

Tabelul 1

Indicii cantitativi, stabiliți prin ecografie spectrală Doppler a vaselor magistrale ale cavității abdominale la pacienții examenați

Indicii	Vasul studiat			
	Vena portă	Artera hepatică comună	Vena lienală	Vena mesenterică superioară
D, mm	11,5±0,6	4,4±0,005	0,6±0,02	0,53±0,04
VV, ml/min	324±15,6 N=(1017±196)	153±33 N=(269±115)	366±12 N=(231±13)	979±138 N=(194±25)
IR	0,73±0,004	0,12±0,35	0,27±0,52	0,63±0,46
IP	0,795	0,47±0,05	0,38±0,55	0,33±0,86
VTFSH, ml/min	477±48,6			

Notă. D – diametrul vasului, VV – viteza de volum a fluxului sangvin, IR – indicele rezistenței, IP – indicele de pulsație, VTFSH – volumul total al fluxului sangvin hepatic.

Dinamica modificărilor indicilor dopplerografici ai examinării vaselor la pacienții incluși în studiu în funcție de vârstă este prezentată în tabelul 2.

Tabelul 2

Dinamica modificărilor indicilor dopplerografici ai examinării vaselor la pacienții incluși în studiu pe loturi

Indicii	Lotul conform vârstei	Vasul studiat			
		Vena portă	Artera hep. com.	Vena lienală	Vena mesenterică superioară
VLC cm/s	Lotul I	12,4±3,5***	76,8±0,8**	13,1±0,1*	21,4±0,2*
	Lotul II	11,1±3,4***	85,5±0,5**	23,0±0,3*	28,0±4,0***
VV, ml/min	Lotul I	426±24,0***	990±69*	157±0,4*	785±0,5**
	Lotul II	324±15,6***	812±2,0*	366±12***	979±138 *
IR	Lotul I	0,681***	0,65***	0,49**	0,30**
	Lotul II	0,793***	0,71***	0,50*	0,47**
IP	Lotul I	0,693***	1,32***	0,93***	1,20***
	Lotul II	0,795***	1,71***	1,32***	1,33***

Notă. VLC – viteza sistolică maximală a circuitului; devierile statistice veridice: * – p<0,05; ** – p<0,005; *** – p<0,001.

Concluzii

1. La pacienții suferinzi de UD nu a fost depistată o deformare evidentă a contururilor vaselor studiate.

2. În funcție de faza de cicatrizare, putem utiliza metoda neinvazivă și inofensivă Doppler pentru diagnosticul UD, care poate înlocui indirect examenul

endoscopic, când se atestă careva contraindicații pentru efectuarea acestuia.

Bibliografie

1. Badea R., Ducea S., Mircea P., Stamatina F. *Ficatul. Tratat de ultrasonografie clinică*. București: Editura Medicală, 2009, p. 105-175.
2. Dorina Gatman, E. Cobîleanschii. *Hemodinamica hepatică în ulcerogeneza duodenală*. Teză de diplomă, USMF N. Testemițanu, Chișinău, 2017.
3. Sporea I., Prelipcean Cijevschi C. *Ecografia abdominală în practica clinică*. Timisoara: Editura Mirton, 2010.
4. Маев И.В., Горбань В.В., Салова Л.М. *Кровоток и морфофункциональное состояние гастродуоденальной слизистой в разные фазы язвенной болезни*. В: Терапевтический архив, 2007, т. 79, № 8, с. 57-62.
5. Шакаева Т.А., Черногуз С.А., Жанова Э.М. *Особенности гемодинамики сосудов брюшной полости у пациентов с язвенной болезнью*. В: Терапевтический вестник, 2010, № 2, с. 106.

CZU 616.233-002

COMORBIDITATEA ÎN BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Diana CONDRAȚCHI, Serghei PISARENCO,
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Summary

Comorbidity in chronic obstructive pulmonary disease

In order to study the clinical, evolving and therapeutic features of COPD complicated by comorbid pathology, 208 patients were studied. It was established that the severity of comorbidity increases with severity of the disease and age of the patient. Interaction of age, disease and drug pathomorphism factors alters the clinic state and course of the disease. The management of an old-aged comorbid patient requires individual approach.

