

2. Crudu V, Soltan V., Burinschi V. și coaut. Supravegherea rezistenței antituberculoase în Republica Moldova”-anul 2006: Studiu național.// Chișinău, 2009;
3. Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova Nr 559 din 28 iunie 2001”Cu privire la aprobarea Programului Național de Prevenire și Control al Tuberculozei pentru anii 2001-2005”(Monitorul Oficial, 2001, nr 78-80, art. 617);
4. V. Soltan, N.Nalivaico, C. Iavorschi,D. Sain, Aliona Serbulenco, V. Crudu, V. Burinschi, Victoria petrica. Situația epidemiologică și realizarea Programului Național de Control și Profilaxie a Tuberculozei pentru anii 2006-2010 în Republica Moldova. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. 4(32) 2011, pg 10-12
5. World Health Organization, 2009. Global tuberculosis control 2009: Epidemiology, strategy, financing. WHO report 2009. Geneva, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.411)
6. Centrul Național de Management de Sănătate, Unitatea de Monitorizare și Evaluare, *SIME TB Database*.

## **PARTICULARITĂȚILE MODIFICĂRILOR INDICILOR CLINICO-FUNCȚIONALI ȘI AI CALITĂȚII VIEȚII ÎN BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ**

**Aliona David**

IMSP IFP „Chiril Draganiuc”

### **Summary**

#### *The clinic-functional indexes and life quality of life modification peculiarities in the chronic obstructive pulmonary disease*

Chronic evolution of COPD is accompanied by progressive increase in dyspnoea, with decreasing lung functionality, the impact of significant deterioration of quality of life. Severity and functional changes in clinical indicators of quality of life is determined by the severity of COPD, patient age, disease duration, and index smoker. Each stage of COPD can be characterized not only by clinical and functional parameters, but also quality of life indices.

### **Rezumat**

Evoluția cronică a BPCO este însoțită de creșterea progresivă a dispneei, de scăderea funcționalității pulmonare, cu impact de deteriorare semnificativă a calității vieții pacienților. Severitatea modificărilor indicilor clinico-funcționali și ai calității de viață este determinată de gravitatea BPCO, vârsta pacientului, durata bolii, indicele fumătorului. Fiecare stadiu al BPCO poate fi caracterizat nu numai prin parametri clinico-funcționali, dar și prin indicii calității de viață.

### **Actualitatea**

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPCO) a devenit o problemă îngrijorătoare din punct de vedere medical, social și economic pentru sistemele de sănătate la nivel mondial, prin creșterea vertiginoasă, atât a prevalenței, cât și a morbidității și a mortalității [1,5,7]. BPCO era considerată una din cauzele majore de morbiditate la vârstnici, afectând aproximativ 10% din populația peste 55 ani [6] și circa 15% din populația cu vârsta peste 65 ani [16].

Inițiativa Globală apreciază că până în anul 2020, BPCO va fi responsabilă de aproximativ 6 milioane de decese anual, devenind astfel a treia cauză principală de mortalitate [2,15], fiind singura cauză de deces a cărei incidență este în creștere [14].

În pofida succeselor obținute în tratamentul BPCO, eficiența acestuia rămâne limitată, condiționată de obstrucția bronșică progresivă și doar parțial reversibilă pe fondalul metodelor actuale de tratament, cu dezvoltarea și progresarea insuficienței respiratorii cronice și cordului pulmonar, inclusiv cu acțiuni sistemice ale bolii asupra organismului [3,19], care pun probleme deosebite sub aspect diagnostic, terapeutic și socio-economic, cu un impact direct asupra calității

vieții bolnavilor. Deși scopul tratamentului în BPCO este de ameliorare a simptomaticei, de îmbunătățire a toleranței de efort, profilaxia și tratamentul complicațiilor, prevenirea progresării bolii, scăderea mortalității, dar viața cotidiană și calitatea ei sunt ceea ce îl preocupă pe pacient, ce suportă limitări considerabile legată de boală [3,18]. De aceea evaluarea calității de viață la bolnavii cu BPCO nu trebuie subestimată, iar îmbunătățirea acesteia poate fi obiectivul tratamentului. În studiile din ultimii ani de căutare de strategii terapeutice optime, calitatea vieții a fost cel mai fiabil indicator în evaluarea eficienței terapeutice [10,13], iar autoevaluarea sănătății generale de către pacient ar putea fi mai exactă, reflectând diferite aspecte ale stării generale, așteptările, atitudinea pacientului față de tratament. În pofida importanței primordiale a indicilor funcționali pulmonari în diagnosticul și aprecierea gravității BPCO, aceștia doar parțial corelează cu gravitatea simptomelor și calitatea vieții pacienților cu BPCO și nu pot substitui instrumentele speciale de apreciere a calității de viață [18]. Instrumentele de bază pentru aprecierea calității vieții sunt chestionarele, care au proprietăți metrologice și care constau din întrebări despre simptomatologia maladiei, impactul lor asupra activității atât fizice, psihice, emoționale, sociale cât și economice al pacientului, atitudinea lui asupra acestor simptome, asupra tratamentului administrat. Aceste dimensiuni ale calității vieții pot fi măsurate cu ajutorul diverselor scale și indici, incluse în unele sau altele chestionare .

