

DIZABILITATEA ÎNDELUNGATĂ LA PACIENȚII CU ASTM BRONȘIC CU EVOLUȚIE SEVERĂ

Ana MOSCOVCIUC¹, M. LUCHIAN², C. MARTÎNIUC¹,
Iu. SIMIONICĂ¹, Valentina SCALEȚCHI¹, Olga
CARAIANI¹, Tatiana COLUN¹, Lubovi NEPOLIUC²,

¹ IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc,

² Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă

Summary

Prolonged disability in patients with severe bronchial asthma

In 28 patients with severe forms of bronchial asthma cardio-respiratory disorders led to serious limitations in capacity to work. In 53% (15) of patients capacity to work was kept in 25-35%; in 47% (13) of patients – 0-20%. These people had severe limitation of daily activities, 13 people were dependent on supervision and permanent care from another person, their established severe degree of disability.

Keywords: disability, bronchial asthma, vital skills

Резюме

Медико-социальная экспертиза бронхиальной астмы тяжелого течения

У 28 больных бронхиальной астмой тяжелого течения кардиореспираторные нарушения привели к выраженному и тяжелому ограничению трудоспособности с ее сохранением у 53% (15) больных до 25-35%, у 47% (13) – до 0-20%. У этих лиц ограничение повседневной деятельности было выраженным, тяжелым и тотальным, из них 13 пациентов нуждались в наблюдении и постороннем уходе, им определена тяжелая степень недуга.

Ключевые слова: инвалидность, бронхиальная астма, жизнедеятельность

Introducere

Importanța medicală și socială a astmului bronșic (AB) este foarte înaltă, deoarece răspândirea lui considerabilă duce la scăderea calității vieții, la incapacitate temporară de muncă, la dizabilitate sau chiar moarte timpurie [5, 6]. Particularitățile evoluției AB sunt un stimul pentru studiul științific consacrat diagnosticului, clasificării, clinicii acestei maladii. Sunt elaborate standardele pentru terapia medicamentoasă în acutizare și de susținere de lungă durată, ce permite monitorizarea bolii [1, 4]. În același timp, în pofida succeselor obținute în studierea clinicii, particularităților evoluției AB, expertiza medico-socială în această patologie este studiată insuficient. Dar în activitatea medicilor de familie deseori apar mari dificultăți anume în aprecierea

gradului de limitare a capacității de muncă și de viață a bolnavilor cu AB, a semnelor de dizabilitate.

Scopul studiului a fost cercetarea particularităților clinico-funcționale prezente la pacienții cu astm bronșic, evoluție severă, pentru efectuarea expertizei medico-sociale.

Materiale și metode

Cercetarea a fost efectuată în clinica IMSP IFP Chiril Draganiuc. În studiu au fost incluși 28 de bolnavi cu astm bronșic și evoluție severă, cu vârsta medie de 50,7±1,7 ani. Din numărul total de bolnavi care au fost examinați, 60,5% au fost femei, vechimea bolii – 14,7± 1,2 ani, frecvența acutizărilor anuale – 3,1.

Printre bolnavii investigați predominau (91%) persoane profesia cărora este legată de îndeplinirea unor munci grele.

În studiu au fost incluși bolnavi cu AB evoluție severă cu următoarele criterii de includere: vârsta: femei – 18-57 ani, bărbați – 18-62 ani; diagnosticul de AB evoluție severă a fost evaluat în corespundere cu criteriile GINA (crize permanente, activitate fizică limitată, frecvența acceselor nocturne, VEMS < 60%, variabilitate a PEF > 30%). Criteriile de excludere din studiu au fost: vârsta persoanelor sub 18 ani, femei peste 57 de ani, bărbați peste 62 de ani; dischinezia traheii și bronșiilor; alte boli pulmonare: pneumonie, patologie gravă a sistemului cardiovascular, a tractului digestiv, a sistemelor urinar și nervos; diabet zaharat; patologie 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*.

