



CUPRINS:

Evaluarea afectării
acustico-vestibulare
secundară vasculopatiei
din sclerodermia
sistemică 1

Test de evaluare
a vârstei biologice 2

Cuvântul Managerului



Spitalul Clinic Municipal de Urgență Moinești își deschide din nou porțile pentru una dintre cele mai prestigioase manifestări științifice din calendarul profesional al evenimentelor medicale naționale. În perioada 9-11 iulie 2026, vă invităm să participați la cea de-a XXI-a ediție a Zilelor Medicale ale Spitalului Clinic Municipal de Urgență Moinești, un eveniment de tradiție dublat anul acesta de a XLII-a ediție a Reuniunii Chirurșilor din Moldova „Iacomi-Răzeșu”.

De mai bine de două decenii, această manifestare transformă municipiul Moinești într-o veritabilă capitală a schimbului de experiență și a inovației medicale. Sub sloganul generic „Dincolo de diagnostic: rigoare științifică și inovație în medicina contemporană”, reuniunea din acest an își propune nu doar să prezinte cele mai noi tehnici medico-chirurgicale și protocoale terapeutice, ci să demonstreze reziliența și dorința continuă de formare a personalului din sistemul de sănătate.

Trei direcții principale:

Excelență, Colaborare și Comunitate

Întregul programul din acest an a fost conceput în jurul a trei piloni fundamentali:

1. Excelența în practica spitalicească – prin integrarea tehnologiilor de ultimă oră în actul medical cotidian, esențiale pentru siguranța pacientului.
2. Colaborarea interdisciplinară – punând un accent deosebit pe multidisciplinaritatea echipei medicale și pe consolidarea legăturilor cu centrele universitare și spitalele clinice din țară și din străinătate.
3. Comunitatea și networking-ul – crearea unui spațiu de dialog deschis între generații și specialități diferite.

Un program științific complex și dinamic

Pe parcursul celor trei zile, manifestarea va reuni cadre universitare de renume, medici de diverse specialități, rezidenți, studenți, asistenți medicali, kinetoterapeuți, psihologi și nutriționiști.

Programul include o gamă largă de activități menite să asigure o dezvoltare profesională solidă:

- Sesiuni științifice multidisciplinare cu prezentări de caz și lucrări de specialitate;
- Mese rotunde și discuții interactive pe teme de actualitate;
- Workshop-uri tematice și demonstrații operatorii transmise în direct;
- Sesiuni dedicate asistenților medicali (axate pe standarde și bune practici în îngrijirea centrată pe pacient);
- Conferințe dedicate dieteticienilor și nutriționiștilor (ajunse la ediția a III-a, despre aplicațiile terapiei nutriționale);
- Cursuri speciale, precum cel de Psihologie Clinică axat pe percepția morții și a doliului la copii și simpozioane de Neurologie.

Evenimentul se desfășoară sub înaltul patronaj al unor instituții de prestigiu, printre care Academia Oamenilor de Știință din România, Academia de Științe Medicale din România, Uniunea Medicală Balcanică, Universitatea Transilvania din Brașov și Universitatea „Vasile Alecsandri” din Bacău, beneficiind totodată de sprijinul organizațiilor profesionale de profil (Colegiul Medicilor, Colegiul Psihologilor, Ordinul Asistenților Medicali etc.).

Este o deosebită onoare și o bucurie să vă adresez invitația la această ediție de sărbătoare. Prezența dumneavoastră, personalități marcante ale vieții academice, medicale și administrative, alături de noi la acest eveniment, este o onoare și, poate, garanția unui reper în activitatea dumneavoastră profesională dar și un moment de plăcută interrelaționare umană.

Vă așteptăm cu aleasă prețuire să celebrăm împreună simbolul maturității profesionale atinse prin perseverență, rigoare și, mai ales, prin devotament necondiționat față de sănătate!

Vă mulțumim tuturor că ne-ați ales ca și colaboratori și, de ce nu, ați ales să faceți parte din familia Spitalului Clinic Municipal de Urgență Moinești.

