

Caracteristica imunității umorale a bolnavilor eșantioanelor cercetate (M±m)

Indicatori	Sănătoși	Eșantion control		Eșantion studiu	
		Înainte	După	Înainte	După
IgG g/l	12,3±0,27	17,2±0,33●	15,7±0,40◆	18,2±0,31●	17,1±0,31◆
IgA g/l	2,6±0,10	3,2±0,11●	2,6±0,13◆	3,6±0,14●	3,2±0,11◆
IgM g/l	1,4±0,06	1,6±0,09●	1,2±0,07◆	2,2±0,11●	1,9±0,10◆

● - diferență statistic semnificativ în comparație cu eșantionul persoanelor sănătoase

◆ - diferență statistic semnificativ în subesantioane înainte și după tratament

Concluzii

Formula leucocitară, a determinat modificări mai importante la bolnavii ES, documentată prin leucocitoza, devierea la stînga a formulei leucocitare, prezența neutrofilelor tinere și mielocitelor, plasmocitelor. Creșterea cantității eozinofilelor au evidențiat hipersensibilizarea și alergizarea bolnavilor EC. ILI și IA, au determinat capacitatea înaltă a eșantionului control, la redresare imună, și latentă raspunsului imun și diminuarea adaptabilității la eșantionul de studiu. Reducerea cantității și activității functionale a limfocitelor T, demonstrează un deficit mai important al imunității celulare în ES și activarea mai bună a imunității celulare în EC. Analiza cantitativa a limfocitelor B, a titrului Ig, IgA, IgM, a demonstrat o activarea mai importanta a imunității celulare a limfocitelor B la bolnavii ES, în comparație cu bolnavii EC, fapt ce predispune la o evoluție mai gravă, cu distrucții parenchimotoase extinse. Studiul a demonstrat, că majoritatea indicilor reactivității celulare și umorale au fost modificați mai intense la bolnavii care au evoluat cu eșec terapeutic și pot fi considerați predictivi pentru eșec.

Bibliografie

1. Новиков Д. К., Фрейдлин И.С. Медицинская иммунология. Минск: Высш. шк., 2005. 301 с.
2. Новицкий В.В., Стрелис А.К., Серебрякова В.А. и соавт. Иммуный статус больных туберкулезом легких на фоне противотуберкулезной химиотерапии. Иммунология, 2007. № 28, с. 27 – 30.
3. Попов А.В. Клинико-иммунологические особенности манифестации туберкулеза легких: дис. канд. мед. наук. Автореферат по ВАК 14.00.26. Москва, 2002. 18 с.
4. Павлович С.А. Основы иммунологии. Минск. Высшейшая школа, 2008. 114с.

DIZABILITATEA ÎNDELUNGATĂ LA PACIENȚI CU ASTM BRONȘIC EVOLUȚIE UȘOARĂ

**Ana Moscovciuc¹, Constantin Martîniuc¹, Iurie Simionică¹, Valentina Scaletchi¹,
Mihai Luchian², Tatiana Colun¹**

¹IMSP Institutul Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”,

²Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

Summary***Long-term disability in patients with persistent light forms of bronchial asthma***

In patients with persistent light forms of bronchial asthma, clinical manifestations with functional cardio-respiratory disturbances lead to moderate functional insufficiency, that kept capacity to work at the level of 95% in 6,1% of patients; 90-80% - in 62% of patients and 75-65% of capacity to work - in 31,8% of cases. These persons were considered able to work; 31 patients with physical effort professional activity and noxious work conditions were transferred to

other activity forms limited in comfort zone. In 2 patients there were installed moderate grade of disability during one year for medical and professional rehabilitation.

Rezumat

La pacienți cu AB evoluția ușoară manifestările clinice cu dereglări cardiorespiratorii funcționale a adus la deficiența funcțională ușoară, ce au menținut capacitatea de muncă la 6,1% bolnavi pînă la 95%, la 62,1-90-80% și 31,8% pînă la 75-65%. Aceste persoane au fost considerate apte de muncă, la 31 persoane ce prestau activitatea de muncă cu efort fizic, cu noxe erau transferați la alte activități în limitele zonei de confort, la 2 persoane sa stabilit gradul mediu de dizabilitate pe un an pentru reabilitarea medicală și profesională.

