

- diseases with time, based on systematic review. In: Gastroenterology, Jan. 2012; nr. 142(1), p. 46-54.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas*. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2011.
 11. Vavricka S.R., Brun L., Ballabeni P., Pittet V., Prinz Vavricka B.M., Zeitz J. et al. *Frequency and risk factors for extraintestinal manifestations in the Swiss inflammatory bowel disease cohort*. In: Am. J. Gastroenterol., 2011; nr. 106, p. 110-119.
 12. Wilkins T., Jarvis K., Patel J. *Diagnosis and management of Crohn's disease*. In: Am. Fam. Physician, Dec. 15 2011; nr. 84(12), p. 1365-1375.
 13. World Gastroenterology Organisation (WGO). *World Gastroenterology Organisation Global Guideline. Inflammatory bowel disease: a global perspective*. Munich, Germany: WGO; 2009.

Ion Mihu, profesor universitar, dr. hab. med.
 Departamentul de pediatrie,
 USMF „Nicolae Testemițanu”
 Tel. 559655, mob. 060016001
 E-mail: mihu_ion@yahoo.com

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-PARACLINICE ALE GASTRODUODENOPATIILOR LA PACIENȚII CU BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Ion ȚÎBÎRNĂ¹, Maria FEGHIU¹, Valentina BUTOROV¹, Rodica BUGAI¹, Ludmila PANFIL²,
¹USMF „N. Testemițanu”, Catedra Medicină Internă nr. 3;
²IMSP SCM „Sf. Arhanghel Mihail”

Summary

The clinical and laboratory features of gastroduodenopathies in patients with COPD

We studied the clinical signs and laboratory findings in 42 patients with gastroduodenopathies with a background of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in which the nature mucosal lesions were studied depending on the severity of the evolution of COPD. Analysis of the results revealed that gastroduodenopathies in patients with COPD are directly related to the severity of the evolution of COPD. With the increasing severity of COPD, lesions of the gastroduodenal lining are more frequent and profound. In most cases, gastroduodenopathies develop asymptotically in patients with COPD, and that's why a more thorough examination of the digestive tract and a correct treatment strategy are needed for these patients.

Keywords: *gastroduodenopathies, chronic obstructive pulmonary disease (COPD).*

Резюме

Клинико-параклинические особенности гастродуоденитов у пациентов с ХОБЛ

Были обследованы 42 пациента с гастродуоденитами, развивающимися на фоне ХОБЛ. Анализ полученных результатов показал, что существует прямая зависимость между выраженностью и частотой поражения слизистой оболочки напрямую связаны с тяжестью течения ХОБЛ. В большинстве случаев у пациентов с ХОБЛ гастродуодениты протекают малосимптомно, поэтому следует уделять особое внимание выбору медикаментозной терапии у данной категории больных.

Ключевые слова: *гастродуодениты, ХОБЛ.*

Introducere

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) reprezintă una dintre cele mai răspândite cauze de morbiditate și de mortalitate în societățile moderne, constituie o amenințare semnificativă pentru viața socioeconomică și la moment nu are o tendință de ameliorare [8]. În același timp, în ultimii ani tot mai discutabile sunt manifestările extrapulmonare ale maladiei, dintre care cele mai frecvent supuse cercetării sunt tulburările metabolice și cele musculoscheletice: disfuncția mușchilor scheletici, scăderea greutății corporale, osteoporoza etc. [1, 6, 9]. Recunoașterea prezenței manifestărilor extrapulmonare ale BPOC este semnificativă din punct de vedere clinic și favorizează o mai bună interpretare a procesului de dezvoltare a bolii.