Introducere

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este o afecțiune cronică pulmonară cu prevalența în continuă creștere: afectează 210 milioane de oameni în întreaga lume și ucide milioane în fiecare an. La nivel global, pentru următoarele decenii se prognozează creșterea poverii BPOC din cauza impactului continuu al factorilor de risc pentru declanșarea maladiei și a îmbătrânirii populației.

BPOC este frecvent asociată cu alte patologii, care pot influența semnificativ prognosticul. Unele maladii se dezvoltă independent de BPOC, altele sunt în legătură causală cu ea: fie patologii au factori comuni de risc, fie că o boală crește riscul dezvoltării alteia. Probabil, unele caracteristici ale BPOC, așa ca inflamația sistemică, pot fi întâlnite și în alte patologii.

În acest context, acest mecanism explică legătura BPOC cu unele maladii concomitente [1, 5].

Odată cu vârsta, crește considerabil numărul comorbidităților. Polimorbiditatea crește de la 10% la pacienții cu vârste sub 19 ani până la 80% la vârstnicii de peste 80 de ani [3].

Comorbiditatea este pe larg prezentă la bolnavii spitalizați în staționare. Pacienții care se prezintă simultan cu mai multe patologii sunt, de regulă, o normă, decât o excepție [4].

Scopul lucrării a fost elucidarea particularităților clinico-evolutive și terapeutice ale BPOC cu comorbidități.

Material și metode

A fost studiată documentația medicală (fișa medicală a bolnavului de staționar – formularul nr. 003/e-2012; foaia de prescripții medicale la formularul nr. 003/e; foaia de indicatori principali ai stării bolnavului, aflat în secția (salonul) de reanimare și terapie intensivă – anexa la formularul nr. 003/e; trimiterea-extras – formularul nr. 025/e; fișa medicală a bolnavului de ambulatoriu – formularul nr. 025/e) a celor 208 bolnavi cu BPOC, examinați și tratați în clinica specializată. Diagnosticul a fost stabilit în conformitate cu Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), gradul de severitate a BPOC a fost determinat după evaluarea valorilor volumului expirator maxim pe secundă postbronhodilatator.

Repartizarea pacienților pe grupe de vârstă a fost realizată conform recomandărilor OMS. Pentru aprecierea obiectivă a fundalului comorbid, s-a utilizat numărul mediu de patologii asociate la pacienți.

Rezultate și discuții

Printre pacienții cu BPOC au fost 173 bărbați și 35 femei, raportul fiind 5:1. Subiecți de vârstă medie au fost 43,3%, vârstnici – 43,3% și senili – 13,4%. Odată cu înaintarea în vârstă se agravează evoluția BPOC. Astfel, printre persoanele de vârstă medie dominau pacienți cu forme medii sau grave (40% și 45% respectiv). În grupul pacienților vârstnici și senili predominau bolnavii cu forme severe sau foarte severe ale BPOC (62,2% și 26,7%, respectiv). Grupul pacienților senili îl constituiau bolnavii cu forme severe sau foarte severe de evoluție a maladii (78,6% și 21,4% respectiv). Odată cu agravarea BPOC creștea numărul comorbidităților, atingând valori de 5,3 în formele cu evoluție foarte severă. Cel mai frecvent BPOC se asociau hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, depresia, hepatita cronică, diabetul zaharat, osteoporoza.

Drept cauze ale acestor comorbidități se pot presupune: mecanismele patogenetice comune ale mai multor patologii; relația cauzală temporală a unor boli; o maladie ca o complicație a alteia. Factorii

care au influențat apariția comorbidităților puteau fi: infecția cronică, inflamația, modificările involutive și metabolice sistemice etc.

