

# SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

## ALINIAREA NECESITĂȚILOR DE COMBATERE A BOLILOR CRONICE LA PRIORITĂȚILE SERVICIULUI DE SĂNĂTATE ȘI DEZVOLTARE DIN REPUBLICA MOLDOVA

**Mihail Popovici**, acad., prof. univ., Directorul Programului CINDY Moldova, coordonator național în problemele strategiei europene de combatere a bolilor cronice necontagioase pe lângă OMS, **Eleonora Vataman**, prof. univ., specialist principal cardiolog  
Ministerul Sănătății

Prezența majoră a maladiilor noncontagioase în lume și, în special, în țara noastră reprezintă o amenințare frontală pentru starea de sănătate a națiunii, iar pierderile umane și economice definite de acestea au atins cote fără precedent. Potrivit statisticilor internaționale, dar și realităților apreciate în Republica Moldova (tabelele 1 și 2), bolile cronice necontagioase (BCN) determină în statele din Europa cca 80%, iar la noi în țară – până la 88% din mortalitatea generală, partea leului în acest aranjament cauzal revenind bolilor cardiovasculare [3].

*Tabelul 1*

### Mortalitatea prin boli cronice necontagioase în Republica Moldova (0-99 de ani), anii 1999-2009

	Indicator la 100 mii populație										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Decedați total	1133,0	1132,8	1103,8	1155,4	1192,6	1156,4	1243,2	1203,2	1203,6	1172,6	1181,8
Afecțiuni ale aparatului circulator	623,4	632,0	618,2	654,8	679,6	653,7	700,1	671,7	676	656,3	663,2
Tumori maligne	125,7	125,0	128,2	132,5	136,7	139,8	144,2	151,7	150,6	154,9	158,7
Pneumonii nespecifice cronice	46,2	43,6	40,9	50,2	52,4	43,3	48,3	44,1	43,0	83,3	36,0
Ciroze și hepatite	78,0	83,3	89,0	84,4	90,9	92,2	98,3	92,9	96,3	88,0	88,3
Diabet zaharat	12,1	10,1	9,4	9,3	10,2	8,7	10,3	10,9	10,2	9,4	9,1
Cauze externe de deces	95,5	92,9	98,4	98,4	103,1	101,6	108,4	105,0	101,9	99,0	97,0
Tulburări psihice și de comportament	3,0	2,8	2,9	3,8	2,4	0	0,4	5,1	5,7	4,4	5,4

*Tabelul 2*

### Mortalitatea prin cardiopatie ischemică și infarct miocardic acut la 100 mii populație din Republica Moldova (0-99 de ani)

	2006	2007	2008	2009
Cardiopatie ischemică	407,5	402,6	382,5	396,3
Infarct miocardic acut	35,2	36,5	42,4	39,8

BCN în ansamblu și cele cardiovasculare în special au devenit o enormă povară pentru sistemele de sănătate comunitare, datorită costurilor ridicate ce le solicită diagnosticul și tratamentul acestor maladii. În plus, afecțiunile vasculare afectează în special adulții, care sunt tot mai mulți, datorită procesului de îmbătrânire a populației. Costurile de asistență se multiplică și prin faptul că vârstnicii au și multe alte afecțiuni grave asociate, care necesită cercetări diagnostice și intervenții costisitoare, toate acestea impun cheltuieli pe care le suportă greu inclusiv statele cu economii potente.

Cele relatate invocă acțiuni prompte și ferme pentru a aborda de pe poziții sigure prevenirea și controlul cât mai eficient al bolilor cronice nontransmisibile și în primul rând al bolilor cardiovasculare, acestea fiind majoritare și constituind astfel o prioritate de necontestat. Pentru realizarea acestui deziderat există atât cunoștințe cât și instrumente eficiente prin care s-au reușit efecte remarcabile. Ne referim la exemplul SUA [4], care prin măsuri programate de prevenire și curative au reușit, în curs de 20 de ani, reducerea dublă a evenimentelor fatale prin maladii cardiovasculare (tabelul 3).