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

Fibrobronhosopia a fost una dintre metodele de cercetare în AB și a fost efectuată cu scopul evalu-

ării stării mucoasei bronșice în AB. Pentru elaborarea criteriilor determinării dizabilității în AB, pe lângă caracteristica tabloului clinic, a indicilor funcționali, au fost stabilite prezența și gradul severității, limitărilor abilităților vitale ale organismului.

Componenta de bază a determinării dizabilității este restricția activității și a participării, ce se caracterizează prin diminuarea abilităților vitale, ceea ce ar reduce activitățile cotidiene, ar limita posibilitățile de participare la activitatea socioprofesională. La evaluarea criteriilor de expertiză medico-socială în AB, în caracteristica tabloului clinic, a indicilor funcționali s-a luat în considerație și gradul severității limitării abilităților vitale: de autoservire, locomotorie, de a presta activitatea de muncă – activități de producție și intelectuale.

Dizabilitatea la persoanele adulte cu AB se determină în funcție de gravitatea deficiențelor funcționale cardiorespiratorii, care conduc la limitări de activitate, de participare exprimate în raport cu solicitarea socioprofesională și este de patru grade: severă, accentuată, medie, ușoară.

a) *dizabilitatea severă* se caracterizează prin deficiențe funcționale grave, 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 duc 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 medii, provocate de acțiuni care conduc la limitarea activității 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 mici, provocate de afecțiuni, capacitatea de muncă fiind păstrată într-un interval procentual de 65-100%. Persoanele sunt considerate apte de muncă [2, 3].

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

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

Rezultate și discuții

La bolnavii cu evoluție severă a AB, accesele de sufocare erau cu mult mai frecvente și se repetau de 3-5 ori pe săptămână la numai 3,7% din bolnavi, iar

zilnic – la 96,7%. Accesele nocturne frecvente erau prezente la majoritatea bolnavilor (96,3%). La toți pacienții era prezentă dispneea în repaus. Frecvența respirației era de 24-26 pe minut, wheezingul răsunător putea fi auzit de la distanță.

La pacienții cu AB sever în acutizare, până la tratament permeabilitatea bronhiilor este redusă sever: $FVC=58,16\pm 3,93\%$; $FEV_1=38,60\pm 2,57\%$; $IT=56,98\pm 2,49\%$; $PEF=28,39\pm 1,99\%$; $V_{25-75}=22,64\pm 1,76\%$; $V_{25}=20,07\pm 1,70\%$; $V_{50}=18,5\pm 1,71\%$; $V_{75}=17,5\pm 2,05\%$; $ERV=45,10\pm 2,70\%$; $IC=94,46\pm 5,06\%$. În AB sever s-a observat obstrucție persistentă generalizată (la nivelul bronhiilor de calibru mare și calibru mic), cu o reducere a tuturor indicatorilor dinamici.

După tratament, la pacienții cu AB sever reducerea obstrucției bronșice a fost însoțită de ameliorarea debitelor ventilatorii: $PEF=38,75\pm 3,24\%$; $V_{25-75}=36,21\pm 4,54\%$; $V_{25}=32,17\pm 3,99\%$; $V_{50}=30,92\pm 4,42\%$; $V_{75}=31,42\pm 4,60\%$ și a volumelor pulmonare: $FVC=69,17\pm 3,37\%$; $FEV_1=52,78\pm 4,16\%$; $IT=71,32\pm 2,94\%$. Variabilitatea obstrucției bronșice la pacienții cu astm bronșic sever a fost pozitivă și constituie $21,5\pm 5,31\%$. La bolnavii cu AB sever, până la tratament rezultatele spirometrice arătau un sindrom obstructiv sever cu hiperinflație pulmonară pronunțată. Inhalarea aerosolilor bronhodilatatori provoacă modificări semnificative în parametrii spirometrice. Ameliorarea funcțională după tratament este însoțită de ameliorarea clinică: reducerea dispneei, dispariția acceselor etc.

