

BENEFICIILE PROGRAMULUI COMPLEX DE REABILITARE FUNȚIONALĂ ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII PERSOANELOR CU ARTROZĂ

BENEFITS OF A COMPLEX FUNCTIONAL REHABILITATION PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH ARTHROSIS

Mirela Dan¹, Ioan-Cosmin Boca², Elena Cojocaru³

Key words: quality of life, arthrosis, functional rehabilitation

Cuvinte cheie: calitatea vieții, artroză, recuperare funcțională

Abstract

Spine, hip and knee are frequent areas of degenerative conditions, with a great functional impact on the activities of daily living independence.

Aim. This study aims to identify individuals with arthrotic conditions, from different environment and to observe the efficacy of functional rehabilitation, as an integrative part of a complex therapeutic approach of arthrosis, within state medical system, as an interdisciplinary medical approach.

Material and method. This study was conducted on 20 individuals with spine, hip and knee arthrosis. Rehabilitation protocol included electrotherapy, thermotherapy and massage, as passive forms of preparation of anatomic and functional structures, followed by physical therapy, as an active form of therapy.

Assessment was based on anamnesis and a questionnaire regarding the physical status, which represents the basics of research for the groups of patients.

These assessment tools were used in order to make the final assessments after the following of the functional rehabilitation program. Statistics were used for data analysis.

Conclusions. Functional rehabilitation program represents a very useful therapeutic complex for the compensation of functional impairments due to the arthrotic condition development. It also represents a modality which provides a maximum use of functional remanence.

Rezumat

Coloana vertebrală, șoldul sau genunchiul, sunt localizări frecvente ale manifestărilor degenerative, cu foarte multe implicații funcționale, ce aduc individul de la independență la un grad mai mic sau mai mare de dependență.

Scop. Pentru realizarea acestui studiu am urmărit să identificăm persoane cu afecțiuni artrozice, din medii locative diferite și să observăm eficacitatea reabilitării funcționale, ca parte integrantă a unei abordări terapeutice complexe a bolii artrozice, în condițiile oferite de sistemul medical de stat, ca modalitate de interdisciplinaritate medicală ce vine în întâmpinarea suferințelor artrozice.

Material și metodă. Am avut în studiu 20 de persoane cu boală artrozică, la nivelul coloanei vertebrale, șoldului sau genunchiului. Tratamentul recuperator aplicat a inclus electroterapia, termoterapia și masajul, ca forme de terapie pregătitoare, pasivă a structurilor anatomo-funcționale, urmate apoi de kinetoterapie, ca formă de terapie propriu-zisă, activă.

Evaluarea subiecților a avut ca fundament metoda de evaluare interogativă privind starea fizică, care reprezintă baza de cercetare a grupurilor de pacienți.

Acestea s-au folosit pentru aprecierea rezultatelor obținute în urma aplicării programului complex de reabilitare funcțională. Datele obținute au fost prelucrate statistic.

Concluzii. Reabilitarea funcțională reprezintă un complex terapeutic deosebit de util pentru compensarea alterărilor funcționale apărute în cursul evoluției bolii artrozice și de asemenea reprezintă modalitatea care asigură exploatarea maximă a restantului funcțional.

Introducere

¹ Prof.univ.dr. - Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" din Arad, Str. G-ral Praporgescu 1-3, Arad, Romania;

Corresponding author: mireladan27@yahoo.ro

² Asist.univ.dr. - Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" din Arad

³ Studentă - Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" din Arad, Facultatea de Medicină, Farmacie și Medicină Dentară, Specializarea Balneofiziokinetoterapie și recuperare medicală

Boala artrozică este cea mai frecventă suferință articulară, o maladie a timpurilor moderne, și a 2-a cauză de invaliditate la persoanele peste 50 de ani, după boala ischemică coronariană [1]. Este răspândită mai ales în zona temperată, având o simptomatologie accentuată de schimbările meteorologice. Apare la ambele sexe cu o ușoară predominanță la sexul feminin, este una din cele mai frecvente afecțiuni cronice și totodată, cea mai frecventă afecțiune a aparatului locomotor.

