

Patologia articulară a vârstnicului în practica medicului de familie

Conf. Univ. Dr. E. ILICEA, Șef Disciplină Medicina Familiei, Facultatea de Medicină,
Universitatea „OVIDIUS” Constanța,
Dr. ELVIRA ILICEA, medic primar, medic instructor M.F., Constanța

Sănătatea, bunul cel mai de preț al fiecărui individ, implică și responsabilizează în egală măsură individul și comunitatea. Spre deosebire de individ, care are propria opinie și atitudine față de starea sa de sănătate, societatea prin autoritățile sale reprezentative trebuie să asigure resursele materiale, umane și financiare pentru promovarea, menținerea și, după caz, refacerea stării de sănătate a tuturor membrilor săi, prin programe concrete și eficiente, în contextul realităților economico-sociale locale, susținute de un management modern care să permită identificarea, ierarhizarea și soluționarea nevoilor de sănătate.

Lucrările prezentate la Congresul Populației din 2005 desfășurat în Franța au evidențiat: trendul ascendent al numărului locuitorilor planetei, care de la 6.5 miliarde la început de mileniu III va ajunge la 11 miliarde în 2200; tendințele evolutive ale principalilor indicatori demografici cu influențe semnificative asupra structurii piramidale a vârstelor cu tendințe evolutive spre trunchi de piramidă datorită schimbării raportului procentual al eșantioanelor populaționale pe grupe de vârstă.

Se estimează o creștere a presiunilor demografice prin: scăderea natalității, mortalității materno infantile, mortalității generale, a sporului natural al populației în paralel cu o creștere a duratei medii de viață care va modifica fundamental structura pe grupe de vârstă, marcată de creșterea eșantionului persoanelor vârstnice de la 28-30% la 30-35% din totalul populației și reducerea importantă a eșantionului populației active.

În România, anchetele stării de sănătate au evidențiat tendințele de reconfigurare a piramidei

vârstelor, generată de îmbătrânirea populației ca efect al: scăderii nupțialității, creșterii divortialității, scăderii fertilității, creșterea speranței și duratei medii de viață, creșterea mortalității infantile, scăderea mortalității generale, scăderea natalității și un spor negativ al excedentului natural al populației.

Creșterea constantă a vârstnicilor generează probleme biosocioeconomice cu tendințe sociale discriminatorii între populația tânără activă și cea vârstnică inactivă, apreciată ca o povară, ce trebuie eliminată sau protejată prin:

1. acțiuni eficiente pentru încetarea discriminării, prin programe naționale de protecție și de ameliorare a presiunilor demografice;
2. restructurări economice prin alocare de fonduri importante pentru ameliorarea gradului de dependență a vârstnicului;
3. evaluarea grupului vârstnicilor, omogen sau heterogen cu diferite generații, cu variate grade de rezistență și de dependență;
4. identificarea și evaluarea statutului socio-economic individual, ca o consecință a

condițiilor sale din perioada activă, cu inegalitățile semnificative generate, cu structurarea unor persoane sau grupuri ce necesită protecție socială, prin programe speciale de asistență medicosocială, în continuă creștere, diversificare și perfecționare;

5. soluții pentru asigurarea habitusului, de la habitusul familial la habitusul individual și sau transfer în unități de asistență socială sau medicosocială;
6. asigurarea serviciilor de îngrijire și întreținere, pentru cei cu grade diferite de dependență, de către familie, vecini sau prieteni (f. puțin sau deloc fiabile), biserică, instituții specializate;
7. reconsiderarea și utilizarea forței de muncă a vârstnicului, în raport cu particularitățile și disponibilitățile biopsihoprofesionale, în contextul dezvoltării economice, evoluției parametrilor demografici prin anularea interdicției ocupării unui loc de muncă, acordarea de facilități fiscale, antrenare în activități umanitare, instructiv educativ formative, cu satisfacții sociale
8. măsuri specifice și eficiente de gerontoprofilaxie;
9. educație pentru o îmbatrânire activă, prin programe educaționale demarate din tinerețe;
10. suport legislativ de protecție adecvat: dreptul la pensie, dreptul de a continua activitatea la vârsta pensionării, gestionarea veniturilor, întocmirea testamentului;
11. servicii de asistență medicală preventivă și curativă, pentru creșterea și menținerea rezervelor și mecanismelor de protecție, la nivelul progresului general de asistență medicală, în condiții de creștere a calității și eficienței actului medical, susținute de programe educaționale adecvate.