*Tabelul 3*

**Măsurile curative și activitățile de modificare a factorilor de risc, care au asigurat în perioada 1980 – 2000 reducerea cu 50% a mortalității cardiovasculare în SUA**

<b>Ponderea diferitor factori de diminuare a riscului de deces cardiovascular, %</b>	
Activitățile profilactice (modificarea factorilor de risc) în ansamblu	<b>44</b>
Diminuarea colesterolului total din sânge	24
Reducerea presiunii arteriale sistolice	20
Abandonarea fumatului	12
Intensificarea activității fizice	5
Activitățile curative în ansamblu	<b>47</b>
Profilaxia secundară și revascularizarea miocardului postinfarctic	11
Tratamentul sindromului coronarian acut	10
Tratamentul insuficienței cardiace cronice	9
Revascularizarea miocardului în formele cronice de ischemie cardiacă	5
Alte tratamente	12
<b>Factorii care amplifică riscul de deces de cauză vasculară</b>	
Creșterea indicelui de masă corporală	8
Majorarea de incidență a diabetului zaharat	10

Am prezentat acest tabel pentru a sublinia o idee esențială: în desfășurarea acțiunilor de combatere a BCV sunt de importanță egală atât măsurile ce țin de medicina preventivă, cât și de cea curativă.

Există și experiența multor altor state care au demonstrat, că o condiție de bază a prevenirii primare este implementarea modului sănătos de viață pentru întreaga populație. În Republica Moldova, activitățile ghidate de asemenea mesaje s-au început de mai mult timp, însă fundamentarea pozițiilor de suport ale medicinei profilactice în raport cu maladiile neinfecțioase s-a inițiat prin anii 1990-1995.

Astfel, în anul 1994, sub egida MS și a Institutului de Medicină Preventivă și Clinică, a fost organizat primul congres consacrat prevenirii maladiilor noncontagioase. Mesajele lansate de la tribuna acestui for au fost transpuse în luări de poziții mult mai ferme, între care și decizia de aliniere a Moldovei în șirul statelor care au aderat la derularea Proiectului CINDI, care a sesizat comunitatea mondială despre necesitatea prevenirii BCN prin combaterea factorilor de risc pe care-i comportă populația [7].

Implementarea la scara unei comunități a prevenirii primare a început prin Proiectul „Lăpușna”, au urmat și o serie de alte proiecte, cum ar fi „Health Promotion” și campaniile de investigare pe teren și instruire a populației care s-au desfășurat în contextul acestuia.

În ritmul reformelor care s-au derulat în cadrul sistemului de sănătate din RM au fost elaborate, argumentate ca necesitate și eficiență economică cca 18 programe de nivel național în vederea combaterii diferitor maladii noncontagioase. Majoritatea dintre acestea, însă, nu au fost susținute cu resursele necesare implementării lor.

Se pot invoca și multe alte acțiuni care denotă că medicina preventivă a început să fie tratată de pe poziții modernizate, inclusiv diverse inițiative și campanii de combatere a factorilor de risc, cum ar fi tabagismul, care, în definitiv, a fost exclus din instituțiile școlare, medicale, din incintele aglomerate și locurile de agrement public; medicația cu preparate compensate a hipertensiunii arteriale (HTA) - un alt factor potent de risc; susținerea proiectelor de protejare a sănătății mamelor, copiilor și adolescenților și cea mai elocventă probă care se poate invoca este adoptarea Politicii Naționale de Sănătate [8] și trasarea Strategiei de dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017. [9].

Toate inițiativele, programele de implementare a prevenirii primare și de fortificare a prevenirii secundare au parvenit, în principal, din partea serviciului de asistență medicală, dar această problemă nu poate fi rezolvată numai de către sistemul ocrotirii sănătății, deoarece este o problemă a întregii societăți, este o problemă multisectorială.

*Ce poate face medicina (medicii)?*

- Să evalueze situația reală cu referire la răspândirea acestor maladii și a factorilor de risc care le determină, să ducă evidența statistică a persoanelor afectate și a celor care comportă riscul de a dezvolta afecte cardiovasculare sau alte BCN. De notat importanța de primă linie a creării registrelor infarctului miocardic și ale ictusului cerebral, a căror incidența reală este aproape necunoscută, în condiția când 80% din decese survin la domiciliu, iar autopsiile se efectuează doar în cazurile de deces în vârstă aptă de muncă.

