

PROBLEME ACTUALE DE PRACTICĂ MEDICALĂ

Clinica medicala nr. 1 din Tirgu-Mureş (cond.: prof. P. Döczy, doctor în ştiinţe medicale)

OBSERVAȚIILE NOASTRE PE O PERIOADA DE 10 ANI IN LEGĂTURA CU DISPENSARIZAREA BOLNAVILOR DE ULCER GASTRO-DUODENAL INTR-O INTREPRINDERE

B. Major, S. Hornyák, T. Csipkés, G. Málnási

Boala ulceroasă este o afecțiune care prezintă importanța socială. Faptele care îi imprimă acest caracter sînt frecvența, evoluția ei cronică, complicațiile grave pe care le are și împrejurarea ca ea survine la persoane care se află în plina putere de muncă. Din punct de vedere economic, însemnătatea ei se explică prin aceea că dintre toate îmbolnăvirile aparatului digestiv, boala ulceroasă cauzează cele mai multe zile de incapacitate temporară de muncă, impunînd uneori schimbarea locului de lucru al bolnavilor, sau în cazuri mai grave ducînd chiar la o incapacitate definitivă.

Tocmai de aceea pastrarea capacității de muncă a bolnavilor de ulcer gastro-duodenal nu este o sarcină ușoară. În vederea realizării acestui scop, este foarte important ca medicul de întreprindere să cunoască temeinic condițiile de muncă și de viață ale bolnavilor. În același timp, bolnavul trebuie lamurit asupra evoluției afecțiunii, asupra complicațiilor ei eventuale și asupra procedeeleor terapeutice. Este deci nevoie de o cît mai strînsă legătură între bolnavi și medic. Acest punct de vedere a fost adoptat și în hotărîrile conferinței de la Iași, din 1950, consacrată dezbaterii problemelor privind boala ulceroasă.

În prezent, una din metodele cele mai eficace în tratamentul bolii ulceroase este dispensarizarea la întreprindere, metodă care constituie propriu-zis o sinteză profilactico-terapeutică. În sensul definiției date de Soloviev, dispensarizarea modernă exercită în definitiv o acțiune sistematică și energetică asupra bolnavului, avînd repercusiuni asupra condițiilor lui de muncă și de viață. Evident că aceasta nu înseamnă nicicum că ar fi vorba de tratament specific, deoarece de un astfel de procedeu nu dispunem încă. La drept vorbind, ne găsim în fața unei metode curative al cărei efect se manifestă atît asupra individului, cît și a întreprinderii.

La întreprinderea de care ne ocupăm dispensarizarea bolnavilor ulceroși a fost introdusă în 1952, astîel încît datele cuprinse în lucrarea noastră se refera la o perioadă de 10 ani. Înainte de introducerea dispensarizării am ținut în evidență la această întreprindere 35 de bolnavi ulceroși, cifră care s-a ridicat pînă azi la 202, prin adăugirea persoanelor îmbolnăvite și a cazurilor depistate între timp și a noilor angajați la întreprindere (luîndu-se în considerare și bolnavii cu rezecții gastrice). În lucrarea de față ne ocupăm numai de cei 113 bolnavi ulceroși care au

fost urmăriți cel puțin timp de 5—10 ani, mulți dintre ei fiind observați timp de 8—10 ani.

Bolnavilor ulceroși dispensarizați li s-a aplicat următorul tratament preventiv și terapeutic (problema aceasta a fost prezentată de altfel într-o lucrare anterioară):

- examen medical de specialitate executat periodic;
- tratament medicamentos sau chirurgical corespunzător cerințelor;
- asigurarea unui loc de muncă corespunzător (în caz de nevoie schimbarea locului de muncă sau eventual reducerea programului de lucru);
- utilizarea rațională a concediului de odihnă și a timpului liber;
- cură de ape minerale și vilgătură;
- educație sanitară regulată, sistematică.

Pe baza observațiilor făcute timp de 8—10 ani, am încercat să răspundem la următoarele întrebări:

1. Dacă măsurile introduse în întreprindere contribuie la o evoluție mai favorabilă a bolii ulceroase? Cu alte cuvinte: recidivele devin mai rare sau perioadele de criză sînt mai scurte? Să fie vorba oare numai de o asimptomatologie subiectivă sub masca căreia boala ulceroasă continuă să evolueze în mod obișnuit?

2. Cum schimbă boala ulceroasă capacitatea de muncă a oamenilor și dacă numărul zilelor de incapacitate temporară de muncă scade?

