

Circumscripția sanitară rurală Singeorgiul de Pădure, județul Mureș

BOLNAVII VÎRSTNICI ÎN PRACTICA UNEI CIRCUMSCRIPTII SANITARE RURALE*

dr. Sz. Bige

Patologia bătrâneții preocupă pe mulți cercetători; problema fiind nu numai medicală, ci și socială, ea prezintă interes pentru întreaga societate. *Mecnicov* a fost acela care a pus bazele gerontologiei, dar primele lucrări în această temă au apărut însă în secolul al XVIII-lea, sub titlul „Macrobiotica”.

Dezvoltarea științei medicale, ridicarea la nivel științific al asistenței sanitare, dezvoltarea socială, ridicarea nivelului de trai etc. sînt factori determinanți ai creșterii ponderii populației vîrstnice.

Durata medie de viață în România în 1933 a fost de 42 de ani, iar în 1968 ajunge la 68,5 ani. În Rusia această durată era în anul 1896 de 32 ani, iar în Uniunea Sovietică în 1969 este acum de 70 de ani. În Germania populația de peste 65 de ani era dublă în 1960 față de anul 1910, în Franța numărul celor de peste 60 de ani a crescut cu 70% din 1851 pînă în 1954, în Ungaria în 1900 populația de această categorie a prezentat o pondere de 7,5% din întreaga populație, iar în 1963 acest procentaj a fost de 14,8%. Unele studii de perspectivă arată că în 1980 în Europa 15 din populație va fi de peste 60 de ani.

Din cauza creșterii duratei medii de viață, crește și numărul bolnavilor vîrstnici care necesită asistența medicală. Aceasta reiese și din analiza pe grupe de vîrstă a bolnavilor prezentați la consultații.

În lucrarea de față vom analiza morbiditatea și mortalitatea populației de peste 60 de ani, pe baza consultațiilor efectuate între anii 1964—1968 în dispensarul circumscripției noastre sanitare.

Material și metodă de lucru

În cursul acestor 5 ani am efectuat la adulți 45.483 consultații în dispensar. Procentajul bolnavilor de peste 60 de ani a reprezentat 16,7%, adică 7610 bolnavi; la aceștia se adaugă încă 4220 chemări la domiciliu, din care 1892 pentru bolnavii de peste 60 de ani (44,1%). Numărul deceselor peste vîrsta de 60 de ani în cursul perioadei analizate s-a ridicat la 242 de cazuri.

Datele morbidității le vom relata pe grupe de îmbolnăviri și pe vîrstă, datele mortalității însă numai pe grupe de îmbolnăviri. Afecțiunile concomitente vor fi tratate într-un capitol separat și la urmă vom recapitula problemele practice, care se ridică în fața medicului de circumscripție sanitară rurală în asistența medicală a acestor bolnavi vîrstnici.

Pentru o analiză mai clară și mai accesibilă vom prezenta cîteva grafice.

Observații și concluzii

Structura numerică a bolnavilor vîrstnici și ponderea lor față de totalul consultațiilor de adulți a fost următoarea:

* Lucrare prezentată la ședința U.S.S.M., Subfiliala Sighișoara, 4 XI 1970

în 1964 consultații adulți:	7166	din care	1109	(15,4 ⁰ / ₀)	peste 60 de ani
în 1965 consultații adulți:	7150	din care	1190	(16,7 ⁰ / ₀)	peste 60 de ani
în 1966 consultații adulți:	8117	din care	1171	(14,4 ⁰ / ₀)	peste 60 de ani
în 1967 consultații adulți:	10950	din care	2280	(20,8 ⁰ / ₀)	peste 60 de ani
în 1968 consultații adulți:	12100	din care	1860	(15,3 ⁰ / ₀)	peste 60 de ani
Total:	45483	din care	7610	(16,7⁰/₀)	

Pe baza celor de mai sus menționăm că procentajul de 16,7⁰/₀ al bolnavilor vîrstnici este în concordanță cu acela al populației de peste 60 de ani din comună, care este de 16,0⁰/₀.