- Constatările sub aspect statistic ce au rezultat în urma investigațiilor aplicate populației din com. Lăpușna sunt alarmante: indicii HTA apreciați sunt de 7 ori mai înalți decât cifrele raportate oficial, iar incidența cardiopatiei ischemice depășește de 2,5 ori indicii fixați în documentația medicală. Sugestivă sub acest aspect este situația atestată cu referire la decesele survenite prin infarct miocardic acut (IMA): conform statisticilor oficiale, în Republica Moldova mortalitatea prin IMA este de câteva ori mai mică decât în majoritatea țărilor europene și SUA, și asta în condițiile unei mortalități cardiovasculare mai înalte. Studiile efectuate în Federația Rusă, situația căreia se poate compara în multe privințe cu cea din RM, confirmă, că indicatorul mortalității prin infarct miocardic este diminuat de cel puțin cu 1/3.

În rapoartele OMS, în ghidurile internaționale și în documentele de consens ale grupurilor de lucru în domeniul prevenirii primare se constată, că „maladiile cardiovasculare pot fi prevenite” și la etapa actuală sunt aprobate strategiile prevenirii, acordând prioritate strategiei riscului înalt [1, 2, 5, 6]. Un pas important pentru evidențierea timpurie prin screening a persoanelor cu risc cardiovascular global înalt constituie implementarea diagramei SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) – proiect al Societății Europene de Cardiologie [10, 11]. Cuantificarea riscului individual constituie argumentul de bază în aplicarea măsurilor de stopare, sau reversibilitate a bolii înainte ca ea să devină simptomatică, și totodată permite monitorizarea efectului lor în dinamică. Este important, ca toate persoanele, ce au vizitat medicul de familie sau medicii specialiști să fie examinate în vederea determinării riscului individual. Măsurile profilactice recomandate persoanelor practic sănătoase, dar cu risc global înalt (de deces cardiovascular), sunt identice celor aplicate în cazul maladiilor desfășurate.

Rolul prioritar revine *medicilor de familie*, care realizează o asistență medicală continuă, cunosc mai bine decât oricare alt specialist situația sănătății și pot desfășura acțiuni de profilaxie la nivel individual și de grup, monitoriza și evalua factorii de risc comportamental. Informarea pacientului și a familiei despre obiceiurile nesănătoase și despre posibilitățile acestora de a le modifica în bine este un pas decisiv în asigurarea unei prevenirii primare operante. Ca specialist de primă linie, medicul de familie va identifica pacienții care au nevoie și de prevenire secundară, adică de terapie care să-l ajute să evite complicațiile unei afecțiuni cardiovasculare existente, sau să evite apariția BCV.

Așadar, avem nevoie de medici de familie care fac în permanență educație pentru sănătate, descoperă, monitorizează și ajută persoanele cu riscuri clare să adopte un stil de viață sănătos, să urmeze terapia indicată și, foarte important, – să îi ghideze fără nici o rezervă spre serviciile specializate pe toți cei care au nevoie de servicii specializate.

În comun cu medicina curativă, se preocupă de profilaxia antimorbidă preponderent la nivel populațional – securitatea alimentară, igiena și protecția muncii, supravegherea componentelor ce

reprezintă mediul ambiant. *Direcțiile de Sănătate* din teritoriu și *Centrele de Medicină Preventivă*, care, pe lângă monitorizarea îmbolnăvirilor și a factorilor de risc ce le determină, informarea și alertarea populației și a structurilor responsabile, trebuie și pot să se includă activ în trasarea și implementarea strategiilor de profilaxie, în soluționarea problemelor de ordin social din anumite grupuri sociale, cererea și ordonarea unor programe preventive pentru acestea.

