

7. Fletcher CM., Elmes PC., Fairbairn MB., et al. *The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population*. In: British Medical Journal. 1959, vol.2, 257-266.

8. Marie W., Paul C., Timothy O., John P. *Affective Descriptors of the Sensation of Breathlessness Are More Highly Associated With Severity of Impairment Than Physical Descriptors in People With COPD*. In: Chest. 2010, vol.138, 315-322.

9. Simon PM., Schwartzstein RM., Weiss JW., Fencel V., Teghtsoonian M., Weinberger SE., Charles A. *Distinct types of dyspnea in patients with shortness of breath*. In: The American Review of Respiratory Disease. 1990, vol.142, 1009-1014.

10. Simon PM., Schwartzstein RM., Weiss JW., Lahiye K., Fencel V., Teghtsoonian M., Weinberger SE. *Distinct sensations of breathlessness induced in normal volunteers*. In: The American Review of Respiratory Disease. 1989, vol. 140, 1021-1027.

11. Чучалин А.Г. *PMЖ*. 2004, T.12, №21, с. 1173-1182.

Rezumat

Pacienții cu AB și BPCO au fost examinați cu ajutorul chestionarului „limbajul dispneei”, alcătuit din 15 fraze standard. Ei au fost rugați să selecteze cele mai corespunzătoare variante a senzațiilor dispneei. S-a stabilit că pentru fiecare din aceste maladii este caracteristic un set de senzații calitative, care reflectă indirect mecanismele de dezvoltare a disfuncțiilor respiratorii. Stratificarea bolnavilor în raport cu „limbajul dispneei” poate fi utilă în optimizarea diagnosticului și tratamentului.

Summary

Qualitative particularities of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma

Patients with asthma and COPD were examined with the questionnaire “dyspnea language” consisting of 15 standard phrases. They were asked to select the appropriate version of dyspnea sensations. It was determined that for each of these diseases a unique set of qualitative sensations is characteristic, what indirectly reflects the mechanisms of development of respiratory dysfunction. Stratification of patients in relation to “language of dyspnea” may be useful in optimizing diagnosis and treatment.

EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII CU BRONHOPNEUMOPATIE CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Aliona David

Institutul de Ftiziopneumologie
„Chiril Draganiuc”, Chișinău

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPCO) este o maladie caracterizată prin limitarea fluxului de

aer care nu este complet reversibilă. Limitarea fluxului de aer este de obicei progresivă și asociată cu un răspuns anormal inflamator al plămînilor la particulele nocive sau gaze [12,18,9,5,10,11], cu dezvoltarea și evoluția insuficienței respiratorii cronice și acțiuni sistemice ale maladii asupra întregului organism [1,18,22]. BPCO reprezintă o cauză majoră de morbiditate cronică și mortalitate [17,18]. Prevalența BPCO în toate grupele de vîrstă este de aproximativ 1%, iar la persoanele peste 40 de ani, aceasta poate ajunge la 10% sau mai mult [5]. Progresarea de tulburări ale ventilației pulmonare conduce la apariția și progresarea simptomelor ale BPCO așa ca dificultăți de respirație, tuse, expectorația cronică. Agravarea cărora limitează în mod semnificativ capacitatea pacienților de a trăi o viață deplină: se reduce toleranța la efort, iar ulterior și în activitățile de zi cu zi, provocînd un sentiment constant de deficiență asociat cu senzația de frică de sufocare, de dependență de droguri sau anumite condiții de viață. Potrivit unui sondaj al pacienților cu BPCO viața lor este legată de o teamă constantă și anxietate. Toate acestea reduc semnificativ calitatea vieții pacienților [4, 24, 25].