Conform unor studii [6], inflamația cronică sistemică este un proces patologic tipic, multisindromal, care se dezvoltă în caz de afectare sistemică și se caracterizează printr-o reactivitate totală inflamatorie a celulelor endoteliale, plasmatice, a factorilor celulari sangvini, țesutului conjunctiv, dereglări de microcirculație în organele și țesuturile-țintă.

Terapia complexă a pacienților comorbizi cu BPOC include preparate medicamentoase cunoscute cu acțiune antiinflamatorie, însă pentru reducerea severității inflamației din bronhii și a tendinței ei sistemice, administrarea acestora, de regulă, este insuficientă. De aceea, într-o mare măsură, tratamentul pacienților cu BPOC este asociat cu polipragmazie inevitabilă, care depinde de severitatea patologiei. Astfel, pacienților cu forme foarte severe de BPOC le erau administrate în medie preparate din 12 grupe farmaceutice. Utilizarea unui număr mare de medicamente, în special, la pacienții vârstnici și senili, creștea probabilitatea dezvoltării efectelor adverse locale și sistemice la aceste preparate.

În acest context, trebuie de menționat că reducerea sarcinii medicamentoase pe bolnav este posibilă prin utilizarea preparatelor noi (inhibitorii fosfodiesterazei 4, inhibitorii metaloproteazei-9 din matrice, antagoniștii chemokinelor și citokinelor, inhibitorii factorului nuclear kapa-B, inhibitorii TNF- α etc.), orientate pe diferite ținte patogenetice ale BPOC, remedii capabile să reducă inflamația din bronhii și pulmonii, dar și implicarea altor organe în procesul inflamator sistemic [2].

Aderența terapeutică la pacienții cu BPOC se reduce cu vârsta, fapt ce se explică prin dereglările cognitive legate de vârstă, comorbidități, acțiunea medicamentoasă și altele.

Analiza duratei tratamentului din staționar a stabilit dependența ei directă de severitatea BPOC și, respective, de comorbidități. Pacienții cu forme moderate ale maladii se aflau în staționar în medie 8,9 zile/pat, cei cu forme severe – 10,5 zile/pat, cei cu forme foarte severe de BPOC – 11,5 zile/pat.

Astfel, interacțiunea dintre vârstă, maladie și patomorfoza medicamentoasă modifică semnificativ tabloul clinic și evoluția nosologiei de bază, caracterul și severitatea complicațiilor; reducea calitatea vieții bolnavului, limita sau împiedica procesul curativ.

Concluzie

Comorbiditatea este un factor ce complică BPOC la persoanele din grupe de vârstă diferite. Cel mai frecvent, comorbiditatea este observată la

vârstnici și senili, rata cărora constituie 53,3% dintre pacienții cu BPOC. La acești pacienți, de regulă, se observă o evoluție mult mai severă a maladiei, un grad redus de corespundere dintre comportamentul bolnavului și recomandările medicale, durată mult mai mare de tratament, un pronostic mai nefavorabil.

Conduita unui pacient vârstnic necesită o abordare individuală, ținând cont de: comorbidități, interacțiunea medicamentoasă, riscul crescut de reacții adverse.

Cu considerarea celor expuse, menționăm că problema comorbidităților necesită o reflectare mai detaliată în recomandările Inițiativei Globale pentru bronhopneumopatia cronică obstructivă și în Protocolul clinic național *Bronhopneumopatia obstructivă cronică* PCN-18.

Bibliografie

1. Fabbri L.M., Ferrari R. *Chronic disease in the elderly: back to the future of internal medicine*. In: Breathe, 2006, nr. 3(1), p. 40-49.
2. Hakim A., Adcock I.M., Usmani O.S. *Corticosteroid resistance and novel anti-inflammatory therapies in chronic obstructive pulmonary disease: current evidence and future direction*. In: Drugs, 2012, vol. 72, p. 1299-1312.
3. Van den Akker M., Buntinx F., Metsemakers J.F. et al. *Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases*. In: J. Clin. Epidemiol., 1998, vol. 51, № 5, p. 367-375.
4. Белялов Ф.И. *Лечение болезней в условиях коморбидности*. Изд. 10-е. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 544 с.
5. Верткин А.Л., Скотников А.С., Тихоновская Е.Ю., Оралбекова Ж.М., Губжокова О.М. *Коморбидность при ХОБЛ: роль хронического системного воспаления*. В: Российский медицинский журнал, 2014, №11, с. 811.
6. Черешнев В.А., Гусев Е.Ю., Юрченко Л.Н. *Системное воспаление – миф или реальность?* В: Вестник Российской академии наук, 2004, № 3, с. 219-227.