În prezent pentru evaluarea calității de viață la pacienții cu BPCO sunt utilizate câteva chestionare, printre cel mai folosit este Chestionarul Spitalului “Sfântului Gheorghe” [9]. Utilizarea SGRQ poate surprinde modificări a calității de viață în lipsa modificărilor semnificative ale VEMS. Studiile efectuate au dovedit că este: reproductibil, valid și sensibil [19,20].

### **Obiectiv**

Aprecierea impactului BPCO asupra statutului clinico - funcțional și calității de viață.

### **Material și metode**

Studiul a fost realizat în cadrul secției consultative a IFP “Ch. Draganiuc”. Au fost incluși în studiu 179 pacienți cu vârste cuprinse între 40 și 81 ani, vârsta medie fiind  $59,59 \pm 0,65$  ani: 27 pacienți cu bronșită cronică simplă și 152 pacienți cu bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPCO), conform clasificării GOLD 2008. Din ei 163 (91,1%) constituiau bărbații și 16 (8,9%) - femeile. Diagnosticul de BPCO a fost stabilit în baza criteriilor GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2008) și ATS/ERS, 2004. Criterii de excludere din studiu au fost: pacienții cu acutizări sau decompensări ale maladiilor cronice concomitente; cu maladii acute concomitente; la fel și pacienții care au refuzat chestionarea. Pacienții au fost repartizași pe loturi, conform gravității bolii. În lotul I au intrat 27 de pacienți cu bronșită cronică simplă, fără dereglări ale ventilației pulmonare cu vârste cuprinse între 40 și 64 ani, vârsta medie a fost  $47,48 \pm 1,46$  ani, din ei 96,3% bărbați și 3,7% femei. În lotul II au intrat 31 de pacienți cu BPCO ușor, cu vârste cuprinse între 41 și 70 ani, vârsta medie a fost  $54,74 \pm 1,08$  ani, din ei 71,0% erau bărbați și 29,0% femei. Lotul III era constituit din 52 de pacienți cu BPCO moderat, cu vârste cuprinse între 41 și 81 ani, vârsta medie a fost  $56,73 \pm 1,1$  ani, bărbați - 88,5% și femei -11,5%. Lotul IV a cuprins 38 de pacienți cu BPCO sever, cu vârsta cuprinsă între 41 și 78 ani, vârsta medie a fost  $57,03 \pm 1,5$  ani, aici bărbații au constituit 100%. În lotul V au intrat 31 pacienți cu BPCO foarte sever cu vârste de la 48 la 80 ani, vârsta medie constituind  $59,81 \pm 1,53$  ani, toți au fost bărbați.

Estimarea cantitativă a simptomaticei BPCO s-a efectuat prin aprecierea scorului de severitate a simptomelor având la bază scara propusă de B. Lursac și col. [11]. Aprecierea simptomaticei pentru fiecare grup s-a efectuat prin sumarea punctelor - suma cumulativă.

Evaluarea calității de viață a fost efectuată prin utilizarea Chestionar Spitalului “Sfântului Gheorghe” (SGRQ). Chestionar SGRQ este un instrument de măsură specific, ce constă din 76 întrebări structurate în așa fel încât răspunsurile reflectă evaluarea subiectivă a tulburărilor respiratorii a pacientului asupra activității fizice și limitările sale, ajustarea psihosocială,

