

## ESTIMAREA IGIENICĂ A NUTRIȚIEI ELEVILOR DIN LOCALITĂȚILE RURALE

Vadim Batin, cercetător științific stagiar, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

**Actualitatea temei.** Sănătatea copiilor și adolescenților în orice societate, indiferent de situația economică și politică a acesteia, reprezintă o problemă actuală și importantă, deoarece anume acest factor în mare parte determină viitorul țării [1].

Pe fundalul schimbării condițiilor socioeconomice și ecologice din ultimii ani și al modificării parametrilor calității vieții se înregistrează schimbări evidente ale stării de sănătate a populației [2].

În special, în ultimele decenii nivelul de sănătate a populației țării noastre se caracterizează printr-o tendință negativă. Continuă să scadă media longevității, a sporit morbiditatea generală a populației. Deosebit de alarmantă este această tendință la copii – se depistează înrăutățirea indicatorilor dezvoltării fizice (sporirea numărului de copii cu deficiența masei corporale, diminuarea indicatorilor forței musculare, discronizarea ordinii și timpului dezvoltării particularităților sexuale secundare), deosebit de înaltă este răspândirea dereglărilor morfofuncționale și a maladiilor cronice din partea sistemelor nervos central, circulator, osteomuscular, endocrin, sistemului digestiv [3, 4, 5]. În ultimii 30 de ani schimbări esențiale a suferit structura unor maladii la copii: s-a redus reumatismul, s-a majorat ponderea cardiopatiilor funcționale și nespecifice (miocardite, miocardiodistrofii), a malformațiilor cardiace congenitale și distoniilor vasculare [6, 7].

Dintre condițiile ce favorizează dereglarea sănătății populației infantile, se distinge rolul deosebit al factorilor ecologici nefavorabili [8, 9, 10, 11, 12] pe fundalul înrăutățirii considerabile a condițiilor sociale și de trai, în primul rând, a alimentației carentiale cu insuficiența de proteine și a componentei vitamino- minerale [13, 14, 15, 16, 17]. La adolescenți starea sănătății se agravează din cauza răspândirii fumatului, folosirii alcoolului și diferitor substanțe narcotice. În afară de aceasta, ca rezultat al terapiei antibiotice masive, la o mare parte de copii se instalează disbacterioza, ceea ce dereglează asimilarea elementelor nutritive și minerale, chiar dacă în multe cazuri acestea pătrund în organism în cantități suficiente [10].

Conform datelor OMS (1990), starea sănătății copiilor constituie una dintre cele mai actuale probleme pentru toată lumea. Importanța ei în mare parte este determinată de agravarea progresivă a stării mediului ambiant. Organismul copilului aflându-se în proces de dezvoltare, în cel mai înalt grad este supus influenței factorilor favorabili și a celor nefavorabili, reacționând mai rapid și mai acut la schimbările mediului ambiant. În cazul studierii influenței diferitor factori asupra organismului este important să fie apreciat efectul complex și să fie clarificat în ce mod combinația lor modifică gradul de influență a fiecărui factor în parte. Efectul integral al acțiunii mediului ambiant asupra populației infantile se exprimă prin nivelul și calitatea sănătății copiilor. Variabilitatea dezvoltării copilului în diferite perioade de vârstă poate să se manifeste prin sporire sau reducere, în funcție de condițiile mediului de trai. În cele două secole precedente, în țările economic mai dezvoltate s-a produs accelerarea. Din această cauză, valorile majorate ale dimensiunilor corporale ale copiilor se înregistrau din ce în ce mai timpuriu, iar creșterea taliei atinge cote maxime în perioada de adolescență. Drept consecință a modificărilor taliei și dezvoltării progresive a masei corporale se consideră, după mulți cercetători, sporirea dimensiunilor definitive ale corpului [18, 19].

Alimentația adecvată este o condiție necesară pentru creșterea armonioasă, dezvoltarea fizică și psihică a copiilor din toate grupele de vârstă, menținerea sănătății și sporirea rezistenței la acțiunea factorilor nefavorabili ai mediului. Evaluarea stării de nutriție, depistarea deficitului probabil sau a surplusului diferitor nutrienți este una dintre cele mai importante sarcini ale politicii statului la compartimentul alimentației, îndreptată spre formarea generației sănătoase [20].

