

frecvent prin screening activ în calitate de grupă cu risc sporit de îmbolnăvire.

3. Ponderea formelor extinse, cu destrucții pulmonare, nu s-a diferențiat semnificativ de indicatorul stabilit în lotul pacienților fără tulburări ale metabolismului glucidic. Ponderea înaltă a bolnavilor cu rezultat microbiologic pozitiv în ambele loturi a demonstrat pericolul epidemiologic.

4. Rata succesului terapeutic nu s-a diferențiat semnificativ între loturile de pacienții cu sau fără tulburări ale metabolismului glucidic, însă ponderea persoanelor decedate a fost mai mare în lotul cu diabet zaharat.

Bibliografie

1. Alisjahbana B., Sahiratmadja E., Nelwan J., et al. *The Effect of Type 2 Diabetes Mellitus on the Presentation and Treatment Response of Pulmonary Tuberculosis*. In: *Clinical Infectious Diseases*, 2007, nr. 45 (4), p. 428-435.
2. Baker M.A., Harries A.D., Jeon C.Y., et al. *The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review*. In: *BMC Medicine*, 2011, nr. 9, p. 81. doi: 10.1186/1741-7015-9-81.
3. Centrul Național de Management în Sănătate. Chișinău, 2015.
4. Chang J.-T., Dou H.-Y., Yen C.-L., et al. *Effect of type 2 diabetes mellitus on the clinical severity and treatment outcome in patients with pulmonary tuberculosis: a potential role in the emergence of multidrug-resistance*. In: *Journal of the Formosan Medical Association*, 2011, nr. 110(6), p. 372-381.
5. Dooley K.E., Chaisson R.E. *Tuberculosis and diabetes mellitus: convergence of two epidemics*. In: *The Lancet Infectious Diseases*, 2009, nr. 9(12), p. 737-746.
6. Muller L.M., Gorter K.J., Hak E., et al. *Increased risk of common infections in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus*. In: *Clinical Infectious Diseases*, 2005, nr. 41(3), p. 281-288.
7. Parvaneh B., Majid M., Pedram J., et al. *Diabetes mellitus and tuberculosis facts and controversies*. In: *J. Diabetes Metab. Disord*, 2013, nr. 12, p. 58.
8. Restrepo B.I., Schlesinger L.S. *Host-pathogen interactions in tuberculosis patients with type 2 diabetes mellitus*. In: *Tuberculosis*, 2013, nr. 93, p. 10-14.
9. Webb E.A., Hesselning A.C., Schaaf H.S., et al. *High prevalence of Mycobacterium tuberculosis infection and disease in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus*. In: *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2009, nr. 13(7), p. 868-874.
10. World Health Organization. *Global tuberculosis report, 2016*.
11. Zheng C., Hu M., Gao F. *Diabetes and pulmonary tuberculosis: a global overview with special focus on the situation in Asian countries with high TB-DM burden*. In: *Glob. Health Action*, 2017, nr. 10(1), p. 1-11.

Evelina Lesnic, asist. univ.,
Catedra Pneumoftiziologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 069883302
e-mail: evelina.lesnic@usmf.md

PARTICULARITĂȚILE DECESULUI BOLNAVILOR DE TUBERCULOZĂ DIN CAUZA MALADIILOR CONCOMITENTE

V. POPA¹, A. USTIAN², A. NIGULEANU², A. MALIC²,
C. IAVORSCHI³, S. KULCIȚKAIA², C. PALADI¹,
¹IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie,
²IP USMF Nicolae Testemițanu,
³IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Rezumat

Mortalitatea prin tuberculoză este unul dintre principalii indicatori epidemiologici care reflectă povara tuberculozei. Studiul retrospectiv a fost efectuat în trei perioade și a inclus bolnavii decedați prin boli asociate: perioada I (2001-2003) – 157 de cazuri; perioada II (2007-2009) – 110 cazuri; perioada III (2013-2015) – 112 cazuri. În toate perioadele studiate au predominat bărbații și persoanele cu vârsta cuprinsă între 35 și 65 de ani. Majoritatea bolnavilor cu TB decedați prin boli concomitente au fost depistați prin examenul simptomaticilor la medicul de familie și la alți specialiști. Bolile asociate care au contribuit mai frecvent la decesul bolnavului de tuberculoză sunt: cancerul diferitor organe, cardiopatia ischemică, ciroza hepatică, pneumonia comunitară, alcoolismul și alte cauze. Sfârșitul letal cauzat de maladiile asociate a survenit mai frecvent la domiciliu în toate perioadele studiate.