Pe lângă metodele tradiționale de apreciere a funcției pulmonare și a indicatorilor de laborator ai inflamației cronice, în BPCO e necesar examinarea sănătății fizice, psihice, activității sociale, bunăstării generale și a altor indicatori ai calității de viață, la fel influența bolii și tratamentului asupra acestor indicatori. În pulmonologie, în activitatea zilnică se folosesc o varietate de teste de evaluare a pacienților cu BPCO, dar nici una dintre aceste metode nu poate da o estimare integrantă a modului cum BPCO modifică starea de spirit și viața de zi cu zi a pacientului, inclusiv sfera fizică, emoțională, intelectuală ale activității umane. Termenul de „calitatea vieții” deja face parte din terminologia medicală și frecvent se utilizează în practica clinică și cercetările științifice [15, 20]. Ținînd cont că BPCO reprezintă o problemă medicală, socială și economică ne înregistrînd pînă acum o tendință de ameliorare [3, 23], inclusiv și în Moldova, ne-am propus să evaluăm calitatea vieții pacienților cu BPCO. Pentru aceasta am măsurat calitatea de viață la pacienții cu BPCO cu ajutorul chestionarului SF-36 [2, 6, 7, 13, 17, 24], evidențiind dependența acestora de gradul de severitate a BPCO.

Chestionarul Medical Outcomes Study Short Form 36, autorul căruia este J.E. Ware și coaut (1988), este un instrument proiectat pentru auto-administrație, este o măsură formă scurtă a stării de sănătate generice în populația generală. Scalele cuprinse în SF-36 sunt sensibile la manifestările clinice de importanță medicală (funcția fizică) și globale psihiatrice (de sănătatea mintală) [2, 7]. Este sensibilă la pier-

derea ușoară funcțional relevantă pentru viața independentă (Anderson 1996) și „poate detecta niveluri mai ridicate de funcționarea fizică de zi cu zi care ar permite o identificare în gamă mai largă” (Anderson 1996). SF-36 este capabil de a detecta nivele scăzute de sănătate (Mangal 1992).

Obiectiv. A evalua calitatea vieții la bolnavii cu bronhopneumopatie cronică obstructivă și a determina dinamica modificărilor indicilor calității de viață în dependență de gravitatea bolii.

Materiale și metode. Au fost incluși în studiu 179 de pacienți: 27 pacienți cu bronșită cronică simplă (BCS) și 152 pacienți cu bronhopneumopatie cronică obstructivă. Din ei 163 (91,1%) constituiau bărbați și 16 (8,9%) femei, cu vârste cuprinse între 40 și 81 ani, vârsta medie fiind $59,5 \pm 0,65$ ani. Pacienții au fost repartizați pe loturi, conform gravității bolii: lotul I- a cuprins 27 pacienți cu bronșită cronică simplă (26 bărbați (96,3%) și o femeie (3,7%), cu vârste cuprinse între 40 și 64 ani, (vârsta medie egală cu $47,48 \pm 1,46$ ani); lotul II- 31 pacienți cu BPCO ușor (22 bărbați (71,0%) și 9 femei (29,0%), cu vârste cuprinse între 41 și 70 ani, (vârsta medie a fost $54,74 \pm 1,08$ ani); lotul III- 52 pacienți cu BPCO moderat (46 bărbați (88,5%) și 6 femei (11,5%), cu vârste cuprinse între 41 și 81 ani, (vârsta medie a fost $56,73 \pm 1,11$ ani), lotul IV- 38 pacienți cu BPCO sever (100% bărbați), vârsta variind între 50 și 78 ani, (vârsta medie a fost $57,03 \pm 1,48$ ani); lotul V- 31 pacienți cu BPCO foarte sever (100% bărbați) cu vârsta de la 48 la 80 ani, (vârsta medie constituind $59,81 \pm 1,53$ ani). Diagnosticul de BPCO a fost stabilit în baza criteriilor GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease, 2008) și ATS/ERS, 2004, având la bază criteriile clinice (prezența tusei cronice, producția de spută și dispneea de efort), funcționale (prezența obstrucției bronșice ireversibile sau parțial reversibile, confirmată prin spirometrie $-VEMS \geq 80\%$ din valoarea teoretică și $VEMS/CVP < 70\%$) și istoric de expunere la factori de risc. Suplimentar s-a evaluat calitatea vieții la un grup de control în care au intrat 20 de persoane fără BPCO, condiționat sănătoase (17 bărbați și 3 femei) cu vârste cuprinse între 50 și 68 ani, vârsta medie fiind $59,9 \pm 1,24$ ani.