Artroza este *un grup heterogen de afecțiuni care evoluează cu manifestări articulare datorate alterării integrității cartilajului și modificării consecutive a osului subcondral* [2], fiind cea mai frecventă suferință reumatologică.

Prevalența bolii după vârsta de 30 ani este de 9% (6% - gonartroza simptomatică și 3% coxartroza simptomatică), frecvența artrozelor crescând direct proporțional cu vârsta, și există anumite particularități în funcție de sex: până la 50 de ani suferă mai frecvent bărbații, după 50 de ani femeile suferă mai frecvent de artroza digitală și de gonartroză, coxartroza este mai frecventă la bărbați indiferent de vârstă, între 30 și 65 de ani prevalența bolii crește de 2-10 ori, incidența este de 70% la populația de peste 65 ani și reprezintă a doua cauză de invaliditate peste 50 ani. [3]

Legătura dintre sănătate și calitatea vieții este indubitabilă. Calitatea vieții este un termen care transmite un sentiment general de bunăstare, inclusiv aspectele de fericire și satisfacție în viață ca un tot unitar. Sănătatea este un domeniu important al calității generale a vieții, alte domenii care contribuie la calitatea vieții includ locul de muncă, locuința, școala, vecinătatea, precum și aspecte ale culturii, valorilor, spiritualității, calitatea vieții cuprinzând aspecte globale ale sănătății fizice sau psihice. [4]

Motivarea alegerii acestei teme de cercetare are la bază două aspecte principale:

☞ boala artrozică este cea mai frecventă boală degenerativă a articulațiilor și cea mai frecventă cauză ce reduce semnificativ calitatea vieții, fapt constatat în timpul stagiilor de practică de specialitate desfășurate la Spitalul Municipal Arad, Secția de Balneofizioterapie și Recuperare, unde am observat numărul foarte mare, peste 90%, al pacienților cu boala artrozică internați;

☞ am considerat utilă și în același timp necesară aprecierea eficacității metodelor de recuperare balneofizioterapeutice în boala artrozică, respectiv impactul acestor metode asupra calității vieții pacienților deoarece reabilitarea funcțională vine în ajutorul terapiei medicamentoase și chirurgicale, fapt ce trebuie înțeles și mai ales de către bolnavii cu această patologie, și anume că este necesar, util și benefic să participe cu conștiințiozitate, cât mai des, la programele de reabilitare funcțională.

Material și metodă

Prin studiul de față am căutat să identificăm persoane cu afecțiuni artrozice, din medii locative diferite și să observăm eficacitatea reabilitării funcționale, ca parte integrantă a unei abordări terapeutice complexe a bolii artrozice, în condițiile oferite de sistemul medical de stat, ca modalitate de interdisciplinaritate medicală ce vine în întâmpinarea suferințelor artrozice.

Baza tratamentului recuperator aplicat au reprezentat-o electroterapia, termoterapia și masajul, ca forme de terapie pregătitoare, pasivă a structurilor anatomo-funcționale, urmate apoi de kinetoterapie, ca formă de terapie propriu-zisă, activă.

În acest scop, am luat în studiu 20 de persoane cu boală artrozică, la nivelul coloanei vertebrale, șoldului sau genunchiului, considerând că aceste localizări ale manifestărilor degenerative au cele mai multe implicații funcționale, ce aduc individul de la independență la un grad mai mic sau mai mare de dependență.

Cei 20 de subiecți au avut vârsta cuprinsă între 52 și 87 de ani și au fost împărțiți în două loturi, unul experimental, alcătuit din 10 pacienți internați în Secția de Balneofizioterapie și Recuperare, din cadrul Spitalului Municipal Arad, pentru a urma un program de reabilitare funcțională, fiind tratați în condiții de spitalizare cu un program terapeutic adaptat formei clinico-evolutive de boală artrozică, și un grup de control cu 10 pacienți înscriși la Cabinetul

Medical al Dr. Petcu Mihai, din localitatea Dăneasa, județul Olt, subiecții ai cărui grup, spre deosebire de grupul experimental, nu au participat, până la data studiului, alături de terapia medicamentoasă, la un program de recuperare funcțională.