Actualitatea

Bolile pulmonare cronice care decurg cu sindromul bronhoobstructiv sunt o problemă majoră a ocrotirii sănătății din cauza răspîndirii înalte, decurg progresiv cu scaderea calității și scurtarea longevității vieții [1, 2, 3]. Importanța medicală și socială la pacienți cu (AB) este foarte înaltă deoarece răspîndirea considerabilă aduce la scăderea calității veți, incapacitate temporară de muncă, dizabilitate, moarte timpurie. Particularitățile evoluției AB a dat un stimul pentru studiu științific consacrat diagnosticului, clasificării, clinicii. Sunt elaborate standardele pentru terapia medicamentoasă în acutizare și de susținere de lungă durată, ce permite monitorizarea bolii [4, 5]. În același timp necătînd la succesele în studierea clinicii, particularitățile evoluției AB, expertiza medico-socială în această patologie este studiată insuficient. Dar în lucrul medicilor de familie deseori apar mari dificultăți în aprecierea gradului de limitare a vitalității bolnavilor cu AB, semnelor de dizabilitate.

Scopul

Studierea particularităților clinico-funcționale la pacienții cu astm bronșic evoluție ușoară pentru efectuarea expertizei medico-sociale a vitalității.

Materiale și metode

Cercetarea a fost efectuată în clinica IMSP IFP „Chiril Draganiuc” în studiu sau inclus 66 bolnavi cu astm bronșic evoluția ușoară, cu vîrsta medie $42,98 \pm 1,39$ ani. Din numarul total de bolnavi, care au fost examinați 51,5% au constituit femeii.

Din bolnavii investigați predominau persoane, profesia cărora este legată de îndeplinirea unor acțiuni fizice grele - 91%. O jumătate (33 din 66) din acești bolnavi continuau se îndeplinească activitatea sa, 50% din bolnavi erau angajați în condiții favorabile, cei mai mulți bolnavi fiind angajați în cîmpul muncii au fost muncitori, constructori, mecanici (șoferi, tractoriști), cotași. Din aceasta reesă că cei mai frecvenți factori nocivi la locul de muncă au fost lucrul cu expunere directă a factorilor meteorologici și praf, contact cu factorii chimici, gaze. Majoritatea (72%) din cei care activau în condiții nefavorabile aveau mai mulți factori nocivi.

În studiu au fost incluși bolnavi cu AB evoluția ușoară cu următoarele criterii de includere; vîrsta – femei 18-57 ani, bărbați 18-62 ani; diagnosticul de AB evoluția ușoară a fost evaluat în corespunderea cu criteriile GINA (simptomele diurne mai des de o dată în săptămîină, dar mai rar decît o dată în zi; simptomele nocturne > 2 ori în lună, VEMS > 80% obstrucția bronșială reversibilă, confirmată documental majorarea VEMS cu > 12% peste 20 min după inhalarea 200 mkg de salbutamol) Criteriile de excludere din studiu au fost următoarele: vîrsta persoanelor sub 18 ani, femei peste 57 ani bărbați peste 62 ani; dischinezia traheei și bronșilor; alte boli cronice pulmonare; pneumonie, patologii grave din partea sistemului cardiovascular, tractului digestiv, sistemului urinar și nervos, diabet zaharat , patologia oncologică.

Toți bolnavii au fost investigați după următoarea schemă: anamneză, evaluarea simptomelor clinice, examinarea hemogramei, sputograma, radiografia cutiei toracice.

Permeabilitatea bronșiilor a fost evaluată prin metoda spirometrică, efectuată la aparatul Spirolap II „MYR”. Înregistrarea spirogramei sa îndeplinit după metoda standart. Au fost analizate următorii indici: capacitatea vitală pulmonară (CVP); capacitatea vitală pulmonară forțată (CVPF), volumul expirator mediu pe secundă (VEMS); Indicii Tiffeneau (VEMS/CVP); debitul expirator mediu la 25-75% din capacitatea vitală pulmonară forțată (V25-75); debitul expirator de vîrf (PEF, măsurat pe curba debit-volum), volumul expirator mediu de rezervă (VER), capacitatea inspiratorie (CI), frecvența respirației (FR), minut – volumul respirației (MVR) și volumul curent (Vt).