Ca metodă de apreciere a calității vieții a fost utilizat chestionarul forma scurtă Medical Outcomes Study Short Form (SF-36). Anchetă include 36 de întrebări, care oglindesc 8 indicatori ai sănătății: funcționarea fizică, activitatea socială, gradul de delimitare fizică și socială, sănătatea psihică, vitalitatea, durerea, sănătatea generală. Această anchetă dă posibilitatea aprecierii cantitativă a calității vieții după indicatorii enumărați [2,13]. Chestionarea s-a realizat prin metoda de interviu. Datele obținute au fost prelucrate statistic luând în calcul diferențele de fiabilitate.

Rezultate și discuții. La chestionarii practic sănătoși s-a apreciat o activitate fizică înaltă (tab.1). Indicatorii apropiați de cei maximali s-au obținut la scala problemelor cauzate de afecțiunile fizice și la indicatorii scalei problemelor cauzate de stări emoționale. Tot în această grupă s-a constatat o receptivitate joasă a senzațiilor de durere. Scala funcționalității sociale a evidențiat o capacitate emoțională și fizică suficientă pentru comunicare cu alți oameni. Indicatorii scalei de vitalitate și ai sănătății mintale constituiau $70 \pm 2,8$ și $72 \pm 2,1$ corespunzător. Ceva mai jos a fost apreciată scala sănătății generale. Starea generală a chestionaților sănătoși în comparație cu un an în urmă a rămas constantă, ce ne dovedește indicatorul corespunzător cu $51,25 \pm 2,85$ puncte.

Calitatea vieții bolnavilor cu BPCO în comparație cu cei sănătoși s-a dovedit a fi cu mult inferioară la toate cele 8 domenii (tab.1) Se constată o proporționalitate directă între gravitatea bolii și nivelul de reducere a calității vieții. Cu excepția pacienților din grupa de risc pentru BPCO, a celor cu bronșită cronică simplă, la care conform majorității scalelor nu s-au apreciat deosebiri semnificative cu a celor din grupa de control iar „activitatea fizică” chiar o depășea pe cea a chestionaților din grupa de control. Aceasta denotă că acești pacienți la momentul anchetării nu erau limitați în activitatea lor cotidiană din cauza problemelor fizice, emoționale, durere, ce le permiteu să păstreze o activitate socială înaltă. Fapt dovedit prin indicatorii componentului fizic al sănătății (PH= 52.9 ± 0.9) și componentului psihic al sănătății (MH= 46.3 ± 1.1) a pacienților din grupa de risc pentru BPCO, comparativ cu chestionarii practic sănătoși (PH= 54.3 ± 0.6 ; MH= 51.7 ± 1.0), deși starea generală a acestor pacienți în comparație cu un an în urmă suferă ne semnificativ, exprimată prin diminuarea indicatorului corespunzător, egal cu $40,74 \pm 3,3$ puncte. O scădere a calității vieții se observă pe măsura progresării BPCO. Chiar la bolnavii cu BPCO ușor constatăm tendința de diminuare a indicatorilor ce caracterizează calitatea vieții. În acest lot cel mai mult s-au micșorat indicatorii scalei „sănătății generale” (GH), cea a „funcționalității fizice” (PF) și cea a vitalității (VT) în comparație cu cei din lotul oamenilor sănătoși și cu cei din grupa de risc. O diminuare ne semnificativă se constată la indicatorii domeniului „rolului fizic” (RP) și cel al „rolului emoțional” (RE), cât și indicatorul scalei funcționalității sociale (SF) ce ne vorbește despre faptul că acești pacienți și-au păstrat activitatea lor socială.