Frecvența mare a bolnavilor vîrstnici la chemările la domiciliu se explică prin faptul că, această grupă are caracteristici fiziopatologice aparte, funcțiile aparatului osteoarticular fiind reduse, bolile apar pe un teren deja afectat de boli degenerative.

Proporția bolnavilor vîrstnici în statistica diferitelor instituții sanitare este foarte variată. *Ciucă*, de exemplu, a găsit un raport de 10,6⁰/₀ dintre bolnavii prezentați la consultație, iar *Bohemir-Senyd* 40% bolnavi peste 65 ani la internare. În materialul lui *Bendarzewski* proporția bolnavilor de peste 60 de ani este de 18,6%, în cel al lui *Hun* de 51⁰/₀, iar *Kowalski* a găsit 17,6%, *Răcz* 13,8% și *Czinder* 27,7%.

Mortalitatea. Tabloul mortalității la cei de peste 60 de ani se prezintă în felul următor (după cauza de bază a decesului, vezi și graficul):

- 51,1% insuficiență cardiocirculatorie,
- 14,5% tumoare malignă,
- 11,5% ramolismnt cerebral,
- 9,5% pneumonie,
- 7,5% alte boli ale aparatului respirator (astm, emfizem),
- 2,5% sinucidere,
- 3,0% alte cauze.

Ordinea frecvenței de mai sus este în concordanță cu alte statistici de mortalitate. Este de remarcat că, sinuciderea apar într-o proporție însemnată la vîrstnici, ele fiind în legătură cu procesele degenerative cerebrale, cu afecțiunile psihice ale vîrstnicilor (*Ciucă*, *Czinder*, *Haranghy*, *Diener*).

Morbiditatea. Tabelul anexat arată morbiditatea populației de peste 60 de ani, pe grupe de boli și de vîrstă. În continuare vom analiza aparte fiecare grupă de îmbolnăvire.

Bolile aparatului cardiovascular sint majoritare, mai ales între 70—79 de ani. Este de remarcat frecvența mai mare la femei (vezi fig. nr. 1). Din totalul cazurilor, boala hipertonică și cardiopatiile le găsim în aceeași proporție, dar repartizate pe grupe de vîrstă găsim următorul tablou: boala hipertonică este cea mai frecventă între 70—79 ani (18,2% din totalul bolnavilor din această grupă de vîrstă), iar frecvența cea mai mică o găsim la grupa de peste 80 de ani. Cardiopatiile ocupă primul loc la cei de peste 80 de ani (19,1%). La grupa bolilor cardiovasculare amintim și tulburările trofice periferice ca: ulcerul crural varicos, arterioscleroza obliterantă cu gangrenă — ale căror frecvențe crește paralel cu vîrsta.

Observațiile noastre diferă din unele puncte de vedere față de observațiile altor autori, în special în ceea ce privește frecvența hipertensiunii arteriale, care crește numai pînă la vîrsta de 70—79 de ani, după care scade. Situația este asemănătoare și la totalul bolilor cardiovasculare. Alături de *Stănescu* care pe baza cercetărilor proprii și a datelor din literatură ajunge la aceleași concluzii fi amintim însă și pe *Ciucă*, *Czinder*, *Bürger*, care nu observă scăderea frecvenței acestor boli la cei trecuți de 80 de ani.

