

CALITATEA VIEȚII ȘI BOLILE CARDIOVASCULARE

Doina Podoleanu, S. Cotoi

Bolile cardiovasculare reprezintă una din cauzele importante de morbiditate și mortalitate din ultimele decenii ale secolului nostru. De aici și importanța care se acordă acestora, toate măsurile fiind îndreptate în scopul rezolvării terapeutice prin metode medicale sau chirurgicale, măsuri implicate în realizarea unei calități a vieții bolnavului cardiovascular.

Prima etapă de tratament este păstrarea vieții cu influențarea cu orice preț a parametrilor care reprezentau „decompensarea” afecțiunii respective, pentru ca în următoarele etape să se acționeze asupra tuturor factorilor care influențează calitatea vieții bolnavilor din această categorie.

Calitatea vieții bolnavului depinde de boala de bază, severitatea acesteia, de mijloacele terapeutice existente, precum și de conștiința de boală a pacientului, respectiv de atitudinea lui față de aceasta. Dacă la prima vedere înțelesul expresiei de „calitatea vieții” apare clar, această este mai greu de definit având în vedere multitudinea de factori care se interferează și care fac ca viața să merite a fi trăită de individ. Metodele obiective de cuantificare, de definire a calității vieții (diverși indici, tipuri de chestionare) nu pot încă contura precis noțiunea (1).

Calitatea vieții nu înseamnă fericire de exemplu, pentru că aceasta nu înseamnă sănătate. Pentru individ satisfacțiile subiective rezultate din stilul său de viață joacă un rol important. Privită de clinician problema calității vieții bolnavului înseamnă atingerea unor obiective care pot fi cuantificate, evaluate. Evaluarea impactului cu boala, a tratamentului, a efectului acestuia asupra bolnavului în funcție de perspectivele lui, sînt dezideratele necesare aprecierii calității vieții bolnavilor.

Cu toată abilitatea, validitatea sau precizia metodelor de evaluare a calității vieții, percepțiile bolnavului nu sînt în totalitate superpozabile cu metodele obiective utilizate. Componentele calității vieții bolnavilor cardiovasculari pot fi cuprinse în 3 aspecte (6):

1. calitatea simptomelor bolnavului — înțelegînd frecvența lor, durata sau severitatea lor;
2. senzațiile bolnavului privind boala cardiovasculară, desigur intens influențată de psihicul acestuia;
3. afectarea capacității funcționale a individului — aspect care se referă la posibilitatea desfășurării de către acesta a muncii sale zilnice, a activității sociale cu interferențele emoționale, familiale, colegiale și aspecte privind performanța intelectuală.

De aici, rezultă necesitatea unei conlucrări strînse între medic, psiholog și sociolog, pentru asigurarea unei calități a vieții bolnavului.

În cele ce urmează vom aborda aspecte legate de ridicarea calității vieții bolnavilor cardiovasculari, inițial prezentînd factorii de risc

apoi aspecte particulare privind boala ischemică cardiacă și hipertensiunea arterială.

Factorii de risc și boala ischemică cardiacă

Este evident — pe baza datelor acumulate, că în secolul nostru boala coronariană este o adevărată epidemie — aceasta datorându-se unui stil de viață defectuos, rezultat al industrializării și urbanizării. Aceste elemente au dus de-a lungul anilor la așa-numitul stil de viață „aterogenic“. Acest stil de viață se caracterizează prin:

— supraalimentație, prin aportul crescut de grăsimi saturate, de calorii și sare și de aici excesul ponderal;

— obiceiul de a fuma, lipsa permanentă de timp, sedentarismul, stresul. Un astfel de stil de viață joacă un rol deosebit în debutul și evoluția bolii coronariene dar și a hipertensiunii arteriale. De aici, necesitatea măsurilor preventive prin control medical, prin educație sanitară, prin măsuri ecologice.