Subiecții lotului experimental au beneficiat de următoarele proceduri de recuperare specifice de balneofizioterapie: galvanizări, curenți diadinamici, ultrasunet, unde scurte, parafină, masaj, iar doi dintre ei (PM și VD) au beneficiat de kinetoterapie. Faptul că acești doi pacienți au beneficiat de kinetoterapie se reflectă în punctajul aprecierii activităților fizice din faza finală, pe care l-am pus în valoare, ca aspect esențial al terapiei de recuperare.

Pentru evaluarea subiecților am apelat la metoda de evaluare interogativă privind starea fizică, care reprezintă baza de cercetare a grupurilor de pacienți, aceasta fiind folosită pentru aprecierea rezultatelor obținute în urma aplicării programului complex de recuperare funcțională, care ulterior au fost interpretate prin metode statistice.

Chestionarul folosit pentru evaluarea subiecților a fost RSCL - Rotterdam Symptom Checklist (Inventarul Simptomelor Rotterdam), cu autor principal Johanna de Haess, care a creat acest chestionar în 1983, fiind revizuit în 1990. Pentru evaluarea calității vieții pacienților cu boală artrozică, în această cercetare, am folosit Scala nr.3 a RSCL, respectiv *Scala activităților zilnice/cotidiene* care conține 8 itemi, cu 4 variante de răspuns, punctate de la 1 la 4, valorile mici indicând un nivel scăzut, iar cele mari o stare cât mai bună a sănătății, iar pentru aprecierea generală a stării de sănătate am folosit scala cu 7 variante de răspuns (de la foarte proastă până la excelentă), cu punctaj pe fiecare variantă începând de la 1 (foarte proastă) până la 7 (excelentă).

La scala activităților zilnice și la scala aprecierii generale a stării de sănătate, scorurile mari indică o funcționalitate mai bună a pacientului. Chestionarul este anonim și se aplică prin autoadministrare, eventual cu asistență minimă din partea terapeutului și durează, în medie, 8 minute. Chestionarul face parte din domeniul public și este prezentat integral în literatura de specialitate pe care am consultat-o.

Tabelul 1 - Chestionarul RSCL

<i>Scala activităților zilnice/cotidiene</i>		
Nr. crt.	În ce măsură pot fi îndeplinite activitățile de mai jos:	Variante de răspuns:
1	Să vă faceți toaleta personală (spălat, pieptănat, îmbrăcat etc.);	Deloc (1punct)
2	Să vă plimbați în jurul locuinței;	
3	Să îndepliniți activități casnice ușoare (curățat cartofi, spălat vesela etc.);	Numai cu ajutor (2 puncte)
4	Să urcați scările de la locuință;	
5	Să îndepliniți activități casnice mai dificile (spălat haine manual, aspirat praful, cărat găleți cu apă, bătut covoare etc.);	Cu puțin ajutor (3 puncte)
6	Să faceți plimbări mai lungi, departe de locuință;	
7	Să faceți cumpărăturile pentru familie;	Singur fără nici un ajutor (4 puncte)
8	Să mergeți la serviciu, la biserică, sau în vizită.	
<i>Scala aprecierii generale a stării de sănătate</i>		
În general cum apreciați starea generală a sănătății dumneavoastră?		Foarte proastă (1 punct) Proastă (2 puncte) Destul de proastă (3 puncte) Mulțumitoare (4 puncte) Destul de bună (5 puncte) Bună (6 puncte) Excelentă (7 puncte)

Evaluarea calității vieții pacienților am efectuat-o înaintea începerii și după încheierea programului de recuperare funcțională, în cazul subiecților din lotul experimental și la un interval

de două săptămâni pentru subiecții lotului de control, perioadă în care aceștia se urmau un tratament medicamentos, cu ajutorul chestionarului RSCL, acesta fiind un chestionar valid, demn de încredere, atât în cercetarea clinică, cât și în practica cotidiană.

Rezultate

Analizând rezultatele obținute de către subiecții lotului experimental în ceea ce privește nivelul performanței în îndeplinirea activităților zilnice, în urma celor două evaluări (tabelul 2) se constă o diferență pozitivă de punctaj pentru fiecare pacient în parte din grupul experimental, între evaluarea inițială (187 de puncte) și evaluarea finală (280 de puncte), în medie cu 9,3 puncte.