Bolile aparatului osteoarticular constituie cele mai importante stări patologice ale vîrstei înaintate. În majoritatea cazurilor este vorba de procese degenerative, care sint principalele cauze ale diverselor traumatisme, ca fracturi, luxații,

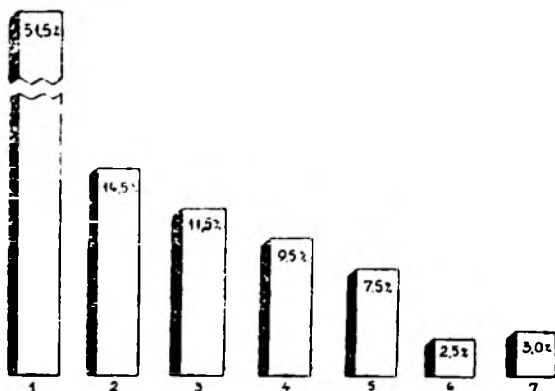


Fig. nr. 1: Cauzele de deces ale bolnavilor de peste 60 de ani. 1. Sindromul cardiovascular. 2. Tumoarea malignă. 3. Ramolismul cerebral. 4. Pneumonia și bronhopneumonia. 5. Astmul bronșic și emfizemul pulmonar. 6. Sinuciderile. 7. Alte cauze.

entorse etc., atît de frecvente la bătrîni. Boala aparatului osteoarticular ocupă al doilea loc în ordinea frecvenței, grupa de vîrstă cea mai afectată fiind cea de 60—69 de ani. O deosebire semnificativă între sexe nu am observat (fig. nr. 2).

Trebuie subliniat numărul considerabil al *accidentelor* la vîrstnici. Acestea ocupă al treilea loc în ordinea frecvenței. Cauza acestor accidente — pe lângă cele de mai sus — este și neatenția (fapt cunoscut la vîrstnici datorită tulburărilor de echilibru, arteriosclerozei, hipertensiunii arteriale, cu amețeli, pierderi de conștiință etc.).

Feddersen, Hoodkinson, Sheldon au ajuns la concluzia că majoritatea accidentelor la vîrstnici provin prin cădere. După *Sheldon* grupa cea mai vulnerabilă este cea de peste 70 de ani. *Azcar* amintește importanța ținutei și felul mersului, *Steinman, Lawton* accentuează factorii psihici. *Helfeld, Peszinszky, Ambros* demonstrează importanța bolilor osteoarticulare și mai ales ale membrelor inferioare în legătură cu accidentele la vîrste înaintate.

În materialul nostru accidentele apar într-un procent de 7,8 % la bolnavii de peste 60 de ani. Cele mai multe cazuri le-am avut între 70—79 de ani, iar cele mai puține peste 80 de ani. Explicația acestui fenomen este că, peste 80 de ani bătrîni au o morbiditate redusă, părăsesc rar domiciliul din cauza stărilor psihice, le place singurătatea — „la defaillance psychique du vieillard“ (*Poster*) — ocolesc societatea și în multe cazuri necesită îngrijire la domiciliu sau la spital. La vîrsta de 70—79 de ani situația este contrară. Oamenii la această vîrstă sînt activi și astfel sînt expuși la accidente. Majoritatea accidentelor apar la bărbați. Dacă analizăm morbiditatea pe sexe, observăm că sexul masculin predomină numai la accidente, față de toate celelalte cauze unde sexul feminin se află pe primul loc. Aceste deosebiri se datoresc atît diferențelor fiziopatologice (*Schooler*: „... the process of aging are different for women than for men“), cit și decalajului în sediul activității: femeile în gospodărie, iar bărbații la diferite acțiuni sociale, culturale sau de specialitate. Pentru bărbați, vîrsta pensionării nu înseamnă inactivitate și luînd în considerare caracteristicile fiziopatologice amintite crește posibilitatea pericolului accidentelor. Peste vîrsta de 80 de ani aceste deosebiri dispar (fig. nr. 3).

În ordinea frecvenței *pneumoniile* ocupă locul al patrulea cu o pondere de 6,4 %. Majoritatea cazurilor apar peste 80 de ani (fig. nr. 4).

Din totalul bolnavilor de peste 80 de ani, 23 % au suferit de pneumonie sau bronhopneumonie. Unii autori presupun că, în realitate, numărul cazurilor este mai mare, însă din cauza dificultăților de diagnostic nu sînt puse în evidență (*Czinder*).

