIT-F cu indicii clinici ai activității bolii

Numărul crescut de comorbidități s-a asociat cu o calitate a vieții mai slabă: starea generală de sănătate (SF-36: $r = -0,25$), HAQ-DI ($r = 0,242$), PsAQoL ($r = 0,214$) ($p < 0,05$). Nu s-au observat asocieri între scorurile calității vieții și parametrii ecografici (numărul sinovitelor, entezitelor, entezelor vascularizate sau cu dereglări structurale) sau scorurile GUESS, MASEI, SEI, BUSES ($p > 0,05$). DLQI a corelat cu activitatea psoriazisului (PASI: $r = 0,457$; NAPSİ: $r = 0,543$) și entezopatia clinică (MASES, SPARCC, număr de enteze dureroase) ($p < 0,01$). Majoritatea pacienților au prezentat insuficiență funcțională minimă sau moderată, corelată cu DAPSA, durata APs, vârsta, VSH și entezita clinică. Fatigabilitatea (FACIT-F < 34) a fost prezentă la 50% dintre pacienți și s-a asociat cu activitatea bolii și severitatea entezopatiei.

Astfel, calitatea vieții în APs este influențată semnificativ de activitatea clinică, fatigabilitate, afectarea funcțională și comorbidități, în timp ce datele ecografice nu au demonstrat corelații relevante.

Calitatea vieții pacienților cu APs și cu PSO

Calitatea vieții (DLQI)

DLQI a aratat diferente clare între grupuri: în APs, doar 23,9% nu au fost afectați, fata de 44,6% în PSO. În schimb, 24% din pacienții cu APs au raportat afectare moderată și 24% afectare mare sau extrem de mare, comparativ cu doar 5% în PSO. În APs, DLQI a corelat cu PASI ($r = 0,457$), NAPSİ ($r = 0,543$) și SPARCC ($r = 0,306$) ($p < 0,01$).

Funcționarea fizică (HAQ-DI)

Dizabilitatea fizică a fost mai frecventă în APs: insuficiența moderată sau severă la 32,6% vs. 15,2% în PSO. HAQ-DI a corelat cu DAPSA ($r = 0,524$), vârsta ($r = 0,247$), durata bolii ($r = 0,295$) ($p < 0,05$). În PSO, aceste corelații au fost nesemnificative.

Fatigabilitatea (FACIT-F)

Fatigabilitatea moderată a fost raportată de 50% din pacienții APs (vs. 30,4% în PSO), iar forma severă la 3,3% (vs. 1,1%). Corelații negative semnificative au fost găsite în APs cu durata bolii ($r = -0,273$), DAPSA ($r = -0,394$) și SPARCC ($r = -0,332$) ($p < 0,01$).

Sanătatea fizică și mintală (SF-36)

Componenta fizică și mintală a fost mai afectată în APs. În APs, scorurile SF-36 au corelat semnificativ cu DAPSA, SPARCC și VSH ($p < 0,05$). În PSO, nu s-au înregistrat corelații cu acești parametri.

Calitatea vieții specifică APs (PsAQoL)

Scorurile PsAQoL au fost mai mari în APs și au corelat cu DAPSA ($r = 0,402$), entezita (LEI, MASES, SPARCC), fatigabilitatea (FACIT-F, $r = 0,605$), VSH ($r = 0,244$) și NAPSİ ($r = 0,258$) ($p < 0,05$). În PSO, PsAQoL a fost relativ constant și puțin influențat de acești factori.

Impactul comorbidităților

În APs, numărul de comorbidități a influențat negativ HAQ-DI ($r = 0,242$), SF-36 ($r = -0,25$) și PsAQoL ($r = 0,214$) ($p < 0,05$). În PSO, aceste corelații au fost slabe și nesemnificative.

Pacienții cu APs prezintă afectare semnificativ mai mare a calității vieții fata de PSO. Diferențele sunt influențate de activitatea bolii, entezita, fatigabilitate, comorbidități și markerii inflamatori. În PSO, afectarea este mai localizată și influențată în special de leziunile cutanate. Se recomandă abordare multidisciplinară și tratament personalizat pentru pacienții cu APs, axat pe controlul inflamației și suport psihosocial.

3.5. Relația patologiei comorbide cu parametrii clinici, de laborator și ecografici ai activității artritei psoriazice și ai calității vieții

Comorbiditățile influențează evoluția APs, afectând activitatea bolii și calitatea vieții. În acest subcapitol, pacienții au fost împărțiți în două grupuri: 1a (0–1 comorbiditate; n=37) și 1b (≥ 2 comorbidități; n=55). Date demografice și antropometrice: grupul 1b include pacienți mai vârstnici, cu durată mai lungă a psoriazisului, IMC, CC și CT mai mari ($p < 0,05$). Date clinice: NAD/14 a fost mai mare în grupul 1b ($p < 0,05$); entezita clinică nu a diferit între grupuri ($p > 0,05$). Markeri de inflamație (VSH, hs-PCR): fără diferențe semnificative ($p > 0,05$). Ecografie: grupul 1b a avut mai multe sinovite ($p < 0,01$) și sinovite vascularizate ($p < 0,05$), precum și un număr mai mare de entezite ($p < 0,01$); scorurile ecografice globale nu au diferit ($p > 0,05$). Calitatea vieții: nu s-au observat diferențe în FACIT-F, DLQI, HAQ-DI, componentele fizică și mintală SF-36 ($p > 0,05$). Însă, scorurile de sănătate generală (SF-36) și PsAQoL au fost semnificativ mai slabe în grupul 1b ($p < 0,01$) (tabelul 26). Prezența a două sau mai multe comorbidități (PC) la pacienții cu artrită psoriazică (APs) a fost asociată cu vârsta mai înaintată, indicele de masă corporală (IMC), circumferința taliei (CT) și a coapselor (CC) semnificativ crescute ($p < 0,05$). Din punct de vedere clinic, scorul NAD/14 a fost mai mare în rândul pacienților cu ≥ 2 PC ($p < 0,05$), iar evaluările ecografice au evidențiat un număr crescut de entezite fără semnal Doppler ($p < 0,05$), sinovite ($p < 0,01$) și sinovite vascularizate ($p < 0,01$), comparativ cu pacienții cu 0–1 comorbiditate.