Prof. Univ. Dr. Adrian Cotîrleț



Figura 1. Sclerodactilie și contractură digitală în flexie



Figura 2. Acrocianoză deget II stâng



Figura 3. Ulcer digital infectat



Figura 4. Acroosteoliza degetelor



Figura 5. Capilaroscopie – pattern nespecific cu capilare dilatate

Sclerodermia sistemică (ScS) este o boală inflamatorie cronică cu determinism autoimun încadrată în grupul colagenozelor. Procesul patogenic are ca eveniment inițial vasculopatia urmată de fibroză excesivă cutanată și viscerală. Afectarea multiorganică din ScS vizează în principal plămânul, tractul digestiv, rinichiul și cordul. Deși hipoacuzia nu este clasificată ca fiind o patologie secundară a ScS, studiile au indicat un procent destul de mare de pacienți cu ScS cu simptome vestibulare și auditive care merg până la pierderea auzului. Bassyouni și ceilalți au observat că 33% dintre pacienții cu ScS au un grad ușor de disfuncție vestibulară. S-a constatat că leziunile vestibulare sunt direct proporționale cu severitatea modificărilor vasculare identificate la capilaroscopie și cu scorul de indurație cutanată Rodnan. Nu au fost observate asocieri între afectarea vestibulară și subsecurile de boală ale ScS.

În 2008, Agrawal și echipa sa de studiu au analizat manifestările acustico-vestibulare în 2 subloturi de pacienți, unul cu ScS comparativ și celălalt fără ScS, cu grupe diferite de vârstă. Aceștia au observat că pacienții cu ScS asociază pierderea auzului mult mai frecvent decât pacienții fără ScS. Mai târziu, în 2011, Maciaszczyk a înregistrat o pierdere a auzului de 40% într-un grup de 20 de pacienți diagnosticați cu ScS. Între 2012 și 2015, Silva și colaboratorii au realizat un studiu pe un grup de 50 de pacienți cu ScS. La sfârșitul studiului, ei au observat că majoritatea pacienților aveau vertij și tinitus, iar 46% dintre pacienții incluși în studiu prezentau pierderea auzului. Studiul lor a fost inițiat pe baza observațiilor făcute de echipa de studiu coordonată de Maciaszczyk care a obținut un rezultat similar. Încă din 2011, Maciaszczyk a remarcat că amețelile și în special tinitusul sunt cele mai frecvente simptome acustico-vestibulare identificate în ScS. O altă echipă de studiu condusă de Bevilacqua a analizat prevalența pierderii auzului și prezenta altor simptome de tipul tinitus și vertij, în populația generală pe un grup de 2427 de brazilieni din Rondônia. Potrivit studiului, pacienții recrutați din populația generală nu erau diagnosticați cu ScS. Un procent de 26,1% dintre persoanele fără ScS au fost înregistrate cu acuitate auditivă scăzută. Ponderele pacienților cu amețeli și tinitus a fost mai mare decât a celor cu hipoacuzie. De asemenea, Beria (2007) a identificat în Brazilia un procent și mai mic de persoane cu deficiență de auz - doar 15,2% din populația generală. Analizând prevalența hipoacuziei în rândul populației fără ScS, se poate evidenția faptul că îmbătrânirea nu asociază pierderea auzului într-un procent la fel de mare ca la cei care suferă de ScS.

Alte studii au relevat că hipoacuzia este cel mai frecvent simptom vestibular în ScS. Berrettini și Bondali au precizat că vasculopatia caracteristică ScS afectează artera care asigură vascularizarea labirintului din urechea internă. Leziunea labirintică pare să fie cauzată de limitarea fluxului sanguin arterial la acest nivel. Deroee (2009) a observat că percepția sunetelor de înaltă frecvență este afectată în faza inițială a pierderii auzului.

Mai mulți autori au propus evaluarea segmentului central și periferic al analizorului acustico-vestibular la pacienții cu ScS.

Ei au concluzionat că urechea internă este afectată de restricția fluxului sanguin către cohlee indusă de inflamația microvasculară a nervului cohlear în contextul autoimunității. Similar cu modelul de deteriorare a capilarelor de la nivelul patului unghial, Deroee a observat că scăderea densității capilare și prezența capilarelor sinuoase în urechea internă produc ischemie locală și hipoxie care vor induce în continuare apoptoză celulară. Studiul lui Pereira (2006) a arătat că inflamația locală se extinde la urechea medie și externă și provoacă policondrită recurentă cu hipoacuzie de transmisie. Mai mult, studiul lui Kastanioudakis (2001) efectuat pe un grup de 30 de pacienți cu ScS, a înregistrat un număr de 3 cazuri de inflamație cu extindere spre trompa lui Eustachio. Pierderea auzului pe parcursul evoluției ScS nu a fost suficient studiată. Prin urmare, sunt necesare mai multe cercetări pentru a aduna dovezi clare și concrete ale leziunilor vasculare și fibrotice la urechea internă și medie.

