

CZU: 616.12-008.331.1+616.24-036.12

## COMORBIDITATEA BRONHOPNEUMOPATIEI OBSTRUCTIVE CRONICE ȘI HIPERTENSIUNII ARTERIALE LA PACIENTUL AMBULATORIU: DE CE ARE IMPORTANTĂ?

Alexandru BABIN, Ian BARAD,  
IP Universitatea de Medicină și Farmacie  
Nicolae Testemițanu, Catedra Medicină de Familie

### Rezumat

Cea mai frecventă comorbiditate întâlnită la bolnavii cu bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC) este **hipertensiunea arterială (HTA)**, (28%), urmată de diabetul zaharat (14%) și de cardiopatia ischemică (10%). Asocierea celor două afecțiuni impune o abordare interdisciplinară complexă (internist, pneumolog, cardiolog) a acestor pacienți. Se estimează că, până în anul 2030, BPOC va reprezenta una dintre cauzele cele mai frecvente de mortalitate, după infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral. În studiul analitic de cohortă ce a inclus 72 de pacienți din AMT Botanica, or. Chișinău, a fost evaluată comorbiditatea BPOC cu HTA. Rezultatele comparației sindromului bronhoobstructiv (prin reducerea FEV<sub>1</sub>) în două loturi (BPOC + HTA și BPOC) nu au evidențiat diferențe semnificative, precum și impactul factorilor de risc (fumat, vârstă, sex), cu excepția obezității ( $p < 0,05$ ), ceea ce sugerează comorbiditatea și cu sindromul metabolic. Asocierea celor două boli (BPOC + HTA) impune o abordare multidisciplinară complexă a acestor pacienți în practica medicului de familie.

**Cuvinte-cheie:** hipertensiune arterială, BPOC, factori de risc, comorbiditate, spirometrie

### Summary

#### Comorbidity of chronic obstructive pulmonary disease and hypertension in ambulatory patients: why it is important?

The most common co-morbidity encountered in patients with COPD is **HTA** (28%), followed by diabetes (14%) and coronary heart disease (10%). The combination of these two conditions requires a complex interclinical approach (internist, pneumologist, cardiologist) of these patients. It is estimated that by 2030, COPD will be one of the most common causes of mortality after myocardial infarction and stroke. In a prospective study of 72 patients from AMT Botanica, Chisinau, the comorbidities of COPD and HTA were evaluated to assess pathogenetic links. The results of the comparison of broncho-obstructive syndrome (by reduction of FEV<sub>1</sub>) of two groups (COPD + HTA and COPD) did not reveal significant differences, as well as the impact of risk factors (smoking, age, sex) with the exception of obesity ( $p < 0.05$ ) suggesting comorbidity and metabolic syndrome. The association of the two diseases (COPD + HTA) requires

a complex multidisciplinary approach of these patients in the practice of the family doctor.

**Keywords:** hypertension, COPD, risk factors, comorbidity, spirometry

### Резюме

**Коморбидность хронической обструктивной болезни легких и гипертонии у амбулаторных пациентов: почему это важно?**

Наиболее распространенной сопутствующей патологией у пациентов с ХОБЛ является **артериальная гипертензия (АГ)**, (28%), за которой следуют сахарный диабет (14%) и ишемическая болезнь сердца (10%). Сочетание этих двух заболеваний требует сложного межклинического подхода (интерниста, пневмолога, кардиолога). По оценкам, к 2030 году ХОБЛ станет одной из наиболее распространенных причин смертности после инфаркта миокарда и инсульта. В проспективном аналитическом исследовании 72 пациентов (АМТ Ботаника, г. Кишинэу) была оценена коморбидность ХОБЛ и АГ. Результаты сравнения бронхообструктивного синдрома (ОФВ<sub>1</sub>) двух групп (ХОБЛ и ХОБЛ + АГ) не показали существенных различий по влиянию факторов риска (курение, возраст, пол), за исключением ожирения ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о коморбидности и с возможным метаболическим синдромом. Коморбидность двух заболеваний (ХОБЛ + АГ) требует комплексного мультидисциплинарного подхода к этим пациентам в практике семейного врача.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ХОБЛ, коморбидность, факторы риска, спирометрия

### Introducere

Ultima ediție a Ghidului GOLD, reactualizat în 2017, definește bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) drept "boală comună ce poate fi prevenită și tratată, caracterizată prin simptome respiratorii persistente și limitarea fluxului de aer, cauzate de anormalități ale căilor respiratorii și/sau alveolelor, de obicei determinate de expunerea semnificativă la particule nocive sau gaze" [1].

