

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITARO-EPIDEMIOLOGIC

PREVALENȚA ȘI IMPACTUL MORBID AL CELOR MAI POTENȚI FACTORI DE RISC ÎN POPULAȚIA RURALĂ A REPUBLICII MOLDOVA

Mihail Popovici, membru corespondent, prof. univ., Victoria Ivanov, dr. în medicină,
Victor Rudi, dr. în medicină, Nicolae Ciobanu, dr. în medicină, Pavel Jalbă,

Institutul de Cardiologie.

Maladiile cronice necontagioase, dominate categoric de maladiile cardiovasculare, generează pierderi umane și economice irecuperabile în majoritatea țărilor de pe Glob, atât prin morbiditatea și invalidarea contingentului producător de bunuri sociale, cât și prin decesele imature ale populației de toate vârstele. În Moldova (anul 2003) aceste maladii au atins cifra de 90,0% din totalitatea cazurilor de decese înregistrate, iar cota de pondere a afecțiunilor cardiovasculare este de 57,0%.

Experiența acumulată a demonstrat că există o relație strânsă între nivelurile de mortalitate a populației prin diferite maladii noninfecțioase și răspândirea factorilor de risc al acestor maladii în societate. Un rol deosebit revine *factorilor de risc de ordin biologic și comportamental, cum ar fi fumatul, hipoactivitatea fizică, hipertensiunea arterială, concentrația înaltă de colesterol sangvin, excesul de masă corporală* etc. În multiple cercetări s-a constatat că 52-93% din populația globului se află sub incidența denumiților factori de risc ai bolilor cronice necontagioase, care se cunoaște că s-ar relaționa cert cu un mare număr de patologii, cum ar fi: cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, obezitatea, diabetul zaharat, accidentele vasculare cerebrale, cancerele, ciroza hepatică, afecțiunile pulmonare nespecifice etc. [1, 3, 4, 13].

Pentru a ordona acțiunii de combatere a factorilor de risc la scară comunitară și pentru a argumenta proporționarea adecvată a mijloacelor materiale alocate medicinei se impune estimarea cantitativă, adică a parametrilor de incidență și prevalență a acestora în populația țării.

Studiul a avut drept **scop** estimarea caracterelor de prevalență a celor mai ponderali factori de risc pentru apariția maladiilor cronice necontagioase (hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, fumatul, alimentația inadecvată, excesul ponderal, stresul psihic cronic) în cadrul unei comunități rurale reprezentative din Republica Moldova.

Materiale și metode. Au fost supuse examenelor respective 2453 de persoane (47,3% bărbați și 52,7% femei în vârstă de 25-64 de ani din totalul de 7080 de locuitori ai com. Lăpușna, jud. Hâncești).

Conform protocolului de studiu, s-a efectuat următorul set de cercetări:

- Anchetarea persoanelor conform chestionarului CINDI – *The Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention* – adaptat pentru populația RM.

- Măsurări reluate ale presiunii arteriale și calcularea valorilor medii.

- Antropometria (determinarea masei corporale și taliei) cu calcularea indicelui masei corporale (IMC) în kg/m².

- Înregistrări ECG în 12 derivații standard cu analiza ulterioară conform codului Minnesota.

- Studiul spectrului lipidic (colesterolul total, colesterolul lipoproteidelor de densitate înaltă, trigliceridele) în serul sangvin la 886 de persoane (33,1% examinați) prin metoda enzimo-colorimetrică cu polianalizatorul biochimic „Spectrum” (firma ABBOTT, SUA). Sângele venos a fost prelevat peste 12-14 ore după ultima ingerare a hranei.

- Procesarea statistică a materialelor de anchetare și cercetare clinico-instrumentală pentru calculele epidemiometrice și determinarea relațiilor de corelare între factorii de risc depistați și prevalența HTA în populația examinată (coeficientul de corelație Pearson - *r*, criteriul de contingență - χ^2 , *U*-criteriul Fischer).

• Determinarea riscului cardiovascular global al persoanelor încadrate în studiu conform *SCORE - European High Risk Chart 2003*.

Rezultate și discuții. *Hipertensiunea arterială* este cea mai răspândită afecțiune cardiovasculară și factorul de risc major în evoluția unor maladii cu mare potențial fatal ca infarctul miocardic, cardiopatia ischemică și ictusul cerebral, de aceea ne-am propus să determinăm în ordine de primă prioritate parametrii reali de prevalență a HTA în populația cercetată.

Au fost catalogați ca fiind hipertensivi subiecții care prezentau valori ale TA de $\geq 140/90$ mmHg, diagnosticul considerând media măsurărilor reluate (de 3 ori cu interval de 5 min) și în conformitate cu International Society of Hypertension (WHO/ISH, 1999).

Rezultatele au evidențiat că în populația rurală se prezintă cu valori de statut hipertensiv cca 30% de subiecți cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani (31,2% dintre bărbați și 28,8% dintre femeile eșantionate). O primă certitudine ce s-a desprins este faptul că parametrii HTA sunt în realitate de peste 7,5 ori mai elevați decât indicii statisticii medicale oficiale, ce rezultă din adresabilitatea pentru servicii de ambulator.