impactul bolii asupra activităților de muncă și de zi cu zi, percepția emoțională în ce privește boală, relațiile cu cei dragi, necesitatea în tratament și prognosticul. Cu ajutorul acestui chestionar poate fi evaluat impactul bolii și a tratamentului asupra celor trei parametri ai calității de viață: "simptome", "activitate" , "impact", la fel asupra "scorului total" – ce caracterizează calitatea vieții în ansamblu și impactul global negativ al BPCO privind starea de sănătate. Scorul pentru fiecare domeniu se face pe o scară de 100 puncte. Cu cât e mai mare punctajul, cu atât mai semnificativă e influența bolii asupra calității de viață a respondentului și corespunde unei gravități mai mare a bolii. Chestionar SGRQ permite calcularea calității vieții ca un întreg și separat pentru fiecare din cele 3 scale. În studiile efectuate în cadrul bolii, precum și evaluarea eficacității diferitor programe de tratament au dovedit că modificarea scorului cu cel puțin 4 puncte sunt considerate ca modificări semnificative. Chestionarea s-a realizat prin metoda de interviu. Datele obținute au fost prelucrate statistic luându-se în calcul diferențele de fiabilitate.

### **Rezultate și discuții**

În lotul de studiu s-a remarcat ponderea crescută a pacienților cu vârsta de 51- 60 ani (83/152 – 54,6%), urmată de categoria de vârstă de la 40 la 50 ani (33/152 - 21,7%), aceasta nu se datorește momentului de apariție a bolii, ci mai curând faptului de ignorare a bolii mai mult timp. Repartiția corespunde datelor existente în literatură privind instalarea primelor simptome ale bolii în general după 40 ani, dar adresabilitatea la medic în vederea unui consult de specialitate, se face tardiv, după vârsta de 50 ani.

Încadrați în activitatea profesională au fost 54,2% (97) din pacienți, restul în 21,2% (38) au constituit invalizii, în 19,6% (35) - pensionarii, iar 5% (9) fără loc stabil de lucru.

În evoluția ușoară a BPCO angajații în activitatea profesională au fost 67,7% (21), în evoluția moderată a bolii aceștia au constituit 55,8% (29), cu o descreștere semnificativă a activității ocupaționale în cazul BPCO sever 47,7% (18) și foarte sever 12,9% (4). Numărul de pacienți încadrați în câmpul de muncă a fost invers proporțional gravității bolii.

În lotul BPCO moderat invalizii au fost 15,4% (8), în lotul BPCO sever aceștia au format 36,8% (14), cu creștere importantă a procentajului persoanelor invalide în lotul BPCO foarte sever constituind 41,9% (13), astfel se evidențiază evoluția invalidizantă a BPCO. Odată cu progresarea gravității BPCO crește și numărul persoanelor invalide.

Fumatul reprezintă un factor de risc major pentru dezvoltarea și progresarea BPCO. Deși este cel mai influențabil factor de risc în BPCO, prevalența sa este crescută fiind de 89,4% în studiul nostru. Prevalența de fumători activi la momentul chestionării în lotul de studiu a fost de 55,9%. Indicele fumătorului a fost în creștere concomitent majorării severității BPCO: în lotul I- 26,6±2,6; în lotul II-19,6±3,76; în lotul III-34,6±3,6; în lotul IV-36,6±4,4; în lotul V- 47,9±3,4 pachet/ an ( p1-2 <0,001; p3-4 <0,05).

A fost constatată dependența certă între gravitatea BPCO și durata acesteia, concomitent majorării duratei bolii crește și gravitatea acesteia. Durata medie a bolii la pacienții cu BPCO ușor, moderat, sever și foarte sever a fost de 11,7±1,3 ani, 15,5±0,8 ani, 16,8±1,2 ani și 21,8±1,2 ani corespunzător.

O caracteristică importantă a evoluției BPCO, pe lângă indicii funcționali și clinici o reprezintă frecvența exacerbărilor și gravitatea acestora, motiv principal de adresare a pacienților la medic, care de regulă necesită corecție de tratament, cu diversificarea lui, iar adeseori cu spitalizare. Criteriile de exacerbare a BPCO luate în considerare au fost: accentuarea dispneei, mărirea cantității expectorațiilor și purulenței acestora, necesitatea diversificării tratamentului, inclusiv spitalizarea. Analizând frecvența exacerbărilor a BPCO în ultimele 12 luni, au fost constatate acutizări, ce au necesitat modificare a tratamentului fără a necesita spitalizare și exacerbări grave, ce au determinat necesitatea tratamentului în condiții de spital al pacienților. Astfel, 41,9% din exacerbările BPCO din ultimul an a constituit exacerbările grave. Însă distribuția frecvenței acutizărilor nu a fost uniformă, fiind în dependență de severitatea BPCO (rata exacerbărilor pe an în lotul I a fost – 1,3±0,1; în lotul II - 1,5±0,1; în lotul III - 2,3±0,1; în lotul IV - 2,2±0,1; în lotul V - 3,9±0,2 ), începând cu gravitatea medie a bolii crește semnificativ