Gastroduodenopatia se consideră a fi una dintre manifestările sistemice potențiale ale BPOC. Printre mecanismele de lezare a regiunii gastroduodenale, pe fundal de BPOC, diferiți autori nominalizează: hipoxia tisulară, hipercapnia, tulburarea de microcirculație. Stresul oxidativ deține un rol major în patofiziologia BPOC [3, 4], deoarece provoacă perturbări în funcționarea sistemelor de protecție și favorizează lezarea oxidativă a țesuturilor. În funcție de durată, de intensitatea procesului inflamator și de gradul pronunțat de hipoxie, procesele de oxidare a lipidelor (POL) din etapa proceselor de adaptare în lanț se transformă într-un factor patogen major care determină, la rândul lui, amplitudinea tulburărilor patologice și în sectoarele gastroduodenale [2, 5]. BPOC este însoțită de recidive de inflamații, reacții imune, modificări în producerea mediatorilor de inflamație, însă influența lor în mecanismul de lezare a regiunii gastroduodenale actualmente este puțin studiată, iar informația existentă este controversată [7]. Este necesară o cercetare suplimentară pentru evidențierea rolului *Helicobacter pylori* în dezvoltarea modificărilor care vizează, în special, regiunea gastroduodenală pe fundal de BPOC.

Scopul cercetării noastre constă în evaluarea particularităților clinico-paraclinice ale gastroduodenopatiilor la pacienții cu BPOC.

Materiale și metode

Au fost evaluați 42 de pacienți cu gastroduodenopatii dezvoltate pe fundal de BPOC, care s-au aflat la tratament în secția de pneumologie a SCM „Sf. Arhanghel Mihail”, în perioada 2009-2013, cu vârsta cuprinsă între 35 și 60 de ani, vârsta medie fiind de $59,6 \pm 0,7$ ani. Lotul-martor a fost reprezentat de 10 pacienți cu ulcer gastroduodenal, vârsta medie $49,2 \pm 0,7$ ani. Toți pacienții au fost supuși examenelor clinic și paraclinic, inclusiv endoscopiei tractului digestiv superior, cu depistarea histologică a *Helicobacter pylori*. Repartiția pe sexe în lotul de studiu a fost: 3 femei și 39 bărbați, iar în lotul-martor 2 femei și 8 bărbați.

Diagnosticul și gradul de severitate al BPOC au fost determinate în conformitate cu recomandările GOLD (2009). Conform rezultatelor endoscopice, pacienții cu BPCO au fost repartizați în două grupuri: grupul I (n=31) – cu gastrite cronice și grupul II (n=11) – cu leziuni eroziv-ulcerose. Pentru a evalua vechimea statutului de fumător, ca unul dintre factorii majori de risc în dezvoltarea gastroduodenopatiilor la pacienții cu BPOC, a fost studiată anamneza și s-a calculat indicele de fumător prin formula:

$IF = [\text{numărul de țigări fumate în 24 ore} \times \text{vechimea statutului de fumător (ani)}]$.

Veridicitatea diferențelor statistice a fost calculată cu utilizarea criteriului t-Student; diferențele au fost apreciate ca veridice la $p < 0,05$.

Rezultate și discuții

Majoritatea pacienților studiați erau fumători. Indicele de fumător l-a constituit în medie $23,21 \pm 0,5$ pachet /an la pacienții cu gastrită cronică, iar la cei cu leziuni eroziv-

ulcerose acest indice a fost de $39,72 \pm 0,5$ pachet/an. În lotul-martor, indicele de fumător a fost egal cu $22,42 \pm 0,8$ pachet/ani. La toți pacienții studiați s-a remarcat prevalența semnelor clinice de afectare a sistemului respirator, comparativ cu sistemul gastroduodenal (tabelul 1). Merită de remarcat faptul că la aproximativ o jumătate din pacienții examinați s-a înregistrat subfebrilitate, fapt ce indică activitatea procesului inflamator în sistemul bronhopulmonar.