Deasemenea remarcăm o diferență semnificativă pentru cei doi componenți ai lotului experimental care au beneficiat în plus de kinetoterapie: pacientul nr.1 (PM cu spondiloză), inițial 20 puncte, final 32 puncte, diferență de 12 puncte și pacientul nr. 6 (VD cu coxartroză), inițial 19 puncte, final 32 puncte, diferența de 13 puncte, cu un plus mediu de 3,7 puncte față de restul pacienților.

Tabelul 2 - Evaluarea individuală privind îndeplinirea activităților zilnice în cazul lotului experimental

Nr. crt.	Subiecți	Diagnostic	Evaluare	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Scor total	Diferența
1	PM	spondiloză	Inițial	4	2	4	2	2	2	2	2	20	12
			Final	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
2	NE	spondiloză	Inițial	4	3	4	2	2	2	2	2	21	6
			Final	4	4	4	3	3	3	3	3	3	
3	VM	gonartroză	Inițial	4	2	4	3	1	1	2	1	18	10
			Final	4	4	4	4	3	3	3	3	3	
4	PN	coxartroză	Inițial	4	1	4	2	2	1	1	1	16	10
			Final	4	3	4	3	3	3	3	3	3	
5	BF	spondiloză	Inițial	4	1	4	3	3	2	2	2	21	6
			Final	4	3	4	3	3	3	3	3	3	
6	VD	coxartroză	Inițial	4	1	4	2	2	2	2	2	19	13
			Final	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
7	LR	gonartroză	Inițial	4	2	4	2	1	1	2	1	20	9
			Final	4	3	4	3	3	3	3	3	3	
8	VI	gonartroză	Inițial	4	3	4	1	2	2	1	1	18	8
			Final	4	4	4	3	4	3	2	2	2	
9	PC	gonartroză	Inițial	4	2	4	2	3	1	2	1	19	8
			Final	4	3	4	3	4	3	3	3	3	
10	MI	coxartroză	Inițial	4	1	4	1	2	1	1	1	15	11
			Final	4	3	4	3	3	3	3	3	3	
Media												9,3	

Din calculele prezentate rezultă evoluția pozitivă a statusului funcțional al pacienților din grupul experimental, așa cum a fost apreciat de aceștia privind desfășurarea activităților zilnice.

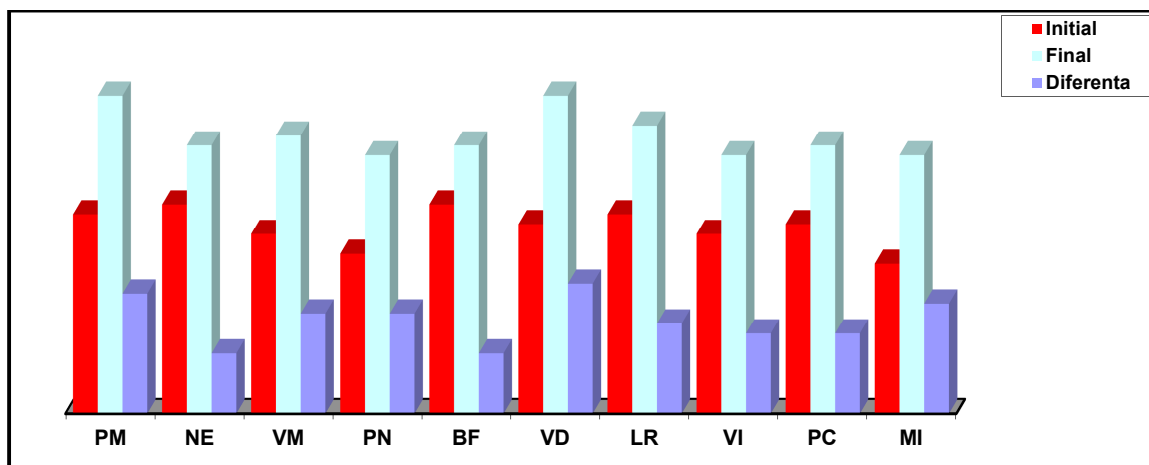


Figura 1 - Diagrama parametrilor diferențiali privind îndeplinirea activităților zilnice în cazul lotului experimental

În cazul lotului de control se poate observa că nu există diferențe de punctaj între evaluarea inițială și cea finală, adică percepția individuală privind îndeplinirea activităților zilnice a fiecărui subiect a rămas la același nivel.