BPOC reprezintă una dintre cele mai frecvente afecțiuni pulmonare cu prevalența în continuă creștere, afectând circa 210 milioane de oameni în lume. La nivel european, această patologie afectează 2,5% din populația cu vârsta peste 30 de ani. BPOC este clasată ca fiind a patra cauză de deces în lume în 2017 și a treia cauză de deces pe glob până în anul 2020, cu o mortalitate de peste 3 milioane de decese în 2012 sau 6% din mortalitatea globală [9].

Irlanda, Ungaria și Belgia (pentru sexul masculin) și Danemarca, Marea Britanie (pentru sexul feminin) au avut o mortalitate mai ridicată cauzată de BPOC, comparativ cu media în Europa [11].

România se află pe locul III în Europa cu o rată a mortalității prin BPOC la bărbați, după Ungaria și Irlanda, de 60 de decese la 100.000 de locuitori [6]. În Republica Moldova, în anul 2012 au fost înregistrate 154,2 cazuri la 10.000 populație adultă [12].

Se asociază frecvent cu alte patologii – astm bronșic, hipertensiune arterială (HTA), diabet zaharat, sindrom metabolic, maladii musculoscheletice, osteoporoză, tulburări de dispoziție, cancer etc., care influențează evoluția și complicațiile bolii [3, 10].

În timp, BPOC implică dereglarea vascularizației pulmonare, afectare cardiacă, care pune probleme deosebite sub aspect de diagnostic și tratament, precum și sub aspect socioeconomic. Conform studiilor internaționale, prevalența afecțiunilor cardiovasculare este evident crescută la pacienții cu BPOC: prevalența insuficienței cardiace (IC) de 4 ori, a cardiopatiei ischemice (CI) de 2 ori, a infarctului miocardic (IM) de 2,5 ori, aritmiilor de 2,4 ori, atacurilor vasculare cerebrale (AVC) de 1,4 ori, comparativ cu populația generală [8].

Cea mai frecventă comorbiditate întâlnită la bolnavii cu BPOC este HTA (28%), urmată de diabetul zaharat (14%) și de boala coronariană a inimii (10%) [2, 4].

Alături de ghidurile internaționale privind HTA, BPOC, cu descrierea criteriilor de diagnostic, conduită și principii terapeutice, Societatea Europeană de Hipertensiune a publicat recent o recomandare pentru tratamentul hipertensiunii arteriale la bolnavii cu BPOC [4].

Asocierea celor două afecțiuni impune o abordare multidisciplinară complexă în practica medicului de familie. Se estimează că, până în anul 2030, BPOC va reprezenta una dintre cauzele cele mai frecvente de mortalitate, după infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral. Managementul tratamentului la pacienții cu BPOC ( $\beta$ 2-agoniști cu durată lungă de acțiune, anticolinergice, corticosteroizi inhalatori și sistemici, teofiline, inhibitori ai fosfodiesterazei-4 (i-PDE-4)) a arătat că acesta poate avea efecte adverse asupra sistemului cardiovascular sau poate crește incidența unor evenimente cardiovasculare majore [8, 10].

BPOC și HTA sunt caracterizate printr-o serie de factori de risc comuni, care joacă un rol important în evoluția acestor maladii: fumatul activ sau pasiv, obezitatea, alimentația incorectă, sedentarismul, factorii profesionali, statusul socioeconomic, factori endogeni (sindromul metabolic, apartenența sexuală, factorii predispozanți, ereditari) etc. Fumatul rămâne cel mai studiat factor de risc pentru boala numită „autoprovoacă” în Ghidul 2018 [9].

Scopul studiului a fost evaluarea comorbidității BPOC cu HTA la pacienți în practica medicului de familie, într-o zonă a municipiului Chișinău (AMT Botanica).

### Material și metode de cercetare

În studiul prospectiv au fost incluși 72 de pacienți, urmăriti în perioada aprilie 2016 – martie 2018. Pacienții au fost repartizați în lotul de bază – 45 de persoane cu BPOC și HTA (62,5%: 95% CI 50,3-73,6 cazuri) și lotul de control – 27 de persoane doar cu BPOC (37,5%: 95% CI 26,4-49,7 cazuri), (figura 1).