În ansamblu factorii astăzi cunoscuți ca factori de risc (5) ai bolii coronariene ischemice sînt următorii:

— obezitatea, supraalimentația, dislipidemia, sedentarismul, calitatea apei, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, antecedente heredocolaterale cardiovasculare, obiceiul de a fuma, consumul de cafea, contraceptivele după 35 de ani, stresul, tipul de comportament A, tulburări de somn la femei și chiar căsătoria bărbaților cu femei cu pregătire superioară lor sau nerealizarea ambițiilor profesionale la femei. Toți acești factori legați fie de viață, fie de personalitate, necesită corecție prin măsuri specifice fiecăruia în parte, fiind necesare realizarea unei diete raționale, creșterea activității fizice, încurajarea legislației pentru interzicerea fumatului etc. Măsurile trebuie și mai sever aplicate la pacienții cu mulți factori de risc. Aceste măsuri de altfel, reprezintă primul pas în creșterea calității vieții cardiovasculare.

Infarctul miocardic ca afecțiune invalidantă severă, beneficiază de măsuri terapeutice eficiente atît în stadiul acut, subacut, convalescență cît și în perioada cronică, realizînd optimizarea vieții acestor bolnavi.

Măsurile din primele ore se referă la:

— combaterea durerii prin diverse analgice majore;

— limitarea zonei infarctizate prin administrarea de beta-blocante (cu respectarea contraindicațiilor);

— terapia trombolitică pentru repermeabilizarea vasului afectat, pe cale generală sau intracoronariană, este eficientă în primele șase ore de la debutul infarctului miocardic, iar ca perspectivă evolutivă ea este eficientă în infarctele miocardice anterioare mai puțin în infarctele inferioare, legat de rata de reinfarctizare și incidența relativ ridicată a anginei pectorale postinfarct. Atît beta-blocantele cît și medicația trombolitică au dus la reducerea mortalității în infarctul miocardic;

— combaterea anxietății;

— menținerea funcției ventriculare și a dimensiunilor normale a cordului prin aplicarea medicației inotrop pozitivă și a vasodilatatoarelor în cazul insuficienței cardiace;

— combaterea celorlalte complicații.

Măsurile de tratament adecvate ale infarctului miocardic sînt cu maximum de beneficiu și cu maximă influență asupra calității vieții, cu condiția ca aceste măsuri să fie strict individualizate de la caz la caz.

Ulterior profilaxia cu beta-blocante este o măsură de care pot beneficia cam 80% din bolnavii cu infarct miocardic ca modalitate de combatere a morții subite, a tulburărilor de ritm, a reinfarctizării (3).

Programele de cultură fizică și psihoterapice de grup, vin să contribuie din plin la ridicarea calității vieții bolnavilor și la reinsertia lor în mediu (loc de muncă, societate).

Angina pectorală, ca entitatea cea mai frecventă în cadrul bolii ischemice cardiace împreună cu infarctul miocardic acut sau vechi, tulburările de ritm pe fond ischemic, insuficiența cardiacă congestivă pe fondul așa-numitei cardiomiopatii ischemice și ischemia silențioasă, afectează incontestabil serios calitatea vieții individului. Un tratament eficient are o influență importantă în desfășurarea unei activități cvasinormale pentru că durerea, anxietatea, dispneea din atacul anginos stresează foarte mult bolnavul.

Tratamentul de fond actual al anginei pectorale se realizează prin 5 modalități (2):

1. administrarea de nitrați cu acțiune lungă, eficiența cea mai mare dovedind-o aplicația sub formă transdermală;
2. beta-blocantele;
3. blocanții de calciu;
4. by-pass-ul coronarian;
5. angioplastia transluminală.

Tratamentul invaziv în angina pectorală este reprezentat de ultimele două categorii enumerate. By-pass-ul coronarian este desigur o metodă deosebit de eficientă de tratament. Trebuie să amintim însă unele complicații secundare ca restenozarea sau reocluzia greifei care va afecta din nou calitatea vieții bolnavului necesitînd reintervenție sau angioplastie transluminală și apoi continuarea cu măsuri ce combat stilul de viață aterogenic și medicație antiagregantă plachetară.