**Guvernul**, prin intermediul **Ministerului Sănătății**, este forul suprem în trasarea Programului multifactorial și multisectorial de profilaxie a bolilor noninfecțioase și a celor cardiovasculare în particular, este cel care coordonează, supraveghează modul de realizare a programului și evaluează eficiența măsurilor întreprinse la scară națională, instituțională, locală. Dar pentru coordonarea acțiunilor, a măsurilor de prevenire în toate sferele vieții sociale, economice, pentru asigurarea suportului legislativ, pentru acoperirea financiară adecvată a celor promovate, ministerul are nevoie de concursul activ și real al diferitor parteneri din economia națională, deoarece costurile și suportul logistic al acestor acțiuni depășesc cu mult potențialul disponibil la moment al sectorului medical din țara noastră.

**Parlamentul** coordonează elaborarea cadrului legislativ pentru dezvoltarea succesivă a tuturor etapelor de acțiuni prevăzute de programele de prevenire primară a morbidității populației. Suportul legislativ astfel ordonat trebuie să includă și mecanisme de acoperire financiară a costurilor medicinei preventive de amploare națională, inclusiv prin impozitarea mai drastică a articolelor de tutungerie și a băuturilor alcoolice, care, de altfel, se practică în mai multe țări.

**Ministerul Sănătății** în colaborare perseverentă cu **Ministerul Educației** organizează, coordonează și realizează procesul de instruire a tuturor contingentelor de populație (la nivel de familie, instituții preșcolare, școlare, medii speciale și superioare și în populația generală) în vederea ordonării unui mod sănătos de viață; elaborează și popularizează programe și principii de alimentație rațională, activitate fizică regulată, sugestii de abandonare și diminuare de efect a deprinderilor vicioase – tabagismul, excesul alcoolic și consumul de stupefiante.

Parteneri potențiali, dar și responsabili pentru implementarea pledoariilor de prevenire a maladiilor și de fortificare a sănătății populației sunt reprezentanții autorităților locale – urbane, raionale, care gestionează resursele materiale de pe teren și supraveghează fluxul financiar al agențiilor de asigurări medicale; este esențială antrenarea corpului medical, a centrelor de medicină preventivă; instruirea pentru sănătate este imposibil de conceput fără contribuția cadrelor didactice din instituțiile preșcolare, din colegii, licee și din învățământul superior; parteneri pot deveni antreprenorii, organizațiile nonguvernamentale, serviciile pentru asistență de voluntariat, mijloacele de comunicare cu masele – teleradiodifuziunea, presa și, desigur, populația, care se face astfel mult mai interesată și responsabilă de propria condiție de sănătate.

Revenind la obiectivele pe care trebuie să și le propună pe ordine de primă prioritate sistemele moderne de sănătate, trebuie să menționăm că OMS, în temeiul evaluărilor și monitoringului continuu asupra situației ce reflectă maladiile noncontagioase și, în special, BCV, au elaborat, aprobat și recomandat spre implementare în anul 2008 Strategia Globală de Prevenire a Bolilor Cronice Noncontagioase (World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy), iar realizarea planului de acțiuni trasate prin această strategie este analizată anual. La sesiunea 62-a OMS, din 1 aprilie 2010, s-au analizat diferite aspecte privind modalitatea de implementare a planului de acțiuni în diferite spații ale lumii, experții sugerând sarcini racordate la nivelul de dezvoltare economică și caracteristicile particulare ale diferitor sisteme de sănătate.

Obiectivele de suport în prevenirea maladiilor neinfecțioase și combaterea acestora sunt clar trasate în Strategia Globală:

- monitorizarea maladiilor neinfecțioase și a determinantelor acestora prin intermediul unor mecanisme eficiente de supraveghere epidemiologică, încadrate în sistemele naționale de informare medicală;
- desfășurarea activităților de atenuare a impactului factorilor de risc și determinantelor, având susținerea unor mecanisme eficiente de colaborare intersectorială;
- fortificarea serviciilor de asistență medicală a persoanelor cu maladii noncontagioase prin

consolidarea sistemelor de ocrotire a sănătății și în Planul ei de Acțiuni care sub acest aspect include 6 sarcini:

1. Prioritizarea continuă a maladiilor neinfecțioase în planul dezvoltării la nivel comunitar și local și integrarea măsurilor de prevenire și combatere în politicile tuturor departamentelor de stat.