Tabelul 26. Compararea calității vieții în grupuri în funcție de numărul de PC

Parametru	Grupul 1a (n=37)	Grupul 1b (n=55)	Criteriul U Mann Witney	P
DLQI	6 (1;12)	4,5 (2;8,3)	869	$>0,05$
SF-36: Componenta psihologică a sănătății	38,2 (31,7;47,2)	35,3 (28,5;43,3)	837,5	$>0,05$
Vitalitate	50 (40;60)	45 (40;50)	789	$>0,05$
Funcționarea socială	62,5 (50;75)	62,5 (37,5;75)	906,5	$>0,05$
Rolul de funcționare datorita stării emoționale	33,3 (0;100)	33,3 (0;100)	887,5	$>0,05$
Sănătatea mintală	56 (52;68)	56 (48;68)	833,5	$>0,05$
SF-36: Componenta fizică a sănătății	40,2 (35,1;48,3)	40,7 (35;48,3)	959,5	$>0,05$
Funcționarea fizică	55 (40;80)	45 (30; 65)	769,5	$>0,05$
Funcționarea fizică bazală	25 (0;100)	25 (0;100)	914	$>0,05$
Intensitatea durerii	41 (22,2;61)	41 (22;51)	891	$>0,05$
Stare generală de sănătate	47 (37;57)	40 (35;50)	612,5	$<0,01$
HAQ-DI	0,6 (0;1,1)	0,9 (0,4;1,4)	789	$>0,05$
FACIT-F	15 (11;24)	17 (13;24)	888,5	$>0,05$
PsAQoL	5 (3; 9)	10 (5; 13)	647,5	$<0,01$

Notă. Datele sunt prezentate ca ME (percentile 25-75)

La evaluarea calității vieții, pacienții cu multiple comorbidități au raportat o stare generală de sănătate mai deteriorată conform scalei generale din SF-36 ($p < 0,01$). În plus, scorurile PsAQoL au fost semnificativ mai mari ($p < 0,01$), în ciuda lipsei diferențelor în ceea ce privește activitatea

bolii (DAPSA) sau durata APs, ceea ce reflectă un impact negativ al comorbidităților asupra calității vieții specifice APs.

Analiza prin regresie liniară simplă a confirmat că fiecare comorbiditate suplimentară a fost asociată cu o creștere de 0,21 puncte în scorul NAD/14 ($\beta=0,217$; $p<0,05$), 0,28 entezite dureroase ($\beta=0,281$; $p<0,01$), precum și o creștere semnificativă a indicilor LEI ($\beta=0,24$; $p<0,05$) și MASES ($\beta=0,37$; $p<0,01$). Ecografic, s-a observat că o creștere cu 1 PC a fost asociată cu un număr crescut de entezite ($\beta=0,269$; $p=0,01$), sinovite totale ($\beta=0,254$; $p=0,015$) și sinovite confirmate ecografic ($\beta=0,247$; $p=0,018$). În ceea ce privește calitatea vieții, o comorbiditate suplimentară a determinat o creștere a scorului HAQ-DI cu 0,222 puncte ($p=0,034$) și a scorului PsAQoL cu 0,211 puncte ($p=0,044$).

În concluzie, numărul comorbidităților influențează semnificativ atât parametrii clinici (activitatea articulară și entezită), cât și parametrii ecografici și scorurile legate de calitatea vieții. Aceste rezultate subliniază rolul determinant al patologiei comorbide în agravarea severității bolii și a stării funcționale la pacienții cu APs.

4. COMORBIDITĂȚI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ

Pacienții cu APs, aflați în plină perioadă activă a vieții, necesită o evaluare precoce a comorbidităților, activității bolii și calității vieții. Studiul nostru a confirmat impactul semnificativ al APs asupra stării generale de sănătate, subliniind incidențe crescute ale hipertensiunii arteriale (38%), obezității (25%), bolilor gastrointestinale (41,3%) și musculoscheletale (42,4%). Aceste prevalențe se aliniază cu datele din metaanalize recente, deși incidența patologiei digestive a fost mai redusă comparativ cu alte studii, probabil din cauza vârstei mai tinere a eșantionului nostru. Unele cercetări au raportat chiar o scădere globală a afectării gastrointestinale la pacienții cu boli reumatice [4, 8, 12, 19].

Osteoartrita (OA), raportată la 39,1% dintre pacienții noștri, a fost mai puțin frecventă comparativ cu datele raportate în cohorta spondiloartritică (60,1%) [10, 14, 17, 24], posibil prin prisma vârstei mai mici și a absenței simptomatologiei OA. De remarcat, supraponderalitatea a fost prezentă la 33,3% dintre pacienți, iar raportul între circumferința taliei și a șoldurilor crescut în 57,1% din cazuri. Odată cu creșterea indicelui IMC, CT și CC, a fost observată o creștere semnificativă a numărului de comorbidități ($p<0,01$), confirmând asocierea obezității cu un risc metabolic crescut și cu inflamația sistemică, așa cum a fost descris și de alte studii [9, 16, 21, 27].

Diferențele între pacienții tineri și cei de vârstă mijlocie arată o creștere semnificativă a comorbidităților transnosologice odată cu vârsta ($p<0,05$), dar fără diferențe cronologice ($p>0,05$), sugerând o relație patogenetică cu evoluția APs. Interesant, prezența leziunilor axiale nu a influențat numărul comorbidităților, în ciuda faptului că pacienții cu afectare axială au prezentat o durată mai lungă a bolii ($p=0,013$), activitate mai crescută (DAPSA), inflamație sistemică (hs-CRP, $p<0,05$) și afectare unghială mai severă (NAPSI, $p<0,01$).

Examinarea ecografică a permis identificarea frecventă a sinovitei și entesitei subclinice, sinovita fiind prezentă ecografic la 17,7% vs. doar 4,7% clinic ($p<0,01$), iar entezita ecografică la 13,3% vs. 7,7% clinic ($p<0,001$). Aceste diferențe confirmă rezultatele din literatura de specialitate [1, 6, 17, 29] și susțin nevoia includerii USG în evaluarea de rutină a pacienților cu APs. Similar altor studii [7, 11, 24], s-a observat o frecvență mai mare a sinovitei și entesitei la nivelul membrelor inferioare, fapt ce poate fi explicat prin teoria stresului biomecanic [9, 15, 26].

USG nu a evidențiat o asociere semnificativă între scorurile DAPSA și modificările inflamatorii, susținând ipoteza complementară dintre evaluarea clinică și ecografică [13, 15, 19,

25]. Corelațiile dintre entezita și sinovita clinică și ecografică susțin teoria complexului sinovial-entezial [14, 15, 18, 26]. S-a observat o asociere moderată între scorurile clinice și scorurile ecografice (SPARCC-SEI: $r=0,215$; SPARCC-GUESS: $r=0,249$), dar cu limitări în ceea ce privește suprapunerea acestora.

Numărul de sinovite și entezite a crescut cu vârsta ($r=0,387$ și $r=0,425$), iar aceste modificări nu s-au corelat cu DAPSA sau cu VSH/hs-CRP, sugerând un rol al proceselor degenerative asociate vârstei. În schimb, entezitele vascularizate s-au corelat cu markerii inflamatori ($p<0,01$), dar nu cu vârsta sau activitatea clinică, sugerând că vascularizația entezitelor este un marker de inflamație activă și nu de degenerescență.

