

BOLILE NEINFECTIOASE

INTRODUCERE

Bolile „vieții moderne” sau bolile neinfecțioase au devenit în prezent principala cauză de morbiditate și mortalitate în țările dezvoltate. Această tranziție epidemiologică își face apariția și în țările în curs de dezvoltare. Etiologia bolilor neinfecțioase este complexă și pentru prevenirea lor trebuie luați în considerație o mulțime de factori de risc contribuabili. În pofida complexității etiologiei lor și grație unor fenomene nu întotdeauna explicabile, în ultimii 20 de ani în multe țări au fost obținute succese dramatice în reducerea mortalității de pe urma ictusului cerebral și a bolilor cardiace. Totuși decesele de pe urma cancerului și traumatismelor - elemente cheie în structura mortalității de pe urma bolilor neinfecțioase, s-au dovedit a fi dificil de redus.

Bolile cronice sunt afecțiuni care necesită o asistență medico-sanitară de lungă durată și costisitoare. Totodată acestea compromit posibilitatea prevenției primare, secundare și terțiare de reducere a mortalității, disabilității, precum și a impactului socio-sanitar al bolii. Noua Sănătate Publică abordează toate aspectele prevenției și medicinei clinice. Această abordare complexă este extrem de utilă în prevenirea și tratamentul bolilor neinfecțioase, precum și în asigurarea necesităților condiționate de ele.

ASCENSIUNEA BOLILOR CRONICE

Schimbările în structura cauzelor majore ale mortalității premature cu trecerea predominanței de la bolile infecțioase la cele neinfecțioase au apărut

pentru prima dată la sfârșitul celui de-al II^{lea} Război Mondial. Descoperirea antibioticelor și apariția noilor vaccinuri, de rând cu îmbunătățirea standardelor de viață, sanitație, a nutriției, calității și securității apei s-au soldat cu o reducere considerabilă a mortalității de pe urma bolilor infecțioase și cu o majorare a duratei așteptate a vieții. În prezent în structura morbidității și mortalității din țările dezvoltate bolile infecțioase au cedat locul de frunte bolilor neinfecțioase. Tendințe similare sunt observate și în țările în curs de dezvoltare.

Deviația dramatică în structura cauzelor mortalității de la bolile infecțioase la cele neinfecțioase este elucidată în Tabelul 5.1, în care sunt prezentate cauzele majore de deces în Statele Unite între anii 1900-1990. Astfel de schimbări au avut loc în toate țările dezvoltate.

TABELUL 5.1. Cauzele majore ale mortalității (la 100.000 populație), Statele Unite, 1900 și 1990.

1900	Număr	%	1990	Număr	%
Toate cauzele	1719	100	Toate cauzele	880	100
Pneumonia, gripa	202	11,8	Boli cardiace	281	32,0
Tuberculoza	194	11,3	Neoplasme	204	23,2
Gastrite, enterite, colite	143	8,3	Boli cerebrovasculare	60	6,8
Boli cardiace	137	8,0	Boli pulmonare cronice obstructive	40	4,5
Senilitate	118	6,8	Accidente	34	3,4
Leziuni vasculare a sistemului nervos central	107	6,2	Pneumonia, gripa	32	3,6
Nefrite cronice, nefroscleroză	81	4,7	Diabet zaharat	23	2,6
Leziuni neintenționate	72	4,2	HIV infecție	16	1,8
Neoplasme	64	3,7	Suicid	12	1,3
Difteria	40	3,3	Ciroză, boli cronice ale ficatului	10	1,1
Toate celelalte cauze	561	32,6	Toate celelalte cauze	168	19,2

Sursa: Date compilate din Centrul Național de Statistică Medicală. *Chronic Disease Epidemiology and Control*. Second Edition. 1998. Washington, D.C.: American Public Health Association.

Predominarea bolilor cronice în structura cauzelor morbidității și mortalității este asociată cu un șir de factori demografici și epidemiologici. În primul rând declinul morbidității și mortalității de pe urma bolilor infecțioase s-a soldat cu majorarea longevității vieții și a numărului de persoane care ating vârsta pentru care sunt caracteristice cancerul și bolile cardiace. În al doilea rând odată cu schimbarea modului de viață a crescut influența factorilor de risc cum ar fumatul, modul sedentar de viață, dieta bogată în glucide și grăsimi, comportamentul de risc, cea ce a determinat faptul că bolile cardiovasculare și

cancerul au devenit principalele cauze de morbiditate, mortalitate și disabilitate. În al treilea rând traumatismele și cancerul sunt patologii care necesită o asistență medico-sanitară costisitoare fapt ce se reflectă negativ asupra economiei sistemului sanitar. În al patrulea – în baza realizărilor recente sanitare publice și științifice medicale sunt elaborate noi metode de prevenție și tratament care reduc semnificativ impactul bolii și disabilitatea din cauza bolilor cronice.

Identificarea numeroșilor factori de risc și elaborarea metodelor de detectare precoce a bolilor cronice majorează considerabil potențialul intervențiilor curativ-profilactice de reducere a acestor boli și a complicațiilor lor. Grație acestui fapt scopurile sănătății publice s-au lărgit semnificativ. În acest capitol vom examina bolile cronice majore și efectele lor asupra sănătății populației. De asemenea, vom precăuta factorii de risc și contribuția lor la dezvoltarea afecțiunilor cronice, precum și intervențiile curativ-profilactice necesare pentru reducerea prevalenței lor în populație.

Managementul bolilor cronice majore include intervenții preventive și terapeutice care se vor reflecta în viitor în reducerea morbidității prin ele. Totodată metodele preventive inclusiv prevenția primară, secundară și terțiară efectuate de către furnizorii de asistență medico-sanitară joacă un rol important și apreciabil în reducerea impactului bolii, de rând cu promovarea sănătății.

IMPACTUL BOLILOR CRONICE

Morbiditatea și mortalitatea de pe urma bolilor cronice au un impact grav asupra individului, familiei și societății. Aprecierea impactului bolii (discutată în Capitolul 3) este responsabilitatea fundamentală a agențiilor de sănătate publică. Finanțarea asistenței medico-sanitare acordate populației în majoritatea țărilor industrializate este o responsabilitate a autorităților naționale (vezi Capitolul 10-13) sau a agențiilor publice și private (Tabelul 5.2).

TABELUL 5.2. Costul asistenței medico-sanitare în Statele Unite, pe grupuri diagnostice și după tipul de servicii.

Grupuri diagnostice	Cost 1987 (miliarde dolari SUA) ^a	%	Categorii de servicii	Cost 1997 dolari SUA (miliarde dolari SUA) ^b	%
Afecțiuni cardiovasculare	79,6	13,9	Asistență spitalicească	371,1	34,0
Leziuni traumatice	69,1	12,1	Servicii medicale	217,6	19,9
Neoplasme	49,6	8,7	Asistență stomatologică	50,6	4,6
Afecțiuni urogenitale	49,3	8,7	Alte servicii profesionale	61,9	5,7
Graviditate/naștere	39,7	6,9	Asistență la domiciliu	32,3	3,0
Afecțiuni respiratorii	38,3	6,7	Medicamente, alte materiale medicale	108,9	10,0
Afecțiuni digestive	35,9	6,3	Servicii oftalmologice	13,9	1,3
Afecțiuni musculo-scheletale	27,7	4,8	Asistență în clinici particulare	82,8	7,6
Alte afecțiuni circulatorii	20,2	3,5	Asistență personală	29,9	2,7
Afecțiuni psihice	19,3	3,4	Cercetări științifice	18,0	1,6
Asistență de calitate	17,4	3,0	Construcții	16,9	1,5
Malformații congenitale	8,7	1,5	Sănătatea publică	38,5	3,5
Accidente medicale	6,9	1,2	Administrare	50,0	4,6
Diverse	110,6	19,3	Cheltuieli totale (miliarde)	1,0924	100
Total	572,3	100	La cap de locuitor (dolari)	3925	-

Sursa: Centers for Disease Control 1994. Medical care spending – United States. *MMWR*, 43:581-586; și Levit K, Cowan C, Braden B, Stiler J, Senseni A, Lazenby H. 1998. national health expenditures in 1997; more slow growth. *Health Affairs*, November/December : 99-110.

^a Cheltuielile sanitare totale din surse publice și private, excluzând asistența în clinici particulare, asistența stomatologică, serviciile nemedicale de asistență a bolnavilor psihici și cheltuielile pentru procesarea asigurărilor medicale. Examinarea Cheltuielilor Medicale Naționale (NMES-2) din 1987 a fost un studiu longitudinal al populației civile neinstituționalizate către anul 1987. Examinările ulterioare au inclus sursele de finanțare și tipul de servicii, dar nu categoriile de diagnostic.

^b Includ cheltuielile sanitare totale, publice și private, inclusiv și asistența în clinici particulare.

Evaluarea impactul bolii asupra individului, familiei și comunității nu este un lucru deloc simplu. Pentru această evaluare sunt utilizați indicii tradiționali ai morbidității și mortalității completați de QALY și DALY (vezi Capitolul 3), dar este imposibil de apreciat impactul fizic și moral al bolii asupra persoanelor care îngrijesc bolnavul. Impactul bolii cronice asupra individului se reflectă asupra abilității persoanei de a efectua activitățile habituale. Nivelul de abilitate funcțională al unei persoane cronic bolnave este măsurat prin abilitatea sa de a efectua activități vitale (ADL) (vezi Tabelul 5.3).

TABELUL 5.3. Activitățile vitale (ADL) ca indici ai capacităților funcționale independente.

ADL de îngrijire personală	ADL de menajare	ADL de socializare
Spălarea	Utilizarea telefonului	Contacte – familie, prieteni, vecini
Îmbrăcarea	Efectuarea cumpărăturilor	Vizite
Toaleta	Prepararea mâncării	Activități sociale
Alimentarea	Lucrări de menajare	Sex
Plimbarea, mișcarea	Lucrări de reparație	Exerciții regulate, plimbarea
Trecerea de pe scaun pe pat, în baie	Spălatul lenjeriei	Utilizarea autobuzului, autoturismului
Continența	Managementul finanțelor	Activități religioase
	Respectarea propriei medicații	Hobby-uri

Bolile cronice pot cauza disabilități care împiedică funcția optimă cotidiană a persoanei afectate. Activitățile vitale țin de capacitatea individului de a se îngriji personal, de activitățile menajere și sociale. Acestea permit determinarea nivelului și volumului asistenței la domiciliu sau tipului de asistență necesară pacientului. ADL sunt indici de apreciere a funcțiilor pacientului și nicidecum nu pot fi utilizate în evaluarea impactului emoțional, fizic și financiar asupra persoanei care îngrijește bolnavul sau familiei.

FACTORII DE RISC ȘI ETIOLOGIA BOLILOR CRONICE

Criteriile etiologice ale bolilor infecțioase discutate în Capitolul 1 sunt cunoscute sub denumirea de postulatele lui Koch-Henle. Criteriile etiologice ale bolilor cronice numite criteriile lui Evans sunt prezentate în Anexa 5.1. Ele specifică legătura între factorii predispozanți sau de risc și boala cronică și sunt utili în aprecierea importanței relative a factorilor contribuabili ai bolii în populație.

Etiologia bolilor neinfecțioase poate fi complexă cu numeroși factori contribuabili și de risc. Rareori doar un singur factor poate provoca boala. Mulțimea de factori de risc pentru diferite boli cronice este specificată în Tabelul 5.4.

Anexa 5.1. Criteriile etiologice ale bolilor cronice – criteriile Evans.

- 1. Distribuția cauzei ipotetice în populație trebuie să fie similară distribuției bolii în aceeași populație.*
- 2. Incidența bolii în populațiile expuse cauzei ipotetice trebuie să fie semnificativ mai înaltă decât în populațiile care nu sunt expuse acțiunii acestei cauze.*
- 3. Expunerea la cauza ipotetică trebuie să fie mai frecventă la pacienții bolnavi decât la cei din grupul de control care nu sunt bolnavi, restul factorilor de risc fiind similari și constanți.*
- 4. Boala trebuie să urmeze la un timp anumit după expunerea la factorul causal ipotetic.*
- 5. Majorarea dozei sau duratei de expunere mărește probabilitatea dezvoltării bolii.*
- 6. În unele boli gradientul biologic al răspunsului organismului gazdei (de la mediu la sever) trebuie să urmeze expunerea la factorul ipotetic causal și să fie direct proporțional cu durata expunerii.*
- 7. Relația dintre factorul ipotetic causal și boală trebuie confirmată în mai multe populații și prin mai multe metode de studiu.*
- 8. Trebuie precăutate toate explicațiile posibile ale acestei relații.*
- 9. Eliminarea sau modificarea factorului ipotetic causal trebuie să se soldeze cu reducerea incidenței bolii.*
- 10. Modificarea reacției de răspuns a gazdei la factorul ipotetic causal trebuie să elimine sau să reducă boala.*
- 11. În condiții experimentale morbiditatea în populația expusă trebuie să fie mai mare decât în populația care nu este expusă acțiunii factorului ipotetic causal.*
- 12. Toate relațiile și observările trebuie să fie epidemiologic și biologic plauzibile.*

În ultimele patru decenii multiple studii epidemiologice s-au ocupat de identificarea factorilor de risc ai bolilor neinfecțioase. Lucrarea clasică a lui Jeremy Morris a demonstrat diferențele riscului de apariție a cardiopatiei ischemice între șoferii și taxatorii de autobuz în Londra. Mortalitatea de pe urma cardiopatiei ischemice printre taxatorii autobuselor care erau nevoiți regulat să urce scările autobuzului, suportând și mai puține stresuri, era mai mică decât la șoferi care duceau un mod sedentar de viață și erau supuși unor stresuri permanente.

Fumatul ca factor de risc a fost identificat în Statele Unite în cadrul unor studii efectuate de Ernst Wynder și alții în anii 1940 și 1950. În cadrul unui

studiu longitudinal demarat în anii 1950 de către medicii britanici Richard Doll și Bradford Hill s-a determinat faptul că bărbații fumători de 35 de ani au mai puține șanse să supraviețuiască până la vârsta de 65 de ani (72%) decât cei nefumători (85%) și foștii fumători (81%). Raportul Ministrului Sănătății SUA referitor la fumat și sănătate din 1964 a sumat rezultatele sutelor de studii efectuate în această direcție. În concluzie s-a stabilit că fumatul reprezintă un pericol major pentru sănătate și poate fi cauza cancerului pulmonar, cardiopatiei ischemice, bronhopneumopatiei cronice obstructive și a ictusului cerebral. Rapoartele ulterioare ale Ministrului Sănătății din 1983 și 1984 atribuie fumatului rolul cauzal în dezvoltarea a 30% din cazurile de cardiopatie ischemică și a 80-90% din cazurile de bronhopneumopatie cronică obstructivă. Reducerea fumatului a devenit unul din obiectivele principale ale sănătății publice moderne. Datorită eforturilor organelor sanitare publice numărul de fumători în ultimul timp a scăzut de la 33,5% în 1979 la 24% în 1997, dar a crescut printre studenții instituțiilor superioare de învățământ (albii>negrii).

TABELUL 5.4. Factorii de risc ai bolilor cronice.

Factorul de risc	Boli cardiovasculare	Cancer	Boală cronică pulmonară	Diabet	Ciroză	Boli ale aparatului locomotor	Boli neurologice
Fumatul	+	+	+	0	0	+	?
Abuzul de alcool	+	+	0	0	+	+	+
Hipercolesterolemia	+	0	0	0	0	0	0
Hipertensiunea	+	0	0	0	0	0	+
Dieta	+	+	?	+	0	+	+
Inactivitatea fizică	+	+	0	+	0	+	0
Obezitatea	+	+	0	+	0	+	+
Stresul	?	?	0	0	0	0	0
Fumatul pasiv	?	+	+	0	0	0	0
Profesia	+	+	+	0	?	+	?
Poluarea aerului	+	+	+	0	0	0	0
Starea socio-economică precară	+	+	+	+	+	+	0

Sursa: Brownson *et al.*, 1998, p. 4.

Faimosul studiu longitudinal din Framingham, Massachusetts (început în 1948) a oferit date epidemiologice importante care au demonstrat faptul că hipertensiunea, fumatul și nivelul elevat de colesterol seric majorează riscul

dezvoltării cardiopatiei ischemice. Studiul Framingham a fost primul care a utilizat abordarea epidemiologică pentru elucidarea etiologiei bolilor cardiovasculare. Acesta a fost un studiu prospectiv în cohortă menit să determine riscurile atât absolute, cât și relative ale acestor boli. În cadrul acestuia s-au observat legături cauzale, spre exemplu între hipertensiunea arterială și ictusul cerebral.

Studiile ulterioare s-au bazat pe descoperirile studiului Framingham. S-a observat că hipertensiunea arterială (tensiune sangvină sistolică și/sau diastolică elevată) este asociată cu un risc major de morbiditate și mortalitate prin infarct acut de miocard, ictus cerebral și boli renale. Conceptul de „normalitate” a fost înlocuit de cel al valorilor „optimale” ale lipidelor serice și tensiunii arteriale care asigură o lipsă îndelungată a bolilor cardiovasculare. S-a depistat că potențialul aterogen al colesterolului total seric este determinat de derivatele acestuia - lipoproteinele cu densitate joasă (LDL – colesterol), fracție ce se află într-o relație cauzală pozitivă cu incidența cardiopatiei ischemice. Lipoproteinele cu densitate înaltă (HDL-colesterol) se află într-o relație inversă cu cardiopatia ischemică deoarece elimină depozitele de colesterol din țesuturi. Riscul cardiopatiei ischemice este determinat de concentrațiile sangvine ale acestor fracții. Din acest motiv raportul colesterol total/HDL-colesterol reprezintă un indice veridic al riscului lipidic.

În cadrul studiului Alameda County Lester Breslow și colegii au supravegheat o cohortă (aproape 7000 de persoane dintr-o populație de 1 milion) din anul 1965 până în prezent și au identificat șapte practici sanitare care influențează structura mortalității și disabilității. Practicile sanitare studiate au inclus: abuzul de alcool, fumatul, obezitatea, dormitul mai mult de 7-8 ore pe zi, inactivitatea fizică, alimentarea între mese și ne luarea dejunului. Specificând aceste date pe vârste, sexe și în dependență de starea sănătății s-a depistat că la persoanele care duc un mod sănătos de viață disabilitatea este de două ori mai rară decât la persoanele cu practici sanitare precare. Aceste date au fost confirmate de supravegheri ulterioare, ultima având loc în 1999, fapt ce a

demonstrat eficacitatea modului sănătos de viață în menținerea sănătății și majorarea longevității vieții.

MANIFESTĂRILE CRONICE ALE BOLILOR INFECȚIOASE

Relațiile cauzale dintre infecții și bolile cronice sunt de o importanță excepțională pentru sănătatea publică deoarece depistarea acestor relații poate fundamenta elaborarea noilor metode de tratament și profilaxie. Unele dintre aceste relații sunt bine cunoscute, altele nu sunt îndeajuns confirmate. Odată fiind confirmate aceste relații ar putea argumenta necesitatea elaborării vaccinurilor care, fiind utilizate pentru prevenirea bolilor cronice, ar putea repeta succesele imunizării în controlul bolilor infecțioase ale copilăriei. Acest subiect este de o importanță primordială în sănătatea publică a secolului XXI.