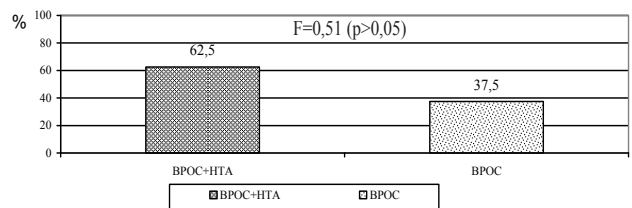


Figura 1. Loturile de studiu

Categoriile pacienților ABCD cu bronhoobstrucție au fost derivate exclusiv din simptome și istoricul exacerbărilor. Evaluarea și clasificarea după *gradul de severitate* au evidențiat preponderent GOLD II-III după datele spirometriei.

Materialele au fost analizate utilizând programele Microsoft Excel, Epi Info–3,5.

### Rezultate obținute și discuții

Bronhopneumopatia obstructivă cronică a devenit o problemă îngrijorătoare din punct de vedere social și economic pentru sistemele de sănătate la nivel mondial, prin creșterea vertiginoasă atât a prevalenței, cât și a morbidității și mortalității. BPOC a fost considerată multă vreme o patologie a vârstnicului, dar recent aceste afirmații suportă modificări. Conform studiilor internaționale, crește rata populației de 20-40 de ani afectate [10]. Comorbiditatea BPOC și HTA este prezentă la o treime din populația adultă, iar prevalența acesteia crește odată cu vârsta, afectând în cele din urmă 60% din populația cu vârsta cuprinsă între 55 și 74 de ani [5].

Rezultatele recente (figura 2) arată o prevalență crescută a afecțiunilor evaluate în rândul adulților cu vârsta medie de  $67,69 \pm 1,33$  ani la pacienții cu BPOC comorbidă cu HTA (vârsta minimă – 49 ani, maximă – 91 ani) și vârsta medie de  $65,78 \pm 2,64$  ani la cei cu BPOC (vârsta minimă – 30 ani, maximă – 86 ani), F statistic – 0,51, ( $p > 0,05$ ). Explicațiile aprecierii morbidității la aproximativ aceeași vârstă în ambele loturi din studiu pot ține de o evidență mai redusă la tineri, pe motivul adresabilității tardive, când maladiile evoluează în complicații severe.

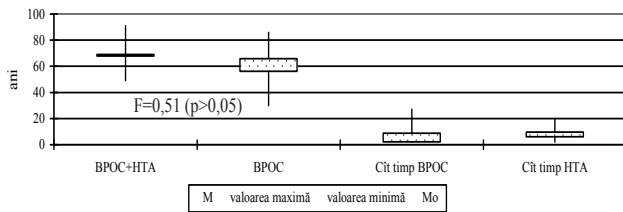


Figura 2. Vârsta pacienților și durata evidenței

Managementul BPOC este orientat spre reducerea simptomelor, prevenirea și tratamentul complicațiilor și al exacerbărilor, reducerea mortalității, prevenirea și reducerea efectelor adverse produse de tratament și prevede un diagnostic timpuriu. Conform adresabilității, evidența pacienților cu BPOC a fost mai tardivă, în medie de  $8,87 \pm 1,5$  ani. Luând în considerație vârsta medie înaintată, au fost pacienți cu diagnosticul confirmat numai de 2 ani și maxim de 27 de ani. În majoritatea cazurilor, totuși diagnosticul de BPOC a fost confirmat timp de doi ani.

HTA, pe lângă depășirea valorilor-țintă ale tensiunii arteriale, comportă un diagnostic mai rapid. În lotul cu comorbiditatea BPOC + HTA, pacienții se află în evidență cu HTA un timp mai îndelungat, în medie de  $9,7 \pm 1,13$  ani, cu variații minime și maxime (2–20 de ani) și marea majoritate de o durată de șase ani (figura 2).

A fost constatată o rată sporită de creștere a numărului femeilor în rândul pacienților cu BPOC comorbid cu HTA (lotul de bază) – 62,2%: 95% CI 46,5-76,2 cazuri, comparativ cu bărbații – 37,8%: 95% CI 23,8-53,5 cazuri și o frecvență invers proporțională în lotul pacienților doar cu BPOC, unde au predominat bărbații (59,3%: 95% CI 38,8-77,6 și 40,7%: 95% CI 22,4-61,2, respectiv).

