

обращения у больных с легочным сердцем. В кн.: Реабилитология: Сборник науч. трудов. М. 2003;238-242.

6. Струтынский АВ, Глазунов АБ, Бакаев РГ, и др. Изменение систолической и диастолической функции правого желудочка у больных ХОБЛ и хроническим легочным сердцем под влиянием длительного лечения периндоприлом. В кн.: Материалы Всероссийской ежегодной науч. конф. «Спорные и нерешенные вопросы сердечной недостаточности». М. 2003;43.

Chikh Ahmad Mahmoud, doctorand

*Catedra Boli interne nr. 6,
USMF „Nicolae Testemițanu”
Str. A. Pușkin, 51, Chișinău
Tel.: 267024*

Recepționat 16.04.2010

Evaluarea leziunilor inflamatorii ale mucoasei bronșice în bronhopneumopatia cronică obstructivă de gravitate moderată în exacerbare

A. Moscovciuc, I. Simionică, V. Scaletchi, N. Munteanu, T. Colun, C. Martîniuc

Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău

Evaluation of Inflammatory Lesions in Bronchial Mucosa in Moderate Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease

We investigated 25 patients (all male) with moderate chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. The duration of the disease was 5-30 years. In these patients, severe disruptions in breathing mechanics with expiratory disorders were determined. The bronchoscopic study and endoscopic semiotics detected catarrhal endobronchitis in 20 patients and purulent endobronchitis in 5 patients. Endoscopic survey conducted in all 25 patients showed the presence of diffuse bilateral localization endobronchitis.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, exacerbation, endobronchitis.

Оценка воспалительных изменений в слизистой бронхов при обострении хронической обструктивной болезни легких средней степени тяжести

Обследовано 25 пациентов (все мужчины) с умеренным обострением хронической обструктивной болезни легких. Длительность заболевания составила 5-30 лет. У всех больных были определены нарушения механики дыхания с расстройствами выдоха тяжелой степени. Бронхоскопическое обследование и эндоскопическая семиотика выявили катаральный эндобронхит у 20 и гнойный эндобронхит у 5 больных. Эндоскопическое обследование, проведенное у всех пациентов, показало наличие диффузного двустороннего эндобронхита.

Ключевые слова: легких болезни хронические обструктивные, обострение, бронхит хронический.

Introducere

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC), prezintă o problemă importantă medicală și socială, fiind una din cauzele principale de morbiditate și mortalitate pe glob [1, 2]. Cercetările efectuate în anul 1996, sub egida Organizației Mondiale a Sănătății și Băncii Internaționale, au stabilit cifre medii de extindere a BPOC – 9,34% pentru bărbați și 7,33% pentru femei [3, 4]. În legătură cu existența unei terminologii nedeterminate, referitor la BPOC, pe parcursul mai multor ani, este dificil de a numi date precise despre răspândirea acestei maladii în RM. Cu toate acestea, conform adresabilității în instituțiile medicale din RM, în 2009 au fost înregistrate 162,1‰ o bolnavi. Societatea Respiratorie Europeană admite, că doar în 20% cazuri de îmbolnăvire cu BPOC, diagnosticul este pus la timp. Diagnosticarea tardivă a bolii nu permite de a stopa progresarea neconținută a tabloului clinic și contribuie la creșterea zilelor și cazurilor de pierdere a capacității de

muncă, invalidizare și decese. Aprecierea importanței datelor clinice, marșurilor obstrucției bronșice, stării mucoasei bronșice va permite diagnosticarea precoce a BPOC.

Scopul cercetării: a evalua caracterul leziunilor inflamatorii în bronhii la bolnavii cu BPOC evoluție moderată, exacerbare după datele fibrobronhoscopiei.

Materiale și metode

Au fost cercetați 25 bolnavi (toți bărbați) cu BPOC evoluție moderată, exacerbare, cu vârsta cuprinsă între 44 și 59 de ani, aflați la tratament în secția de ftiziopneumologie a IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Ch. Draganiuc”. Durata bolii a constituit 5-30 ani. Din 25 bolnavi fumători, 23 au fumat de la 5-37 ani, IF (indicele fumătorului) varia de la 5 la 49.

Toți bolnavii au fost supuși unor cercetări complexe, care au inclus date clinice, biochimice, funcționale, bronhoscopice. La baza determinării gradului de gravitate a bolii au

fost aplicate recomandările strategiei Globale de Diagnostic, Tratament și Profilaxie a bronhopneumopatiei obstructive cronice (GOLD – 2007).

Permeabilitatea bronșică s-a evaluat după metoda spirometrică, efectuată la aparatul Spirolab II MRI (Italia, 2006). Înregistrarea spirogramei s-a efectuat după o metodă standard. S-au studiat indicii flux-volum în procente față de valoarea curentă, cu analiza următorilor indici – Volumul expirator forțat la 1 sec (FEV 1), capacitatea vitală forțată (FVC), debitul expirator mediu - la jumătatea mijlocie a capacității vitale forțate (FEV 25-75), Indicele Tiffeneau (IT).

Drept criterii pentru evaluarea unei obstrucții bronșice au servit indicii FEV1 mai mici de 80% și FEV1/FVC sub 70% față de indicii conveniți.

Cercetările endoscopice s-au efectuat cu fibrobronhoscopul Carl Storz (Germania) și a avut ca scop cercetarea aspectului mucoasei (îngroșare, atrofie, culoarea roșie-aprinsă, pală, desenul vascular, starea canalului excretor, aspectul și calitatea secretului, aspectul și mobilitatea orificiilor, a pintenului bronșic și gradul de distonie).