Cercetările efectuate anterior în privința stării de sănătate a copiilor și factorii ce le determină (N. Opopol, V. Vangeli (1970;1979;1980); UNICEF 1996-2000; A. Gutțul (2001)) s-au învechit, necesită continuare și completare. Din aceste motive a apărut necesitatea unor cercetări noi privind starea de sănătate a copiilor și caracterul nutriției, elaborarea anumitor măsuri profilactice.

**Scopul lucrării.** Estimarea igienică a stării de nutriție a copiilor de vârsta școlară din localitățile rurale.

**Obiectivele studiului.** Pentru aprecierea stării de nutriție au fost alese 6 sate din republică, care practic reprezintă principalele zone geografice ale Republicii – Nordul (raionul Drochia), Centrul (mun. Chișinău), Sudul (raionul Cahul). Au fost supuși anchetării (completarea agendei alimentare) în total 416 copii din toate grupele de vârstă.

**Rezultate și discuții.** Cercetarea a cuprins elevii de toate grupele de vârstă, de ambele sexe. O astfel de direcție metodică în cercetare asigură posibilitatea de a reflecta mai larg particularitățile stării de sănătate a populației și caracterul de nutriție. Datele obținute sunt prezentate în *tabelul 1*.

## Consumul de proteine, lipide și glucide pe parcursul săptămânii (g)

Zonele, zilele	Grupele de vârstă								
	7 – 10 ani			11 – 13 ani			14 – 17 ani		
	Proteine	Lipide	Glucide	Proteine	Lipide	Glucide	Proteine	Lipide	Glucide
<i>Nord</i>									
Luni	85,44	80,41	298,13	74,35	70,37	226,59	44,21	49,98	152,04
Marți	76,72	76,9	272,78	76,04	66,73	223,21	53,35	50,38	141,77
Miercuri	82,65	75,97	299,58	63,59	62,32	206,63	56,09	59,3	183,7
Joi	75,78	67,78	256,45	71,12	71,65	213,68	44,52	46,69	134,4
Vineri	83,54	84,76	271,44	65,57	63,8	213,66	49,67	47,95	174,42
Sâmbătă	73,01	75,22	201,04	65,62	65,98	176,51	74,68	73,22	202,97
Duminică	70,71	73,89	177,41	92,49	83,62	161,91	92,75	69,1	197,98
<i>Media pe săptămână</i>	78,27	76,42	253,83	72,68	69,21	203,17	59,32	56,66	169,61
<b>Norma</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>225</b>	<b>90 /82</b>	<b>92/84</b>	<b>390/335</b>	<b>98/90</b>	<b>100/90</b>	<b>425/360</b>

<i>Centru</i>	7 – 10 ani			11 – 13 ani			14 – 17 ani		
	Proteine	Lipide	Glucide	Proteine	Lipide	Glucide	Proteine	Lipide	Glucide
Luni	53,51	69,38	181,37	64,80	77,24	168,55	64,44	67,47	190,97
Marți	64,40	72,48	184,77	57,66	71,38	171,55	59,04	75,57	179,16
Miercuri	55,92	61,39	183,67	60,79	72,64	172,28	70,20	75,07	199,33
Joi	63,18	64,97	181,02	56,01	69,45	172,79	62,37	69,92	212,39
Vineri	53,03	60,81	170,23	54,42	60,01	159,05	66,16	73,23	194,46
Sâmbătă	50,45	60,48	121,69	55,24	64,44	162,42	64,34	69,45	204,50
Duminică	63,60	68,40	131,97	66,61	81,62	158,36	60,42	68,24	163,93
<i>Media pe săptămână</i>	57,73	65,42	164,96	59,36	70,97	166,43	63,85	71,28	192,10
<b>Norma</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>225</b>	<b>90 /82</b>	<b>92/84</b>	<b>390/335</b>	<b>98/90</b>	<b>100/90</b>	<b>425/360</b>

