



Prof. As. Dr. Adrian Restian

Prevenirea complicațiilor bolilor cronice

Prevention of chronic diseases complications

Deși medicina contemporană este confruntată cu foarte multe probleme, totuși cea mai importantă dintre toate este reprezentată de creșterea vertiginoasă a numărului de boli cronice, ale căror complicații produc invalidități ce afectează calitatea vieții oamenilor și cresc foarte mult cheltuielile sistemelor de sănătate.

Dacă acum 100 de ani principalele cauze de morbiditate și de mortalitate erau reprezentate de bolile infecțioase, după aplicarea vaccinărilor, după instituirea măsurilor de igienă și după descoperirea antibioticelor, numărul bolilor infecțioase a scăzut foarte mult, crescând foarte mult numărul celor cronice și degenerative.

De exemplu, dacă în 1900 cel mai mare număr de decese din SUA, și anume 11,3%, era reprezentat de tuberculoză, 10,2% de pneumonie, 8,1% de diaree și numai 8% de boli cardiovasculare, 4,1% de accidente vasculare cerebrale și 3,7% de cancer, în prezent situația s-a schimbat radical, deoarece 31,4% din decese sunt reprezentate de bolile cardiovasculare, 23,3% de cancer, 6,9% de accidente vasculare cerebrale și numai 3,7% de pneumonie. Iar tuberculoza nici nu mai figurează printre primele zece cauze de deces.

Evident că fiecare epocă a avut patologia ei, care depindea de condițiile de viață, de posibilitățile de alimentație, de condițiile de locuit, de condițiile de muncă, de prezența unor factori patogeni, precum și de mijloacele de prevenire și de tratament, de care dispunea fiecare epocă istorică. De obicei modificările patologiei s-au produs foarte lent, în sute și în mii de ani. În

ultimele decenii, însă, schimbările s-au produs foarte rapid. De cele mai multe ori condițiile de viață s-au modificat în bine și totuși ele au dus la creșterea vertiginoasă a bolilor cronice și degenerative, unii cercetători vorbind chiar de o patologie a stării de bine.

Deși condițiile de viață și de igienă s-au ameliorat foarte mult, deși mijloacele de prevenire și de tratament s-au îmbunătățit semnificativ în ultima sută de ani, totuși bolile cronice nu numai că nu au scăzut, dar au crescut foarte mult.

De exemplu, Centrul de Control al Bolilor Cronice din Atlanta arată că 52% din bărbații și 54% din femeile trecute de 65 de ani au HTA, 37% din bărbați și 26% din femei au boală coronariană, 11% din bărbați și 12% din femei au astm bronșic, 11% din bărbați și 12% din femei au BPOC, 24% din bărbați și 19% din femei au cancer, 19% din bărbați și 17% din femei au diabet zaharat, 43% din bărbați și 54% din femei au artroze și artrite. De aici reiese că pacienții trecuți de 65 de ani sunt foarte bolnavi, unii dintre ei având chiar mai multe boli.

Dar creșterea cea mai vizibilă a înregistrat-o obezitatea, care reprezintă un factor de risc pentru alte multe boli, cardiace și metabolice. De exemplu, dacă în 1980, în SUA, obezitatea avea o prevalență de 15%, în 2008 ajunsese la 35%. În Mexic obezitatea are o prevalență de 31,9%, în Argentina de 29,6%, iar în Brazilia de 18,7%.

În pofida progreselor incontestabile ale medicinei contemporane, bolile cronice au înregistrat o creștere evidentă. De exemplu, în anul 1995 în SUA erau 120 de milioane de bolnavi cronici, în anul 2000 erau 125 de milioane, în 2010 erau 140 de milioane și se apreciază că în 2020 vor fi 157 de milioane de bolnavi cronici.

Adresă de corespondență:

Prof. As. Dr. Adrian Restian, Catedra de MF, IOMC „Alfred Rusescu”, Bdul Lacul Tei nr. 120, sector 2, București
e-mail: restian2003@yahoo.com

Unii cercetători ar putea pune această creștere pe seama îmbătrânirii populației, ceea ce este numai în parte adevărat, deoarece bolile cronice au crescut și la copii. Astfel, obezitatea, care avea în 1965 o frecvență de 5%, a crescut în 2004 la 18%. Iar HTA, care era în 1994 de 2%, și preHTA de 6,5%, au crescut în 2000 la 2,5% și, respectiv, de 8,5%, iar în 2006 la 3% și respectiv 9%. Nu mai vorbim de faptul că tulburările psihice au crescut foarte mult la copii, dintre care trebuie remarcat ADHD, autismul și tulburările de comportament, care domină patologia psihică a copiilor.

În această situație evident că cheltuielile cu bolile cronice au crescut și ele foarte mult. Numai pentru tratamentul HTA s-au cheltuit în 2009 în SUA peste 54 de miliarde de dolari.

În aceste condiții este evident că bolile cronice au o importanță deosebită pentru sistemele de sănătate, care nu mai pot susține costurile foarte mari, precum și pentru medicii practicieni, care vor trebui să-și intensifice eforturile de prevenție primară a acestor boli prin sesizarea și combaterea factorilor de risc și modificarea stilului de viață. Și pentru că bolile cronice apar totuși la un moment dat, ei vor trebui să-și intensifice măsurile de prevenție secundară, de depistare precoce și de tratament, în vederea prevenirii complicațiilor și a invalidităților, extrem de costisitoare.

Bolile cronice au o importanță deosebită nu numai prin prisma caracterului lor extensiv, ci și din cauza complicațiilor pe care le produc, precum și a faptului că majoritatea urgențelor medico-chirurgicale, cum ar fi infactul miocardic, accidentele vasculare cerebrale, hemoragiile digestive, ocluziile intestinale, retenția acută de urină, encefalopatia hipertensivă și comele sunt, de fapt, complicațiile unor boli cronice. De aceea, majoritatea consultațiilor și internărilor în spital sunt reprezentate de complicațiile tardive și de multe ori ireversibile ale bolilor cronice.

Particularitățile bolilor cronice. Bolile cronice se deosebesc de bolile acute și de bolile infecțioase. Spre deosebire de bolile infecțioase, care au o etiologie mult mai clară și un tratament specific, bolile cronice și degenerative au o etiologie mult mai vagă, în care intervin o mulțime de factori de risc, foarte răspândiți și foarte greu de influențat. De aceea, în bolile cronice nu dispunem încă de un tratament etiologic, ci doar de un tratament patogenetic, care trebuie administrat de obicei un timp foarte îndelungat și care în cele mai multe cazuri nu duce la vindecarea bolii, ci doar la încetinirea evoluției, la prevenirea complicațiilor și la ameliorarea manifestărilor clinice, ceea ce reprezintă totuși un mare succes.

Spre deosebire de bolile infecțioase, cu care erau confrunțați bunicii noștri și care au o etiologie monofactorială, bolile cronice degenerative au o etiologie plurifactorială. Ele sunt determinate de niște factori de risc, foarte răspândiți și de multe ori neinfluențabili. Pe de altă parte, bolile cronice au o evoluție foarte îndelungată și de multe ori asimptomatică, ceea ce face foarte dificilă diagnosticarea lor în fazele de debut, înainte de a produce tulburări ireversibile. În toată această perioadă, bolile cronice au o evoluție extensivă, adică afectează tot mai grav structurile organismului, cuprinzând și alte organe și determinând apariția altor boli. Evoluția extensivă poate duce la fragilizarea organismului, la creșterea vulnerabilității sale, la apariția unor complicații și chiar a altor boli, care pot să afecteze foarte grav calitatea vieții, să ducă la apariția unor invalidități și să pună în pericol chiar viața bolnavului.