Este relevantă incidența hipertensiunii la etape timpurii de viață, ea fiind atestată frecvent la bărbații tineri: din totalul de 225 de bărbați în vârstă de 25-34 de ani 28 (12,4%) sunt hipertensivi și, conform anchetei, ignoră faptul că sunt bolnavi și deci nu se prezervă prin tratament sau măsuri igienico-dietetice de riscurile severe ce le implică boala (*fig. 1*).

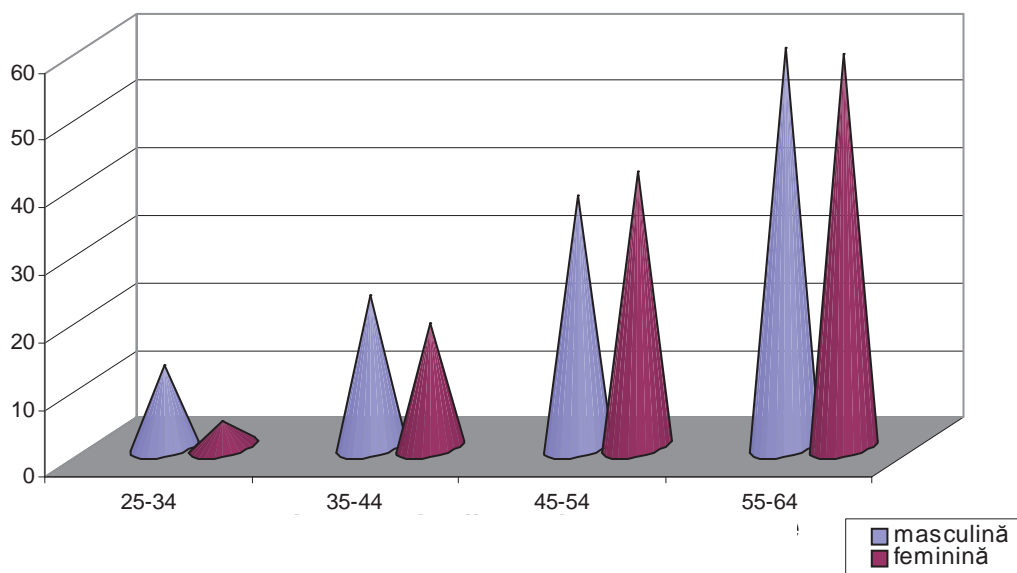


Figura 1. Prevalența hipertensiunii arteriale pe grupe de vârstă și sex la populația rurală

Vizavi de conștientizarea maladii am apreciat că doar 33,0% din pacienți cunosc faptul că au valori elevate de TA, administrează tratamente hipotensive 14,0% din ei, dar numai la 21,0% din pacienții care administrau remedii hipotensive tratamentul urmat era eficient.

S-a constatat că în RM hipertensiunea arterială este un fenomen morbid foarte frecvent, în special alarmantă este proporția de hipertensivi în contingentele de populație tânără și la vârste de maximă productivitate de muncă (22,6-41%), ceea ce conferă problemei o maximă valență socio-economică. Este înalt și procentul de hipertensivi printre femeile în vârstă de 45-54 de ani - 41,5%, tendințele de intensificare a fenomenului în următoarea decadă de viață constituie 58,2%, interval în care femeile devin extrem de vulnerabile la diferite maladii cardiovasculare și prin suprapunerea altor adversități de vârstă și riscuri de comportament alimentar și fizic.

Concludem, astfel, că organizarea acțiunilor de depistare precoce a persoanelor cu valori hipertensive și a formelor incipiente de boală hipertensivă este un moment extrem de important, deoarece, conform studiului Lăpușna, peste 67% din persoanele depistate cu valori tensionale supranormative

nici nu cunosc faptul că sunt bolnave, iar aceasta înseamnă un pericol de proporții enorme ce planează asupra unui mare contingent de membri ai societății noastre. Consemnăm aici și nivelul minim de cuprindere cu tratamente pentru HTA, precum și proporția și mai redusă a celor care beneficiază de tratamente adecvate.

Consumul tabagic. Alături de hipertensiune și dislipidemii tabagismul este cel de-al treilea factor de risc pentru declanșarea și evoluția diferitelor maladii cronice. Astfel, riscul pentru manifestarea fatală a unei ateroscleroze la un fumător este de 2-4 ori mai mare decât la un nefumător. Pericolele se multiplică, mai ales, la debutul sub 15 ani al consumului de tutun. De altfel, fumatul este un risc independent pentru infarctul acut de miocard și numeroase morți subite.

Parametrii acestui potent factor de risc în populația respectivei localități s-au estimat exclusiv din datele consemnate la anchetarea efectuată conform chestionarului CINDI. Astfel, s-a determinat că 46,5% de bărbați și 0,2% de femei din populația rurală fumează zilnic, 4,2% de bărbați și 0,1% femei fumează ocazional, 1,7% bărbați și 0,1% femei au renunțat la fumat 1-12 luni în urmă, 11,1% bărbați și 0,2% femei au lăsat fumatul de mai bine de un an. Procentul fumătorilor inveterați de sex masculin crește (fig.2) de la 50,2% la vârsta de 25-34 de ani până la 54,5% la vârsta de 35-44 de ani, etapă după care indicele de consum se reduce până la 46,3% la vârsta de 45-54 de ani și coboară la 26,3% în intervalul 55-64 de ani.

