

Acțiunea *in vitro* a preparatelor BioR și BioR^{Zn} (0,0098 mg/ml) asupra activității funcționale a neutrofilelor în lotul fără semne de imunomodulare (n-33)

	<i>Persoane sănătoase</i>	<i>Martor</i>	<i>BioR</i>	<i>BioR^{Zn}</i>
NBT	0,14±0,006	0,14±0,009	0,143±0,011	0,149±0,014
IM			1,02±0,018	1,06±0,015

Acțiunea preparatelor BioR și BioR^{Zn} (0,0098 mg/ml) *in vitro* asupra activității funcționale a neutrofilelor în lotul cu semne de imunosupresie (n - 17)

	<i>Persoane sănătoase</i>	<i>Martor</i>	<i>BioR</i>	<i>BioR^{Zn}</i>
NBT	0,14±0,006	0,16±0,009	0,133±0,011	0,129±0,013
IM			0,83±0,012	0,81±0,016*

* -deosebirea autentică dintre BioR și BioR^{Zn}

În lotul cu semne de imunosupresie, activitatea funcțională a neutrofilelor a scăzut sub acțiunea preparatelor BioR și BioR^{Zn} (tabelul 4). De menționat că indicele modulării la utilizarea BioR^{Zn} este mai mic decât cel al BioR. Valorile inițiale ale activității funcționale a neutrofilelor în acest lot au fost cele mai înalte.

Discuții și concluzii. Astfel, acțiunea preparatelor BioR și BioR^{Zn} asupra activității funcționale a neutrofilelor s-a derulat în raport cu conținutul și starea inițială a acestor parametri. Acțiunea preparatelor a fost apreciată ca imunostimulatoare în cazul activității funcționale a neutrofilelor diminuate inițial. Ca imunodepresivă acțiunea preparatelor a fost apreciată în cazul activității funcționale inițial sporite. Preparatele nu au modificat activitatea funcțională a lor în cazul când acești parametri au fost în limitele normei. De menționat că preparatul BioR^{Zn} a demonstrat o acțiune imunostimulatoare mai accentuată asupra activității funcționale a neutrofilelor față de preparatul BioR.

Bibliografie selectivă

1. Park B.H. et al., *Infection and Nitroblue-tetrazolium Reduction by Neutrophils*. The Lancet, 1968; 11(7567):532-534.
2. Warren H.V., *In Enviromental Medicine (Ch. 2)*, Eds. G.M. Howe and J.A. Loraine, Wm. Heinemann Msdical Books, Lnd., 1973.
3. Бжозовски Р., Таталай М. et al., *Клиническое значение нарушений в обмене цинка*, Новости фармации и медицины, 1995; 3:72-76.
4. Валькенштейн М.А., *Бионеорганическая химия и молекулярная биология*, Молекулярная биология, 1982; 5:901-905.
5. Кумисбаева Б.Т., Джазыбекова П.М., Даутова О.М., *Изучение содержания некоторых микроэлементов в крови дезадаптированных лиц, больных инфильтративным туберкулезом легких. // IV съезд Научно-Медицинской ассоциации Фтизиатров, Йошкар-Ола, 1999:223.*
6. Ширинкин С.В., *Микроэлементы и их роль в патогенезе пневмонии*, Пульмонология, 2003;4:104-108.

Summary

There was examined 40 patients of different age, both male and female sex with diverse forms of pulmonary tuberculosis where means that preparation BioR and BioR^{Zn} has both on the functional activity of neutrophiles. Preparation BioR^{Zn} demonstrated a more increased immunostimulated action on the functional activity of neutrophiles in comparison with BioR.

