

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE BRONHOPNEUMOPATIEI OBSTRUCTIVE CRONICE ASOCIATE CU DIABET ZAHARAT TIP II

Țibîrnă Ion¹, Feghiu Maria¹, Butorov Valentina¹, Bugai Rodica¹, Margine Ludmila², Gorobeț Elizaveta², Surguci Aurelia²

1. Departamentul Medicină Internă: Disciplina Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”

2. IMSP, SCM „Sf.Arhanghel Mihail”

Rezumat

Au fost studiate particularitățile clinico-evolutive pulmonare la 24 pacienți cu bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC) asociată cu diabet zaharat (DZ) tip II în raport cu datele clinico paraclinice la 24 pacienții cu BPOC fără DZ. Analiza indicilor cercetărilor clinice și paraclinice cum sunt dispneea, insuficiența respiratorie cronică, datele radiologice, ECG, fibrobronhoscopia, HTA, obezitatea a demonstrat exprimare mai pronunțată a indicilor la pacienți cu DZ: se instalează mai timpuriu semnele clinice, conducând spre cord pulmonar cronic, dar și formarea de multiple complicații de diferită origine: metabolică, extrarrespiratorii, cardiovasculare și a.

Cuvinte cheie. Bronhopneumopatia obstructivă cronică, diabet zaharat

Summary

Clinical evolutive issues in chronic obstructive pulmonary disease associated with diabetes type II

Were studied clinical evolutive pulmonary issues of 24 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with diabetes and 24 patients with chronic obstructive pulmonary disease with out of diabetes. The study of clinical and paraclinical issues researches so as dispnea, cronical respiratory insuficiency, dates of radiology, ECG, fibrobronchoscopy, AHT, obesity showed the severity of issues in patients with diabetes; clinical issues were initiated earlier and have been leeded to pulmonary hoart and appearence of many complications in diffreent organs: metabolic, out of pulmonary sistem, cardiovascular system e.t.c.

Key words. Chronic obstructive pulmonary disease, diabetes

Introducere

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este una din cele mai răspândite afecțiuni pulmonare la nivel global și este o boală complexă care rezultă din inflamație cronică și modificări ale mecanismelor de apărare cu importante manifestări sistemice ale bolii: atrofii musculare, cașexie, obezitate, diabet zaharat și a. Prevalența DZ la pacienții cu BPOC se constată la 10-14% (1). Mecanismele prin care BPOC poate induce DZ tip II sunt: inflamația sistemică, stresul oxidativ, fumatul și administrarea glucocorticosteroizilor, în deosebi pe termen lung. Rol important au citochinele proinflamatorii, TNF- α și IL -6 care induc rezistență la insulină prin blocarea semnalului către receptorul insulinei, crescînd riscul de a dezvolta diabet zaharat tip II (2). Este cunoscut faptul că toleranța la glucoză se dereglează în timpul exacerbărilor BPOC din cauza stresului fiziologic al bolii acute, al amplificării inflamației, acidozei, majorării dozelor de corticosteroizi și creșterii rezistenței la tratament. (3). Însă datele literaturii denotă un studiu insuficient privind particularitățile clinice ale BPOC asociat cu DZ.

Scopul studiului dat este studierea particularităților clinico-evolutive ale BPOC asociat cu DZ tip II.

Materiale și metode

Au fost studiați retrospectiv 48 pacienți cu BPOC care s-au aflat la tratament în secția pneumologie a SCM „sf. Arhanghel Mihail” în perioada anilor 2011-2013. Pacienții au fost divizați

în 2 loturi (I,II). Lotul I a fost constituit din 24 pacienți cu BPOC asociat cu DZ tip II, iar lotul II – 24 pacienți cu BPOC fără DZ. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 50-75 ani. Durata DZ a constituit $4,8 \pm 1,2$ ani. La 10 pacienți diagnosticul de DZ a fost stabilit concomitent cu diagnosticului de BPOC. La pacienții din I lot s-au stabilit următoarele complicații tardive ale DZ: retinopatie diabetică -3 (12,5%), nefropatie în stadiul de microalbuminurie la 2 (8,3%) pacienți, nefropatie diabetică cu insuficiență cronică renală la 2 (8,3%) pacienți, polineuropatie diabetică la 6 (25,0%) pacienți. Saturația parțială cu oxigen a fost apreciată cu pulsoximetrului Oximeter – 9500 (Nonin Medical. Inc., Minneapolis MN, SUA). Pacienții au fost examinați și supuși tratamentului conform protocoalelor naționale.

Rezultate și discuții

Examenul clinic a depistat insuficiență respiratorie cronică (IRC) I la 7 (29,2%) pacienți din I lot, la 5 (20,8%) din lotul II; IRC II - 12 (50%) pacienți din lotul I și la 11 (45,8%) pacienți în lotul II; IRC III – la 5 (20,8%) pacienți din lotul I și respectiv la 8 (33,3%) lotul II.

Apresiasierea saturației cu oxigen ($P_a O_2$) a scos în evidență frecvența crescută a IRC la pacienții din lotul I comparativ cu lotul II. (Tab.1).

Tabelul 1.