Afectarea manifestă a calității de viață devine semnificativă pe măsura evoluției bolii cu micșorarea indicatorilor la toate scalele începând cu BPCO de

gravitate medie, cu păstrarea acestei tendințe pe măsura progresării BPCO. Conform majorității indicatorilor calitatea vieții la pacienții cu BPCO de gravitate medie în comparație cu calitatea vieții respondenților din grupa oamenilor sănătoși și a pacienților cu BPCO ușor a fost semnificativ scăzută. Important a diminuat indicatorii ce caracterizează activitatea fizică așa ca „funcționalitatea fizică” (PF), a scalei ”problemelor cauzate de afecțiunile fizice” (RP) corespunzător la pacienții cu BPCO de gravitate medie comparativ cu pacienții cu BPCO ușor. Astfel, indicele statutului fizic din acest lot (PH=37,4±0,6) este mai mic decât cel din grupa pacienților cu BPCO ușor (PH=46,4±0,8). Acestor autoevaluări corespunde și diminuarea indicatorilor domeniului ”vitalitate”(VT), ce reflectă perceperea puterii și dorinței de viață. Un declin mai puțin spectaculos s-a obținut la scala de ”sănătate generală” (GH) și la scala „durerii somatice” (BP) pentru pacienții cu BPCO de gravitate medie. Toate acestea dovedesc mai mult majorarea esențială a problemelor fizice în activitatea cotidiană, delimitate de sănătate. Statutul psihosocial în cadrul BPCO de gravitate medie (MH=37,4±0,8) nu diferă semnificativ cu cel al pacienților cu BPCO ușor (MH=42±1,2), cu excepția domeniului ”rolul emoțional” (RE), care a cunoscut o diminuare substanțială. Cel mai neesențial s-a modificat scala „sănătății psihice”(MH), ce reflectă sfera mintală. Astfel, în BPCO de gravitate medie se constată delimitarea considerabilă a activităților cotidiene determinate de scăderea funcției fizice (PF), rolu-

lui fizic (RP) și a activității sociale (SF), cu majorarea problemelor de ordin emoțional (RE).

La bolnavii cu BPCO sever constatăm tendința descendentă de scădere a calității vieții. În acest stadiu al bolii, spre deosebire de cele anterioare, se constată o micșorare certă a tuturor indicatorilor scalelor calității vieții. În cadrul BPCO-ului sever se determină o diminuare atât cantitativă cât și calitativă a indicatorilor de calitate de viață, inclusiv în comparație cu BPCO de gravitate medie. În acest stadiu al bolii are loc mărirea numărului domeniilor afectate considerabil, ce indică o implicare mai largă în boală atât a statutului fizic al sănătății (PH=34,3±0,7), cât și celui psihosocial (MH=37,3±1,1). Aici se constată o scădere certă a indicatorului ”vitalitate”(VT). Aceasta indică că la acești bolnavi pe lângă dificultățile enumerate anterior de scădere a funcției fizice (PF), rolului fizic (RP) și a activității sociale (SF), cu majorarea problemelor de ordin emoțional (RE), se accentuează problema de disconfort interior, adică aceștea, comparativ cu chestionării din loturile de mai sus, și-au pierdut din vigoare, din poftă de viață, din dinamism.