CZU 616-053.9

PROBLEMELE MARI GERIATRICE, BOLILE CARDIOVASCULARE CRONICE ȘI CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR VÂRSTNICI DIN REPUBLICA MOLDOVA

Elena COȘCIUG, Gabriela ȘORIC, Felicia LUPAȘCU-VOLENTIR, Diana FETCO, Irina STOICOVA, Anatol NEGARĂ,
Laboratorul științific de gerontologie,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The major geriatric syndromes, chronic cardiovascular diseases and quality of life of elderly patients in the Republic of Moldova

This study demonstrates some provisional facts about the major geriatric syndromes at the hospital stage (the type and frequency of main geriatric syndromes and chronic car-

diovascular diseases) according to age. Also, 6 domains of quality of life were evaluated and established its correlation with cardiovascular diseases and geriatric syndromes.

The results of evaluating daily activities, walking and balance, cognitive status and depression, established a lower score in patients older than 75 years. Also, the following geriatric syndromes was diagnosed: frailty, constipation, urinary incontinence, iatrogenic, and fall syndrome with a higher score. From chronic cardiovascular pathologies, a higher frequency was recorded in hypertension, ischemic cardiomyopathy and cardiac insufficiency at age over 75 years. Also, the quality of life of this group of patients was at the low level.

Introducere

Prin prisma îmbătrânirii demografice realizate de segmentul populațional de peste 65 de ani, se remarcă creșterea ponderii problemelor de sănătate specifice acestei categorii de vârstă, ceea ce reprezintă o adevărată provocare pentru practica medicală. Calitatea vieții este principalul obiectiv al pacientului vârstnic cu polipatologii, care este chinuit de suferință: fizică, socială, psihosocială și spirituală. Fenomenul necesită acțiuni medico-sociale concrete, care să conducă la creșterea autonomiei populației vârstnice, a bunăstării ei, la o îmbătrânire sănătoasă și la asigurarea unei calități a vieții în conformitate cu nevoile vârstnicilor [1, 3].

Geriatra modernă implică atât asistența medicală, cât și cea socială a populației vârstnice, căreia îi sunt caracteristice polipatologia, dar și multiple sindroame geriatrice care, neevaluate și netratate la timp, au un impact nefast asupra calității vieții acestor persoane [5].

Practica medicală actuală necesită îmbunătățirea managementului pacienților vârstnici cu polipatologii cronice, recunoașterea și urmărirea repercusiunilor sindroamelor geriatrice în ceea ce privește calitatea vieții, care a devenit o condiție necesară în practica medicală. Principalele domenii ce țin de toate aspectele evaluării geriatrice complexe sunt: capacitatea funcțională, sănătatea fizică, sănătatea cognitivă și cea mentală, precum și situația socială și cea de mediu.

Cunoașterea problemelor geriatrice este importantă atât în etapa spitalicească, cât și în cea prespitalicească, în vederea evaluării acestora cât mai devreme și implementarea măsurilor medico-sociale de tratament și îngrijiri [4]. Deseori, schimbările involutive fizice sau cognitive duc la asocierea altor sindroame geriatric, agravând și mai mult calitatea vieții acestor pacienți [2].

Scopul studiului a fost determinarea problemelor mari geriatrice în etapa spitalicească și evaluarea calității vieții pacienților vârstnici.

Material și metode

Studiul a fost realizat pe un lot de 155 de pacienți cu vârsta de peste 65 de ani, internați în secția