Cuvinte-cheie: tuberculoză, patologii asociate, mortalitate

Summary

Particularities of deaths in tuberculosis patients by concomitant diseases

Tuberculosis mortality is one of the main epidemiological indicators that reflect the burden of tuberculosis. The retrospective study was conducted over 3 periods of time and included deceased patients from TB and associated diseases: period I (2001-2003) – 157 cases; period II (2007-2009) – 110 cases; period III (2013-2015) – 112 cases. In all studied periods, men and people aged 35-65 years predominated. The majority of TB patients died from associated diseases were diagnosed by the symptom exam at the family doctor and other specialists. Associated diseases that have more frequently contributed to the death of the tuberculosis patient are: oncological pathology, heart disease, liver cirrhosis, community-acquired pneumonia, coinfection TB/HIV, alcoholism and other causes. The fatal outcome in TB patients caused by the associated diseases occurred more frequently at home in all periods.

Keywords: tuberculosis, associated diseases, mortality

Резюме

Особенности смертности больных туберкулезом от сопутствующих заболеваний

Смертность от туберкулеза является одним из основных эпидемиологических показателей, отражающих

брeмя туберкулеза. Ретроспективное исследование проводилось в течение 3 периодов времени: 1-ый период (2001-2003 гг.) – 157 случаев; 2-ой период (2007-2009 гг.) – 110 случаев; 3-ий период (2013-2015 гг.) – 112 случаев. Во всех исследуемых периодах преобладали мужчины и лица в возрасте 35-65 лет. Большинство больных туберкулезом, умерших от сопутствующих заболеваний, были выявлены при помощи обследования симптомов семейными врачами и другими специалистами. Сопутствующими заболеваниями, которые чаще всего способствовали смерти больного туберкулезом, являлись: онкологическая патология, болезни сердца, цирроз печени, внебольничная пневмония, коинфекция ТБ-ВИЧ, алкоголизм и др. Во всех периодах летальный исход, вызванный сопутствующими заболеваниями, чаще происходил на дому.

Ключевые слова: туберкулез, сопутствующие заболевания, смертность

Introducere

Mortalitatea prin tuberculoză este unul dintre principalii indicatori epidemiologici care reflectă povara tuberculozei. Rezultatele obținute în ultimii ani la nivel global indică o dinamică pozitivă, cu scăderea indicatorului mortalității cu 47%, comparativ cu anii 1990 [3]. În 2000–2015 au fost salvate 49 mil. de vieți omenești. Strategia *End TB*, propusă de OMS, prevede o scădere a mortalității cu 90% către anul 2030, comparativ cu 2015, ca urmare, familiile nu vor suporta cheltuieli enorme cauzate de tuberculoză [1, 4]. La momentul actual sunt înregistrați 9,7 mil. de copii orfani din cauza deceselor părinților bolnavi de tuberculoză.

În Republica Moldova, mortalitatea continuă să scadă, comparativ cu anii precedenți, însă rămâne în 2017 la nivel de 7,9, iar în mun. Chișinău constituie 6,8 decese la 100 000 populație. Conform datelor unor autori autohtoni, frecvența deceselor bolnavilor de tuberculoză prin alte maladii și cauze a fost în scădere: 44,4% în anii 1985-1986, 36,5% în 1995-1996 și 20,8% în 2004-2005 [2].

Obiectivul lucrării a fost studierea particularităților deceselor bolnavilor de tuberculoză cauzate de maladii concomitente.

Material și metode de cercetare

Studiul retrospectiv a fost efectuat în trei perioade și a inclus bolnavii decedați prin maladii asociate: perioada I (anii 2001-2003), începutul Strategiei *DOTS* – 157 de cazuri; perioada II (2007-2009), începutul Strategiei *Stop TB* – 110 cazuri; perioada III (2013-2015), trecerea la Strategia *End TB* – 112 cazuri.