<i>Sud</i>	7 – 10 ani			11 – 13 ani			14 – 17 ani		
	Proteine	Lipide	Glucide	Proteine	Lipide	Glucide	Proteine	Lipide	Glucide
Luni	57,96	70,28	228,38	68,31	85,86	273,72	71,97	81,95	301,26
Marți	74,38	64,39	258,70	71,39	81,99	248,02	75,93	82,64	281,54
Miercuri	51,97	57,76	178,08	61,95	65,18	205,08	77,21	81,41	279,31
Joi	64,70	66,75	292,50	62,83	76,35	217,79	76,24	86,24	300,84
Vineri	70,44	60,38	237,59	66,88	66,99	229,07	76,03	73,03	268,25
Sâmbătă	61,73	65,66	190,91	56,73	58,69	152,44	73,21	73,65	208,14
Duminică	64,20	67,98	193,63	64,13	67,66	179,32	75,22	78,49	188,16
<i>Media pe săptămână</i>	63,63	64,74	225,68	64,60	71,82	215,06	75,12	79,63	261,07
<b>Norma</b>	<b>77</b>	<b>79</b>	<b>225</b>	<b>90 /82</b>	<b>92/84</b>	<b>390/335</b>	<b>98/90</b>	<b>100/90</b>	<b>425/360</b>

Din tabelul 1 se poate observa că pe parcursul săptămânii la copiii de vârstă 7 – 10 ani cantitatea zilnică de proteine variază în funcție de regiune: Nord – 70,71- 85,44 g; Centru – 50,45-64,40 g; Sud – 51,97-74,38 g. Lipide: Nord – 67,78- 84,76 g; Centru – 60,48-72,48 g; Sud – 57,76-70,28 g. Glucide: Nord – 177,41-299,58 g; Centru – 121,69 -184,77 g; Sud – 178,08-292,50 g.

La copiii de vârstă 11-13 ani proteinele pe parcursul săptămânii variază în funcție de regiune: Nord – 63,59-76,04 g; Centru – 54,42-66,61 g; Sud – 56,73-71,39 g. Lipide: Nord – 62,32-83,62 g; Centru – 60,01-81,62 g; Sud – 58,69-85,86 g. Glucide: Nord – 161,91-226,59 g; Centru – 158,36-172,79 g; Sud – 152,44-273,72 g.

La copiii de vârstă 14-17 ani proteinele pe parcursul săptămânii variază în funcție de regiune: Nord – 44,21-92,75 g; Centru – 59,04-70,20 g; Sud – 71,97-77,21 g. Lipide: Nord – 46,69-73,22 g; Centru – 67,47-75,57 g; Sud – 73,03- 86,24 g. Glucide: Nord – 134,40-202,97 g; Centru – 163,93-212,39 g; Sud – 188,16-301,26 g.

Raportul dintre proteine, glucide, lipide în regiunea de Nord numai la copii de vârstă 7-10 ani este în limitele normei, dar în alte grupe acest raport este mai mic. În regiunea Centru în toate grupele raportul este mai

mic de normă. În regiunea de Sud în prima grupă de vârstă raportul normal s-a constatat la proteine și lipide, fiind mai mic la glucide. La grupele rămase nivelul de macroelemente este sub nivelul normei.