Tabelul 1

Semnele clinice și endoscopice la pacienții cu gastroduodenopatii pe fundal de BPOC

Semne clinice	Loturile de pacienți supuși cercetării					
	Gastrită cronică la pts cu BPOC (n=31)		Leziuni eroziv-ulcerose la pts cu BPOC (n=11)		Lotul-martor (n=10)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Senzație de greutate în segmentul superior al abdomenului	7	22,6	5	45,5	7	70
Dureri în epigastru:	-		2	18,2	10	100
- timpurii	-		1	9,1	4	40
- tardive de „foame”, nocturne	-		-		6	60
- permanente	-		-		-	
Greață	1	3,2	3	27,3	9	90
Eructație	2	6,5	4	36,4	7	70
Pirozis	-		-		8	80
Scădere a apetitului	3	9,7	4	36,4	2	20
Tuse	31	100	11	100	-	
Spută:						
- mucoasă	2	6,5	-		-	
- mucopurulentă	29	93,6	11	100	-	
- purulentă	-		-		-	
Dispnee:						
- expiratorie	31	100	11	100	-	
Slăbiciune generală	16	51,6	11	100	1	10
Subfebrilitate	14	45,2	8	72,7	-	
Gastrită cronică	31	100	-		-	
Erozii ale mucoasei stomacului	-		3	27,3	-	
Erozii ale mucoasei duodenului	-		5	45,6	-	
Ulcere gastrice	-		1	9,1	4	40
Ulcere duodenale	-		2	18,2	6	60
Suprafața leziunilor eroziv-ulcerose:						
Erozii: < 1 cm	-		3	27,3	-	
> 1 cm	-		5	45,6	-	
Ulcere: ≤ 1 cm	-		1	9,1	8	80
> 1 cm	-		2	18,2	2	20
<i>Helicobacter pylori</i>	8	25,8	2	18,2	10	100

Din datele expuse în tabelul 1 reiese că în grupul pacienților cu gastrită cronică pe fundal de BPOC sindromul dolor lipsește, iar în grupul cu leziuni eroziv-ulcerose este prezent în 18,2% cazuri, pe când în lotul-martor este prezent la toți pacienții. Senzația de greutate în segmentul superior al abdomenului este mai frecventă în lotul-martor (70%), cu frecvență mult scăzută în grupul pacienților cu leziuni

eroziv-ulceroase (45,5%) și în grupul celor cu gastrită cronică (22,6%). Greăța, eructația, atestate practic la toți pacienții din lotul-martor (90% și respectiv 70%), sunt prezente mult mai rar la bolnavii cu leziuni eroziv-ulceroase (27,3% și, respectiv, 36,4%) și la pacienții cu gastrite cronice (3,2% și, respectiv, 6,4%).

După rezultatele endoscopice, în lotul II eroziile regiunii duodenale (4,5%) și, respectiv, gastrice (2,7%) sunt mai frecvente decât defectele ulceroase gastrice (27,3%) și duodenale (45,6%). În grupul II suprafața defectelor ulceroase este mai mare decât în grupul-martor. Infecția *Helicobacter pylori* a fost depistată la toți pacienții din grupul-martor, iar la cei cu BPOC s-a determinat numai în 25,8% cazuri în grupul I și în 18,2% cazuri în grupul II. Aceste rezultate demonstrează rolul minor al infecției *Helicobacter pylori* în apariția gastroduodenopatiilor la pacienții cu BPOC.

Conform rezultatelor obținute prin examinarea spirometrică a bolnavilor cu BPOC, 32 de pacienți au fost diagnosticați cu un grad de severitate mediu al afecțiunii, iar restul 10 – cu un grad sever de manifestare. Indicii funcției respiratorii externe la bolnavii cu BPOC cu grade de severitate mediu și sever sunt prezentați în tabelul 2.

Tabelul 2

Indicii funcției externe (% din valoarea teoretică) la pacienții cu BPOC

Indicatori	BPOC grad de severitate mediu (n=32)	BPOC evoluție severă (n=10)
CVPE, %	89,2 ± 0,6	82,5 ± 0,9*
VEMS, %	61,7 ± 0,5	41,6 ± 0,8*
VEM 25 %	50,8 ± 0,4	43,4 ± 0,9*
VEM 50 %	51,7 ± 0,6	40,4 ± 0,8*
VEM 75%	50,5 ± 0,8	40,6 ± 1,3*

Notă: * – p<0,001.