Istoria naturală a bolilor cronice. Foarte multe boli cronice, cum ar fi ateroscleroza, hipertensiunea arterială, boala Alzheimer, boala cronică de rinichi, hepatita cronică și cancerul, au o evoluție foarte îndelungată, care se întinde de-a lungul mai multor decenii și reprezintă de fapt o adevărată istorie naturală a acestor boli. De aceea fiecare bolnav cu boală cronică are istoria lui.

De exemplu, istoria naturală a ateroscleorzei începe încă din copilărie, pe fondul tulburărilor genetice ale metabolismului lipidic, așa cum se întâmplă în cazul hiperlipidemiilor familiale, precum și a altor predispoziții genetice. În această perioadă poate să apară o infiltrație lipidică a endoteliului vascular, la care se adaugă treptat și alți factori de risc, cum ar fi alimentația hipercalorică a copilului, apoi fumatul, consumul de alcool, anticoncepționalele, stresul, sendentismul, iar mai târziu hipertensiunea arterială și diabetul zaharat.

În tot acest timp, de la infiltrația lipidică a peretelui arteriolar se ajunge treptat la niște plăci fibroase, care vor îngusta lumenul arterial. Iar atunci când îngustarea lumenului arterial al coronarelor, al arterelor cerebrale sau al arterelor periferice depășește 75%, ceea ce se întâmplă foarte târziu, după 30-40-50 de ani de la debutul bolii, încep să apară primele semne clinice de boală.

Același lucru se întâmplă și în cazul diabetului zaharat. Așa se face că atunci când depistăm de fapt un bolnav cu diabet zaharat, mai mult de jumătate din celulele beta-pancreatice sunt deja distruse, așa încât el va avea nu numai o hiperinsulinemie determinată de rezistența receptorilor insuliniici, ci și o lipsă de insulină necesară desfășurării metabolismului glucidic.

Evoluția aceasta extrem de îndelungată a bolilor cronice reprezintă de fapt istoria naturală a luptei dintre mecanismele de apărare ale organismului cu factorii de risc, care dacă nu atacă direct, cel puțin suprasolicită mecanismele de apărare ale organismului, acestea nereușind din păcate să facă față foarte mult timp, deoarece ele însele au anumite limite și chiar anumite imperfecțiuni.

Limitele și imperfecțiunile organismului uman.

Desigur că mecanismele de apărare ale organismului sunt foarte eficiente și reușesc să facă față nenumăraților factori patogeni, factori de risc și factori perturbanți. În acest sens, Walter Cannon, care a introdus în 1935 termenul de homeostazie, vorbea chiar de o înțelepciune a organismului. Dar deși mecanismele de apărare ale organismului sunt foarte eficiente, ele au totuși anumite limite și anumite imperfecțiuni.

De exemplu, deși stresul reprezintă un mijloc foarte important de apărare al organismului, el poate deveni uneori un adevărat factor de risc pentru bolile cardiovasculare, pentru unele boli nervoase sau pentru unele boli digestive. În cazul unor evenimente acute, reacția de stres reușește să mobilizeze forțele organismului pentru a depăși evenimentele respective. Dar dacă stresul se prelungeste foarte mult, se poate ajunge în faza de epuizare a organismului și, dintr-un mijloc de apărare, el poate deveni un factor de risc. Pe de altă parte, stresul are și niște imperfecțiuni, deoarece acționează prin sacrificarea homeostaziei organismului. Pentru a putea face față solicitărilor, stresul crește tensiunea arterială, ritmul cardiac, glicemia, lipemia, hormonii catabolici, cum ar fi catecolaminele și cortizonul, și scade hormonii anabolici, cum ar fi testosteronul și insulina. Dacă evenimentul stresant se prelungeste foarte mult, așa cum se întâmplă de multe ori în cazul stresului psihosocial, organismul intră într-o fază de epuizare și de multe ori nici după trecerea evenimentului stresant el nu mai poate aduce înapoi homeostazia la valorile sale inițiale, astfel că stresul va contribui la apariția unor boli cronice, de exemplu HTA și ulcerul gastro-duodenal.

Pe de altă parte, nici un eveniment nu este stresant prin el însuși, ci prin calitatea de factor stresant pe care i-o acordă organismul uman. De aceea oamenii reacționează foarte diferit la același eveniment. Iar unii au imperfecțiunea, ca spunem așa, de a reacționa exagerat la evenimentele din mediu. De aceea se impune o mai bună gestionare a stresului pentru prevenirea bolilor cronice.

Dar pe lângă stresul psihic, un rol deosebit în apariția bolilor cronice îl are și stresul oxidativ,

deoarece aproximativ 2% din oxigenul inhalat este transformat în radicali liberi de oxigen. Deși au o viață foarte scurtă, radicalii liberi de oxigen reușesc să distrugă structurile biologice foarte importante, cum ar fi membranele celulare și ADN-ul. Deoarece radicalii liberi, care apar în mod obișnuit în procesele metabolice, sunt foarte periculoși, organismul dispune de o serie de mecanisme de apărare împotriva radicalilor liberi, cum ar fi glutatationul, superoxid-dismutaza, coenzima Q 10 și altele. Cu toate acestea, radicalii liberi de oxigen reușesc să producă o serie de tuburări, care pot duce la o serie întreagă de boli, cum ar fi cancerul. De aceea este foarte importantă administrarea de factori antioxidanți prezenți în unele alimente, cum ar fi betacarotenii, polifenolii, coenzima Q 10, vitaminele C și E, resveratrolul, seleniul și altele.

Același lucru se poate spune și despre reacția inflamatorie, care, deși reprezintă și ea un mijloc de apărare a organismului, în anumite situații poate deveni un factor patogen, așa cum se întâmplă în ateroscleroză, în care întreține și accentuează fenomenele patologice. Și probabil că acțiunea favorabilă a statinelor în bolile cardiovasculare se datorează mai mult efectelor lor antiinflamatorii, decât efectelor lor colesterolemizante.

Reacția inflamatorie mobilizează la locul în care apar anumite leziuni, fie ele și minore, cum ar fi infiltrarea lipidică a endoteliului arteriolar, o serie întreagă de substanțe și de celule care caută să elimine factorul patogen și să repare leziunile. Dacă nu reușește să elimine factorii patogeni, așa cum se întâmplă în cazul infiltrării cu lipide a endoteliului arterial, reacția inflamatorie caută să izoleze factorii respectivi dând naștere unui granulom, ca în unele forme de tuberculoză sau în infecțiile dentare apicale. Uneori această reacție de izolare a factorului patogen poate să dea naștere unor tuburări foarte importante, deoarece placa de aterom care ia naștere în urma unui proces inflamator ajunge să obstrueze lumenul arterial, dând naștere la infarcturi în zonele vitale ale organismului.

În sfârșit, un rol deosebit în apariția bolilor cronice îl poate avea sistemul imunitar, care deși are rolul de a proteja structurile organismului, de multe ori produce el însuși anumite îmbolnăviri, așa cum se întâmplă în bolile autoimune.