DIAGNOSTICUL BRONHOPNEUMOPATIEI CRONICE OBSTRUCTIVE ȘI CALITATEA VIETII (revista literaturii)

Aliona David, doctorandă, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) este o maladie caracterizată prin limitarea fluxului de aer prin căile aeriene, care nu este complet reversibilă. Limitarea fluxului de aer este de obicei progresivă și este asociată cu un răspuns anormal inflamator al plămânilor la particule nocive sau gaze [9]. Bronhopneumopatia cronică obstructivă reprezintă o cauză majoră de morbiditate cronică și mortalitate în întreaga lume [1-3]. Răspândirea acestei maladii în toate grupele de vârstă reprezintă aproximativ 1%, iar la persoanele de peste 40 de ani se poate estima la 10% și mai mult [4]. În pofida acestor date, deseori în BPCO diagnosticul

nu poate fi stabilit, chiar și în țările economic dezvoltate. Conform datelor dintr-un studiu european, 75% din cazurile de BPCO din populația generală rămân nedignoscitate.

BPCO este în prezent cea de-a patra cauză de deces în întreaga lume (după datele din 2002 – 2.75 mln. cazuri de decese pe an sunt determinate de BPCO) [4], iar pentru următoarele decenii se estimează creșteri ale prevalenței și mortalității cauzate de această boală. În concordanță cu pronosticul, către anul 2020 BPCO se va situa pe locul trei printre cauzele de deces și va determina 4.7 mln. de decese anual [7], constituind cauza principală a invalidizării populației. Această maladie reprezintă un impediment economic pentru societate, un impact crucial pentru pacienți și familiile acestora și o prioritate pentru sănătatea publică, din cauza evoluției progresive a maladiei ce condiționează invalidizarea pacientului [8] și pierderi financiare legate de această problemă de sănătate.

BPCO este caracterizată prin inflamația cronică la nivelul tuturor căilor aeriene, parenchimului și vaselor pulmonare. Alterările morfologice pulmonare conduc la modificările fiziologice corespondente, caracteristice bolii, care includ hipersecreția de mucus, disfuncțiile ciliare, limitarea fluxului aerian, hiperinflația pulmonară, anomaliile ale schimburilor gazoase, hipertensiune pulmonară și cord pulmonar cronic. Hipersecreția de mucus și disfuncția ciliară determină tusea cronică și expectorația. Aceste simptome pot fi prezente cu mulți ani înainte de instalarea altor simptome sau mecanisme fiziopatologice. Limitarea fluxului aerian la expir, care se măsoară cel mai bine prin spirometrie, reprezintă modificarea fiziologică caracteristică BPOC și totodată cheia diagnosticului acestei boli. Ea se datorează în primul rând obstrucției fixe a căilor aeriene și creșterii consecutive a rezistenței acestora. Distrucția alveolară, care inhibă capacitatea căilor aeriene mici de a se menține deschise, joacă un rol minor.

În stadiile avansate ale BPOC, obstrucția căilor aeriene periferice, distrucția parenchimului și anomaliile vasculare pulmonare reduc capacitatea plămânului de a efectua schimburile gazoase, produc hipoxie și mai târziu hipercapnie. Hipertensiunea pulmonară, care se dezvoltă mai târziu în cursul evoluției BPOC, reprezintă complicația cardiovasculară majoră a BPOC și este asociată cu evoluția spre cord pulmonar cronic și prognostic prost.

Diagnosticul de BPCO trebuie luat în considerare la orice pacient care acuză tuse, expectorație, dispnee de efort și sau antecedente cu expunere la factori de risc pentru această boală.

Factorii de risc al BPCO includ factori endogeni și factori de mediu, boala instalându-se de obicei datorită interacțiunii acestora. Din factorii endogeni, cel mai bine studiat este deficitul de alfa -1 antitripsina. Factorii de mediu cei mai importanți sunt fumatul, expunerea la pulbere și substanțe chimice industriale, poluarea aerului de interior provenit de la combustibilul folosit pentru gătit și încălzit, în spații insuficient ventilate și poluarea mediului exterior. Rolul sexului ca factor de risc al BPOC rămâne în continuare neclar. În trecut, cele mai multe studii au arătat că prevalența și mortalitatea BPOC erau mai mari la bărbați decât la femei. Studii mai recente din țările dezvoltate arată că prevalența bolii este aproape egală la bărbați și femei, fapt care reflectă modificările de comportament în ceea ce privește fumatul. Unele studii au sugerat că femeile sunt mai sensibile la efectele fumatului decât bărbații, o problemă importantă în condițiile unei rate în creștere a femeilor fumătoare atât în țările dezvoltate, cât și în țările în curs de dezvoltare.