2. Crearea și consolidarea politicii naționale și a programelor de prevenire a maladiilor neinfecțioase și de eradicare a acestora.

3. Susținerea pe toate căile a activităților care pot reuși reducerea principalilor factori modificabili de risc pentru maladiile neinfecțioase: consumul tabagic, alimentarea nesănătoasă, sedentarismul și abuzul de băuturi alcoolice.

4. Susținerea cercetărilor științifice în domeniul prevenirii și combaterii bolilor neinfecțioase.

5. Stimularea și susținerea parteneriatelor în prevenirea și combaterea bolilor cronice noncontagioase.

6. Monitorizarea maladiilor neinfecțioase și a determinantelor acestora și evaluarea regulată a progreselor atinse la nivel național și local.

Realizarea acestor obiective suscită intensificarea aderenței politice a factorilor de decizie din RM, care trebuie să accepte prevenirea acestor maladii ca fiind de valoare prioritară și să acorde surse *suplimentare* pentru elaborarea și dezvoltarea proiectelor naționale.

Dacă coroborăm pozițiile-cheie stipulate de aceste obiective cu cele realizate în țara noastră, putem rezuma că, în linii mari, ne ghidăm în acțiunile inițiate de toate aceste prevederi și toate converg spre ideea că am pornit cu dreptul, dar ce urmează?

La prima vedere, situația apare clară: entitățile care definesc în principal mortalitatea de cauze vasculare sunt cardiopatia ischemică, ictusul cerebral vascular și moartea subită. Vorbind în linii mari, eforturile economice, logistice, medicale propriu-zise ale comunității cer a fi dirijate preferențial spre diagnosticul oportun, remedierea adecvată și combaterea factorilor de risc care generează bolile cardiovasculare.

Studiile clinice largi, efectuate pe parcursul ultimului deceniu, au furnizat dovezi de scădere a mortalității și morbidității cardiovasculare, ca urmare a implementării metodelor moderne de diagnostic și tratament de revascularizare farmacologică (cu trombolitice), intervențională (coronarografia urmată de efectuarea angioplastiei coronariene) și chirurgicală (*by-pass* aorto-coronarian) la pacienții cu diferite forme de cardiopatie ischemică, inclusiv infarct miocardic.

*Succesul prevenirii secundare* în mare măsură mizează justificat pe administrarea tratamentului medicamentos pentru corecția principalilor factori de risc cardiovascular: hipertensiunea arterială, dislipidemia (în prezent fiind interpretată drept maladie cu consecințe grave), a disglucemiei și a sindromului metabolic. Tot mai insistent se abordează noțiunea de „paradox al prevenirii” care ne îndeamnă să luăm în calcul nu doar factorii de risc cu pondere majoră, dar și cazurile de manifestări moderate ale mai multor factori de risc, care în sumă se răsfrâng asupra unui număr foarte mare de persoane și, în final, determină prognoza la nivel populațional.

În responsabilitatea prevenirii secundare se includ și toate cazurile de boli cronice cardiovasculare de origine aterosclerotică: cardiopatia ischemică, inclusiv infarctul miocardic vechi, consecințele ictusului vascular cerebral, arteriopatia periferică, hipertensiunea arterială cu afectarea organelor-țintă, tulburările de ritm și conducere cardiacă, pacienții după intervenții invazive și chirurgicale pe cord și pe vase, insuficiența cardiacă, persoanele cu tromboză a venelor periferice, cei cu hipertensiune pulmonară severă etc.

Pentru aceste categorii de pacienți s-au selectat grupuri de medicamente, cu efecte demonstrate de scădere a mortalității și morbidității cardiovasculare, inclusiv: antiagregantele plachetare (acidul acetilsalicilic sau/și clopidogrel), hipolipemianțele (statine sau fibrați), inhibitorii enzimei de conversie a angiotenzinei II sau antagoniștii receptorilor angiotenzinei, betaadrenoblocantele, anticoagulanțele orale.