Așa se face că dacă ascultăm atent povestea unui pacient, putem descoperi în ea istoria naturală a unor boli, care poate începe încă de la bunicii și părinții săi. Apoi putem descoperi modul în care au apărut primii factori de risc, modul în care ei s-au înmulțit. Putem constata că pacientul a avut o alimentație necorespunzătoare,

faptul că el a avut o profesie sedentară și dificilă, modul în care el a devenit șomer, stresurile pe care le-a suferit, modul în care pacientul a cultivat el însuși anumiți factori de risc, cum ar fi fumatul, consumul exagerat de alcool sau alimentația necorespunzătoare. Astfel, ne putem explica cauza bolii sale, putem descoperi anumiți factori de risc, care au suprasolicitat mecanismele de apărare ale organismului, putem descoperi limitele acestor mecanisme, pe care va trebui să le influențăm, pentru a putea încetini evoluția bolii și apariția complicațiilor.

Caracterul plurifactorial al bolilor cronice. Spre deosebire de bolile infecțioase, care au o etiologie monofactorială, ceva mai ușor de depistat, așa cum se întâmplă în cazul unei pneumonii, a unei diarei infecțioase, a unei infecții urinare sau a unei otite acute, bolile cronice au o etiologie plurifactorială reprezentată de niște factori de risc. De aceea, spre deosebire de bolile infecțioase, în care intervin diferiți factori virotici sau microbieni, în bolile cronice intervin o serie întreagă de factori de risc interni, cum ar fi factorii genetici, vârsta și sexul și o serie întreagă de factori de risc externi, de exemplu alimentația necorespunzătoare, consumul crescut de lipide, consumul crescut de sare, consumul exagerat de alcool, fumatul, sedentarismul, stresul, expunerea prelungită la soare și altele.

În majoritatea cazurilor factorii de risc extern se întrepătrund cu factorii de risc interni și în primul rând cu factorii genetici, care reprezintă o predispoziție a pacientului pentru o anumită boală, așa cum se întâmplă în HTA. De exemplu, antecedentele familiale cresc riscul de HTA. Dacă un singur părinte a avut HTA, atunci riscul urmașilor de a face HTA este de 28%, iar dacă ambii părinți au avut HTA, atunci riscul urmașilor de a face HTA este de 46%. Această predispoziție genetică are o bază moleculară reprezentată, spre exemplu, de modificările genei care codifică sinteza angiotensinogenului.

De asemenea, în diabetul zaharat s-a constatat că peste 50% dintre bolnavi au antecedente familiale. În etiopatogenia BPOC s-a descris deficitul de alfa-1-antitripsină, care ar trebui să distrugă proteazele microbiene.

Pe lângă factorii genetici, care determină terenul și predispun organismul la o anumită boală, în bolile cronice intervin o mulțime de factori de risc externi, care exploatează tocmai predispoziția organismului pentru boala respectivă.

De exemplu, în HTA, pe lângă factorii genetici, mai intervin și o serie de factori de risc externi, cum ar fi consumul crescut de sare sau de alcool, fumatul, sedentarismul, obezitatea și stresurile psihice.

În apariția diabetului zaharat, pe lângă factorii genetici, mai intervin și o serie de factori nutriționali, cum ar fi consumul excesiv de glucide rafinate, care suprasolicitează secreția de insulină, sedentarismul și obezitatea care, prin secreția de rezistină, scade sensibilitatea receptorilor insuliniici, contribuind astfel la apariția diabetului zaharat.

De asemenea, în apariția cancerului de sân, pe lângă mutația genelor BRCA 1 și 2, intervine o serie întreagă de factori de risc, cum ar fi nealimentarea la sân a copiilor, expunerea prelungită la radiațiile solare, alimentația hiperlipidică, stresurile psihice, depresia psihică și alți factori de risc.

De remarcat că genele BRCA 1 și 2 nu intervin direct în apariția cancerului de sân. Rolul genei BRCA 1 este acela de a repara deteriorările ADN, produse, spre exemplu, de radiațiile solare sau de stresul oxidativ. Iar faptul că mutația ei crește riscul de apariție a cancerului de sân până la 85% arată cât de frecvente sunt deteriorările ADN tocmai de către factorii de risc extern, cum ar fi stresul oxidativ și radiațiile solare.

În sfârșit, trebuie remarcat faptul că acumularea mai multor factori de risc crește foarte mult riscul de apariție a bolii respective. De exemplu, cumularea a doi factori de risc crește de patru ori riscul de a face boala, iar cumularea a trei factori de risc crește de 9 ori riscul de a face boala, ceea ce subliniază importanța depistării și combaterii factorilor de risc.

Evoluția asimptomatică a bolilor cronice. Prevalența bolilor cronice este mult mai mare decât cea pe care o cunoaștem noi în realitate, deoarece patologia umană este ca un aisberg, aflat mai mult sub apă decât la vedere. Diabetologii spun că în spatele unui diabetic cunoscut se află cel puțin un diabetic necunoscut. Iar acest lucru este valabil și pentru celelalte boli cronice.

Cercetările de epidemiologie a hipertensiunii arteriale au arătat că mai mult de jumătate din hipertensivii descoperiți nu știau că au hipertensiune arterială, adică erau necunoscuți în momentul depistării. Acest lucru este valabil nu numai în HTA, ci și în dislipidemie, în diabetul zaharat, în osteoporoză, în boala Alzheimer, în cancer, în hepatita cronică, în insuficiența renală cronică, în aneurismele vasculare și multe altele.

De exemplu, depunerile de proteină tau în neuroni și de beta-amiloid în rețelele neuronale pot să preceadă cu zeci de ani manifestările clinice ale bolii Alzheimer. Același lucru se întâmplă și în cancer, în care celula mutantă poate să apară cu zeci de ani înainte de apariția manifestărilor clinice ale cancerului. Mai întâi trebuie

să apară o mutație care să scoată celula de sub controlul diviziunii celulare, dar și de sub controlul sistemului imunitar, care de cele mai multe o depistează și o distruge. Numai 10% din cancere sunt moștenite genetic, restul de 90% sunt dobândite, dar ar putea fi și evitate, prin evitarea factorilor de risc. O serie întregă de factori cancerigeni, prezenți în alimentație, în fumul de țigară, în radiațiile ionizante și în radiațiile solare determină într-un fel sau altul activarea unor gene oncogene sau inhibarea unor gene antioncogene, care nu au apărut pentru a produce cancerul, ci ca să controleze diviziunea celulară, sau repararea ADN, așa cum se întâmplă în cazul genelor BRCA1 și 2, incriminate în apariția cancerului de sân.

Modificarea unor gene care intervin în controlul diviziunii celulare sau al reparării ADN va putea favoriza apariția unor celulele mutante care scapă de sub controlul organismului și al sistemului imunitar. Treptat, apare în organism o clonă care favorizată și de alte mutații. Treptat clona se va dezvolta și va da naștere, după o lungă perioadă de timp, care se desfășoară asimptomatic, unei tumori. De aceea tumora pe care o depistăm noi astăzi a apărut cu mulți ani înainte și evoluția ei ar fi putut fi evitată dacă, utilizând markerii pe care îi avem astăzi la dispoziție, am fi depistat-o din timp.

Caracterul progresiv al bolilor cronice. Marea problemă a bolilor cronice și degenerative este reprezentată nu atât de faptul că ele apar, ci de faptul că evoluează progresiv. Chiar dacă ele interesează la început un singur organ, dată fiind legătura indisolubilă dintre diferitele organe, care depind unele de altele și se influențează reciproc, cu timpul ele reușesc să cointerezeze tot mai multe organe.

Ateroscleroza începe mai întâi cu o infiltrație lipidică, apoi evoluează spre o placă aterosclerotică, care obstruează încet, încet lumenul arterial. Cancerul începe cu o celulă mutantă, care scapă de sub control, care dă naștere la o clonă, care, favorizată și de alți factori de risc, dă naștere treptat la o tumoră. Iar tumora va da naștere la metastaze care vor invada apoi tot organismul.