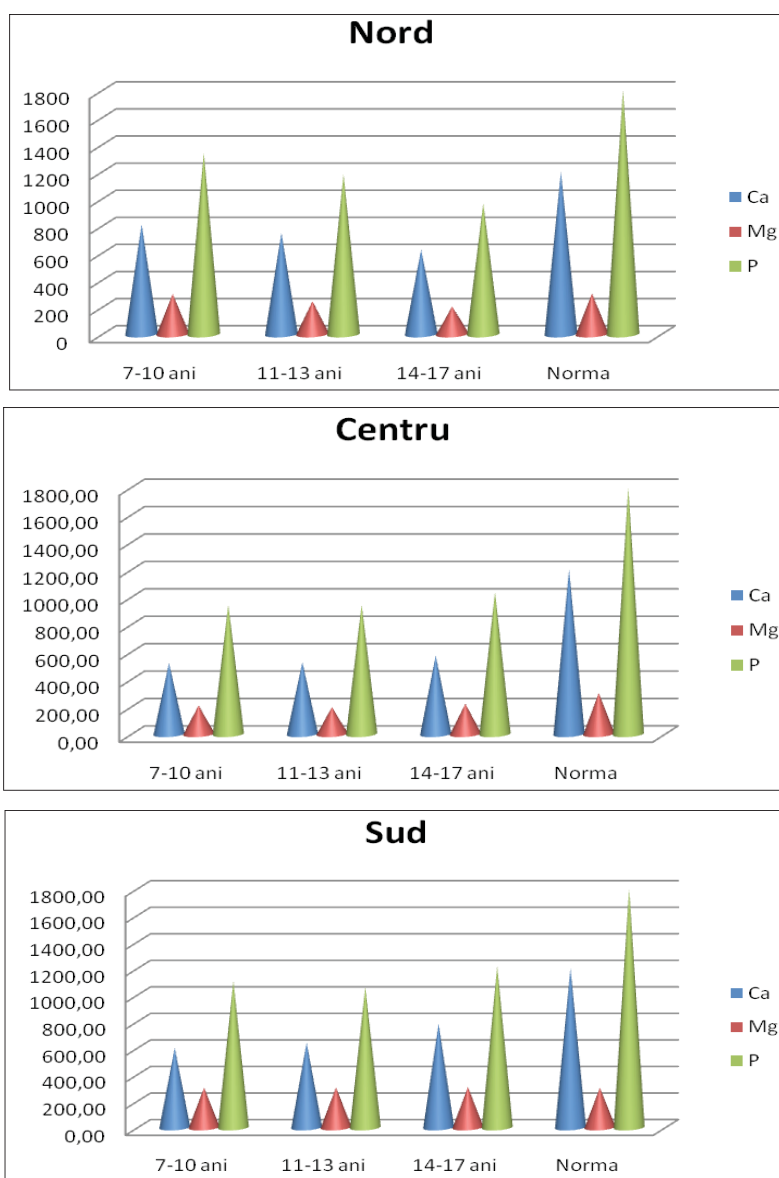


Fig. 1. Consumul mediu de microelemente (mg)

Din diagramele prezentate în figura 1 putem observa că în toate grupele de vârstă, din toate regiunile nivelul de microelemente este mai redus decât norma. Astfel, la Nord, la copiii de vârstă 7-10 ani nivelul mediu de Ca constituie 811,88 mg, Mg – 298,03 mg, P – 1339,16 mg; Centru: Ca – 518,47 mg, Mg – 209,02 mg, P – 944,22 mg; Sud: Ca – 600,13 mg, Mg – 299,60 mg, P – 1105,01 mg, normele de elemente nutritive la această grupă de vârstă fiind: Ca – 1100 mg, Mg – 250 mg, P – 1650 mg.

La copiii de vârstă 11-13 ani media la Nord constituie: Ca – 748,27 mg, Mg – 244,55 mg, P – 1181,96 mg; Centru: Ca – 524,65 mg, Mg – 196,39 mg, P – 943,74 mg; Sud: Ca – 640,32 mg, Mg – 301,35 mg, P – 1058,86 mg, normele la această grupă de vârstă fiind: Ca – 1200 mg, Mg – 300 mg, P – 1800 mg.

La copiii de vârstă 14-17 ani nivelul mediu de elemente nutritive constituie la Nord: Ca – 624,87 mg, Mg – 204,6 mg, P – 965,68 mg; Centru: Ca – 573,36 mg, Mg – 221,12 mg, P – 1035,62 mg; Sud: Ca – 781,25 mg, Mg – 304,83 mg, P – 1216,28 mg, normele de elemente nutritive la această grupă de vârstă sunt aceleași ca și la vârstă de 11-13 ani.

Din cele expuse mai sus reiese că în toate regiunile nivelul de calciu este cu mult mai jos de cerințele normative. Conținutul redus de magneziu s-a constatat la Nord în grupele a 2-a și a 3-a și în toate grupele din Centru, la Sud conținutul acestui element este în normă în toate grupele. În toate regiunile, la toți copiii nivelul de fosfor este mai mic decât norma.

Important este a estima consumul de vitamine de către copii (tabelul 2).

Consumul mediu zilnic de vitamine

<i>Nord</i>	<i>A, mg</i>	<i>B<sub>1</sub>, mg</i>	<i>B<sub>2</sub>, mg</i>	<i>B<sub>6</sub>, mg</i>	<i>B<sub>12</sub>, mcg</i>	<i>D, mcg</i>	<i>H, mcg</i>	<i>B<sub>9</sub>, mcg</i>	<i>C, mg</i>	<i>E, mg</i>	<i>PP, mg</i>
7-10 ani	2,07	1,08	1,74	2,09	1,84	0,68	29,42	149,66	51,3	18,34	16,33
11-13 ani	1,96	0,94	1,63	1,8	1,65	0,93	26,94	121,51	54,74	15,11	14,33
14-17 ani	1,5	0,77	1,27	1,38	1,14	0,41	18,97	94,23	43,13	12,61	11,46
Norma	<b>0,7-1</b>	<b>1,2-1,5</b>	<b>1,4-1,8</b>	<b>1,6-2</b>	<b>1,6-2</b>	2,5	30	200	70	10-15	20