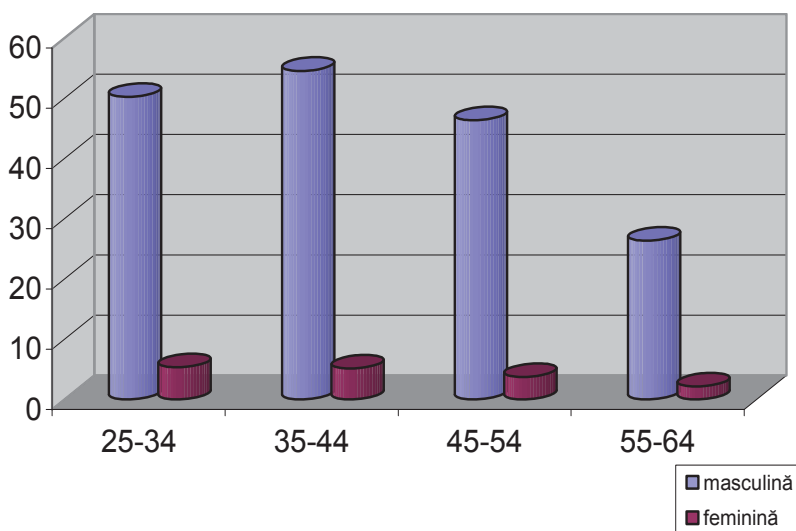


Figura 2. Prevalența fumatului în populația rurală pe vârste și sexe

Sunt relevanți indicii cantitativi ai deprinderii tabagice: cca 50,8% din bărbații fumători consumă zilnic 15-24 țigarete, 42,0% bărbați – 1-14 țigarete și 7,2% bărbați – 25 și mai multe țigarete, caractere ce se corelează fidel cu statutul de hipertensiv - $\chi^2=36,19$; $P<0,001$. Fumează regulat o perioadă de la 1 la 5 ani 5,7% de bărbați, de la 6 la 10 ani – 15,3%, de la 11 la 15 ani – 15,9%, de la 16 la 20 ani – 24,2%, de la 21 la 25 ani – 11,3% și peste 25 de ani – 27,5% de bărbați. Rezultă că 3/5 din bărbații chestionați consumă zilnic peste 15 țigarete, iar circa 2/3 bărbați fumează regulat o perioadă de peste 15 ani, vechimea servajului tabagic fiind, de asemenea, corelată sugestiv cu HTA - $\chi^2=31,72$; $P<0,001$. Este periculos și faptul că mulți fumători condiționează expunerea la fumul de țigară a persoanelor din anturajul familial și din cel profesional, inclusiv femeile și copiii.

Alimentația irațională. Alimentația este un element esențial pentru prevenirea și ținerea sub control a valorilor presionale și a nivelurilor de lipide serice, dar și a maladiilor care apar și se amplifică pe fondul acestor dezechilibre biologice. În cadrul populației eșantionate s-au cercetat caracterele de ingredientă a rațiilor alimentare, proporționarea unor produse alimentare obligative, s-a estimat consumul salin și cel etilic, care s-au coroborat apoi cu exponenții reali ai comportamentului alimentar și ai erorilor de nutriție - masa corporală și valorile colesterolemiei (coeficientul de corelație după Pearson - $\chi^2=0,24$, $P<0,001$). Rezumăm că în populația rurală examinată s-au distins clar o serie

de caracter alimentare ce nu se conformă rigorilor de nutriție sanogenă. Astfel, rațiile cotidiene ale celor chestionați nu includ pâinea de măciș integral, sursă de principii cu o valoare biologică înaltă importantă pentru organism (vitamine din grupul B, minerale - Mg, Zn, Fe, Se și fibre alimentare). Se consumă foarte puțin pește, care influențează nutritiv benefic și chiar oportun în profilaxia bolilor cronice necontagioase, foarte puține fructe proaspete (în perioada de iarnă-primăvară). De menționat că 67,2% din persoanele examinate suplimentează bucatele la masă cu sare (obișnuiesc acest lucru 73,1% din bărbați și 64,4% de femei) și anume printre acestea era mai des înregistrată HTA

Excesul ponderal. Indicele masei corporale $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ s-a diagnosticat la 17,7% persoane. Obezitate de gradul I (indicele masei corporale $30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$) s-a depistat la 13,1% persoane (10,1% bărbați și 15,8% femei; $P < 0,01$), obezitate de gradul II (indicele masei corporale $35\text{-}40 \text{ kg/m}^2$) – la 3,7% persoane (1,8% bărbați și 5,4% femei; $P < 0,01$) și obezitate de gradul III (indicele masei corporale $> 40 \text{ kg/m}^2$) – la 0,9% persoane (0,4% bărbați și 1,3% femei; $P < 0,05$). Excesul de masă corporală se corelează semnificativ cu prevalența totală a hipertensiunii arteriale, dar și cu cea de categorie de vârstă ($\chi^2=127.45$; $P < 0,001$).