3. Dispensarizarea influențează oare apariția complicațiilor?

Pentru a da o imagine cât mai completă a problemei, anunțăm că dintre cele 113 persoane bolnave de ulcer, 106 sînt bărbați și 7 femei. Vîrsta lor oscilează între 20 și 60 de ani. Majoritatea covârșitoare a bolnavilor sînt între 30 și 60 de ani (82%). 82 suferă de ulcer duodenal, 22 de ulcer gastric și 3 de ulcer dublu: gastric și duodenal. 6 bolnavi au ajuns să fie ținuți în evidență pe baza unui tablou clinic tipic (periodicitatea zilnică și sezonieră, dureri de foame, hiperaciditate etc.), fără simptome radiologice corespunzătoare. Incidența familială a maladiei am observat-o în 21 de cazuri (fiind bolnavi părinții sau frații). În cazul a 3 bolnavi s-a găsit ulcer gastric și duodenal într-un număr mare în mediul familial. Am trecut în această categorie cazurile în care în cadrul aceleiași familii suferă de ulcer cel puțin 3 persoane. Notăm însă că evoluția bolii la această categorie nu s-a deosebit cu nimic de evoluția bolii la celelalte persoane.

Datele au fost obținute pe baza convorbirilor avute cu bolnavii, prin completarea unor chestionare întocmite anterior și cu ajutorul evidențelor și însemnărilor.

La peste jumătate (55%) din cei 113 bolnavi de care ne ocupăm se întîlnește periodicitatea zilnică și sezoniera. La 26 dintre ei am observat numai periodicitate sezoniera, iar la 8 numai o periodicitate zilnică, legată de anumite ore. Ceilalți 24 de bolnavi cu pozitivitate radiologică au avut de-a lungul anilor suferințe mai mari sau mai mici, fără a prezenta însă periodicitate. Considerăm ca merita să fie menționat faptul că din grupa „acută” fac parte mai ales așa-numitele cazuri proaspete, cu o anamneză destul de scurtă. În aceste cazuri s-a remarcat ca suferințele gastrice au reflectat diferite emoții zilnice ce par deseori lipsite de importanță. Observațiile noastre arată ca aceasta este perioada cea mai critică a bolii ulceroase. Cei mai mulți dintre bolnavii ulceroși se internează în clinica noastră din această cauză. De asemenea trebuie să notăm că vindecările spontane (remisiile îndelungate) sînt mai frecvente la această categorie „acută”, iar ca noi să fi observat o creștere a complicațiilor (spre deosebire de datele din literatura).

Dispensarizarea influențează favorabil durata și frecvența perioadelor dureroase. La cei mai mulți bolnavi perioada de dureri a ținut 1—3 săptămîni, suferințele fiind ușoare, suportabile, fără repercusiuni negative asupra muncii. La o grupă mai puțin numeroasă (31) perioada a durat

între 3 și 6 săptămîni, iar la 8 bolnavi între 6 și 8 săptămîni. 7 bolnavi au avut dureri aproape în permanență. De notat că toți aceștia aparțin unei categorii de vîrstă mai tînă și ca 4 dintre ei efectuează lucrări de birou cu răspundere. În sfîrșit, mai există 13 bolnavi care în cursul anilor au avut suferințe minime și de scurtă durată.

Înainte de introducerea dispensarizării, în legătură cu 35 de bolnavi am ținut în evidență 55 de îmbolnăviri. În 1953 însă, la 64 de bolnavi ținută în evidență, concediul de boală s-a acordat numai de 17 ori, iar în 1954, la 75 numai de 26 de ori. În ultimii 5 ani, 44 de bolnavi dintre cei 113 nu au pierdut nici o zi de muncă.

Considerăm ca este important să amintim faptul, de altfel bine cunoscut, că, potrivit observației bolnavilor, durerile sînt cauzate deseori (în 40% a cazurilor) de nervozitate sau de emoții neobișnuite. De asemenea este interesant că 80% dintre bolnavi se consideră firi nervoase. La majoritatea bolnavilor, durerile apar în urma nerespectării regimului, a excesului de excitante, sau datorită acțiunii concomitente a mai multor factori. Cu toate că cei mai mulți dintre bolnavii noștri efectuează munca fizică totuși numai în 12 cazuri, suferințele au fost cauzate de oboseala. (În cursul stringerii datelor, am constatat însă ca unii bolnavi duc în afara întreprinderii o viață nedisciplinată, incompatibilă cu boala ulceroasă. Rezultă prin urmare că în aceste cazuri munca în producție nu a fost singurul factor care a cauzat apariția suferințelor). La unii din bolnavii noștri, tocmai reluarea muncii fizice a provocat o remisie îndelungată; de exp. funcționarul K. M., în vîrstă de 52 de ani, care este ulceros de 30 de ani și care în timpul lucrului de birou avea recidive permanente, a devenit complet asimptomatic, efectuînd o munca fizică ușoară.

Considerăm că perioadele dureroase, durata, intensitatea și caracterul lor constituie un criteriu important, fiind unul din cele mai persistente și frecvente simptome ale bolii ulceroase.

Pe baza constatărilor de mai sus, putem afirma că dispensarizarea deși nu influențează în mod considerabil evoluția obișnuită a bolii ulceroase, scurtează perioadele dureroase, atenuază intensitatea simptomelor, astfel încît cei mai mulți bolnavi își pastrează capacitatea de muncă și în faza activă a maladiei.

Rezultatele par și mai evidente oacă analizăm capacitatea de muncă a bolnavilor și numărul de zile de munca pierdute din cauza tratamentului.