frecvența exacerbărilor ( $p_{2-3} < 0,001$ ) cu păstrare a acestei tendințe în stadiul sever de boală ( $p_{3-4} > 0,05$ ), cu intensificarea acutizărilor în stadiul foarte sever de BPCO ( $p_{4-5} < 0,001$ ). Concomitent cu creșterea gravității bolii se majorează progresiv frecvența exacerbărilor inclusiv și a celor grave ce necesită tratament spitalicesc. Aceste date confirmă rezultatele obținute în alte studii, conform cărora rata exacerbărilor crește pe măsura descreșterii VEMS-ului [4,8].

Pentru evidențierea particularităților clinice ale pacienților cu BPCO cercetați au fost evaluate simptomele maladiei pe loturi (tab. 1). Deși a fost un simptom constant la toți pacienții începând din formele ușoare ale bolii, prevalența tusei intense și persistente crește, concomitent cu gravitatea BPCO, mai semnificativ din stadiul II de boală ( $p_{2-3} < 0,001$ ), nefiind un criteriu cert de progresare a bolii ( $p_{3-4} > 0,05$ ;  $p_{4-5} > 0,05$ ).

Marea majoritate a pacienților chestionați (97,8%) acuzau expectorație cronică. Conform studiului nostru, expectorația cronică a reprezentat un simptom comun al BPCO, independent de gravitatea lui și nu s-a dovedit a fi un indice de progresare a acestei boli ( $p_{1-2}$ ;  $p_{2-3}$ ;  $p_{3-4}$ ;  $p_{4-5} > 0,05$ ).

Dispneea a fost prezentă la 82,7% (148) din pacienți. Pe loturi dispneea apreciată cu ajutorul scorului MRC a crescut de la  $0,18 \pm 0,1$  puncte în lotul I la  $1,02 \pm 0,1$  puncte în lotul II (stadiul I BPCO) și  $3,06 \pm 0,09$  puncte în lotul III (stadiul II BPCO) până la  $3,32 \pm 0,13$  puncte în lotul VI (stadiul III BPCO) și  $4,13 \pm 0,11$  puncte în lotul V (stadiul IV BPCO). Cuantificarea dispneei cu ajutorul scorului MRC ne dovedește tendința de agravare a dispneei concomitent progresării BPCO și creșterii gradului de obstrucție a bronșiilor (tab.1) ( $p_{1-2} < 0,001$ ;  $p_{2-3} < 0,001$ ;  $p_{4-5} < 0,001$ ), confirmând conceptul ce stă la baza definiției BPCO. Evaluarea clinică a dispneei ne permite astfel aprecierea rapidă a severității maladiei.

Prezența weezing-ului a fost semnalată de 44,7% din pacienți: în lotul III – de 26 (50 %), în lotul IV – de 26 (68,4%), iar în lotul V - 28 (90,3%) pacienți. Fiind un simptom inconstant, ponderea weezing-ului persistent crește odată cu agravarea BPCO, mai semnificativ din stadiul II de boală ( $p_{2-3} < 0,001$ ), accentuându-se, semnificativ pe măsura progresării obstrucției bronșice - în stadiul IV de BPCO ( $p_{4-5} < 0,05$ ).

La auscultăția pulmonilor la marea majoritate a pacienților a fost identificată prezența ralurilor sibilante și ronflante de diferită intensitate și număr, începând preponderent cu pacienții din lotul III. Obstrucția bronșică apreciată auscultativ a fost remarcată la 148 (82,7%) pacienți. În toate cazurile ralurile bronșice erau localizate difuz, la 35 (19,6%) pacienți aceste raluri fiind multiple. Concomitent cu creșterea gravității bolii se îmbogățește tabloul auscultativ pulmonar, prin mărirea intensității și numărului de raluri de bronhoobstrucție și apariția de alte tipuri de raluri ( $p_{2-3} < 0,001$ ,  $p_{4-5} < 0,05$ ).