Numărul de relații stabilite și ipotetice dintre microorganisme și bolile cronice se află într-o permanentă creștere. Relația cauzală dintre hepatita B și hepatita cronică, ciroza și carcinomul hepatic justifică imunizarea pe scară largă cu vaccin contra hepatitei B pentru protejarea indivizilor în special din țările în curs de dezvoltare. Papilomavirusul uman (HPV) s-a dovedit a fi cauzal legat cu carcinomul de col uterin. Screening-ul populației pentru depistarea cancerului este o modalitate sanitară publică importantă; totodată nu mai puțin importantă este iluminarea sanitară referitor la practicile igienice pentru reducerea răspândirii acestui virus. Pentru începutul secolului XXI este preconizată elaborarea prin tehnici de inginerie genetică a vaccinului contra papilomavirusului uman care va fi utilizat pentru prevenirea cancerului de col uterin. Virusul varicelei este asociat cu herpesul zoster și nevralgia postherpetică. Vaccinarea obligatorie a copiilor contra varicelei va elimina aceste probleme.

Infecțiile bacteriene pot de asemenea avea sechele la distanță. Ca exemplu poate servi boala ulceroasă și gastrita cronică cauzate de *Helicobacter pylori*

(Anexa 5.2). În anul 1991 în cadrul unor studii prin metoda caz-control a fost confirmat faptul că *Helicobacter pylori* este responsabil de dezvoltarea cancerului gastric. Aceste concluzii au fost argumentate prin demonstrarea anticorpilor și a creșterii microorganismului până și după stabilirea diagnosticului de cancer. Într-un studiu a fost observată și legătura între severitatea infecției și riscul dezvoltării cancerului gastric. În alt studiu s-a depistat că aproape 60% din pacienții cu cancer gastric suportă în antecedente infecția cu *Helicobacter pylori*, probabilitatea exodului favorabil fiind de 1,6 la 17,7, fapt ce sugerează o relație cauzală înalt verosimilă între infecția cu *H. pylori* și cancerul gastric.

Tratamentul standard al gastritelor și ulcerelor duodenale astăzi este în funcție de rezultatele fibroesofagogastroduodenoscopiei și biopsiei, testului la *H. pylori*. Acest tratament include administrarea antihistaminicelor (H_2 - blocanților) pentru reducerea producției de acid și a antibioticelor ieftine cu confirmarea ulterioară a eliminării microorganismului. Această metodă de tratament reduce considerabil durata de spitalizare și necesitatea intervenției chirurgicale la bolnavii cu ulcere peptice, precum și a tratamentului costisitor cu inhibitori ai pompei de protoni. În prezent *H. pylori* este recunoscut ca fiind cauza majoră a ulcerului peptic, care datorită acestui fapt a devenit unitate nozologică curabilă. Acesta este un exemplu viu al relației cauzale între agentul infecțios și boala cronică.

Una dintre sechele de lungă durată ale gonoreei și altor boli sexual transmisibile este sterilitatea. Totodată sifilisul netratat poate duce la tulburări neurologice la distanță și la probleme cardiace valvulare. Acestea și alte exemple de relații cauzale stabilite, precum și ipotetice sunt prezentate în Tabelul 5.5. Numărul de exemple de boli infecțioase care cauzează afecțiuni cronice va crește odată cu dezvoltarea științelor biologice. Spre exemplu recent au fost identificați prionii – agenți patogeni ai dermatitei la oi, encefalitei spongiforme bovine (BSE) și a bolii Creutzfeld-Jacob (VJD) la oameni.

Anexa 5.2. Helicobacter pylori, ulcerul peptic și cancerul gastric.

În Statele Unite mortalitatea de pe urma ulcerului duodenal s-a micșorat de la 4 în 1950 la 1 pentru 100.000 de populație în 1980, pe când mortalitatea din cauza ulcerului gastric a rămas constantă (1 la 100.000 de populație). Din 1965 și până în 1982 spitalizarea pentru ulcer duodenal a scăzut de la 28 la 8 la 10.000 de populație. Totuși în prezent survin anual 5000 de decese (2 la 100.000 de populație) de pe urma complicațiilor ulcerelor peptice (hemoragii, perforații). În 1975 costurile asociate cu acest grup de boli au fost estimate la 1,3-2,6 miliarde dolari SUA. Introducerea în 1977 a terapiei cu inhibitori ai pompei de protoni a contribuit la declinul ratelor de spitalizare în ulcerelor peptice. Această boală este considerată polietiolologică, factorii cauzali incluzând aspirina, consumul de alcool, cafea, fumatul, stresul, profesia și factorii genetici.

Helicobacter (Campylobacter) pylori pentru prima dată identificat de Lancet în 1983 ca un agent patogen asociat cu gastrita, este prezent la mai mult de jumătate din populația globală. Odată achiziționat acesta persistă și poate cauza boală după decenii de la infectare acționând ca un „microb parazit”. În 1984 acest microorganism a fost depistat de către medicii australieni Barry Marshall și J.R. Warren în aspirațiile gastrice a 58 pacienți din 100 cu ulcere peptice. În cadrul acestei experiențe Marshall a ingerat singur microorganismul provocându-și grețuri, dureri gastrice și respirație putridă. După acest studiu experimental Marshall și Warren au sugerat ideea că H. pylori poate cauza ulcerul peptic și cancerul gastric. În prezent tratamentul standard al ulcerului peptic, instituit după efectuarea gastroscopiei, biopsiei și confirmării bacteriologice, constă în administrarea unei cure scurte de antibiotice.

Studiul ecologic din Statele Unite a demonstrat o corelație înaltă între prevalența înaltă a microorganismului și rata majorată de cancer gastric. În 1998 H. pylori a fost depistat și în apele de suprafață, ceea ce a sugerat posibilul rezervor natural și modul de transmitere. Clorurarea apei aparent ucide acest agent patogen.

Sursa: National Institute of Health Consensus Statement. 1994. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. NIH Consensus Statement February 7-9, Washington D.C. 12:1-23. Website http://www.opd.nih.gov/consensus/cons/094/094_intro.htm

Pe parcursul anilor 1990 au fost obținute numeroase dovezi ale relației cauzale dintre infecția cu *Chlamydia pneumoniae* și cardiopatia ischemică, fapt ce a furnizat noi posibilități de elaborare și implementare a intervențiilor de prevenire a acestei cauze majore de deces în țările dezvoltate și în multe țări în curs de dezvoltare. Declarațiile inițiale referitor la această descoperire din

Finlanda, Marea Britanie și Italia au fost urmate de studii de verificare din Statele Unite. Până în prezent dovezile acumulate nu satisfac pe deplin criteriile etiologice din postulatele lui Koch-Henle, totodată numărul acestor dovezi crește. La momentul actual mai sunt necesare studii fundamentale și clinice în domeniul dat. În 1999 au demarat două investigații clinico-epidemiologice care includeau tratamentul cu antibiotice ca măsură de profilaxie a cardiopatiei ischemice. Totuși în opinia cardiologilor este încă devreme de introdus pe larg tratamentul cu antibiotice pentru profilaxia cardiopatiei ischemice. În același timp căutarea unui vaccin eficient contra hlamidiei poate deveni în viitorul apropiat unul din obiectivele principale ale sănătății publice.

TABELUL 5.5. Bolile infecțioase cauzatoare de afecțiuni cronice, relații cauzale stabilite și ipotetice.

Relații cauzale stabilite	Relații cauzale ipotetice
<p>Bolile sexual transmisibile și sterilitatea</p> <p>Sifilisul și afecțiunile neurologice și cardiace</p> <p>Febra reumatică (reumatismul articular acut), glomerulonefrita și infecția streptococică</p> <p>Hepatita B, C și ciroza hepatică, cancerul hepatic (82%)</p> <p><i>Helicobacter</i> (<i>Campylobacter</i>) <i>pylori</i> și ulcerul peptic, cancerul gastric (55%)</p> <p>Virusul Epstein-Barr și limfomul Burkitt în Africa</p> <p>Schistosomiaza și cancerul vezicii urinare în țările în curs de dezvoltare (4%)</p> <p>SIDA și sarcomul Kaposi, limfomul non-Hodgkin</p> <p>Encefalita spongiformă (BSE) și bola Creutzfeld-Jacob (CJD)</p>	<p>Infecția cu hlamidii și cardiopatia ischemică</p> <p>Infecția cu fungi și polichistoza renală</p> <p>Virusul bolii Borna (BDV) transmis de la păsări și mamifere la om și schizofrenia</p> <p>Rujeola și boala Crohn</p> <p>Hantavirusul și hipertensiunea renală</p>

Sursa: World Health Organization, 1996; Morse, 1993; and *Journal of Emerging Diseases*, 1998.

BOLILE CARDIOVASCULARE

Bolile cardiovasculare sunt afecțiuni ale cordului și vaselor sangvine care includ cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială și accidentele cerebrovasculare (ictusurile cerebrale). Aceste patologii sunt condiționate de ateroscleroză, excesul de grăsimi în regimul alimentar și obezitate, precum și de

insuficiența endocrină în metabolismul glucozei din diabetul zaharat. Cardiopatia ischemică (CHD – Coronary Heart Disease) reprezintă o boală în cadrul căreia are loc îngustarea și blocarea arterelor coronariene care alimentează miocardul. Arterele coronariene pot fi blocate de plăci aterosclerotice sau trombi, privând miocardul de aportul sanguin (ischemie, boală ischemică a cordului) și ducând la necroza mușchiului cardiac (infarct acut de miocard) sau la crize cardiace. Alte boli cardiace includ afecțiunile reumatice care se caracterizează prin lezarea valvelor cardiace, precum și miocarditele. În dependență de gradul și volumul afectării miocardului la pacient se poate dezvolta insuficiență cardiacă congestivă (CHF) care reprezintă o incapacitate funcțională a mușchiului afectat de a pompa sângele, fapt ce se soldează cu o stază sangvină în țesuturi.

Boala cerebrovasculară (CVD) sau accidentul cerebrovascular (ictusul cerebral) reprezintă un blocaj sau o hemoragie din vasele sangvine care alimentează creierul. În urma acestui accident are loc necroza unei porțiuni a creierului. Ictusul cerebral în emisfera dominantă este urmat de sechele motorii și psihice de lungă durată. Ocluzia parțială a vasului cauzează atacuri ischemice tranzitorii (TIA) caracterizate prin pierderea de scurtă durată a funcției motorii și psihice. Atât în infarctul acut de miocard, cât și în ictusul cerebral aria de țesut necrozat este înconjurată de inflamație. Scopul tratamentului administrat este de a restabili circulația sangvină și de a reduce inflamația și edemul. Acordarea imediată a asistenței medico-sanitare este de o importanță vitală pentru minimalizarea leziunilor și vindecarea maximă.

Bolile cardiovasculare reprezintă cauza predominantă de deces în țările dezvoltate și în multe țări în curs de dezvoltare. Acestea au fost numite boli „ale stilului modern de viață” deoarece în etiologia lor un loc aparte îl ocupă astfel de factori ca fumatul, inactivitatea fizică și dieta bogată în lipide de origine animală. Toți acești factori sunt considerați drept factori de risc ai „modului de viață”. Experiența de jumătate de secol a sănătății publice demonstrează că

acești factori pot fi reduși prin elaborarea și implementarea intervențiilor sanitare corespunzătoare.

Aprecierea exactă prin studii epidemiologice a prevalenței bolilor cardiovasculare este dificilă și frecvent chiar imposibilă datorită lipsei criteriilor diagnostice și terminologiei standard. Astfel de indici cum ar fi mortalitatea și datele spitalizării nu oferă date exacte despre prevalența acestor afecțiuni, dar furnizează informații suficiente pentru determinarea tendințelor în timp și compararea intraregională – aprecieri utile pentru planificarea intervențiilor sanitare publice. Bolile cardiovasculare au caracteristici fiziopatologice comune cu diabetul zaharat care sunt legate de nutriție, exerciții și alți factori ai stilului de viață. Ictusul cerebral și cardiopatia ischemică sunt unități nozologice diferite din punct de vedere clinic, al factorilor de risc, care necesită diferite metode de screening, monitorizare și intervenție.

Tendințele mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare

Începând cu anii 1920 mortalitatea de pe urma cardiopatiei ischemice și accidentelor cerebrovasculare a crescut considerabil, atingând valorile maxime în anii 1950. Declinul mortalității a început abia după zece ani după ce a început să scadă morbiditatea prin ictusuri cerebrale. Această descreștere continuă și în prezent.

În Tabelul 5.6 este prezentat declinul dramatic al mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare și a altor afecțiuni în Statele Unite din perioada 1950-1995. În această perioadă rata mortalității pe vârste de pe urma cardiopatiei ischemice în SUA a scăzut cu 55%, iar de pe urma ictusului cerebral cu 70% în timp ce mortalitatea totală a diminuat doar cu 40 %. Ritmul descreșterii nu este uniform în toate regiunile și grupurile populaționale. Media anuală de descreștere în această perioadă printre femei a constituit 3%, iar printre bărbați 3,8%. În Statele Unite mortalitatea printre bărbați și femei, printre albi și afro-americieni, de pe urma cardiopatiei ischemice și bolilor cerebrovasculare a diminuat, dar într-un ritm diferit.

TABELUL 5.6. Mortalitatea rectificată pe vârste la 100.000 de populație de pe urma cauzelor totale și selectate ale deceselor, Statele Unite, 1950-1996.

Cauze	1950	1960	1970	1980	1985	1990	1996	% 1950-1996
Toate cauzele	842	761	714	586	549	520	492	-42
Boli cardiace	307	286	254	202	181	152	135	-56
Boli cerebrovasculare	89	80	66	41	33	28	26	-77
Cancer	125	126	130	133	134	135	128	+2

Sursa: *Heath, United States*, 1998.

În pofida scăderii în majoritatea țărilor dezvoltate a incidenței morbidității prin cardiopatie ischemică, această unitate nozologică rămâne a fi o cauză majoră de deces. În Statele Unite în fiecare an au loc 1,5 milioane de crize cardiace de pe urma cărora decedează aproximativ jumătate de milion de persoane. Limitele variabilității între state sunt largi. Mortalitatea de pe urma caridopatiei ischemice în statul New York este constantă pe parcursul a mai multor decenii și mai mare decât mortalitatea totală pe țară. În anii 1979-1992 rata de decese printre persoanele mai mari de 35 de ani a scăzut în statul New York doar cu 28%, pe când la nivel național această a diminuat cu 33% (de la 738 la 530 la 100.000 și respectiv de la 583 la 389 la 100.000). În acest stat unde aproape o jumătate din populație locuiește în orașul New York există diferențe semnificative între factorii economici și modul de viață. Cardiopatia ischemică este mai frecventă la locuitorii orașului New York, pe când ictusurile cerebrale - la populația rurală. Acest fapt sugerează ideea că managementul hipertensiunii arteriale la locuitorii din New York este mai bine asigurat decât la cei cu reședință în afara New York-ului.

Mortalitatea de pe urma bolilor cardiovasculare variază în limite largi în dependență de țară, regiune, apartenență de sex sau perioadă de timp (Tabelul 5.7). În unele țări cel mai înalt nivel al mortalității de pe urma CVD (CardioVascular Diseases – bolilor cardiovasculare) a fost înregistrat în anii 1950, urmat ulterior de un declin dramatic și stabil. În altele cea mai înaltă mortalitate a fost observată la sfârșitul anilor 1960 și începutul anilor 1970, iar ritmul de descreștere ulterioară a fost mult mai lent. În unele țări ale Europei de

Vest mortalitatea de pe urma cardiopatiei ischemice și a ictusurilor cerebrale continua să crească și în anii 1990, nivelul maxim fiind așteptat în 1994-1995.

Compararea indicilor morbidității și mortalității între diferite țări este utilă în aprecierea necesităților și priorităților sanitare publice. Experiența unei țări sau regiuni în managementul bolilor cardiovasculare poate fi aplicată în altă țară, luând în considerație condițiile și factorii de risc locali. În majoritatea țărilor dezvoltate au fost bine stabilite tendințele evoluției epidemiologice a bolilor cardiovasculare mortalitatea scăzând cu 40-50%. În țările sau regiunile unde ratele mortalității de pe urma CVD sunt înalte trebuie revizuite prioritățile sanitare. În figura 5.1 sunt prezentate datele mortalității standardizate pentru un șir de țări obținute de la Oficiul regional european al Organizației Mondiale a Sănătății. În Finlanda, în trecut țară cu o mortalitate sporită de pe urma CVD, începând cu anii 1970 s-a înregistrat un declin dramatic al acestui indice. Tendințe similare au fost observate și în Israel și Suedia. În Danemarca și Marea Britanie mortalitatea înaltă s-a menținut până la sfârșitul anilor 1970, fapt care posibil se datorează adoptării mai tardive a noilor metode de tratament al infarctului acut de miocard și a intervențiilor sanitare îndreptate spre reducerea fumatului și a riscului dietetic.

TABELUL 5.7. Tendințele mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare în unele țări industrializate, 1952-1967 și 1970-1985.

Țara	%, bărbați, 1952-1967	%, bărbați, 1970-1985	%, femei, 1952-1967	%, femei, 1970-1985
Japonia	-8,4	-51,7	-31,7	-57,5
Statele Unite	-7,9	-38,8	-25,5	-38,9
Canada	-6,4	-38,8	-33,3	-42,8
Noua Zelandă	+15,7	-31,9	-19,0	-33,6
Suedia	+2,0	-6,4	-38,0	-30,3
Marea Britanie	+5,2	-20,9	-22,0	-26,7
Polonia	na	+35,7	na	+12,4
Ungaria	+13,7	+29,5	-21,4	+4,9

Sursa: Uemura and Pisa, 1988.

Multiplele studii ale mortalității de pe urma CVD au demonstrat diferențe rasiale, sexuale și regionale semnificative. Totodată există încă o mulțime de factori contribuabili ai acestor diferențe, identificarea cărora este de o importanță vitală pentru elaborarea noilor programe de intervenție. Acești

factori includ nivelul de studii, dieta, accesul la asistența medico-sanitară, cunoștințele, atitudinile și practicile.