Același lucru se întâmplă și în poliartrita reumatoidă, care apare mai întâi discret la articulațiile mâinilor și evoluează treptat spre anchiloză și deformarea articulațiilor până la invaliditate. De aceea, tratamentul bolilor cronice are ca scop oprirea sau cel puțin încetinirea proceselor patologice, care au tendința de a prinde cât mai multe aparate și organe.

Evoluția extensivă a bolilor cronice. Pe lângă caracterul progresiv, bolile cronice mai au și un caracter extensiv. Prin prisma legăturilor indi-

solubile dintre organe, bolile nu se opresc de obicei la organul în care au apărut. Ele nu numai că afectează tot mai profund organul respectiv, dar au și tendința de a prinde și alte organe. De exemplu, HTA nu se rezumă la sistemul arterial, ci afectează cu timpul și inima, și rinichiul, și ochiul, și creierul. Diabetul zaharat poate interesa prin afectarea sistemului arterial aproape toate organele. Boala cronică de rinichi poate afecta paratiroidele și sistemul osos. Insuficiența cardiacă poate duce, prin staza hepatică, la apariția cirozei. Pe de altă parte, hipertensiunea porto-cavă poate duce la apariția varicelor esofagiene. Spondiloza cervicală poate determina, prin afectarea arterelor bazilare, apariția unei insuficiențe vertebro-bazilare. Poliartrita reumatoidă poate afecta, pe lângă articulații, și organele interne, de exemplu inima. Bolile inflamatorii intestinale pot afecta și ele organele interne și așa mai departe.

Favorizarea apariției altor boli. Pe lângă implicarea în cadrul procesului patologic a altor aparate și organe, bolile cronice pot favoriza apariția altor boli. De aceea, unele boli cronice, cum ar fi obezitatea, diabetul zaharat și HTA, sunt considerate ca factori de risc pentru apariția altor boli, cum ar fi cardiopatia ischemică și insuficiența circulatorie cerebrală. Existența HTA crește de 2,4 ori riscul de apariția a cardiopatiei ischemice, deoarece stresul mecanic determinat de HTA poate determina leziuni endoteliale, creșterea permeabilității endoteliului vascular, creșterea agregării plachetare, proliferarea celulelor musculare netede, care contribuie la accentuarea procesului de ateroscleroză. HTA poate contribui la apariția accidentelor cerebrale, a demențelor vasculare, dar și a bolii Alzheimer.

Obezitatea poate crește colesterolemia și lipemia, care pot accentua procesul de ateroscleroză. Obezitatea poate favoriza apariția unor artoze, așa cum ar fi coxartrozele și gonartrozele. Obezitatea abdominală se află la baza sindromului metabolic implicat în apariția diabetului zaharat și a cardiopatiei ischemice. Dar diabetul zaharat poate favoriza și el apariția altor boli, cum ar fi cardiopatia ischemică, infecțiile urinare și infecțiile cutanate.

Comorbiditatea bolnavilor cronici. Din cauza evoluției foarte îndelungate, a caracterului progresiv și extensiv al bolilor cronice, precum și a favorizării apariției altor boli, bolnavii cronici au de obicei mai multe boli. De exemplu, bolnavul de HTA poate avea în același timp și o cardiopatie ischemică, o insuficiență cardiacă, un glaucom și un adenom de prostată. Sau bolnavul cu diabet poate avea în același timp și o cardiopatie ischemică, o pielonefrită cronică, o lombosciatică

și o hernie inghinală. Sau un bolnav cu astm bronșic poate avea o urticarie, o spondiloză cervicală și o cataractă.

În general, un pacient trecut de 60 de ani are în același timp 4-5 boli. De aceea, medicul de familie trebuie să efectueze o consultație integrală a bolnavului pentru a putea descoperi toate bolile de care suferă bolnavul. Pe de altă parte, medicul de familie trebuie să efectueze o sinteză diagnostică și terapeutică a bolnavului, pentru a stabili o ierarhie a bolilor și strategii terapeutice în funcție de toate bolile de care suferă bolnavul. Pentru că altfel se tratează o HTA la un diabetic sau la un bolnav cu insuficiență renală cronică. De asemenea, altfel se tratează o BPOC la un bolnav cu insuficiență cardiacă și așa mai departe.

Necesitatea abordării integrale a bolnavilor cronici. Din cauza evoluției extensive și al debutului lent cu o simptomatologie nespecifică, pacientul trebuie abordat integral, deoarece simptomele nespecifice ar putea apărea în multe boli, aparținând de diferite specialități. De exemplu, o amețeală ar putea fi expresia unei HTA, a unei anemii, a unei tumori cerebrale sau a unei spondiloze cervicale. Dispneea ar putea fi expresia unei insuficiențe cardiace, a unui emfizem pulmonar sau a unei bronhopatii cronice obstructive. Durerea lombosciatică ar putea fi expresia unei hernii de disc, dar și a unei neuropatii diabetice și așa mai departe.

De aceea, pentru a putea descoperi cât mai precoce o boală cronică, medicul de familie trebuie să realizeze o abordare integrală a bolnavului. El ar trebui să facă un diagnostic diferențial al simptomelor nespecifice pe care le prezintă bolnavul.

Complicațiile bolilor cronice. Atât din cauza evoluției progresive, care afectează tot mai profund organele respective, cât și a evoluției extensive, care prinde în procesul patologic și alte organe, bolile cronice pot duce cu timpul la apariția unor complicații foarte grave și de multe ori chiar a unor urgențe medico-chirurgicale.

Chiar și atunci când evoluează asimptomatic, cu o simptomatologie minoră sau cu o simptomatologie nespecifică, bolile cronice pot duce la apariția unor complicații. De fapt, bolile cronice pun probleme deosebite tocmai prin complicațiile pe care le produc. Majoritatea consultațiilor și a internărilor în spital sunt determinate tocmai de complicațiile bolilor cronice.

De exemplu, bolnavul hipertensiv apelează la medic mai ales din cauza complicațiilor pe care HTA le produce la un moment dat, după o evoluție asimptomatică foarte îndelungată. Chiar și atunci când evoluează asimptomatic, HTA

poate afecta inima, rinichiul și creierul, ducând la apariția unor complicații foarte grave, cum ar fi insuficiența cardiacă stângă, boala coronariană, anevrismul de aortă, artemiile cardiace, tulburările de circulație cerebrală, nefroangioscleroza și insuficiența renală cronică.

Și alte boli cronice, cum ar fi bronhopneumopatia cronică obstructivă, se pot complica cu emfizemul pulmonar, cu pneumonii, cu embolii pulmonare, cu insuficiență cardiacă, cu cord pulmonar cronic și cu insuficiență respiratorie cronică.

Astmul bronșic se poate complica cu emfizemul pulmonar, cu hipertensiunea pulmonară și cu insuficiența cardiacă. Iar tratamentul cu hormoni corticoizi al astmului bronșic poate duce la apariția unui sindrom Cushingoid și a unei osteoporoze.

Cancerul pulmonar se poate complica cu pleurezii, pneumonii, sindrom de venă cavă superioară și paralizia nervului frenic. Boala de reflux gastro-esofagian se poate complica cu stricturi esofagiene, cu sindromul Barrett și cu adenocarcinom esofagian. Hepatita cu virus B poate duce la apariția cirozei hepatice și a unui cancer hepatic. Ulcerul gastric se poate complica cu o stenoză gastrică.