Altă grupă de afecțiuni ale aparatului respirator este *astmul bronșic și emfizemul pulmonar*. Procentajul lor este de 6,3 %. Avind în vedere consecințele lor similare, le-am inclus în aceeași grupă.

În materialul nostru afecțiunile gastrointestinale apar într-un procentaj de 5,6 %, bolile hepatice și biliare în 2,2 %, bolile aparatului urinar în 1,7 %, hipertrofia de prostată în 1,1 % și diabetul zaharat 0,6 % a cazurilor.

Tumorile maligne, deși în ordinea mortalității specifice ocupă locul doi, la consultații frecvența lor este numai de 3,7 %. Analizind statisticile unităților specializate găsim cu mult mai multe cazuri (*Petrányi, Condeli, Czinder, Ciucă*). Motivul rezidă în deosebirile posibilităților de investigație.

Ramolismul cerebral este reprezentat cu o pondere de 2,7 %. La bolnavii peste 80 de ani frecvența este dublă, față de bolnavii între 70—79 de ani și de 7 ori mai mare decât la cei între 60—69 de ani. Datele bibliografice sînt asemănătoare (*Balunov, Gascard, Klugman*).

Pînă acum am analizat diagnosticele principale, dar în cele mai multe cazuri și mai ales la bolnavii vîrstnici găsim și alte afecțiuni secundare. La 23 a bolnavilor am găsit două sau mai multe afecțiuni. Cele mai frecvente diagnostice secundare sînt: arterioscleroza, emfizemul, nevroza, bolile osteoarticulare, iar la bărbați hipertrofia de prostată și hernia. Observații similare am găsit și în materialul lui *Czinder, Ionescu, Cebotarev, Martin, Scardigli* etc

Aspecte practice

În urma relatărilor de mai sus se ridică unele probleme, care cer o rezolvare din partea medicului practician, și anume: 1. probleme de diagnostic diferențial, 2. tratament adecvat, 3. îndrumare la forurile de specialitate, 4. profilaxia.

1. Problemele de diagnostic diferențial se datoresc următoarelor cauze: diminuarea capacității de acomodare (*Schooler*) și degradarea proceselor imunologice (inflamații afebrile—*Bürger*), lipsa posibilităților de observație prelungită la nivelul dispensarului, insuficiența cardiacă acoperă semne importante, luarea anamnezei este tot atît de greoaie ca și la copiii mici.

2. Luînd în considerare dificultățile de diagnostic, aplicarea unei terapii adecvate este foarte dificilă. Complică situația și toleranța sau sensibilitatea modificată a bolnavilor vîrstnici față de medicamente. *Verzár* (*Basel*) arată prin experiențe exacte importanța vîrstii, pe lingă factorul ponderal, în dozarea medicamentelor. Nu putem însă neglija nici faptul, că bolnavii vîrstnici nu respectă — în foarte multe cazuri — prescripțiile terapeutice.

3. Care este cabinetul care se ocupă în special cu bolnavii vîrstnici? fiindcă medicul pediatru există, dar medic „geriatru“?

4. În sfîrșit, cîteva cuvinte despre profilaxie. De fapt ocrotirea sanitară a oamenilor muncii în R. S. România este profilaxia cea mai eficientă și în domeniul geriatriei. În afară de aceasta și profilaxia „individuală“ în ultimele decenii a progresat mult. Amintim rezultatele remarcabile obținute de savanții români, ca prof. C. I. *Parhon* și A. *Aslan*.

Sosit la redacție: 7 decembrie 1970.

