

cere moderată a capacității de muncă, la 28,9% – o reducere pronunțată, 22% erau inapți de muncă și numai 6,7% din pacienți au fost apți de muncă.

Stratificarea statutului fizic de muncă al pacienților cu BPOC ne-a permis să determinăm cantitativ posibilitățile de muncă ale acestora prin stabilirea sarcinii de energie permisibilă. O pătrime (31,1%) din pacienți erau în stare să-și prelungească activitatea. La 37,8% BPOC a cauzat limitarea activității vitale, ei având necesitate de protecție socială, iar pentru 31,1% pacienți a fost stabilit gradul de dizabilitate.

Bibliografie

1. Ețco C., Puiu L., Bivol G., Ciocan L. Noi abordări în determinarea dizabilității cu utilizarea instrumentarului Clasificării Internaționale a Funcționării Dizabilității și Sănătății. În: Curierul medical, 2012, nr. 3, p. 166-173.
2. Clasificarea Internațională a Funcționării Dizabilității și Sănătății (CIF). OMS, Geneva – București, 2004, p. 3-9.
3. Sochircă L., Luchian M., Moscovciuc A. Prin evaluarea complexă bazată pe CIF – spre incluziune socială. În: Analizele științifice: Zilele Univ. 17-19 oct. 2012, ed. a XIII-a, Univ. de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, vol. 2: Probleme actuale de sănătate publică, economie și management în medicină. Chișinău, 2012, p. 382-386.
4. Stanford R., Shen Y., et al. Cost of chronic obstructive pulmonary disease in the emergency department and hospital: an analysis of administrative data from 218 US hospitals. In: Treat. Respir Med., 2006; nr. 5; p. 343-349.
5. Авдеев С. Хроническая обструктивная болезнь легких: обострения. В: Пульмонология, 2013, № 3, с. 5-19.
6. Буторов И., Буторов С., Максимов В. Клиническая эффективность курсовой и длительной терапии ингибитором ангиотензинпревращающего фермента периндоприлом у больных хронической обструктивной болезнью легких и легочным сердцем. В: Клиническая медицина, 2006, № 5, с. 20-24.
7. Критерии трудоустройства при хронических неспецифических заболеваниях легких. (Методические рекомендации). Днепропетровск, 1986, 42 с.
8. Овчаренко С. Фенотипы больных хронической обструктивной болезнью легких и исследование ECLIPSE: первые результаты. В: Пульмонология, 2011, № 3, с. 113-116.
9. Чикина С., Авдеев С. Новый бронходилататор гликоперроний бромид: обзор клинических исследований. Атмосфера. В: Пульмонология и аллергология, 2013, № 4, с. 2-7.

Ana Moscovciuc, dr. med., conf. cercet.,
IMSP Institutul de Ftziopneumologie
Chiril Draganiuc
Tel.: 069192829

BPOC LA PACIENȚII CARE SE ADRESEAZĂ LA ASISTENȚA MEDICALĂ ÎNALT SPECIALIZATĂ

**Sergei PISARENCO, Sofia ALEXANDRU,
Ion HAIDARLÎ, Constantin MARTÎNIUC,
Aliona DAVID, Doina RUSU, Ana MOSCOVCIUC,**
IMSP Institutul de Ftziopneumologie Chiril Draganiuc

Summary

COPD among patients requiring highly specialized care

COPD is responsible for applying for tertiary medical care 16.7% of patients with lung diseases nonspecific (LDN), and 21.8% – with chronic LDN. The structure is dominated by applied patients, patients with airflow limitation (AL), the relevant class of spirometry GOLD 3 and GOLD 4. Simultaneously with the increase in AL is marked increase in pulmonary artery systolic pressure (PASP). COPD complicated pulmonary hypertension, has a more severe clinical course, more frequent complications requiring correction treatment.