Starea funcțională a cordului și indicii hemodinamicii centrale au fost studiați prin metoda ecocardiografiei cu Doppler la aparatul "Ultramark-8". Au fost înregistrați: diametrul telisistolic (DTS) a ventricolului sting (VS), diametrul telidiastolic (DTDvs), volumul telidiastolic (VTD), volumul de ejeecție (VE), diametrul telidiastolic (DTDvd), grosimea peretelui anterior (GPAvd), presiunea sistolică, diastolică și medie în artera pulmonară (PSAP, PDAP și PmAP), timpul de accelerare (AcT) și de decelerare (DT) a fluxul pulmonar. Artera pulmonară (AP) a fost vizualizată din accesul parasternal stîng în secțiunea transversală la nivelul aortei. Volumul eșantion era situat în artera pulmonară, imediat distal de valva pulmonară sau în conul de ejeecție al VD în apropierea valvei pulmonare (în felul acesta evidențiindu-se esantionarea de curgere turbulentă)

Au fost studiați următorii indici a electrocardiografei: Aspectul de P - pulmonar (II, III, AVF). Bloc de ramură drept (incomplet), Amplituda R>S și R>S în V1 cu micșorarea R/S spre stînga de la V1.

Fibrobronhoscopia a fost una din metodele de cercetare în AB și s-a efectuat cu scop de evaluare a stării mucoasei bronșice. Compartimentul endoscopic include cercetarea bronhiilor lobare, segmentare, leziunilor patologice de mucoasă. Cercetările endoscopice au avut ca scop cercetarea aspectului mucoasei, aspectul și calității secretului, elasticității pereților bronșiilor, aspectului și mobilității orificilor și pintenului bronșic, gradului de distonie, bronhospasmului. Pentru interpretarea corectă a extinderii procesului inflamator și gradul de intensitate a leziunilor bronșice a fost folosită clasificarea lui Lemoine.

Pentru elaborarea criteriilor determinării dizabilității în AB, pe lîngă caracteristica tabloului clinic, a indicilor funcționali, s-au stabilit prezența și gradul severității, limitărilor abilităților vitale ale organismului.

Componentul de bază a determinării dizabilității reprezintă restricția activității și a participării, care se caracterizează prin reducerea abilităților vitale, ceea ce ar reduce efectuarea activității cotidiene, limitarea posibilităților de participare la activitatea socio-profesională. La evaluarea criteriilor de expertiză medico-socială în AB, în caracteristica tabloului clinic, indicilor funcționali s-au luat în considerație și prezența gradului severității limitării abilităților vitale: de autoservire, locomotorie, de a presta activitatea de muncă – activități de producție și intelectualitate.

Dizabilitatea la persoanele adulte cu AB se determină pornind de la gravitatea deficiențelor funcțional cardiorespiratorii, care conduce la limitări de activitate, de participare exprimate în raport cu solicitarea socio-profesională și este de patru grade: severă, accentuată, medie, ușoară:

a. dizabilitatea severă se caracterizează prin deficiențe funcționale severe care conduc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată într-un interval procentual de 0-20%;

b. dizabilitatea accentuată se caracterizează prin deficiențe funcționale accentuate, care conduc la limitări de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată într-un interval procentual de 25-40%;

c. dizabilitatea medie se caracterizează prin deficiențe funcționale medie provocate de acțiuni care conduc la limitarea de activitate și restricții de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată într-un interval procentual de 45-60%;

d. dizabilitatea ușoară se caracterizează prin deficiențe funcționale ușoare provocate de afecțiuni și având capacitatea de muncă păstrată într-un interval procentual de 65-100%. Persoanele sunt considerate apte de muncă [6].

Se disting 4 categorii de limitare a participării. Ele se stabilesc în conformitate cu gradul de diviere.

Rezultatele explorărilor au fost prelucrate statistic, utilizând metode clasice de estimare a mediei aritmetice (M) și a marjei ei de eroare (m): criteriul student; Pirson - X^2 . Analiza dispersională și procedura Anava de analiza a varietății (criteriul F). Diferența se consideră statistic semnificativă la $p < 0,05$.