Raport de caz

Studiul actual își propune să prezinte cazul clinic al unei paciente de 66 de ani diagnosticată cu hipoacuzie asociată cu ScS. Pacienta a fost internată în august 2019, acuzând poliartralgi cu caracter inflamator la articulațiile mici și mari. Aceste simptome au fost însoțite de redoare matinală prelungită, ulcere digitale ale mâinii cu semne inflamatorii și pierderea parțială a auzului. Pacienta provine din mediul rural și este fumătoare activă de aproape 20 de ani, fumând 10 țigări pe zi. Pacienta a fost diagnosticată în decembrie 2015 cu ScS, subsetul limitat, asociată cu afectare vasculară.

Diagnosticul pozitiv a fost pus în contextul clinic al unei ulceratii digitale profunde găsite pe fața plantară a halucelui stâng. Pe fondul acestei leziuni ulcerative, pacienta a fost îndrumată la secția de chirurgie vasculară. Aceasta asociază dezvoltarea ulceratiei cu un eveniment psihologic stressant din familia ei (decesul fiului). Se prezintă pentru recidiva ulcerelor digitale însoțite de semne inflamatorii. În istoricul personal al pacientei se identifică expunerea profesională pe termen lung la agenți toxici (aproximativ 10 ani), la următoarele substanțe: monoxid de carbon (CO), dioxid de azot (NO₂), dioxid de sulf (SO₂), plumb. Începând cu anul 1980, pacienta a lucrat într-o turnătorie specială de fontă, într-un mediu cu temperatură ridicată (200°C). Asociază și alte patologii: boală arterială obliterativă cronică a membrelor inferioare (stadiul III – IV Fontaine), tromboză venoasă profundă a arterei poplitee și a arterei tibiale posterioare drepte. Pe parcursul bolii, ulceralele digitale recurente au evoluat spre suprainfecție cu *Staphylococcus aureus*, pentru care a fost inițiat tratamentul cu antibiotice conform antibiogramei. La tratament s-a mai asociat un antagonist al receptorilor de endotelină-1 (Bosentan) și un vasodilatator (alprostadil). Dintre complicațiile sistemice, pacienta a prezentat scleroemfizem pulmonar moderat și gastrită erozivă cronică „watermelon stomach”. Pentru comorbiditățile asociate, s-a administrat statine, cunoscute ca având efect anticitokinic favorabil, în pofida efectelor secundare.

Discuții

Pacienta a fost diagnosticată cu ScS conform criteriilor din 2013 ale ACR/EULAR. În funcție de amploarea leziunii cutanate, cazul a fost încadrat în subsetul limitat de ScS. Fumatul și expunerea la substanțe toxice profesionale (plumb, CO, NO₂, SO₂) sunt considerate factori de risc. Pacienta susține că temperaturile ridicate i-au provocat acroparestezii și fenomenul Raynaud trifazic pe mâini. Foarte interesantă este afirmația pacientei cu privire la evenimentul psihologic major care a avut loc cu 6 luni înainte de debutul ulcerărilor digitale găsite pe halucele stâng. Aceasta consideră că moartea fiului ei a fost factorul determinant pentru apariția leziunii ulcerative a halucelui.