<i>Centru</i>	<i>A, mg</i>	<i>B<sub>1</sub>, mg</i>	<i>B<sub>2</sub>, mg</i>	<i>B<sub>6</sub>, mg</i>	<i>B<sub>12</sub>, mcg</i>	<i>D, mcg</i>	<i>H, mcg</i>	<i>B<sub>9</sub>, mcg</i>	<i>C, mg</i>	<i>E, mg</i>	<i>PP, mg</i>
7-10 ani	3,16	0,72	1,17	1,37	1,69	0,54	18,71	88,09	55,03	11,69	11,52
11-13 ani	2,82	4,51	1,28	1,37	2,31	0,68	21,63	86,99	56,73	12,35	12,09
14-17 ani	2,25	0,87	1,39	1,59	1,61	0,79	24,26	104,16	67,48	16,06	13,06
Norma	<b>0,7-1</b>	<b>1,2-1,5</b>	<b>1,4-1,8</b>	<b>1,6-2</b>	<b>1,6-2</b>	2,5	30	200	70	10-15	20

<i>Sud</i>	<i>A, mg</i>	<i>B<sub>1</sub>, mg</i>	<i>B<sub>2</sub>, mg</i>	<i>B<sub>6</sub>, mg</i>	<i>B<sub>12</sub>, mcg</i>	<i>D, mcg</i>	<i>H, mcg</i>	<i>B<sub>9</sub>, mcg</i>	<i>C, mg</i>	<i>E, mg</i>	<i>PP, mg</i>
7-10 ani	2,09	0,90	1,31	1,68	1,37	1,82	20,49	125,46	50,78	15,95	12,85
11-13 ani	2,40	0,85	1,39	1,60	1,25	0,55	22,22	106,80	63,03	16,18	13,61
14-17 ani	2,46	0,96	1,68	1,93	1,34	0,65	28,45	129,56	62,30	19,51	16,31
Norma	<b>0,7-1</b>	<b>1,2-1,5</b>	<b>1,4-1,8</b>	<b>1,6-2</b>	<b>1,6-2</b>	2,5	30	200	70	10-15	20

Din tabelul 2 reiese că în regiunea de Nord la toate grupele de vârstă s-a înregistrat un nivel înalt al vitaminei A. Totodată, în toate grupele s-a constatat un nivel scăzut de vitamine cum ar fi B<sub>1</sub>, B<sub>9</sub>, D, C, PP. În grupa 14-17 ani este scăzut conținutul de vitamine B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, E. Vitamina H este redusă la grupele de 11-13 ani și 14-17 ani.

În regiunea de Centru în toate grupele de vârstă s-a constatat un exces de vitamina A și un nivel normal de vitamina E. Reducerea de vitamine B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>9</sub>, D, C, H, PP s-a depistat în toate grupele de vârstă. La copiii de vârstele 7-10 și 14-17 ani consumul de vitamina B<sub>1</sub> este sub limitele normei, în timp ce la copiii de vârsta 11-13 ani el este de 4,51. Vitamina B<sub>12</sub> este redusă la copiii de vârsta 14-17 ani.

În regiunea de Sud s-a constatat un nivel normal de vitamine A, E, B<sub>6</sub>. În restul grupelor de vârstă conținutul vitaminelor este mai mic decât norma.

Unul dintre indicii importanți ai evaluării alimentației este valoarea energetică (fig. 2).