Keywords: COPD, pulmonary hypertension, prevalence, negotiability, highly specialized medical care

Резюме

ХОБЛ среди пациентов, обращающихся за высокоспециализированной медицинской помощью

ХОБЛ является причиной обращения за высокоспециализированной медицинской помощью 16,7% больных с ХЗЛ и 21,8% – с ХНЗЛ. В структуре обратившихся пациентов преобладают больные с ограничением скорости воздушного потока (ОСВП), соответствующим спирометрическому классу GOLD 3 и классу GOLD 4. Одновременно с нарастанием ОСВП отмечается повышение уровня систолического давления в легочной артерии. ХОБЛ, осложненная легочной гипертензией, отличается более тяжелым клиническим течением, более частыми осложнениями, требующих коррекции лечения.

Ключевые слова: ХОБЛ, легочная гипертензия, распространенность, обращаемость, высокоспециализированная медицинская помощь

Introducere

Conform cercetărilor Institutului Național al Inimii, Plămânului și Sângelui (NHLBI), grupul bolilor bronhoobstructive cronice îl constituie BPOC, bronșectazia, bronșiolita, fibroza chistică, astmul bronsic etc. [1-3; 5].

În ultimii 10 ani, cu suportul Organizației Mondiale a Sănătății, au fost elaborate un șir de strategii globale pentru diagnosticul, tratamentul și profilaxia bolilor cronice bronhoobstructive, așa ca Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease pentru BPOC [4].

Studiul epidemiologic din ultimii ani denotă că de la 1,5% până la 4% din populația globului suferă de BPOC cu severitate diferită [7-10]. La populația cu vârste peste 45 de ani, acest indice constituie 8%. În Republica Moldova, conform datelor statisticii medicale, incidența BPOC constituie 1,6 la 10.000 populație adultă.

Răspândirea hipertensiunii pulmonare și a cordului pulmonar depinde de gradul de severitate a modificărilor funcționale, la valori ale volumului forțat expirator în prima secundă (VEMS) sub 600 ml frecvența dezvoltării cordului pulmonar se apropie de 70% [6].

Scopul studiului este de a cerceta răspândirea BPOC printre pacienții ce s-au adresat după asistență medicală înalt specializată.

Material și metode

Au fost studiate 8365 de cazuri de adresări după asistență medicală înalt specializată (AMÎS) pe parcursul anului 2015, în secția consultativă a Institutului de Ftziopneumologie, pe motiv de boli pulmonare nespecifice (BPN), inclusiv 6415 cazuri – pentru BPN cronice. S-au utilizat metode clinice, funcționale, instrumentale, medico-statistice etc. Pentru aprecierea gradului de limitare a fluxului de aer s-au utilizat clasele de spirometrie (CS) GOLD.

Rezultate și discuții

În perioada studiată, în secția consultativă au fost realizate 8365 de vizite medicale pentru maladii pulmonare nespecifice, inclusiv 6415 – pentru boli pulmonare nespecifice cronice. Diagnosticul BPOC a fost confirmat / stabilit în cadrul a 1970 de vizite medicale. Astfel, BPOC a fost motivul de adresare după asistență medicală înalt specializată a 16,7% pacienți cu boală pulmonară nespecifică și la 21,8% – cu boală pulmonară nespecifică cronică.

În structura pacienților cu BPOC, cazurile cu limitarea fluxului de aer ce corespunde CS GOLD 1 au fost unice. Bolnavii cu limitarea fluxului aerian ce corespunde CS GOLD 2 au constituit 28%. Au predominat bolnavii cu limitarea fluxului de aer ce corespunde CS GOLD 3 și GOLD 4.

Din bolnavii cu BPOC ce s-au adresat după asistență medicală înalt specializată 17,5% au fost spitalizați în clinică, inclusiv în secția de anestezie și terapie intensivă (SATI).