Analiza modificărilor electrocardiogramelor-standard (ECG) la 28 pacienți cu forme grave de evoluție a astmului bronșic a relevat că cele mai răspândite modificări ale ECG au fost: prezența semnelor de hipertrofie ventriculară dreaptă (S-tip de hipertrofie dreaptă), amplitudinea R/S în $V_6 < 1$ și semne calitative de hipertrofie ventriculară stângă (la pacienții cu hipertensiune arterială asociată). Cercetarea modificărilor ECG a demonstrat că răspândirea aspectului de P-pulmonar mai mult de două ori era mai mare la pacienții cu forme grave ale astmului bronșic, în comparație cu formele ușoare și cele moderate (25,9% vs. 9,1 și 10,1%, $p < 0,05$). Tendințe similare s-au observat și la analiza amplitudei $R > S$ și amplitudei $R > S$ în V_1 , cu micșorarea R/S spre stânga de la V_1 (semne calitative de hipertrofie ventriculară dreaptă): practic jumătate din pacienți (46,2%) au avut semne de hipertrofie ventriculară dreaptă la ECG, ulterior însă nu s-au confirmat prin metoda ecocardiografică.

Analiza parametrilor hemodinamicii centrale și celei pulmonare (utilizând ecocardiografie cu Doppler) a demonstrat că, concomitent cu dimensiunile normale ale ventriculului stâng ($46,97 \pm 0,36/37,22 \pm 0,40$ mm), la pacienții cu evoluție gravă a astmului bronșic se observa tendința spre dilatarea atrului

stâng ($40,4 \pm 0,51$ mm) și dilatarea ușoară a ventriculului drept ($27,06 \pm 0,67$ mm). Paralel cu aceste tendințe, s-au observat parametri normali ai grosimii miocardului VD ($5,12 \pm 0,18$ mm, cu variații între 4,0 și 8,0 mm).

Datele medii ale presiunii sistolice în artera pulmonară în lotul cercetat depășeau valorile normale ($41,04 \pm 3,309$ mm Hg), variind pe larg – între 36,0 și 60,0 mm Hg.

Bronhoscopia a fost efectuată la 12 bolnavi cu astm bronșic și evoluție gravă. Endobronșita mucopurulentă a fost determinată la 9 persoane, endobronșita catarală – la 3 pacienți. Semnele caracteristice pentru această categorie de bolnavi au fost: bronhospasmul (88,9% cazuri), edemul mucosal (83% cazuri), mucostaza (84,3% cazuri), hiperemia (91% cazuri). În toate cazurile studiate a predominat secrețiile cu viscozitate înaltă.

Conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății CIF (adoptată la Sesiunea a 54-a a OMS în 2011, Geneva), la 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 în baza incapacității și restricțiilor. 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, precum și la nivelul organismului în întregime), **dizabilitatea**, după care pot urma problemele de participare la activitatea socioprofesională.

În conformitate cu concepția OMS, dizabilitatea persoanelor, în particular a celor care suferă de afecțiuni bronhoobstructive cronice, este bazată pe obiectivizarea dereglărilor funcționale ale organismului: a severității deficiențelor funcțional-structurale și stabilirea gradului de reducere a funcțiilor generale ale organismului, de limitare a activității zilnice și, corespunzător, **stabilirea procentuală a capacității de muncă**.

Cinsprezece pacienți cu AB evoluție severă au fost incluși în lotul cu gradul de deficiență funcțională accentuată – lotul III (b și c). Acești pacienți au menținut capacitatea de muncă la nivele de 25-35%. În funcție de manifestările clinice, de caracterul și gradul de manifestare a dereglărilor funcționale, pacienții au fost împărțiți în 2 sub loturi: „b” – capacitatea de muncă 35%, „c” – 25%-30%.