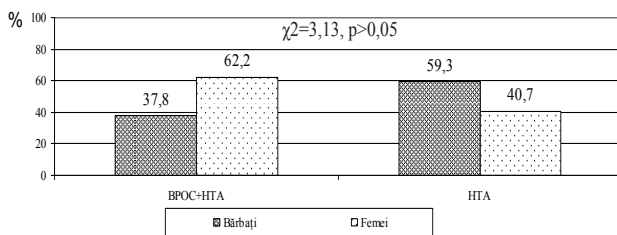


Figura 3. Loturile de studiu în funcție de sexul pacienților

Analiza statistică ANOVA arată diferențe nesemnificative (figura 3) între loturile din studiu în funcție de sex,  $\chi^2=3,13$ ,  $p>0,05$ .

Interrelația BPOC și HTA este evaluată prin acțiunea unor factori de risc comuni, ca fumatul, dar fără diferență semnificativă (în lotul de bază – 4,4%: 95%CI 0,5-15,1 cazuri și 3,7%: 95%CI 0,1-19 cazuri în lotul de control,  $\chi^2=0,02$ ,  $p>0,05$ ).

Prin imagine grafică au fost reprezentate multimorbiditățile constatate în ambele loturi (figura 4).

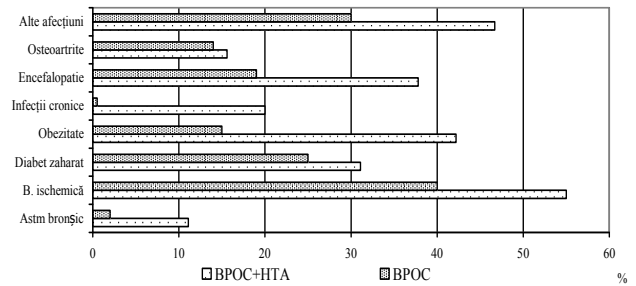


Figura 4. Plurimorbiditatea cronică la pacienții din studiu

În studiu, la pacienții cu BPOC și HTA s-a observat o prevalență crescută a cardiopatiei ischemice, obezității, diabetului zaharat, encefalopatiei, osteoartritei, osteoporozei, tulburărilor de dispoziție, evocând plurimorbiditatea ca "cel mai probabil tablou clinic la acești pacienți", ceea ce demonstrează și mecanismul patogenetic la "răspunsul inflamator amplificat" la pacienți cu BPOC. Rezultatele noastre coincid cu Ghidul GOLD 2017, consacrat „noilor perspective” asupra comorbidităților BPOC.

La pacienții cu BPOC care suferă și de boli cardiovasculare se înregistrează mai multe episoade de exacerbare a BPOC și recurența spitalizării.

Printre pacienții din studiu, femeile mai frecvent (8%) au avut asocierea BPOC cu astmul bronșic. La ele a fost constatată mai des și obezitatea.

În loturile cercetate au fost înregistrate următoarele rezultate: masa medie egală cu  $91,5 \pm 4,3$  kg la pacienții cu BPOC + HTA (greutatea minimă egală cu 65 kg, maximă – 130 kg, cea mai frecventă în seriile de variații (moda) – de 83 kg) și greutatea medie egală cu  $80,6 \pm 2,12$  kg la bolnavii cu BPOC (greutatea minimă egală cu – 71 kg, maximă – 95 kg, moda – 71 kg), F statistic – 1,33 ( $p>0,05$ ). De aici reiese IMC –  $35,3 \pm 1,72$  kg/m<sup>2</sup> la pacienții cu BPOC comorbidă cu HTA (IMC minim – 22,5, maxim – 48,7) și IMC mediu –  $28,2 \pm 1,8$  kg/m<sup>2</sup> la cei cu BPOC (IMC minim – 24,3, maxim – 33,3), F statistic – 1,85 ( $p<0,05$ ).

Alte studii prospective, studiile privind scăderea greutateii, precum și studiul nostru au arătat că obezitatea este un factor de risc pentru dezvoltarea sindromului bronhoobstructiv, mai ales în comorbiditatea cu HTA. Deși mecanismele relațiilor cauzale nu sunt cunoscute pe deplin, creșterea IMC (kg/m<sup>2</sup>) ar putea duce la bronhoobstrucție prin starea proinflamatorie creată (leptina, ca mediator al inflamației, joacă un rol important) și prin efectele fiziologice provocate de scăderea volumelor pulmonare [13].