După cum se poate observa din datele prezentate în tabelul 2, la bolnavii cu o evoluție severă a BPOC s-a remarcat o reducere semnificativă a CVPE, VEMS, VEM (25%), VEM (50%) și VEM (75%), în comparație cu indicii obținuți în grupul de bolnavi cu BPOC cu grad mediu de severitate al afecțiunii. Au fost analizate frecvența și gradul de afectare al mucoasei gastroduodenale în raport cu gradul de severitate al BPOC. Din datele tabelului 3 conchidem că evoluția BPOC cu grad mediu de severitate se caracterizează prin prezența modificărilor superficiale la nivelul mucoasei gastroduodenale (gastrite cronice), iar pentru pacienții cu grad sever de evoluție a BPOC sunt caracteristice leziunile eroziv-ulceroase ale mucoasei gastroduodenale.

Tabelul 3

Modificările mucoasei gastroduodenale depistate fibrogastro-duodenoscopic în funcție de gradul de severitate al BPOC

Gradul de severitate al BPOC	Grupurile de pacienți supuși cercetării				Total (n=42)	
	Gastrite cronice (n=31)		Leziuni eroziv-ulceroase (n=11)			
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Grad mediu de severitate	27	87,1	3	27,2	30	71,4
Evoluție severă	4	12,9	8	72,7	12	28,6

Concluzii

1. Gastroduodenopatiile la pacienții cu BPOC sunt în corelație directă cu gradul de severitate al evoluției BPOC: odată cu creșterea gradului de severitate, leziunile mucoasei gastroduodenale sunt mai frecvente și mai pronunțate.

2. La pacienții cu BPOC gastroduodenopatiile, în majoritatea cazurilor, evoluează asimptomatic, ceea ce necesită o examinare mai minuțioasă a tractului digestiv și aplicarea unei strategii corecte de tratament al acestor pacienți.

Bibliografie

1. Alsaedi A., Sin D.D., McAlister F.A. *The effect of inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of randomized placebo-controlled trials.* In: Am. J. Med., 2002; nr. 113 (1), p. 59-65.
2. Christenens S., Thomsen R.W., Topping M.L., Riis A., Norgaard M., Sorensen H.T. *Impact of COPD on outcome among patients with complicated peptic ulcer.* In: Chest., 2008, jun; nr. 133(6), p. 1360-1366.
3. Drost E.M., Skwarski R.M., Saulea J. et al. *Oxidative stress and airway inflammation in severe exacerbation of COPD.* In: Thorax, 2005; nr. 60, p. 293-300.
4. Halbert R.J., Natoli J.L., Gano A. et al. *Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis.* In: Eur. Respir. J., 2006; nr. 28, p. 523-532.
5. Hansen R.A., Tu W., Wang J., Ambuehl R., McDonald C.J., Murray M.D. *Risk of adverse gastrointestinal events from inhaled corticosteroids.* In: Pharmacotherapy, 2008, nov.; nr. 28(11), p. 1325-1334.
6. Joppa P., Petrasova D., Stancak B., Tkaciova R. *Systemic inflammation in patients with COPD and pulmonary hypertension.* In: Chest, 2006; nr. 130, p. 326-333.
7. Sevenoaks M.I., Stokley R.A. *Chronic obstructive pulmonary disease, inflammation and co-morbidity – a common inflammatory phenotype?* In: Respir. Res., 2006, may 2; nr. 7, p. 1465-9921.
8. Sin D.D., Anthonisen N.R., Soriano J.B., Agusti A.G. *Mortality in COPD: role of comorbidities.* In: Eur. Respir. J., 2006; nr. 28, p. 1245-1257.
9. Stahl E., Wadbo M., Bengtsson T. et al. *Health-related quality of life, symptoms, exercise capacity and lung function during treatment for moderate to severe COPD.* In: J. Drug assess., 2002; nr. 5, p. 81-94.

Rodica Bugai,

Tel: 0697-62166,

rodica_b2004@yahoo.com