Rezultate obținute

Analizând distribuția pacienților în funcție de sex, a fost stabilită predominarea bărbaților, compa-

rativ cu femeile, în toate cele trei perioade, diferențele atingând valori statistice semnificative ($p < 0,05$). Raportul bărbați/femei a fost de 3,4/1 în perioada I, de 2,5/1 în perioada II și de 3,8/1 în perioada III. Repartizarea decedaților conform vârstei persoanei a demonstrat că în studiu au predominat bolnavi cu vârsta cuprinsă între 35 și 65 de ani: 70% cazuri în perioada I, 70,9% în perioada II și 69,6% în perioada III.

Analizând mediul de proveniență a decedaților, am constatat prevalența persoanelor din mediul urban în toate trei perioade studiate, cu o scădere a numărului decedaților în perioadele II și III, comparativ cu perioada I; diferențele au atins nivelul de semnificație statistică, $p < 0,05$. A fost constatată creșterea numărului de decese în perioadele II și III, comparativ cu I perioadă, diferențele atingând valori de semnificație statistică, $p < 0,05$. Numărul persoanelor fără loc de trai decedate s-a majorat semnificativ în perioada III, comparativ cu perioadele II și I, $p < 0,05$.

Evaluând cazurile în funcție de metodele de depistare a maladiei, am stabilit că majoritatea bolnavilor, în perioada I (99,7%), au fost depistați prin metoda pasivă la adresare directă, iar numărul lor a scăzut semnificativ în perioadele II (22,7%) și III (32,1%) ($p < 0,05$). Activitatea medicului de familie și a altor specialiști a crescut în perioadele II (54,5%) și III (52,7%), comparativ cu perioada I (1,3%); astfel, prin examinarea simptomatelor au fost depistați circa o jumătate din cazuri în perioadele II și III, diferențele au atins niveluri de semnificație statistică ($p < 0,05$). Aportul metodei active în depistarea bolnavilor (prin controlul radiologic profilactic) a fost nesemnificativ: niciun caz în perioada I, 22,7% cazuri în perioada II și 15,2% cazuri în perioada III. Datele obținute demonstrează existența problemelor continue în organizarea depistării timpurii a bolnavilor cu TB.

Printre formele clinico-radiologice a predominat tuberculoza pulmonară infiltrativă (majoritatea deceselor) în toate perioadele studiate, cu creșterea semnificativă în dinamică în perioada III (88,4%), comparativ cu perioadele I (73,2%) și II (70,9%), ($p < 0,05$). A fost înregistrată o tendință de reducere a tuberculozei diseminate în perioada III (3,6%) versus perioadele I (8,3%) și II (9,1%), diferențele nu au atins niveluri semnificative ($p > 0,05$). Tuberculoza primară, nodulară, fibrocavitară și formele extrapulmonare au fost stabilite într-o proporție mică (1,2%-10,8%).

Analizând particularitățile imagistice ale decedaților, a fost constatată o pondere mare a procesului tuberculos în fază de destrucție a țesutului pulmonar în toate perioadele cercetate: 44,6%, 31,8% și 35,7% cazuri, respectiv. Diferențele au atins niveluri semnificative între perioadele I și II ($p < 0,05$).

Microscopia sputei la BAAR pozitivă a fost identificată la peste 1/3 din cazuri în toate perioadele: 38,2%, 47,3% și 39,3% cazuri, respectiv; diferențele nu au atins valori cu semnificație statistică ($p > 0,05$). Printre cazurile cu cultură pozitivă, rezistența MBT la preparatele antituberculoase a crescut în perioadele II (60,6%) și III (77,6%), comparativ cu perioada I (4,4%), diferențele fiind semnificative între perioada III și perioada I ($p < 0,05$). Multidrogrezistența a predominat în toate perioadele: 50%, 70% și 78,9% cazuri, respectiv; diferențe semnificative au fost înregistrate între perioadele I și III ($p < 0,05$).

Cauzele decesului bolnavilor de tuberculoză prin boli asociate și alți factori au fost de o diversitate largă (vezi tabelul). Cea mai frecventă cauză letală, înregistrată în toate perioadele studiate, a fost patologia oncologică (cancerul pulmonar, al capului și gâtului, hepatic, al prostatei), urmată de patologia cardiovasculară (cardiopatia ischemică) și ciroza hepatică decompensată, care au fost mai frecvent confirmate în perioada I. Printre alte cauze se enumeră: pneumonia comunitară, depistată mai des în perioada III; alcoolismul cronic, predominant în perioadele II și III; atacul vascular cerebral, identificat mai frecvent în perioada I; infecția HIV/SIDA și infarctul miocardic, înregistrate mai des în perioada II, și diabetul zaharat.