În cadrul BPCO foarte sever are loc diminuarea maximală a tuturor indicatorilor calității vieții, atât a celor ce reflectă statutul fizic (PH=30,09±0,87 puncte) cât și statul psihosocial (MH= 35,84±1,27 puncte). Impactul maxim al bolii constatăm asupra așa indicatori ca „funcționalitatea fizică” (PF), a activității sociale (SF) și cel al vitalității, cu repercursiuni cele mai severe de deteriorare a calității vieții legată de sănă-

Tabelul 1

Indicatorii calității vieții (SF-36) la bolnavii cu BPCO

Scala	PF	RP	BP	SF	MH	RE	GH	VT
Grupa control	90,7± 1,9	96,3± 2,1	86,9± 1,6	94,4± 2,1	70± 2,8	93,3± 3,1	72± 1,8	77± 2,1
BCS (1)	93,8± 1,1	75,9± 6,5	82,3± 1,9	90,7± 2,2	58,5± 1,7*	79± 6,9	60,9± 1,7**	70,5± 1,6
BPCO st.I (2)	71,1± 2,4**	62,1± 7,7*	81,8± 2,1	81,0± 2,7*	52,0± 2,0**	63,4± 7,4*	42,5± 1,2**	50,6± 2,0**
BPCO st.III (3)	47,3± 2,0**	25,4± 4,8**	66,8± 2,5**	63,9± 2,9**	47,0± 1,6**	30,1± 4,9**	33,2± 1,5**	39,8± 1,0**
BPCO St.III (4)	36,7± 1,9**	21,7± 5,9**	62,0± 2,9**	59,2± 4,1**	45,1± 1,4**	33,3± 6,6**	31,8± 1,2**	32,1± 1,3**
BPCO St.IV (5)	25,6± 1,6**	15,3± 6,1**	56,2± 3,5**	43,5± 4,5**	44,7± 1,7**	32,2± 7,6**	25,9± 1,7**	23,2± 1,6**
P1-2	<0,001	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,001	<0,001
P2-3	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001
P3-4	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001
P4-5	<0,001	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,001

Notă: *P<0,01; **P<0,001 în comparație cu grupa de control

tate, prin afectarea activității fizice, sociale și psihice. Tot aici, cel mai mult a deminuat starea generală a pacienților în comparație cu un an în urmă (25 puncte).

La ora actuală necesitatea utilizării aprecierii calității vieții capătă o amploare mai largă [23,19,17]. Interesul manifestat în lumea medicală pentru problemele calității de viață a pacienților cu BPCO este demonstrat prin numărul mare al articolelor pe teme de calitate de viață publicate în ultimii ani [5]. Ultimele cercetări au reflectat dependența dintre gravitatea BPCO și calitatea de viață, arătând că perceperea de către bolnavii a simptomelor sale prin activitatea fizică și mintală a lor în mai multe cazuri e mai justă și precisă, decât datele examinărilor obiective [14]. Într-un șir de studii s-a studiat acțiunea fazei BPCO și a particularităților ei de evoluție asupra calității de viață: astfel, la bolnavii cu acutizări frecvente ale BPCO s-au apreciat indicatori mai mici ai calității vieții [14, 24]. La fel s-a cercetat rolul fumatului în dezvoltarea BPCO și influența lui asupra calității de viață [21]. O răspundere largă a cunoscut studierea calității vieții pentru aprecierea eficacității tratamentului a diverselor preparate medicamentoase, cât și a eficacității măsurilor de reabilitare în BPCO, ce ar da posibilitatea nu numai de a aprecia efectele clinico-farmacologice a preparatelor, dar și optimizarea regimului farmacoterapeutic [8, 9, 24, 16].

Într-un șir de studii a fost dovedită importanța aprecierii parametrilor calității vieții în scop de prognostic pentru viață. Analiza retrospectivă a arătat că pentru Chestionarul SF-36 o importanță de prognostic s-a constatat doar la scala "activitatea fizică" [6]. În studiul Quality of Life Evaluation and Survival Study la fel s-a elucidat că calitatea vieții joasă se asociază cu o mortalitate înaltă. Diferența între indicatorii calității vieții constituind 10 puncte între pacienții cu BPCO decedați pe parcursul anului și cei ce continuau să trăiască.