Comparativ SMI vs. Power-Doppler, tehnica SMI a detectat mai frecvent entezite vascularizate (33,3% vs. 17,1%, $p<0,001$), confirmând datele privind sensibilitatea superioară a acestei metode [11, 27, 29]. Pentru sinovita articulară, diferențele între metode nu au fost semnificative (52,6% vs. 44,4%), probabil datorită calibrului vascular mai mare în aceste structuri. Kappa a indicat o consistență ridicată între metode pentru sinovită ($k=0,806$), dar moderată pentru entezită ($k=0,504$).

Evaluarea calității vieții prin PsAQoL a confirmat validitatea acestuia, având o consistență internă înaltă (Cronbach $\alpha = 0,87$) și reproductibilitate excelentă ($r=0,95$). PsAQoL a diferențiat clar pacienții după severitatea bolii, afectarea entezitelor, fatigabilitate (FACIT-F), dizabilitate (HAQ-DI) și nivelul inflamației sistemice. Asocierea scorurilor PsAQoL cu DAPSA, LEI, SPARCC, NAPSİ și VSH confirmă impactul combinat al factorilor clinici și inflamatori asupra calității vieții.

Pacienții cu înalt număr de comorbidități ($PC \geq 2$) au avut o stare de sănătate mai deteriorată (SF-36, $p<0,01$) și scoruri PsAQoL semnificativ mai ridicate ($p<0,01$), fără a avea o activitate mai crescută a bolii (DAPSA). Această observație sugerează influența independentă a comorbidităților asupra percepției calității vieții. Analiza de regresie a confirmat că fiecare comorbiditate suplimentară a fost asociată cu creșteri ale NAD/14, LEI, MASES și scorurilor HAQ-DI și PsAQoL ($p<0,05$), susținând contribuția cumulativă a acestora la afectarea funcțională și percepția negativă asupra sănătății.

Prin urmare, datele obținute susțin complexitatea APs ca afecțiune sistemică, unde inflamația subclinică, entezita activă, comorbiditățile asociate și vârsta influențează semnificativ calitatea vieții. Includerea tehnicilor imagistice moderne și a chestionarelor validate, precum PsAQoL, permite o evaluare mai nuanțată și o abordare personalizată a pacienților cu APs.

CONCLUZII

1. Caracteristicile clinice au arătat o frecvență semnificativ mai mare a sinovitei și a entezitei la nivelul membrelor inferioare comparativ cu cele superioare ($p<0,01$). Examenul clinic a evidențiat manifestări inflamatorii articulare și periarticulare semnificative, însă corelațiile cu parametrii activității bolii au variat în dependență de prezența comorbidităților, însă fără o asociere clară între intensitatea simptomelor și severitatea inflamației ($p>0,05$).
2. Scorurile clinice (NAD/14, NAT/14, LEI, MASES, SPARCC) au corelat semnificativ cu parametrii ecografici (numărul sinovitelor și al entezitelor) și markerii inflamatori de laborator (hs-CRP, VSH). Indicele DAPSA a fost asociat cu scorurile clinice ale entezitei, dar nu a prezentat o corelație semnificativă cu datele ecografice ($p>0,05$). Creșterea valorilor VSH și hs-CRP a fost asociată cu severitatea inflamației sistemice și activitatea bolii ($p<0,01$).

3. Numărul comorbidităților a corelat semnificativ cu indicatorii antropometrici (IMC, CT, CC) ($p < 0,01$), dar nu a avut o asociere cu activitatea bolii (DAPSA, PASI) sau parametrii ecografici ai inflamației ($p > 0,05$). Prezența hipertensiunii arteriale și a dislipidemiei a fost mai frecventă la pacienții cu APs, subliniind legătura între inflamația sistemică și riscul cardiovascular.
4. Comorbiditățile, în special hipertensiunea arterială și obezitatea, au fost asociate cu o deteriorare semnificativă a calității vieții, măsurată prin PsAQoL și SF-36 ($p < 0,05$). Pacienții cu mai multe comorbidități au raportat scoruri semnificativ mai mari ale PsAQoL, indicând o percepție negativă asupra vieții cotidiene.
5. Funcționarea fizică (HAQ-DI) și fatigabilitatea (FACIT-F) au fost, semnificativ, mai afectate pe măsură ce numărul comorbidităților a crescut ($p < 0,01$). Componenta mintală a sănătății (SF-36) a fost mai puternic influențată de severitatea bolii și de numărul de comorbidități decât de factorii clinici specifici artritei ($p < 0,05$).
6. Pacienții cu afectare axială au prezentat scoruri DAPSA mai mari și severitate mai ridicată a onihodistrofiei psoriazice (NAPSI) comparativ cu cei cu artrită periferică izolată ($p < 0,01$). Parametrii ecografici n-au evidențiat diferențe semnificative între grupuri, dar calitatea vieții (HAQ-DI, PsAQoL) a fost semnificativ mai redusă la pacienții cu implicare axială ($p < 0,05$).

RECOMANDĂRI PRACTICE

1. Monitorizarea clinică și ecografică: Evaluarea periodică a sinovitei și a entezitei, utilizând examinarea clinică, dar și ultrasonografia (inclusiv Power Doppler). Scorurile clinice, precum DAPSA și markerii inflamatori (VSH, hs-PCR), trebuie utilizate pentru ghidarea terapiei.
2. Abordarea comorbidităților: Screening cardiovascular regulat, cu monitorizarea tensiunii arteriale și profilului lipidic. Managementul greutatei corporale și a diabetului zaharat prin intervenții dietetice și exerciții fizice. Monitorizarea funcției hepatice la pacienții cu risc de toxicitate medicamentoasă.
3. Îmbunătățirea calității vieții: Evaluarea calității vieții prin instrumente standardizate precum PsAQoL și SF-36. Accesul la consiliere psihologică și programe de educație pentru pacienți privind managementul durerii și al inflamației.
4. Abordarea multidisciplinară: Colaborarea între reumatologi, dermatologi, cardiologi și alți specialiști pentru un management integrat al bolii. Planuri terapeutice individualizate, care să includă prevenția complicațiilor și îngrijirea holistică.

BIBLIOGRAFIE

1. AYDIN, S., BAYINDIR, M., OKSUZ, A., et al. FRI0476 comorbidities in psoriatic arthritis: patient education counts. In: *Ann Rheum Dis.* 2016;75(Suppl 2):610–611.
2. BAVIÈRE, W., DEPREZ, X., HOUVENAGEL, E., et al. Association between comorbidities and quality of life in psoriatic arthritis: results from a multicentric cross-sectional study. In: *J Rheumatol.* 2020;47:369–376. doi: 10.3899/jrheum.181471.
3. BILAL, J., MALIK, S.U., RIAZ, et al. Psoriasis and psoriatic spectrum disease: a primer for the primary care physician. In: *Am J Med.* 2018;131:1146–1154. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.05.013.