Colesterolul sangvin. Este cel mai sensibil factor de risc al afecțiunilor ce au la origini un proces aterosclerotic (în primul rând, boala ischemică a inimii, accidentele cerebrale și desigur hipertensiunea arterială), dar nivelurile elevate ale colesterolului seric pot fi influențate redresant prin utilizarea suplimentelor nutritive de ameliorare a rațiilor (antioxidanți, acizi grași polinesaturați din pește, preparate din fosfolipide, fibre vegetale solubile, preparate din usturoi) și prin remedii de terapie hipolipemiantă (statine, secheștranti ai acizilor biliari, derivate ale acidului nicotinic, fibrante, mai recent și o serie de preparate extrase din produse vegetale).

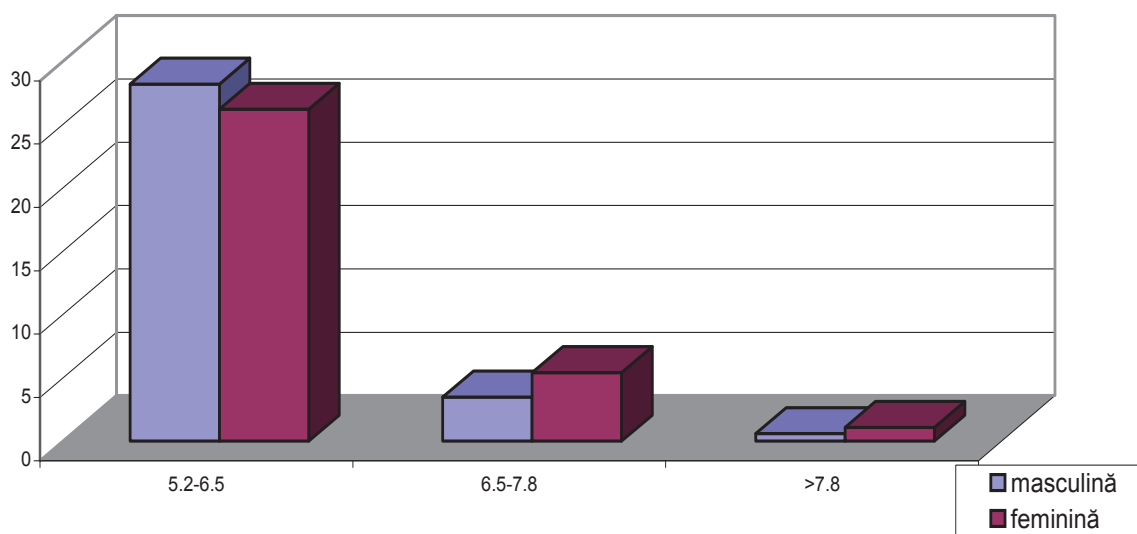


Figura 3. Prevalența hipercolesterolemiei în populația rurală

Examenle de laborator asupra spectrului lipidic al populației rurale încadrate în cercetare au constatat că 32,5% de persoane (32,3% bărbați și 32,7% femei; $P > 0,05$) prezentau hipercolesterolemie, 9,4% de persoane (10,9% bărbați și 8,5% femei; $P > 0,05$) – hipertrigliceridemie și 13,9% de persoane (18,3% bărbați și 11,4% femei; $P < 0,01$) – hipoalfacolesterolemie (fig.3).

Confruntând rezultatele de evaluare a rațiilor alimentare (procesarea informațiilor de anchetă) cu cele ale ratei de obezitate și a valorilor colesterolemiei, am dedus necesitatea unor intervenții de igienizare a alimentației: limitarea consumului salin și a ratei de grăsimi animale greu fuzibile (amenagement, în special, operant pentru intervalul de vârstă 55-65 de ani al femeilor din eșantionul cercetat), pentru a menține în echilibru valorile colesterolului plasmatic, intenție ce va reduce riscurile HTA și rata de evoluții fatale printre coronarieni și persoanele cu diferite afecte aterosclerotice.

Abuzurile etilice. În populația examinată circa 70% din intervievați consumă vin, inclusiv de

2-3 ori în săptămână - 40,5%, zilnic - 29,1% (42,4% - bărbați și 17,1% femei, $P < 0,001$). În planul șanselor de a deveni un hipertensiv se pare că importă consumul regulat de bere și băuturi tari, corelarea acestor obișnuințe cu HTA - $\chi^2 = 10,78$; $P < 0,05$ și, respectiv, $\chi^2 = 16,94$; $P < 0,01$. Nu am putut estima în ce măsură consumul zilnic atinge cota abuzului, dar s-a apreciat că printre cei care consumă vin de 2-3 ori în săptămână sunt hipertensivi 33%, iar printre cei care nu consumă vin - 29,7% ($P < 0,05$).