În Republica Moldova se implementează principiile de profilaxie secundară pe parcursul ultimilor 5 ani, prin intermediul compensării parțiale a prețului unor grupuri de medicamente din rândul celor expuse.

*Medicul specialist cardiolog* este persoana, care pe lângă obligațiunile de consultant la nivel lo-

cal, are și misiunea de a consilia instituțiile medicale din aria de activitate în probleme de specialitate și a contribui la implementarea standardelor și protocoalelor pe specialitate. Conform regulamentelor în vigoare, medicul cardiolog raional este responsabil de integrarea cu instituțiile medicale de nivel republican, de supravegherea temporară a unor pacienți după evenimente cardiovasculare acute, după intervenții invazive și chirurgicale pe cord și pe vase, a persoanelor cu dispozitive intracardiace, cât și de recuperarea bolnavului cu BCV, și nu doar în raport cu persoanele apte de muncă, ci și a persoanelor vârstnice care cel mai frecvent au nevoie de curele încadrate la capitolul recuperare. Toate acestea ar fi posibile cu condiția asigurării satisfăcătoare cu cadre specializate.

Care ar fi pozițiile-cheie de pe care pot acționa *specialiștii* de resort în cardiologia clinică, cardiologia intervențională, cardiochirurgicală?

1. Diagnosticul specializat oportun, complet și bazat pe investigațiile clinice și paraclinice care validează enunțul diagnostic definitiv.

2. Tratamentul adecvat și bazat pe dovezi, care include asistența specifică de urgență, ghidarea la necesitate a bolnavului spre servicii specializate sau solicitarea consultațiilor la distanță sau a echipei cardiologice mobile.

3. Ordonarea programelor de conduită curativă complexă, care să prevadă atât îngrijiri igienodietetice, cât și remediarea farmacologică, eventual intervențională sau chiar chirurgicală a maladiei.

4. Monitorizarea strictă a eficienței curelor indicate, care să reperate evoluțiile pozitive și negative, să revadă dozele de întreținere și să anticipe complicațiile prin suplimentarea medicamentelor protective.

Desigur, pentru a acționa de pe poziții cât mai ferme și contând pe o rată mai mare de efect, medicii cardiologi au nevoie de instrumente cât mai sigure de diagnostic rapid, de evaluare prognostică și de sugestii curative care iau în calcul realizările științei medicale și ale farmacologiei. Acestui scop servesc **standardele naționale, ghidurile de diagnostic și tratament, protocoalele clinice care funcționează peste tot în lume, fiind adoptate și în sistemul de servicii cardiologice din republica noastră.**

Un moment foarte dificil, la care avem încă multe reticente, dar care, în cele din urmă, înseamnă mii de vieți în pericol, este **managementul urgențelor cardiace în teritoriu, cardiologia intervențională, cardiochirurgia.**

Printre problemele imporatnte apărute în calea realizării la scară largă a prevederilor ghidurilor de profilaxie primară și secundară a maladiilor cardiovasculare sunt înzestrarea precară cu utilaj de diagnostic a tuturor instituțiilor medicale de nivel comunitar și raional: pentru ecocardiografie, testele electrocardiografice de efort fizic dozat, înregistrare îndelungată a electrocardiograamei în condiții obișnuite de viață (monitoring după metoda Holter), monitoring 24 de ore al tensiunii arteriale, ultrasonografia vaselor periferice. A devenit obligatorie implementarea metodelor biochimice de determinare a markerilor necrozei miocardului (troponine și creatinfosfokinaza fracția MB) pentru diagnosticul de infarct miocardic acut, markerilor insuficienței cardiace (peptidele natriuretice), determinarea standardizată a nivelului lipidelor plasmaticice, a centrelor de control al hemocoagulării. Este evidentă necesitatea creării școlilor pacienților aflați sub tratament cu anticoagulante orale, a celor cu hipertensiune arterială, cu insuficiență cardiacă, celor de combatere a factorilor de risc (fumat, obezitate) etc.