4. BOEHNCKE, W.H., BOEHNCKE, S., TOBIN, et al. The 'psoriatic march': a concept of how severe psoriasis may drive cardiovascular comorbidity. In: *Exp Dermatol*. 2011;20:303–7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2011.01261.x>.
5. COOK, M.J., BELLOU, E., BOWES, J., et al. The prevalence of co-morbidities and their impact on physical activity in people with inflammatory rheumatic diseases compared with the general population: results from the UK Biobank. In: *Rheumatology*. 2018;57:2172–2182. doi: 10.1093/rheumatology/key224.
6. DAÏEN, C.I., TUBERY, A., BEURAI-WEBER, M., et al. Relevance and feasibility of a systematic screening of multimorbidities in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. In: *Joint Bone Spine*. 2019;86:49–54.
7. FERNÁNDEZ-CARBALLIDO, C., MARTÍN-MARTÍNEZ, M.A., GARCÍA-GÓMEZ, C., et al. Impact of comorbidity on physical function in patients with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis attending rheumatology clinics. Results from the cardiovascular in rheuMATology (CARMA) study. In: *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Apr 29. doi:10.1002/acr.23910
8. GLADMAN, D., ANG, M., SU, L., TOM, B., SCHENTAG, C., FAREWELL, V. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis. In: *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1131–5. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.094839>.
9. GONȚA, L. Riscul cardiovascular la pacienții cu artrita psoriazică. In: *Anale științifice ale USMF "Nicolae Testemițanu"*. Ed. a 13-a. Chișinău: CEP Medicina, 2012, Vol. 3: Probleme actuale în medicina internă, pp.101-108. <http://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/1911>
10. GROPPA, L., RUSSU, E., POPA, S., et al. Artrita psoriazică la adult: protocol clinic național PCN-295. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova. Chișinău. 2018, 34 p. <http://89.32.227.76/public/info/Ghid/protocols/reumatologie/adult14/pcn295/> <http://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/10654>
11. HAQUE, N., LORIES, R.J., DE VLAM, K. Comorbidities associated with psoriatic arthritis compared with non-psoriatic spondyloarthritis: a cross-sectional study. In: *J Rheumatol*. 2016;43:376–382.
12. HAROON, M., FITZGERALD, O. Psoriatic arthritis: complexities, comorbidities and implications for the clinic. In: *Exp Rev Clin Immunol*. 2016;12:405–416.
13. HUSNI, M.E. Comorbidities in psoriatic arthritis. In: *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41:677–98. <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2015.07.008>.
14. HUSTED, J.A., THAVANESWARAN, A., CHANDRAN, V., GLADMAN, D.D. Incremental effects of comorbidity on quality of life in patients with psoriatic arthritis. In: *J Rheumatol*. 2013;40:1349–1356. doi: 10.3899/jrheum.121500.
15. KAINE, J., SONG, X., KIM, G., et al. Higher incidence rates of comorbidities in patients with psoriatic arthritis compared with the general population using U.S. administrative claims data. In: *J Manag Care Spec Pharm*. 2019;25:122–132.
16. KAVANAUGH, A., PAPP, K., GOTTLIEB, A., et al. Demography, baseline disease characteristics, and treatment history of psoriasis patients with self-reported psoriatic arthritis enrolled in the PSOLAR registry. In: *BMC Rheumatol*. 2018;2:29. doi: 10.1186/s41927-018-0034-7.
17. LOZA, E., JOVER, J.A., RODRIGUEZ, L., et al. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. In: *Semin Arthritis Rheum*. 2009;38:312–319.

18. LUBRANO, E., SCRIFFIGNANO, S., AZUAGA, A.B., et al. Impact of comorbidities on disease activity, patient global assessment, and function in psoriatic arthritis: a cross-sectional study. In: *Rheumatol Ther*. 2020. doi:10.1007/s40744-020-00229-0.
19. LUBRANO, E., SCRIFFIGNANO, S., PERROTTA, F.M. Psoriatic arthritis, psoriatic disease, or psoriatic syndrome? In: *J Rheumatol*. 2019;46:1428–1430.
20. MOLTÓ, A., NIKIPHOROU, E. Comorbidities in spondyloarthritis. In: *Front Med*. 2018;12(5):62. doi: 10.3389/fmed.2018.00062.
21. NIKIPHOROU, E., RAMIRO, S., VAN DER HEIJDE, D., et al. Association of comorbidities in spondyloarthritis with poor function, work disability, and quality of life: results from the assessment of spondyloarthritis international society comorbidities in spondyloarthritis study. In: *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70:1257–1262.
22. RUSSU, E. Diagnosticul artritei psoriazice precoce – provocări clinice. In: *Arta Medica*. 2023, nr. 2(87), pp. 20-25. ISSN 1810-1852. doi: 10.5281/zenodo.8212794 <http://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/25219>
23. RUSSU, E., CAZAC, V., CHIȘLARI, L., et al. Ultrasound can detects occult enthesal involvement in early psoriatic arthritis. In: *Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea USMF „Nicolae Testemițanu”*, 21-23 octombrie 2020: Abstract book. Chișinău: [s. n.], 2020, p. 257. <http://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/15015>
24. SCRIFFIGNANO, S., PERROTTA, F.M., DE SOCIO, A., et al. Role of comorbidities in spondyloarthritis including psoriatic arthritis. In: *Clin Rheumatol*. 2019;38:3–10.
25. SHAH, K., PARIS, M., MELLARS, .L, et al. Real-world burden of comorbidities in US patients with psoriatic arthritis. In: *RMD Open*. 2017;3(2):e000588.
26. VILLANI, A.P., ROUZAUD, M., SEVRAIN, M., et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: systematic review and meta-analysis. In: *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(2):242–248.
27. WIJLHUIZEN, G.J., PERENBOOM, R.J., GARRE, F.G., et al. Impact of multimorbidity on functioning: evaluating the ICF core set approach in an empirical study of people with rheumatic diseases. In: *J Rehabil Med*. 2012;44:664–668.
28. ZHAO, S.S., MILLER, N., HARRISON, N., et al. Systematic review of mental health comorbidities in psoriatic arthritis. In: *Clin Rheumatol*. 2020;39:217–225. doi: 10.1007/s10067-019-04734-8.
29. ZHAO, S.S., ROBERTSON, S., REICH, T., et al. Prevalence and impact of comorbidities in axial spondyloarthritis: systematic review and meta-analysis. In: *Rheumatology*. 2020;59:iv47–iv57. doi: 10.1093/rheumatology/keaa246.

ADNOTARE

Dutca Lucia „Comorbidități în artrita psoriazică”.
Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2025.

Structura tezei. Lucrarea a fost expusă pe 131 pagini de text electronic și se compartimentează în: introducere, 4 capitole de cercetări, 6 concluzii și 4 recomandări, indice bibliografic (140 titluri), 24 de figuri, 31 de tabele, 15 anexe. Rezultatele cercetării au fost prezentate în 52 de publicații.