Rezultate și discuții

La bolnavii cu evoluție ușoară a astmului bronșic accesele de sufocare au fost rare și de scurtă durată pînă la o dată pe săptămînă la 93,9% din bolnavi. Simptomele nocturne lipseau la 13,6% bolnavi cu AB evoluție ușoară, la mai mult de jumătate din bolnavi (86,4%) ele au fost de 1-2 ori în lună. Starea generală a bolnavilor cu AB evoluție ușoară era satisfăcătoare, în timpul acceselor la toți bolnavii prevaleau schimbări ascultative de tip raluri sibilante, care dispăreau după cuparea accesului de sufocare cu bronholitici. În AB evoluție ușoară frecvența respiratorie (FR) și frecvența contracțiilor cardiace (FCC) fiind în normă.

La pacienți cu astm bronșic ușor în acutizare pînă la tratament au fost depistate tulburări moderate ale permeabilității bronșice: $FVC=89,20\pm 2,63\%$; $FEV_1=76,31\pm 2,68\%$; $IT=78,57\pm 1,37\%$; $PEF=56,60\pm 2,24\%$; $V_{25-75}=57,01\pm 3,10\%$; $V_{25}=51,87\pm 2,64\%$; $V_{50}=49,71\pm 2,63\%$; $V_{75}=48,34\pm 2,76\%$. Au fost depistate o astfel de modificare a ERV: a fost redus semnificativ la $53,2\pm 2,6\%$ cu creșterea ușoară a IC la $107,4\pm 3,02\%$. Schimbări ale mecanicii respirației este apreciate ca o stare de hiperreactivitate a bronșilor, care duce la obstrucție răspîndită cu accese de sufocare.

După tratament micșorarea obstrucției bronșice a fost însoțită de ameliorarea parametrilor ventilatorii: $PEF=67,70\pm 1,90\%$; $V_{25-75}=70,03\pm 2,59\%$; $V_{25}=63,81\pm 2,11\%$; $V_{50}=62,07\pm 2,2\%$; $V_{75}=61,25\pm 2,25\%$ și volumele pulmonare revin la valori normale: $FVC=98,01\pm 1,94\%$; $FEV_1=88,11\pm 1,87\%$; $IT=82,0\pm 1,07\%$. Variabilitatea obstrucției bronșice la pacienți cu astm bronșic ușor a fost pozitivă și constituie $21,5\pm 3,8\%$, acestea se restabilesc și se re-permeabilizează.

Cercetările endoscopice au fost efectuate la 58 de pacienți cu AB evoluție ușoară. Analiza tabloului endoscopic a bronhiilor a stabilit o frecvență sporită a hiperimiei mucoasei (89,7%), ce denotă o activitate înaltă a procesului inflamator. Totodată frecvența manifestărilor mucopurulente a fost net inferior (3,1%) Bronhospasmul a fost întîlnit în 29,3% cazuri. Edemul mucosal a fost prezent în 32,8% afectînd în special bronhiile mari. Prin urmare semnele caracteristice pentru AB evoluție ușoară îi sunt leziunile catarale, edemul și bronhospasmul.

Cercetarea modificărilor electrocardiografice la pacienți cu AB evoluția ușoară constatau că P-pulmonar era mărit la 9,1% bolnavi. Schimbările amplitudei R>S și amplitudei R>S în V_1 cu micșorarea R/S spre stînga de la V_1 (semne calitative de hipertrofia ventriculară dreaptă conform codului din Minnesota) era practic la jumătate din pacienți cu AB evoluția ușoară. Semne de hipertrofie ventriculară dreaptă la ECG, ulterior nu s-a confirmat prin metoda ecocardiografică.

Rezultatele dobândite ne permit să considerăm, că la formele ușoare al astmului bronșic în diagnosticarea hipertrofiei ventriculare drepte ECG este puțin informativă.