Diagnosticul este confirmat printr-o metodă obiectivă de măsurare a obstrucției respiratorii, fiind preferată spirometria. Prezența unei valori postbronhodilatatoare a volumului expirator maxim pe secundă (VEMS1) < 80% din valoarea prezisă în combinație cu un raport al volumului expirator maxim pe secundă la capacitatea vitală (VEMS1/CV) < 70% confirmă prezența unei obstrucții care nu este în totalitate reversibilă.

Verificarea diagnosticului de BPCO și aprecierea gradului de gravitate se realizează în corespundere cu criteriile GOLD [9]:

Stadiul I: BPCO ușoară – corespunde pacienților cu un grad mic de obstrucție cu VEMS/CV < 70% și VEMS < 80% din valoarea prezisă cu sau fără simptome respiratorii.

Stadiul II: BPCO moderată – pacienți cu VEMS/CV < 70% și VEMS de la 50 la 80% din valoarea prezisă și, de regulă, evoluția simptomelor cu dispnee la efort.

Stadiul III: BPCO gravă – pacienții cu VEMS/CV < 70% și VEMS de la 30 la 50% din valoarea prezisă, cu prezența sau absența simptomelor cronice.

Stadiul IV: BPCO severă – corespunde pacienților cu BPCO la care VEMS / CV < 70% și VEMS < 30% din valoarea prezisă sau VEMS < 50% din valoarea prezisă cu prezența semnelor de insuficiență respiratorie sau semnelor clinice de hipertensiune pulmonară.

Abordarea globală a tratamentului bronhopneumopatiei cronice obstructive stabile trebuie caracterizată printr-o creștere treptată a mijloacelor terapeutice aplicate, în funcție de severitatea bolii și răspunsul la diverse tratamente. Severitatea bolii este determinată de severitatea simptomelor și a sindromului obstructiv, precum și de alți factori, cum ar fi frecvența și gravitatea episoadelor de exacerbare, complicațiile, insuficiența respira-

torie, afecțiunile asociate (boli cardiovasculare, tulburări ale somnului etc.) și de starea de sănătate generală a pacientului. Tratamentul depinde de nivelul de educație al pacientului și de dorința de a aplica măsurile prescrise, de nivelul cultural, precum și de disponibilitatea medicamentelor. Deși în ultimele decenii au fost obținute mari succese în tratamentul bolnavilor cu maladii pulmonare bronhoobstructive, posibilitățile tratamentului BPCO rămân destul de limitate. Aceasta se explică prin faptul că particularitatea bronhopneumopatiei cronice obstructive este evoluția progresivă a obstrucției bronșice și doar parțial reversibilă pe fundalul metodelor de tratament contemporan, cu dezvoltarea și progresarea insuficienței respiratorii cronice și a cordului pulmonar cronic, inclusiv acțiunii sistemice a bolii asupra organismului.