Nivelul scăzut de informare a populației în domeniul sănătății constituie o piedică importantă în realizarea principiilor medicinei bazate pe dovezi, care impune necesitatea controlului riguros al tuturor factorilor de risc concomitent cu tratamentul medicamentos permanent și neîntrerupt în majoritatea cazurilor de boli cronice cardiovasculare.

**Rezumând** cele expuse mai sus, constatăm că maladiile cardiovasculare pot fi ținute sub control, dacă prin eforturile conjugate ale tuturor partenerilor sociali, economici și prin voința politică a cercurilor guvernante am reuși ordonarea unor programe de măsuri de profilaxie primară și secundară care să vizeze toate zonele, contingentele specifice de populație. Doar astfel se poate conta pe:

❖ depistarea mai operativă a persoanelor predispuse să dezvolte diferite maladii sau cu riscuri iminente de îmbolnăvire;

❖ reducerea termenelor de restabilire funcțională prin implementarea în practică a metodelor moderne de prevenire, diagnostic și reabilitare postmorbida;

- ❖ diminuarea cheltuielilor pentru tratamentele de staționar pe seama transpunerii activităților principale de acordare a asistenței medicale către bolnavi și persoanele cu sechele postmaladive la nivelul serviciilor de asistență medico-sanitară primară;
- ❖ descreșterea sesizabilă a morbidității populației, a invalidizărilor și frustrărilor prin cronicizarea suferințelor dificile și a deceselor din cauza maladiilor generate preponderent de modul de viață incanogen;
- ❖ prelungirea perioadei de activism socio-productiv al populației de ansamblu din Republica Moldova.

### **Referințe bibliografice**

1. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy.
2. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO. Department of Chronic Diseases and Health Promotion. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/).
3. World Health Statistics 2008. Future Trends in Global Mortality: major shifts in cause of death patterns. WHO.
4. Donald Lloyd-Jones et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2010 Update. A Report From the American Heart Association. AHA Statistical Update. *Circulation*. 2010;121: e1-e170.
5. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. V. Fuster, B. B. Kelly, editors. <http://www.nap.edu/catalog/12815.html>.
6. D.M.Lloyd-Jones et al. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation*. 2010; 121: 586-613.
7. M Popovici. Bolile cronice necontagioase – o problemă vitală a sănătății publice. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. 2006; 1(5): 7-11.
8. Hotărâre de Guvern Republica Moldova Nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sanatate.
9. Strategia de dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada 2008-2017. Aprobată prin Hotărârea Guvernului Republica Moldova nr. 1471 din 24 decembrie 2007.
10. European Heart Health Charter. Aprobată de Parlamentul European 2007.
11. Prevention cardiovascular disease Fourth Joint European Guidelines on Cardiovascular diseases Societies' Task Force on prevention in clinical practice. *European Journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*. September 2007.

### **Rezumat**

Prezența majoră a maladiilor noncontagioase în lume și, în special, în țara noastră constituie o amenințare frontală pentru starea de sănătate a națiunii, iar pierderile umane și economice definite de acestea au atins cote fără precedent. Potrivit statisticilor internaționale, dar și realităților apreciate în Republica Moldova, bolile cronice noncontagioase (BCN) determină în statele din Europa cca 80%, iar la noi în țară – până la 88% din mortalitatea generală, partea leului în acest aranjament cauzal revenind bolilor cardiovasculare, care în anul 2009 au înregistrat în RM o pondere de 56,7%. Sunt prezentate principalele aspecte ale prevenirii primare și secundare a maladiilor cardiovasculare, ce determină mortalitatea și morbiditatea.

### **Summary**

The major presence of non-contagious diseases, in the world and especially the Republic of Moldova, is a threat to the health of the nation; furthermore the human and economic losses caused by non-contagious diseases reached unprecedented levels. According to international statistics, but also to the situation in the Republic of Moldova, non-contagious chronic diseases (NCB) determine up to 80% of deaths in Europe and up to 88%—in the Republic of Moldova. The main cause are cardio-vascular affections, which in 2009 registered a share of 56.7% in the Republic of Moldova. The paper presents the main aspects of primary and secondary prevention of cardiovascular diseases, which cause both mortality and morbidity.