Cuvinte-cheie: artrita psoriazică, psoriazis cutanat, comorbidități, calitatea vieții, diagnostic, indici articulari, prognostic.

Domeniul de studiu: Reumatologie

Scopul studiului: este de a evalua impactul comorbidităților asupra severității clinice și a calității vieții la pacienții cu artrită psoriazică, analizând relațiile dintre inflamația sistemică, parametrii clinici și gradul de afectare funcțională.

Obiectivele studiului: 1. Analizarea caracteristicilor clinice ale artritei și ale entezitei și depistarea comorbidităților la pacienții cu artrită psoriazică: Investigarea distribuției și a severității sinovitelor, a entezitelor în funcție de localizare, utilizând examinarea clinică, pentru a înțelege mai bine relațiile dintre inflamația articulară și entezală cu depistarea comorbidităților. 2. Determinarea asocierilor dintre markerii clinici și imagistici ai inflamației cu severitatea bolii: Identificarea relațiilor dintre scorurile clinice (NAD/14, NAT/14, LEI, MASES, SPARCC) și indicatorii ecografici (numărul sinovitelor, al entezitelor și al entezelor vascularizate), precum și evaluarea rolului markerilor inflamatori de laborator în activitatea bolii. 3. Evaluarea relației dintre comorbidități și severitatea inflamației sistemice, măsurată prin parametrii clinici, de laborator și imagistici. 4. Analiza impactului comorbidităților asupra activității clinice și a calității vieții pacienților cu APs, utilizând scoruri standardizate precum DAPSA, PsAQoL și SF-36. 5. Identificarea corelațiilor dintre numărul de comorbidități și deteriorarea funcționării fizice și mentale, folosind indicatori precum HAQ-DI, FACIT-F și componenta fizică/mintală din SF-36. 6. Examinarea diferențelor între pacienții cu artrită periferică izolată și cei cu artrită periferică, asociată leziunilor axiale. Compararea severității clinice, a scorurilor ecografice, a calității vieții și a funcționării fizice între aceste subgrupuri, pentru a sublinia particularitățile asociate afectării axiale în APs.

Noutatea și originalitatea științifică Originalitatea constă în comparația dintre pacienții cu PsA și cei cu psoriazis cutanat fără artrită, evidențiind diferențe în evoluția bolii și influența comorbidităților asupra severității clinice. Prin utilizarea ecografiei Power-Doppler și SMI, s-a demonstrat corelația dintre inflamația sinovială/entezală și severitatea inflamației sistemice. S-a evidențiat asocierea numărului de comorbidități (HTA, obezitate, tulburări digestive) cu gradul de afectare a bolii. Analiza impactului asupra calității vieții, realizată prin instrumente specifice, susține integrarea acestor evaluări în practica clinică și elaborarea unor strategii terapeutice personalizate. În plus, studiul confirmă legătura între entezita și sinovita clinică/imaginistică, oferind perspective noi asupra mecanismelor patogenetice

Problema științifică importantă soluționată în teză. Teza analizează impactul comorbidităților asupra APs, evidențiind diferențele clinico-funcționale și imagistice față de PSO. Aplicând metode clinico-statistice și ecografie avansată, s-a demonstrat frecvența inflamației subclinice și corelația dintre sinovită, entezită și activitatea bolii, fără asociere directă cu manifestările clinice. S-a constatat o legătură între comorbidități, parametrii antropometrici și severitatea bolii, precum și un impact semnificativ asupra calității vieții. Rezultatele susțin necesitatea unui management personalizat și multidisciplinar, contribuind la optimizarea tratamentului și a prognosticului în APs.

Semnificația teoretică. Lucrarea aprofundează relația dintre inflamația sistemică și comorbiditățile în APs, demonstrând influența inflamației asupra metabolismului lipidic și riscului cardiovascular. Corelațiile dintre colesterol, hs-CRP și markerii imunologici susțin înțelegerea mecanismelor patogenetice și a rolului investigațiilor imagistice moderne.

Valoarea aplicativă. Studiul evidențiază impactul inflamației asupra profilului lipidic și cardiovascular în APs și PSO, oferind date utile pentru managementul personalizat. Rezultatele sprijină elaborarea strategiilor multidisciplinare de reducere a riscului metabolic și optimizare a ghidurilor clinice.

Implementarea rezultatelor: Datele obținute vor fi aplicate în activitatea Disciplinei de reumatologie și nefrologie, a IMSP SCR „Timofei Moșneaga” și IMSP SCM „Sfânta Treime”, or. Chișinău, Republica Moldova.

SUMMARY

**Lucia Dutca "Comorbidities in Psoriatic Arthritis".
PhD thesis in Medical Sciences, Chişinău, 2025.**

Thesis structure: The thesis consists of 131 pages of electronic text and is structured into the following sections: introduction, 4 chapters of research, 6 conclusions, and 4 recommendations, followed by a bibliography (140 references), 24 figures, 31 tables, and 15 annexes. The research findings were disseminated through 52 publications.

Keywords: psoriatic arthritis, psoriasis, comorbidities, quality of life, diagnosis, prognosis.

Domain of research: Rheumatology

Aim of the study: To assess the impact of comorbidities on clinical severity and quality of life in patients with psoriatic arthritis (PsA), by analyzing the relationships between systemic inflammation, clinical parameters, and the degree of functional impairment.

Study Objectives: 1. To analyze the clinical features of arthritis and enthesitis, and to identify comorbidities in patients with PsA: Investigating the distribution and severity of synovitis and enthesitis based on anatomical location, using clinical examination, to better understand the relationship between joint and enthesal inflammation and the presence of comorbidities. 2. To determine the associations between clinical and imaging markers of inflammation and disease severity: Identifying correlations between clinical scores (NAD/14, NAT/14, LEI, MASES, SPARCC) and ultrasound indicators (number of synovitis and enthesitis sites, and vascularized entheses), as well as evaluating the role of laboratory inflammatory markers in disease activity. 3. To evaluate the relationship between comorbidities and the severity of systemic inflammation, as measured through clinical, laboratory, and imaging parameters. 4. To analyze the impact of comorbidities on clinical disease activity and quality of life in PsA patients using standardized scoring tools such as DAPSA, PsAQoL, and SF-36. 5. To identify correlations between the number of comorbidities and the decline in physical and mental functioning using indicators such as HAQ-DI, FACIT-F, and the physical/mental components of the SF-36. 6. To examine differences between patients with isolated peripheral arthritis and those with peripheral arthritis associated with axial involvement. Clinical severity, ultrasound scores, quality of life, and functional outcomes were compared between these subgroups to highlight the specific characteristics related to axial involvement in PsA.