Stresul psihic (și social). Este bine cunoscută influența redutabilă pe care o exercită emoțiile asupra creșterii presiunii arteriale, dar există serioase statistici, conform cărora stresul acut acționează ca un declanșator al evenimentelor cardiace, așa ca infarctul de miocard și aritmiile fatale. În raport cu mai multe maladii cronice efectul stresului emoțional nu se instalează imediat, ci la distanță de eveniment. Pericolele determinate sunt mai importante dacă stările de stres sau tensiune psihică se produc cronic. Asemenea riscuri de tensiune cronică au invocat 139 (12,0%) de bărbați și 181 (14,5) femei din eșantionul examinat de noi.

În populația rurală anchetată parametrii acestui factor de risc au fost estimați de pe două poziții: în aspectul expunerii cronice sau ocazionale a celor intervievați la evenimente cu potențial stresant (parametru cantitativ), apoi și ca modalitate de apreciere a impactului lor distructiv asupra propriei sănătăți (în opinia celui examinat). În situația precară din țara noastră cei mai proeminenți factori de stres sunt lipsa suportului social, depresia și nesiguranța în ziua de mâine, adică asociații de câțiva factori psihosociali (fig. 4, tab.1).

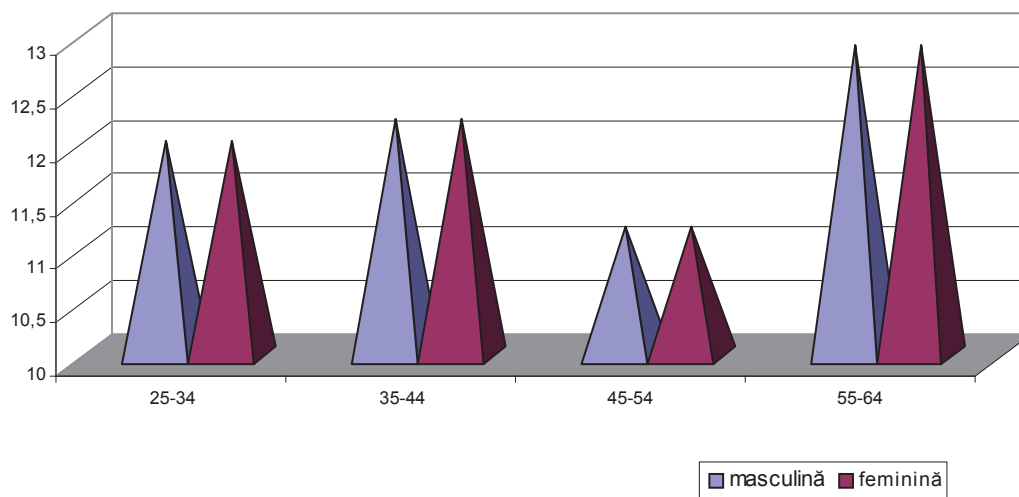


Figura 4. Prevalența stresului psihic și social

Tabelul 1

Stresul psihic și social comparat cu răspândirea hipertensiunii arteriale în diferite contingente de vârstă

| Factorii de risc | | Bărbați | | | | |
|------------------------|------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | Grupe de vârstă (ani) | | | | |
| | | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 25-64 |
| Stres psihic și social | abs. | 27 | 48 | 39 | 25 | 139 |
| | % | 12,0 | 12,2 | 11,2 | 12,9 | 12,0 |
| Hipertensivi | abs. | 28 | 89 | 130 | 115 | 362 |
| | % | 12,4 | 22,6 | 37,4 | 59,3 | 31,2 |
| Femei | | | | | | |
| Stres psihic și social | abs. | 27 | 48 | 39 | 25 | 139 |
| | % | 12,0 | 12,2 | 11,2 | 12,9 | 12,0 |
| Hipertensivi | abs. | 11 | 74 | 176 | 112 | 373 |
| | % | 4,1 | 18,5 | 41 | 58,3 | 28,8 |

Hipoactivitatea fizică nu este un fenomen mai puțin proeminent în populația rurală. Și pentru aceasta am putut releva un detaliu particular: deși țăranii, categorie la care se referă în ansamblu populația cercetată, impun un regim activ de exercițiu fizic, presingul factorilor de risc (erorile alimentare, fumatul etc.), prezenți efectiv în cadrul eșantionului cercetat, este totuși unul de forță apreciabilă, dovadă fiind ponderea exuberantă a persoanelor hipertensive, supraponderale și a ratei mari de morbiditate și decese.