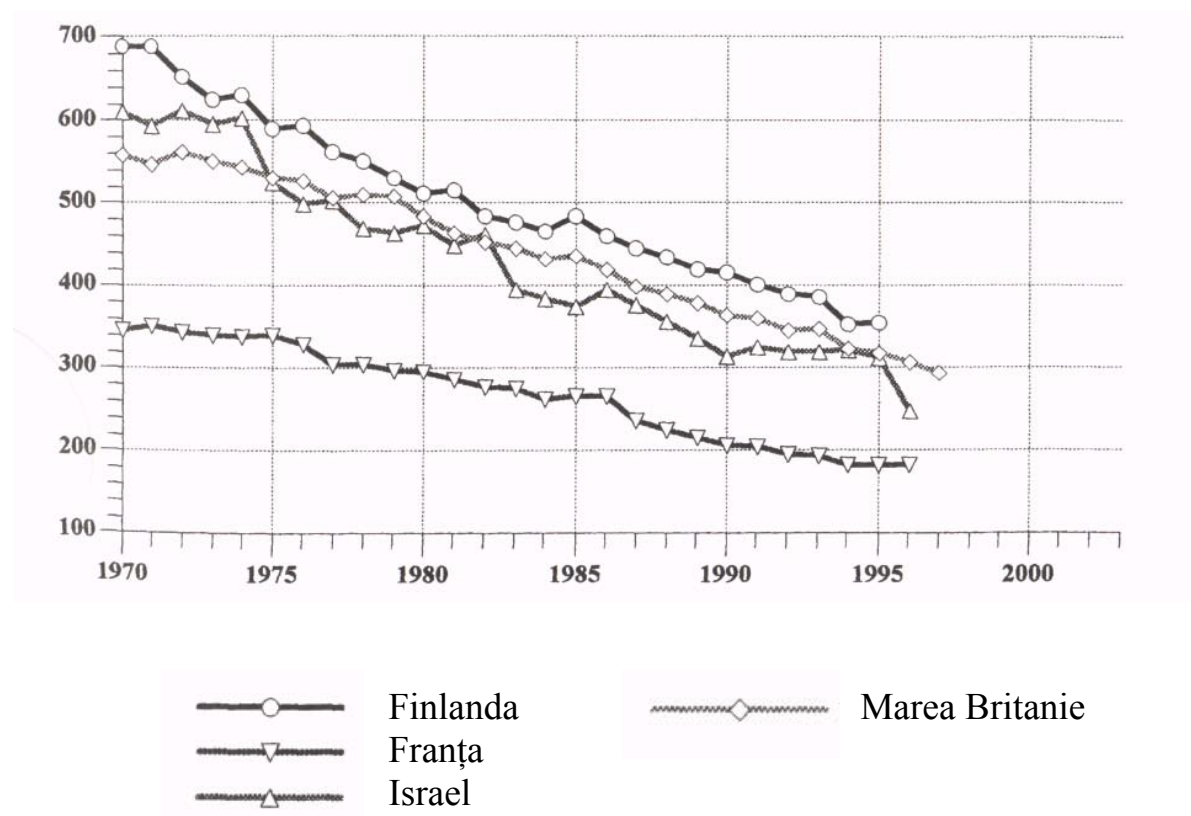


FIGURA 5.1. Mortalitatea standardizată (la 100.000 populație) de pe urma bolilor cardiovasculare.

Hipertensiunea tranzitorie sau constantă, sistolică sau diastolică, moderată sau severă, la orice vârstă este un contribuabil independent la dezvoltarea cardiopatiei ischemice. Totodată intoleranța față de glucoză sau diabetul zaharat sunt factori aterogenici, în special la femei. Antecedentele familiale de cardiopatie ischemică, precum și fumatul, inactivitatea fizică și dieta bogată în grăsimi animale majorează considerabil riscul dezvoltării CHD. Prin intermediul analizei multivariaționale au fost stabiliți factorii majori de risc și programele de intervenție necesare.

Asistența medico-sanitară precoce și calitativă atât în timpul, cât și după infarctul acut de miocard poate reduce semnificativ rata cazurilor letale. Prevenția secundară după primul infarct acut de miocard reduce riscul sau târăgănează apariția infarctelor repetate, majorând durata de supraviețuire.

Prevenția primară orientată asupra reducerii factorilor de risc diminuează impactul CVD. Trecerea în revistă a literaturii și rezultatele modelării matematice a experienței din Statele Unite au pus în evidență faptul că doar o treime din reducerea mortalității de pe urma CVD în perioada 1980-1990 se datorează prevenției primare. În același timp jumătate din succesele obținute se atribuie îmbunătățirii metodelor de tratament, restul datorându-se prevenției secundare cum ar fi medicația profilactică cu aspirină și beta-blocanți.

După datele unui studiu, practica utilizării tehnologiilor simple, ieftine și înalt eficiente în prevenirea infarctului acut de miocard cum ar fi administrarea profilactică a aspirinei și beta-blocanților la sfârșitul anilor 1990 nu era aprobată de majoritatea medicilor practicieni din Statele Unite. Ulterior informarea medicilor locali despre beneficiile acestei terapii profilactice a dus la răspândirea rapidă a acestei practici.

Factorii de risc de dezvoltare a ictusului cerebral includ bolile cardiace, fibrilația atrială, hipertensiunea sistolică, hipertrofia ventriculului stâng, diabetul zaharat, excesul de grăsimi și glucide în dietă, fumatul, antecedentele familiale de ictus cerebral precoce, starea socio-economică precară și prezența în anamneză a ictusului cerebral sau a atacurilor ischemice tranzitorii. Reducerea mortalității de pe urma ictusului cerebral depinde de depistarea precoce și managementul hipertensiunii arteriale realizat prin modificarea modului de viață și administrarea medicației preventive. În regiunile cu o mortalitate sporită de pe urma ictusului cerebral este necesară o colaborare între organele sanitare publice și serviciile medicale pentru elaborarea și implementarea programelor de educație, screening și management orientate spre reducerea factorilor de risc.

Odată cu declinul mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare crește importanța problemei insuficienței cardiace congestive (CHF) rezultate din infarctul acut de miocard și hipertensiunea arterială. După unele aprecieri în anul 1998 de această patologie gravă sufereau 4,8 milioane de americani. Numărul de vizite la medic pentru CHF s-a majorat considerabil de la 1,7

milioane în 1980 la 2,9 milioane în 1993. Ratele de spitalizare în aceeași perioadă de timp a persoanelor cu vârsta cuprinsă între 45-64 ani au crescut de la 140 la 100.000 de populație la 200 la 100.000 de populație. După estimările din 1996 ale Institutului Național al Cordului, Plămânilor și Sângelui din SUA (NHBI al NIH) în anul 1993 au fost cheltuite 17,8 miliarde dolari SUA pentru asistența medico-sanitară acordată pacienților cu CHF care includea spitalizarea, asistența medicală ambulatorie, la domiciliu, în instituțiile de îngrijire și medicațiile cuvenite. NHBI presupune creșterea în viitor a necesității în asistență medico-sanitară a bolnavilor cu CHF, acest pronostic fiind determinat de majorarea ratei de supraviețuire a pacienților cu boli cardiace și fenomenul de îmbătrânire a populației.

Anexa 5.3. Hipertensiunea arterială – prevenția secundară.

1. Depistarea și managementul adecvat al cazurilor de hipertensiune arterială contribuie semnificativ la reducerea mortalității prin boli cardiovasculare, în special de pe urma ictusului cerebral și a insuficienței cardiace. Micșorarea cu 2 mm a col. de Hg a tensiunii arteriale în populație duce la scăderea cu mai mult de 5% a riscului de dezvoltare a cardiopatiei ischemice
2. Aprecierea regulată a tensiunii arteriale este recomandată în următoarele cazuri:
 - a. Pe parcursul gravidității;
 - b. Cel puțin o dată la fiecare 5 ani la adulții de vârstă 16-64 de ani.
 - c. Cel puțin o dată la 2 ani la toate persoanele mai în vârstă de 2 ani.
3. Managementul hipertensiunii arteriale cuprinde un regim alimentar fără de grăsimi și zahăr, sistarea fumatului, evitarea stresurilor, restricții în ce privește consumul de sare și administrare la necesitate a diureticelor sau remediilor antihipertensive.

Sursa: Cassens B.J. 1992. *Preventive Medicine and Public Health*, Second Edition.

Prevenirea bolilor cardiovasculare

Declinul mortalității prin boli cardiovasculare în țările dezvoltate pe parcursul a ultimilor 25 de ani se datorează numeroșilor factori, fără evidențe clare asupra importanței relative a fiecărui din ei. Această diminuare poate fi atribuită micșorării prevalenței și severității (ratei cazurilor letale) bolii care se datorează reducerii prevalenței factorilor de risc. Îmbunătățirea standardelor

vieții, posibilitatea recreării active, creșterea informării populației despre importanța nutriției și disponibilitatea alimentelor corespunzătoare la prețuri acceptabile, cât și despre factorii de risc și metodele de reducere ale acestora au adus contribuții importante la diminuarea mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare. Îmbunătățirea calității și accesibilității serviciilor medico-sanitare, elaborarea noilor metode de resuscitare cardiopulmonară și terapie intensivă s-au soldat cu reducerea ratei cazurilor letale. Toți acești factori au contribuit esențial la declinul dramatic al mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare din ultimii ani.

Contribuția sănătății publice la toate aceste realizări este substanțială. Datele curente nu permit distingerea clară a contribuției fiecărei organizații la reducerea mortalității. Sănătatea publică continuă să-și axeze activitățile pe toate aceste probleme pentru a menține această tendință. Aceste activități preventive sunt demarate în special în țările sau regiunile unde indicii mortalității încă se mențin la nivel înalt.

Prevenția primară a bolilor cardiovasculare include un spectru larg de activități legate de reducerea factorilor specifici de risc. Acestea includ reducerea fumatului și obezității, promovarea unei alimentații sănătoase și a modului activ de viață. Măsurile preventive primare sunt orientate asupra diminuării acțiunii factorilor care contribuie la dezvoltarea afecțiunilor cardiace și a ictusurilor cerebrale.

Activitățile preventive primare și secundare de reducere a impactului bolilor cardiovasculare includ iluminarea sanitară a publicului, activitățile de reducere a factorilor comunitari de risc, de menținere a ambianței sănătoase la locul de muncă și organizarea unui sistem informațional pentru monitorizarea morbidității și a factorilor de risc, precum și pentru informarea adecvată a comunității medicale. Intervențiile medicale includ identificarea și tratamentul agresiv al hipertensiunii arteriale și diabetului zaharat, consultații pentru promovarea alimentației sănătoase, a sistării fumatului, a activităților fizice regulate și ajutor psihologic. Furnizorii de asistență medico-sanitară sunt

implicați în screening-ul, tratamentul și consultarea pacienților referitor la importanța reducerii factorilor de risc înainte și după instalarea tabloului clinic. Pacientul trebuie să-și asume responsabilitatea personală pentru multe aspecte ale prevenției bolilor cardiovasculare, participând activ la screening-ul și managementul hipertensiunii arteriale, reducerea nivelului elevat de lipide serice, reducerea obezității, screening-ul și managementul diabetului, precum și sistând fumatul, practicând sportul și respectând regimul dietetic sănătos.

Pentru minimalizarea deprinderilor dăunătoare și reducerea riscului cardiopatiei ischemice organele sanitare publice elaborează și implementează programe speciale comunitar orientate. Studiile de evaluare a programelor de intervenție comunitar orientate cum ar fi studiul a Cinci Orașe din Minnesota și proiectul Stanford au evidențiat un răspuns direct minim în cazul în care grupurile comunitare nu sunt bine definite. Totodată în cadrul altor studii de evaluare a programelor axate pe grupuri specifice definite, cum ar fi programul de prevenire a fumatului printre adolescenți, s-a demonstrat o eficiență înaltă a acestor intervenții sanitare publice. Cercetarea comportamentului social, a indicilor statutului socio-economic, a nivelului de studii, apartenenței etnice și a altor factori legați de comportamentul de risc permite determinarea grupurilor de risc și a metodelor de intervenție, precum și aprecierea influenței tensiunilor sociale asupra comportamentului de risc cum ar fi conducerea neglijentă a mijloacelor auto, fumatul și abuzul de alcool.

Guvernele și producătorii pot voluntar sau involuntar, direct sau indirect promova așa practici dăunătoare cum ar fi fumatul și abuzul de alcool. O acceptare tacită din partea guvernelor a acestor practici dăunătoare este considerată publicitatea prin mijloacele mas-media a produselor alcoolice, țigărilor și fumatul liber în locurile publice. Producătorii promovează vânzarea articolelor sale printre tineri și săraci, precum și în țările în curs de dezvoltare unde sistemul de informare a populației despre riscurile consumului acestor produse nu funcționează. Atunci când guvernele profită din consumul de țigări

și alcool apar conflicte de interese între organele sanitare publice și reprezentanții guvernamentali.

În 1992 conferința pe problemele sănătății cordului din Victoria, Columbia, a chemat toate agențiile comunitare de a-și uni forțele pentru a elimina această epidemie modernă acest fapt fiind posibil prin adoptarea unor noi strategii politice, a regulamentelor speciale și implementarea programelor de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor. Personalul medical trebuie să-și orienteze eforturile asupra promovării sănătății în comunitate, inclusiv prin intermediul mijloacelor mas-media, a sistemului de învățământ, științelor sociale, agențiilor guvernamentale, sectorului privat, organizațiilor voluntare internaționale și private și a coalițiilor sanitare comunitare.

Complexul de măsuri de prevenire a bolilor cardiovasculare aprobat de conferința din Victoria include următoarele activități:

1. Măsuri educative: educarea publicului, a furnizorilor de asistență medico-sanitară, grupurilor comunitare, guvernelor referitor la reducerea factorilor de risc.
2. Politica alimentară: reducerea conținutului de grăsimi în lapte și produsele din carne și reducerea conținutului de sare în alimente, colaborând cu ministerele agriculturii, industriei și comerțului, precum și cu producătorii de ulei, carne și alte alimente.
3. Reducerea fumatului: majorarea costului țigărilor prin intermediul impozitării acestora, interzicerea publicității produselor din tutun, interzicerea fumatului la locul de muncă și în locurile publice, alocarea unei părți parvenite din impozitarea țigărilor pentru promovarea sănătății și educarea publicului referitor la daunele fumatului.
4. Promovarea exercițiilor fizice: promovarea atitudinilor și participării comunitare și personale în activitățile fizice regulate.
5. Reducerea obezității: promovarea comunitar și individual orientată a sănătății.

6. Inițiative comunitare: promovarea modului sănătos de viață, inclusiv sistarea fumatului, modul activ de viață; creșterea responsabilității populației față de propria sănătate; instruirea populației referitor la metodele de resuscitare cardiopulmonară (CPR).
7. Asistența medicală: promovarea asistenței medico-sanitare primare inclusiv screening-ul pentru depistarea factorilor de risc, managementul hipertensiunii arteriale și consultarea pacienților în ceea ce privește reducerea factorilor de risc și a stresului.
8. Screening-ul: screening-ul pentru depistarea factorilor de risc cum ar fi diabetul zaharat, nivelul elevat de lipide serice și hipertensiunea arterială, analiza factorilor de risc depistați și managementul lor.
9. Asistența de urgență și cea spitalicească: reducerea ratei cazurilor letale, efectuarea CPR, transportul rapid la centrele medicale specializate pentru terapie intensivă cu administrarea unei medicații antitrombotice moderne (aspirina, streptochinaza ș.a.), efectuarea procedurilor de dilatare cu balon și by-pass aortocoronarian în centre specializate de performanță.
10. Reabilitarea: promovarea vindecării și recuperării funcționale maxime; utilizarea metodelor preventive pentru stoparea procesului patologic.

Țările cu mortalitate înaltă prin boli cardiovasculare trebuie să dezvolte programe de intervenții agresive intersectoriale la nivel național și comunitar. Pentru reducerea morbidității și mortalității înalte de pe urma bolilor cardiovasculare în unele state ale SUA și în Europa de Est și de Vest sunt necesare eforturi naționale coordonate ale Ministerului Sănătății, altor ministere, mijloacelor mas-media, organizațiilor nonguvernamentale, producătorilor de produse alimentare și comunităților locale. Legislația și litigiile judecătorești împotriva producătorilor de țigări se pot solda cu reducerea vânzărilor și limitarea fumatului, dar între timp problema rămâne de o importanță publică majoră.

Problema prevenirii și tratamentului bolilor cardiovasculare este extrem de importantă și pentru țările în curs de dezvoltare, în special pentru acelea care sunt la mijloc de cale și în care apare deja tranziția epidemiologică de la bolile infecțioase la cele cardiovasculare în calitate de cauze majore de deces. În unele țări în curs de dezvoltare problema bolilor cardiovasculare este mascată de morbiditatea și mortalitatea majoră de pe urma bolilor infecțioase, precum și de problemele ce țin de sănătatea mamei și copilului. În același timp odată cu apariția clasei sociale medii și răspândirii dietelor bogate în grăsimi și a fumatului crește și morbiditatea și mortalitatea prin boli cardiovasculare. Spre exemplu, în Egipt mortalitatea specifică vârstei de pe urma bolilor cardiovasculare este cu mult mai mare decât în țările europene (vezi Capitolul 3), astfel mortalitatea de pe urma bolilor cardiovasculare devenind principala cauză de deces în multe țări în curs de dezvoltare. Promovarea din interese comerciale a fumatului în țările în curs de dezvoltare fără preîntâmpinarea consumatorilor despre pericolele posibile, publicitatea articolelor din tutun reprezintă factori de risc care contribuie considerabil la majorarea morbidității prin boli cardiovasculare. Aceste subiecte necesită o atenție deosebită din partea autorităților sanitare din țările în curs de dezvoltare și o posibilă aplicare a experienței țărilor industrializate din ultimii 30 de ani.

BOLILE PULMONARE CRONICE

Bolile pulmonare cronice (CLD) sunt afecțiuni diverse și majoritatea lor, care constituie cauza unei morbidități și mortalități înalte, sunt evitabile. În 1995 în Statele Unite CLD ocupau locul cinci în structura mortalității totale determinând 5% din toate decesele și fiind cauza insuficienței respiratorii la 4-6% din populația generală în unele grupuri populaționale acest procent ajungând chiar până la 13%. CLD pot fi ușor prevenite prin acordarea unei

asistențe medico-sanitare primare adecvate și educarea populației în ceea ce privește managementul lor.

Fiind complicații ale infecțiilor respiratorii acute, gripa, bronșita, pneumonia sau CLD majorează durata de spitalizare și pot cauza decesul prematur. Simptomele frecvente ale unei boli cronice pulmonare sunt tusea, dispneea, toleranță fizică limitată și dereglările somn, însoțite de drenarea insuficientă a arborelui bronșic și reducerea volumului respirator.

Astmul bronșic

Astmul bronșic reprezintă o stare de obstrucție reversibilă și intermitentă a arborelui bronșic apărută ca răspuns la excitarea cu diverși agenți stimulanti, care se caracterizează prin respirație stertoroasă și dispnee. Primele accese apar de obicei la copiii de până la 5 ani. Această boală afectează 14-15 milioane de persoane doar în Statele Unite inclusiv 4,8 milioane de copii. Este cea mai răspândită boală cronică printre copii.