## Резюме

Широкое развитие хронических неинфекционных заболеваний в мире и особенно в нашей стране представляет настоящую угрозу для состояния здоровья населения, а связанные с этим людские и экономические потери достигли невероятных высот. Согласно международных статистических данных, а также данных статистики Республики Молдова хронические неинфекционные заболевания занимают соответственно 80% и 88% от общей смертности населения. Наибольшая доля показателя смертности принадлежит сердечно-сосудистым заболеваниям, которые в 2009 году определили 56,7% от общей смертности.

Представлены основные принципы первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, которые в основном определяют уровень общей смертности.

## ASPECTE MEDICO-SOCIALE ALE FIBRILAȚIEI ATRIALE

**Aurel Grosu**, prof. univ.  
IMSP Institutul de Cardiologie

Prevalența fibrilației atriale (FA) în populația adultă variază între 1 și 6% [1]. Deoarece morbiditatea crește rapid în raport cu vârsta, estimarea indicilor de prevalență a FA trebuie realizată în cadrul grupelor de vârstă (tabelul 1). Majoritatea studiilor indică o prevalență generală a FA mai mare de 5% printre persoanele în vârstă de peste 70 de ani.

Incidența anuală rezultată din cercetările de la Framingham a fost apreciată cu 1% la bărbați și 0,8% la femei, dar și aici factorul vârstei a fost hotărâtor [2]. În același studiu Framingham, după o urmărire de 38 de ani, s-a constatat că 21,5% dintre bărbați și 17,1% dintre femei au dezvoltat FA. Deoarece participanții incluși în studiu au fost examinați la fiecare 2 ani, rata de apariție a cazurilor de FA a fost raportată bienal. Incidența bienală a variat la bărbați de la 6 la 1000 de persoane examinate în vârstă de 55-64 de ani (aproximativ 0,3% anual) până la 76 la 1000 de persoane examinate în vârstă de 85-94 de ani (aproximativ 3,8% pe an). La femei incidența a alcătuit respectiv 4 la 1000 de persoane examinate (aproximativ 0,2% pe an) și 63 la 1000 de persoane examinate (aproximativ 3,2% pe an). Incidența FA s-a dublat în fiecare deceniu succesiv de vârstă atât pentru bărbați, cât și pentru femei. Chiar după ajustarea pentru alți factori de risc ai FA, incidența ei a fost aproximativ cu 50% mai mare la bărbați decât la femei.

*Tabelul 1*

### Prevalența FA în populație

Studiul	Cadrul în care s-a realizat	Identificarea cazului	Vârsta	Prevalența
ATRIA	Studiul observațional	Date clinice și ECG	> 20 de ani	1,0%
Studiul Framingham	Studiu de cohortă într-o comunitate	Examinări bienale	> 50 de ani	2,1%
Proiectul Epidemiologic Rochester	Sudiul populațional	Datele din fișa de observație	> 35 de ani	2,8%
Studiul „Cardiovascular Health Study”	Studiu de cohortă în 4 comunități	ECG și autoevaluarea personală	> 65 de ani	5,4%

Cardiovascular Health Study (CHS) este o cercetare de cohortă, longitudinală a vârstnicilor (peste 65 de ani) înrolați în 4 centre din SUA, inițiată în anul 1990. Incidența FA în cadrul acestui studiu a fost mai înaltă decât cea raportată în Framingham chiar și după calculul diferențelor de vârstă din lotul de studiu. Valorile incidenței au variat de la 1,2% pe an la bărbații în vârstă de 65 – 69 de ani până la 5,9% la bărbații în vârstă de 80 de ani și mai mult. Printre femei, indicii incidenței au variat respectiv de la 1,1% până la 2,5%. Includerea cazurilor de FA raportate la prezentare, examinarea electrocardiografică anuală și perioada mai recentă de realizare a cercetării ar putea explica cifrele mai înalte ale incidenței din studiul CHS [3].

**Modificarea incidenței și prevalenței.** Actualmente se recunoaște că indicii privind preva-