Scientific novelty and originality: The originality lies in the comparison between patients with PsA and those with cutaneous psoriasis without arthritis, highlighting differences in disease progression and the influence of comorbidities on clinical severity. By employing Power Doppler and Superb Microvascular Imaging (SMI) ultrasound techniques, the correlation between synovial/enthesal inflammation and systemic inflammation severity was demonstrated. The impact on quality of life, assessed using specific instruments, supports integrating such evaluations into clinical practice and developing personalized therapeutic strategies. Furthermore, the study confirms the link between clinical and imaging-based enthesitis and synovitis, offering new insights into pathogenic mechanisms.

The scientific problem solved in the thesis: This thesis explores the impact of comorbidities on PsA, emphasizing clinical, functional, and imaging differences compared to cutaneous psoriasis (PSO). Using clinical-statistical methods and advanced ultrasound, the study demonstrated the frequency of subclinical inflammation and the correlation between synovitis, enthesitis, and disease activity, even in the absence of overt clinical manifestations. It also identified associations between comorbidities, anthropometric parameters, and disease severity, along with a significant impact on quality of life. The findings support the need for personalized and multidisciplinary management approaches, contributing to improved treatment strategies and prognoses in PsA.

The theoretical significance: The thesis deepens the understanding of the relationship between systemic inflammation and comorbidities in PsA, demonstrating the influence of inflammation on lipid metabolism and cardiovascular risk. Correlations between cholesterol, high-sensitivity CRP, and immunological markers enhance the understanding of pathogenic mechanisms and the role of modern imaging investigations.

Application value of the study: The study highlights the impact of inflammation on lipid and cardiovascular profiles in PsA and PSO, providing valuable data for personalized management. The findings support the development of multidisciplinary strategies to reduce metabolic risk and optimize clinical guidelines.

Results implementation: The results will be implemented in the activities of the Rheumatology and Nephrology Department, the Republican Clinical Hospital "Timofei Moşneaga," and the Municipal Clinical Hospital "Sfânta Treime," in Chişinău, Republic of Moldova.

LISTA PUBLICAȚIILOR ȘI PARTICIPĂRILOR LA FORUMURI ȘTIINȚIFICE LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE

- **Articole în reviste științifice naționale acreditate:**

- ✓ **articole în reviste de categoria B**

1. **Dutca L.**, Groppa L., Nistor A., Chiaburu L., Bețiu M., Russu E. The relationship between metabolic syndrome and psoriatic arthritis. In: International Journal of Medical Dentistry. 2020;2(24):268. ISSN 2066-6063
2. Groppa L., Cepoi D., Bodiul L., **Dutca L.** Psoriatic arthritis. In: International Journal of Medical Dentistry. 2020;2(24):264. ISSN 2066-6063
3. **Dutca L.** Impact of comorbidities on the clinical and ultrasound features of psoriatic arthritis. In: *Moldovan Journal of Health Sciences*. 2022; 30(4):10-15. ISSN 2345-1467. DOI:10.52645/MJHS.2022.4.02
4. Nistor A., Russu E., Groppa L., Chișlari L., **Dutca L.**, Gonța L. Immune and mathematical procedures in early diagnosis of psoriatic and seronegative rheumatoid arthritis. In: *Moldovan Journal of Health Sciences*, 2022; 30(4): 5-9. ISSN 2345-1467. DOI: 10.52645/MJHS.2022.4.01
5. Russu E., Groppa L., Chișlari L., **Dutca L.** Expressions and difficulty of clinical manifestations in the early diagnosis of psoriatic arthritis. In: *Moldovan Journal of Health Sciences*. 2022;2(28):34-39. ISSN 2345-1467. DOI: 10.52645/MJHS.2022.2.05
6. **Dutca L.** Cardiovascular comorbidities in psoriatic arthritis - study of patients from the Republic of Moldova. In: *Moldovan Journal of Health Sciences*. 2022;1(27):55-67. ISSN 2345-1467. DOI:10.52645/MJHS.2022.1.05
7. **Dutca L.**, Groppa L., Russu E. Comorbidities in psoriatic arthritis and psoriasis: considerations for the clinician. In: *Arta Medica*. 2023;4(89):20-25. ISSN 1810-1852. DOI: 10.5281/zenodo.10429309
8. Russu E., Groppa L., Chișlari L., Nistor A., **Dutca L.**, Gonța L. Clinical presentation of psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis in early stages - similarities and differences in diagnosis. In: *Arta Medica*. 2023;1(86):4-8. ISSN 1810-1852. DOI:10.5281/zenodo.7830703

- **Rezumate/abstracte/teze în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale**

9. **Dutca L.**, Groppa L., Agachi S., Chiaburu L., Russu E., Corotaș V., Bețiu M. Frecvența sindromului metabolic în artrita psoriazică vs psoriazis cutanat non-artritic. În: *Lucrările Congresului Societății Române de reumatologie. Romanian Journal of Rheumatology, vol XXVII, Suppliment, Poiana Brașov*, 2018, p. 41. ISSN **1843-0791** | e-ISSN 2069-6086. ISSN-L 1843-0791. DOI: 10.37897/RJR. Indexed. DOI - Crossref. <https://rjr.com.ro/rjr-vol-xxvii-no-1-year-2018/>
10. **Dutca L.**, Agachi S., Pascari-Negrescu A., Chiaburu L., Popa S., Bețiu M., Russu E., Groppa L. Alterări renale în artrita psoriazică. În: *Lucrările Congresului Societății Române de*