Patologia vârstnicului complexă, variată și dominată de cumulul patologic, necesită servicii de asistență medicală și complexe programe profilactice și terapeutice eficiente, individualizate, adaptate biodisponibilităților sale.

Solicitarea serviciilor medicale de către persoanele vârstnice sau familiile acestora nu corespunde totdeauna problemelor reale de sănătate, gravității bolii și riscurilor majore.

Statisticile demonstrează că vârstnicii solicită serviciile medicale în special pentru tulburări subiective și mai puțin pentru boli grave, dar cu tulburări subiective minore (orice durere articulară aduce vârstnicul la medic mult mai repede și

mai frecvent decât oricare altă afecțiune cronică de care are cunoștință, dar pentru că nu-l deranjează, o neglijează și ajung să solicite servicii medicale în stadiile avansate și sau complicate ale bolii).

Bolile articulare aduc cel mai frecvent vârstnicul în cabinetele medicale, prin evoluția acestora într-un context etiopatogenic și o diversitate terapeutică ce nu rezolvă și nu satisfac întotdeauna asistatul, dar impun servicii medicale și costuri pe care medicul de familie trebuie să le cunoască și să le coordoneze, el fiind primul medic căruia pacientul i se adresează, de la care pleacă spre alte unități și servicii medicale, dar revine întotdeauna pentru asigurarea continuității prestațiilor medicale.

Cunoașterea patologiei articulare și a tehnicilor preventive, curative și recuperatorii ale acesteia este nu numai utilă, dar și necesară medicului de familie în exercitarea rolului său de consilier, mediator și coordonator al serviciilor de sănătate ale asistaților săi în cotextul biopsihosocial al acestora.

Bolile articulare:

- **reprezintă** cea mai frecventă suferință a vârstnicului.
- **afectează** peste 10% din populația peste 60 de ani.
- **atinge** un maximum între 55-75 de ani.
- **interesează** mai frecvent sexul feminin, raportul fiind de 1/2.
- au o **etiologie** multifactorială: predispoziția genetică, stressul mecanic, suferințele inflamatorii articulare, bolile metabolice, modificările biochimice ale structurilor articulare și nu în ultimul rând îmbătrânirea acestora.
- recunosc un **mecanism fiziopatogenic** complex în care procesul lent și continuu de remodelare internă duce în final la modificări degenerative, distructive ca rezultat al ineficienței proceselor reparatorii, la care se pot adăuga elemente patogenice imune mediate humoral sau celular.

Manifestările clinice, localizate la una sau mai multe articulații, sunt:

- **durerea**, simptom precoce, ce apare inițial la efort, se atenuază în repaus, este exacerbă de factori meteorologici, devine permanent și se poate menține și în repaus odată cu evoluția bolii,
- **redoarea articulară** apare după repaus prelungit și dispare după 10-15 minute de mobilizare a articulației,

- **limitarea mișcărilor** pasive și active, generată de redoare sau fibrozarea țesuturilor moi,
- **mărirea de volum** a articulației,
- **cracmente** articulare la mobilizarea articulațiilor,
- **deformări și subluxații** în stadiile avansate de boală.

Persistența și evoluția manifestărilor clinice, dorința de ameliorare până la dispariție a simptomelor, care deranjează, imobilizează și izolează persoanele vârstnice, fac din aceștia mari consumatori de servicii medicale, ce ignoră de multe ori cu bună știință riscurile majore la care se expun prin automedicație, polipragmazie, terapii, tehnici și practici inadecvate.