Clinic, starea generală este ușor influențată, cu discretă astenie cuantificată prin scorul de 20/100 evaluat de pacientă cu ajutorul scalei vizuale analogice. S-a înregistrat o scădere treptată a greutateii cu 10 kg pe parcursul a 3 ani. Artralgiiile au fost prezente la nivelul articulațiilor interfalangiene distale bilaterale (8 articulații dureroase cu scorul durerii cuantificat de pacient cu ajutorul scalei vizuale analogice = 10/100), fără contractura articulațiilor mici de la mâini, slăbiciune discretă a mușchilor falangieni la acest nivel (scor = 1) și atrofie musculară a mușchilor interosoși dorsali, facies sclerodermic cu microstomie ușoară (deschiderea aperturii orale de 5 cm), sclerodactilie (Fig. 1) și acrocianoza degetului II stâng (Fig. 2). Pe pulpadeghetelor au fost identificate multiple cicatrici stelate cu aspect caracteristic de „mușcătură de șobolan” și ulcerății digitale active. Unele ulcere, ale celui de-al II-lea și al IV-lea deget stâng și al primului deget drept au prezentat semne de infecție (Fig. 3). Pielea a prezentat tulburări de pigmentare de tip „sare și piper”, tradusă prin alternanța zonelor hiperpigmentate cu zone hipopigmentate. Indurația pielii a fost cuantificată ca fiind 4, calculată cu scorul Rodnan și obținută prin însumarea scorurilor parțiale egale cu 1 (pentru îngroșarea ușoară a mâinilor și picioarelor) (Fig. 4). Acroosteoliza multiplă a degetelor a arătat o scurtare evidentă a degetelor II și III bilateral. În ceea ce privește compartimentul vascular periferic, pacienta a prezentat fenomen Raynaud trifazic cu prezența pulsațiilor la artera radială, ușoară diminuare la nivelul arterei pedioase și puls absent la artera tibială posterioară.

Au fost identificate raluri subcrepitante în ambele baze pulmonare fără prezența dispneei. Examenul radiologic a evidențiat fibroză pulmonară interstițială confirmată prin examinarea tomografiei computerizate. Pacienta este normotensivă și prezintă tulburări de auz. Acuitatea auditivă a scăzut progresiv pe parcursul evoluției bolii. Ulterior, pacienta susține că evoluția nefavorabilă spre infecție a fost determinată de suferința psihică cauzată de agravarea sănătății mamei.

Datele din literatură susțin această observație (existența unui factor de stress psihologic anterior dezvoltării ScS). Studiul efectuat de Chen și colaboratorii săi și studiul lui Faravelli au identificat evenimente importante din viața pacienților cu un an înainte de debutul ScS (decese, evenimente stresante recente, evenimente nedorite de viață, evenimente necontrolate). Chiar și evenimentele triste din copilărie au fost incriminate în debutul ScS. Pe lângă afectarea pielii, pacientul a prezentat fibroză pulmonară interstițială cu absența dispneei, gastropareză; afectarea macrovasculară a arterei poplitee și a arterei tibiale posterioare au fost de asemenea prezente. Deși dispneea a fost absentă, au fost prezente raluri subcrepitante bibazale, ceea ce sugerează că fibroza pulmonară este asimptomatică în stadiile incipiente.

Ca o trăsătură particulară a cazului, pacienta a prezentat hipoacuzie, probabil din cauza afectării vasculitice și a fibrozei secundare a urechii medii și interne. Se pot face unele comentarii pe marginea acestui aspect. Datele din literatura de specialitate raportează că pierderea auzului nu este cunoscută ca fiind o manifestare tipică pentru ScS, dar unele studii notează că urechea internă și medie pot fi afectate în cursul acestei boli din cauza distrugerii microvasculare.

Shenavandeh și echipa sa de studiu au raportat 10 cazuri de hipoacuzie subiectivă și 36 de cazuri de hipoacuzie obiectivă la pacienții cu ScS, comparativ cu grupul de control format din 6 și, respectiv, 10 pacienți.

Făcând o corelație cu modelul capilaroscopic al acestei paciente (Fig. 5), se poate evidenția că hipoacuzia ar putea fi determinată de microvasculopatia caracteristică ScS. Pacienta prezintă un model capilaroscopic nespecific pentru ScS, caracterizat printr-o densitate capilară ușor redusă și frecvente capilare dilatate. Lipsesc unele aspecte caracteristice ScS, precum: megacapilare, hemoragii și neovascularizație, dar există o ușoară dezorganizare structurală și necroză digitală. Maciaszczyk și Silva susțin că afectarea microvasculară a urechii interne se datorează vasospasmului caracteristic fenomenul Raynaud asociat cu fibroza organului auditiv.

Ei apreciază că deficiența de auz depinde de durata bolii și de severitatea acesteia. Contrar acestor observații, Bassyouni nu a observat nici o corelație între funcția vestibulară și durata bolii.

Prezența ulcerărilor recurente și persistente poate indica un grad crescut de microvasculopatie evidențiat de examenul capilaroscopic.