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 prelucrarea datelor lotului de bolnavi din Republica Moldova, a fost făcută repartizarea pe 4 grade de deficiențe funcțional-structurale (cu excepția „fără deficiență”). În lotul III, subplotul „b” au fost incluși 8 bolnavi de AB cu evoluție severă, la care păstrarea capacității de muncă a constituit 35%. Accesele de sufocare zilnice au fost mai frecvente, accesele nocturne s-au menționat până la 3-5 ori pe săptămână, indicii funcționali au scăzut (VEMS a constituit 60-50%). Dispneea la toți bolnavii a fost declanșată de efortul fizic obișnuit, ce se asocia cu acrocianoza difuză, însoțită de hipoxemie.

Toate acestea au contribuit la dezvoltarea insuficienței respiratorii de gradul II. Conform datelor ECO (cardiografia cu Doppler), s-a observat hipertensiune pulmonară stabilă – $36,7 \pm 0,09$ mm Hg. Acești pacienți au manifestat semne de cord pulmonar cronic compensat: dilatarea VD (diametru telediastolic ≥ 26 mm) și prezența hipertrofiei ventriculare drepte (grosimea peretelui anterior a VD 6 mm). Dereglările funcționale la toți pacienții au declanșat limitări ale capacității de deplasare de gradul 2, autodeservire 2, a capacității socioprofesionale de gradul 2, ce au cauzat de restricția participării, la 4 pacienți era stabilit gradul II de dizabilitate, iar 4 necesitau îndreptare la CEMV.

În subplotul „c” al lotului III au fost incluși 7 bolnavi cu AB evoluție severă, la care rata păstrării capacității de muncă a constituit 30-25%. Accesele de sufocare erau menționate de toți pacienții, erau diurne și nocturne, mai frecvente și mai îndelungate, nu întotdeauna se jugulau după administrarea β_2 agonistilor de scurtă durată. Dispneea a fost severă, apărea la mers în ritm obișnuit, (MRS 3) hipoxemia în repaus. Presiunea sistolică în artera pulmonară a fost până la $40,1 \pm 0,24$ mm Hg. La toți bolnavii au fost observate semne de cord pulmonar cronic: dilatarea VD (diametrul telediastolic > 26 mm), prezența hipertrofiei ventriculare drepte (grosimea peretelui anterior a VD > 5 mm).

Dereglările funcționale pronunțate au declanșat la toți pacienții limitări semnificative de deplasare, de autoservire, de activitate socioprofesională, ce impun măsuri de restricție a participării: la 4 pacienți a fost stabilit gradul accentuat de dizabilitate, 3 au fost îndreptați la CEMV.

În lotul III bolnavii au fost cercetați endoscopic. De rând cu endobronșita catarală difuză (66,7%), în 33,6% cazuri a fost depistată endobronșită purulen-

tă, cu un tablou difuz inflamator și secreții vâscoase în bronhiul lobar, segmentare. Dintre semnele endoscopice specifice AB, hiperemia a fost vizualizată la 7 pacienți, bronhospasmul – la 8. Rezultatele endoscopice confirmă accentuarea proceselor inflamatorii difuze în bronhiile lobare și segmentare la acest grup de bolnavi.

În lotul IV au fost incluși cei mai gravi bolnavi cu AB, la care procentul restant al capacității de muncă era de 0-20% – grad de deficiență funcțională severă.

Sublotul „a” consta din 11 bolnavi cu AB persistent sever. Evoluția procesului la toți bolnavii era neîntrerupt recidivantă, cu accese de sufocare frecvente, care deseori progresau spre „mal astmatic”.

Toți bolnavii aveau cianoză, dispneea în acest sublot era marcată, pentru a putea părăsi casa, sau apărea când se îmbrăcau sau se dezbrăcau (MRS-3-4).

Dereglările funcționale vădite, VEMS constituia 40-30%, la 5 bolnavi din 11 n-a putut fi efectuată spirometria; hipoxemia în repaus a fost înregistrată la toți pacienții.