Analiza parametrilor hemodinamicii centrale și celei pulmonare la pacienți cu formele ușoare, a evoluției astmului bronșic se observa tendința spre dilatarea atriului stâng (AS) ($40,4 \pm 0,51$ mm) și dimensiunile practic normale a ventriculului drept (VD). Diametrul telediastolic (DTD) a constituit $25,91 \pm 0,32$ mm și varia între 17,5 și 33,0 mm. Paralel cu tendințele susnumite s-a observat parametrii normali a grosimii miocardului VD ($4,92 \pm 0,07$ mm), cu variațiile între 4,0 și 8,0 mm) cu hipertrofie ușoară a miocardului VS (grosimea peretelui posterior a VS - $10,15 \pm 0,20$ mm, grosimea septului intraventricular - $12,05 \pm 0,40$ mm). Datele medii a presiunii sistolice în artera pulmonară în lotul cercetat nu depășeau valorile normale ($36,24 \pm 0,86$ mm Hg). Presiunea medie în artera pulmonară și timpul accelerării a fluxului pulmonar au fost respectiv $26,7 \pm 0,98$ mm Hg și $119,39 \pm 1,41$ msec.

Conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății CIF (adoptată la Sesiunea 54 OMS în 2011, Geneva) în determinarea dizabilității, în particular în ABOC, se pune accentul pe participare și pe funcția păstrată, pe componentele sănătății, caracterizând sănătatea omului în condiții individuale de viață și nu pe incapacitate și restricții. Fenomenele legate de succesiunea **BOALĂ** → **CONSECINȚELE BOLII**, conform aprecierii OMS pot fi repartizate prin schema:

BOALĂ → **DEFICIENȚĂ FUNCȚIONALĂ** → **DIZABILITATE** → **LIMITAREA PARTICIPĂRII**

Consecințele bolii sunt în primul rând **deficiența funcțională** (la nivel de organ ori sistem de organe, cât și la nivelul organismului în întregime), **dizabilitatea**, după care pot urma problemele de participare la activitatea socio-profesională.

În conformitate cu concepția OMS, dizabilitatea persoanelor, în particular ce suferă de AB, este bazată pe obiectivizarea dereglărilor funcționale ale organismului: a severității deficiențelor funcțional – structurale și stabilirea gradului de reducere a funcțiilor generale a organismului, de limitare a activității zilnice și corespunzător **determinarea procentuală a capacității de muncă păstrată**.

La expertizarea persoanelor se prevede determinarea a 5 grade de deficiențe funcțional – structurale în raport cu severitatea: 1. fără deficiență; 2. deficiență funcțională ușoară; 3. deficiență funcțională moderată (medie); 4. deficiență funcțională accentuată 5. deficiență funcțională severă inclusiv absolută. La prelucrare a datelor lotului de bolnavi din Republica Moldova, sa făcut repartizare pe 4 grade de deficiențe funcțional-structurale (cu excepția „fără deficiență”).

În lotul cu gradul de deficiență funcțională ușoară au fost incluși 66 pacienți cu AB evoluție ușoară ce au menținut capacitatea de muncă pînă la 95-65%. În majoritatea cazurilor aceste persoane au fost considerate apte de muncă. În dependență de manifestările clinice caracterul și gradul de manifestare a dereglărilor funcționale, pacienții au fost împărțiți în 3 subloturi: „a” capacitatea de muncă a fost pînă la 95%; „b” - 90-80%; „c” – 75-65%.

În sublotul „a” au fost incluși 4 pacienți. Simptomele diurne la toți bolnavii din sublotul prezentat au fost mai rar decît odată pe săptămîină - simptome nocturne n-au existat. VEMS la acești bolnavi a fost mai mare de 80% din prezis. În legătură cu aceasta β_2 agoniștii de scurtă durată au fost administrate după indicații mai rar decît odată pe săptămîină. La toți bolnavii dispnea (gradul 0) a apărut la efort fizic intens, limitarea activității lipsea. Adaptarea la efort fizic era păstrată. Dereglările nesemnificative în cadrul acestei etape de evoluție a bolii nu au dus la mari schimbări referitor la limitarea activității vitale, ce necesită măsuri de protejare socială.

Două persoane ce prestează activitate de muncă cu noxe necesită transfer la activități în limitele zonei de confort ori reabilitare profesională.