- reumatologie. *Romanian Journal of Rheumatology*, vol XXVIII, Suppliment, Poiana Braşov, 2019, p. 131 <https://rjr.com.ro/rjr-vol-xxviii-no-2-year-2019/>
11. **Dutca L.** Cardiovascular disease in patients with psoriatic arthritis in the Republic of Moldova. In: *Abstract book of Congresulul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”*. Chişinău, 2020, p. 215. ISSN 2537-6381
 12. **Dutca L.**, Groppa L., Nistor A., Chiaburu L., Beţiu M., Russu E. The relationship between metabolic syndrome and psoriatic arthritis. *Congresul Internaţional al Universităţii „Apollonia” din Iaşi cu genericul Pregătim viitorul promovând excelenţa*. Iaşi 27 februarie-01 martie 2020. In: *International Journal of Medical Dentistry*. 2020;2(24):268. ISSN 2066-6063
 13. Groppa L., Cepoi D., Bodiul L., **Dutca L.** Psoriatic arthritis. *Congresul Internaţional al Universităţii „Apollonia” din Iaşi cu genericul Pregătim viitorul promovând excelenţa*. Iaşi 27 februarie-01 martie 2020. In: *International Journal of Medical Dentistry*. 2020;2(24):264. ISSN 2066-6063
 14. Russu E., Groppa L., Chişlari L., Rotaru L., **Dutca L.** Impactul determinantelor HLA asupra diagnosticului precoce a artritei psoriazice. În: *Suplimentul Revistei de Ştiinţe ale Sănătăţii din Moldova. Materialele Conferinţei ştiinţifice anuale cu genericul Cercetarea în biomedicină şi sănătate: calitate, excelenţă şi performanţă*. Chişinău. 2022, p. 173. ISSN 2345-1467 https://cercetare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/MJHS_29_3_2022_anexa_0.pdf
 15. **Dutca L.**, Groppa L., Agachi S., Grosu M., Popa S., Beţiu M. Patologia comorbidă printre pacienţii cu artrită psoriazică. În: *Suplimentul Revistei de Ştiinţe ale Sănătăţii din Moldova. Materialele Conferinţei ştiinţifice anuale cu genericul Cercetarea în biomedicină şi sănătate: calitate, excelenţă şi performanţă..* Chişinău. 2022, p. 201. ISSN 2345-1467 https://cercetare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/MJHS_29_3_2022_anexa_0.pdf
 16. **Dutca L.**, Groppa L., Rotaru L., Nistor A., Beţiu M. Comorbiditatea osteoarticulară la pacienţii cu artrită psoriazică. În: *Suplimentul Revistei de Ştiinţe ale Sănătăţii din Moldova. Materialele Conferinţei ştiinţifice anuale cu genericul Cercetarea în biomedicină şi sănătate: calitate, excelenţă şi performanţă*. Chişinău. 2022, p. 178. ISSN 2345-1467 https://cercetare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/MJHS_29_3_2022_anexa_0.pdf
 17. **Dutca L.**, Groppa L., Agachi S., Chiaburu L. Comorbid pathology among patients with psoriasis arthritis of young and middle age. In: *Selection of Abstracts of International Congress "By promoting excellence we prepare the future"*. Iaşi. 2022, p.323. https://www.ijcr.eu/articole/604_08%20Proceedings%20131-142.pdf
 18. **Dutca L.**, Groppa L., Stog V., Homiţchi M., Russu E., Chiaburu L., Munteanu-Covila D. Valoarea comorbidităţilor în artrita psoriazică În: *Lucrările Congresului Societăţii Române de reumatologie. Romanian Journal of Rheumatology, Ediţia 29, vol 32, Suppliment*. Cluj-Napoca, 2023, p. 49. e-ISSN 2069-6086 <https://rjr.com.ro/rjr-vol-32-no-2-year-2023/>
 19. Russu E., Groppa L., Chişlari L., **Dutca L.**, Homiţchi M. Expresiile clinice precoce ale artritei psoriazice. În: *Lucrările Congresului Societăţii Române de reumatologie. Romanian Journal*

20. **Dutca L.**, Russu E., Chișlari L., Munteanu-Covila D., Groppa L. Influența comorbidităților asupra evoluției clinico-ecografice ale artritei psoriazice. În: *Lucrările Congresului Societății Române de reumatologie. Romanian Journal of Rheumatology*, vol XXXIII, Suppliment. Iași, 2024, p. 105-106. e-ISSN 2069-6086 DOI:10.37897/RJR <https://rjr.com.ro/rjr-vol-33-no-1-year-2024/>
21. Russu E., Chislari L., Nistor A., Homitchi M., Gonta L., **Dutca L.** The combination of psoriatic arthritis with osteoporosis. In: *Abstract Book. World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (WCO-IOF-ESCEO 2024)*, Aging Clinical and Experimental Research. 2024, vol. 36, supplement 1, p. 338. ISSN 1720-8319
22. Russu E., Groppa L., Chișlari L., **Dutca L.**, Munteanu-Covilă D., Țigulea A. Artrita psoriazică – presupunerea clinică a diagnosticului în perioada precoce. În: *Suplimentul Revistei de Științe ale Sănătății din Moldova. Materialele Conferinței științifice anuale cu genericul Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță. Chișinău*, 2024, p. 241. ISSN 2345-1467 https://cercetare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/MJHS_11_3_2024_anexa2_site.pdf
23. Munteanu-Covila D., Russu E., Chișlari L., **Dutca L.**, Groppa L. Impactul activității artritei psoriazice asupra funcționalității articulațiilor. În: *Volum de rezumate. Materialele celui de al XXX-lea Congres Național de Reumatologie, 26-28 Septembrie 2024. Romanian Journal of Rheumatology*. Iași, România. 2024, vol. XXXIII, supliment, p.98. ISSN 1843-0791 DOI:10.37897/RJR <https://rjr.com.ro/rjr-vol-33-no-1-year-2024/>
24. Chișlari L., Groppa L., Russu E., **Dutca L.**, Munteanu-Covila D., Chiaburu L. Diferențierea artritei psoriazice și spondilitei anchilozante în stadiu precoce. În: *Mold J Health Sci*, 2024; 11(2) / ANEXA1, ISSN 2345-1467, p.77.
25. Russu E., Groppa L., Chișlari L., Gonta L., **Dutca L.**, Munteanu-Covila D. Dificultatea aprecierii spondiloartritei nediferențiate în rândul rudelor de gradul întâi cu artrită psoriazică. În: *Mold J Health Sci*, 2024; 11(2) / ANEXA1, ISSN 2345-1467, p.75.
26. Munteanu-Covila D., Russu E., Chișlari L., **Dutca L.**, Groppa L. Mobilitatea articulațiilor în artrita psoriazică – valoarea activității bolii și modificările radiologice. În: *Mold J Health Sci*, 2024; 11(2) / ANEXA1, ISSN 2345-1467, p.73.
27. Russu E., Groppa L., Chișlari L., **Dutca L.**, Munteanu-Covila D. Dificultățile de diagnostic clinic în evoluția spondiloartritei psoriazice și nediferențiate. În: *Mold J Health Sci*, 2024; 11(2) / ANEXA1, ISSN 2345-1467, p.74.
28. Nistor A., Russu E., Groppa L., Agachi S., **Dutca L.**, Munteanu-Covila D. Particularitățile diagnosticului precoce ale artritei reumatoide seronegative comparative cu artrita psoriazică. În: *Mold J Health Sci*, 2024; 11(2) / ANEXA1, ISSN 2345-1467, p.92.
29. **Dutca L.**, Homitchi M., Groppa L., Russu E., Chișlari L., Agachi S. Asocierile comorbide cardiovasculare, renale și dismetabolice la pacienții cu hiperuricemie asociată artritei psoriazice. În: *Mold J Health Sci*, 2024; 11(2) / ANEXA1, ISSN 2345-1467, p.94.
30. **Dutca L.**, Russu E., Groppa L. Comorbidities of osteoarthritis, osteoporosis, and sarcopenia in psoriatic arthritis: clinical and therapeutic perspectives. In: *Abstract Book of the World*

Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (WCO-IOF-ESCEO. April 10-13, 2025), Rome, Italy. p. 369. ISSN: 0937941x <https://www.wco-iof-esceo.org/download/2025/abstract-book>