Legăturile strânse dintre cele două patologii, atât din punctul de vedere al factorilor de risc, cât și din cauza interdependenței patogenetice, induc o comorbiditate cronică complexă, care îngreunează managementul terapeutic și prognosticul. La majoritatea pacienților studiați a fost evidențiată



morbiditatea prin BPOC în medie de  $8,87 \pm 1,33$  ani în urmă – minim de 2 ani, maxim de 27 ani și cel mai frecvent în seriile de variații (moda) de 2 ani (date conform evidenței la medicul de familie). În evoluția naturală a maladiei pulmonare cronice, HTA apare în general după câțiva ani de la debutul simptomatologiei BPOC [10]. La pacienții din lotul de bază, HTA a fost luată în evidență înaintea afecțiunii cronice pulmonare, aceasta explicându-se printr-un diagnostic mai complex, o adresabilitate în etape tardive de evoluție a maladiei și prin faptul că BPOC tinde să fie subdiagnosticat în fazele inițiale ale maladiei. Astfel, HTA a fost monitorizată în medie de  $9,7 \pm 1,13$  ani în urmă (minim de 2 ani, maxim de 20 ani și cel mai frecvent în seriile de variații (moda) de 6 ani.

BPOC în stadiile avansate conduce la moartea pacientului și, până în anul 2030, este de așteptat să fie a patra cauză principală de deces și cea de-a șaptea cauză principală de invaliditate [10].

Cercetările privind comorbiditatea sunt puține și relativ noi. Gruparea pacienților cu BPOC în loturile din studiu a luat în considerare nivelul de obstrucție prin povara implicării comorbidităților studiate. Spirometria are un rol decisiv în diagnosticul, prognosticul și tratamentul nonfarmacologic [7, 9].

În studiul nostru, spirometria a demonstrat reducerea evidentă a volumului expirator maxim în prima secundă ( $FEV_1$ ) în ambele loturi:  $FEV_1 =$  cu  $54,5 \pm 3,67\%$  în lotul de bază și  $FEV_1 = 54,3 \pm 6,05\%$  în BPOC izolat, F statistic 0,001,  $p > 0,05$ . Capacitatea vitală pulmonară forțată era redusă ( $FVC = 63,5 \pm 3,39\%$  în lotul de bază și  $FVC = 74,5 \pm 9,8\%$  în lotul control, F statistic 1,49,  $p > 0,05$ ). Raportul indicilor  $FEV_1/V_C$  a fost de  $65,2 \pm 2,8\%$  în lotul de bază și de  $63 \pm 8,1\%$  în cel de control, F statistic 0,09,  $p > 0,05$ . Valorile indicilor spirometrici ne semnificativ reduse în loturile de studii dovedesc modificări ireversibile în structurile pulmonare.

*Coexistența interdependențelor patogenetice între BPOC și HTA*

Lotul	Vârsta, ani	Sex, femei, %	IMC ( $kg/m^2$ )	Fumatul, %	$FEV_1$ , %
BPOC+HTA	$67,69 \pm 1,33$	62,2%	$35,3 \pm 1,72$	4,4%	$54,45 \pm 3,67$
BPOC	$65,78 \pm 2,64$	40,7%	$28,2 \pm 3,6$	3,7%	$54,25 \pm 6,05$
Semnificația	F st. – 0,51 ( $p > 0,05$ )	$\chi^2 = 3,13$ ( $p > 0,05$ )	F st. – 1,85 ( $p < 0,05$ )	$\chi^2 = 0,02$ ( $p > 0,05$ )	F st. – 0,001 ( $p > 0,05$ )

Pacienții cu HTA au avut hipertensiune de gradul II în 91,7%: 95% CI 77,5-98,2 cazuri (33 persoane) și de gradul III în 8,3%: 95% CI 1,8-22,5 cazuri (3 persoane). Factorii de risc comuni induc un risc foarte înalt la 16 pacienți (în 44,4%: 95% CI 27,9-61,9 cazuri) și risc înalt la 20 (în 55,6%: 95% CI 38,1-72,1 cazuri).

