

Rezumat

Oxigenoterapia de lungă durată > 15 ore/zi este recomandată în insuficiența respiratorie cronică cu hipoxemie cronică ($\text{PaO}_2 \leq 55$ mm Hg), care ameliorează hipoxemia, îmbunătățește calitatea vieții și micșorează mortalitatea.

Summary

Chronic hypoxemia ($\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg) is present with chronic respiratory failure, which may be stabilized under long-term oxygen therapy if oxygen is given of least 15 h/24h, with long-term improvement of life expectancy and quality of life.

SEREVENTUL ȘI HALOTERAPIA ÎN PROGRAMUL COMPLEX DE REABILITARE A BOLNAVILOR DE BRONȘITĂ CU SINDROM BRONHOSPASTIC

Vasile Luchian dr. în medicină, conf. univ., Spitalul Republican al ACSR AG RM

În ultimile decenii bolile bronhopulmonare prezintă o problemă majoră medico-socială, în primul rând, din cauza nivelului înalt de morbiditate, invaliditate și mortalitate, determinând o pierdere umanitară și economică socială [2,4].

Conform comunicărilor unor clinicieni, bronșita acută în 11% cazuri evaluează trenant, iar în 16% - recidivat [5,9,11,12], fiind frecvent însoțită de sindromul bronhospastic. Aceste variante clinice ale bronșitei acute sunt privite ca un real factor de risc în răspândirea patologiei bronhopulmonare cronice nespecifice [6,7,9,11].

Supravegherea îndelungată a pacienților cu bronșită acută a demonstrat cronizarea procesului cu instalarea bronșitei cronice de la 12% la 27%, mai ales, în cazurile de evoluție trenantă sau recidivantă [1,11,10].

Actualmente problema tratării și reabilitării formelor clinice trenante și recidivante ale bronșitei acute și a patologiei bronhopulmonare obstructive, inclusiv bronșita cronică obstructivă, nu este numai un imperativ pur medical, dar tot mai mult capătă o însemnătate socială [6,10]. Luând în considerare relațiile economice, care determină o apreciere obiectivă argumentată a cheltuielilor financiare, materiale și morale, este actuală aplicarea metodelor contemporane în programul complex de tratament și reabilitare a formelor inițiale ale patologiei bronhopulmonare obstructive.

În studiu s-a determinat eficacitatea sereventului și a haloterapiei în programul complex de reabilitare a bolnavilor de bronșită cu sindromul bronhospastic.

Materiale și metode. Studiul a cuprins un lot de 25 de bolnavi de bronșită acută cu sindrom bronhospastic (16 cu evoluție trenantă și 9 cu evoluție recidivantă) și 25 de bolnavi de bronșită cronică cu sindrom astmatic (bronhospastic). În programul complex de reabilitare a fost inclusă haloterapia (modelarea artificială a microclimatului minelor saline prin amenajarea unor cabinete speciale, în care se menține un grad înalt de inodispersie în aerosolul activ de NaCl (0,1-8mg/m.cub)). Cabinetul de haloterapie destinat pentru tratamentul al 6-12 bolnavi într-o ședință cuprinde: 2 încăperi comunicante, prevăzute cu ușă, și o fereastră de observație. Salonul principal curativ are o suprafață totală de 20-40m² (câte 5m² pentru fiecare bolnav, înălțimea salonului este de cel puțin 3m), iar încăperea auxiliară - aproape 10m². Parametrii aerului au fost menținuți în limitele condițiilor confortabile: hipoalergenă, hipobacterială (mediul bacterian întreținut sub 100 unități microbiene la 1m³).

Cursul de haloterapie a constituit 15-25 ședințe zilnice a câte 30 și 45 min. în primele ședințe, iar de la a 3-a – expoziția treptat s-a mărit până la 1,5 ore. Tratamentul s-a petrecut pe fundalul unei programe medicale psihosuggestive și de demonstrare a dispozitivelor. La o serie de pacienți, care de la primele ședințe au manifestat un sindrom bronhospastic pronunțat și care în trecut din această cauză au fost nevoiți să abandoneze haloterapia sau chiar curele balneare în minele saline bine cunoscute, li s-a administrat Serevent.