31. **Dutca L.**, Russu E., Groppa L. Profilul comorbidităților neurologice în artrita psoriazică. In: *Mold J Health Sci, 2025 / ANEXA1 Culegere de rezumate a Congresului Societății Neurologilor din Republica Moldova, ediția a VIII-a, ISSN 2345-1467, p. https://cercetare.usmf.md/sites/default/files/2025/06/Anexa%201%20MJHS_12_2_2025_site.pdf*
- **Brevete de invenții, patente, certificate de înregistrare, materiale la saloanele de invenții**
32. Groppa L, **Dutca L.**, Russu E. Utilizarea scorului dermatologic a calității vieții (DLQI) la pacienții cu artrită psoriazică. Certificat de inovație Nr. 6274. 02 Sep 2024.
33. Groppa L, **Dutca L.**, Russu E. Utilizarea scorului de fatigabilitate FACIT-F pentru aprecierea impactului asupra calității la pacienții cu artrită psoriazică. Certificat de inovație Nr. 6275. 02 Sep 2024.
34. Groppa L, **Dutca L.**, Russu E. Validarea versiunii în limba română a chestionarului PsAQoL. Certificat de inovație Nr. 6276. 02 Sep 2024.

PARTICIPĂRI ACTIVE LA FORUMURI ȘTIINȚIFICE

- **Participări cu comunicări la forumuri științifice:**

Internaționale

35. **Dutca L.**, Groppa L., Agachi S., Chiaburu L., Russu E., Corotaș V., Bețiu M. Frecvența sindromului metabolic în artrita psoriazică vs psoriazis cutanat non-artrită . *Congresul Național de Reumatologie ediția 25-a. Poiana Brașov 11-13 octombrie 2018.*
36. **Dutca L.**, Groppa L., Nistor A., Chiaburu L., Bețiu M., Russu E. Relația dintre sindromul metabolic și artrita psoriazică. *Congresul Internațional al Universității „Apollonia” din Iași Pregătim viitorul promovând excelența. Iași 27 februarie-01 martie 2020.*
37. **Dutca L.**, Groppa L., Agachi S., Chiaburu L. Patologia comorbidă printre pacienții cu artrită psoriazică de vârstă tânără și medie. *Congresul Internațional al Universității „Apollonia” din Iași Pregătim viitorul promovând excelența. Ediția a XXXII-a. Iași 28 februarie-2 martie 2022.*
38. **Dutca L.**, Groppa L., Russu E., Chișlari L., Chiaburu L., Popa S. Calitatea vieții și patologia comorbidă la pacienții cu artrită psoriazică. *Congresul Internațional al Universității „Apollonia” din Iași Pregătim viitorul promovând excelența. Ediția a XXXIII-a. Iași 2-5 martie 2023.*
39. **Dutca L.**, Russu E., Munteanu-Covila D., Groppa L. Comorbiditățile în artrita psoriazică – dificultatea managementului clinic. *Congresul internațional – Pregătim viitorul promovând excelența, ediția a XXXIV-a, Universitatea „Apollonia”, 29 februarie – 3 martie 2024, Iași, România. F2. Tribuna practicianului – MG + AMG + BFKTR, 1 martie 2024.*

40. **Dutca L.** Comorbidități în artrita psoriazică. *Conferința științifică anuală în cadrul Zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău 15-18 octombrie 2019.

Participări cu postere la foruri științifice:

internaționale

41. **Dutca L.**, Agachi S., Pascari-Negrescu A., Chiaburu L., Popa S., Bețiu M., Russu E., Groppa L. Alterări renale în artrita psoriazică. *Congresul Național de Reumatologie*. Poiana Brașov 3-5 octombrie 2019.
42. **Dutca L.**, Groppa L., Stog V., Homițchi M., Russu E., Chiaburu L., Munteanu-Covila D. Valoarea comorbidităților în artrita psoriazică. *Congresul Național de Reumatologie*. Cluj-Napoca 5-7 octombrie 2023.
43. Russu E., Chislari L., Nistor A., Homitchi M., Gonta L., **Dutca L.** The combination of psoriatic arthritis with osteoporosis. *World Congress on Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (WCO-IOF-ESCEO 2024)*. 11-14 Aprilie 2024. Londra, Marea Britanie. (online)
44. **Dutca L.**, Russu E., Chișlari L., Munteanu-Covila D., Groppa L. Influența comorbidităților asupra evoluției clinico-ecografice ale artritei psoriazice. *Al XXX-lea Congres Național de Reumatologie*, 26-28 Septembrie, Iași, România. 2024.
45. Munteanu D., Russu E., Chișlari L., **Dutca L.**, Groppa L. (PS.20) Impactul activității artritei psoriazice asupra funcționalității articulațiilor. *Congresul Național de Reumatologie*. Iași 26-28 septembrie 2024.
46. **Dutca L.**, Russu E., Groppa L. Comorbidities of Osteoarthritis, osteoporosis and Sarcopenia in psoriatic arthritis: clinicak and therapeutical perspectives. *World Congress of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases WCO IOF-ESCEO*, Rome 10-13 April 2025.
47. **Dutca L.**, Russu E., Groppa L. Dincolo de piele și articulații: povara invizibilă a comorbidităților în artrita psoriazică. *Congresul Național de Reumatologie din România*. Sibiu 25-27 septembrie 2025.

naționale

48. **Dutca L.** Afectările renale în artropatia psoriazică. *Conferința științifică anuală în cadrul Zilelor USMF „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău 15-19 octombrie 2018.
49. **Dutca L.** Afectarea cardio-vasculară la pacienții cu artrită psoriazică din Republica Moldova. *Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău 21-23 octombrie 2020.
50. **Dutca L.**, Groppa L., Rotaru L., Nistor A., Bețiu M. Comorbiditatea osteoarticulară la pacienții cu artrită psoriazică. *Conferința științifică anuală cu genericul Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*. Chișinău 19-21 octombrie 2022.
51. **Dutca L.**, Groppa L., Agachi S., Grosu M., Popa S., Bețiu M. Patologia comorbidă printre pacienții cu artrită psoriazică. *Conferința științifică anuală cu genericul Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*. Chișinău 19-21 octombrie 2022.
52. **Dutca L.**, Russu E., Groppa L. Profilul comorbidităților neurologice în artrita psoriazică. *Congresul Societății Neurologilor din Republica Moldova, ediția a VIII-a*. Chisinau 13-14 Iunie 2025

DUTCA LUCIA

COMORBIDITĂȚI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ

321.04 – REUMATOLOGIE

Rezumat științific al tezei de doctor în științe medicale

Aprobat spre tipar: 22.10.2025

Formatul hârtiei A4

Hârtie offset. Tipar digital.

Tiraj 50 ex.

Coli de tipar: 2,5

Comanda nr. 17

**Tipografia Print- CARO, str. Columna 170
Tel.:069124696**