Boala Crohn se poate complica cu un sindrom de malabsorbție. Colita ulceroasă crește riscul de cancer de colon. Pancreatita cronică se poate complica cu un diabet zaharat, sindrom de malabsorbție, ulcer peptic și cancer de pancreas. Prin creșterea presiunii portale, ciroza hepatică poate duce la apariția varicelor esofagiene. Prin tulburarea metabolismului proteic poate apărea o encefalopatie porto-cavă, un sindrom hepato-renal, un sindrom hepato-pulmonar și tromboze venoase.

Glomerulopatiile, nefropatiile vasculare, pielonefritele cronice pot duce la insuficiența renală cronică. Litiiza renală poate favoriza apariția unei infecții urinare și a unei hidronefroze. Insuficiența renală cronică se poate complica cu HTA, cu pericardită, cu anemie, din cauza scăderii sintezei de eritropoetină, cu o neuropatie periferică, cu encefalopatie uremică, cu tulburări în metabolismul mineral, cu osteodistrofie renală, cu intoleranță la glucoză, cu tulburări de coagulare, din cauza disfuncției plachetare, cu tulburări hidroelectrolitice, cu insuficiență cardiacă etc.

Obezitatea poate determina apariția unor complicații cardiovasculare, cum ar fi HTA, cardiopatia ischemică, insuficiența cardiacă, varice ale membrelor inferioare, ulcerele varicoase, tromboflebitele, unor complicații respiratorii, cum ar fi tulburarea ventilației pulmonare, alte-

rarea schimburilor gazoase, sindromul de apnee în somn, unor complicații metabolice, cum ar fi diabetul zaharat, dislipidemiile, hiperuricemia, unor complicații digestive, cum ar fi litiaza biliară, statoza hepatică, refluxul gastro-esofagian, unor complicații osteo-articulare, cum ar fi coxartroza, gonartroza, spondiloza lombară, tendinitele, talalgiile și a unor complicații cutanate, cum ar fi vergeturile, exemele și intertrigo.

Diabetul zaharat poate determina apariția unor micoangiopatii diabetice, cum ar fi nefropatia diabetică, retinopatia diabetică, neuropatia diabetică și a unor macroangiopatii diabetice, cum ar fi miocardipatia diabetică, angiopatia cerebrală, arteriopatia membrelor inferioare, gangrena diabetică, piciorul diabetic, dermatopatia diabetică. Diabetul zaharat se poate complica cu diferite infecții cutanate, urinare și buco-dentare.

Osteoporoza se poate complica cu fracturi de col femural și cu fracturi vertebrale. Sindromul Cushing, de hipercorticism, caracterizat de o obezitate ginoidă, cu pierderea masei musculare, hirsutism, vergeturi, osteoporoză și HTA, se poate complica cu diabetul zaharat, cu necroză aseptică a capului femural, cu litiază renală și cu psihoze. Boala varicoasă poate duce la apariția unor tromboflebite, a unor dermatite, a unor ulcerații și a unor fistule trenante.

Foarte multe boli cronice, cum ar fi lupusul eritematos sistemic și sclerodermia, se pot complica cu miocardite și pericardite. Poliartrita reumatoidă și spondilita anchilozantă se pot complica cu miocardite și valvulite. Distrofiile musculare se pot complica cu miocardite. Acromegalia se poate complica cu o cardiomegalie și așa mai departe.

Bolile cronice pot determina apariția unor urgențe medico-chirurgicale. Pe lângă complicațiile care evoluează mai lent, bolile cronice pot determina apariția unor urgențe medico-chirurgicale. De multe ori debutul unui boli cronice se poate face tocmai printr-o urgență medicală.

Astfel, o HTA poate determina o encefalopatie hipertensivă, o hemoragie cerebrală, o ischemie cerebrală sau un infarct miocardic. Cardiopatia ischemică poate determina o angină pectorală sau un infarct miocardic.

Boala ulceroasă se poate complica cu hemoragie digestivă superioară, cu perforație digestivă și cu stenoză pilorică. Boala Crohn se poate complica cu un abces abdominal, cu ocluzie intestinală și cu fistule. Colita ulceroasă se poate complica cu un megacolon toxic cu evoluție severă. Diabetul zaharat poate determina o comă cetoacidotică, o comă hiperosmolară

sau o comă hipoglicemică. Ciroza hepatică poate determina o ruptură a vericelilor esofagiene sau o encefalopatie porto-cavă.

Un cancer de colon poate determina o ocluzie intestinală. Litiaza renală poate determina o colică renală. Adenomul de prostată poate determina o retenție acută de urină. Un glaucom poate declanșa o criză de glaucom. Alcoolismul cronic poate determina o criză de delirium tremens. O anxietate cronică poate determina un atac de panică și așa mai departe.

Urgențele se pot complica și ele. Dată fiind legătura indisolubilă dintre diferitele organe, care se influențează reciproc, o urgență medicală se poate complica și ea, la rândul ei, cu alte fenomene patologice.

De exemplu, un infarct miocardic se poate complica, la rândul lui, cu diferite tulburări de ritm, ventriculare sau supraventriculare, cu insuficiență ventriculară acută, cu ruptură de mușchi papilar, cu ruptură de miocard, cu șoc cardiogen, cu anevrism ventricular stâng și cu pericardită. Fibrilația ventriculară se poate complica cu un AVC și așa mai departe.

Nicio boală nu interesează o singură specialitate. Dată fiind această întrepătrundere a diferitelor aparate și organe în evoluția procesului patologic, nici o boală nu aparține unei singure specialități. HTA nu interesează numai pe cardiolog, ci și pe neurolog, pe oftalmolog și pe nefrolog. Cardiopatia care se dezvoltă pe fondul unei ateroscleroze este rezultatul unor tulburări ale metabolismului lipidic, a unor tulburări endocrine și a unor tulburări privind procesul inflamator. De aceea, cardiopatia ischemică nu interesează nici ea numai pe cardiolog, ci și pe nutriționist și pe endocrinolog. Diabetul zaharat nu interesează numai pe diabetolog, ci, prin complicațiile sale extrem de numeroase, și pe cardiolog, pe neurolog, pe oftalmolog, pe nefrolog și chiar pe chirurg. Osteoporoza nu interesează numai pe endocrinolog, ci și pe reumatolog, pe ortoped, pe neurochirurg și pe kinetoterapeut. Hepatita cronică nu interesează numai pe hepatolog, ci și pe infecționist.

Această interdependență pluridisciplinară subliniază necesitatea consulturilor interdisciplinare, dar mai ales importanța unei abordări sistematice a pacientului de către medicul practician.

Apariția unor invalidități. Complicațiile, dar mai ales urgențele medico-chirurgicale determinate de bolile cronice pot duce la creșterea mortalității și la apariția unor invalidități. De exemplu, ateroscleroza coronariană poate duce, prin ocluzia lumenului arterial, la apariția unui infarct miocardic, care poate duce la rândul lui la tulburări de ritm și la insuficiență cardiacă.

Tulburările microvasculare din diabetul zaharat pot duce la instalarea insuficienței renale cronice, iar, prin retinopatia diabetică, la pierderea vederii. Iar tulburările macrovasculare din diabetul zaharat pot duce la apariția unor necroze tisulare, care să impună amputarea membrului inferior.

HTA poate duce, prin favorizarea unui accident cerebral, la instalarea unei hemiplegii sau chiar la decesul pacientului. Poliartrita reumatoidă poate duce la apariția unor anchiloze ireversibile și așa mai departe.