Pe parcursul anilor 1980 prevalența și mortalitatea de pe urma astmului bronșic a crescut atât în Statele Unite, cât și în alte țări. În SUA între anii 1982 și 1991 mortalitatea prin astm bronșic specifică vârstei de 5-34 ani a crescut cu 40%. Mortalitatea anuală era de cinci ori mai mare printre populația afro-americană decât printre cea albă. În 1994-1995 de pe urma astmului bronșic au decedat 11.274 de persoane (2,1 la 100.000 populație).

Etiologia specifică a astmului bronșic este necunoscută. Dezvoltarea acestuia este asociată cu diverși factori ereditari, infecțioși, alergici, ai mediului ambiant și psihologici. Factorii de risc includ alergenii animalii, praful din locuințe, fumatul primar și secundar, alergeni și poluanți ai mediului ambiant. Poluarea aerului poate servi ca factor de majorare a morbidității prin astm: 65% din persoanele afectate locuiesc în regiunile unde nivelul de poluare a aerului îl depășește pe cel recomandat. Poluarea cu ozon a aerului, care are loc în rezultatul emisiilor de hidrocarburi și oxid de azot din motoarele cu ardere internă care și interacțiunea lor la lumina soarelui, cauzează tuse, respirație

stertoroasă și îngreuiată mai ales la copiii care sunt mai susceptibili. Prevalența ridicată a astmului bronșic printre afro-americani în Statele Unite poate fi atribuită stării socio-economice mai precare a acestora și reședinței lor în apropierea zonelor industrializate unde concentrația poluanților aerului depășește normele recomandate. Ținerea copiilor în case insuficient ventilate poate de asemenea duce la dezvoltarea astmului bronșic.

Identificarea și înlăturarea antigenului, utilizarea bronhodilatatoarelor și a corticosteroizilor și tratamentul adecvat al infecțiilor asociate reprezintă metodele principale de management al astmului bronșic. Educarea publicului (a familiei, pacienților, personalului școlar și a publicului general) în ceea ce privește astmul bronșic are un rol decisiv în controlul acestuia. Supradozarea medicamentelor, abuzul de substanțe și fumatul agravează pronosticul bolii. Furnizorii de asistență medico-sanitară necesită perfecționări continue în domeniul managementului astmului bronșic, în special la gravide și referitor la posibilitățile și problemele asociate cu medicația utilizată.

Bronhopneumopatia cronică obstructivă

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (COPD) reprezintă stadiul avansat al bolii respiratorii cronice complicate cu insuficiență respiratorie care se datorează bronșitei cronice. Această bronșită se dezvoltă în diverse boli care afectează țesutul pulmonar, provocând îngustarea și obstrucția arborelui bronșic. În Statele Unite bronșita cronică afectează 20% din bărbații adulți. Bronhopneumopatia cronică obstructivă a fost cauza decesului a 100.000 de persoane în anii 1994-1995.

Bronșita cronică și astmul bronșic pot duce la dezvoltarea emfizemului pulmonar care se caracterizează printr-o expansiune fixă și rigidă a plămânului cu o reducere considerabilă a schimbului de oxigen. Pentru bronhopneumopatia cronică obstructivă sunt caracteristice dispneea progresantă, tusea, disabilitatea fizică, somnolența, infecțiile și spitalizările repetate; până la urma de cele mai dese ori această maladie se complică cu cord pulmonar cronic, se

decompensează sistemul cardio-pulmonar ceea ce rezultă în deces. Pronosticul este agravat de infecțiile respiratorii repetate.

Fumatul reprezintă cea mai răspândită cauză de bronhopneumatie cronică obstructivă. Reducerea fumatului este de o importanță primordială pentru prevenirea COPD, de rând cu reducerea poluării aerului discutată în capitolul 9. Măsurile de prevenție secundară și terțiară includ imunizarea anuală contra gripei și utilizarea vaccinului antipneumococic. Monitorizarea atentă a pacientului la domiciliu și depistarea precoce a simptomelor infecției respiratorii previne spitalizarea costisitoare și de lungă durată.

Bolile pulmonare profesionale

Bolile pulmonare preofesionale reprezintă un grup de entități nozologice asociate cu expunerea la locul de muncă la praf și vapori care au o acțiune iritantă, carcinogenă sau alergenă. Prevenția primară a acestor boli constă în reducerea expunerii la aceste substanțe, iar cea secundară - în supravegherea medicală continuă a lucrătorilor expuși în prezent sau trecut la aceste noxe. Aceste activități sunt părți importante ale sănătății profesionale. Riscul dezvoltării bolilor profesionale este amplificat de fumat și poluarea aerului (vezi Capitolul 9).

Pneumoconioza minerilor. Frecvent numită boala plămânilor negri, pneumoconioza minerilor (CWP) se datorează expunerii îndelungate (10 ani și mai mult) la praful de cărbune. Diagnosticul este stabilit în baza examenului radiologic și biopsiei.

Silicoza. Silicoza este cauzată de inhalarea cronică a siliciului cristalin. Boala progresează pe parcursul a 20-40 de ani prin tuse și expectorații și duce la dezvoltarea unei pneumofibroze masive și a COPD. În fiecare an în Statele Unite sunt raportate 2000 de cazuri de silicoză. Persoanele care suferă de

silicoză fac parte din grupul de risc pentru tuberculoză și trebuie examinate regulat.

Azbestoza. Azbestoza este cauzată de expunerea cronică la asbest. Reprezintă o leziune fibrozantă a țesutului pulmonar cu un risc major de dezvoltare a cancerului pulmonar (în special la fumători) și a mezoteliomului – o formă fulminantă letală de cancer caracteristică pentru muncitorii sau comunitățile expuse la azbest.

Bisinoza. Bisinoza reprezintă o boală acută sau cronică cauzată de expunerea la praful de bumbac, în sau cânepă care se manifestă prin dispnee, rigiditate toracică și tuse cronică. Expunerea îndelungată (10 ani și mai mult) la aceste noxe duce la micșorarea volumului respirator și dezvoltarea COPD.

Astmul profesional. Astmul profesional reprezintă o blocare a arborelui bronșic după expunerea la agenți la care individul a devenit sensibil. Astmul bronșic obstructiv poate fi sever sau cronic. Profesiunile de risc sunt variate (operatori PC, frizeri, persoane expuse la diferite feluri de praf, agenți chimici și antigene de origine animală).

DIABETUL ZAHARAT

Diabetul zaharat este o boală cronică răspândită care se caracterizează prin tulburări ale metabolismului hidraților de carbon condiționate de insuficiența funcțională sau cantitativă a insulinei pancreatice, fapt ce se soldează cu creșterea nivelului de glucoză în sânge. Diabetul zaharat reprezintă o boală gravă și un factor de risc pentru bolile cardiovasculare, inclusiv pentru cardiopatia ischemică, ictusul cerebral și vasculitele periferice, precum și pentru afecțiunile nervoase, renale, oftalmice ș.a. Există două tipuri principale

de diabet zaharat: Tip 1 sau insulinodependent (IDDM) și Tip 2 sau insulinoinddependent (NIDDM).

Prevalența diabetului în anii 1959-1966 în Statele Unite a crescut cu 69%, în 1966-1973 - cu 41%, în 1973-1980 – cu 21%, iar în 1980-1989 cu 4%. În anul 1996 de diabet zaharat sufereau 15,7 milioane de americani o treime din care nu erau diagnosticați. Anual sunt depistate peste 700.000 de cazuri noi de diabet zaharat, inclusiv 12.000 de cazuri printre copiii de vârstă școlară. Prevalența printre afro-americani este aproximativ de două ori mai mare decât printre albi. În anii 1980-1989 morbiditatea prin diabet zaharat printre bărbații afro-americani s-a majorat cu 28%. Morbiditatea printre indieni și latino-americani este de asemenea înaltă. Diabetul zaharat încă din anii 1930 era printre primele 10 cauze majore ale mortalității. În anul 1996 el ocupă locul șapte în șirul cauzelor de deces cu o mortalitate anuală de 61.000. Totodată diabetul zaharat reprezintă un factor major de risc pentru bolile cardiovasculare, precum și cauza majoră a amaurozei dobândite, a afecțiunilor renale grave și a amputațiilor de membru inferior.

Anexa 5.4. Diabetul zaharat în Statele Unite – prevalența, complicațiile, costul și posibilitățile de prevenire.

Diabetul ocupă locul șapte în șirul cauzelor majore de deces în Statele Unite. De diabet sunt bolnavi 16 milioane de americani, jumătate din ei neștiind despre afecțiunea lor. Aceste persoane sunt expuse unui risc major de dezvoltare a cardiopatiei ischemice, ictusului cerebral, afecțiunilor renale, oftalmice și ale vaselor periferice, precum și a efectelor directe ale diabetului. Managementul adecvat al hipertensiunii arteriale la persoanele cu diabet zaharat reduce rata deceselor prin ictus cerebral cu 75-90% și de dezvoltare a cardiopatiei ischemice cu 25-30%. Angioretinopatia diabetică reprezintă o cauză frecventă a amaurozei. Anual apar 25.000 cazuri noi de amauroză diabetică, 90% din care puteau fi evitate prin diagnostic și tratament precoce. Angiopatia diabetică este cauza a 57.000 de amputații pe an de membre inferioare; mai mult de jumătate din ele pot fi prevenite, anual fiind economisite 600 milioane dolari. Costurile directe și indirecte ale diabetului în Statele Unite sunt estimate la 92 de miliarde de dolari SUA anual, iar impactul financiar asupra Medicare constituie 27% sau 30 miliarde dolari SUA pe an. Programele de intervenție implementate includ perfecționarea măsurilor preventive, educaționale și a serviciilor menite să reducă complicațiile

diabetului. Astfel de programe trebuie aplicate în populațiile cu o prevalență majoră a diabetului, care trebuie depistate prin studii epidemiologice.

Sursa: United States Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health, and Human Services (Chairman, Senator Arlen Specter), *Action Alert, The Nation's Health*, August, 1996.

Descoperirea insulinei și utilizarea acesteia de către Frederic Banting și Charles Best, Totonto, 1921 (Premiul Nobel, 1923, Banting) a oferit pacienților cu IDDM (numit inițial diabet juvenil, iar apoi de Tip 1) posibilitatea de a trăi o viață plină cu condiția respectării stricte a medicației cu insulină. Realizările contemporane în monitorizarea nivelului de glucoză în sânge, îmbunătățirea preparatelor de insulină și elaborarea pompelor de insulină au făcut managementul diabetului mult mai simplu și eficient pentru bolnavii cu diabet de Tip 1. În prezent trec testările clinice preparatele inhalatorii de insulină. Managementul pacienților cu diabet zaharat de Tip 2 include utilizarea per orală a medicațiilor hipoglicemice, reducerea masei corporale, exercițiile fizice și regimul dietetic strict.

Utilizând datele morbidității și mortalității naționale este posibilă compararea interregională a morbidității prin diabet și a complicațiilor acestuia inclusiv cardiopatia ischemică, bolile cerebrovasculare și oftalmice și reducerea fluxului sangvin în membrele inferioare. Identificarea grupurilor populaționale cu o incidență/prevalență majoră a acestor afecțiuni permite dezvoltarea unor programe bine ținute, comunitar orientate de îmbunătățire a diagnosticului precoce și tratamentului diabetului zaharat și a afecțiunilor satelite.

Prevenirea diabetului și complicațiilor lui

Profilaxia diabetului constă în prevenția primară, secundară și terțiară.

1. Prin măsuri de promovare a sănătății publicul este informat despre diabet, factorii lui de risc și complicațiile acestuia.

2. Prevenția primară definește obezitatea ca factor de risc pentru diabet și se ocupă de prevenirea ei prin promovarea practicilor de nutriție sănătoasă astfel reducând riscul dezvoltării diabetului de Tip 2.
3. Prevenția secundară se ocupă de prevenirea complicațiilor diabetului prin intermediul depistării precoce și managementului adecvat al cazurilor. Screening-ul de rutină pentru depistarea diabetului este recomandat următoarelor categorii de persoane:
 - a. persoanelor cu antecedente familiale de diabet;
 - b. pacienților cu boli cardiovasculare, renale și oftalmice;
 - c. gravidelor;
 - d. femeilor care în timpul gravidității au avut intoleranță la glucoză sau la care nou-născuții cântăreau la naștere mai mult de 4000 g;
 - e. persoanelor obeze.

Persoanele, la care nivelul glucozei în sânge este majorat, necesită instruire și supraveghere continuă pentru prevenirea complicațiilor. Activitățile de prevenire a complicațiilor diabetului includ dieta, exercițiile fizice, testarea regulată a glicemiei și glucozuriei, igiena personală, metodele de îngrijire a membrelor inferioare, toate acestea în diabet de Tip 2 fiind completate de o medicație hipoglicemică per orală. Insulinoterapia este eficientă în controlul diabetului de Tip 1. În afară de aceasta este necesar un sprijin social și medical special al persoanelor cu dizabilități și din grupurile populaționale vulnerabile, în special al vârstnicilor, săracilor.

4. Scopul prevenției terțiare constă în recuperarea funcțională și prevenirea leziunilor ulterioare. La persoanele cu afecțiuni vasculare periferice și cu iminență de gangrenă îngrijirea corespunzătoare a membrelor inferioare poate amâna necesitatea amputației; pentru cei amputați reabilitarea este de o importanță vitală pentru prevenirea disfuncției totale. Supravegherea atentă a persoanelor cu diabet de către oftalmologi cu utilizarea la

necesitate a tratamentului prin fotocoagulare permite prevenirea retinopatiei diabetice (Anexa 5.5).

Anexa 5.5. Prevenirea amaurozei diabetice: Stockholm, 1989-1996.

În anul 1989 în Stockholm (populația – 1,7 milioane), Suedia, a fost inițiat un program de prevenție precoce a amaurozei diabetice cu înștiințarea prin poștă a 10.000 de diabetici înregistrați în 100 de centre de asistență medico-sanitară primară. În program au fost implicați 500 de medici practicieni și 2 secții spitalicești de medicină internă și pediatrie cu crearea unui registru special de diabetici. Examinarea bianuală a fost efectuată de două echipe mobile utilizând un protocol standard (protocolul londonez) care includea date referitor la istoricul bolii, rezultatele testului de apreciere a acuității vizuale, fotografii de calitate ale fundului de ochi și datele tonometriei. Fotografiile fundului de ochi au fost clasificate și validitatea lor confirmată la un centru secundar (Spitalul Hammersmith, Londra). Pacienții înregistrați au fost supuși procedurii de fotocoagulare precoce. Incidența anuală a tuturor cazurilor de amauroză la 100.000 de locuitori din regiune a scăzut cu 46% (de la 0,63 la 0,34 la 100.000).

Sursa: Karolinska Institute, St. Eric's Hospital and the Department of Social Medicine, Uppsala University, EuroFiabcare, St. Vincent's Newsletter, Summer, 1996.

Declarația conferinței Organizației Mondiale a Sănătății de la St. Vincent din 1991, a stabilit obiectivele Biroului Regional European al WHO pentru reducerea complicațiilor diabetului zaharat (Anexa 5.6). Aceste obiective țin de elaborarea și implementarea în țările Europei de Vest și Centrale, precum și în republicile central asiatice (Kârgâzstan și Azerbaijan) a programelor naționale pe problemele diabetului (NDP). Aceste programe sunt dezvoltate de echipe speciale în componența cărora intră reprezentanți ai ministerelor sănătății, grupurilor de pacienți cu diabet, personalului implicat direct în asistența medico-sanitară acordată diabeticilor, precum și experți în domeniu. Prin inițiative similare în Statele Unite în 1997 a fost demarat Programul Național de Educare pe Diabet (sponsorizat de CDC și NIH) cu participarea Asociației Americane a persoanelor cu Diabet și a altor NGO. Astfel de programe sunt menite să informeze publicul și furnizorii de asistență medico-sanitară despre seriozitatea problemei și să promoveze o asistență medico-sanitară complexă de calitate persoanelor cu diabet.

Anexa 5.6. Declarația de la St. Vincent referitor la diabetul zaharat.

Scop:

Îmbunătățirea continuă cantitativă și calitativă a experienței sanitare și pronosticului vital: intensificarea cercetărilor științifice în domeniul profilaxiei și tratamentului diabetului și complicațiilor lui.

Obiective:

- 1. Îmbunătățirea asistenței medico-sanitare acordate persoanelor cu diabet prin intermediul utilizării constructive a informației;*
- 2. Îmbunătățirea asistenței medico-sanitare acordate persoanelor cu diabet prin metode demonstrative și educaționale;*
- 3. Îmbunătățirea asistenței medico-sanitare acordate persoanelor cu diabet prin colaborare internațională.*

Metode:

- 1. Elaborarea și implementarea cu ajutorul comunității a programelor de depistare și control a diabetului.*
- 2. Majorarea informării populației și furnizorilor de asistență medico-sanitară referitor la diabet.*
- 3. Organizarea cursurilor de pregătire și perfecționare în domeniul asistenței medico-sanitare acordate persoanelor cu diabet.*
- 4. Asigurarea asistenței medico-sanitare copiilor bolnavi de diabet de către echipe specializate.*
- 5. Fortificarea centrelor existente de excelență în domeniul diabetului.*
- 6. Promovarea independenței, echității și a autoîngrijirii persoanelor cu diabet zaharat.*
- 7. Înlăturarea barierelor pentru integrarea diabeticii în societate.*
- 8. Asigurarea calității datelor de laborator și a procedurilor pentru diabetici.*
- 9. Promovarea și dezvoltarea cooperării internaționale în cercetările științifice în domeniul diabetului.*
- 10. Luarea unor măsuri urgente de inițiere și implementare a acestor recomandări.*

Rezultate așteptate:

- 1. Reducerea cu 1/3 și mai mult a cazurilor noi de amauroză datorată diabetului.*
- 2. Reducerea cu 1/3 și mai mult a cazurilor noi de ESRD (End Stage Renal Disease).*
- 3. Reducerea cu 1/2 a cazurilor de amputare a membrului inferior din cauza gangrenei diabetice.*
- 4. Reducerea morbidității/mortalității de pe urma cardiopatiei ischemice prin intermediul implementării programelor de reducere a factorilor de risc.*
- 5. Îmbunătățirea exodurilor gravidității la femeile cu diabet zaharat, atingând nivelul caracteristic pentru femeile nondiabetice.*

Sursa: World Health Organization, regional Office, Europe and International Diabetes Federation (Europe), 1997. Website: <http://www.who.dk/cpa/pr99/pr9928e.htm>

STADIUL TERMINAL AL INSUFICIENȚEI RENALE

Stadiul terminal al insuficienței renale (ESRD) reprezintă reducerea funcției renale la <10 % din funcția normală situație care necesită transplant renal sau efectuarea repetată a hemodializei. ESRD apare în rezultatul infecțiilor renale, glomerulonefritelor, hipertensiunii arteriale, reacțiilor adverse medicamentoase sau în diabet. În Statele Unite aproximativ 40 de persoane din 100.000 suferă de ESRD; aproape 100.000 sunt dependente de dializă din care la 20.000 s-a efectuat transplantul renal. Aproape jumătate din aceste cazuri se datorează diabetului zaharat și majoritatea au survenit după o perioadă îndelungată de insuficiență renală cronică. Prevalența ESRD variază în limite largi în dependență de țară și apartenența etnică. Rate înalte sunt înregistrate printre mexicani, latino-americieni, afro-americieni, indienii nord-americieni și aborigenii australieni, fapt, probabil, condiționat de prevalența înaltă a diabetului zaharat și hipertensiunii arteriale în aceste grupuri populaționale.

