

BOLILE CRONICE NECONTAGIOASE – O PROBLEMĂ VITALĂ A SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Mihail Popovici, membru corespondent, prof. univ., directorul Programului CINDI Moldova, coordonator național în problemele strategiei europene de combatere a bolilor cronice necontagioase pe lângă O.M.S.

Conform statisticelor O.M.S., cca 85% din totalitatea deceselor în populația de toate vârstele din toate țările lumii sunt cauzate de maladiile cronice neinfecțioase. Diferențe se atestă doar pentru anumite categorii de afecțiuni, dar invariabil prevalează maladiile cardiovasculare, urmate de tumorile maligne, maladiile respiratorii, diabetul zaharat, traumatisme ș.a.

În Republica Moldova, conform statisticelor oficiale, situația la acest capitol este foarte tensionată: astfel, în anul 2002 aceste maladii au atins cota de 89,2% din totalitatea cauzelor de decese înregistrate. În special, elocventă este ponderea patologiei cardiovasculare în mortalitatea totală a populației din RM, care a crescut de la 42% în 1994 la 56% în 2004, precum și declinul indicelui speranței de viață apreciat la naștere pentru un locuitor din Moldova, care a ajuns în anul 2003 printre cei mai reduși în Europa Centrală (64,5 ani – pentru bărbați și 71,6 ani – pentru femei).

În efortul de a face față acestei situații alarmante în 1999, sub egida OMS, a fost elaborată Strategia Globală de Prevenire și Combatere a Maladiilor Noninfecțioase, care a fost aprobată de Adunarea Organizației Mondiale a Sănătății (AOMS) în mai 2000 [Rezoluția AOMS, 53.17]. În acest context AOMS a aprobat în 2002 o Convenție de Cadru pentru combaterea tabagismului, iar în anul 2004 a adoptat Strategia Globală a O.M.S. privind ordonarea regimului alimentar, activității fizice și sănătății.

Toate documentele de program și apelurile lansate de forurile globale și cele europene de protejare a sănătății au reieșit din experiența acumulată de ani într-o serie de state din Occident și SUA, savanții cărora au cercetat și demonstrat că există o relație fermă între nivelurile de mortalitate a populației prin diferite maladii noninfecțioase și răspândirea în societate a factorilor ce le determină.

Observațiile și probele acumulate în acest sens au devenit suportul unui concept științific de prevenire a BCN, care reiese dintr-o viziune fundamentală - combaterea maladiilor cronice prin diminuarea impactului sau anularea **factorilor de risc** ce le determină sau le complică evoluția. Cauzele apariției mai multor afecțiuni cronice severe, inclusiv cardiovasculare, nu sunt încă elucidate complet, dar în urma diferitelor experimente, cercetări clinice și epidemiologice au fost depistați factorii ce determină sau favorizează declanșarea maladiilor. Conform definiției ce reiese din acest concept, *un factor de risc definește o caracteristică prezentă la un individ sănătos dovedită în studiile epidemiologice a fi legată de apariția subsecventă a bolii.*

Au fost delimitate și criteriile de asociere cauzativă între un factor de risc și maladie: *constanță* (confirmată constant în diferite grupuri și în cadrul aceluiași studiu); *stabilitate* (rezistența relației când riscul îmbolnăvirii este persistent și crește o dată cu timpul de expunere); *specificitate*, care arată o relație certă între factorul respectiv și maladia concretă; *corespondere*, când asocierea depistată se poate justifica prin mecanismul real de constituire a acestei asociații.

Se conformă acestor condiții și definiției o serie întreagă de caractere de ordin comportamental, social și biologic, specialiștii folosind mai frecvent divizarea lor în factori de risc *modificabili* și factori de risc *nonmodificabil* (vârsta, sexul, rasa, ereditatea).

De interes practic sunt, mai ales, factorii modificabili, care pot fi atât niște caractere biologice, cum ar fi nivelul lipidelor serice, glicemia, presiunea sangvină, cât și unele particularități ale stilului de viață (tabagismul, alimentația irațională, stresul psihosocial, excesul de alcool, sedentarismul ș.a.). Relațiile cauzale ale acestor factori au fost demonstrate și confirmate prin experiența statelor care de câteva decenii încoace realizează programe de măsuri întru combaterea (sau corectarea) lor la scară națională.