Bibliografie

1. AMBROS Z.: *Chirurgia Narzadow i Ruchu Ortopedia Polska* (1959), 6, 391;
2. AZCAR G. J. și colab.: *Gerontologist* (1964), 6, 83; 3. BALUNOV D. A. și colab.: *Zh. Nevropat. Psikhiat. Korsakov* (U.S.) (1967), 9, 1300; 4. BENDARZEWSKI S.: *Chirurgia Narzadow i Ruchu Ortopedia Polska* (1959), 6, 463; 5. BOHEMIR-SENYD: *Socialni Revue* (Prahă), (1962), 5, 6; 6. BÜRGER M.: *München Med. Wschr.* (1965), 9, 413; 7. CANDELI A., MENICETTI P.: *Ann. Sanita Publ.* (1966), 4, 865; 8. CIUCĂ A.: *Evoluția demografică în România. Dispensarizarea populației vîrstnice*. Ed. Institutului de Geriatrie, București, 1962, 47; 9. CEBOTAREV D. F.: *Terapev-ticeski Arhiv.* (1966), 6, 8; 10. CZINDER K., DELI L.: *Orv. Hetil.* (1967), 1, 5; 11. CZINDER K., DELI L.: *Orv. Hetil.* (1967), 22, 1047; 12. DIENER K. A., HIQUERA

SZ. BIGE: BOLNAVII VIRSTNICI IN PRACTICA UNEI CIRCUMSCRIPTIII
SANITARE RURALE

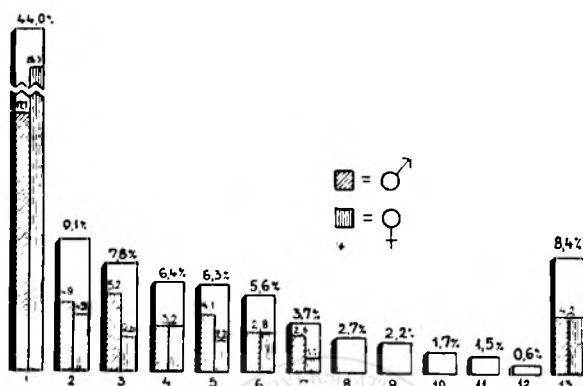


Fig. nr. 2: Afecțiunile principale ale bolnavilor de peste 60 de ani. 1. Bolile aparatului cardiovascular. 2. Bolile aparatului osteoarticular. 3. Accidentele. 4. Pneumoniile. 5. Astmul bronșic și emfizemul pulmonar. 6. Afecțiunile gastrointestinale. 7. Tumoarea malignă. 8. Ramolismenul cerebral. 9. Afecțiunile hepatobiliare. 10. Bolile aparatului urinar. 11. Bolile infecțioase. 12. Diabetul zaharat. 13. Alte cauze.

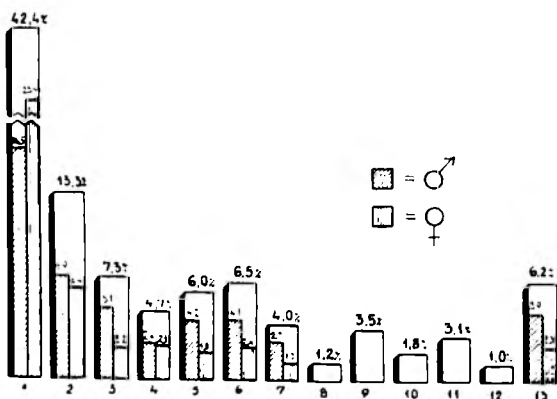


Fig. nr. 3: Afecțiunile principale ale bolnavilor între 60—69 de ani (Vezi fig. nr. 2).