Concomitent cu progresarea obstrucției bronșice, are loc creșterea presiunii arteriale pulmonare sistolice (PAPS). La bolnavii cu limitarea fluxului de aer ce corespunde CS GOLD 1, presiunea sistolică în artera pulmonară (PSAP) rămânea normală. La bolnavii cu limitarea fluxului de aer ce corespunde CS GOLD 2, ultima ușor depășea norma ($40,32 \pm 1,18$

mmHg). La pacienții cu limitarea fluxului de aer ce corespunde CS GOLD 3 și CS GOLD 4, PAPS creștea treptat și valorile ei medii depășeau veridic norma (corespunzător, $43,51 \pm 1,24$ mmHg și $44,91 \pm 0,94$ mmHg). BPOC complicată cu hipertensiune pulmonară se deosebește prin evoluție clinică mai severă, dezvoltarea mai frecventă a complicațiilor, care cer corecție terapeutică.

Valoarea medie a PAPS a depășit norma la pacienții cu BPOC moderată, constituind $40,32 \pm 1,18$ mmHg, cu majorare treptată nesemnificativă a acestei valori la pacienții cu BPOC severă la $43,51 \pm 1,24$ mmHg, și semnificativă la pacienții cu BPCO foarte severă la $44,91 \pm 0,94$ mmHg.

Concluzii

1. Diagnosticul BPOC a fost stabilit / confirmat în cadrul a 1970 de vizite medicale în instituție înalt specializată. Astfel, BPOC a fost motivul de adresare după asistență medicală înalt specializată pentru 16,7% pacient cu boală pulmonară nespecifică și 21,8% – cu boală pulmonară nespecifică cronică.

2. În structura pacienților cu BPOC, cazurile cu limitarea fluxului de aer (LFA) ce corespunde clasei de spirometrie (CS) GOLD 1, au fost unice. Pacienții cu LFA ce corespunde CS GOLD 2 au constituit 28%. Au predominat bolnavii cu LFA ce corespunde CS GOLD 3 și GOLD 4.

3. Concomitent cu progresarea obstrucției bronșice, are loc majorarea presiunii arteriale pulmonare sistolice. Valoarea medie a PAPS a depășit norma la pacienții cu BPCO moderată, constituind $40,32 \pm 1,18$ mmHg, cu majorare treptată nesemnificativă a acestei valori la pacienții cu BPCO severă la $43,51 \pm 1,24$ mmHg, și semnificativă la cei cu BPCO foarte severă la $44,91 \pm 0,94$ mmHg.

4. BPOC complicată cu hipertensiune pulmonară, se deosebește prin evoluție clinică mai severă, dezvoltarea mai frecventă a complicațiilor, care cer corecție terapeutică.

5. Dintre bolnavii cu BPOC care s-au adresat după asistență medicală înalt specializată, 17,5% au fost spitalizați în clinică, inclusiv în SATI.

Bibliografie

1. Bourbeau J., Julien M., Maltais F. et al. (2003). *Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention*. In: Archives of Internal Medicine, nr. 163 (5), p. 585-591.
2. Burgel P.R., Paillasseur J.L., Caillaud D. et al. *Clinical COPD phenotypes: a novel approach using principal component and cluster analyses*. In: Eur. Respir. J., 2010 Sep; nr. 36(3), p. 531-539.
3. Celli B., Macnee W. *Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper*. In: Eur. Respir. J., 2004, vol. 23, p. 932-946.

4. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD*. UPDATE 2013. GOLD Inc., 2013, 98 p.
5. Hajiro T., Nishimura K., Tsukino M. et al. *Analysis of clinical methods used to evaluate dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. In: Amer. J. Respir. Crit. Care Med., 1998, vol. 158, p. 1185-1189.
6. Macnee W. *Pathophysiology of cor pulmonale in chronic obstructive pulmonary disease, Part 1*. In: Am. J. Respir. Crit. Care Med., 1994, nr. 150, p. 833-852 and 1158-1168.
7. Matcovschi S. *Dereglări hemodinamice și metode medicamentoase de corijare a lor la diverse etape de formare a cordului pulmonar*. Autoref. tezei de dr. hab. șt. med. Chișinău, 1993, 25 p.
8. Matcovschi S., Nikolenko I., Dumitras T., Terna E. *Problema corijării dereglărilor hemodinamicii pulmonare în bronhopneumopatia obstructivă cronică (revista literaturii)*. In: Arta Medica, nr. 5 (38), 2009, p. 31-37.
9. Țernă E. *Tratamentul bronhopneumopatiei cronice obstructive cu bronhodilatatoare*. Autoref. tezei de dr. șt. med. Chișinău, 2008, 22 p.
10. Лукина Е. Ю. *Особенности вазоактивной функции эндотелия у больных хронической обструктивной патологией легких (клинико-функциональное исследование)*. Автореф. дис. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2009, 25 с.