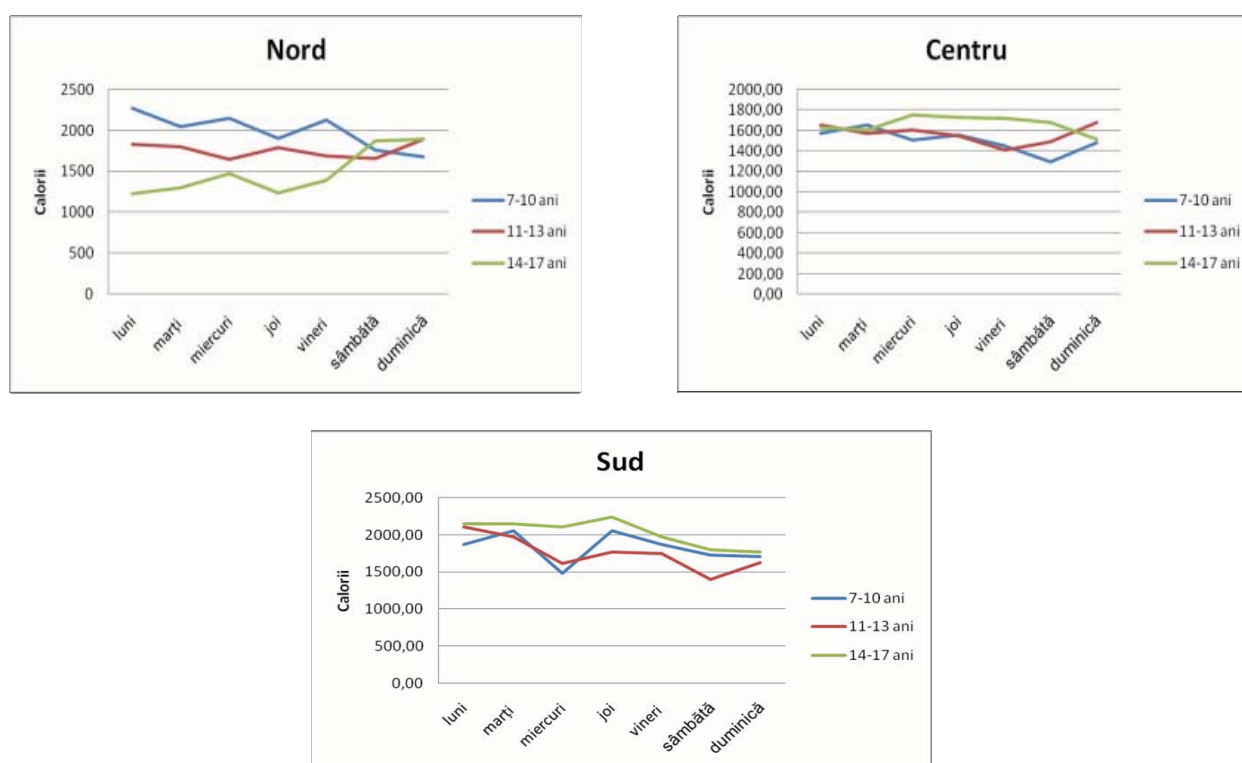


Fig. 2. Valoarea energetică a alimentației copiilor pe parcursul săptămânii

Din diagramele prezentate în *figura 2* se vede repartitia caloriilor pe parcursul săptămânii în toate zonele geografice ale republicii, la toate grupele de vârstă. Astfel, la Nord la copiii de vârstă 7-10 ani la începutul săptămânii valoarea energetică a alimentației este de 2267,37 kcal, scăzând pe parcursul săptămânii și atingând la sfârșitul săptămânii valoarea de 1679,96 kcal. La copiii de vârstă 11-13 ani valoarea energetică a alimentației pe parcursul săptămânii are schimbări neesențiale. Astfel, luni valoarea energetică a constituit 1834,89 kcal, iar duminică – 1889,76 kcal. În grupa de vârstă 14-17 ani valoarea energetică sporește brusc în a doua jumătate a săptămânii. Astfel, dacă luni valoarea energetică era de 1227,32 kcal, duminică ea s-a ridicat la 1892,11 kcal.

În regiunea de Centru în toate grupele de vârstă la începutul săptămânii valoarea calorică practic este asemănătoare (respectiv 1565,82; 1653,47; 1622,19 kcal), la grupa de vârstă 7-10 ani în decurs de o săptămână ea brusc scade, iar la sfârșit se ridică la 1476,76 kcal, nivel care totuși este mai mic față de începutul săptămânii. La copiii de vârstă 11-13 ani repartitia caloriilor este asemănătoare cu grupa precedentă, dar creșterea se începe mai devreme și duminică atinge 1678,39 kcal, nivel care practic este același ca la începutul săptămânii.

La vârstă 14-17 ani de la începutul săptămânii se observă o creștere care se menține pe parcursul săptămânii, însă la sfârșitul acesteia avem o scădere până la 1511,61 kcal.