Sublotul „b” a constituit 41 bolnavi cu AB evoluție ușoară. Simptome diurne la 41 de bolnavi au fost 1-2 ori pe săptămână. La 34 de pacienți din acest sublot au avut loc simptome nocturne rare mai puține de 2 ori pe lună. Administrarea β_2 agonști de acțiune de scurtă durată în grupul acesta era 1-2 ori pe săptămână. Tratamentul cu răspuns suficient a controlat simptomele bolii. Adaptarea la efort a fost păstrată, prognostic clinic și de reabilitare favorabil. Dereglările nesemnificative în cadrul acestei etape de evoluție a bolii la 25 pacienți nu au dus la mari schimbări referitor la limitarea activității de muncă, ce necesită măsuri de protecție socială. 16 persoane ce prestează activitatea de muncă cu efort fizic cu noxe necesită transferul la altă activitate în limitele zonei de control, ori reabilitare profesională.

În sublotul „c” au fost incluși 21 bolnavi cu AB evoluție ușoară, simptomele de boală la ei fiind mai intense, simptomele diurne au fost mai grave cu frecvența mai mult de 2 ori pe săptămână, însă mai rar decât odată pe zi. Simptomele nocturne au fost mai rar de 2 ori pe lună, astfel a crescut frecvența administrării β_2 agonști de acțiune de scurtă durată mai des de 2 ori pe săptămână. La toți pacienții, din sublotul acesta, dispnea apare la mers rapid sau la urcarea unei pante line (MCR-gradul I). La 16 bolnavi la efectuarea efortului fizic intens apare hipoxemia. Insuficiența respiratorie la 5 bolnavi era de gradul 0, la 16 – gradul I. Adaptarea la efort – reducere ușoară.

La 13 persoane care prestau activități cu efort fizic la intensitate mare cu surmenaj, cu noxe, era necesar transferul la altă activitate ori reorientare profesională și angajare rațională în câmpul muncii, la 2 stabilirea gradului mediu de dizabilitate pe un an pentru reabilitarea profesională.

În cazul AB evoluție ușoară la persoanele ce activează în condiții cu factori nocivi (chimici, biologice, fizici etc) ori cu surmenaj și apare necesitatea de reabilitare medicală, profesională ea este realizată în cadrul competenței CMC (consiliu medical consultativ). Persoanele tinere necesită orientare profesională adecvată. Lucrătorilor medicali, pedagogilor le revine rolul de consilieri în orientarea profesională adecvată a adolescenților. În caz de boală profesională este necesar de îndreptat la CNDDCM pentru determinarea procentelor păstrării capacității de muncă profesională și întocmirea planului de reabilitare profesională.

Prognosticul clinic și de reabilitare este favorabil în caz de amplasare rațională în câmpul muncii, ce realizează incluziunea socială a acestor persoane.

Concluzii

La pacienți cu AB evoluția ușoară manifestările clinice cu dereglări cardiorespiratorii funcționale au cauzat deficiențe funcționale ușoare, ce au menținut capacitatea de muncă la 6,1% bolnavi până la 95%, la 62,1-90-80% și 31,8% până la 75-65%. Aceste persoane au fost considerate apte de muncă la 31 persoane ce prestau activitatea de muncă cu efort fizic, cu noxe erau transferați la alte activități în limitele zonei de confort la 2 persoane sa stabilit gradul mediu de dizabilitate pe un an pentru reabilitarea medicală și profesională.

Bibliografie

1. Botnaru V. Asmul bronșic. Chișinău, 2000. 94 p.
2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention The GINA. 2006. 92 p.
3. Botnaru V., Rusu D. et al. Astm bronșic la adulți (PCN-2). Chișinău, 2008. 48 p.
4. Mihălțan F., Ulmeanu R., Stoicescu I., Ghilencea L. Astmul. Ce este și cum îl tratăm. Ghid actualizat pentru practician. București, 1998.
5. Чучалин А.Г. Международные рекомендации для врачей общей практики по обучению пациентов. В: Пульмонология. Consilium medicum. М., 2006, с. 3-6.
6. LEGE 508 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități. Monitorul oficial, 27 iulie 2012.