Serghei Pisarenco, dr. hab. șt. med., conf. univ.,
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie
Chiril Draganiuc
Tel.: 079453273
e-mail: pisarenco.serghei@gmail.com

CARACTERISTICILE DISFUNCȚIEI ENDOTELIALE LA PACIENȚII CU BRONHOPNEUMOPATIE OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ

*Serghei PISARENCO*¹, *Constantin MARTÎNIUC*¹,
*Olga LEVADEANSCHI*², *Iurie SIMIONICA*¹,
*Olga CARAIANI*¹,

¹IMSP Centrul Republican de
Diagnosticare Medicală,

²IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Summary

Characteristics of endothelial dysfunction in patients with COPD

The study involved 105 patients with COPD, a diagnosis based on GOLD criteria. The majority of COPD patients a non-invasive method revealed endothelial dysfunction, which had a close correlation with arterial stiffness and is an indication for the endothelium protective pharmacotherapy.

Keywords: COPD, postischemic reactive hyperemia, endothelial dysfunction, ultrasonography, photoplethysmography

Резюме

Характеристика эндотелиальной дисфункции у больных с ХОБЛ

Обследовано 105 больных ХОБЛ, диагноз которой основывался на критериях GOLD. У большинства больных ХОБЛ неинвазивным методом выявлена эндотелиальная дисфункция, которая имела тесную корреляционную зависимость с артериальной ригидностью и являлась показанием для защитной фармакотерапии эндотелий.

Ключевые слова: ХОБЛ, постшемическая реактивная гиперемия, эндотелиальная дисфункция, ультразвунография, фотоплетизмография

Introducere

Endoteliul vascular nu este doar o simplă barieră, ci este un organ complex, cu funcție auto- și paracrină, care asigură prima linie fiziologică de apărare împotriva aterosclerozei. Disfuncția endotelială este definită ca reducerea biodisponibilității substanțelor vasodilatatoare, în particular a oxidului nitric (NO), și creșterea celor vasoconstrictoare [4]. Alături de consecințele sale structurale și funcționale, remodelarea și rigiditatea arterială, disfuncția endotelială reprezintă legătura dintre factorii de risc cardiovasculari și apariția aterosclerozei, precum și elementul principal care determină complicarea acesteia. Ca o consecință, s-au dezvoltat strategii terapeutice capabile să amelioreze funcția endotelială și prognosticul cardiovascular [5].

Prin *disfuncție endotelială* se înțelege un dezechilibru al factorilor endoteliali ce regulează procesele de homeostază, proliferare și tonusul vascular. Disfuncția endotelială la momentul actual ocupă un loc primordial în patogenia hipertensiunilor pulmonare (HP) primare și secundare. În cascada reacțiilor patogene, care duc la instalarea HP, impactul hipoxemiei se realizează, în primul rând, prin acțiunea ultimei asupra stării structurale și funcționale a endoteliului vaselor pulmonare mici și medii.

Scopul lucrării a fost de a studia funcția endotelială la pacienții cu bronhopneumopatie obstructivă cronică.

Material și metode

Au fost cercetați 105 bolnavi cu BPOC, diagnosticul cărora a fost confirmat în baza anamnezelor, tabloului clinic, metodelor funcționale etc. [2]. Prin separarea fenotipică au fost formate 3 grupuri de pacienți: cu fenotip bronșitic (41,9%), cu fenotip emfizematos (19,0%) și cu fenotip mixt (39,1%) [7].