Tabelul 2

Prevalența celor mai importanți factori de risc pe grupe de vârstă și sexe

| Factorii de risc dominanți | | Bărbați | | | | | Femei | | | | |
|----------------------------|------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | Grupe de vârstă (ani) | | | | | Grupe de vârstă (ani) | | | | |
| | | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 25-64 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 25-64 |
| Hipertensivi | Abs. | 28 | 89 | 130 | 115 | 362 | 11 | 74 | 176 | 112 | 373 |
| | % | 12,4 | 22,6 | 37,4 | 59,3 | 31,2 | 4,1 | 18,5 | 41 | 58,3 | 28,8 |
| Consum tabagic | Abs. | 113 | 215 | 161 | 52 | 541 | 1 | 1 | - | 1 | 3 |
| | % | 75,3 | 78,8 | 71,9 | 57,8 | 73,4 | 0,37 | 0,25 | - | 0,52 | 0,23 |
| Hipercolesterolemie | Abs. | 9 | 30 | 40 | 20 | 99 | 21 | 29 | 86 | 39 | 175 |
| | % | 18,9 | 28,6 | 40 | 33,9 | 31,7 | 18 | 17,5 | 42,6 | 56,5 | 31,6 |
| Exces ponderal | Abs. | 13 | 45 | 48 | 37 | 143 | 21 | 84 | 135 | 51 | 291 |
| | % | 5,8 | 11,5 | 13,8 | 19,1 | 12,3 | 7,7 | 20,9 | 31,5 | 26,6 | 22,5 |
| Stres psihofizic | Abs. | 27 | 48 | 39 | 25 | 139 | 28 | 72 | 58 | 23 | 181 |
| | % | 12,0 | 12,2 | 11,2 | 12,9 | 12,0 | 10,3 | 180 | 13,5 | 12,0 | 14,0 |
| Total examinați | Abs. | 225 | 393 | 348 | 194 | 1160 | 271 | 401 | 429 | 192 | 1293 |
| | % | | | | | | | | | | |

Astfel, în populația rurală din RM se prefigurează de prevalență o serie de factori de risc ce țin de stilul de viață, ca tabagismul, consumul excesiv de alcool, erorile alimentare, stresul psihic și social (tab.2).

Nivelul de conștientizare a factorilor de risc cărora se expun sătenii ne-a preocupat în mod special, indicatorul respectiv fiind decisiv pentru eficiența și oportunitatea tratamentelor, dar și pentru calcularea volumului de activități instructive și de popularizare a cunoștințelor despre utilitatea și indispensabilitatea adoptării unui mod de viață sănătos.

Datele studiului de anchetă au constatat că în ansamblul populației incluse în cercetare cunoștințele despre pericolele ce le comportă HTA, tabagismul, etilismul și expunerea la stresuri și tensiuni psihosociale cronice ar fi suficiente, cu condiția că s-ar respecta rigorile sanogene impuse pentru acești factori de risc.

În contextul reflecțiilor asupra nivelului de informatizare și deci de conștientizare a riscurilor cărora se expun sătenii în eventualitatea că nu vor tinde să abandoneze deprinderile vicioase și să urmeze sugestiile de ameliorare a unor parametri biologici și nu vor accepta un stil de activitate fizică sanogenă ni s-a cristalizat ideea de a estima per ansamblu pentru toate categoriile de sex și vârstă *Indicele SCORE*, adică riscul lor de a dezvolta în următorii 10 ani un eveniment vascular major.

Intențiile noastre se conformă principiilor moderne de supraveghere a indicatorilor de sănătate a populației, care tind să asigure diminuarea maximă posibilă a riscului de complicații cardiovasculare, obiectiv pentru care a și fost elaborat și în prezent este practicat curent în evaluarea bolnavilor consultați sau asistați de toate serviciile medicale din lume - Sistemul de Evaluare a Riscului Individual (SCORE) de a dezvolta complicații cardiovasculare printre bolnavii cu HTA (stratificarea riscului - tab.3).

**Riscul evenimentelor fatale cardiovasculare în următorii 10 ani
(conform tabelului de risc înalt în Europa - SCORE)**

| Indicele SCORE | Masculin | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|------|--------------|-------|
| | Grupe de vârstă | | | | | | | | Total | |
| | 25-34 | | 35-44 | | 45-54 | | 55-64 | | abs. | % |
| | abs. | % | Abs. | % | abs. | % | abs. | % | | |
| <1% | 15 | 31,3 | 22 | 21,0 | 12 | 12,0 | | | 49 | 15,7* |
| 1% | 25 | 52,1 | 59 | 56,2 | 38 | 38,0 | | | 122 | 39,1* |
| 2% | 8 | 16,7 | 22 | 21,0 | 24 | 24,0 | 17 | 28,8 | 71 | 22,8* |
| 3-4% | | | 2 | 1,9 | 18 | 18,0 | 17 | 28,8 | 37 | 11,9* |
| 5-9% | | | | | 7 | 7,0 | 13 | 22,0 | 20 | 6,4* |
| 10-14% | | | | | 1 | 1,0 | 12 | 20,3 | 13 | 4,2* |
| Total | 48 | 100 | 105 | 100 | 100 | 100 | 59 | 100 | 312 | 100 |
| Feminin | | | | | | | | | | |
| <1% | 117 | 100,0 | 166 | 100,0 | 148 | 73,3 | | | 431 | 77,8 |
| 1% | | | | | 54 | 26,7 | 36 | 52,2 | 90 | 16,2 |
| 2% | | | | | | | 14 | 20,3 | 14 | 2,5 |
| 3-4% | | | | | | | 18 | 26,1 | 18 | 3,2 |
| 5-9% | | | | | | | 1 | 1,4 | 1 | 0,2 |
| 10-14% | | | | | | | | | | |
| Total | 117 | 100 | 166 | 100 | 202 | 100 | 69 | 100 | 554 | 100 |