Pentru interpretarea corectă a extinderii procesului inflamator în arborele bronșic și a gradului de intensitate a leziunilor bronșice, noi am folosit clasificarea lui Lemoine.

Rezultate și discuții

Toți bolnavii (25), aflați în studiu cu BPOC evoluție moderată, exacerbare, au avut tabloul clinic manifest cu tot complexul de simptome. Toți bolnavii prezentau tuse, care era permanentă pe parcursul zilei, iar cea nocturnă era mai rară, la 5 din 25 bolnavi. Spută eliminău 19 bolnavi, cantitatea fiind neînsemnată, 40 ml /24 ore și avea un caracter mucoseros. În faza de acutizare a BPOC, evoluție moderată la cele două simptome (tuse și secreții) s-a asociat și dispneea. La 17 bolnavi dispneea era moderată, cu o evoluție mai lentă decât la persoanele de aceeași vârstă, datorită dispneei apăsătoare necesitatea de a se opri la urcarea unui etaj în ritmul propriu (scara MRS – gradul 2), la 8 bolnavi dispneea era severă, oprirea era iminentă după 100 m de mers în ritmul propriu sau după câteva minute la urcatul unui etaj (scara MRS – gradul 3).

La 25 de pacienți cu BPOC evoluție moderată, exacerbare au fost determinate dereglări grave ale mecanicii respirației cu reducerea vitezei expiratorii (V25-75 – 26,3%) și dereglări pronunțate ale CVP și FEV1, I Tiffeneau (CVP – 62%), VEF1 46,6%, I Tiffeneau-55,3%) cu scăderea vitezei expiratorii maxime (PEF până la 21%) în timpul unei expirații forțate și scăderea vitezei inspiratorii maxime (PIF până la 10%). Raportul volumului expirației forțate în timp de 6 sec (FEV 6) față de CVP a constituit 93% spre deosebire de indicele Tiffeneau (VEF1/FVC), fapt ce constituie o dovadă convingătoare de micșorare FEV1 și a indicelui Tiffeneau (IT -55,3%) la pacienții cu BPOC evoluție moderată. Un indice important, care caracterizează permeabilitatea bronhiilor este raportul FEV1/FEV6 – 44,9%, care a fost considerabil redus.

Posibilitățile diagnostice ale cercetărilor bronhoscopice și semiotica endoscopică a fost studiată la 25 bolnavi cu BPOC

evoluție moderată de endobronșită catarală (18) și purulentă (5). Cercetarea endoscopică efectuată, a demonstrat la toți 25 de bolnavi prezența endobronșitei difuze cu localizare bilaterală. Inflamația mucoasei de gradul II-III intensitate s-a stabilit la 16 bolnavi, edemul mucosal accentuat - la 13 bolnavi, inclusiv la toți bolnavii cu endobronșită purulentă. Simptomatologia endobronșitei catarale a prezentat un tablou divers – culoare roșie-aprinsă (14), paliditate (7), desen vascular șters (18), îngroșarea mucoasei (17), atrofie (9), canal excretor dilatat (14), pinten îngroșat (13), secreții muco-seroase fluide (18), distonie accentuată (7) și redusă (6), cinetica respiratorie redusă (11). Simptomul de bază al endobronșitei purulente a fost hipersecreția purulentă abundentă cu drenarea din bronhiile segmentare după aspirare. Concomitent s-au constatat și inflamații catarale difuze de ambele origini. Una dintre variantele tabloului endoscopic ar fi semnele de atrofie a mucoasei, fără simptome de endobronșită, ceea ce dovedește prezența procesului inflamator în bronșii. Leziunile atrofice, de regulă, au fost limitate și se localizau mai frecvent în lobi superiori de ambele origini și, mai rar, în cele inferioare. Orificiile bronhiilor de regulă erau lărgite, pintenul – ascuțit, cu mobilitate redusă. Lumenul era parțial obturat, cu secret mucoseros vâscos, cu drenare staționată. Desenul vascular era accentuat, cu ramificații neregulate, mucoasa era palidă și opacă, cu suprafață gofrată, care uneori săngera la palpate. Distonia traheobronșică de gradul 2-3 a fost stabilită la 15 bolnavi, iar la 8 bolnavi în proces au fost implicate doar bronhiile primare și lobare ale ambilor plămâni.

Concluzii

Astfel cercetarea endoscopică a făcut posibilă stabilirea leziunilor inflamatorii în bronhii, practic, la toți bolnavii cu BPOC evoluție moderată, în acutizare. Endobronșita catarală, în toate cazurile cercetate, a fost difuză și se accordea cu caracterul difuz al procesului inflamator în arborele bronșic în BPOC, iar endobronșita purulentă la bolnavii cercetați a fost limitată și s-a localizat în limitele a 1-2 lobi sau a unui plămân întreg. Celelalte bronhii au avut inflamații catarale. În unele cazuri de endobronșită catarală pronunțată (13), s-a observat o răspândire neuniformă a inflamației mucosale, ceea ce corespunde unei intensități mai sporite de lezare a bronhiilor.

Bibliografie

1. Буторов ИВ. и соавт. Клиническая эффективность курсовой и длительной терапии ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента периндоприлом у больных ХОБЛ и легочным сердцем. *Проблемы туберкулеза и болезни легких*. 2006;N3:20-24.
2. Лещенко ИВ. Основные направления лечения хронической обструктивной болезни. *Терапевтический архив*. 2007;8:75-84.
3. Пульмонология. Национальное руководство. Под ред. А. Г. Чучалина. М., 2009;308.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2007;72.

A. Moscovciuc

Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”
 Chișinău, str. C. Vârnav, 13

Recepționat 16.04.2010