Eforturile preventive de reducere a prevalenței ESRD trebuie să includă următoarele:

1. Identificarea și tratamentul eficient al infecțiilor streptococice ale nazofaringelui.
2. Utilizarea precaută a medicamentelor care pot cauza afecțiuni renale.
3. Tratatamentul prompt al infecțiilor tractului urinar.
4. Screening-ul continuu pentru depistarea precoce a diabetului zaharat și a hipertensiunii arteriale.
5. Monitorizarea corespunzătoare și managementul adecvat al cazurilor de diabet zaharat și hipertensiune arterială.

Stadiul terminal al insuficienței renale reprezintă o problemă importantă a sănătății publice deoarece este o unitate nozologică parțial evitabilă și un consumator mare de resurse sanitare. În Statele Unite în 1988 cheltuielile pentru asistența medico-sanitară acordată pacienților cu ESRD au constituit 5,4 miliarde dolari SUA. Transplantul renal este cea mai eficientă metodă de tratament costul constituind doar o treime din costul hemodializei de durată, dar posibilitatea lui fiind limitată de insuficiența donatorilor. Dializa peritoneală ambulatorie continuă reprezintă o opțiune cost-eficientă în special în regiunile cu insuficiență de donatori. Efectuată de obicei de către pacient sau familia sa la domiciliu dializa peritoneală permite pacientului să participe activ la viața socială și elimină cheltuielile pentru spitalizare și echipamentul de hemodializă.

În Marea Britanie recent a fost adoptat un program național de reducere a ESRD cu o treime care se bazează pe recomandările medicilor-diabetologi și Declarația conferinței de la St. Vincent. În Statele Unite este preconizată reducerea către anul 2000 a prevalenței ESRD până la 13 la 100.000 de populație, aceasta constituind în 1987 - 14 la 100.000, iar printre populația afro-americană de 30 la 100.000.

Atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare apar probleme etice în legătură cu ESRD. În unele țări dezvoltate sunt înființate centre specializate medicale care utilizează rinichii prelevați de la persoanele sărace sau furnizează aceste organe turiștilor medicali. În țările dezvoltate prevalența ESRD printre populația în vârstă este în creștere, fapt datorat îmbătrânirii populației. Hemodializa reprezintă o procedură de salvare. În condițiile creșterii costurilor medicale apar probleme etice controversate care țin de faptul de a utiliza sau nu această manoperă la pacienții muribunzi.

CANCERUL

Cancerul este pe locul doi în şirul cauzelor de deces în ţările industrializate şi mortalitatea prin cancer avansează rapid în ţările în curs de dezvoltare. În Statele Unite probabilitatea dezvoltării cancerului pe parcursul vieţii este de 1 la 3. În perioada 1930-1990 au crescut ratele mortalităţii specifice vârstei, iar mortalitatea generală a scăzut (Tabelul 5.8). În această perioadă a crescut incidenţa cazurilor de cancer pulmonar pe când cea a cancerului gastric, uterin şi colo-rectal s-a redus. Mortalitatea de pe urma cancerului mamar a rămas la acelaşi nivel.

Cancerul este o entitate nozologică cu un impact economic şi social enorm asupra societăţii care se manifestă prin cheltuieli substanţiale pentru serviciile medico-sanitare, pierderea capacităţii de lucru şi deces prematur. Potenţialul major al prevenirii cancerului face ca această unitate nozologică să fie inclusă în majoritatea programelor sanitare publice.

Până în prezent au fost obţinute succese considerabile în elucidarea etiologiei şi managementul clinic al unor forme de cancer. Au fost obţinute dovezi incontestabile de existenţă a unor factori specifici de risc care pot fi influenţaţi prin intervenţii sanitare publice. Ca exemplu poate servi fumatul, direct legat cu dezvoltarea cancerului pulmonar şi indirect cu apariţia cancerului vezicii urinare şi de col uterin. Expunerea la substanţe chimice carcinogene cum ar fi azbestul, prezintă un mare interes pentru sănătatea publică, la fel ca şi prevenirea cancerului hepatic prin imunizare contra hepatitei B. Cercetările ştiinţifice recente au indicat contribuţia factorului alimentar la apariţia cancerului colonorectal, mamar şi posibil pulmonar şi de col uterin. După cum s-a menţionat mai sus stabilirea rolului *H. pylori* în patogenia gastritei şi cancerului gastric şi elaborarea şi implementarea intervenţiilor medico-sanitare corespunzătoare s-a soldat cu un declin dramatic al morbidităţii şi mortalităţii de pe urma acestor afecţiuni grave.

În Statele Unite morbiditatea prin toate formele de cancer este mai mare printre afro-americieni decât printre albi (riscul relativ constituie 1:1). Mortalitatea de pe urma cancerului este încă înaltă (1,3:1). Morbiditatea şi

mortalitatea prin cancer variază în limite largi, ratele specifice vârstei fiind mici printre unele grupuri etnice cum ar fi japonezii, filipinezii, americanii și mexicanii. Japonezii americani sunt afectați de cancer mai frecvent decât japonezii din Japonia, fapt care sugerează presupunerea că modul de viață, dieta și fumatul cauzează sau precipită apariția cancerului.

În Statele Unite există diferențe semnificative între diferite clase sociale în mortalitatea de pe urma cancerului. În SUA în 1950 riscul relativ (RR) al afro-americanilor de a se îmbolnăvi de cancer pulmonar în comparație cu albi era de 0,8. Către anul 1990 acesta a crescut până la 1,5. Aceste diferențe, ca și ratele înalte ale mortalității de pe urma cardiopatiei ischemice printre bărbații afro-americani, sunt considerate legate de apartenența rasială. Totodată aceste diferențe pot fi mai ușor explicate prin diferențele socio-economice, gradul diferit de practicare a fumatului, profesiunea și alimentarea diferită și accesul diferit la asistența medico-sanitară. Aceste presupuneri au fost dezmințite de studiile din Marea Britanie și țările scandinave, cercetări bazate pe studierea ratelor mortalității în aceeași clasă socială.

TABELUL 5.8. Mortalitatea specifică vârstei de pe urma cancerului pulmonar, ^ape sexe și rase, Statele Unite, 1950-1996.

Grup	1950	1960	1970	1980	1990	1996
Populația totală	12,8	19,2	28,4	36,4	41,4	39,3
Bărbați albi	21,6	34,6	49,9	58,0	59,0	52,6
Bărbați afro-americani	16,9	36,6	60,8	82,0	91,0	78,5
Femei albe	4,6	5,1	10,1	18,2	26,5	28,0
Femei afro-americane	4,1	5,5	10,9	19,5	27,5	27,6

Sursa: *Health, United States*, 1998.

^aRatele sunt prezentate pentru 100000 de populație, standardizate pentru populația SUA din 1970. Plămânii includ și traheea și bronhiile.

Cancerul pulmonar este principala cauză canceroasă de decese în Statele Unite. În anul 1993 de pe urma cancerului pulmonar în Statele Unite au decedat 149.000 de persoane, mortalitatea totală de pe urma cancerului fiind de 500.000 de persoane. Cancerul pulmonar este cea mai frecvent întâlnită formă de cancer din lume, de 2,3 de ori mai frecventă la bărbați decât la femei. La femei această formă de cancer se întâlnește chiar mai frecvent decât cancerul mamar. Rata de

supraviețuire este joasă (în Statele Unite 13% supraviețuiesc 5 ani), fapt ce compromise necesitatea screening-ului pentru depistarea cancerului pulmonar. Prevenția primară constă în reducerea numărului de fumători – activitate sanitară publică de o importanță crucială în prevenirea cancerului pulmonar.

Structura morbidității prin cancer printre femei în Statele Unite prezentată în Tabelul 5.9 relevă o ușoară descreștere a mortalității totale de pe urma cancerului între anii 1950-1996, în același timp mortalitatea de pe urma cancerului pulmonar majorându-se dramatic. În aceeași perioadă de timp morbiditatea prin cancer mamar a rămas constantă. În anul 1987 mortalitatea prin cancer pulmonar printre femei a depășit mortalitatea de pe urma cancerului mamar. Totodată cancerul mamar rămâne o cauză majoră de ani pierduți de viață potențială, afectând frecvent femeile tinere chiar mai frecvent decât cancerul pulmonar.

Mortalitatea de pe urma tuturor formelor de cancer printre populația Canadei în anii 1970-1994 a rămas constantă. În această perioadă a avut loc o creștere a mortalității prin cancer pulmonar care a fost mascată de declinul mortalității de pe urma cancerului colorectal, uterin, de col uterin și gastric. Mortalitatea prin cancer mamar și ovarian a rămas neschimbată.

Incidența cancerului variază în limite largi între țări și chiar în interiorul unei țări. Studiul comparativ al mortalității totale de cancer între câteva țări din regiunea europeană a WHO a pus în evidență diferențe semnificative (Figura 5.2) interstatale, spre exemplu declinul mortalității totale în Finlanda, începând cu mijlocul anilor 1970, aceeași dinamică a indicelui în Marea Britanie, dar începând cu mijlocul anilor 1980 și majorarea mortalității totale de cancer în așa țări ca Danemarca și Spania. Chiar și între țările scandinave vecine au fost depistate diferențe considerabile între indicii cancerului total, pulmonar și mamar. Originea acestor diferențe nu este pe deplin clară. Acestea pot fi atribuite diferențelor la nivelul factorilor de risc, cum ar fi spre exemplu cei ai mediului ambiant, alimentari și fumatul sau metodelor diferite de tratament.

Astfel de studii comparative permit lansarea ipotezelor pentru investigațiile ulterioare.

TABELUL 5.9. Rata mortalității rectificată pe vârste din cauza cancerului printre femei,
^aStatele Unite, 1950-1996.

Cancer	1950	1960	1970	1980	1990	1996
Pulmonar	4,6	5,2	10,1	18,3	26,2	27,5
Mamar	22,2	22,3	23,1	22,7	23,1	20,2
Mortalitatea totală de pe urma cancerului	120,8	111,2	108,8	109,2	112,7	108,8
Mortalitatea totală din toate cauzele	688,4	590,6	532,5	432,6	390,6	381,0

Sursa: *Health, United States*, 1998.

^a Ratele sunt prezentate pentru 100.000 de populație, standardizate pentru populația SUA din 1970.

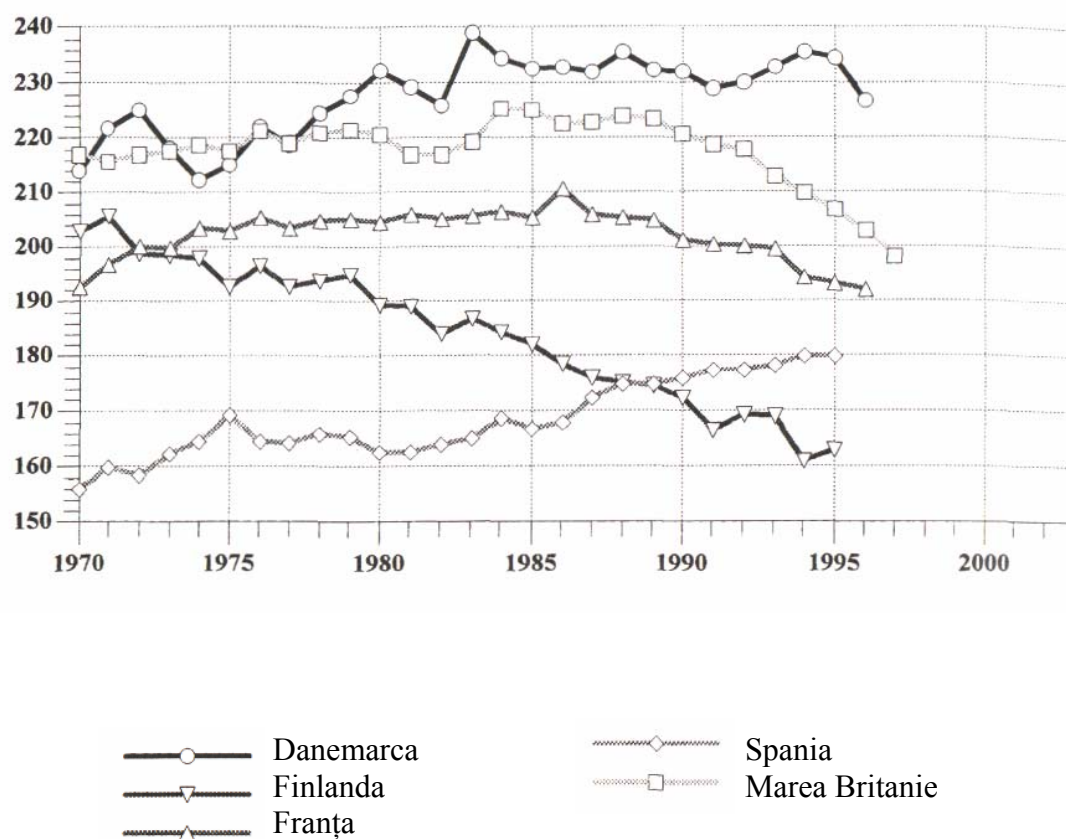


FIGURA 5.2. Ratele mortalității standardizate (la 100.000 populație) de pe urma tuturor cauzelor canceroase în unele țări europene, 1970-1997. Regiunea europeană a WHO. Baza de date Sănătate Pentru Toți, 1999.

În perioada 1981-1995 mortalitatea prin cancer pulmonar a scăzut în Finlanda cu 28%, pe când în Marea Britanie doar cu 17%. În Marea Britanie în anii 1969-1989 mortalitatea prin cancer pulmonar la bărbații din grupul de

vârstă de 55-64 ani a scăzut cu 37%, iar la bărbații din grupul de vârstă de 45-54 de ani – cu 52%. În același timp rata mortalității la femeile din grupul de vârstă 55-64 ani a crescut cu 71%. Riscul relativ de deces al bărbaților de pe urma cancerului pulmonar în comparație cu femeile în grupul de vârstă 55-64 de ani s-a micșorat de la 6:1 la 2,7:1 în aceeași perioadă de timp.

Prevenția și cancerul

Măsurile de prevenție primară în cancer includ activitățile de reducere a factorilor majori de risc: fumatul (cancerul pulmonar și de vezică urinară), dieta bogată în grăsimi (cancerul mamar și colorectal), expunerea cronică la substanțe chimice carcinogene (cancerul hepatic), partenerii sexuali multipli (cancerul de col uterin) și expunerea excesivă la razele solare (melanomul). Cancerul pulmonar și cutanat, cancerul legat de activitățile profesionale, precum și unele forme de cancer gastrointestinal se supun bine prevenției primare prin reducerea fumatului și expunerii la razele solare, azbest, radon și alți agenți carcinogeni. Imunizarea contra hepatitei B are un efect de protecție contra majorității formelor de cancer hepatic.

Prevenția secundară în cadrul serviciilor clinice sau prin intermediul programelor de screening pentru depistarea grupelor de risc major este axată pe depistarea precoce a cazurilor. Sistemul de asistență medico-sanitară este implicat activ în prevenția secundară a cancerului. Prin intermediul serviciilor medico-sanitare sunt organizate screening-uri pentru depistarea cancerului mamar, de prostată, de col uterin și colorectal. Factorii ocupaționali, ecologici și sociali joacă un rol important în dezvoltarea cancerului. Deci, pentru prevenirea acestuia sunt necesare activități preventive intersectoriale.

Prevenția cancerului include iluminarea sanitară în masă a populației pentru a majora nivelul de cunoștințe referitor la factorii de risc și posibilitatea modificării lor. Furnizorii de asistență medico-sanitară dețin un rol important în educarea publicului, au competența de a decide când și unde trebuie efectuat screening-ul pentru depistarea unei boli.

Până în prezent au fost obținute succese considerabile în acest domeniu. Identificarea genei care majorează riscul dezvoltării cancerului, descoperirea agenților infecțioși cu proprietăți carcinogene, elaborarea medicațiilor care stopează sau târăgănează creșterea cancerului sunt rezultate științifice importante și promițătoare. Argumentele referitor la legătura dintre nutriție și cancer devin tot mai convingătoare.

Anexa 5.7. Prevenția cancerului.

1. Prevenția primară.

- a. Sistarea fumatului.*
- b. Dietă săracă în grăsimi și bogată în fructe, legume și grâne.*
- c. Eliminarea expunerii la azbest și produsele acestuia.*
- d. Limitarea expunerii la razele solare intense.*
- e. Reducerea expunerii la substanțele chimice carcinogene, (spre exemplu pesticide).*
- f. Vaccinarea contra hepatitei B.*
- g. Testarea locuințelor la radon și reducerea nivelului acestuia dacă este majorat.*
- h. Reducerea comportamentului sexual de risc sau a numeroșilor parteneri.*

2. Prevenția secundară – diagnosticul precoce.

- a. Cancerul pulmonar: screening-ul prin radiografie sau citologie pulmonară nu este în prezent cost-eficient și nu contribuie la îmbunătățirea exodului cancerului pulmonar.*
- b. Examinarea sânilor: examinare de sine stătătoare în fiecare lună, mamografie la fiecare 2-3 ani pentru femeile de 40-50 de ani și anual sau mai frecvent pentru cele de peste 50 de ani. Populațiile de risc sunt femeile albe cu statut socio-economic înalt în vârstă de peste 40 de ani, cu o fertilitate joasă sau nulă, precum și femeile cu antecedente familiale de cancer mamar, leziuni mamare benigne sau cancer mamar în anamneză.*
- c. Cancerul colo-rectal: examinarea rectală anuală pentru bărbați și femei de peste 45 de ani, inclusiv examinarea maselor fecale la sânge ocult, pentru persoanele de risc de vârstă mai mare de 50 de ani – sigmoidoscopia. Grupurile de risc includ persoanele mai în vârstă de 45 de ani cu colite, polipoze intestinale sau cancer familial al colonului.*
- d. Cancerul de col uterin: examinarea regulată a frotiului Papanicolau pentru depistarea neoplaziei este o metodă cost-eficientă în special în grupurile de risc. Persoanele recomandate*

de către Grupul Operativ, SUA, pentru acest screening o dată în 1-3 ani sunt următoarele:

- i. Femeile sexual active;*
- ii. Statut socio-economic jos;*
- iii. Deținuții și prostituatele;*
- iv. Persoane cu istoric de boli sexual transmisibile;*
- v. Adolescenții care au început devreme viața sexuală;*
- vi. Peroanele cu parteneri sexuali multipli;*
- vii. Cu avorturi precedente;*
- viii. Cu displazie celulară scuamoasă în antecedente;*
- ix. Mamele necăsătorite.*

Sursa: Canadian Task Force on Screening (1994) and U.S. Task Force on Screening (1996).