Deși scopul tratamentului administrat bolnavilor cu bronhopneumopatie cronică obstructivă este încetinirea progresării maladiei și majorarea longevității, viața cotidiană și calitatea ei interesează cel mai mult bolnavul care suportă limitările considerabile legate de maladie. Calitatea vieții pacienților cu BPOC este serios afectată, deoarece 80% dintre pacienții spitalizați după o exacerbare își apreciază starea proprie de sănătate în termeni foarte pesimiști. 75% din pacienți cu BPOC raportează efectuarea cu dificultate a celor mai simple activități zilnice, având dispnee după simpla urcare a treptelor. Cauzele alterării calității vieții sunt multiple și complexe. În funcție de durata și severitatea bolii, ele conduc la limitarea capacităților de funcționare fizică, la afectări psihologice, condiționând stări depresive, de neîncredere în sine, anxietate, legate de dispnee. În BPOC stările de anxietate variază, în diverse studii, de la 16 la 96% din bolnavi [5]. Stările depresive, a căror prevalență este în creștere, sunt caracterizate prin sentimente de fatalitate legate de ireversibilitatea din BPOC și stau la baza pasivității, neputinței și la pierderea rolului social. Aceste stări depresive favorizează fatigabilitatea, încetinirea psihomotorie și diminuarea calității vieții.

Calitatea vieții este dictată de percepțiile indivizilor asupra situației lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în funcție de propriile trebuințe, standarde și aspirații (OMS, 1998). Prin calitatea vieții în medicină se înțelege bună starea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, rostul existenței lor cotidiene [10]. Interesul manifestat de lumea medicală pentru problemele calității vieții pacienților este demonstrat de numărul articolelor pe teme de calitate a vieții publicate în reviste de prestigiu. Numeroși cercetători s-au ocupat de prezentarea sintetică a unor instrumente destinate evaluării calității vieții în practica medicală.

Pentru aprecierea calității vieții se folosesc chestionare, care au, desigur, proprietăți metrologice și care constau din întrebări despre simptomatologia maladiei, impactul lor asupra activității pacientului atât fizic, emoțional, cât și social, atitudinea lui față de aceste simptome, față de tratamentul administrat. În cadrul BPCO cel mai frecvent utilizat instrument generic pentru evaluarea calității vieții, adică cele care se aplică la mai multe grupe de subiecți, pentru evaluarea tuturor tipurilor de patologii sau afecțiuni, aplicat în orice unitate medicală sau chiar și în populația generală, este chestionarul MOS-SF-36 – *Medical Outcome Study-Short Form 36* (studiul rezultatului activităților medicale, forma scurtă cu 36 de itemi) [9]:

- Scala funcționalității fizice, cu 10 itemi;
- Scala problemelor cauzate de afecțiunile fizice, cu 4 itemi;
- Scala funcționalității sociale, cu 2 itemi;
- Scala durerilor corporale, cu 2 itemi;
- Scala sănătății mintale, cu 5 itemi;
- Scala problemelor cauzate de stări emoționale, cu 3 itemi;
- Scala de vitalitate, cu 4 itemi;
- Scala sănătății generale, cu 5 itemi.

Din instrumentele specifice destinate unor grupe speciale de pacienți și unor patologii sau grupe de patologii distincte, pentru BPCO se utilizează mai frecvent chestionarul St. George's Respiratory Questionnaire [12]. În baza răspunsurilor la întrebările acestui chestionar, pot fi apreciate trei aspecte ale calității vieții legate de sănătate:

- „simtomatică” – acțiunea tusei asupra calității vieții;
- „activitatea” – acțiunea maladiei asupra activității fizice;
- „influența” – limitarea funcției sociale și problemele psihologice.

Analizele consacrate calității vieții sunt deosebit de utile pentru practica medicală, în evaluarea efectelor fizice, psihice și sociale ale îmbolnăvirilor și tratamentelor medicale asupra vieții de zi cu zi a oamenilor; în analiza efectelor tratamentelor sau bolii, din punctul de vedere al pacientului, precum și în determinarea nevoilor pacientului de suport psihic, fizic și social pe durata îmbolnăvirii. Folosirea instrumentelor pentru evaluarea calității vieții pacienților ajută personalul medical să aleagă între diferite tratamente alternative, să informeze

pacienții asupra efectelor posibile ale diverselor proceduri medicale, să monitorizeze progresul tratamentelor aplicate, din punctul de vedere al pacientului și, în fine, permite personalului medical să proiecteze pachete de îngrijiri medicale eficace și eficiente.