Se pot cita o serie de state occidentale care au sesizat deja efectele benefice ale programelor de acțiuni preventive și, respectiv, au obținut rezultate palpabile de descreștere a mortalității prin

maladii cardiovasculare. Sunt elocvente în acest sens rezultatele înregistrate în cadrul Proiectului Karelia de Nord (Finlanda), unde decesele prin afecțiuni coronariene ale populației masculine de vârste productive (35-64 de ani) s-au diminuat în perioada 1969-1995 cu 73% în Karelia de Nord și, respectiv, cu 65% în populația de ansamblu a Finlandei. În S.U.A. și Canada pe parcursul a câtorva decenii (1960-1991) prin măsuri active de ținere sub control a HTA și de reducere a nivelurilor medii de colesterol seric (de la **220** până la **205 mg/dl**) s-a obținut diminuarea cu 50% a mortalității cardiovasculare (cu câte circa 1% pe an). Dintre succesele mai recente indicăm experiența Poloniei, care, conform unui raport recent (2005) al O.M.S., a reușit redresarea spre ameliorare a indicatorilor mortalității prin BCN, în special afecțiuni cardiovasculare. Această experiență este valoroasă pentru că ne oferă probe clare de efect al măsurilor preventive susținute și siguranța unor beneficii inestimabile, prin care sunt salvate milioane de vieți.

În temeiul acestor argumente a fost promovată ca fiind un deziderat al timpului ideea de desfășurare a unor **rețele de programe naționale de prevenire și control al BCN**, care să urmărească difuzarea continuă a informației indispensabile, schimbul neîntrerupt de experiență în domeniul prevenirii bolilor și antrenarea activă a instituțiilor teritoriale și naționale în transpunerea pe teren a celor proiectate. Dar pentru proliferarea acestor idei și adoptarea universală a sugestiilor de profilaxie a fost nevoie de probe și cunoștințe suficiente ale unei pături cât mai largi de reprezentanți ai națiunilor cu diferite niveluri de dezvoltare economică și cultură sanitară. Astfel că O.M.S. a lansat și susținut mai multe proiecte de demonstrație și programe naționale cu desfășurarea unor acțiuni concrete de anticipare a maladiilor, cum ar fi Programul **CARMEN** și **CINDI** cu rezultate demne de considerat. Experiența țărilor ce au implementat aceste programe, de asemenea și experiența Republicii Moldova, încadrată în programul CINDI, au scos în evidență atât succesele, cât și momentele care frânează implementarea programelor de prevenire a bolilor.

Să reflectăm asupra câtorva momente mai importante ce țin de succesele și momentele de reticență din istoricul ofensivei asupra maladiilor noncontagioase ce se desfășoară de câteva decenii în Europa și SUA (reflecțiile ce urmează sunt spicuite din Report by the Director General WHO *Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 22 March, 2000).

Succese:

- Cercetările efectuate au determinat cu precizie și argumentat cauzele ce au definit și întrețin la cote înalte morbiditatea și mortalitatea prin afecțiuni cronice noncontagioase, fiind formulat conceptual de principiu - cel al factorilor de risc comportamentali și biologici, spre care se vor dirija eforturile preventive.
- Efectele programelor de prevenire a maladiilor la nivel comunitar rezultă cu beneficii pentru toate categoriile de populație, ameliorând în mod clar indicatorii esențiali de sănătate, în special, dacă se acționează complex și concomitent asupra câtorva factori de risc.
- Cel mai rapid răspund la remedierea sau anularea factorilor de risc comportamental, cum ar fi excesul etilic, tabagismul, alimentația irațională, hipoactivitatea fizică, asemenea factori ponderali de risc cum sunt hipertensiunea arterială, reglarea indicilor de metabolism lipidic și glucidic, scăderea masei corporale.
- Progresele statelor ce și-au ordonat programe preventive argumentează necesitatea activităților de intervenție primară cât mai largă, deoarece îngrijirea medicală a BCN impune costuri uriașe ce nu pot fi acoperite nici de statele cu potențial economic înalt. În plus, datorită inechităților sociale în contribuția pentru sănătate tot mai multe pături sociale rămân în afara îngrijirilor de calitate pentru maladii cu prognostic sumbru.
- Experiența aceluiași țări a demonstrat că strategiile populaționale impun pași largi și de anvergură națională, astfel că voința conducerii politice este esențială pentru ordonarea programelor de menajare a sănătății.

Constatările ce se impun pe marginea acestor eforturi au adus la masa discuțiilor și o serie de momente ce atestă inadvertențe și chiar obstacole ce se impun în calea intențiilor de ordonare și aplicare a medicinei preventive, la care, de asemenea, am vrea să ne referim succint.

- Neglijarea și ignorarea riscurilor pe care le comportă unii factori cu mare potențial morbid,

cum ar fi consumul tabagic, alcoolismul, alimentarea irațională, aceste vicii fiind în continuare lăsate la discreția fiecărui individ, intervențiile de limitare a consumului de alcool și tutun fiind în continuare mai mult formale.

- Nu sunt recunoscute și conștientizate beneficiile prevenirii, spre regret, inclusiv de către unii lucrători sanitari. De vină ar fi, probabil, argumentele oferite, precum și propagarea inefficientă a cunoștințelor de acest gen. Tot aici se poate invoca antrenarea insuficientă a mijloacelor de informare în masă pentru popularizarea cunoștințelor și preceptelor medicinei preventive.

- Persistă în continuare decalajul enorm între resursele repartizate pentru activitățile curative și cele acordate activităților de prevenire.

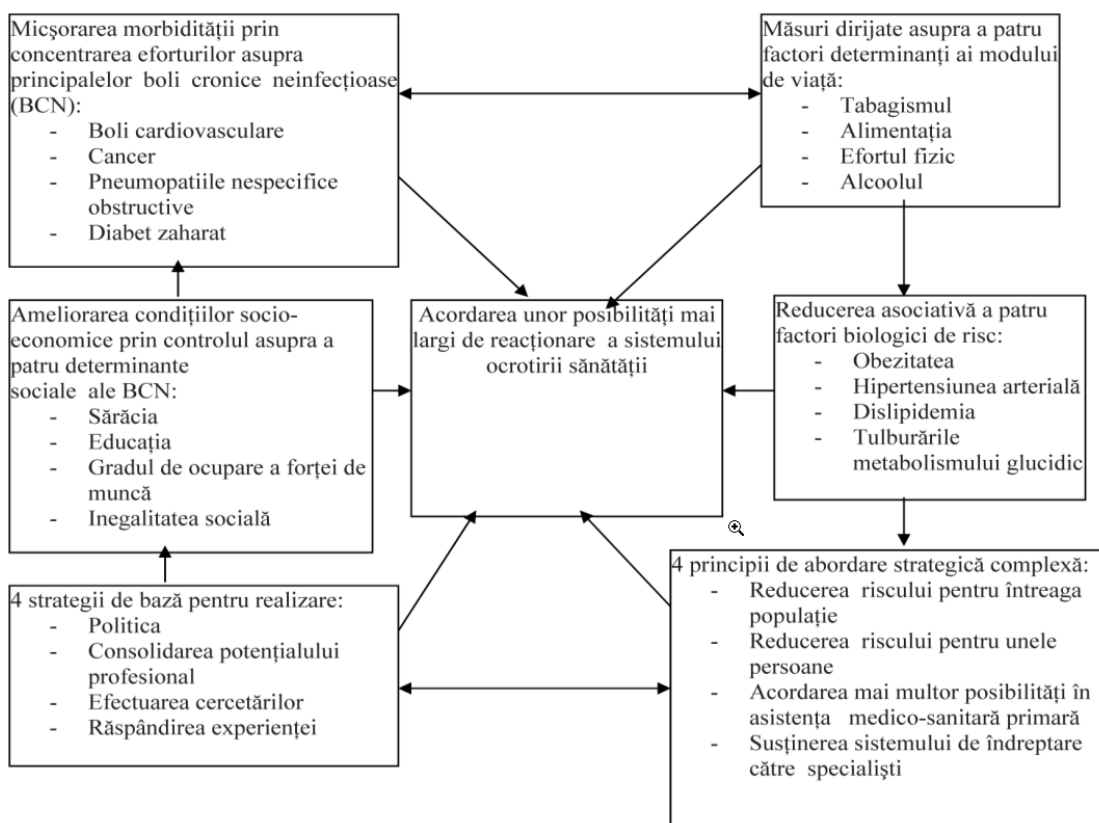
- În societatea noastră interesul comercial domină asupra celui de protejare a sănătății.

- Un moment aproape invincibil este atitudinea inertă a organismelor, instituțiilor, responsabililor față de schimbările inițiate sau de cele ce se impun. Astfel, acțiunile de prevenire prin revederea stilului de viață, prin fortificarea rezistenței populației la diferite maladii nu sunt susținute la ritmul și insistența necesară pentru succesul final.

- Menționăm aici ușurința cu care sunt date uitării chiar și cele mai perspicace inițiative și proiecte de intervenție probate cu argumente clare de beneficiu. Astfel, din cele peste 18 programe de consolidare a sănătății națiunii, care au fost promovate în ultimii ani în țara noastră, doar câteva au început să se transpună nesigur în viață. Cauza invocată de fiecare dată sunt limitările de suport financiar, deși se pare că nu doar acestea ar fi motivele.

Considerând momentele de reticență în desfășurarea programelor de prevenire, ce s-au făcut resimțite inclusiv în țările care și-au ordonat programe flexibile și care au înregistrat până la un moment succese elocvente în ameliorarea unor indici de sănătate, noi, partenerii după Programul CINDI, am lansat recent (2005) o inițiativă, prin care ne-am propus elaborarea unui concept strategic de combatere mai eficientă a BCN în aria europeană, care ar fi valabil pentru majoritatea statelor europene.

Strategia de prevenire a maladiilor cronice în Europa



În diagrama prezentată sunt indicate momentele de suport ale unui proiect strategic de intervenții dirijate spre reducerea de incidență a BCN, proiect care propune drept obiectiv de primă acțiune 4

genuri de maladii cronice: afecțiunile cardiovasculare, cancerul, maladiile respiratorii obstructive și diabetul. Proiectul acordă prioritate intervențiilor asupra a *4 factori de risc definiți de stilul de viață*: **consumul tabagic, alimentația, activitatea fizică și etilismul**. Aceste intervenții, la rândul lor, trebuie să amelioreze caracteristicile riscurilor individuale prin exercițiul scontat asupra a *4 factori de risc biologic* - **excesul de greutate corporală, hipertensiunea, dereglările metabolismului lipidic și cele ale metabolismului de glucide**.

Pentru a reuși atingerea dezideratelor formulate se propun *4 modalități de abordare complexă*: diminuarea riscului individual (atitudine ce vizează persoanele raportate la contingentele de risc crescut), reducerea riscurilor la scara populației de ansamblu (abordare ce vizează determinantele sociale), utilizarea rațională a serviciilor medico-sanitare (prin lărgirea posibilităților de prestație ale asistenței medico-sanitare primare) și susținerea acordată acestora din partea asistenței specializate.

Aceste eforturi de activitate se vor dirija de pe pista a **4 principii strategice**: *elaborarea politicii, consolidarea potențialului organizatoric și de cadre, derularea cercetărilor științifice, acumularea și difuzarea informațiilor și a experienței*.

Toate cele stipulate se vor însoți cu ameliorări efective în funcționarea mediului socioeconomic, scop pentru care eforturile se vor concentra asupra celor 4 determinante sociale principale ale BCN: *sărăcia, lipsa posibilităților de instruire, șomajul și inechitatea socială*.