BOLILE CRONICE ALE FICATULUI

Bolile cronice ale ficatului împreună cu ciroza ocupau în 1996 locul șapte în structura cauzelor majore de deces printre grupul de vârstă 25-64 de ani în Statele Unite. Ciroza este de asemenea și o cauză de morbiditate majoră fiind responsabilă de 1% din toate spitalizările. Pacienții cu insuficiență hepatică sunt consumatori majori ai asistenței medico-sanitare spitalicești fapt determinat de complicațiile serioase cum ar fi hemoragiile gastrointestinale din varicele esofagiene. Bolile hepatice cronice sunt asociate cu abuzul cronic de alcool și hepatitele virale (preponderent hepatitele B și C). Riscul dezvoltării cirozei este înalt la persoanele care consumă îndelungat alcool în cantități exagerate. Alți factori contribuabili pot fi cei nutriționali cum ar fi deficiența de vitamine grup B.

Hepatita B transmisă prin produse sangvine sau alte lichide biologice sau prin contact habitual este răspândită în multe țări. După unele estimări în lume sunt infectate 2 miliarde de persoane care împreună cu alte 350 milioane de purtători sunt expuse unui risc major de dezvoltare a cirozei hepatice sau a cancerului hepatic primar. Prevalența hepatitei C raportată de WHO constituie 170 de milioane de cazuri, ratele acestei infecții variind de la 1% în Canada, Australia și Europa de Vest la 1-2,4% în Statele Unite, Europa Centrală și de

Est, India și majoritatea țărilor Americii de Sud și atingând 10% în China și Africa. În țările în curs de dezvoltare aflatoxina prezentă în alimente este un factor major de contribuție la dezvoltarea bolilor hepatice cronice.

Cancerul hepatic și ciroza hepatică reprezintă probleme sanitare publice majore. În țările în curs de dezvoltare ale Africii subsahariene, Asiei de Sud-Est și din bazinul Oceanului Pacific hepatita B este cauza a 60-80% de cancer hepatic primar. În 1997 după aprecierile WHO în lume de pe urma cancerului hepatic primar au decedat 505.000 persoane. Reieșind din faptul că 2 miliarde de persoane sunt infectate și există 350 milioane de purtători WHO a recomandat includerea vaccinului contra hepatitei B în programele de imunizare de rutină a sugarilor și imunizarea stimulantă în alte grupe de vârste. De hepatita C descoperită doar în 1988 pe glob suferă 3% din populație. Purtătorii cronici de asemenea sunt expuși riscului de dezvoltare a cirozei hepatice și a cancerului hepatic primar. Screening-ul sângelui și a preparatelor din sânge la hepatita C trebuie să devină o practică acceptată pretutindeni, totodată virusul este răspândit și prin intermediul seringilor printre persoanele care fac abuz de droguri. Prevenția cirozei se axează pe reducerea consumului zilnic de alcool și promovarea imunizării universale contra hepatitei B. Programele de schimbare a seringilor reduc transmiterea hepatitelor printre utilizatorii de droguri.

ARTRITELE ȘI AFECȚIUNILE MUSCULO-SCHELETALE

Artritele și afecțiunile musculo-scheletale sunt cauze majore ale dizabilității fizice, vizitelor frecvente la medic și al spitalizărilor. În Statele Unite artritele reprezintă cauza de frunte a dizabilităților, afectând mai mult de jumătate din populația de peste 65 de ani. Costul direct și indirect după rezultatele Examinării Naționale Sanitare (1992) constituie 65 miliarde de dolari SUA. Artritele și alte stări reumatice (bursitele, lupusul eritematos, fibromialgia) sunt unele dintre cele mai frecvente boli cronice, afectând în

Statele Unite peste 43 milioane de persoane. Către anul 2020 de artrită reumatoidă (RA), după unele estimări, vor fi afectate 60 de milioane de persoane. Această unitate nozologică este o cauză majoră de dizabilitate și este de două sau trei ori mai frecventă la femei decât la bărbați, afectând de asemenea și copiii. În anul 1997 în Statele Unite artritele și alte afecțiuni musculo-scheletale au constituit 2,4% din totalitatea spitalizărilor (744.000 spitalizări, din care 61% erau femei).

Osteoporoza. Osteoporoza este o cauză majoră a fracturilor, dizabilității și deceselor, precum și un motiv de asistență medico-sanitară instituțională costisitoare. Examinarea Națională Sanitară din Statele Unite în 1996 a estimat că între 28 și 38 de milioane de americani au osteoporoză și sunt expuși riscului major pentru apariția fracturilor de col femural, care apar regulat anual la persoanele de peste 65 de ani. Costul anual al asistenței medico-sanitare pentru fracturi în acest grup populațional în anii 1986-1996 a crescut la 14 miliarde dolari SUA. Grupurile de risc major sunt femeile în perioada menopauzei. Riscul unei femei de a suferi pe parcursul vieții de o fractură legată de osteoporoză este de aproximativ 40%, iar șansa de avea o fractură de femur este egală cu cea a dezvoltării cancerului mamar, uterin și ovarian la un loc. (Fundatia Națională pe Osteoporoză, SUA, website 1999 <http://www.nof.org/>). Screening-ul prin radiografie pentru depistarea densității oaselor în prezent a fost înlocuit cu un aparat ultrasonor portativ care poate fi utilizat în clinicele ambulatorii. Femeile din perioada menopauzei la care apar fracturi de femur suferă de deficiență de vitamină D.

Osteoporoza poate fi evitată cu ajutorul măsurilor de prevenție primară prin reducerea factorilor de risc. Prevenția primară orientată asupra adolescenților, tinerilor și femeilor din perioada periclimacterică promovează un mod activ de viață, evitarea fumatului, regim alimentar adecvat cu suplimentarea alimentelor cu calciu și vitamină D, reducerea consumului de alcool și preîntâmpinarea traumatismelor prin cădere. Pentru femeile din

perioada postclimacterică prevenția trebuie să includă măsuri de securitate, examinarea repetată a densității oaselor și terapia cu hormoni pentru a inhiba resorbția osului.

Osteoartrita degenerativă (Artroza deformantă). Osteoartrita reprezintă o afecțiune degenerativă prevalența căreia crește odată cu îmbătrânirea populației. Afectează în special articulațiile genunchilor la femei și articulațiile coxo-femorale la bărbați. Osteoartrita degenerativă manifestată prin reducerea capacității de a efectua activitățile habituale poate afecta până la 21% din tinerii mai mari de 18 ani și până la 43% din persoanele de peste 55 de ani. Acest fapt se soldează cu un impact grav economic de pe urma costurilor exagerate pentru asistența medico-sanitară și reducerii forței productive de muncă.

Reducerea obezității reprezintă modalitatea preventivă de bază și necesită consultații individuale și un climat comunitar care promovează reducerea masei corporale. Tratamentul este simptomatic și orientat spre ameliorarea simptomelor și majorarea mobilității. Tratamentul chirurgical prin înlocuirea articulațiilor genunchiului și coxo-femorale cu articulații artificiale reprezintă o procedură bine cunoscută care previne dezvoltarea disabilității totale și îmbunătățește calitatea vieții.

Artrita reumatoidă și guta. Artrita reumatoidă (RA) reprezintă o afecțiune autoimună care cauzează inflamația cronică a articulațiilor caracterizată prin apariția rigidității, durerilor, deformării în articulație și limitarea activităților habituale. Această boală afectează până la 1% din adulți. Este de două-trei ori mai frecvent întâlnită printre femei decât printre bărbați și se poate dezvolta și la copii. RA este asociată cu o mortalitate prematură de pe urma bolilor infecțioase ale aparatului respirator. Managementul medical trebuie să includă imunizarea (spre exemplu, cu vaccin antigripal sau antipneumococic) precum și tratamentul afecțiunii primare cu remedii antiinflamatorii.

Guta reprezintă o afecțiune dismetabolică, în cadrul căreia se depun cristale de acid uric în și în jurul articulațiilor, în special ale picioarelor. Guta este asociată cu expunerea îndelungată la plumb, grupului de risc aparținând astfel de profesioniști cum ar fi lucrătorii tipografiilor, constructorii de vase maritime etc. După datele examinării naționale sanitare în Statele Unite prevalența gutei la femei și bărbați constituie respectiv 6 și 13 la 1000 de populație. Reducerea expunerii la plumb, diagnosticul precoce și managementul adecvat al gutei îmbunătățește pronosticul și calitatea vieții. Asistența de suport și supraveghere de lungă durată este esențială în managementul gutei.

Sindroamele lombare. Durerea lombară cauzată de leziunea mușchilor, anomalii ale vertebrelor, discurilor și articulațiilor intervertebrale cu sau fără compresia nervilor lombari (sciatici) cauzează cheltuieli directe și indirecte ale economiei SUA de 15-25 miliarde dolari anual. Sindroamele lombare sunt în special răspândite printre muncitorii din industrie, afectând în mod egal bărbații și femeile preponderent din grupul de vârstă de 20-40 ani. Însănătoșirea survine în 90%. În caz de cronicizare sindroamele lombare frecvent duc la efectuarea intervențiilor chirurgicale costisitoare și inoportune. Măsurile de prevenție includ automatizarea procesului de producere și iluminarea sanitară pentru reducerea tensiunilor fizice istovitoare spinale, în special printre hamali.

AFECȚIUNILE NEUROLOGICE

Bolile neurologice sunt unități nozologice care afectează atât individul, cât și societatea, impactul lor fiind determinat de disabilitatea, pierderea capacității de muncă, mortalitatea prematură și costurile exagerate pentru asistența medico-sanitară pe care le provoacă. Costurile anuale directe ale afecțiunilor cronice neurologice depășesc doar în Statele Unite 140 miliarde dolari SUA,

fiind pierdute 400 milioane de zile de lucru. Acest grup de boli include scleroza în plăci, boala Parkinson, tulburările neurovegetative și boala Alzheimer. Cauzele afecțiunilor neurologice cronice sunt traumele acute și cronice ale sistemului nervos central și periferic, infecțiile și intoxicațiile chimice.

Boala Alzheimer. Boala Alzheimer este o afecțiune neurologică care apare la vârstă înaintată posibil asociată cu dereglări genetice. Reprezintă principala cauză de demență la adulți (50-60%). De obicei apare la vârsta de 50 de ani mai frecvent la femei decât la bărbați (1,6:1). Nu există prevenție primară pentru această afecțiune. Totodată în rezultatul unor studii a fost demonstrat efectul benefic al tratamentului cu hormoni și vitamine. Managementul bolii Alzheimer constă în sprijinul de către comunitate a membrilor familiei care îngrijesc persoana bolnavă. Alte afecțiuni sau sindroame encefalice organice care cauzează demența sunt bolile cerebrovasculare, boala Parkinson, maladia Creutzfeld-Jacob și SIDA.

Boala Parkinson. Boala Parkinson se întâlnește după 50 de ani și se caracterizează prin apariția tremorului caracteristic, a mersului rigid, a mișcărilor încetinite și redorii musculare. Ratele variază de la 108 până la 347 cazuri la 100.000 în Europa de Nord și 44-81 la 100.000 în Asia, Africa și țările bazinului Mării Mediterane. Este suspectată existența unei predispuneri genetice. Tratamentul este orientat spre îmbunătățirea statutului funcțional de rând cu sprijinul persoanelor care îngrijesc pacienții, scopul acestor activități fiind obținerea unei independențe fizice maxime și prevenirea instituționalizării. Din momentul în care musculatura cutiei toracice devine rigidă sunt frecvente infecțiile respiratorii, din acest motiv este necesară imunizarea pacienților cu boala Parkinson contra gripei și pneumoniei pneumococice.

Scleroza multiplă (diseminată, în plăci). Scleroza multiplă (MS) reprezintă o entitate nozologică în cadrul căreia este afectată teaca de mielină a neuronilor aceasta soldându-se cu dereglări oculare, slăbiciune, tremor, tulburări de coordonare, pierderea sensibilității și incontinență de urină și fecale. Cel mai frecvent apare la vârsta de 20-50 de ani în țările depărtate de ecuator cum ar fi Canada, Europa de Nord și Australia. Există dovezi contestabile despre originea genetică sau infecțioasă a acestei boli. Măsurile de prevenție a MS sunt orientate asupra managementului adecvat al cazurilor pentru reducerea complicațiilor și asupra reabilitării maxime. Utilizarea noilor medicații reduc numărul de recidive și majorează perioada de remisiune. Este recomandată imunizarea pacienților cu vaccin antigripal și antipneumococic.

Epilepsia și convulsiile. Epilepsia se caracterizează prin apariția bruscă a convulsiilor cu sau fără semne prevestitoare și cu sau fără pierderea cunoștinței. Convulsiile epileptice apar în rezultatul tulburării funcției cerebrale determinate de activitatea electrică excesivă a encefalului. Convulsiile izolate pot apărea la oricine cu hipoxie a encefalului, hipoglicemie sau la copiii cu stări febrile.

După aprecierile Organizației Mondiale a Sănătății în lume o persoană din 130 este bolnavă de epilepsie (40 milioane de epileptici), 80% din care sunt din țările în curs de dezvoltare. Incidența epilepsiei este de 2 milioane de cazuri pe an. Epilepsia poate apărea în rezultatul acțiunii factorilor genetici, infecțioși și după traumele cranio-cerebrale. Acești factori includ infecțiile intrauterine și intoxicațiile prenatale (spre exemplu, utilizarea de către mame a cocainei), asfîxia și traumele intranatale, infecțiile postnatale cu convulsii febrile, infecțiile sistemului nervos central (meningitele și encefalitele), parazitozele (malaria, schistosomiaza), precum și intoxicațiile cronice cu alcool și substanțe chimice (plumb, pesticide), traumele cranio-cerebrale. Măsurile de prevenție a epilepsiei includ asistența prenatală de calitate, asistența obstetriciană adecvată și sigură, imunizarea completă a sugarilor și copiilor, controlul corespunzător al stărilor febrile la copii, controlul bolilor infecțioase și parazitare, reducerea

traumelor cranio-cerebrale (în accidente rutiere și la domiciliu), precum și consultul genetic.

Leziunile cerebrale și spinale. Leziunile cerebrale traumatice (TBI) cauzează în Statele Unite decesul a 52.000 de persoane și constituie o treime din decesele totale de pe urma traumatismelor. Aproximativ 80.000 persoane care supraviețuiesc accidentelor sunt cu sechele de insuficiență funcțională care duc la disabilitate și la creșterea necesităților pentru asistență medico-sanitară. Traumatismele cranio-cerebrale sunt asociate cu o durată lungă de spitalizare și frecvent duc la leziuni ireversibile ale encefalului. Cauzele majore ale acestor leziuni sunt accidentele rutiere (40-50%) , căderea (25-30%) și traumatismele sportive (5-10%).

Traumatismele spinale apar foarte frecvent în rezultatul accidentelor rutiere (50%), a activităților sportive (15%) și căderii (15%). În cazul în care leziunea este localizată la nivel cervical se dezvoltă o tetraplegie, iar dacă trauma este la nivelul lombar, atunci se instalează o paraplegie inferioară. Aceste afecțiuni sunt caracteristice pentru tinerii de 15-24 de ani. În Statele Unite anual apar 110.000-200.000 de noi cazuri de leziuni spinale, care necesită o asistență spitalicească de lungă durată și o reabilitare costisitoare.

Leziunile cerebrale și spinale pot fi prevenite prin securizarea traficului rutier, a condițiilor de lucru și celor habituale. Utilizarea căștilor de către motocicliști și bicicliști precum și în jocurile sportive cum ar fi fotbalul american și hocheiul – activități asociate cu un traumatism cranio-spinal frecvent, poate reduce incidența leziunilor cranio-spinale. Transportarea securizată a celor accidentați și managementul adecvat în cadrul serviciului de urgențe medicale limitează volumul leziunii de pe urma traumei.

TULBURĂRILE DE VEDERE

Amauroza reprezintă insuficiența vizuală care împiedică persoana de a efectua activitățile de lucru pentru care vederea este esențială. După estimările WHO în lume 45 milioane de persoane suferă de amauroză, iar alte 180 milioane sunt cu o vedere scăzută. Majoritatea bolnavilor cu tulburări ale văzului sunt din țările în curs de dezvoltare unde prevalența amaurozei depășește 1-2% din populație. La nivel global cauzele majore ale amaurozei sunt următoarele (în milioane de persoane afectate): cataracta (19), glaucomul (6,4), trahomul (5,6), cecitatea copilărească (1,5), oncocercroza (0,3), alte cauze (10).

În Marea Britanie cauzele majore ale amaurozei pentru persoanele de peste 65 de ani sunt degenerescența maculară senilă (47%), cataracta (20%), glaucomul (12%), retinopatia diabetică (2%), altele (19%). În cadrul unui studiu din Anglia s-a depistat o creștere semnificativă a amaurozei printre bărbați de la 3 la 100.000 în grupul de vârstă 15-29 de ani până la 400 la 100.000 în grupul de vârstă de peste 75 de ani. Același studiu a stabilit și o creștere a amaurozei printre femei de la 2 la 475 la 100.000 populație în aceleași grupuri de vârstă.

Deficiența de vitamină A este o cauză răspândită a amaurozei printre copiii de sub 5 ani din țările în curs de dezvoltare, cauzând amauroza la jumătate de milion de copii și scăderea vederii la peste un milion de copii. Măsurile preventive internaționale includ suplimentarea cu vitamina A. Oncocercroza (amauroza de râu) este responsabilă pentru 1 milion de cazuri de amauroză la locuitorii din Africa și pentru un număr mai mic de cazuri de cecitate totală din America Latină. Totodată această parazitoză se supune bine măsurilor de prevenție care se soldează cu un beneficiu economic important în multe țări ale Africii de Vest.

Gonoreea și sifilisul netratat, rujeola, cataracta și glaucomul sunt de asemenea cauze importante ale amaurozei în țările în curs de dezvoltare. Trahomul netratat duce la dezvoltarea unei conjunctivite severe și la deformarea pleoapelor care cauzează abraziuni ale conjunctivei și amauroză.

Este extrem de răspândită în Orientul Mijlociu, Africa și în unele țări ale Americii Latine. Reprezintă o boală a păturilor sărace ale populației, care locuiesc în spații suprapopulate cu condiții sanitare precare. Tratamentul simplu și ieftin este cost-eficace și rapid aplicabil pe scară largă prin intermediul programelor medico-sanitare guvernamentale și nonguvernamentale.

Măsurile de prevenție a amaurozei includ tratamentul adecvat și bine codificat al diabetului, screening-ul pentru depistarea glaucomului și tratamentul lui, înlăturarea cataractei și protejarea ochilor prin ochelari de soare în regiunile calde. Măsurile sanitare publice includ de asemenea și utilizarea ochelarilor și ferestrelor securizate din sticlă organică, a centurilor de siguranță și a airbag-urilor în automobile, precum și activitățile de prevenire a bolilor infecțioase iminente de amauroză (STD – Sexually Transmitted Diseases – boli sexual transmisibile, rujeola, rubeola), tratamentul precoce al bolilor oftalmice, controlul adecvat al concentrației oxigenului în incubatoarele neonatale pentru prevenirea atrofiei de retină.