Concluzie

La persoanele sănătoase se apreciază indicatori înalți ai calității vieții în baza chestionarului SF-36, pe când calitatea vieții bolnavilor cu BPCO suferă mult prin afectarea posibilităților atât fizice cât și psihemoționale. Afectarea manifestă a calității de viață devine semnificativă pe măsura agravării bolii cu micșorarea indicatorilor la toate scalele începând mai semnificativ cu BPCO de gravitate medie, cu păstrarea acestei tendințe pe măsura progresării bronhopneumopatiei cronice obstructive.

Bibliografie selectivă

1. Agusti A., Noguera A., Sauleda J. *Systemic effect of chronic obstructive pulmonary disease*. Eur Respir J. 2003, vol. 21, p. 347-360.

2. Anderson C, Laubscher S, Burns R. *Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients*. Stroke, 1996, 27, p.1812-1816.

3. Arzueto A. R, Schaberg T. *Clinician manual on acute exacerbations of chronic bronchitis* – Science Press Ltd., 2003, p. 64.

4. Bourbeau J, Julien M, Maltais F et al. *Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A disease-Specific Self-management Intervention*. Arch Intern Med 2003,163, p. 585-591.

5. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, et al. *Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease*. Eur. Respir.J. 2006, 27; p.188-207.

6. Domingo-Salvany A.,Lamarca R.et al. *Health-related Quality of Life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary Disease// Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 2002. vol.166, p.680-685.*

7. Donald A., Mahler și John I. Mackowiak *Evaluation of the Short Form -36 item Questionnaire to Measure Health-Related Quality of Life in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease CHEST / 107/6, June, 1995, p. 1585-89.*

8. Donohue J.,Bateman E. et al. *A 6-month, placebo-controlled study comparing lung function and health status changes in COPD patients treated with tiotropium or salmeterol // Chest.2002.vol.122. №1, p. 47-55.*

9. Gan WQ, Man SF, Senthilselvan A, et al. *Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis*. Thorax 2004; 59, p. 574-580.

10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary diseases*. UPDATED 2009.

11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. NHLBI/WHO workshop report. Last updated. - 2006. - <http://www.goldcopd.org/>.

12. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Executive Summary.www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?I=2&I2=1&intId=996.Desember 2010.

13. Iustin Lupu *Calitatea vieții în sănătate. Definiții și instrumente de evaluare*. Calitatea vieții, nr.1-2,2006. www.revistacalitatevietii.ro/2006/CV-1-2-06/7.pdf.

14. Katsura H.,Yamada K.,Kida K. *Usefulness of a linear analog scale questionnaire to measure health-related quality of life in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease// J. Amer.Geriatr. Soc. 2003.vol.51, p. 1131-1135.*

15. Mannino D. M., Homa D.M. et al. *Chronic obstructive pulmonary disease surveillance-United States,1971-2000.Morbidity.Mortality.Wkly Rep. 2002; 51; p.1-16.*

16. Mahler D.A. *How should health-related quality of life be assessed in patients with chronic obstructive pulmonary disease* // Chest 2000. vol.117, p. 54-57.

17. Mihaila V., Enachescu D., Davila C., Badulescu M. *General Population Norms For Romania using the Short Form 36 Health Survey*. QL News Letter. 2001. №26, p. 17-18.

18. Puawels RA, Rabe KF *Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Lancet 2004; 364: p. 613-620.

19. Sevenhuysen G.P., Trumble- Waddell J. *A new perspective on quality of life*. J. Clin. Epidemiol. 1997, vol.50, p. 231-232.

20. Sin D.D., Man SF. *Systemic inflammation in COPD skeletal muscle weakness reduced exercise tolerance, and COPD is systemic inflammation the missing link?* Thorax 2006, 61, p. 1-3.

21. Spencer S., Calverley M.A. on behalf of the ISOLDE Study Group. *Health status deterioration in patients with chronic obstructive pulmonary disease* // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 2001. vol.163. №1, p. 122-128.

22. Ware J.E. *Measuring patients views: the optimum outcome measure*. SF 36: a valid, reliable assessment of health from the patient point of view. BMJ. 1993, vol.306, p. 1429- 1430.