Sereventul (Salmaterol xinafoat) GlaxoSmithKline reprezintă un preparat selectiv - β_2 –

agonisit, având minimum de efecte adverse în comparație cu bronhodilatatoarele de generație mai veche. Este preparatul de selecție în tratamentul preventiv al bronhospasmului și a fost indicat în doză de 500 mcg x 2 ori pe zi cu interval de 12 ore, cu câteva zile înainte și pe parcursul haloterapiei [3,4]. Tuturor bolnavilor li s-au efectuat investigații clinico-funcționale, imunologice și biochimice de laborator.

Rezultate și discuții. Pe fundalul haloterapiei majoritatea bolnavilor (0,80) au remarcat ameliorarea stării generale, dispariția sau micșorarea dispneei respiratorii. În multe cazuri s-a mărit cantitatea sputei, expectorându-se mai ușor și fiind mai puțin vâscoasă. S-a ameliorat tabloul auscultativ - respirația a devenit mai puțin aspră s-a micșorat cantitativ ralurile uscate.

O parte (1/4) din bolnavii cu bronșită cronică cu sindrom astmatic (bronhospastic), prezentând dereglări de ordin imunoreactiv, au manifestat o înrăutățire a stării generale la primele ședințe. Clinic la acești pacienți s-a menționat intensificarea tusei, care a devenit mucopurulentă, expectorându-se mai greu. Au apărut ori s-au îndesit crizele de respirație îngreuiată sau dispnee, de asemenea s-au evidențiat modificări în tabloul auscultativ, respirația devenind diminuată sau aspră, pe fundalul căreia s-au depistat raluri uscate de diferită tonalitate. După administrarea sereventului, această grupă de bolnavi au putut tolera haloterapia în continuare.

La majoritatea bolnavilor (20 din 25 de bolnavi de bronșită acută și 19 din 25 de bolnavi de bronșită cronică) peste o săptămână de haloterapie s-au semnalat tendințe de normalizare a indicilor imunității T-celulare cu restabilirea veridică a nivelului normal după 2-3 luni ($p < 0,05$ în comparație cu nivelul inițial). Imunitatea humorală a reacționat prin majorarea conținutului IgA cu 29% la sfârșitul ședințelor de haloterapie ($p < 0,05$) și normalizarea după 2-3 luni la investigările de control. Această dinamică a IgA, posibil, se explică prin acțiunea stimuloare directă asupra mucoasei bronșiale a ionilor de clorură de sodiu.

În afară de cele relatate, au avut loc lichidarea veridică a inflamației latente ($p < 0,05$ comparativ cu nivelul inițial), schimbări pozitive în componența biochimică a condensatului aerului expirat: micșorarea veridică a eliminării serotoninei ($p < 0,05$ în comparație cu nivelul inițial) și s-a manifestat tendința de normalizare a disbalanței în sistemul calicrein – chinină.

Schimbări esențiale au fost evidențiate și în sistemul de peroxidare lipidică – protecția antioxidantă. După haloterapie, la majoritatea bolnavilor (0,80) s-a normalizat indicele integral de activitate antioxidantă și peroxidare (dienesle conjugate) în plasmă pe fundalul normalizării nivelului de peroxidare în eritrocite la 1/2 din bolnavi (0,56) și s-a înregistrat micșorarea veridică a acestui indice de 1,3 ori în comparație cu nivelul inițial la 12 bolnavi (0,24), $p < 0,05$.

În grupul bolnavilor de bronșită cronică cu sindrom astmatic (bronhospastic) îmbunătățirea stării generale sub acțiunea haloterapiei a corelat cu o dinamică pozitivă a indicilor ventilației pulmonare. După tratament, s-au înregistrat modificări pozitive veridice ale indicilor VES_{25} și VES_{75} ($p < 0,05$) și schimbarea veridică a indicelui Raw, care inițial era moderat majorat, iar după cura de haloterapie s-a normalizat ($p < 0,05$). Tendința spre creștere a VVP și micșorarea VRP au dus la modificarea veridică pozitivă a raportului VRP/CPT, $p < 0,05$. Analiza evoluției indicilor ventilației pulmonare până și după haloterapie a demonstrat o îmbunătățire a conductibilității și capacității ventilației pulmonare la toți acești bolnavi.

Supravegherea bolnavilor după 6-12 luni de la inițierea haloterapiei a remarcat efectele curative de lungă durată, care s-au menținut până la un an.

Deci tratamentul complex, cu factori ce imită mediul grotelor saline (haloterapia) al bolnavilor de bronșite cu sindrom bronhospastic (astmatic), a favorizat dispariția sau micșorarea gradului de manifestare a tuturor simptomelor clinice, iar la majoritatea lor s-a menționat veridic o dinamică pozitivă a semnelor clinice concomitent cu ameliorarea conductibilității bronșiale și a tendinței de normalizare a structurii volumelor pulmonare.

Evoluția pozitivă a datelor clinico-funcționale este argumentată de îmbunătățirea funcției de drenaj a căilor respiratorii și de eliminarea agenților patogeni, la lichidarea inflamației latente, stimulării unor compartimente ale sistemului imunitar, iar paralel cu aceasta, de influența pozitivă a activității metabolice pulmonare: normalizarea eliminării serotoninei și micșorarea semnificativă a disbalanței în sistemul peroxidare lipidică protecție antioxidantă (POL-PAO).

Concluzii

1. Rezultatele aplicării haloterapiei confirmă cu certitudine eficacitatea și valoarea ei curativă.
2. Sereventul îmbunătățește vădit toleranța pacienților la haloterapie, prevenind și ameliorând crizele sindromului bronhospastic.
3. Includerea sereventului și a haloterapiei în programul complex de tratare și reabilitare a bolnavilor de bronșită acută și cronică duce la remisia clinică îndelungată și stabilă a acestor maladii, de asemenea favorizează profilaxia recidivelor din evoluția bronșitelor cronice astmatice.

Bibliografie selectivă

1. Ayres J. G., *Sesonal pathern of acute bronchitis in general practice in the United Kingdom 1976-1983* // *Trorax*, N 41, 1986, p. 106-110.
2. Barckow D., Schirop T., *Klinik und Prognose des akuten Lungenversagens*. // *Atemwegs und Lungenkrankh*, vol. 13, N11, 1987, s.527 - 533.
3. Kathrin Blake et al., *Prevention of exercise-induced broncospasm in pediatric asthma patients: a comparision of salmeterol with albuterol* // *Annals of Allergz, Asthma&Imonology*, 1999; 82: 205 – 211.
4. Suissa S. et al., *Global initiative for chronic obstructive disease, Global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD, NHLB/WHO* // *JACI* 2001; 107: 937-944.
5. Verheij Th. J. M., Hermans J., *Acute bronhitis: General practioners views regarding diagnosis and treatment* // *Family Practice*, vol. 7, N 3, 1990, p. 175 – 180.
6. Борисенко Л. В., *Основные итоги и пути современствования реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких в современных условиях* // *Современные проблемы клинической и профилактической пульмонологии*, СПб, 1992, с. 137-181.
7. Горбенко П. П., Дубинская А. В., *Пути формирования хронического бронхита и возможности объективизации его преморбидных состояний* // *Тер. Архив*, 1991, т. 63, № 3, с. 58-62.
8. Кокосов А. Н., *Предбронхит и пути его первичной профилактики* // *Актуальные вопросы профилактики неспецифических заболеваний легких: Сб. научн. Трудов*, Л., 1985; с. 24-27.
9. Кокосов А. Н., *Острый бронхит* // *Пульмонология*, № 4, 1991; с. 37-41.
10. Лешукович Ю. В., *О взаимосвязи острых и хронических бронхолегочных заболеваний* // *Современные проблемы клинической и профилактической пульмонологии*, СПб, 1992; с. 15-23.
11. Мересашвили Э. И., *Отдаленные результаты наблюдений над больными, перенесшими острую пневмонию и острый бронхит* // *Материалы научной конф. практич. врачей Абхазии, Сухуми*, 1981; с. 58 – 60.
12. Похазникова М. А., *Обоснование и результаты реабилитации больных острым бронхитом с затяжным и рецидивирующим течением на основе их динамического наблюдения*, СПб., 1994; 21 с.

Rezumat

S-a studiat efectul sereventului și haloterapiei în programul complex de reabilitare a bronșitelor cu sindrom bronhospastic. Includerea sereventului a majorat toleranța haloterapiei la bolnavii de bronșită cu sindrom bronhospastic pronunțat. Utilizarea complexă a sereventului și a haloterapiei a favorizat o remisie clinică deplină și îndelungată a bronșitelor.

Summary

It was been studied effect of **serevent** and haloterapy use in complex program rehabilitation of patients with bronhospastic sindrom brochitis.

Serevent inclusion further with prononced bronhospas tolerance to patients with pronounced

bronhospastic syndrome bronchitis. Complex utilization of **serevent** and halotherapy obtain a total and prolonged clinical remission of bronchitis.