TULBURĂRILE AUDITIVE

Pierderea auzului este o stare gravă care cauzează disabilitate severă. Peroanele surdo-mute pot învăța să comunice prin limbajul semnelor sau cel scris. Cei cu acuitate auditivă minimală pot învăța a citi pe buze și a vorbi. Persoanele cu auz slab pot comunica obișnuit, dar uneori necesită și citirea pe buze. În timpul dezvoltării programelor de prevenție trebuie luat în considerație și stresul psihologic al individului, familiei și comunității. Depistarea și corecția pierderii auzului este de o importanță majoră pentru prosperitatea socială a individului.

Pierderea auzului este, probabil, cea mai frecventă cauză medicală a handicapului, afectând un număr mare din populație. După aprecierile WHO în

lume 121 milioane de persoane au insuficiență auditivă. În Statele Unite 10 milioane de persoane suferă de hipoacuzii induse de zgomot; alte 20 de milioane sunt expuse la locul de muncă acțiunii unor nivele exagerate de zgomot. Măsurile de prevenție sunt orientate spre reducerea impactului acestei probleme.

Anacuzia poate fi de conducție și senzitivă – datorată leziunilor neurologice. Anacuzia conductivă apare în cazul obstrucției canalului auditiv sau a proceselor patologice din urechea medie. Aceste cazuri pot fi tratate mecanic sau chirurgical. Anacuzia neurosenzorială se datorează afectării celulelor nervoase auditive specifice din urechea internă, leziune legată cu îmbătrânirea, trauma sonoră, infecții (rujeola sau oreionul), tulburările autoimune, reacțiile adverse ale medicamentelor și de origine criptogenă. Unele cazuri de anacuzie pot fi prevenite prin vaccinarea adecvată a copiilor și utilizarea medicamentelor cu acțiune ototoxică doar în cazul în care nu există alte alternative, monitorizându-se obligator concentrația acestora în sânge.

Controlul zgomotului, în special la locul de muncă, este de o importanță majoră pentru prevenirea anacuziei. Aprecierea nivelului de zgomot la locul de muncă se face în decibeli sau frecvențe de unde sonore (herți), estimându-se și nivelul de zgomot perceput de ascultător și timpul sau durata de expunere. Sursele de zgomot în comunitate (spre exemplu, avioanele, autoturismele, mijloacele de securitate și muzica rock ascultată de adolescenți) sunt dificil de controlat, dar trebuie luate în considerație în timpul planificării urbane. Programele preventive includ perfecționarea mijloacelor de transport atât aeriene cât și terestre, instalarea barierelor pentru sunet și utilizarea dispozitivelor de protecție sonoră. În școli trebuie implementate programe sanitare publice speciale cu utilizarea echipelor mobile de înregistrare a nivelului sonor precum și cu iluminarea sanitară referitor la riscurile zgomotului excesiv. Sugarii trebuie testați referitor la capacitatea auditivă până la vârsta de 3 luni cu instituirea în caz de necesitate a unui tratament prompt sau a educației de alternativă.

TRAUMA, VIOLENȚA ȘI LEZIUNEA

Trauma este o categorie largă de leziuni apărute în rezultatul accidentelor, intoxicațiilor, suicidului, omuciderii și violenței. În multe țări trauma reprezintă cauza principală de deces fapt datorat frecvenței majore printre tineri și persoanele de vârstă productivă. În țările dezvoltate este frecvent prima cauză de ani pierduți de viață potențială (YPLL), fapt care determină elaborarea și implementarea numeroaselor programe de intervenții sanitare publice de evitare a traumatismelor, proiecte ce dețin un potențial important de majorare a longevității vieții (Tabelul 5.10).

Morbiditatea prin traume poate fi redusă prin măsuri sanitare publice inclusiv prin prevenția primară, secundară și terțiară. Prevenția primară se ocupă de reducerea factorilor de risc pentru traume prin astfel de măsuri cum ar fi activitățile de prevenire a conducerii mijloacelor auto în stare de ebrietate, utilizarea căștilor de către motocicliști, a centurilor de siguranță, precum și limitarea vitezei. Prevenția secundară include asistența medicală precocă și adecvată la locul accidentului și transportarea rapidă la spitalele de urgență. Măsurile preventive secundare cum ar fi resuscitarea cardiopulmonară, asigurarea permeabilității căilor respiratorii, stoparea hemoragiei și tratamentul șocului traumatic pot reduce semnificativ rata cazurilor letale. Prevenția terțiară este axată pe reabilitarea precocă și eficientă cu minimalizarea disabilității, precum și managementul eficace al sechelelor la distanță.

TABELUL 5.10. Clasificarea leziunilor și metodele de prevenție primară.

Forma leziunii	Măsuri de control	Măsuri educative de prevenție
Traumatisme prin accidente rutiere	Utilizarea obligatorie a centurilor de siguranță, scaunelor speciale securizate pentru copii și adoptarea legilor de limitare a vitezei. Majorarea penalizărilor pentru depășirea vitezei și conducerea în stare de ebrietate.	Instruirea șoferilor: organizarea campaniilor de informare despre riscurile utilizării

	Majorarea limitei de vârstă pentru eliberarea permisului auto. Examinarea regulată a securității tehnice a automobilelor și echiparea obligatorie a acestora cu mijloace de securitate (air-bag-uri etc.). Construirea trecerilor subterane pentru pietoni.	alcoolului și drogurilor la volan. Instruirea pietonilor.
Traumatisme prin cădere	Facilități de securitate pentru copii și vârstnici: utilizarea covoarelor nelunecoase, instalarea balustradelor pentru copii și vârstnici, monitorizarea administrării medicației la epileptici etc.	Organizarea campaniilor educaționale.
Combustii	Securizarea sistemelor casnice de încălzire. Securizarea antiincendiară a locului de muncă. Producerea jucăriilor, a îmbrăcăminte și lenjeriei de pat din materiale neinflamabile. Respectarea în construcție a standardelor de instalare a rețelilor electrice, a sistemelor antiincendiară și a ușilor care se deschid în afară.	Promovarea securității antiincendiară. Instruirea referitor la primul ajutor în combustii.
Intoxicații	Ambalarea securizată a produselor alimentare. Prevenirea ingestiei de către copil a medicamentelor sau substanțelor chimice.	Instruirea referitor la securitatea păstrării medicamentelor și a substanțelor chimice la domiciliu.
Violența domestică	Observarea leziunilor copiilor și femeilor care pot fi rezultatul abuzului sexual sau al violenței în familie (domestice). Alertarea obligatorie a poliției și personalului medical. Organizarea azilurilor pentru persoanele abuzate. Izolarea sau tratamentul persoanelor care au comis abuz.	Instruirea în spiritul declarării abuzului și violenței domestice (în familie).
Traumatismele profesionale	Majorarea standardelor securității. Stabilirea responsabilității penale a patronului pentru condițiile periculoase de lucru și leziunile rezultante. Monitorizarea întreprinderilor industriale mici și mari, a construcțiilor referitor la tehnica securității.	Instruirea patronilor și lucrătorilor referitor la condițiile securizate de muncă.
Traumatismele sportive	Utilizarea obligatorie a căștilor pentru motocicliști, bicicliști, în sportul profesional și de amator. Comisia de verificare a Securității Produselor pentru Consumatori verifică regulat echipamentul pentru activitățile de recreație.	Instruirea referitor la practicarea sportului securizat în special în gimnastică și sporturile de contact.
Suicidul	Majorarea cunoștințelor referitor la suicid printre asistenții medico-sanitari, învățători și asistenții sociali.	Organizarea „liniilor telefonice fierbinți”.
Înecul	Comisii speciale de securitate a apelor organizează supravegherea obligatorie a locurilor acvatice de recreație. Îngrădirea bazinelor de înot. Instruirea gardienilor în domeniul salvării pe apă și a CPR (Cardio-Pulmonary Resuscitation – resuscitare cardio-pulmonară).	Învățarea înotului și a comportamentului pe apă în cadrul programelor școlare, în lagărele de vară, instruirea ce ține de metodele de CPR.

Accidentul reprezintă un eveniment brusc apărut, neintenționat care poate fi asociat cu leziuni ale organismului uman. Aceasta nu înseamnă că evenimentul nu poate fi anticipat. Neglijarea posibilității acestuia în cadrul activităților preventive majorează riscul de apariție a acestui eveniment. În cazul în care șoferul este în stare de ebrietate și depășește limita de viteză, accidentul și decesul eventual este considerat ca motiv de răspundere penală. Dacă un fermier permite sau impune lucrătorul să lucreze în condiții periculoase fără luarea măsurilor de securitate, evenimentul survenit nu este considerat accidental, ci unul care putea fi anticipat și probabil prevenit, servind de asemenea drept motiv de responsabilitate penală.

Unele leziuni și decese survin în urma unor acte intenționate cum ar fi omuciderea, violul, jaful, bătaia, violența față de copii și suicidul. Sănătatea publică este preocupată de problema leziunilor intenționate și a celor neintenționate în mod egal și își orientează eforturile asupra minimalizării efectelor acestora prin elaborarea și implementarea programelor preventive, măsurilor de planificare și organizare, de iluminare sanitară și instruire a publicului, precum și participând la necesitate la operațiuni de salvare.

Intervențiile de prevenire a violenței includ informarea în masă referitor la problemele violenței în special asupra copiilor și femeilor, în acest proces fiind interesate cadrele profesional-didactice, poliția, asistenții sociali și personalul medical. Alte forme de violență sunt prevenite prin stabilirea controlului asupra vânzării și răspândirii ilicite a armelor, organizarea „liniilor fierbinți” de telefon și a azilurilor pentru persoanele abuzate, limitarea consumului de alcool și droguri, precum și prin promovarea activităților supravegheate de odihnă a adolescenților. Structura mortalității din diferite cauze traumatice este prezentată în Tabelul 5.11.

Accidentele rutiere

Cauza majoră a deceselor de pe urma traumelor sunt accidentele rutiere. Accidentele rutiere sunt asociate cu o rată înaltă de deces, leziuni și cheltuieli medicale exagerate. În Statele Unite anual decedează 45.000 de persoane din cauza traumatismelor accidentale rutiere, 60% din ei fiind mai tineri de 35 de ani. Leziunile cerebrale și spinale legate de traficul rutier constituie 50% din totalitatea generală a traumatismelor cerebro-spinale. Obiectivele sanitare a Statelor Unite preconizate a fi atinse către anul 2000 includ reducerea mortalității prin accidente rutiere de la 19 în 1987 la 17 la 100.000 populație în anul 2000.

Leziunile prin accidente rutiere sunt o problemă sanitară publică majoră atât pentru țările dezvoltate, cât și pentru țările în curs de dezvoltare unde frecvența accidentelor rutiere este și mai înaltă, fapt determinat de restricțiile lejere pentru conducerea mijloacelor auto în stare de ebrietate, securitatea insuficientă a traficului rutier și a mijloacelor auto, precum și experiența mai săracă a șoferilor.

Măsurile de minimalizare a traumelor survenite în cadrul accidentelor rutiere includ un complex de intervenții legislative, educaționale și tehnice. Utilizarea mijloacelor de securitate pentru pasageri (centuri de siguranță, scaune speciale pentru copii, airbag-uri) și a căștilor de către motocicliști și bicicliști a demonstrat potențialul major al acestor măsuri pentru reducerea deceselor prin traumatisme accidentale rutiere. Măsurile de prevenție a accidentelor survenite de pe urma depășirii regimului de viteză, stării de ebrietate, oboselii sau neglijenței includ acțiuni asupra factorului uman, bazate pe un sistem de penalizări și măsuri educaționale. Măsurile legislative țin de verificarea regulată obligatorie a stării tehnice a autovehiculelor în special a frânelor și luminilor. Guvernele sunt responsabile de asigurarea iluminării suficiente a drumurilor, eliminarea barierelor de vizibilitate și menținerea calității drumurilor.

TABELUL 5.11. Mortalitatea rectificată pe vârste de pe urma traumatismelor în populația totală. Ratele la 100.000 de populație, Statele Unite, 1950-1996.

Cauze	1950	1960	1970	1980	1990	1996
-------	------	------	------	------	------	------

Accidente rutiere	23,3	22,5	27,4	22,9	18,5	16,2
Omucidere	5,4	5,2	9,1	10,8	10,2	8,5
Suicid	11,0	10,6	11,8	11,4	11,5	10,8

Sursa: *Health, United States*, 1998.

Este oportună efectuarea unei testări stricte a conducerii mijloacelor auto de către tinerii sub 25 de ani și persoanele de peste 75 de ani. Statisticile moderne remarcă o evidență conform căreia femeile sunt șoferi mai precauți decât bărbații, de aceea trebuie încurajată inițiativa femeilor de a deveni șoferi de autobus, camioane sau transport militar. Respectarea limitei de viteză de 55 mile pe oră (90 kilometri pe oră; pentru camioane - 50 mile/oră sau 80 kilometri/oră) reduce considerabil ratele accidentale letale, dealtfel ca și barierele nerigide laterale sau centrale ale drumurilor.

Măsurile legislative sunt de o mare importanță pentru reducerea mortalității și leziunilor de pe urma accidentelor rutiere. Legea cu privire la utilizarea obligatorie a centurilor de siguranță a redus considerabil severitatea leziunilor accidentare rutiere. Limitarea legislativă a regimului de viteză și penalizarea șoferilor care conduc autovehiculul în stare de ebrietate s-a soldat de asemenea cu micșorarea severității leziunilor și a mortalității de pe urma accidentelor rutiere. Aceste măsuri trebuie fortificate prin lărgirea împuternicirilor poliției rutiere, majorarea penalizărilor, răspunderii penale și sistarea dreptului persoanelor care încalcă în mod repetat regulile circulației rutiere de a conduce mijloace auto.

Relația fizică între viteză și volumul leziunii se bazează pe legea păstrării energiei mecanice. O persoană care circulă cu o viteză de 55 mile/oră (90 km/oră) are o energie cinetică de 4 ori mai mare decât persoana care se mișcă cu 30 de mile/oră (45 km/oră). Severitatea leziunii crește odată cu viteza mișcării. Ridicarea limitelor de viteză mai sus de 55 mile/oră (90 km/oră) sau supravegherea insuficientă a regimului de viteză se soldează cu leziuni traumatice foarte serioase. Acest fapt este documentat prin multiple studii ale structurii mortalității care crește atunci, când sunt majorate limitele de viteză și

scade în cazul în care aceste limite sunt micșorate. În special în țările cu resurse limitate este necesară reducerea regimului de viteză, investirea în dezvoltarea transportului public și a poliției rutiere, precum și în educarea culturii de conducere a mijloacelor auto, acestea având un potențial enorm de reducere a cheltuielilor exagerate directe legate de traumatismele rutiere.

Anexa 5.8. Intervențiile de prevenire sau reducere a traumatismelor rutiere.

1. *Utilizarea obligatorie și penalizarea pentru neutilizarea centurilor de siguranță.*
2. *Testarea concentrației alcoolului la șoferi și micșorarea limitei permisibile.*
3. *Suspendarea administrativă a dreptului de conducere.*
4. *Utilizarea obligatorie a căștilor de către motocicliști și bicicliști.*
5. *Stabilirea și supravegherea limitei de viteză de 55 mile/oră (90 km/oră) pe șoselele interurbane.*
6. *Majorarea vârstei la care se permite întrebuințarea alcoolului.*
7. *Utilizarea obligatorie a scaunelor de siguranță pentru copii.*
8. *Echiparea autovehiculelor cu airbag-uri pentru șoferi și pasageri.*
9. *Respectarea standardelor de securitate în producerea automobilelor și construcția drumurilor.*
10. *Educația publicului referitor la cultura circulației rutiere.*

Sursa: Centers for Disease Control. 1992. Setting the national agenda for injury control in the 1990s. *MMWR*, 41:1-4.

În ultimele decenii asistența în urgențele medicale s-a îmbunătățit simțitor. Aceasta a contribuit semnificativ la reducerea mortalității prin traume. Deservind un număr mare de populație centrele specializate de urgențe medicale dețin un potențial multidisciplinar de servicii medico-sanitare și, acumulând experiența în domeniu, obțin rezultate mai bune. Serviciile ambulatorii mobile cu un personal de paramedici bine instruit și supravegheat, responsabil de transportarea accidentaților la centrele de urgențe medicale, s-au dovedit a fi eficiente în reducerea mortalității și leziunilor colaterale de pe urma traumatismelor. Aceste programe medico-sanitare sunt de o importanță vitală pentru realizarea obiectivului de jugulare a leziunilor traumatice și de reducere a mortalității de pe urma acestora.

Violența domestică

În prezent violența familială sau domestică este mult mai ușor de identificat decât în trecut, majorarea declarării acesteia soldându-se cu o majorare aparentă a incidenței ei. Unii dintre factorii care determină violența domestică sunt cei socio-economici, abuzul de alcool și antecedentele de violență domestică a membrilor care singuri au fost abuzați. Astăzi nu există date exacte despre incidența abuzului sexual, violenței față de copii și a abuzului între membrii unui cuplu. Creșterea informării publicului în acest domeniu s-a soldat cu majorarea declarării cazurilor. Măsurile de prevenție includ atitudinea promptă a societății referitor la această problemă și intervențiile judecătorești și ale poliției pentru administrarea unui tratament forțat și/sau izolarea în prizonierat a persoanelor care au comis delikte repetate.

Suicidul și tentativele de suicid

În diferite țări ale lumii ratele suicidului variază în limite largi fiind mai frecvente printre adolescenți și cei vârstnici. În anii 1950-1990 frecvența suicidului printre tinerii canadieni a crescut cu 317% la bărbați și cu 257% la femei. Incidența suicidului printre bărbați în țările Americii Centrale și de Sud este sub 10 la 100.000 populație, iar în Statele Unite și Canada acest indice constituie mai mult de 20 la 100.000. În Europa în țările bazinului Mării Mediterane (Italia, Grecia, Spania) ratele suicidului sunt joase, pe când în astfel de țări ca Franța, Elveția, Suedia, Danemarca, Finlanda, Austria și Belgia acestea ating 40 de cazuri la 100.000 populație. În Ungaria rata suicidului bărbaților este mai mare de 100 la 100.000 populație și constituie 30 cazuri la 100.000 populație printre femei.

Suicidul ocupă locul opt în structura cauzelor majore de deces în Statele Unite. Mortalitatea prin suicid printre persoanele de vârstă 15-19 ani rămâne stabilă constituind în 1950 – 11 cazuri, iar în 1996 – 10,8 cazuri la 10.000 de populație. Totodată mortalitatea prin suicid în grupurile de vârstă mai mari de 45 de ani s-a redus simțitor; în același timp în grupul de vârstă 15-24 ani a fost

înregistrată o triplare. La fiecare zece tentative de suicid una este reușită, bărbații reușind mai frecvent. După unele estimări 30% din cazurile de suicid sunt rezultatul tulburărilor psihice, restul fiind determinate de circumstanțe nefaste, autoapreciere subdenivelată, abuz de alcool și situații depresive.