23. Новик А.А., Матвеев С.А. и др. *Оценка качества жизни больного в медицине* Клин. Мед. 2000. №2, с. 10-13.

24. Чучалин А.Г и др. *Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких: можем ли мы ожидать большего? (Результаты национального исследования ИКАР-ХОБЛ)*. // Пульмонология. 2006. №5, с. 19-27.

25. Шмелёв Е.И и др. *Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями лёгких* // Пульмонология. 1998. № 2, с. 79-81.

Rezumat

Calitatea vieții legată de sănătate a pacienților cu ВРСО este mult afectată, cu micșorarea tuturor indicatorilor calității vieții progresiv, proporțional creșterii gravității bolii. Calitatea de viață a pacienților cu bronhopneumopatie cronică obstructivă s-a evaluat prin utilizarea chestionarului Medical Outcomes Study Short Form (SF-36).

Summary

Evaluation of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Health-related quality of life of patients with COPD is more affected, with all the indicators of quality of life decreasing progressively increasing proportion of disease severity. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease was assessed using Short Form questionnaire Medical Outcomes Study (SF-36).

PARTICULARITĂȚILE GRIPEI AH1N1 COMPLICATĂ CU PNEUMONIE

Liliana Domete, Aliona David

Institutul de Ftiziopneumologie
„Chiril Draganiuc”, Chișinău

Virusurile reprezintă unul din factorii frecvenți implicați în dezvoltarea pneumoniilor. Pneumonia virală decurge benign, în unele cazuri evoluția ei este gravă, punând viața în pericol.

Scopul. Elucidarea particularităților clinice, paraclinice în evoluția pneumoniei virale din gripa AH1N1 cu aprecierea grupelor periclitante.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 67 de pacienți (77,6% femei și 22,4% bărbați), cu vârste cuprinse între 11 și 62 de ani, care au fost consultați în secția consultativă IFP „Chiril Draganiuc” în perioada 11.2009- 02.2010 cu Gripa AH1N1 complicată cu pneumonie, confirmată clinic, epidemiologic, serologic și radiologic.

Rezultate. Vârsta pacienților a variat între 11-30 ani în 55,2%; 31-50 ani - 23,9%; peste 51 ani - 20,9%. Pneumonia de gravitate ușoară constatată în 2%, de gravitate medie în 62%, gravă în 36%. În 42% au fost afectate gravidele.

Manifestările clinice au fost: febra 38-39°C în 70%, peste 39°C în 23%; tusea în 95,5%; dispneea în 94%; cefaleea în 89,4%; mialgii în 88,1%; dureri toracice în 53,2%; hemoptizii în 25%; vomă în 20,5%.

Agravarea stării de la debutul bolii a fost în primele 24 de ore în 3%; 2-3 zile în 47%; 4-5 zile în 50%.

Hemograma indica: leucocitoză în 22%; leucopenie în 34%; limfocitoză în 25,4%; limfopenie 43,4%; majorarea VSH în 29,8%. Ureea a depășit valorile normei în 13,4%.

Manifestările radiologice ale pneumoniei virale au fost opacități macronodulare, confluențe, cu afectarea interstițială bilaterală în 70%.

Hipoxemia arterială a fost înregistrată în 84%, cu valori ale SaO₂ sub 90% în 39%. Pneumonia virală s-a complicat cu SDRA în 40%.

În 98% bolnavii au necesitat internare, din care 36% - tratament în STI. Tratamentul antiviral a fost administrat în 88%.

Ameliorare clinico-radiologică a fost înregistrată în 96%, în 5% instalându-se deces.

Factorii predispozanți pentru dezvoltarea pneumoniei virale au constituit sarcina în 63%, comorbidități bronhopulmonare în 23%, cardiovasculare în 4%, tulburările metabolice în 10%.

Concluzii. Datele prezentate confirmă dezvoltarea pneumoniei virale mai des la tineri. Grupa de risc fiind gravidele.