* - Diferențe statistice semnificative între sexul masculin și feminin (P<0,01)

Tabelul 3 a imaginat un panoramic sinoptic pentru riscurile evenimentelor cardiovasculare fatale în următorii 10 ani, din care se pot desprinde niște certitudini care demonstrează sporirea riscului în raport cu vârsta, situându-se la intervalul de 55-64 de ani, atât la sexul masculin, cât și la cel feminin, ceea ce este un moment defavorabil în raport cu țările ce și-au implementat programe de combatere a riscurilor analizate pe parcurs (Finlanda, SUA, Canada, Japonia etc.). De menționat și evidența unui risc mai înalt la persoanele de sex masculin, bărbații de toate vârstele fiind evident mai expuși riscurilor fatale prin impactul factorilor de risc determinați. În toate categoriile de risc, printre bărbați și femei, se determină o diferență statistică certă.

Deduția de esență ce a rezultat din cercetările incidenței celor mai potențiali factori de risc în populația rurală a Moldovei, din estimarea cantitativă a factorilor de risc comportamental, în special prin efectul suprapus al tabagismului (prezent la 46,5% bărbați), alimentației iraționale cu hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia (32,5%), excesul ponderal (54,6%) și, în mare măsură, stresul psihic cronic, datorat deficiențelor de ordin socioeconomic, este faptul că toate acestea sunt circumstanțe care determină esențial particularitățile indicatorilor de sănătate a populației. Cele constatate sunt un imperativ pentru mobilizarea societății, a organelor de resort și a opiniei publice la desfășurarea unei ofensive eficiente de depășire a acestei situații.

Concluzii

1. Extrapolând datele înregistrate într-o comunitate rurală reprezentativă din RM la populația de ansamblu a țării, deducem că factorii de risc studiați sunt de prevalență majoră.

2. Hipertensiunea arterială este un fenomen morbid extrem de frecvent: sunt hipertensivi 30% de subiecți cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani (31,2% dintre bărbații și 28,8% din femeile eșantionate), iar estimările finale au evidențiat că parametrii HTA sunt în realitate de 7,5 ori mai înalți decât indicii statisticii medicale oficiale ce rezultă din adresabilitatea pentru servicii de ambulator.

3. Incidența remarcabilă a hipertensivilor în populația rurală se relaționează fidel cu gradul de expunere a locuitorilor de la sate la o serie de factori de risc ponderal în succesiunea ce urmează: obișnuința tabagică, dislipidemiile, alimentația dezechilibrată, stresul psihosocial cronic și instruirea sanitară specială.

4. Pentru răspândirea fumatului în RM, putem emite câteva deducții: tabagismul este foarte răspândit în populația masculină de la sate, unde fumează 46,5% de bărbați, dar este satisfăcător faptul că 86,1% din bărbați consideră fumatul dăunător pentru propria sănătate și 75,4% din ei doresc să renunțe la fumat, deci există premise favorabile pentru desfășurarea activităților de combatere a tabagismului.

5. Riscul evenimentelor fatale cardiovasculare în următorii 10 ani depășește 10% la 1,5% populație.

6. Proporțiile factorilor de risc și costurile necesare combaterii lor eficiente se pot diminua mult dacă eforturile comunității se vor adresa combaterii, în primul rând, a factorilor de risc comportamental, care pot fi combătuți rapid și irevocabil, dacă există convingerea clară a viciului definit de fumat, consumul etilic, alimentația irațională.

7. În țara noastră factorii de risc major, care definesc majoritatea afecțiunilor grave, au depășit dimensiunile unei probleme de ordin medical, datorită rolului lor esențial în degradarea indicatorilor sănătății publice, de aceea se impun eforturi colaborative de ordin managerial, financiar și logistic de nivel național.