Insuficiența respiratorie cronică la pacienții ambelor loturi.

| IRC | Pacienții I lot (BPOC +diabet zaharat) | | BPOC | |
|--------|---|------|---------------|------|
| | Număr absolut | % | Număr absolut | % |
| Gr.I | 6 | 25,0 | 14 | 58,3 |
| Gr.II | 13 | 54,2 | 9 | 37,5 |
| Gr.III | 5 | 20,8 | 1 | 4,2 |

Conform datelor anamnestice hiperreactivitatea bronșică a fost depistată la 22 (91,7%) pacienți cu BPOC asociat cu DZ tip II, iar în lotul fără DZ la 14 (58,3) pacienți, ceea ce corespunde cu unele date din literatură (5). Factori profesionali nocivi pentru BPOC au fost stabiliți la 5 (20,8%) pacienți din lotul I și la 1 (4,2%) pacient din lotul II. Frecvența exacerbărilor mai > de 4 ori pe an în I lot s-a depistat la 12 (50%) pacienți, iar în lotul II la 1 (4,2%) pacient. La pacienții cu BPOC asociat cu DZ durata și intensitatea fumatului a fost mai mică - 13,02±3,61 pachet/ an (p<0,05) decât la pacienții cu BPOC - 30,2 ± 5,43 pachet/an (p<0,05). S-a depistat o frecvență mai mare a pneumoniilor suportate de către pacienții din I lot - 15 (62,5%) pacienți în comparație cu 7 (29,2%) pacienți cu BPOC fără DZ.

Dispneea a fost mai exprimată la pacienții din lotul I- (3,01 ±0,14) comparativ cu lotul II (2,30 ±0,15) (p<0,05). Participarea în actul de respirație a mușchilor intercostali la pacienții lotului I s-a depistat mai frecvent decât în lotul II (lotul I-12 (50%), lotul II-4 (16,7%) pacienți, p<0,05. Cianoză buzelor s-a depistat la 19 (79,2%) pacienți din lotul I în comparație cu 14 (58,3%) pacienți din lotul II; p>0,05; cianoză difuză în I lot - la

5 (20,8%) pacienți, iar în lotul II-la 3 (12,5%) pacienți; p>0,05. Nivelul glicemiei la pacienții din I lot a fost 8,07 ±0,33 mmol/l, iar în lotul II - 4,23±0,12 mmol/l; P<0,05.

Datele paraclinice prin studierea ECG la pacienții cu BPOC asociat cu DZ a scos în evidență hipertrofia ventricolului drept la 10 (41,7%) pacienți, iar în lotul I la 6 (25,0%) pacienți, p>0,05, iar hipertrofia ventricolului drept la 10 (41,7%) pacienți din lotul I și respectiv la 4 (16,7%) pacienți din lotul II p>0,05. Hipertrofia ventricolului stîng a fost depistată la 6 (25,0%) pacienți din lotul I și la 4 (16,7%) pacienți din lotul II, p>0,05. Examenul radiologic standart nu a scos în evidență deosebiri între loturi. Fibrobronhoscopia a confirmat endobronșita difuză la 20 (83,3%) pacienți din I lot și respectiv la 16 (66,6%) pacienți lotul II, p>0,05. În I lot s-a depistat endobronșită difuză cu reacție inflamatorie de gradul I la 7 (29,2%) pacienți, iar în lotul II la 13 (54,2%) pacienți. Endobronșita difuză cu reacție inflamatorie gradul II a fost depistată la 13 (54,2%) pacienți din lotul I și respectiv la 8 (33,3%) pacienți din lotul II.

Obezitatea a fost depistată preponderent la pacienții cu BPOC asociat cu DZ tip II. Indicele greutatei corporale în I lot a fost 31,9±1,18 kg/m² iar în lotul 2 - 22,5±0,72 kg/m², p<0,05. Hipertensiunea arterială s-a confirmat la 22 (91,7%) pacienți cu BPOC asociat cu DZ și la 12 (50,0%) pacienți numai cu BPOC.

Concluzie

BPOC asociat cu DZ tip II evoluează mai grav: insuficiență respiratorie cronică mai exprimată, cu exacerbări și comorbidități frecvente, cu dezvoltarea mai timpurie a cordului pulmonar cronic, ceea ce necesită o tactică individuală de evaluare clinico- diagnostică și tratament a acestor pacienți.

Bibliografie:

1. ARCHERA I.R.H., BAKER E.H., COPD: A Risk Factor for Type 2 Diabetes. *Diabetes and metabolic dysfunction in COPD, Respiratory Medicine: COPD Update*, August-Noember 2009, Vol. 5; Issues 3-4, p. 67-74.
2. LJUBIC S, METLKO Z., CAR N. et al. *Reduction of diffusion capacity for carbon monoxide in diabetic patients.* Chest 1998, 114 (4): p.1033-1035.
3. SPRANGER I, KROKE A., MOHLIG M. et al. *Inflammatory cytokines and the risk to develop type 2 diabetes: Rezults of the prospective population – based Eupopean prospective investigation info Cancer and Nutrition EpiC-Potsdam Study.* Diabetes 2003, 52: p. 812-817.
4. WATZ H, WASCHKI B., BOEHME C. et al. *Extrapulmonary Effects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on physical Act;* Vity. Am. I Pespir Crit Care Med 2007, 177; p. 743-751.
5. ШОХЕТЯ.Н., ТУТОВА Е.А., ДУСОВ Л.Г. и др. *Влияние фенотерола и гистамина на показатели функции внешнего дыхания у больных сахарным диабетом.* Пульмонология 2007, 6: p. 39-42.

Țîbîrnă Ion, dr.hab. med. Profesor universitar

Departamentul Medicină Internă , Disciplina Medicină Internă

Chișinău, str. „Sf.Arhanghel Mihail” 38, Tel.022202674, mob.079433028, E-mail:iontibirna@yahoo.com