Prin urmare, se poate raporta că prezența hipoacuziei este expresia modificărilor microvasculare în contextul modificărilor autoimune. Mai mult, studiile efectuate de Bevilacqua și Beria arată că pierderea auzului este mult mai puțin frecventă în populația fără ScS și peste 65 de ani, în comparație cu grupurile de pacienți cu ScS. Această constatare sugerează că ScS pare să fie asociată cu pierderea auzului. Există puține studii privind hipoacuzia secundară ScS. Din acest motiv, este necesar să se efectueze studii suplimentare pentru a clarifica rolul vasculopatiei în afectarea urechii medii și interne. În concluzie, vasculopatia caracteristică ScS precede procesul de fibroză excesivă și este responsabilă de afectarea pielii și a organelor interne. Mai mult, atât afectarea microvasculară a structurilor din urechea medie și internă, cât și fibroza ulterioară par a fi responsabile pentru debutul progresiv al pierderii auzului. Se apreciază că accentuarea deficitului de auz este proporțională cu intensitatea leziunii vasculitice. În contextul vasculopatiei, medicația vasodilatatoare poate avea un beneficiu net în prevenirea pierderii auzului la pacienții cu ScS. Datele despre hipoacuzia secundară ScS sunt limitate. Ca urmare, sunt necesare mai multe studii pentru gestionarea optimă a acestei patologii.

Prof. Univ. Habil. Dr. Carmen
Bobeică
SCMU Moinești

(Abordare kinesiologică funcțională)

Nume: _____

Vârsta cronologică: _____

Data: _____

MOBILITATE ARTICULARĂ GLOBALĂ**A. Flexie anterioară (atingerea solului)**

Stai în picioare, genunchii întinși, apleacă-te și încearcă să atingi solul.

Palmele complet pe sol (0 cm) - 20 ani

Degetele ating solul - 30 ani

Lipsesc 1-10 cm - 40 ani

Lipsesc 11-20 cm - 50 ani

Peste 20 cm - 60+ ani

Vârsta estimată: _____

B. Mobilitate umeri (testul mâinilor la spate)

Încearcă să unești mâinile la spate (una peste umăr, una pe sub).

Se ating ușor - 20-30 ani

Se ating cu efort - 40 ani

Rămâne distanță <5 cm - 50 ani

Distanță >5 cm - 60+ ani

Vârsta estimată: _____

FORȚĂ FUNCȚIONALĂ**A. Ridicare de pe scaun (30 sec)**

Câte ridicări complete fără ajutorul mâinilor?

>20 repetări - 20-30 ani

15-20 - 40 ani

10-14 - 50 ani

<10 - 60+ ani

Scor: _____

B. Plank (menținere planșă)

>90 sec - 20-30 ani

60-90 sec - 40 ani

30-60 sec - 50 ani

<30 sec - 60+ ani

Scor: _____

ECHILIBRU ȘI CONTROL NEUROMUSCULAR

Stai într-un picior, ochii închiși

>30 sec - 20-30 ani

20-30 sec - 40 ani

10-20 sec - 50 ani

<10 sec - 60+ ani

Scor: _____

RESPIRAȚIE ȘI CAPACITATE VAGALĂ

Test respirație controlată

Inspir 4 sec - expir 6 sec, timp de 2 minute.

Fără disconfort - 20-30 ani

Ușor disconfort - 40 ani

Difil de menținut ritmul - 50 ani

Amețeață / anxietate - 60+ ani

Scor: _____

RECUPERARE CARDIOVASCULARĂ

Test 1 minut genuflexiuni ușoare

Măsoară pulsul imediat și la 1 minut după oprire.

Revine la normal în <60 sec - 20-30 ani

60-90 sec - 40 ani

90-120 sec - 50 ani

>120 sec - 60+ ani

Scor: _____

CALCUL FINAL

Adună toate scorurile și împarte la numărul de teste efectuate.

Vârsta biologică estimată: _____

INTERPRETARE

Dacă vârsta biologică < vârsta cronologică - condiție funcțională foarte bună

Egală - menținere bună

+5-10 ani - necesită program de corecție

+10 ani - risc funcțional crescut

INFOMED

Publicație a Spitalului
Municipal de Urgență
Moinești

Director de Publicație

- Prof. Univ. Dr. Adrian Cotirleț

Au participat la acest număr:

- Prof. Univ. Habil. Dr. Bobeica Carmen

- Psih. Mititelu Ecaterina

- I.T. Chirobocea Nicu

Această publicație
este creditată
EMC de către
Colegiul Medicilor



Fkt. Pr. Săndel Măciucă
SCMU Moinești