Posibilitățile de prevenire a complicațiilor bolilor cronice. Deși depistarea și tratamentul bolilor cronice este o activitate foarte dificilă, totuși medicul practician dispune de anumite posibilități care ar putea duce la reducerea morbidității, a complicațiilor, a invalidităților și a mortalității precoce produse de aceste boli.

Prin prisma faptului că bolile cronice nu sunt produse de niște factori monocauzali, ci de o mulțime de factori de risc, care sunt foarte răspândiți și uneori foarte greu de influențat, pentru a realiza o prevenție primară, medicul practician ar trebui să depisteze și să combată mai întâi factorii de risc implicați în procesul patologic. Apoi să asigure depistarea precoce a bolii, care totuși a apărut, și prevenirea complicațiilor foarte grave și invalidante ale HTA.

În acest sens trebuie reținut faptul că, prin intermediul unor măsuri simple și ieftine, cum ar fi modificarea stilului de viață și eliminarea unor factori de risc, se pot obține rezultate foarte importante în prevenirea și combaterea bolilor cronice.

Prevenirea complicațiilor HTA. Deoarece este una dintre cele mai frecvente boli cronice care poate afecta inima, rinichii și creierul, determinând complicații foarte grave și invalidante, medicul practician și societatea în general ar trebui să acorde o importanță mult mai mare prevenirii HTA și a complicațiilor sale.

Prevenirea HTA și a complicațiilor sale trebuie să înceapă cu depistarea și combaterea factorilor de risc, cum ar fi antecedentele familiale de HTA, vârsta, sexul, fumatul, consumul de alcool, alimentația necorespunzătoare, hipercalorică și hiperlipidică, consumul scăzut de fructe și legume, consumul crescut de sare, obezitatea, sedentarismul și stresul psiho-social, agitația, zgometul și altele.

Din păcate, unii din acești factori de risc, cum ar fi antecedentele familiale, vârsta și sexul nu pot fi influențați. Dar prezența lor ne poate determina să intensificăm activitatea de depistare și eliminare a celorlalți factori de risc, deoarece, prin cumularea lor, factorii de risc pot crește

foarte mult posibilitatea de apariție a complicațiilor.

Se știe, spre exemplu, că majoritatea complicațiilor apar din cauza faptului că pacienții au o complianță scăzută la tratament, că nu sunt combătuți factorii de risc, că bolnavii nu sunt tratați corect, că apare o disfuncție endotelială, că apare o dislipidemie sau un diabet zaharat ori alte boli concomitente, care contribuie la evoluția și la agravarea HTA.

De aceea, prima acțiune în vederea reducerii complicațiilor HTA este aceea de a depista și a combate factorii de risc și de a modifica în sens pozitiv stilul de viață al bolnavului.

Deoarece unul dintre factorii de risc foarte frecvenți în HTA este alimentația necorespunzătoare și obezitatea, se va acorda o importanță deosebită alimentației și scăderii greutateii corporale.

În acest sens, se va reduce consumul de sare sub 4 g/zi. Se va reduce rația calorică în vederea reducerii greutateii corporale, deoarece, după cum se știe, scăderea greutateii corporale poate duce la scăderea tensiunii arteriale. Desigur că ținta medicului practician ar fi aceea de a reduce IMC sub 25 kg/m² și circumferința abdominală sub 94 cm la bărbat și sub 80 cm la femei, ceea ce este de obicei foarte greu de obținut. Dar nu trebuie uitat faptul că o scădere cu 1% a greutateii corporale poate duce la scăderea cu 1 mmHg a tensiunii arteriale.

Pe de altă parte, se va crește consumul de fructe și legume, care prin aportul scăzut de calorii poate duce la scăderea masei corporale, iar prin aportul de kaliiu poate contribui la reducerea cu 4-8 mmHg a tensiunii arteriale la hipertensivi și cu 2 mmHg la indivizii normali.

De asemenea, una dintre măsurile foarte importante pentru combaterea complicațiilor bolilor cronice este reprezentată de combaterea sedentarismului, recomandându-se un exercițiu fizic moderat de cel puțin 30 de minute pe zi.

Efectele benefice ale exercițiului fizic se datorează scăderii greutateii corporale, prin creșterea consumului energetic și mai ales a consumului de lipide, prin scăderea nivelului de catecolamine, prin creșterea substanțelor vasodilatatoare, creșterea oxidului de azot și a endorfinelor, prin creșterea performanțelor cardiace, scăderea agregabilității plachetare și creșterea toleranței la stres.

Acest lucru se poate realiza prin plimbări scurte în timpul liber, prin mersul pe jos la serviciu, prin practicarea grădinăritului, a unor activități din gospodărie, prin practicarea unor sporturi, cum ar fi alergările ușoare, tenisul și excursiile săptămânale. De asemenea, elimina-

rea fumatului contribuie în mod evident la reducerea complicațiilor HTA, deoarece fumatul crește de 3 ori riscul de infarct și de AVC.

Deoarece stresul psihosocial are și el un rol deosebit în apariția și în evoluția HTA, care de multe ori nu poate fi evitat, este extrem de utilă gestionarea corectă a stresului. După cum se știe, stresul duce la o stimulare a sistemului simpatic, la creșterea hormonilor catabolici, de ACTH, de cortizol, de catecolamine și de aldosteron, care duc la o creștere HTA și a frecvenței cardiace. De aceea, mai buna gestionare a stresului poate contribui la prevenirea complicațiilor produse de HTA. În acest sens, se recomandă evitarea surselor de stres, evaluarea mai corectă a realității, reducerea nivelului de aspirație, evaluarea mai realistă a realității, reevaluarea scopurilor, prioritizarea sănătății, stabilirea unor alternative și așa mai departe.

Deoarece stresul nu poate fi complet evitat, este absolut necesară mai buna gestionare a stresului, pentru care se poate apela la diferite forme de psihoterapie, psihoterapia de susținere, psihoterapia cognitivă, psihoterapia comportamentală, tehnicile de relaxare, meloterapia și meditația.

Deoarece tratamentul HTA depinde atât de valorile tensiunii arteriale, cât și de prezența factorilor de risc și a unor boli asociate, medicul practician trebuie să evalueze corect fiecare bolnav în vederea alegerii unei strategii cât mai corecte, adaptate fiecărui bolnav.

După cum se știe, HTA este clasificată în funcție de valorile tensiunii arteriale, în prehipertensiune, în HTA ușoară 140-159/85-89 mmHg, medie 160-179/100-109 mmHg și HTA severă >180/>110 mmHg.

Dar dacă un pacient care are o tensiune ușoară prezintă mai mulți factori de risc sau alte boli asociate, cum ar fi diabetul sau cardiopatia ischemică, atunci el prezintă un risc cardiovascular crescut și va trebui tratat altfel decât un pacient care are aceleași valori tensionale, dar nu are și alți factori de risc sau alte boli asociate.

De aceea, pentru a reduce complicațiile HTA trebuie să se țină seama nu numai de valorile tensiunii arteriale, ci și de prezența factorilor de risc și a bolilor asociate.

În orice caz, un tratament corect al HTA poate duce la reducerea complicațiilor și a deceselor. Iar pentru a aplica un tratament corect în funcție de particularitățile bolnavului, pe lângă ameliorarea stilului de viață, adică pe lângă măsurile non-farmacologice, medicul trebuie să recurgă la medicamentele antihipertensive. În acest sens, medicul practician dispune astăzi de foarte

multe medicamente antihipertensive, de inhibitori ai enzimei de conversie, de blocanți ai receptorilor de angiotensină, de blocanți de calciu, de blocanți ai receptorilor beta-adrenergici, de diuretice și așa mai departe.