Cauzele nemijlocite ale decesului bolnavilor de tuberculoză cu alte maladii asociate și alți factori

Cauza decesului	Perioada I		Perioada II		Perioada III	
	N	%	N	%	N	%
Patologia oncologică	28	17,8	21	19,1	24	21,4
Patologia sistemului cardiovascular	32*	20,4	5▲	4,5	15	13,4
Ciroza hepatică decompensată	27	17,2	15	9,6	10●	8,9
Pneumonia comunitară	7	4,5	5▲	4,5	15●	13,4
Alcoolismul cronic	7	4,5	10	9,1	10	8,9
Atacul ischemic cerebral	13	8,3	7	6,4	6	5,4/
HIV/SIDA	6*	3,8	15▲	13,6	3	2,7
Infarctul miocardic	3*	1,9	9	8,2	5	4,5
Diabetul zaharat	7	4,5	5	4,5	3	2,7
Alte cauze	27	17,2	18	16,4	21	18,8
Total	157	100	110	100	112	100

Notă: * – diferențe semnificative între perioada I și perioada II, $p < 0,05$, ▲ – diferențe semnificative între perioada II și perioada III, $p < 0,05$, ● – diferențe semnificative între perioada I și perioada III, $p < 0,05$.

Analizând locul survenirii decesului, a fost constat că sfârșitul letal cauzat de maladiile asociate a survenit mai frecvent la domiciliu în perioada I (58,6%), cu scădere în dinamică în perioadele II (40,9%) și III (34,8%), $p < 0,05$. În spitalele specializate

(de tuberculoză), mai mulți bolnavi au decedat în perioadele II (31,8%) și III (23,2%), comparativ cu perioada I (13,3%), $p < 0,05$. Fiecare al 5-lea bolnav din perioadele I și II și fiecare al 4-lea din perioada III au decedat în spital somatic. Numărul cazurilor de deces în alt loc (în stradă) a crescut în perioada III (16,1%), comparativ cu perioadele precedente, diferențele atingând valori semnificative între perioadele I (6,4%) și II (9,1%), $p < 0,05$.

Discuții

Bolnavii cu comorbidiități sunt spitalizați în stare gravă, motivată de boala asociată, frecvent transportați de serviciul AMU sau transferați din alte spitale somatice. În literatură sunt raportate date contradictorii privind frecvența nosologiilor asociate [1, 3]. Diagnosticarea bolnavilor de TB cu patologii asociate este tardivă, procesele de tuberculoză sunt limitate, iar cauza decesului este boala concomitentă. Depistarea timpurie și tratamentul adecvat al maladiilor concomitente vor contribui la prevenirea deceselor la bolnavii cu tuberculoză și comorbidiități.

Concluzii

1. În toate perioadele studiate au predominat bărbații și persoanele cu vârsta cuprinsă între 35 și 65 de ani.

2. Majoritatea bolnavilor cu TB decedați prin maladii asociate au fost depistați prin examenul simptomaticeilor la medicul de familie și la alți specialiști.

3. Printre formele de tuberculoză a predominat tuberculoza pulmonară infiltrativă, cu proces tuberculos în faza de destrucție la aproximativ o treime de cazuri.

4. Microscopia sputei la BAAR pozitivă a fost identificată la peste 1/3 din cazuri în toate perioadele studiate. În dinamică a fost identificată creșterea rezistenței MBT la preparatele antituberculoase din contul rezistenței MDR.

5. Bolile asociate care au contribuit mai frecvent la decesul pacientului cu tuberculoză sunt: cancerul diferitor organe, cardiopatia ischemică, ciroza hepatică, pneumonia comunitară, alcoolismul și alte cauze.

6. Sfârșitul letal cauzat de maladiile asociate a survenit mai frecvent la domiciliu în toate perioadele studiate.

Bibliografie

1. Didilescu C., Popescu G., Cioran N. ș.a. *Mortalitatea prin tuberculoză în România: un marker al gravității endemiei*. În: *Pneumologie*, 2012, vol. 61, nr. 3, p. 150-152.

2. Popa V., Ustian A., Haidarlı I. ș.a. *Letalitatea prin tuberculoză în IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie, mun. Chișinău*. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2011, nr. 4(32), p. 44-49.
3. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф., Байбородова Т.И. *Летальные исходы от туберкулеза в первый год после выявления*. В: Туберкулез и болезни легких, 2011, № 8, с. 41-43.
4. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*. Geneva, Switzerland, 2016.

Vasile Popa, vicedirector,
IMSP Spitalul Clinic Municipal
de Ftiziopneumologie,
tel. 069572062
e-mail: popa.vasile@mail.ru

CZU 616.12-008.46-06:616.61

EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ CU FRAȚIE DE EJEȚIE SCĂZUTĂ

Elena BIVOL,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
Departamentul Medicină Internă

Rezumat

Potrivit datelor din literatura de specialitate, evaluarea calității vieții în insuficiența cardiacă a devenit un instrument relevant pentru definirea prognosticului bolii și a eficienței intervenției terapeutice. Scopul studiului realizat a fost evaluarea calității vieții la pacienții cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție scăzută. Am examinat 146 de pacienți cu insuficiență cardiacă, cu fracția de ejeție <50%, distribuiți în trei grupuri în funcție de clasa funcțională (CF) NYHA. Calitatea vieții a fost apreciată conform chestionarului de forma scurtă cu 36 de întrebări – Short Form-36 (SF-36). În studiul nostru, exceptând scorul sănătății mentale, toate celelalte șapte scoruri au fost mai scăzute în grupul pacienților cu insuficiență cardiacă avansată. Este de remarcă că scorul SF-36 pentru pacienții cu IC CF IV NYHA a fost cert mai mic comparativ cu pacienții cu IC CF II NYHA, ilustrând o calitate a vieții mai joasă. Calitatea vieții este afectată la toți bolnavii cu insuficiență cardiacă și este influențată preponderent de gradul afectării cardiovasculare.

Cuvinte-cheie: calitate a vieții, insuficiență cardiacă

Summary

Quality of life assessment in heart failure patients with reduced ejection fraction

According to literature data, the quality of life assessment in heart failure has become a valuable tool in defining the

prognosis and therapeutic. The purpose of the study was to evaluate the quality of life in heart failure patients with reduced ejection fraction. We examined 146 heart failure patients, with an ejection fraction <50%, distributed into 3 groups depending on NYHA functional class. Quality of life assessed through the MOS SF 36-Medical Outcome Study-Short Form 36 instrument. In our study, excepting the mental health score, all seven other scores were lower for the group of patients with advanced heart failure. SF-36 score for heart failure patients FC IV NYHA was certainly lower compared to patients with FC II NYHA, suggesting lower quality of life. The quality of life is reduced in all heart failure patients and predominantly, is influenced by the degree of cardiovascular damage.

Keywords: quality of life, heart failure

Резюме

Оценка качества жизни пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса

Согласно литературе, оценка качества жизни при сердечной недостаточности стала важным инструментом в определении прогноза болезни и эффективности терапевтического вмешательства. Целью исследования было оценить качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса. Мы исследовали 146 пациентов с сердечной недостаточностью с фракцией выброса <50%. Пациенты были распределены на 3 группы в соответствии с функциональным классом NYHA (ФК). Для определения качества жизни была использована краткая анкета – MOS SF-36. В нашем исследовании, за исключением оценки психического здоровья, все другие параметры были ниже для группы пациентов с прогрессирующей сердечной недостаточностью. Следует отметить, что оценка SF-36 у пациентов с ХСН ФК IV NYHA была, безусловно, ниже по сравнению с больными с ХСН ФК II NYHA, что иллюстрирует более низкое качество жизни. Качество жизни поражается у всех пациентов с сердечной недостаточностью и в основном зависит от степени сердечнососудистого повреждения.

Ключевые слова: качество жизни, сердечная недостаточность

Introducere

Progresul științific în domeniul medicinei a cunoscut o mare ascensiune în ultimii ani, atât ca posibilități de diagnostic, cât și în privința terapiei. Acest lucru s-a datorat și dezvoltării tacticilor noi de tratament, produselor farmaceutice noi, dar și diagnosticului timpuriu prin biomarkeri specifici. Însă, în cazul oricărei inovații, se impune aprecierea eficacității terapeutice, de diagnostic sau prognostic. În cardiologie, elementele monitorizate în mod tradițional sunt: mortalitatea, morbiditatea, parametrii clinici sau rata de respitalizare. În ultima perioadă însă, se acordă o atenție sporită parametrilor per-