Tabelul 3 - Evaluarea individuală privind îndeplinirea activităților zilnice în cazul lotului de control

Nr. crt.	Subiecți	Diagnostic	Evaluare	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Scor total	Diferența
1	VM	spondiloză	Inițial	4	3	4	2	2	2	1	2	20	0
			Final	4	3	4	2	2	2	1	2	20	
2	SI	gonartroză	Inițial	4	2	4	2	2	1	1	1	17	0
			Final	4	2	4	2	2	1	1	1	17	
3	VC	spondiloză	Inițial	4	2	4	2	2	1	2	3	19	0
			Final	4	2	4	2	2	1	2	3	19	
4	CC	spondiloză	Inițial	4	2	4	2	2	1	2	3	20	0
			Final	4	2	4	2	2	1	2	3	20	
5	RD	gonartroză	Inițial	4	3	4	1	2	1	1	1	17	0
			Final	4	3	4	1	2	1	1	1	17	
6	CE	spondiloză	Inițial	4	2	4	2	1	2	2	2	19	0
			Final	4	2	4	2	1	2	2	2	19	
7	EP	gonartroză	Inițial	4	2	4	2	1	1	1	1	16	0
			Final	4	2	4	2	1	1	1	1	16	
8	DA	coxartroză	Inițial	4	1	4	2	1	1	1	1	16	0
			Final	4	1	4	2	1	1	1	1	16	
9	SV	spondiloză	Inițial	4	1	4	2	1	2	2	2	18	0
			Final	4	1	4	2	1	2	2	2	18	
10	MI	spondiloză	Inițial	4	2	4	1	2	2	2	2	19	0
			Final	4	2	4	1	2	2	2	2	19	
Media												0	

În ceea ce privește aprecierea generală a stării de sănătate, în urma prelucrării datelor obținute pe parcursul celor două evaluări, am constatat că în cazul grupului experimental există o diferență semnificativă, pozitivă, în aprecierea pacienților, între evaluarea inițială și cea finală; această diferență având o valoare medie de 2,1 puncte.

Deasemenea în cazul celor doi subiecți care au beneficiat de kinetoterapie am observat o diferență netă față de ceilalți 8 subiecți din grupul experimental, care la finalul cercetării au apreciat propria stare de sănătate prin punctaj maxim de 7 puncte, cu o medie personală de 3,5 puncte, devansând restul de subiecților cu o medie de 1,4 puncte.

Tabelul 4 - Rezultatele evaluării individuale privind aprecierea generală a stării de sănătate pentru ambele loturi

Lot experimental				Nr crt	Lot de control			
Subiecți	Evaluare a inițială	Evaluare a finală	Diferența		Subiecți	Evaluare a inițială	Evaluare a finală	Diferența
PM	4	7	3	1	VM	2	2	0
NE	4	5	1	2	SI	2	2	0
VM	4	6	2	3	VC	4	4	0
PN	2	4	2	4	CC	5	4	-1
BF	4	5	1	5	RD	2	2	0
VD	3	7	4	6	CE	5	4	-1
LR	3	6	3	7	EP	1	1	0
VI	3	4	1	8	DA	1	1	0
PC	2	5	3	9	SV	3	2	-1
MI	3	4	1	10	MI	4	4	0
Media	3,2	5,3	2,1		Media	2,9	2,6	-0,3

Rezultatele referitoare la aprecierea generală a stării de sănătate, consemnate în urma celor două evaluări, pentru subiecții grupului de control, scot în evidență o descreștere a punctajului între evaluarea inițială la care s-a înregistrat o medie de 2,9 puncte și evaluarea finală cu o medie de 2,6 puncte, regresul înregistrat având o medie de 0,3 puncte.