Angioplastia transluminală de asemenea a adus multiple avantaje bolnavului anginos. Există și aici posibilitatea reocluziei vasului ca o complicație a procedurii.

De aceea decizia aplicării metodelor invazive trebuie bine judecată și evaluat în ce măsură tratamentul medical care trebuie continuat și după procedeele invazive, nu era suficient pentru rezolvarea cazului.

Concluzionînd, se poate afirma că aceste categorii de tratament în angina pectorală au adus un mare aport în calitatea vieții coronarienilor, cu condiția cunoașterii și realizării unei bune decizii terapeutice, ținîndu-se cont de efectele secundare ale medicației aplicate, sau dezavantajele legate de manevrele invazive.

Hipertensiunea arterială

Definirea calității vieții unui hipertensiv trebuie să țină seama de următoarele efecte ale bolii și ale medicației asupra pacientului (4):

- i. efectul global psihic care cuprinde tonusul hedonic, sau relația activitate și relaxare;

2. efectul asupra sistemului nervos central și vegetativ, cu efecte asupra calității somnului, funcției cardiace, funcției sexuale;

3. efectul asupra funcțiilor cognitive specifice: memorie, performanță cognitivă;

4. apariția de efecte psihologice ca, anxietate, depresie, halucinații. Toate aceste stări trebuie validate prin teste psihologice specifice, care vor permite evaluarea din acest punct de vedere al efectului secundar al medicației antihipertensive.

Medicația actuală este capabilă să realizeze scăderea valorilor tensionale în mod eficient în majoritatea cazurilor, astfel corectînd unul din factorii de risc pentru boala ischemică coronariană dar și pentru accidentele vasculare cerebrale, insuficiența cardiacă sau renală.

Totuși se pune întrebarea dacă tratamentul medicamentos eficient aplicat în hipertensiunea arterială a adus beneficii față de efectele secundare ale acesteia?

Ceea ce e bine statuat este că medicația antihipertensivă prin scăderea eficientă a tensiunii arteriale a adus beneficii enorme vieții bolnavilor scăzîndu-se mortalitatea și morbiditatea, desigur cu condiția cunoașterii și evaluării efectelor secundare ale acesteia.

Lipsa obținerii valorilor optime pentru tensiunea arterială s-a constatat a fi însoțită de aceeași mortalitate și complicații ca și în cazul celor netratați (1).

Din multitudinea de preparate antihipertensive în tratamentul cronic al hipertensiunii arteriale se știe că au efect cert, cu cea mai mare eficiență 3 categorii de antihipertensive: beta-blocante, antagoniștii de calciu, inhibitorii enzimei de conversie, ultimele două categorii luînd locul diureticilor. Aceste categorii de medicație permit îmbunătățirea deosebită a calității vieții bolnavilor hipertensivi.

În final trebuie subliniat faptul că pe lângă grija primordială de a rezolva boala cardiovasculară (boala coronariană, hipertensiunea arterială), cu impactele serioase ce le ridică asupra însăși prezervării vieții, nu trebuie să uităm niciodată efectele bolii și a terapiei noastre asupra calității vieții bolnavului, conlucrînd astfel încît viața să merite să fie trăită.

Poate că în zilele noastre în care există o atît de extraordinară dezvoltare de noi tehnologii, vom asista la apariția unor noi metode terapeutice care să realizeze o și mai bună calitate a vieții bolnavului cardiovascular.

Bibliografie

1. Hansson L.: Amer. H. J. (1987), 114, 1, 221;
2. Hugenholtz R. G.: Amer. H. J. (1987), 114, 1, 230;
3. Julian D. G.: Amer. H. J. (1987), 114, 1, 241;
4. Jern S.: Denish medical Bulletin (1987), 34. suppl. 1; 5. Kannel B. W.: Amer. H. J. (1987), 114, 1, 213;
6. Storstein L.: Amer. H. J. (1987), 114, 1, 210.