CO-OPERAREA CENTRU-EST EUROPEAN ȚINTIND REDUCEREA FUMATULUI LA PERSONALUL DIN SĂNĂTATE

Radu Negoescu, profesor, membru corespondent, Institutul de Sănătate Publică, București, România

Fumatul în rândul personalului medical necesită o abordare separată și o atenție specială. Profesioniștii din domeniul sănătății joacă un rol foarte important în controlul național și internațional al tabagismului, dar subestimează adesea impactul pe care îl au asupra pacienților atât ca modele, cât și ca autoritate morală și de competență.

Prevalența fumatului la medici era în anul 2000 net superioară în țările-candidate UE (% 32,2±14,0 SD; n = 12) față de UE (% 19,8±10,4 SD; n = 13, date KTL - Helsinki). Literatura remarcă diferențe geografice în ceea ce privește fumatul la medicii din Europa. Astfel, în statele nordice medicii fumează mai puțin (7-23% medici și 3-15% doctorițe – sub media populației generale) decât în cele din Est și Sud, unde rata este de 30-45% la doctori și 40% la doctorițe, valori ceva mai mari decât în populația generală. Cele mai mici prevalențe în fumat (sub 20%) se întâlnesc în Finlanda, Norvegia și Marea Britanie. Turcia, Grecia și Olanda sunt printre țările cu prevalențele cele mai mari ale fumatului (peste 50%) la medici [1].

În România medicii fumează global în proporție de 43,2% (bărbați: 50,1%, femei: 38,6%), iar 16,6% sunt ex-fumători [1]. Cea mai mare prevalență a fumatului se întâlnește în grupa de vârstă de 30-49 de ani: 44,3% și în rândul specialiștilor [2]. Pneumologii prezintă cea mai mare prevalență, 60,5% la bărbați și 40,0% la femei, în grupa de vârstă 31-50 de ani [2]. Medicii de familie sunt fumători activi în proporție de 27% (40% bărbați, 19% femei), 19% sunt fumători pasivi; dintre ei 72% au cunoștințe teoretice despre realizarea sevrajului, 21% au folosit în practică tehnici de sevraj și 9,3% au legături cu medicii specialiști în privința sevrajului [3]. Chirurgii sunt fumători activi - 45,8% (31,8% regulat și 14% ocazional), iar 15,9% sunt ex-fumători. Acest grup particular de specialiști se dovedește a fi cel mai rezistent la metodele și tehnicile de realizare a sevrajului [3].

Studentii în medicină, conform studiului efectuat la Universitatea de Medicină Constanța, fumează cam 42%, motivând curiozitatea, imitația, oboseala, somnolența și nevoia de a-și crește performanțele intelectuale [2]. La Universitatea de Medicină București, anul IV, erau 32,7% fumători (30% femei și 36,5% bărbați), iar 7,8% ex-fumători; 83% dintre studenți primiseră informație despre fumat ca factor de risc, 53% fuseseră informați despre fumatul ca agent cauzal, 30% despre sevraj și 22% despre tehnici de abordare a pacientului fumător. Farmaciștii din România prezintă 21,9% fumători activi și 10,7% ex-fumători; 8,9% sunt fumători pasivi [3].

Competiția *Quit&Win* este un joc serios de societate, coordonat din 1994 de Institutul Național de Sănătate Publică (KTL) din Helsinki, ce propune în schimbul lăsării de fumat în luna mai un tichet pentru tragerea la sorți a unor premii monetare stimulative, naționale și internaționale.

Quit&Win 2000 România, la prima organizare coordonată național de Institutul de Sănătate Publică din București (ISPB), s-a soldat după un an cu 26,8% nefumători absoluți (începând cu 2 mai 2000) – a 2-a euro-performanță după Germania 2000 cu circa 30% - și cu 44,6% nefumători la 1 iunie 2001 – sensibil peste euro-performanța maximă până acum de 37,3% în regiunea Veneto, Italia, așa cum a arătat ancheta de supraveghere la 1 an pe 321 de respondenți din 1323 înscriși.

Quit&Win 2002, angrenând 98 de țări și circa 800000 de fumători, a adresat pentru prima oară separat personalul din sănătate (HP). În 2002 Moldova a participat pentru prima dată la *Quit&Win*, cu sprijinul României.

România a coordonat *Quit&Win 2002 in HP* din țările atunci candidate la UE (EU Accession Countries - EURACO), cu acordul comitetului de coordonare internațională din KTL, Helsinki.