Limitarea accesului la arme de foc, precum și a publicității cazurilor de suicid sunt măsuri care reduc rata suicidului. Totodată problema suicidului este una care necesită o abordare multidisciplinară în prevenirea lui fiind implicați atât furnizorii de asistență medico-sanitară, învățătorii, consultanții, cât și liderii religioși. Sănătatea mentală și asistența psihologică de susținere trebuie să fie părți componente a oricărui sistem sanitar deoarece indivizii cu idei suicidale necesită atenție și ajutor imediat. Consultațiile oferite de către voluntari prin „liniile fierbinți” de telefon joacă un rol important în prevenirea suicidului.

Omuciderea

Omuciderea în unele țări a devenit o cauza majoră de mortalitate (spre exemplu, în Columbia). Printre tinerii din Statele Unite de vârstă 15-24 de ani omuciderea ocupă locul patru în structura cauzelor majore de deces. Analiza epidemiologică a cazurilor de omor a pus în evidență relația lor cu traficul de droguri. Violența în școli de rând cu violența pe străzi în prezent a devenit un fenomen răspândit. Omorurile printre bandele criminale rivale și cele habituale au devenit o practică răspândită în țările fostei Uniuni Sovietice. Exemplul grupurilor criminale urbane în Statele Unite este urmat în regiunile rurale de către adolescenții care au acces la armele de foc și frecvent comit omucideri. Controlul armelor de foc prin măsuri legislative s-a soldat cu mici succese în acest domeniu, totodată în Statele Unite armele rămân destul de accesibile pentru masele largi ale populației.

Ca sursă de date pentru analiza epidemiologică pot servi rapoartele poliției naționale și locale. Totodată poate fi mai potrivită colectarea datelor din registrele serviciilor de urgențe medicale deoarece mai mult de 50% de crime violente rămân nedeclarate poliției. Începând cu anii 1990 rata omuciderilor în

Statele Unite s-a redus considerabil, fapt datorat îmbunătățirii condițiilor social-economice, reducerii șomajului, implementării legilor dure și în rezultatul unei politici comunitare adecvate. Totodată SUA rămâne o țară cu o rată a omuciderilor care depășește cu mult nivelul altor țări industrializate.

Prevenția violenței

În multe țări violența este cauza principală de deces în special printre adolescenți și tineri. Violența domestică cu omucidere este o situație extrem de răspândită. Prevenirea violenței și a leziunilor legate de ea este un obiectiv major al sănătății publice acest fapt fiind determinat de numărul mare de leziuni și vieți pierdute care rezultă într-un impact de lungă durată pentru societate. În intervențiile preventive este implicată toată societatea și nu doar sistemul sanitar. Totodată rolul decisiv îi revine sănătății publice.

Violența inspirată de motive religioase, naționaliste sau politice reprezintă o practică răspândită atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare, manifestându-se frecvent prin crime șocante prin ferocitatea lor. Astfel de acte criminale cum ar fi aruncarea în aer a autobuzelor, tunelurilor subterane, a avioanelor sau clădirilor, precum și actele de „purificare a națiunii” cauzează traume fizice și psihice enorme, care trebuie luate în considerație de către furnizorii de asistență medico-sanitară și personalul sanitar public.

La sfârșitul anilor 1990 în diferite părți ale lumii au început să apară cazuri de violență școlară și omucidere în masă produsă de către adolescenți. Aceste evenimente dramatice au izbucnit în comunități mici cu o criminalitate minimă, ultimele cazuri având loc în Jonesboro, Arkansas și Littleton, Colorado, precum și în Australia, Canada și Scoția. În 1997 CDC a raportat datele unei examinări în masă care a demonstrat că 8,5% din studenții Statelor Unite aduceau arme la școală și 7,4% au fost amenințați cu arme pe parcursul a 12 luni de examinare. Mulți oameni atribuie aceste statistici înspăimântătoare predominanței violenței în presă, pe ecranele televizoarelor și în Internet. Internetul a devenit un forum pentru adepții ideilor extreme neofasciste, precum și o piață ilicită de arme.

Este răspândit conceptul că toate acestea provoacă adolescenții agresivi la realizarea fanteziilor de omucidere și violență cu scop de răzbunare sau acționând conform unei ideologii axate pe o ură totală sau fiind conduși de dorința de a deveni celebru. Astfel pentru depistarea și corectarea la timp a comportamentului de risc la adolescenți este nevoie de o vigilență continuă din partea părinților, furnizorilor de asistență medico-sanitară, a sistemului de învățământ și a comunității. De rând cu aceasta limitarea vânzărilor de arme va permite jugularea acestei probleme serioase.

Anexa 5.9. Prevenirea violenței și a leziunilor de pe urma ei.

1. *Îmbunătățirea depistării victimelor violenței domestice și înăsprirea pedepselor pentru persoanele care comit aceste violențe.*
2. *Alertarea instituțiilor medicale despre semnele suspecte și declararea obligatorie a cazurilor de violență domestică.*
3. *Dezvoltarea programelor specifice comunitare pentru reducerea violenței prin măsuri educative și restrictive.*
4. *Reducerea accesibilității armelor de foc prin măsuri legislative și restrictive.*
5. *Monitorizarea persoanelor care fac abuz cronic de alcool și droguri, au tendințe violente și tratamentul lor forțat sau izolarea în penitenciar.*
6. *Instruirea copiilor referitor la măsurile de protecție și prevenire.*
7. *Promovarea educării publice și școlare împotriva comportamentului violent.*
8. *Dezvoltarea serviciilor de sănătate mentală cu obiective majore de prevenire a violenței și suicidului.*
9. *Reducerea consumului excesiv de alcool prin diferite tipuri de penalizări și măsuri educative.*
10. *Asigurarea asistenței psihologice și de suport, organizarea azilurilor pentru victimele violenței și abuzului.*
11. *Limitarea difuzării televizate a scenelor violente în orele de veghe ale copiilor.*
12. *Organizarea „liniilor fierbinți” telefonice și a azilurilor pentru victimele violenței.*
13. *Instruirea furnizorilor de asistență medico-sanitară referitor la identificarea și consultarea cazurilor de violență și abuz.*
14. *Promovarea informării în masă prin intermediul mijloacelor mas-media referitor la violența domestică.*

Sursa: U.S. Public Health Service Task Force. 1996. *Guide to Clinical Preventive Services*. Second Edition. Baltimore: Williams and Wilkins.

PATOLOGIA CRONICĂ ȘI NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

Impactul afecțiunilor cronice deține un rol important în utilizarea serviciilor medico-sanitare. Noua Sănătate Publică se ocupă de prevenția primară, secundară și terțiară – părți importante ale practicilor clinice și sanitare publice. Legătura strânsă între asistența clinică și sănătatea publică necesită motivații și modificări administrative corespunzătoare care vor facilita implementarea pe larg a tehnicilor existente pentru managementul reușit la domiciliu al bolnavilor cronici. Economia sanitară reprezintă un element de considerare obligatorie a politicii sanitare, iar căutarea noilor metode cost-eficiente de asistență medico-sanitară a pacienților și de prevenire a bolilor și disabilităților reprezintă părți componente importante ale sistemului sanitar.

Stările cronice sunt frecvent asociate cu acutizări ale bolii care apar în rezultatul acțiunii în timp a diverșilor factori. Îmbunătățirea asistenței medico-sanitare va permite prevenirea acestor crize acute și ameliorarea afecțiunii cronice a pacientului. Sistemul de asistență medico-sanitară este responsabil de prevenirea acestor acutizări pentru ca secțiile spitalicești de terapie intensivă să nu fie supraîncărcate cu acești pacienți cronici. Responsabilitatea pentru prevenirea și managementul afecțiunilor cronice este împărțită în mod egal între toate părțile componente ale sistemului sanitar.

Este cu mult mai dificil de a preveni un accident sau o amputație de picior de pe urma angiopatiei diabetice, decât a trata rezultatul, dar beneficiile prevenției pentru individ și comunitate sunt inestimabil mai mari. Noua Sănătate Publică include promovarea sănătății, asistența medico-sanitară a bolnavilor, luând în considerație resursele limitate și existența tehnologiilor medicale avansate și respectând drepturile și demnitatea individului precum și principiile etice.

REZUMAT

Afecțiunile cronice reprezintă o problemă sanitară publică importantă în majoritatea țărilor industrializate. Importanța acestora crește și în țările în curs de dezvoltare. În majoritatea țărilor occidentale bolile cardiovasculare, cancerul și traumatismele reprezintă cauzele majore de deces. Cauza majoră de ani pierduți de viață potențială (YPLL) sunt traumele. Majorarea longevității vieții, îmbunătățirea nutriției, suportul comunității și asistența medico-sanitară de calitate contribuie la îmbătrânirea continuă a populației fiecare generație trăind mai mult și o viață mai sănătoasă decât generația precedentă. Unul din obiectivele majore ale sănătății publice este asigurarea sănătății populației de vârstă medie și înaintată, reducând factorii de risc prin intermediul măsurilor de promovare a sănătății și de asistență medico-sanitară de calitate.

Noua Sănătate Publică presupune un parteneriat între serviciile clinice cu scop de prevenire și control al afecțiunilor cronice și de preîntâmpinare sau trăgănare a dezvoltării complicațiilor acestora. Implementând această atitudine strategică a fost obținută reducerea dramatică a mortalității și morbidității prin boli cerebrovasculare și cardiopatie ischemică. Prevenirea acestor afecțiuni și a complicațiilor lor cu scop de îmbunătățire a calității vieții persoanelor afectate trebuie să devină unul din elementele centrale ale politicii sanitare naționale.

SURSE ELECTRONICE

Asociația Americană pe Problemele Diabetului: <http://www.diabetes.org/>

Fundația pe Problemele Artritelor: <http://www.arthritis.org/>

Institutul Național Oncologic: <http://www.nci.nih.gov/>

Institutul Național al Ochiului: <http://www.nei.nih.gov/>

Institutul Național al Cordului, Plămânilor și Sângelui, Instituțiile Naționale de Sănătate, Insuficiența Cardiacă Congestivă în Statele Unite: O nouă epidemie (1996): <http://www.nhbi.nhi.gov/nhlbi/cardio/other/gp/CHP.htm>

Institutul Național al Artritelor și Bolilor Dermatologice:

<http://www.nih.gov/niams>

Institutul Național în Domeniul Surdității și al altor Tulburări de Comunicare:

<http://www.nih.gov/nided>

Institutul Național în Domeniul Diabetului, Patologiei Digestive și Renale

(NIDDK): <http://www.niddk.nih.gov/>

Institutul Național de Sănătate: <http://www.nih.gov/icd/>

Institutul Național de Programe Sanitare Coordonate.

<http://www.opd.nih.gov/consensus/cons>

Fundația Națională pe Problemele Osteoporozei: <http://www.nof.org/>

Organizația Mondială a Sănătății, Regiunea Europeană, baza de date „Sănătate pentru toți” (1999). Vezi instrucțiunile de acces pe website-ul:

<http://www.who.dk/country/readwin1.htm>

LECTURA RECOMANDATĂ

Andrews, H. R., Kerner, J. E., Zauber, A. G., Mandelblatt, J., Pittman, J., Struening, E. 1994. Using census and mortality data to target small areas for breast, colorectal, and cervical cancer screening. *American Journal of Public Health*, 84:56-61.

Braunwald, E. 1997. Shattuck lecture - Cardiovascular medicine at the turn of the millennium: Triumphs, concerns, and opportunities. *New England Journal of Medicine*, 337:1360-1369.

Breslow, L., Breslow, N. 1993. Health practices and disability: Some evidence from Alameda County. *Preventive Medicine*, 22:86-95.

Campbell, L. A., Kuo, C.-C., Grayston, J. T. 1998. *Chlamydia pneumoniae* and cardiovascular disease. *Emerging Infectious Diseases*, 4:571-579.

Centers for Disease Control. 1992. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:649-656.

- Centers for Disease Control. 1997. National diabetes awareness month. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:1013-1027.
- Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900-1999. Decline in deaths from heart disease and stroke, 1900-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:649-656.
- Elders, M. J., Perry, C. L., Erikson, M. P., Giovano, G. A. 1994. The Report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health*, 84:543-547.
- Heise, L. 1993. Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46:78-85.
- Hoffman, C., Rice, D., Sung, H-Y. 1996. Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association*, 276:1473-1479.
- Jeanneret, O., Sand, E. A. 1993. Intentional violence among adolescents and young adults: An epidemiological perspective. *World Health Statistics Quarterly*, 46:34-51.
- Kannel, W. B., Wolf, P. A. [editorial]. 1992. Inferences from secular trend analysis of hypertension control. *American Journal of Public Health*, 82:1593-1595.
- LeBoff, M. S., Kohlmeister, L., Hurwitz, S., Frankin, J., Wright, J., Glowacki, J. 1999. Occult vitamin D deficiency in postmenopausal U.S. women with acute hip fracture. *Journal of the American Medical Association*, 281:1505 -1511.
- Mosterd, A., D'Agostino, R. B., Silbershatz, H., Sytkowski, P. A., Kannel, W. B., Grobbee, D. E., Levy, D. 1999. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *New England Journal of Medicine*, 340:1221-1238.
- Sytkowski, P. A., D'Agostino, R. B., Belanger, A., Kannel, W. B. 1996. Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: The Framingham Heart Study, 1950-1989. *American Journal of Epidemiology*, 143:338-350.
- Winkleby, M. A., Taylor, C. B., Jatulis, D., Fortmenn, S. P. 1996. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention: The Stanford Five-City Project. *American Journal of Public Health*, 86:1773-1779.

BIBLIOGRAFIE

- Advisory Board, International Heart Health Conference. 1992. *The Victoria Declaration on Heart Health*. Ottawa: Health and Welfare, Canada.
- Blaser, M. 1997. *Helicobacter pylori* persistence and injury of the human stomach. In Brown, F, Burton, D., Doherty, P., Breslow, L., Beck, J. L., Morgenstern, H., Fielding, J. E., Moore, A., Carmel, M., Higa, J. (eds). Development of a health risk appraisal for the elderly (HRA-E). *American Journal of Health Promotion*, 11:337-343.

- Brownson, R. C., Remington, P. L., Davis, J. L. (ed.). 1998. Second Edition. *Chronic Disease Epidemiology and Control*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Canadian Task Force on Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada.
- Centers for Disease Control. 1993. Public health focus: Prevention of blindness associated with diabetic retinopathy. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:191-195.
- Centers for Disease Control. 1993. Public health focus: Physical activity and the prevention of coronary heart disease. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:669-672.
- Centers for Disease Control. 1993. Mortality trends for selected smoking related cancers and breast cancer - United States, 1950-1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:857-866.
- Centers for Disease Control. 1993. Surveillance for diabetes mellitus, United States, 1980-1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:SS-2:1-20.
- Centers for Disease Control. 1994. Deaths resulting from firearm and motor-vehicle-related injuries - United States, 1968-1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43:37-42.
- Centers for Disease Control. 1994. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost, by state - United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43:SS-1:1-8.
- Centers for Disease Control. 1995. Asthma - United States, 1982-1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:952-955.
- Centers for Disease Control. 1996. Asthma mortality and hospitalization among children and young adults - United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:350-353.
- Centers for Disease Control. 1999. Achievements in Public Health, 1900-1999. Motor vehicle safety: a 20th century public health achievement. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:369-374.
- Centers for Disease Control. 1999. Tobacco use - United States, 1900-1999; and cigarette smoking among adults - United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:986-993, 993-996.
- Cole, P., Amoateng-Adjepong, Y. [editorial]. 1994. Cancer prevention: Accomplishments and prospects. *American Journal of Public Health*, 84:8-10.
- Diekstra, R. F., Gulbinat, W. 1993. The epidemiology of suicidal behavior: A review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, 46:52-68.
- Dobrossy, L. (ed). 1994. *Prevention in Primary Care: Recommendations for Promoting Good Practice*. CINDI 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Doll, R., Peto, R. 1976. Mortality in relation to smoking: 20 years observation on male British doctors. *British Medical Journal*, 2:1525-1536.

- Guide to Clinical Preventive Services. 1996. *Report of the U.S. Preventive Services Task Force*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hunink, M. G. M., Goldman, L., Tosteson, A. N. A., Mittleman, M. A., Goldman, P. A., Williams, L. W., Tsevat, J., Weinstein, M. C. 1997. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990: The effect of secular trends in risk factors and treatment. *Journal of the American Medical Association*, 277:535 - 542.
- Jousilahti, P., Tuomilehto, J., Korhonen, H. J., Vartiainen, E., Puska, P., Nissinen, A. 1994. Trends in cardiovascular disease risk factor clustering in eastern Finland: Results of 15-year follow-up of the North Karelia Project. *Preventive Medicine*, 23:6-14.
- Manson, J. E., Tosteson, H., Ridker, P. M., Satterfield, S., Hebert, P., O'Connor, G. T., Buring, J. E., Hennekens, C. H. 1992. The primary prevention of myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 326:1406-1416.
- Marmot, M., Elliott, P. (eds). 1994. *Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health*. New York: Oxford Medical Publications.
- Morse, S. S. 1993. *Emerging Infectious Diseases*. New York: Oxford University Press.
- National Institute of Health Consensus Statement. 1994. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. *NIH Consensus Statement*, Feb. 7-9, 12:1-23.
- Nichols, E. S., Peruga, A., Restrepo, H. E. 1993. Cardiovascular disease mortality in the Americas. *World Health Statistics Quarterly*, 46:134-150.
- Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M., Klepp, D. I. 1992. Community wide smoking prevention: Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health*, 82:1210-1216.
- Uemura, K., Pisa, Z. 1988. The trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Quarterly*, 41:155-178.
- United States Public Health Service. 1964. The Surgeon General's Report on Smoking and Health 1964. Washington, DC: U.S. Department of Health Education and Welfare.
- United States Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health, and Human Services. 1996. *Action Alert, The Nation's Health*. Washington, D.C.: American Public Health Association.
- Waller, J. A. 1994. Reflections on a half century of injury control. *American Journal of Public Health*, 84:664-670.
- World Health Organization. 1992. Epidemiology and public health aspects of diabetes. *World Health Statistics Quarterly*, 45:314-381.
- World Health Organization MONICA Project. 1988. Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35-64 years. *World Health Statistics Quarterly*, 41:115-140.
- World Health Organization. 1994. *Prevention of Diabetes Mellitus*. Technical Report Series 844. Geneva: WHO.

- World Health Organization. 1996. *The World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1997. *The World Health Report 1997: Conquering Suffering and Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1998. *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century: A Vision for All*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1990. *Is the Law Fair to the Disabled?* European Series No. 29. Copenhagen: Regional Office for Europe.