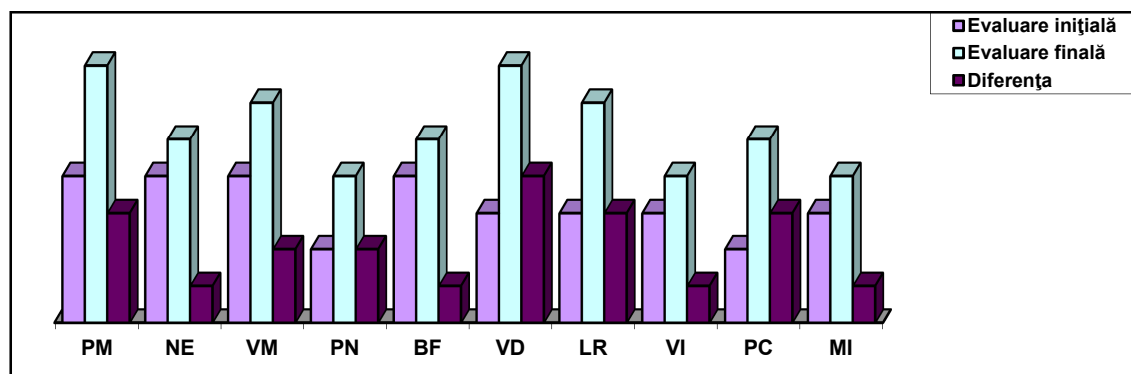


Figura 2 - Diagrama parametrilor diferențiali privind aprecierea generală a stării de sănătate pentru lotul experimental

Din datele statistice prezentate, rezultă evoluția pozitivă a stării generale de sănătate a pacienților din grupul experimental, care au beneficiat de recuperare balneofiziokinetică, în detrimentul celor din grupul de control, care nu au beneficiat de acest program de recuperare fizică, din contră, evoluția stării de sănătate a lor a regresat, luând un trend negativ față de statusul inițial.

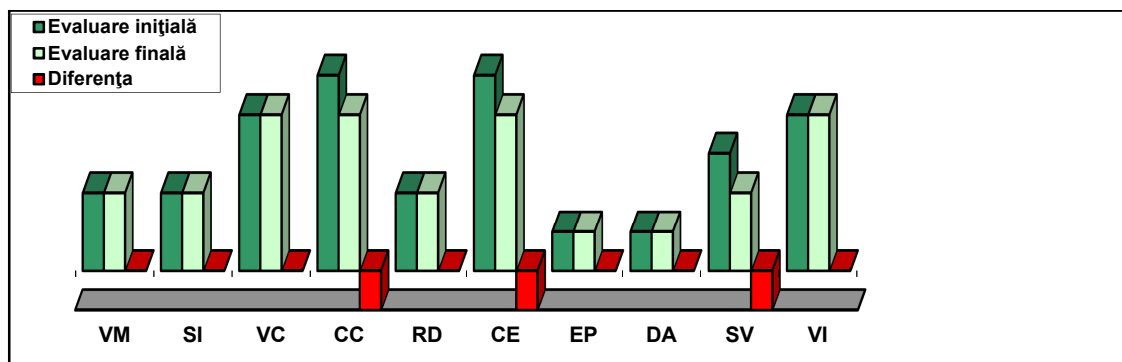


Figura 3 - Diagrama parametrilor diferențiali privind aprecierea generală a stării de sănătate pentru lotul de control

Și în această secțiune, trebuie evidențiat beneficiul pacienților care, pe lângă terapia medicamentoasă, au inclusă în recuperare și terapia fizică balneofiziokinetică, dar mai ales kinetoterapia, care își demonstrează încă o dată utilitatea și necesitatea în componența programelor de recuperare complexe.

Concluzii

Reabilitarea funcțională reprezintă un complex terapeutic deosebit de util pentru compensarea alterărilor funcționale apărute în cursul evoluției bolii artrozice și de asemenea reprezintă modalitatea care asigură exploatarea maximă a restantului funcțional.

Persoanele din mediul urban prezintă un număr mai mare de ani de educație formală, care se reflectă și în acceptarea intervențiilor terapeutice, participarea voluntară, corectă la programul recuperator, cu implicații directe în starea de sănătate.