Elaborarea strategiei de intervenție preventivă integrată presupune, în primul rând, **colaborare și obligațiuni de parteneriat** la câteva niveluri. La nivel internațional – O.M.S., țările-membre, Uniunea Europeană, asociațiile profesionale medicale și organizațiile nonguvernamentale. La nivel național - guvernul, toate sectoarele sociale care influențează sănătatea, instituțiile nonguvernamentale, asociațiile savanților și lucrătorilor din sectorul medico-sanitar și toate filierele mass-media. La nivel local - populația localității și organisme existente la acest nivel, instituțiile și *grupările cu interese speciale*.

Încheiem cu o ultimă remarcă asupra faptului că sugestiile Biroului European al O.M.S. pentru ordonarea politicii naționale de prevenție activă pe care le-am relatat pot deveni un reper pentru organele puterii executive și forurile de rigoare care se vor angaja în edificarea unui sistem de acțiuni preventive concrete, iar o decizie politică în acest sens ar fi una din puținele soluții de depășire a marilor probleme de sănătate, cu care se confruntă în prezent majoritatea țărilor de pe Glob.

Cele relatate de noi pe marginea acestei probleme de valență globală, cum au devenit în prezent maladiile cronice nontransmisibile, însumează expunerea unor oportunități clare oferite de forurile internaționale prin viziunea conceptuală de adoptare a unor programe flexibile de prevenire a maladiilor, care se orientează asupra câtorva poziții-cheie de profi laxie primară și secundară. Suntem deschiși oricăror opinii și inițiative ce vor parveni din partea cititorilor interesați și a organismelor ce se pot implica efectiv.

Bibliografi e selectivă

1. *A strategy to prevent chronic disease in europe. A focus on public health action*. The CINDI vision, Copenhagen, 2004, 41p.
2. *Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. 2000: WHO, 22 March, 53/14.
3. *Global forum on noncommunicable disease prevention and control*. China, 4-6 November, 2002.
4. *Health Promotion*. 1998: WHA 51.12.
5. *Integrated management of cardiovascular risk.report of a who meeting*. Geneva, 9-12 July, 2002.
6. *Noncommunicable disease prevention*. 1998: WHA 51.18.
7. Popovici M., Botnaru V., Carauș A., *Hipertensiunea arterială (Recomandări practice)*, Chișinău, 1999, 70 p.
8. Popovici M., Ivanov Victoria, Jalbă Uliana, *Combaterea bolilor cardiovasculare în populație (Ghid practic)*, Chișinău, 2000, 65 p.

9. Popovici M., Ivanov Victoria, *Politica și strategia de combatere a maladiilor cronice necontagioase*, Chișinău, 2003, 64 p.
10. Popovici M., Ivanov Victoria, *Politica și strategia de combatere a hipertensiunii arteriale în Republica Moldova*, 70 p.
11. Ross C. Brownson, Patric Remington, James R.Davis, *Chronic Disease Epidemiology and Control*. Second edition. American Public Health Association, 1998.
12. *The atlas of heart disease and stroke*, WHO, Geneva, 2004.
13. *The swedish public health policy and the national institute of public health* // Scand J. Public Health 32 (Suppl 64). Prevention and Control of Non communicable Diseases. 2000:WHA 53.17.

Rezumat

Constatând faptul că în țara noastră maladiile cronice necontagioase au depășit dimensiunile unei probleme de ordin medical, datorită impactului lor distructiv asupra indicatorilor sănătății publice, autorii apreciază că se impun imperios eforturi colaborative de ordin managerial, financiar și logistic de nivel național pentru depășirea acestei situații. O alternativă ar fi oportunitățile clare oferite de O.M.S. și forurile internaționale de menajare a sănătății publice prin viziunea conceptuală de adoptare a unor programe flexibile de prevenire a maladiilor, care se orientează asupra câtorva poziții-cheie de profilaxie primară și secundară.

Summary

Founding out that NCD in our country have outrun the proportion of one medical issue, because of their destructive impact on public health indices, the authors conclude that it is strongly necessary to focus on managerial, financial and logistic intersectorial efforts in order to overpass the situation. As a variant could be the opportunities offered by the WHO and other international for a of public health management through conceptional adoption of some flexible prevention programmes which are based on some key positions of primary and secondary prevention.