Bibliografie selectivă

1. *Active Ageing*. 1999: WHA 52.7.
2. Ahlbom A. et al., *Introduction to Modern Epidemiology*. Epidemiology Resours Inc., 1984, 25-26, 103-105.
3. Bruntland G. H., *55th World Health Assembly*, Geneva, 13 May 2002.
4. Cohen J.D., Grimm R.H., McFate Smith W., *Multiple Risc Factor Intervention Trial Intervention on Blood Pressure*, *Prevent. Med.*, 1981,10, 4: 501-518.
5. *Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) Programme*. Copenhagen, 2000, 92p.
6. *Diet, Physical Activity and Healt*, 2002: WHA, 55,23.
7. Derosa G., *Fattori di rischio vecchi e nuovi dell'aterosclerosi*, Salerno, 2000, 105 p.
8. *Evidence-Based Chronic Disease Prevention*. A course for Practitioners. San Diego, California, March, 14-17, 2000.
9. *Framework Convention on Tobacco Control*, 2003:WHA 56.
10. Friedmann G.D., Klatsky A. L., Liegelaub A.B., *Alcohol itake and hypertention*. *Ann. Intern. Med.*, 1983, 98, 5, 846.
11. Genest J., Kuchel O., *L'hypertentoin chez les persones agee et son traitment*. *Ann. Cardiol. Angeiol.*, 1979, 28, 19.
12. Geoffrey Rose, *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, 1982.
13. Gifford R.W., Cooper E.S., Hill M., Kaplan N.M., *Guidelines for Detection, Dignosis and Management of Hipertensive Population* (study Group), *Circulation*, 1981,645, 1079.
14. *К Здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет – основные неинфекционные заболевания*, Москва,1994.
15. Максимова Т.М., *Социально-гигиеническая оценка и основы разработки политики сохранения и укрепления здоровья населения России. Разработка политики и стратегии профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения Вологодской области. Материалы конференции. 27-29января, г.Вологда*, Москва, 1999, с.84.
16. Оганов Р.Г., *Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и необходимость разработки политики профилактики заболеваний. Разработка политики и стратегии профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения Вологодской области. Материалы конференции. 27-29января, г.Вологда*, Москва, 1999, с 19-28.
17. Пестун Л.М. и соавт., *Стратегический план профилактики сердечно - сосудистых и других неинфекционных заболеваний в г. Электросталь. Разработка политики и стратегии профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения Вологодской области. Материалы конференции. 27-29января, г.Вологда*, Москва, 1999, с.68-74.
18. Попугаев А.И. и соавт., *Состояние здоровья населения Вологодской области. Разра-*

ботка политики и стратегии профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения Вологодской области. Материалы конференции. 27-29 января, г. Вологда, Москва, 1999, с. 6-17.

19. Потемкина Р.А., *Анализ, интерпретация и использование результатов эпидемиологических исследований.*

20. Потемкина Р.А., *Оценка существующей практики и потребностей в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Разработка политики и стратегии профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения Вологодской области. Материалы конференции. 27-29 января, г. Вологда, Москва, 1999, с. 46-56.*

21. *Руководство по оценке процессов в профилактике неинфекционных заболеваний*, Оттава, 1999, 71с.

22. *Руководство по профилактике в практическом здравоохранении*, Москва, 2000, 17с.

Rezumat

În prezentul studiu au fost reflectate sumar rezultatele unei cercetări populaționale asupra prevalenței factorilor de risc morbid, realizate în cadrul Studiului Lăpușna, un proiect desfășurat în Republica Moldova sub auspiciile Biroului European al OMS în cadrul Programului CINDI, inițiat în anul 2000.

Într-o comunitate rurală reprezentativă din RM (comuna Lăpușna) s-a determinat prevalența celor mai cunoscuți factori de risc, apreciind în final că în populația eșantionată factorii de risc sunt de prevalență majoră. Astfel, sunt hipertensivi 30% de subiecți cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani (31,2% dintre bărbați și 28,8% din femeile eșantionate), parametrii hipertensiunii arteriale (HTA) fiind în realitate de 7,5 ori mai înalți decât indicii statisticii medicale oficiale. Au pondere și gradul de expunere a locuitorilor de la sate la o serie de alți factori de risc biologic și comportamental în succesiunea de prioritate și incidență ce urmează: *obișnuința tabagică, dislipidemiile, alimentația dezechilibrată, stresul psihosocial cronic și instruirea sanitară insuficientă.*

Astfel, în populația masculină de la sate fumează 46,5% de bărbați, 86,1% din aceștia consideră fumatul dăunător și vor să renunțe la el. Dislipidemiile s-au determinat la 32,5% din examinați, excese ponderale au 54,6%. Un detaliu specific populației rurale chestionate este faptul invocat de expunerea la stări de stres psihic cronic, datorat deficiențelor de ordin socioeconomic. Cele constatate reprezintă un imperativ pentru mobilizarea societății, a organelor de resort și a opiniei publice la desfășurarea unei ofensive eficiente de depășire a acestei situații.

Summary

The present study has briefly reflected the results of a large study on the morbidity risk factors prevalence, realized as part of Lapusna Study, which has undertaken within the framework of the CINDI Programme in Moldova in 2000, under the auspices of the WHO European Office.

In a representative rural community in RM (Lapusna commune) the prevalence of the most known risk factors was determined, concluding at the end that the risk factors are of major prevalence in the population.

To 30% of individuals, aged 25-64 years, were hypertensive (31,2% of men and 28,8 women) AH parameters being in reality by 7,5 times higher than officially medical statistics indices.

It is important to mention that the rural population are exposed to some other biological and behavioural risk factors, in the following priority and incidence succession: tabacism, dyslipidemia, disbalanced food, the chronic psychosocial stress and the lack of sanitary education.

Thus, 46,5% of men from the rural population smoked, 86,1% of whom consider smoking to be dangerous and are going to quit.

32,5% of examined population had dyslipidemia, 54,6% were overweight. An important and specific feature for the examined population was their exposition to a chronic psychical stress, caused by socio-economical difficulties. These conclusions represent an imperative for the mobilization of the society, authorities public opinion in the development of an efficient outrunning of these conditions.