BPOC este caracterizată printr-o serie de factori de risc endogeni și exogeni, care joacă un rol impor-

tant în evoluția bolii: vârsta, sexul, obezitatea, fumatul, repariția simptomelor, progresarea bolii cu dereglări mai severe bronhoobstructive, asocierea comorbidităților. Putem să concluzionăm că actualmente medicii sunt pregătiți să diagnosticheze și să trateze aceste boli (comorbidități) cu prevalența în creștere.

## Concluzii

1. Comorbiditatea BPOC și HTA este una dintre frecvențele comorbidități cu legături patogenetice și factori de risc comuni.

2. Pacienții cu BPOC + HTA prezintă comorbiditate crescută și cu: cardiopatia ischemică, obezitatea, diabetul zaharat, encefalopatia, osteoartrita, osteoporoza, tulburările de dispoziție.

3. Rezultatele comparației sindromului bronho-obstructiv (prin reducerea  $FEV_1$ ) la două loturi (BPOC + HTA și BPOC) nu au evidențiat diferențe semnificative, precum și impactul factorilor de risc (fumatul, vârsta, sexul), cu excepția obezității ( $p < 0,05$ ), ceea ce sugerează comorbiditatea și cu *sindromul metabolic*, mecanismul exact și semnificația patogenică nefiind clarificate complet.

4.  $FEV_1$  este marker important de prognostic și este legat de rezultatele nefavorabile, cum ar fi morbiditatea crescută și riscul înalt de complicații.

5. Asocierea celor două boli (BPOC + HTA) impune o abordare multidisciplinară complexă a acestor pacienți în practica medicului de familie.

6. Pe lângă metodele nonfarmacologice de tratament, poate fi recomandată folosirea – ca primă intenție – a blocaților canalelor de calciu (BCC) combinați cu blocați ai receptorilor de angiotenzină ( $BRA_1$ ). În caz de eșec, se impune un al treilea medicament, de preferat indapamida sau un beta-blocant cu cardioselectivitate înaltă (neбиволол).

7. Evaluarea fiecărui pacient cu comorbidități trebuie să fie personalizată și să se adopte un mod de abordare cât mai flexibilă.

## Bibliografie

1. Crișan Dabija R., Mihăescu Traian. *Update în medicina respiratorie*. Iași: Editura „Gr. T. Popa”, 2017, 176 p.
2. Crisafulli E., Costi S., Luppi F. et al. *Role of comorbidities in a cohort of patients with COPD under-going pulmonary rehabilitation*. In: Thorax, 2008, nr. 63, p. 487–492.
3. Dheeraj Gupta, Ritesh Agarwal, Ashutosh Nath Aggarwal et al. *Guidelines for diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease: Joint ICS/NCCP (I) recommendations*. In: Lung India, 2013, nr. 30(3), p. 228–267.
4. Farsang C., Kiss I., Tykarski A., Narkiewicz K. *Treatment of hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. European Society of Hypertension – Scientific Newsletter, Update on Hypertension Management in COPD, 2016; nr. 17, p. 62.
5. Fortin M., Lapointe L.A., Hudon C. et al. *Multimorbidity is common to family practice. Is it commonly researched?* In: Can. Fam. Phys., 2005, nr. 51, p. 244–250.

6. GLOBO. *Ghid local de Management al BPOC*, 2010. <http://www.srp.ro/GLOBO---Ghid-local-de-management-al-BPOC-143.htm>
7. Martinez C.H., Kim V, Chen Y., et al. *The clinical impact of non-obstructive chronic bronchitis in current and former smokers*. In: *Respir. Med.*, 2014, Mar., nr. 108(3), p. 491-499.
8. Sin D.D. *Is COPD Really a Cardiovascular Disease?* In: *Chest*, 2009, nr. 136, p. 329-330.
9. Vogelmeier C.F., Criner G.J., Martinez F.J. et al. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary*. In: *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2017, nr. 195(5), p. 557-582.
10. Wedzicha Jadwiga A., Miravittles Marc et al. *Management of COPD exacerbations: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline*. In: *Eur. Respir. J.*, 2017; nr. 49, p. 1600791.
11. López-Campos Jose Luis et al. *Mortality trends in chronic obstructive pulmonary disease in Europe, 1994-2010: a joinpoint regression analysis*. In: *The Lancet Respiratory Medicine*, 2014, vol. 2, no. 1, p. 54-62.
12. *Protocolul clinic național „Bronhopneumopatia obstructivă cronică”*. Chișinău, 2013, 67 p.
13. Sutherland T.J., Cowan J.O., Young S. et al. *The association between obesity and asthma: interactions between systemic and airway inflammation*. In: *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2008, nr. 178(5), p. 469-475.