Persoanele din mediul rural beneficiază de tratament complex recuperator doar în condiții de spitalizare, datorită distanței și accesibilității reduse, în timp ce bolnavii din mediul urban preferă tratamentul recuperator în condițiile internării de zi sau în ambulator.

Evaluarea calității vieții privind activitățile zilnice aduce informații diferite pentru cele două grupuri de subiecți. În grupul experimental, se remarcă diferența semnificativă de la evaluarea finală, după încheierea programului de reabilitare funcțională, cu o creștere a punctajului în medie cu 9,3 puncte. În grupul de control, această evoluție pozitivă lipsește, motivul fiind lipsa programelor de recuperare balneofiziokinetică.

Evaluarea calității vieții privind starea generală a sănătății între faza inițială și finală, scoate în evidență o situație și mai dramatică. Dacă în grupul experimental s-a produs o evoluție favorabilă la toți pacienții, cu o creștere pozitivă în medie de 2,1 puncte individual datorită recuperării balneofiziokinetică, în grupul de control se constată un regres în medie cu -3 puncte, dat fiind faptul că rezerva medicamentoasă a organismului pentru această boală este în scădere.

O situație demnă de reținut, în mod special, este evoluția deosebită atât în evaluarea activităților fizice cât și în evaluarea stării generale de sănătate a celor doi pacienți din lotul experimental (PM și VD) care au beneficiat de kinetoterapie, la care se remarcă o îmbunătățire semnificativă, față de rezultatele celorlalți pacienți.

Tratamentul recuperator kinetoterapeutic are un impact puternic asupra evoluției bolii, cel mai relevant fiind cel asupra menținerii mobilității articulațiilor, prin reducerea durerii și redorii, care scade semnificativ la fiecare sesiune de recuperare. Starea generală de sănătate beneficiază cel mai mult în urma metodelor și tehnicilor kinetoterapiei.

În esență, beneficii semnificative, complete și de durată sunt obținute prin kinetoterapie. Îmbunătățiri mai puțin substanțiale, dar totuși semnificative și de durată sunt asigurate prin terapia fizică, care reduce simțitor durerea, dar nu crește mobilitatea articulară și tonusul muscular necesare pentru desfășurarea activităților.

Calitatea vieții pacienților din lotul experimental a fost simțitor îmbunătățită, față de lotul de control care a regresat, fapt demonstrat de valorile statistice culese din aprecierea individuală a pacienților.

La grupul experimental, am observat o creștere a cotei de optimism și încredere în beneficiile terapiei complexe de reabilitare funcțională, în sensul bunăvoinței și disponibilității cu care au participat la cercetare; au vrut să împărtășească bucuria de a fi din nou independenți pentru desfășurarea activităților personale.

Având ca fundament experiența acestui studiu, putem desprinde unele sugestii ca perspective pentru viitoare cercetări. Pentru controlul și ameliorarea majorității simptomelor din boala artrozică, pe lângă medicația adecvată, propunem o intervenție interdisciplinară bazată primordial pe kinetoterapie de durată, individualizată și efectuată inițial sub atenta îndrumare a personalului medical specializat și ulterior continuată la domiciliu. Completarea ei cu terapie fizică complexă adaptată nevoilor fiecărei persoane, pe lângă influența pozitivă asupra acuzelor pacienților, ar putea constitui și un facilitator pentru buna desfășurare a programului kinetic.

Asocierea tratamentului balneofiziokinetice celui medicamentos alături de desfășurarea unui proces educativ continuu, asigură menținerea pe termen lung a unor rezultate funcționale foarte bune.

Referințe bibliografice

- [1] *** Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines, Arthritis & Rheumatism (2000) *Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee*, American College of Rheumatology, Volume 43, No. 9, September, p. 1905-1915
- [2] Manek, Nisha J., Lane, Nancy E. (2000) Osteoarthritis: current concepts in diagnosis and management, *Am Fam Physician*; 61(6):1795-1804
- [3] *** American College of Rheumatology, 1986
- [4] Ciobanu, Elena (2011) Compoziția chimică a apei potabile și morbiditatea prin maladii osteoarticulare: abordare teoretică, *Analele Științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”*, numărul 2(12) /, p.107-112