Iar studiile arată că utilizarea corectă a acestor medicamente poate duce la reducerea semnificativă a complicațiilor HTA. În acest sens, au apărut o serie de ghiduri. Unele ghiduri recomandă începerea tratamentului cu un inhibitor de enzimă de conversie, sau cu un blocant al receptorilor de angiotensină, sau cu un blocant de calciu, sau cu un diuretic tiazidic. Dacă nu se obțin rezultatele așteptate se recomandă adăugarea unui al doilea medicament, adică la inhibitorul de enzimă de conversie, sau la inhibitorul receptorilor de angiotensină, se poate adăuga un blocant de calciu sau un diuretic tiazidic. Iar dacă nici în acest caz nu se obțin rezultatele așteptate, atunci se poate administra o combinație de trei medicamente.

În orice caz, tratamentul corect poate duce la scăderea semnificativă a complicațiilor HTA. Astfel, studiul LIFE a arătat că tratamentul cu lorasartan al HTA poate duce la reducerea evenimentelor cardiace majore de la 27,9 la 1.000 de locuitori/an la 23,8 la 1.000 de locuitori/an. Iar studiul SCOPE a arătat că tratamentul cu candesartan a determinat scăderea evenimentelor cardiace majore cu 10,9% și AVC cu 24%, deoarece blocanții receptorilor AT1 au un efect protector asupra cordului, asupra rinichilor și asupra creierului.

Metodologia prevenirii complicațiilor bolilor cronice. Deoarece majoritatea bolilor cronice sunt determinate, ca și HTA, de niște factori de risc, deoarece majoritatea bolilor cronice au o evoluție asimptomatică foarte îndelungată și pot produce, în cele din urmă, niște complicații foarte grave, metodologia prevenirii și combaterii complicațiilor este foarte asemănătoare în toate bolile cronice.

În toate bolile cronice, depistarea și combaterea factorilor de risc reprezintă problema cea mai importantă. Deoarece primul lucru care poate fi constatat în istoria naturală a bolilor cronice este prezența unor factori de risc, medicul practician ar trebui să aibă o listă a principalilor factori de risc care intervin azi în majoritatea bolilor cronice. De exemplu, fumatul poate fi întâlnit atât în ateroscleroză, în cardiopatia ischemică, în endarterita obliterantă, cât și în cancer. Sedentarismul poate fi întâlnit atât în obezitate, cât și în HTA, în cardiopatia ischemică și chiar în boala Alzheimer. Stresul psihic poate fi întâlnit atât în HTA, în ulcerul gastric, cât și în aritmiile cardiace.

În acest sens, unii cercetători au întocmit o clasificare a principalilor factori de risc în funcție de mortalitatea pe care ei o produc. Pe primele locuri se situează fumatul, care determină un număr de 6 milioane de decese, apoi dieta săracă în fructe, care determină un număr de 5 milioane de decese, consumul de alcool – 5 milioane de decese, poluarea locuinței – 3,5 milioane, intoleranța la glucoză – 3,5 milioane, creșterea masei corporale – 3 milioane, poluarea mediului – 3 milioane, sedentarismul – 3 milioane, consumul crescut de sare – 2,5 milioane, creșterea colesterolului – 2 milioane, dieta săracă în vegetale – 2 milioane, dieta săracă în acizi grași esențiali – 1,5 milioane, obezitatea la copil – 1 milion, dieta bogată în alimente procesate – 1 milion, alimentația la sân suboptimală – 0,5 milioane.

Problema este foarte complicată, deoarece din această clasificare lipsesc unii factori, cum ar fi stresul psihic, iar pe primul loc al factorilor de risc se află HTA, cu aproape 10 milioane de decese. Dar HTA este produsă ea însăși de niște factori de risc. Astfel, factorii de risc se intrică foarte mult. Unii dintre ei produc anumite boli, apoi bolile respective reprezintă factori de risc pentru alte boli și așa mai departe. Dar în general există un număr de factori de risc fundamentali, care sunt întâlniți foarte frecvent în stilul de viață necorespunzător al omului contemporan, factori de risc care intervin în majoritatea bolilor cronice, care sunt reprezentați de alimentația incorectă, hipercalorică, hiperlipidică, săracă în fructe și legume, de chimizarea alimentelor printr-o mulțime de aditivi alimentari, de prepararea necorespunzătoare a alimentelor, de fumat, de consumul de alcool, de consumul crescut de sare, de sedentarism, de poluarea mediului înconjurător, de stresul psihosocial, de viața agitată și de factorii spirituali, care sunt de obicei ignorați.

De exemplu, deși cancerul are o patogenie imunogenetică, el este determinat de obicei de niște factori de risc externi, printre care pe primul loc se află alimentația necorespunzătoare. Numai 10% din cazurile de cancer sunt moștenite genetic, restul de 90% din cazuri sunt determinate de factori de risc externi, dintre care pe primul loc se află alimentația, fumatul și radiațiile solare și așa mai departe. În 35% din cazurile de cancer este incriminată dieta, care poate conține multe alimente cancerigene, cum ar fi produsele din carne, care acidifică mediul intern și care sunt acuzate în cancerul de colon, alimentele prăjite care conțin nitrozamine. În 30% din cazuri este implicat fumatul. În 10% sunt implicate radiațiile solare. În 7% din cazuri sunt implicate

virusurile cancerigene, cum ar fi virusul Burkitt și virusul Papiloma, care poate produce cancer de col uterin. În 4% din cazuri sunt implicați factorii cancerigeni de la locul de muncă. În 3% este implicat alcoolul, iar în 10% alți factori.

De aceea, chiar dacă bolnavul nu prezintă nici un simptom, acești factori de risc reprezintă un pericol real, deoarece în natură totul se plătește. Acești factori de risc trebuie eliminați din stilul de viață al omului contemporan, deoarece, în cazul în care pacientul nu cooperează, în funcție de predispoziția lui genetică și de configurația factorilor de risc, mai devreme sau mai târziu vor apărea anumite boli cronice.

După depistarea și combaterea factorilor de risc, medicul practician va trebui să depisteze prezența unor boli cronice asimptomatice sau cu o simptomatologie minoră. În acest sens, un rol deosebit îl are anamneza pacientului, vârsta lui, prezența unor simptome subiective mai vagi sau a unor semne obiective minore, cum ar fi scăderea apetitului, persistența unei oboseli cronice sau a unor stări de indispoziție, care ar putea sugera prezența unei hepatite cronice, a unei insuficiențe cardiace sau a unei insuficiențe renale.

În prezența unor suspiciuni sau la o anumită vârstă a pacientului, medicul practician va putea recurge la efectuarea unor investigații, cum ar fi electrocardiograma, spirometria și ecocardiografia și la căutarea unor markeri biologici, cum ar fi markerii genetici, pentru a depista prezența unor boli cronice asimptomatice.