Tabelul 1. Estimarea cantitativă a simptomaticei și indicilor funcționali ai BPCO în dependență de gravitatea bolii

	BCS	BPCO st.I	BPCO st.II	BPCO st.III	BPCO st.IV	P <sub>1-2</sub>	P <sub>2-3</sub>	P <sub>3-4</sub>	P <sub>4-5</sub>
Tusea	1,01±0,1	1,1±1,1	1,9±0,1	2,3±0,1	2,2± 0,1	>0,05	<0,001	>0,05	>0,05
Sputa	1,3±0,1	1,6 ±1,2	2,1±0,1	1,8± 0,2	1,8± 0,2	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Dispneea (MRC)	0,18±0,1	1,02±0,1	3,0±0,1	3,3± 0,1	4,1± 0,1	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001
Raluri bronșice	0	0,55±0,1	2,2±0,1	2,3±0,08	2,4±0,09	<0,01	<0,001	>0,05	<0,05
Weezing	0	0	1,5±0,1	1,7±0,1	1,9±0,05	>0,05	<0,001	>0,05	<0,05
Suma cumulată.	2,5±0,2	4,3±0,2	10,6±0,3	11,5±0,3	12,0 ±0,3	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05
CVP, %	98,7±2,4	87,7±3,1	64,4±1,7	48,7±2,0	37,2± 2,0	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001
VEMS1,%	92,7±2,0	70,4±2,5	51,4±1,7	31,8± 1,7	24,4± 1,1	<0,001	<0,001	<0,001	0,001

Evaluând indicii ventilației pulmonare măsurați spirometric am constatat diminuarea debitelor ventilatorii ale dinamicii pulmonare și confirmă ireversibilitatea dereglării permeabilității bronșice. Analizând datele obținute la explorarea ventilației pulmonare constatăm că valorile medii a acestor indicatori la pacienții din lotul cu risc pentru BPCO și din lotul BPCO ușor nu diferă semnificativ de valorile normale convențional [9] și doar o scădere nesemnificativă a  $FEF_{25-75}$ , ce indică disfuncția obstructivă de „căi mici” aeriene fiind un parametru mai sensibil pentru diagnosticul obstrucției discrete la fluxul de aer și a indicelui Tiffeneau, iar în cazul BPCO ușor sugerează despre modificările incipiente ale bronhoobstrucției. Diminuarea indicilor ventilației pulmonari examinați oglindesc foarte bine progresarea obstrucției bronșice concomitent agravării BPCO (tab. 1).

Analizând datele obținute după prelucrarea chestionarului SGRQ am constatat că calitatea vieții legată de sănătate este sever afectată de această maladie (tab. 2).

Indicatorii domeniului „simptome” a chestionarului SGRQ variaua de la  $6,12 \pm 0,85$  % în grupul chestionaților fără BPCO comparativ cu  $72,05 \pm 2,71$  % în grupul pacienților cu BPCO ușor, cu  $88,97 \pm 1,13$  % în lotul celor cu BPCO moderat, cu  $91,72 \pm 1,10$  % în lotul bolnavilor cu BPCO sever și cu  $97,64 \pm 0,61$  % în lotul celor cu BPCO foarte severă. Astfel, constatăm o creștere semnificativă a acestui indicator chiar din lotul pacienților cu bronșită cronică simplă, cu majorare constantă pe măsura progresării bolii ( $p_{0-1} < 0,001$ ;  $p_{1-2} < 0,001$ ;  $p_{2-3} < 0,001$ ;  $p_{4-5} < 0,001$ ).

Tabelul 2. Indicatorii calității vieții (SGRQ) în dependență de gravitatea BPCO

Scala	Simptome	Activitate	Impact	Scor total
BCS (1)	$49,3 \pm 3,2$	$12,5 \pm 2,3$	$10,9 \pm 1,6$	$17,8 \pm 1,7$
BPCO st. I (2)	$72,0 \pm 2,7$	$36,4 \pm 2,1$	$36,5 \pm 3,2$	$42,4 \pm 2,3$
BPCO st. II (3)	$88,9 \pm 1,1$	$65,8 \pm 2,04$	$57,03 \pm 2,25$	$65,01 \pm 1,7$
BPCO st. III (4)	$91,7 \pm 1,0$	$69,9 \pm 1,8$	$61,4 \pm 1,8$	$69,07 \pm 1,2$
BPCO st. IV (5)	$97,6 \pm 0,16$	$80,0 \pm 2,1$	$69,1 \pm 1,8$	$77,1 \pm 1,3$
P1-2	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
P2-3	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$	$< 0,001$
P3-4	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
P4-5	$< 0,001$	$< 0,01$	$0,001$	$< 0,001$

Indicatorii domeniului „activitate” a acestui chestionar au primit valori de la  $36,42 \pm 2,18$  % în lotul pacienților cu BPCO ușor, la  $65,88 \pm 2,05$  % în grupa celor cu BPCO moderat, cu  $69,97 \pm 1,85$  % la cei cu BPCO sever și  $80,03 \pm 2,10$  % în lotul pacienților cu BPCO foarte sever. Analizând aceste date, constatăm că pacienții din lotul I au avut o valoare al domeniului „activitate” mică, ce denotă faptul că primii nu au fost restrânși în activitățile lor fizice. Începând chiar din stadiul de BPCO ușor se constată o limitare a activităților fizice, care se accentuează pe măsura progresării bolii, reflectată prin creșterea progresivă a indicatorului acestui domeniu ( $p_{1-2} < 0,001$ ;  $p_{2-3} < 0,001$ ;  $p_{4-5} < 0,001$ ).