Medicul de familie în calitatea sa de consilier, mediator și coordonator al serviciilor de sănătate ale asistaților săi, trebuie să cunoască întregul arsenal de diagnostic, investigație și tratament, să identifice și să individualizeze programe preventive, curative și recuperatorii pe care să le aplice și să le monitorizeze în condiții de calitate și eficiență sporită.

Țintele terapeutice trebuie să fie: îndepărtarea durerii, creșterea și menținerea mobilității articulațiilor în general și a celor afectate în special și împiedicarea evoluției bolii.

În demersul său terapeutic adresat vârstnicului, medicul de familie trebuie să cunoască și să **respecte criteriile specifice** de administrare a medicamentelor acestei categorii, știut fiind faptul că:

- patologia cumulativă a vârstnicului necesită programe terapeutice complexe
- **uzul și abuzul** medicamentos la vârstnic este frecvent
 - 77% iau curent medicamente
 - 40% iau cel puțin o tabletă pe zi
 - 70% folosesc prescripții vechi
 - 30% folosesc automedicația din experiența proprie sau a altora
 - 11% nu urmează tratament
- **doza vârstnicului** trebuie să fie 1/3-1/2 din doza adultului
- trebuie **evitate**:
 - formele retard
 - medicamentele ototoxice
 - hipnoticele
 - barbituricele
 - dozele de atac
 - prescripțiile prelungite
- se administrează cu **prudență**
 - hipoglicemiantele
 - produsele hormonale
 - diureticele

laxativele
antibioticele

- **accidentele** farmacologice sunt **frecvente** 10-24% dezvoltă reacții iatrogene

Cunoașterea paletelor tehnicilor de combatere a durerilor articulare și selectarea celor mai eficiente reprezintă ținta operațională a demersului terapeutic. □

1. TRATAMENT FARMACOLOGIC

1.1. Analgezice:

1.1.1 periferice, derivați de pirazonă, aminochinoleină, anilină

1.1.2 centrale, agonști, antagonști, opioide, opiacee

1.2. Antiinflamatorii nesteroidiene, derivați: de ac. salicilic, de fenil acetilici, carbicidici, de acid fenamic, prazolone, oxicami

1.3. Antiinflamatoare steroidiene

1.4. Medicație adjuvantă: antidepresive, anticonvulsivante, musculorelaxante, anestezice locale, neuroleptice, blocanți simpatici, agenți topici, droguri pentru durerea neuropatică, droguri pentru durerea osoasă

1.5 **Terapia osteoporozei**, hormonală, minerală, asociere vitamino-minerală, bifosfonați. □

2. TRATAMENT PSIHOTERIC

2.1. individual: psihosomatic, psihodinamic, cognitiv, comportamental

2.2. familial

2.3. de grup. □

3. TRATAMENT DE REABILITARE ȘI RECUPERARE FIZICĂ

3.1. măsuri ortopedice: corsete, bretele, atele

3.2. măsuri fizice:

3.2.1. căldură superficială, împachetări fierbinți, hidroterapie, fluidoterapie

3.2.2. căldură profundă, diatermie, ultrascurte, microunde, ultrascurte

3.2.3. crioterapie, împachetări reci, masaj cu gheață, ethylencloride spray și fluorometanil spray

3.3. Tracțiuni

3.4. Terapii manuale, chiropraxia, manevre de aliniere corectă a oaselor, mobilizări, masaj medical

3.5. Kinetoterapia, mobilizări, exerciții de rezistență, exerciții de relaxare, condiționare aerobiotică. □

4. TRATAMENT CHIRURGICAL

4.1. Tratament ortopedic

4.2. Tehnici chirurgicale în stadii tardive la nivelul

4.2.1. osului, artrodeză, artroplastie, osteotomie

4.2.2. nervului, neurectomie

- 4.2.3. tendonului, tenotomie,
- 4.2.4. capsulei articulare, capsulotomie
- 4.2.5. cartilajului articular, rezecție,
- 4.2.6. sinovialei, sinovectomie.