În regiunea de Sud în grupa de vârstă 7-10 ani repartitia caloriilor în prima jumătate de săptămână variază. Astfel, luni ea este egală cu 1874,16 kcal, joi – 2057,29 kcal, iar duminică – 1705,21 kcal. La copiii de vârstă 11-13 ani repartitia valorii energetice este în descreștere pe parcursul săptămânii, constituind luni – 2109,61 kcal, iar duminică 1627,07 kcal. În grupa de 14-17 ani în prima jumătate a săptămânii se menține practic la același nivel, iar în a doua jumătate observăm o scădere (luni – 2140,54 kcal, duminică – 1772,06). Norma zilnică a valorii energetice pentru vârstă 7-10 ani este 2350 kcal, 11-13 ani – 2750/2500 kcal, 14-17 ani – 3000/2600 kcal.

### Concluzii

1. Toți copiii din toate regiunile nu primesc cu alimentele cantitatea necesară de energie.
2. Practic în toate regiunile, toți copiii nu primesc cu alimentele cantitatea fiziologic necesară de proteine, lipide și glucide, excepție prezintă grupa de vârstă 7-10 ani la Nord.
3. Practic în toate regiunile, la toți copiii s-a constatat un consum insuficient de vitamine, excepție fiind vitamina A.
4. Nivelul consumului de magneziu este în limitele normei în toate grupele de vârstă de la Sud și în prima grupă de la Nord. Nivel scăzut de calciu și fosfor s-a înregistrat în toate localitățile și în toate grupele de vârstă.

### Bibliografie selectivă

1. Всемирная Организация Здравоохранения, Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков», 2005 .
2. Ямпольская Ю.А., Региональное разнообразие и стандартизированная оценка физического развития детей и подростков, Педиатрия, № 6, 2005 г.
3. Антонова Л.Т., Сердюковская Г.Н., О проблеме оценки состояния здоровья детей и подростков в гигиенических исследованиях, Гигиена и санитария, 1995, № 6, с. 22-28.
4. Баранов А.А., Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты, Педиатрия, 1999, № 3, с. 4-6.
5. Ильин А.Г., Звездина И.В., Эльянов М.М., Рапопорт И.К., Ямпольская Ю.А., Усольцев А.Н., Агапова Л.А., Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков, Гигиена и санитария, 2000, № 1, с. 59-62.
6. Богданова Г.Н., Беляев С.Е., Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у детей школьного возраста Уральского региона, Педиатрия, 1999, № 4, с. 49-52.
7. Барков Л.В., Очередко О.М., Перевощикова Н.К., Почуева Л.П., Особенности функционирования сердечно-сосудистой системы у детей при воздействии атмосферных загрязнений, Гигиена и санитария, 1996, № 1, с. 8-10.
8. Большаков А.М., Черепов Е.М., Акимова Е.И., О комплексной гигиенической оценке состояния окружающей среды и её влияния на здоровье населения области, Гигиена и санитария, 1999, № 2, с. 47-49.
9. Быстрых В.В., Боев В.М., Борщук Е.Л., Дунаев В.Н., Структура антропогенного загрязнения сельтебных территорий промышленного города, Гигиена и санитария, 1997, № 6, с. 68-69.
10. Додина Л.Г. Некоторые аспекты влияния антропогенного загрязнения окружающей среды на здоровье населения (Обзор), Гигиена и санитария, 1998, № 3, с. 48-52.
11. Кабалова Л.А., Гореленкова Н.А., Виноградова Л.А., Показатели неспецифической сопротивляемости организма в оценке состояния здоровья детей, проживающих в условиях различной техногенной нагрузки, Гигиена и санитария, 1995, № 1, с. 22-25.



12. Сидоренко Г.И., Кутепов Е.Н., *Проблемы изучения и оценки состояния здоровья населения*, Гигиена и санитария, 1994, № 8, с. 33-36.
13. Добрякова О. Н., *Характеристика питания учащихся спортивных классов в общеобразовательных школах Санкт-Петербурга*, Гигиена и санитария, 1998, № 2, с. 25-26.
14. Истомина А.В., Юдина Т.В., *Гигиеническая оценка и прогноз состояния фактического питания отдельных групп населения России*, Гигиена и санитария, 1996, № 4, с. 17-19.
15. Истомина А.В., Михайлов И.Г., *Гигиеническая оценка показателей алиментарного статуса школьников Мончегорска*, Гигиена и санитария, 1997, № 5, с. 12-14.
16. Маюрникова Л.А., Лузгарева О.И., *Результаты социологического исследования питания населения г. Кемерово*, Гигиена и санитария, 2000, № 6, с. 38-41.
17. Трофименко Л.С., *Концепция совершенствования питания как фактора здоровья детей и подростков*, Педиатрия, 1997, № 6, с. 86-88.
18. Властовский В.Г., *Акселерация роста и развития детей*, М., 1976, 270 с.
19. Тэннер Дж., *Рост и конституция человека*. В кн.: Биология человека, М.: Мир, 1979, с. 336-471.
20. Зелинская Д.И., Ладодо К.С., Конь И.Я., *Организация питания детей в Российской Федерации: проблемы и пути решения*, Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1998, №6, с. 6-9.