La domeniul „impact” remarcăm simlilara tendință de augmentare a valorilor pentru fiecare lot, pe măsura evoluției maladei în cauză, începând chiar cu cei din lotul I, cu majorare ulterioară a acestei valori cu precădere din lotul III cu  $57,03 \pm 2,25$  %, atingând valori maxime în lotul V cu  $69,1 \pm 1,8$  % în comparație cu  $36,6 \pm 3,28$  % pentru cei din lotul II ( $p_{2-3} < 0,001$ ;  $p_{4-5} < 0,001$ ).

Scorul total al chestionarului spitalului „Sfântul Gheorghe” a fost cel mai mare în lotul pacienților cu BPCO foarte sever ( $77,15 \pm 1,3$  %,  $p_{4-5} < 0,001$ ). Valori ceva mai scăzute a acestui scor s-au înregistrat în lotul pacienților cu BPCO moderat și sever, diferența nefiind semnificativă (cu  $65,02 \pm 1,7$  % și  $69,07 \pm 1,2$  % corespunzător,  $p_{3-4} > 0,05$ ). Cel mai mic scor total s-a înregistrat în lotul pacienților cu bronșită cronică simplă ( $17,8 \pm 1,7$  %).

Astfel, în baza chestionarului SGRQ, severitatea deteriorării calității de viață este proporțională cu majorarea gravității BPCO. Pentru fiecare domeniu constatăm o diminuare progresivă, înalt semnificativă a indicatorului de calitate a vieții, ce se manifestă prin majorarea punctajului (>4 puncte) pentru fiecare domeniu a chestionarului, corespunzător fiecărei stadii succesive a BPCO. Astfel, impactul asupra calității vieții este mult mai evident pe măsură ce boala avansează în severitate.

Devierile negative ale indicatorilor a tuturor componentelor chestionarului reflectă afectarea concomitentă a tuturor componentelor ale calității de viață a pacienților cu BPCO.

Între indicatorii calității de viață și simptomele clinice am remarcat că din punct de vedere statistic la fel există o corelație liniară semnificativă, în sens direct (tabel 3). Corelația cea mai bună din simptomele clinice a fost identificată cu dispneea. Între toate scorurile SGRQ și scorul MRC s-a identificat o corelație liniară puternică în sens pozitiv, statistic semnificativă: cu domeniile: simptome ( $r = 0,68$ ,  $p < 0,01$ ), activitate ( $r = 0,83$ ,  $p < 0,01$ ), impact ( $r = 0,71$ ,  $p < 0,01$ ) și cu scorul total ( $r = 0,79$ ,  $p < 0,01$ ), reconfirmând conceptul că dispneea reprezintă simptomul major al BPCO, cu cel mai mare impact asupra sănătății generale.

Tabelul 3. Corelațiile între parametrii clinice și funcționali ai BPCO și indicii calității de viață în baza chestionarului SGRQ

Parametrii	Simptome	Activitate	Impact	Scor total
Tusea	0,47(**)	0,53(**)	0,47(**)	0,52(**)
Sputa	0,25(**)	0,18(*)	0,21(**)	0,22(**)
MRC	0,68(**)	0,83(**)	0,71(**)	0,79(**)
Rata exacerbărilor	0,57(**)	0,60(**)	0,56(**)	0,61(**)
IF	0,26(**)	0,28(**)	0,16(**)	0,23(**)
VEMS1,%	-0,71(**)	-0,77(**)	-0,71(**)	-0,77(**)