4.3. Tehnici și sfaturi pentru realizarea activităților casnice, profesionale și de deplasare. □

5. TERAPII NEFARMACOLOGICE, STRATEGII PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA REZULTATELOR TERAPEUTICE

5.1. Strategii medicale

5.1.1. relația medic pacient, alianță, parteneriat, respect și colaborare

- acceptarea validității acuzelor asistatului
- eliminarea neîncrederii, scepticismului
- comunicare deschisă
- compliantă
- fidelitate

5.1.2. educarea asistatului vizând elemente esențiale fundamentate legate de

- diagnostic, prognostic
- investigații
- stil de viață
- tehnici de îngrijire și terapie

5.1.3. participarea conștientă a asistatului în susținerea demersului terapeutic

- bolile articulare nu se vindecă
- terapia controlează boala
- ameliorează calitatea vieții

5.2. Terapii active

5.2.1. Medicina comportamentală

5.2.1.1. Biofeedback-ul, îmbunătățirea percepției proceselor biologice

5.2.1.2. Managementul stressului

5.2.1.3. Exerciții de relaxare fizică

5.2.2. Psihoterapia

5.2.3. Terapia cognitivă

5.2.3.1. Influența gândurilor negative

5.2.3.2. Credințele iraționale

5.2.3.3. Tehnici de schimbare a stilului de a gândi

5.2.3.4. Tehnici de modificare a trăirilor asociate

5.2.4. Exercițiul fizic

5.2.5. Particularități de nutriție

5.3. Terapii pasive:

5.3.1. Acupunctura

5.3.2. Antrenament autogen și terapie

5.3.3. Biochemic tissue salts therapy

5.3.4. Tehnici energetice

5.3.5. Dietoterapia

5.3.6. Fitoterapia: ceaiuri

– tincturi uz intern sau extern

– uleiuri uz intern sau extern

– băi cu plante medicinale

– biter suedez uz intern sau extern aplicații externe

5.3.7. Homeopatia

5.3.8. Reflexoterapia

5.3.9. Hipnoterapia

5.3.10. Terapia cu sunete

5.3.11. Yoga

5.3.12. Blocaje nervoase

5.3.13. Injectarea punctelor trigger

5.3.14. Ayurveda

5.3.15. Sacroterapia

5.3.16. Taiyiquan therapy, armonizarea omului cu evenimente naturale

5.3.17. Tehnica Alexander, îmbunătățirea posturii, folosirea mușchilor

5.3.18. Aromoterapia

5.3.19. Bach flower remedies, cure cu plante naturale (Dr. Bach, Anglia)

5.3.20. Shitsu, presiunea punctelor dureroase

5.3.21. Terapia prin dans

5.3.22. Terapia cu unde sonore transmise în bazine cu apă la T. corpului

5.3.23. Mezoterapia, administrare de produse alopat, la nivelul metamerului corespunzător organului afectat

5.3.24. Consiliere și autosugestie, psihanaliză, psihoterapie.

Variatatea tehnicilor terapeutice, efectul limitat al acestora și nu în ultimul rând dorința vârstnicului de a scăpa de suferințe impun medicului de familie un abord echidistant al tuturor tehnicilor terapeutice în corelare permanentă cu statutul biopsihosocial al asistatului. □

În concluzie, creșterea semnificativă a vârstnicilor, patologia specifică a acestora, marcată nu de puține ori de cumul patologic, complicații majore, în contextul inexistenței gerontoprofilaxiei și menținerii factorilor de risc, necesită programe realiste, eficiente, adaptate specificului local, pentru promovarea și menținerea stării de sănătate a acestora. □

BIBLIOGRAFIE

1. Gherasim I – *Medicina Internă*, Ed. Medicală București, 1995
2. E. Ilicea, Elvira Ilicea – *Vârsta a-III-a*, Sesiunea Științifică a cadrelor didactice și studenților, Constanța, 2004
3. Șt. Șuțeanu – *Diagnosticul și tratamentul bolilor interne*, Ed. Medicală București, 1982.