### Summary

The presented work is a result of hygienic estimation of a nutrition condition of school age children from countryside's. Purpose was to establish relation between consumption of food and a state of health. Was confirmed presence of malnutrition at the most part of children, characterized by insufficient consumption of nutrients and low calorific value of food.

## PROBLEMA VALVULOPATIILOR LA PACIENȚII CU BOALA CORONARIANĂ

**Petru Cepoida<sup>1</sup>**, dr. în medicină, **Aureliu Batrînac<sup>2</sup>**, dr. în medicină,  
**Elena Cepoida<sup>1</sup>**, dr. în medicină, **Anatol Ciubotaru<sup>1</sup>**, dr. hab. în medicină,  
Centrul de Chirurgie a Inimii<sup>1</sup>, IMSP Spitalul Clinic Republican<sup>2</sup>

Îmbătrânirea populației reprezintă una din problemele medico-sociale principale pe plan mondial. Astfel, din an în an la un număr tot mai mare de populație se determină boala coronariană, consecința cea mai frecventă a aterosclerozei, caracterizată printr-o letalitate înaltă. În cadrul bolii coronariene, până în ultimul timp, patologia valvulară a fost puțin elucidată. În același timp, sunt în creștere prevalența valvulopatiilor aterosclerotice, precum și posibilitățile de soluționare chirurgicală a viciilor valvulare dobândite.

**Scopul studiului.** Evidențierea formelor principale și particularităților valvulopatiilor cauzate de ateroscleroză și boala coronariană.

**Material și metode.** Actuala cercetare științifică reprezintă revista literaturii contemporane vis-a-vis de problema valvulopatiilor la pacienții cu ateroscleroză și boala coronariană. Pentru căutare în baza de date *Medline* a fost utilizată următoarea formulă: (*“coronary heart disease” OR “heart ischemia” OR “ischemic heart disease” OR infarction OR angina*) AND (*valve OR valvular*) NOT (*cerebral OR endocarditis OR thrombus OR thrombosis*). Selecția ulterioară a fost efectuată cu ajutorul următoarelor limitări: *title, abstract, human, all adults*. Am consultat 120 de lucrări științifice, inclusiv 5 reviste ale literaturii.

**Rezultate și discuții.** Relațiile dintre **ateroscleroză** și **valvulopatii** sunt complexe. Ateroscleroza *agavează evoluția și pronosticul bolnavilor cu valvulopatii, înrăutățind semnificativ starea sănătății lor*. Există mai multe aspecte și legături dintre procesul aterosclerotic și valvulopatii: valvulopatiile cauzate de ateroscleroză conduc la instalarea mai rapidă a schimbărilor patologice poliorganice și sunt răspunzătoare de sindromul *angorului nespecific*. Ateroscleroza reprezintă componentul cel mai important implicat în dezvoltarea așa-numitelor *valvulopatii vârstnice*, mai ales fiind afectată valva aortică, cardiopatia ischemică produce o parte semnificativă a incompetențelor valvulare mitrale dobândite (până la 10% cazuri de insuficiență mitrală).

Asocierea valvulopatiilor cu cardiopatia ischemică și complicațiile acesteia din urmă măresc riscul de tromboză și infarcte miocardice intraoperatorii, înrăutățind semnificativ starea pacienților care au supraviețuit angorului rezidual și infarctului miocardic acut postoperator (4-5% pacienți). *Ateroscleroza, clinic manifestată, se asociază la fiecare al patrulea pacient cu valvulopatie la vârsta de 40-60 de ani și la jumătate din bolnavii care au depășit 60 de ani*. Asocierea cardiopatiei ischemice (CPI) și viciului aortic a fost demonstrată la 60% pacienți, cu valvulopatie mitrală – în 33% cazuri. La fiecare al patrulea pacient cu valvulopatie îngustarea arterelor coronariene provoacă diminuarea fluxului coronarian de 2 ori și mai mult [7, 10].