Bibliografie selectivă

1. Chen J.C., Mannino D.M., *Worldwide epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease*. Curr. Opin. Pulm. Med., 1999; 5: 93-99.
2. Mannino D.M., Homa D.M. et al., *Chronic obstructive pulmonary disease surveillance-United States, 1971-2000*. Morbid. Mortal. Wkly Rep. 2002; 51;1-16.
3. Puawels R.A., Rabe K.F., *Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Lancet 2004; 364: 613-620.
4. Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B. et al., *Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease*. Eur. Respir. J. 2006; 27; 88-207.
5. Овчаренко С.И., Левченко И.В., *Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни легких*, РМЖ, Том 11, № 4, 2003; 1-9.
6. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Черняк Б.А., *Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования ИКАР-ХОБЛ*, Пульмонология, № 5, 2006, 19-27.
7. Murray C.J., Lopez A. D., *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. Lancet 1997, 349, 1498-1504.
8. *Strategia Globală pentru diagnosticul, tratamentul și prevenirea bronhopneumopatiei cronice obstructive pe baza înținerii din aprilie 1998 NHLBI*; OMS Rezumat. 30 pg.
9. *Global initiative for Chronic Obstructive Lung disease (GOLD)*, Workshop Peopt 2006.
10. Lupu Iustin. *Calitatea vieții în sănătate. Diferenții și instrumente de evaluare*// Calitatea vieții, XVII, nr.1-2, 2006, 1-7.
11. Hakima Ouksel, Yannick Le Guen, Jean-Racineux, *Principes de la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive. La revue du praticien*. Tome 54, №13, 2004, 1425-1432.
12. Francois Chabot, *Qualité de vie et bronchopneumopathie chronique obstructive. La revue du praticien*. Tome 54, № 13, 2004, 1451 - 1558.
13. Лещенко И., Эсаулова Н., *Основные положения международных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни лёгких*, Пульмонология, № 3, 2005, 101-111.
14. Овчаренко С., Лещенко И., *Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни лёгких*, РМЖ, Том №4, 2003, 1-9.
15. Чучалин А., Белевский А., *Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких: можем ли мы ожидать большего?* Пульмонология, №5, 2006, 19-27.
16. Заремво И., *Хроническая обструктивная болезнь лёгких: распространённость и смертность*. Аллергология, № 1, 2006, 1-6.

Summary

The life quality in patients with moderate and severe chronic obstructive broncho-pneumopathy is adulterated. It's evaluated by general and specific questionnaires, that present us complimentary information to clinical and paraclinical parameters, used in investigations. The life quality of the patients with COBP may be improved even at an advanced level of the disease by administering of diverse therapeutical methods.

HIPERPROLACTINEMIA – UN FACTOR DE RISC LA BOLNAVELE DE HIPERPLAZII DISHORMONALE ȘI CANCER AL GLANDEI MAMARE ÎN VÂRSTA REPRODUCTIVĂ

Elena Gorincioi, medic ordinator, Institutul Oncologic

Cancerul glandei mamare (CGM) a ocupat un loc de frunte stabil în ierarhia tumorilor maligne la femei în Republica Moldova, constituind în ultimii ani 12,5%-12,7% din toate tumorile maligne.

Deși riscul în CGM este determinat de prezența genelor BRCA-1, BRCA-2, dereglările hormonale joacă un rol cocancerigen – de activare a acestor gene, reiese deci, că monitoringul, corecția acestor dereglări homeostatice devine un element de-a dreptul obligatoriu al tratamentului complex al CGM.

Momentul contradictoriu prezent în datele literaturii referitoare la tipul dereglărilor hormonale, ține de domeniul trecutului. Compartimentul „variantele dereglărilor hormonale” include: hiperprolactinemia, hiperestrogenemia, hipercortizolemia, dereglări tiroidiene (eu-/hipo), dereglări în sistemul adenohipofizar etc.