Notă: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p > 0,05$

Între indicii funcționali ai ventilației pulmonare și scorurile SGRQ am atestat o dependență corelațională semnificativă în sens negativă (tabel 5), astfel : VEMS % din valoarea prezisă a corelat puternic cu domeniile: simptome ( $r = - 0,71$ ,  $p < 0,01$ ), activitate ( $r = - 0,77$ ,  $p < 0,01$ ), impact ( $r = - 0,71$ ,  $p < 0,01$ ) și cu scorul total ( $r = - 0,77$ ,  $p < 0,01$ ). La fel de bine a corelat debitul expirator mediu între 25 și 75 % din capacitatea vitală (FEF<sub>25-75</sub>) și scorurile SGRQ: cu scorul simptome ( $r = - 0,72$ ,  $p < 0,01$ ), activitate ( $r = -0,74$ ,  $p < 0,01$ ), impact ( $r = - 0,69$ ,  $p < 0,01$ ) și cu scorul total ( $r = -0,75$ ,  $p < 0,01$ ), ce reiterează rolul dereglărilor de ventilație pulmonară în afectarea calității de viață (tab. 3)

Evaluarea relației dintre calitatea vieții, măsurată cu chestionarul SGRQ și rata exacerbărilor, constatăm o dependență corelațională liniară în sens pozitiv, semnificativă statistic cu domeniile: simptome ( $r = 0,57$ ,  $p < 0,01$ ), activitate ( $r = 0,60$ ,  $p < 0,01$ ), impact ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,01$ ) și cu scorul total ( $r = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ).

Extrem de slabă a fost corelația între scorurile chestionarului SGRQ și IF, astfel coeficientul de corelație Pearson cu domeniul simptome a constituit  $r = 0,26$ ,  $p < 0,01$ , cu domeniul activitate -  $r = 0,28$ ,  $p < 0,01$ , cu domeniul impact -  $r = 0,16$ ,  $p < 0,01$  și cu scorul total -  $r = 0,23$ ,  $p < 0,01$ .

În acest studiu a fost dovedit că BPCO se asociază cu un impact semnificativ asupra calității vieții pacienților, iar pe măsura progresării BPCO se constată o diminuare a tuturor parametrilor calității de viață, confirmată în baza chestionarului SGRQ. Acest aspect a fost identificat chiar și în cazul pacienților cu o funcție pulmonară ce se încadrează în stadiul de boala ușor/moderat, iar pe măsura progresării bolii scad indicii calității de viață a pacienților cu BPCO.

Deci, fiecare stadiu al BPCO poate fi caracterizat nu numai prin parametri clinico-funcționali, dar și prin indicii calității de viață.

### **Concluzii**

1. În acest studiu s-a dovedit că BPCO se asociază cu un impact semnificativ asupra calității vieții pacienților. Acest aspect a fost identificat chiar și în cazul pacienților cu o funcție pulmonară ce se încadrează în stadiul de boala ușor/moderat,
2. Impactul BPCO asupra calității de viață crește pe măsura progresării bolii.
3. Simptomele clinice, cu excepția dispneei, slab corelează cu gravitatea bolii, de aceea evaluarea calității de viață reprezintă un indicator important de control asupra evoluției BPCO, care ar completa datele monitorizării spirometrice.

### **Bibliografie**

1. Agusti A., Noguera A., Sauleda J. Systemic effect of chronic obstructive pulmonary disease. În: Eur Respir J. 2003, vol. 21, p. 347-360.
2. ATS and ERS. Standars for the Diagnosis and Management of Pacients with COPD, 2004, 222p.
3. Bourbeau J, Julien M, Maltais F et al. Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A disease-Specific Self-management Intervention. În: Arch Intern Med 2003, vol.163, p.585-591.
4. Burge P., Calverley P.M., Jones P.W. Prednisolone response in patients with chronic obdurate pulmonary disease: results from the ISOLDE study. În: Thorax. 2003, vol.58, p.654-8.
5. Celli B. Update on the Management of COPD. În: Chest. 2008, vol.133, p.1451
6. Chapman K., Mannino D., Soriano J., et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. În: Eur. Respir.J. 2006,vol.27, p.188-207
7. Donaldson G., Seemungal T., Bhowmik A., Wedzicha J. The relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. În: Thorax 2002, vol. 57, p.847-52.
8. Jones P, WillitsL.,Burge P., Calverley P. on behalf of the Inhaled Steroids in Obstructive Lung Disease in Europe study investigators. Disease severity and the effect of fluticasone propionate on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. În: Eur Respir J 2003, vol. 21, p.68-73.
9. Jones P. Quality of life measurement for patients with diseases of the airways. În: Thorax 1991, vol. 46, p. 676-682.
10. Juniper E., Wisnewski M., Cox F. et all. Relationship Between quality of life and clinical status in astma: a factor analysis. În: Eur. Respir.J. 2004,vol.23, p.287-291.
11. Lursac B., Benezet O., Dansin E., Nouvet G., Stach B., Voisin C. Evaluation du traitement symptomatique des poussees de surinfection de BPCO : etude preliminaire Pneumorel 80 mg versus placebo en association avec une antibiotherapie. Revue de pneumologie clinique 2000 ; 56 : 17-24.
12. Matcovschi S., Țernă E. Exploarările funcționale ale sistemului respirator: Elaborare metodică. Chișinău, 2004. 30p.
13. Mahler D. Understating dyspnoea in COPD: mechanism, measurement and management. În: Eur. Respir.J. 2002,vol.12, p.25.
14. Murray C., Lopez A., Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. În: Lancet 1997, vol.24, p. 1498-1504.
15. National Heart Lung and Blood Institute. World Health Organization. Global strategy for the diagnosis,management and prevention of COPD. În: Executive summary.2006, 90p.