Înainte de introducerea dispensarizării, în anul 1952, tratamentul celor 35 de bolnavi ținută în evidență a necesitat 933 de zile de muncă pierdute, ceea ce înseamnă că fiecare bolnav a beneficiat de un concediu de boală de 28,2 zile, timp echivalent pe atunci cu producția pe o zi a întregii întreprinderi. Față de această situație, în ultimii 10 ani numărul de zile de muncă pierdute, calculat la un bolnav, a fost numai de 5. Această cifră este deosebit de favorabilă dacă luăm în considerare faptul că pierderea de zile de munca din cauza tuturor îmbolnăvirilor calculată pe un muncitor a fost numai de 12,5 zile. În ceea ce privește pierderea zilelor de munca, boala ulceroasă a trecut din locul al 3-lea, unde era în anul 1952, în locul al 15—17 în 1954—1962.

Credem că în lipsa unei terapii etiologice, dispensarizarea constituie cel mai eficace mijloc în tratamentul bolii ulceroase. O dispensarizare mo-

dernă creează condiții favorabile pentru pronosticul bolii ulceroase. Rezultatele obținute confirmă observația că în general ulcerul gastric și duodenal este o boală suportabilă, dacă se respectă un regim alimentar corespunzător și un tratament medicamentos indicat, fiind compatibilă în același timp cu aproape toate ramurile de activitate.

Se știe că în evoluția și pronosticul bolii ulceroase complicațiile au un rol hotărâtor, deoarece ele împreună cu operația necesară imprimă o altă evoluție.

În perioada de care ne ocupăm, am observat 7 perforații și 48 de hemoragii la 28 de bolnavi, ceea ce înseamnă că aproape 33% din bolnavi au făcut complicații grave.

Se pare că dispensarizarea nu scutește pe bolnavi de complicații grave, dat fiind faptul că deocamdată nu sînt elucidate împrejurările și condițiile precise ale apariției și prevenirii complicațiilor. Fără îndoială că limitele eficienței dispensarizării bolii ulceroase sînt determinate tocmai de complicațiile ei.

În ultimii 10 ani, la bolnavii de ulcer gastric și duodenal dispensarizați, s-a executat rezecție de stomac în 15 cazuri (în 5 cazuri din cauza perforațiilor, în 4 cazuri din cauza hemoragiilor și în 6 cazuri din cauză că tratamentul conservator nu a avut nici un efect asupra ulcerului calos cronic). 10 bolnavi operați sînt complet asimptomatici. 4 bolnavi operați au suferințe mai mici, ușor suportabile, care nu influențează negativ capacitatea lor de muncă. Starea unui bolnav s-a înrăutățit după operația executată pentru ulcer peptic jejunal. O nouă intervenție efectuată cu succes a redat bolnavului capacitatea de muncă. Trebuie să menționăm că cele mai multe pierderi temporare de muncă au fost cauzate de bolnavii pregătiți pentru operație. La stabilirea termenului judicios al intervenției, medicul de dispensar are un rol important, deoarece indicația operatorie și executarea unei intervenții cu o tehnică ireproșabilă constituie factori decisivi pentru redobîndirea capacității de muncă a bolnavilor.

Aproape 50% din cei 113 bolnavi ulceroși și-au păstrat puterea de muncă de-a lungul anilor. Numărul de zile de muncă pierdute calculat pe cap de bolnav este minim. Numai 8 bolnavi susțin că boala are efecte negative asupra capacității lor de muncă.

Pe baza celor de mai sus, sîntem îndreptățiți să afirmăm că bolnavii ulceroși dispensarizați în cadrul întreprinderii pot să-și efectueze nestingerii îndeletnicirea și capacitatea lor de muncă se păstrează timp îndelungat. Evident trebuie să contăm și pe unele cazuri, cînd persoane nedisciplinate sînt incapabile să suporte boala, în ciuda tuturor măsurilor luate. Observațiile noastre arată că acești bolnavi ajung mai devreme sau mai tîrziu pe masa de operație.

Concluzii

1. Prin dispensarizarea la întreprindere a bolnavilor de ulcer gastric și duodenal, s-a realizat ca în ultimii 10 ani media anuală de zile de muncă pierdute să se reducă pe cap de muncitor la 5, ceea ce reprezintă aprox. o cincime din media anterioară perioadei de dispensarizare.

2. Dispensarizarea la întreprindere nu înlătură recidivele periodice, dar sub efectul tratamentului multilateral aplicat simptomele devin suportabile și capacitatea de muncă poate fi asigurată.

3. După introducerea dispensarizării pierderile temporare de muncă au fost cauzate în mare parte de complicațiile grave ale bolii (perforații, hemoragii și altele).

4. Se pare că dispensarizarea nu scutește pe bolnavi de complicații, dat fiind faptul că deocamdata nu cunoaștem împrejurările precise în care acestea pot fi prevenite.

Sosii la redacție: 14 ianuarie 1963.