SZ. BIGE: BOLNAVII VIRSTNICI IN PRACTICA UNEI CIRCUMSCRIPTIȚII
SANITARE RURALE

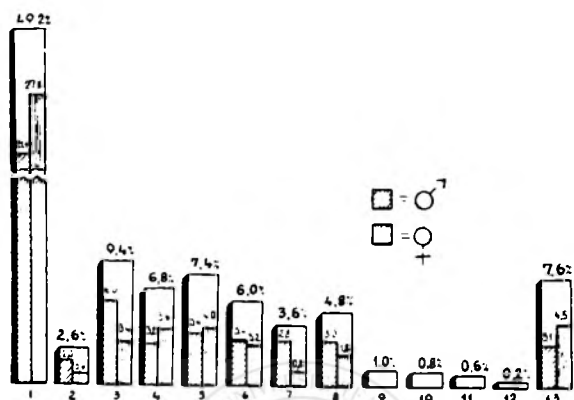


Fig. nr. 4: Bolnavii între 70—79 de ani (Vezi fig. nr. 2)

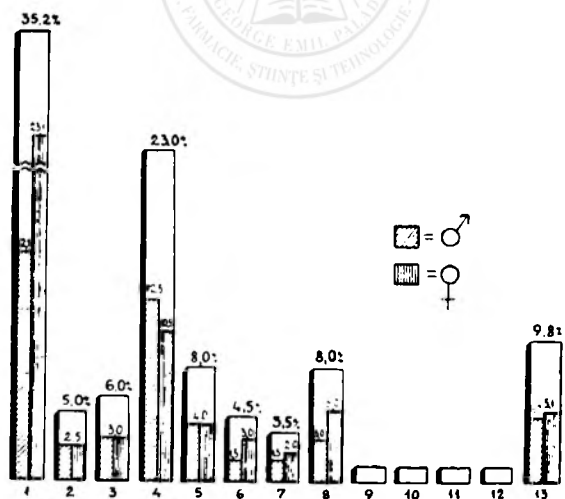


Fig. nr. 5: Bolnavii peste 80 de ani (Vezi fig. nr. 2)

- ARIAS J. A.: Rev. Med. ISSSTE (1969), 14, 14; 13. FEDDERSEN A. S.: Med. J. Aust. (1961), 6, 811; 14. GASCARD E. și colab.: Marseille Méd. (1967), 6, 595; 15. HARANGHY L.: Gerontological Studies on Hungarian Centenarians. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1965; 16. HELFAND A. E.: J. Amer. Pediat. Ass. (1966), 7, 326; 17. HOODKINSON H. M.: Practitioner (1962), 8, 207; 18. HUN N.: Orv. Hetil. (1965), 47, 2216; 19. HUN N.: Orv. Hetil. (1967), 22, 1046; 20. IONESCU M. și colab.: Chirurgia (1964), 5, 723; 21. KLUGMANN G.: G. Geront. (1967), 7, 873; 22. KOWALSKI M.: Chirurgia Narzadow Ruchi i Ortopedia Polska. (1959), 6, 459; 23. LAWTON A. H.: Mayo Clin. Proc. (1967), 10, 685; 24. MARTIN J. D. și colab.: Geriatrics (1964), 12, 870; 25. PESZCZYNSKI M., Amer. J. Nurs. (1965), 5, 86; 26. PETRÁNYI GY.: Magyar Belorvosi Arch. (1954), 2, 33; 27. POSTEL I. și colab.: Ann. medico-physiol. (1960), 1, 877; 28. RÁCZ GY. și colab.: Népegészségügy (1960), 1, 19; 29. SCARDIGLI G., MANNUCCI C.: Settimana Med. (1967), 4, 291; 30. SHELDON J. H.: Brit. Med. J. (1960), 5214, 1685; 31. STĂNESCU M. și colab.: Produse farmaceutice (1968), 2, 2; 32. STEINMANN B.: Zeitschrift für Unfallmed. Berufskr. (1966), 59, 180; 33. SCHOOLER K. K.: The Gerontologist (1969), 9, 25; 34. SCHOOLER K. K.: On the relation between characteristics of residential environment, social behavior and the emotional and physical health of the elderly in the United States. 8th International Congress of Geront. 1969, Washington; 35. VERZÁR FR.: Orv. Hetil. (1961), 6, 241; 36. VERZÁR FR.: Zeitschrift für Gerontol. (1969), 24, 204.
-