16. Poulain M., Doucet M., Drapeau V., Tremblay A., Poirier P., Maltais F: Metabolic and inflammatory profile in obese patients with chronic obstructive pulmonary disease. În: Chronic Respiratory Disease 2008, vol.5, p.35-41.
17. Soriano J., Maier W., Egger P., et all. Recent trends in physician diagnosed COPD in women and men in the UK. În: Thorax 2000, vol.55, p.789-794.
18. Чучалин А., Белевский А., Черняк Б. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью лёгких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования ИКАР – ХОБЛ. Пульмонология, 2006, № 5, с.19-27.
19. Чучалин А. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. Москва, 2004; с. 34-58.
20. Шмелёв Е.И и др. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями лёгких. Пульмонология. 1998, № 2, с. 79-81.

## **EVOLUȚIA CLINICO-PARACLINICĂ A TUBERCULOZEI PULMONARE INFILTRATIVE, CU EVOLUȚIA SEVERĂ**

**Olga Caraiani**

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie ” Chiril Draganiuc”

### **Summary**

#### *Clinical – paraclinical evolution of infiltrative Pulmonary tuberculosis, with severe evolution*

Based on 54 cases of infiltrative pulmonary tuberculosis, it was found that the disease is initiated most often in young men, able to work in 22 (40.74%) cases being registered alcohol abuse. Clinical symptoms are more pronounced in patients of caseous pneumonia. On the background of TB treatment under DOTS strategy lasting 2-3 months, moderate and considerable resorption of pulmonary infiltration constitute 30.9% of cases. Addressing late to the doctor and the evolution of severe infiltrative pulmonary tuberculosis was recorded in 37 (68.52%) cases, the impact resulted in 15 (27.77%) cases with death.

### **Rezumat**

În baza a 54 pacienți de tuberculoza pulmonară infiltrativă, s-a constatat că afecțiunea se inițiază mai des la bărbați tineri, apți de muncă, în 22 (40,74% ) cazuri fac abuz de alcool. Simptoamele clinice sunt mai pronunțate la pacienți de pneumonie cazeoasă. Pe fon de tratament antituberculos conform strategiei DOTS cu durata de 2-3 luni, resorbția moderată și considerabilă a infiltrației pulmonare a constituit în 30,9% cazuri. Adresarea tardivă la medic și evoluția severă a tuberculozei pulmonare infiltrative a fost înregistrate în 37 (68,52%) cazuri, acest impact s-a soldat în 15 (27,77%) cazuri cu deces.

### **Actualitatea**

Pe parcursul ultimelor două decenii situația epidemică a tuberculozei a cunoscut o agravare semnificativă cu creșterea considerabilă a incidenței, prevalenței și mortalității prin aceasta maladie. Aceasta creștere s-a produs în paralel cu agravarea situației epidemiologice [1;2;3;4 ]. În ultimii ani se remarcă modificarea manifestărilor clinico-radiologice ale tuberculozei pulmonare cu evoluție gravă [5]. Printre formele clinice mai frecvent au început să se constate tuberculoza pulmonară infiltrativă extinsă de tipul lobitei [6]. Tuberculoza pulmonară infiltrativă este mai frecventă în structura tuberculozei pulmonare și alcătuiește 60-70% prin bolnavii primar depistați [7;8]. Tuberculoza pulmonară infiltrativă este prima etapa a ftiziei, frecvent întâlnită la vârsta ftiziogenă, între 18 și 35 de ani [9]. Tuberculoza pulmonară infiltrativă are șansă mai mare în plan de vindecare, dar rezultatele sunt nesatisfăcătoare: stoparea eliminării bacilului Koh constituie 72,5% , închiderea cavităților de destrucție constituie 64,8% [10 ]. Primul loc în