**Alexandru Babin**, conf. univ.,  
Catedra Medicină de Familie,  
IP USMF Nicolae Testemițanu  
tel. 069046467,  
e-mail: alexandru.babin@usmf.md

CZU: 616-006-083-039.75

## ÎNGRIJIRILE PALIATIVE ÎN REPUBLICA MOLDOVA – REALITATE ȘI PERSPECTIVĂ

**Galina BUTA<sup>1</sup>, Andrei BRADU<sup>2</sup>, Vadim POGONEȚ<sup>3</sup>,  
Natalia CARAFIZI<sup>2</sup>, Rodica IGNAT<sup>1</sup>,  
Ghenadie CUROCICHIN<sup>1</sup>,**

<sup>1</sup>Catedra Medicină de Familie,  
IP USMF Nicolae Testemițanu,

<sup>2</sup>Fundația filantropică medico-socială *Angelus Moldova*,  
*Hospice Angelus*, <sup>3</sup>IMSP Institutul Oncologic

### Rezumat

*Tendința de creștere a numărului de bolnavi cu oncopatologii în Republica Moldova presupune majorarea numărului persoanelor cu nevoi de îngrijiri paliative. Obiectivul studiului constă în identificarea problemelor și a perspectivelor de dezvoltare a asistenței paliative în țară. A fost efectuat un studiu descriptiv retrospectiv al documentelor de politici în sănătate, s-a evaluat sistemul de acordare a îngrijirilor*

*paliative la nivelele comunitar și național, accesul la opioide și instruirea personalului medical. Moldova s-a aliat cerințelor Rezoluției OMS pentru îmbunătățirea accesului pacienților la îngrijiri paliative inițial prin ONG-uri, iar ulterior prin sectorul public. Cu susținerea financiară a Fundației „SOROS-Moldova”, a Fundației filantropice „Angelus Moldova” au fost instruiți 2054 de persoane. În cadrul Proiectului „Fortificarea Capacităților de Instruire în Îngrijiri Paliative”, au fost pregătiți 12 formatori din USMF „N. Testemițanu” și instruiți 120 medici de familie (2016-2017). Accesibilitatea medicamentelor opioide în țară este asigurată de 190 instituții autorizate. Moldova dispune de cadrul legislativ pentru integrarea serviciilor de îngrijiri paliative în sistemul de sănătate. Este necesar de a fi continuată pregătirea profesioniștilor și asigurarea cu preparate opioide conform necesităților.*

**Cuvinte-cheie:** *îngrijiri paliative, pacienți incurabili, echipă multidisciplinară, calitatea vieții*

### Summary

#### **Palliative Care in the Republic of Moldova – reality and perspectives**

*In the Republic of Moldova there is a tendency of increase in the number of patients with oncological diseases, which means a constant rise of persons with palliative care needs. The objective of the study is to identify the problems and perspectives for the development of palliative care in the country. A retrospective, descriptive study of health policy documents, evaluation of palliative care system in the community and at the national level, and training of medical staff in this field were made. The Republic of Moldova has joined the requirements of the WHO Resolution to improve patients' access to palliative care, initially through NGOs and later through the public health sector. With the financial support from development partners – “Moldova Soros” Foundation, 2051 persons were trained through the Charity Foundation „Angelus Moldova”. Within the framework of the project “Strengthening Palliative Care Capacities”, 12 trainer of trainers from State Medical University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemițanu” and 120 family doctors were trained in Palliative Care. The availability of opioid drugs in the country is provided by 190 authorized institutions. The Republic of Moldova has the legislative framework for the integration of palliative care services into the health system. The training of professionals in this field is necessary to be continued and sufficient provision of opioids for palliative should be provided.*

**Keywords:** *palliative care, incurable patients, multidisciplinary team, quality of life*

### Резюме

#### **Паллиативная помощь в Республике Молдова – реальность и перспективы**

*В Республике Молдова наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с онкопатологией, что означает постоянное увеличение числа лиц, нуждающихся в паллиативной помощи. Было проведено ретроспек-*