Presiunea în artera pulmonară era mărită până la $41,04 \pm 0,39$ mm Hg. În acest stadiu al bolii, la toți bolnavii s-a instalat cord pulmonar decompensat (cianoză periferică, turgescența venelor jugulare, galop protodiastolic, zgomotul 2 accentuat în spațiul II subclavicular stâng, suflu sistolic recurditar tricuspidal, hepatomegalie, reflux hepatojugular, edeme periferice la membrele inferioare). Pe fundalul tratamentului nu s-a reușit controlul suficient al simptomelor bolii. Dereglările funcționale grave ale aparatului respirator, cordul pulmonar cronic decompensat cu insuficiență cardiacă cronică au condus la limitarea socioprofesională și locomotorie severă.

Prognosticul clinic și de reabilitare a fost rezervat, nefavorabil; activitatea în viața zilnică – cu limitări grave; bolnavii frecvent ocupau poziție forțată, semiculcată. Acești bolnavi sunt dependenți de ajutor și îngrijiri din partea altor persoane, de aceea lor li s-a stabilit gradul sever și accentuat.

În sublotul „b” au fost incluși 2 bolnavi cu AB persistent sever, cu deficiență funcțională absolută. Lor li s-a determinat gradul I de dizabilitate – 0-10% de păstrare a capacității de muncă de bază. La acești bolnavi evoluția AB era neîntrerupt recidivantă, cu accese de sufocare frecvente cu trecere în „mal” astmatic, ce necesitau măsuri de reanimare. Exacerbările severe, frecvente se manifestau cu cianoza și dispnee gravă; IR gradul III și IC gradele III-IV (NYHA). Hipertensiunea pulmonară era severă – $41,04 \pm 0,39$ mm Hg.

Prognostic clinic nefavorabil: acești pacienți aveau dereglări grave ale aparatului respirator cu IR gradul III, cord pulmonar cronic și insuficiența cardiacă cronică grad IV NYHA, care au dus la limitarea severă a activității socioprofesionale, de autoservire și de deplasare.

Acești pacienți aveau limitări totale în viața zilnică. Poziția forțată semiculcată practic i-a ținut la pat. Ei au devenit dependenți de supraveghere și îngrijire permanentă din partea altei persoane, de aceea lor li s-a stabilit gradul sever de dizabilitate.

În lotul IV, riscul înalt de complicații n-a permis efectuarea cercetărilor endoscopice.

Concluzii

Dintre 28 de pacienți cu AB evoluție severă, manifestările clinice cu dereglări cardiorespiratorii, prezentând deficiențe funcționale accentuate sau grave, au redus capacitatea de muncă la 53% (15) de bolnavi respectiv cu 25-35%; la 47% (13) – cu 0-20%. Aceste persoane aveau o activitate zilnică cu limitări accentuate, severe sau totale. 13 pacienți erau total dependenți de supraveghere și îngrijire din partea altei persoane, astfel lor li s-a stabilit gradul sever de dizabilitate.

Bibliografie

1. V. Botnaru, D. Rusu, L. Procașin, O. Munteanu. *Protocol Clinic Național "Astmul bronșic la adulți"*. Chișinău, 2008. 48 p.
2. *Clasificarea Internațională a funcționării, dezabilității și sănătății (CIF) OMS*. Geneva – București, 2004, p. 3-9.
3. C. Ețco, I. Puiu, G. Bivol, L. Ciocan. *Noi abordări în determinarea dizabilității cu utilizarea instrumentarului Clasificării Internaționale a Funcționării Dizabilității și Sănătății*. În: *Curierul medical*, nr. 3 (327), 2012, p. 166-173.
4. *Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention*. 2013, 82 p.
5. A. Moscovciuc, M. Luchian. *Analiza invalidității primare cauzate de bolile aparatului respirator în Republica Moldova*. În: *Curierul medical*, nr. 3 (327), 2012, p. 257.
6. A. Чучалин, А. Цой, В. Архипов. *Бронхиальная астма в России: результаты национального исследования больных бронхиальной астмой*. В: *Пульмонология*. 2006, № 6, с. 94-102.

Prezentat la 21.07.2014

Ana Moscovciuc,
doctor în medicină,
cercetător științific coordonator,
IFP Chiril Draganiuc
Tel. 022 57-23-54, mob. 069192829