Prelungirea duratei medii de viață sănătoasă. Dacă omul de Cro-Magnon trăia în medie 20 de ani, durata medie de viață a crescut treptat. Astfel, omul din perioada Renașterii trăia în medie 35 de ani. Străbunicii noștri, de prin 1850, trăiau în medie 49 de ani. Omul de astăzi trăiește în medie 75-80 de ani. Iar prin 2200 se prevede că omul va trăi peste 100 de ani. Dar creșterea spectaculară a duratei medii de viață este întovărășită din păcate de foarte multe boli. Am văzut că pacientul trecut de 65 de ani are în medie 4,5 boli cronice, precum și foarte multe invalidități, care îi afectează profund calitatea vieții. De aceea, scopul medicinei contemporane ar fi acela de a menține sănătatea omului o perioadă cât mai lungă de timp. Deocamdată, deși durata medie de viață a crescut până la 80 de ani, speranța de viață sănătoasă este în Suedia de 67,5 ani la bărbați și de 66,6 ani la femei. În Marea Britanie speranța de viață sănătoasă este de 64,8 ani la bărbați și de 66,2 ani la femei. În Italia este de 62,8 ani la bărbați și de 62,0 ani la femei. În Franța este de 63,1 ani la bărbați și de 64,2 ani la femei. În Spania este de 63,2 ani la

bărbați și de 62,9 ani la femei. Iar în Germania este de 58,8 ani la bărbați și de 58,4 ani la femei.

Pentru a putea prelungi speranța de viață sănătoasă, medicina va trebui să se îndrepte nu numai spre depistarea și combaterea factorilor de risc, pentru prevenirea și combaterea bolilor cronice, ci va trebui să se îndrepte și spre combaterea, sau cel puțin spre încetinirea, procesului de îmbătrânire.

Reducerea mortalității premature. Dacă apariția bolilor cronice poate duce la scăderea calității vieții, apariția complicațiilor poate duce nu numai la apariția unor invalidități, ci și la decesul, care ar putea fi prevenit, al unor bolnavi.

Foarte mulți bolnavi mor, din cauza complicațiilor bolilor cronice, sub vârsta de 50-60 de ani. Se apreciază că în lume mor în fiecare an peste 26 de milioane de indivizi trecuți de 60 de ani, din cauza unor boli cronice, iar 9 milioane de indivizi sub vârsta de 60 de ani mor în fiecare an din cauza bolilor cronice sau a complicațiilor lor. În total 60% din decese sunt determinate de bolile cronice și mai ales de complicațiile lor, care ar putea fi tratate sau prevenite.

După cum arată unii autori, cardiopatia ischemică determină pierderea a 15,9% din durata medie de viață, cancerul pulmonar determină pierderea a 6,6% din durata medie de viață, accidentul vascular determină pierderea a 4,3% din durata medie de viață, iar BPOC determină pierderea a 4,2% din anii durată medie de viață a bolnavului.

Cu măsuri simple și ieftine se pot obține rezultate foarte bune. După ce studiile de epidemiologie clinică de la Framingham au evidențiat rolul pe care îl au factorii de risc în apariția și în evoluția bolilor cronice, țările occidentale au început o activitate susținută de combatere a acestor factori, cum ar fi fumatul, consumul exagerat de alcool, sedentarismul și stresul psihic, pe care noi îi promovăm prin stilul nostru de viață necorespunzător. Această activitate de conștientizare și de combatere a factorilor de risc foarte răspândiți în rândul populației generale a dus la reducerea morbidității și a mortalității determinate de bolile cronice degenerative. Starea de sănătate din societatea occidentală s-a îmbunătățit nu numai datorită îmbunătățirii condițiilor de viață și a posibilităților de tratament, ci și datorită depistării și combaterii factorilor de risc. Aceasta l-a determinat Califano, care a fost ministrul sănătății pe vremea președintelui Nixon, să afirme că prin măsuri simple și ieftine se pot obține rezultate foarte bune.

Din păcate, societatea occidentală a evoluat, s-a mecanizat și s-a automatizat, aproape ex-

cesiv, ceea ce a dus la scăderea exercițiului fizic și la creșterea sedentarismului. Datorită mecanizării, automatizării și informatizării, omul contemporan depune astăzi un efort de 100 de ori mai mic decât bunicii noștri. Pe de altă parte creșterea productivității a dus la creșterea exagerată a consumului, inclusiv a celui alimentar. Alimentele sunt din ce în ce mai chimizate.

Omul contemporan a trecut într-un timp foarte scurt de la societatea modernă la societatea postmodernă, care nu mai respectă nicio regulă, care este nu este numai o societate a bunăstării, ci și o societate a desfătărilor, în care predomină plăcerea. De aceea noi asistăm astăzi nu numai la o revoluție alimentară, ci și la o revoluție sexuală, la o explozie informațională, care afectează starea de sănătate a omului contemporan, care din punct de vedere biologic nu s-a modificat foarte mult în ultimii 10.000 de ani. Omul de azi ar fi un fel de om de Cro-Magnon cu mașină și cu cravată, care mănâncă la grăbit la un fast food, o mâncare ultrachimizată și bea un suc obținut în laborator, care nu mai are absolut nimic natural, toate aromele de fructe fiind sintetizate. Uneori nici gustul dulce nu mai este dat de zahăr, care oricum nu ar fi bun, ci este dat de îndulcitori sintetici, care sunt și mai răi.

Toate acestea au dus la creșterea din nou a unor boli cronice. De exemplu, obezitatea a crescut vertiginos atât la adulți, cât și la copii. Iar obezitatea duce și ea la rândul ei la creșterea bolilor metabolice și a bolilor cardiovasculare.

De aceea, pentru a îmbunătăți starea de sănătate a populației este necesară o altă campanie de combatere a factorilor de risc. Deoarece omul postmodern se lasă foarte greu convins, au devenit necesare legi speciale pentru a reduce impactul factorilor de risc asupra populației, cum au fost legile de combatere a fumatului, creșterea accizelor la tutun și alcool, care nu au realizat însă mare lucru, deoarece românii consumă chiar și în vreme de criză mai mulți bani pe băuturile alcoolice decât pe sănătate.

Dificultățile prevenirii complicațiilor bolilor cronice. Deși prevenirea bolilor cronice este absolut necesară pentru a crește starea de sănătate a populației și pentru a ieftini cheltuielile sanitare, ea nu este ușor de realizat. Mai întâi din cauza faptului că sănătatea depinde de foarte mulți factori biologici, genetici, educaționali, culturali, tradiționali, alimentari, medicali, sociali, de mediu și așa mai departe, care sunt foarte greu de influențat. În al doilea rând, prin prisma faptului că sănătatea depinde în mare măsură de stilul de viață al oamenilor, care este și el foarte greu de influențat, deoarece comportamentul omului este îndreptat spre maxi-

mizarea plăcerii, chiar și atunci când acest lucru este dăunător. Omul nu își alege alimentele după valoarea lor nutritivă, ci după proprietățile lor organoleptice, conform plăcerii simțurilor. Consumul de droguri și sexualitatea sunt conduse de același principiu al plăcerii, mult discutat de Sigmund Freud și care poate duce la multe îmbolnăviri. În al treilea rând, din cauza faptului că societatea nu face nici ea mare lucru pentru a-l feri pe individ de factorii de risc. Nu face mare lucru pentru evitarea poluării, nici pentru a

combate excesul de chimizarea foarte periculoasă a alimentelor puse în circulație. În al patrulea rând, din cauza faptului că se alocă foarte puțini bani sănătății și nu se face aproape nimic pentru a intensifica prevenția primară și prevenția secundară a bolilor cronice.

Dar chiar dacă este foarte dificilă, prevenția bolilor cronice și a complicațiilor lor este absolut necesară pentru a îmbunătăți starea de sănătate a populației și a reduce cheltuielile tot mai greu de suportat de societatea contemporană.



BIBLIOGRAFIE LA AUTOR

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro