

ca test de screening nu este folosită în majoritatea cazurilor din cauza accesibilității reduse și costului înalt.

6. La bolnavii hipertensivi TAD și TAS nu a variat semnificativ în funcție de greutatea corporală.
7. S-a constatat că obezii au prezentat modificări ale indicilor metabolici, la o rată mai mare de cazuri (hipercolesterolemia, nivel crescut de TG, valorilor glucozei bazale crescute, valori ale VSH crescute).

### **Bibliografie**

1. Barter P. și alții. HDL Cholesterol, Very Low Levels of LDL Cholesterol, and Cardiovascular Events. În: The New England Journal of Medicine. 2007, vol. 357, nr 13.
2. Carp Costin, Bârsan M., Carp A., și alții. Tratat de cardiologie. Editura medicală Națională. București, 2003, vol. 2, p. 1104 – 1161.
3. De Simone G. și alții. Risk Factors for Arterial Hypertension in Adult With Initial Optimal Blood Pressure: The Strong Heart Study. In: Hypertension. 2006, vol. 47, p. 162 – 167.
4. Pi-Sunyer F. Obesity and hypertension. In: Obesity Management. 2009, vol. 5, p. 57-61.
5. Tintuc D., Grossu I. Sănătate Publică și Management. CEP "Medicina". Chișinău, 2007, p. 762 – 771.
6. World Health organization. Gaining Health, the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva, 2006, p. 16-19.
7. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Geneva, 2007, p. 16-21.
8. World Health Organization. Secondary prevention of noncommunicable diseases in low - income and middle - income countries. Cambridge, 2001, p. 3- 6.
9. World Health Organization. Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva, 2007, p. 27- 49.

## **EVALUAREA FACTORILOR DE RISC ÎN APARIȚIA INFARCTULUI MIOCARDIC**

**Elena Ursu**

(Coordonator științific: d.h.m., prof.universitar Spinei Larisa)  
Catedra Sănătate Publică și Management USMF "Nicolae Testemițanu"

### **Summary**

#### ***Assessment of risk factors of myocardial infarction incidence***

Considering the major actuality of risk factors in AMI (Acute Myocardial Infarction) occurrence, this study examines 146 patients with vices (smoking, alcoholism, irrational nutrition, salt and coffee abuse, psycho-social stress) and physiological parameters (BMI level, cholesterol, triglycerides). Our study shows the increased and decreased levels of these indexes, predominating in Moldova due to the socio-economical deficiencies, all these being essential features and circumstances influencing health indicators in population. The data obtained serve as an imperative to mobilize the society, relevant bodies and public opinion, so that the situation be overcome successfully. The AMI morbidity rate proved to depend on the particular area in Moldova the patient comes from, the mean annual length of hospitalization due to different diseases, this being 12.5 days. The morbidity rate predominates in males (54,1%). Our purpose was to assess the social-medical aspects in AMI patients and the risk factors causing it.

### **Rezumat**

Considerând actualitatea factorilor de risc primordiali în apariția IMA, în prezentul studiu

s-a analizat la 146 de pacienți viciile (tabagismul, alcoolismul, alimentația irațională și necalitativă, abuzul de sare și cafea, stresul psiho-social) și anumiți parametri fiziologici (nivelul IMC, colesterolului, trigliceridelor). S-a redat în acest studiu nivelurile crescute și micșorate ale acestor indici, care predomină în RM, datorită deficiențelor de ordin socio-economic, estimând faptul că toate acestea sunt circumstanțe ce determină esențial particularitățile indicatorilor de sănătate a populației. Cele constatate sunt un imperativ pentru mobilizarea societății, a organelor de resort și a opiniei publice la desfășurarea eficientă de depășire a acestei situații. Astfel s-a apreciat că frecvența morbidității prin IMA depinde de regiunea din RM în care s-a aflat pacientul, durata medie anuală de spitalizare prin diverse maladii în RM s-a dovedit a fi cea mai mare prin IMA de 12,5 zile, frecvența morbidității în funcție de sex predomină la cel masculin 54,1%.

### **Introducere**

Strategia Organizației Mondiale a Sănătății “Sănătate pentru toți”, adoptată de toate țările europene confirmă concepția despre sănătatea populației ca o parte integrală a dezvoltării sociale a întregii societăți. În ultimii ani dezvoltarea rapidă a societății industrializate a determinat o modificare radicală a stilului de viață și, în particular, majorarea progresivă a maladiilor cardiovasculare. Pe scara mondială bolile cardiovasculare (BCV) pot fi considerate ca una din principalele cauze de morbiditate și de deces și în numeroase țări ele ocupă încă primul loc. Conform tuturor statisticilor O.M.S., cca 85% din totalitatea deceselor în populația de toate vârstele din toate țările lumii sunt cauzate de maladiile cronice neinfecțioase, cu diferențe doar pentru anumite categorii de afecțiuni, dar totuși prevalează maladiile cardiovasculare, urmate de tumorile maligne, maladiile respiratorii, diabetul zaharat, traumatisme ș.a.

Această situație a maladiilor cardiovasculare în documentele recente ale O.M.S. a fost considerată ca ”Flagelul cel mai dezastruos pe care la cunoscut vreodată omenirea”. Holman a menționat Infarctul Miocardic (IM) ca drept “Marele ucigaș al secolului al XX-lea”. Morbiditatea prin maladii cardiovasculare îmbracă în epoca noastră un caracter epidemic și duce la consecință inevitabilă a îmbătrânirii, pentru multe dintre ele fiind demonstrată existența unui debut precoce, încă din copilărie și a unei instalări rapide.

În urma diferitelor experimente, cercetări clinice și epidemiologice au fost depistați factorii ce determină sau favorizează declanșarea maladiilor, Conform definiției ce reiese din acest concept, un factor de risc (FR) definește o caracteristică prezentă la un individ sănătos dovedită în studiile epidemiologice a fi legată de apariția subsecventă a bolii.

O atenție deosebită în acest sens au avut factorii de risc cei mai importanți: 1) nemodificabili: vârsta, sexul, rasa, ereditatea; 2) modificabili (dislipidemia, HTA, fumatul, diabetul zaharat, obezitatea, alcoolismul, consumul de cafea și sare în exces, stilul de viață sedentar, stresul psihosocial, nivelul crescut al homocisteinei, prezența bolii vasculare trombotice periferice. Gradul riscului nu depinde doar de severitatea unui factor, dar de prezența concomitentă a altor factori de risc, adică asocierea factorilor nu doar sumează riscul, ci și îl sporesc considerabil. Acest concept “**riscul cardiovascular global**” redă importanța de a considera toți factorii de risc cunoscuți pentru a caracteriza profilul riscului individual. La risc major sunt supuși pacienții, riscul cărora de a dezvolta un eveniment coronarian major (IMA) depășește 10% pe parcursul a 10 ani. Asocierea frecventă a FR necesită și tratamentul global al acestora.

### **Conceptul de factor de risc – clasificare**

Aflată în centrul profilaxiei primare, noțiunea de factor de risc definește acel factor care, prin natura lui, prin frecvența și intensitatea cu care apare în viața individului, determină creșterea semnificativă a frecvenței de apariție a unei anumite patologii, în cazul nostru cea cardiovasculară. Factorii de risc acționează în echilibru dinamic cu factorii de protecție antiaterogeni (HDL colesterolul, acizii grași polinesaturați, prostaciolina, substanțele antioxidante). Studii complexe au condus la clasificarea factorilor de risc în 4 categorii: 1) factori de risc cauzali; 2) factori de risc condiționali; 3) factori de risc predispozanți; 4) încărcarea

ateromatoasă parietală.

1. **Factorii de risc cauzali.** Factorii majori din această categorie sunt reprezentații de: fumatul, hipertensiunea arterială (TA peste 140/80 mmHg), nivelul crescut al colesterolemiei (sau creșterea nivelului seric al LDL peste 160 mg/dl), scăderea nivelului HDL (sub 35 mg/dl) și hiperglicemia (peste 128 mg/dl). Un loc aparte îl ocupă sindromul metabolic.

Rolul lor cauzal este susținut de cantitatea enormă de date acumulate la nivel internațional pe parcursul ultimelor decenii. Ei acționează independent, dar evoluția procesului aterogenetic este cu atât mai rapidă cu cât la aceeași persoană se asociază mai mulți factori de risc cauzali. Se pare, totuși, că nivelul crescut al LDL seric ar fi modificarea esențială, în absența acestuia procesul de aterogeneză fiind foarte lent, chiar în prezența celorlalți factori de risc. Asocierea a doi sau mai mulți factori de risc are efect multiplicativ și nu doar aditiv. Studiul MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) care aveau colesterolemia peste 240 mg/dl și TA diastolică mai mare de 90 mmHg, comparativ cu persoanele libere de acești factori de risc.

2. **Factori de risc condiționali.** Sub această denumire sunt cuprinși factorii care sunt asociați în mod semnificativ cu o anumită patologie cardiovasculară, dar al căror eventual rol cauzal nu este pe deplin dovedit, fie pentru că potențialul aterogenetic al acestora este scăzut, fie pentru că frecvența apariției lor într-o anumită populație nu este suficient de înaltă, încât să permită definirea ca factori independenți de risc în cadrul unor studii prospective largi. Dacă ne referim la BCV, această categorie, sunt incluse: hipertrigliceridemia, nivelul seric crescut al lipoproteinei și a particulelor mici de LDL, hiperhomocisteinemia (importanța acesteia ar fi echivalentă cu aceea a fumatului și dislipidemie – Chiang, 1996) și concentrația crescută a unor factori de coagulare (fibrinogenul, inhibitorul activatorului de plasminogen- induce o stare protrombotică). Tot în această categorie, ar trebui inclus și: tratamentul hormonal de substituție. Astfel, în timp ce hormonii sexuali feminini secretați în mod natural exercită o anumită protecție asupra endoteliului vascular, estrogenii administrați ca tratament de substituție la femeile ovariectomizate dubleză riscul de BCV. Hipokaliemia (potasemie sub 3,5 mmol/L) poate crește morbiditatea și mortalitatea prin BCV dacă nu este corectat la timp. Ea contribuie la apariția de tulburări de conducere, de aritmii și poate determina creșterea TA. Ea se poate produce fie prin migrare intracelulară (hipertiroidie, delirium tremens, aport alimentar sub 1 g/zi), fie prin pierderi renale excesive (diuretice, corticoterapie), sau digestive (fenolftaleina).

3. **Factori de risc predispozanți.** În această categorie sunt cuprinși factori care sporesc probabilitatea ca persoana să dezvolte în cursul vieții o anumită patologie cardiovasculară. Probabilitatea crește, iar intervalul de timp necesar apariției stării de boală scade, atunci când acești factori se asociază cu alții din categoriile precedente. Dacă ne referim la BCV, factori predispozanți sunt considerați: obezitatea, sedentarismul, antecedentele familiale, sexul masculin, alcoolismul, vârsta peste 45 ani, stresul psihic prelungit, anumite caracteristici de personalitate, rezistența crescută la insulină (agravată, de altfel, de către obezitate și sedentarism). Statutul socio-economic poate fi și el un factor predispozant pentru patologia cardiovasculară. Particularitățile etnice joacă uneori un rol semnificativ. S-a observat că la unele populații izolate, care trăiesc după ritmuri tradiționale, necontaminate de civilizația de tip occidental și care practică anumite diete (de ex., eschimoșii a căror dietă este bogată în pește, ficat crud de focă etc.) BCV constituie rarități. Deplasarea acestor persoane în țări dezvoltate este însă însoțită de creșterea frecvenței acestora, chiar în decursul unei generații. De asemenea, în colectivitățile monastice europene se observă raritatea HTA și creșterea nesemnificativă a TA odată cu vârsta.

4. **Încărcatura ateromatoasă a peretelui vascular.** Odată ce placa de aterom atinge un anumit stadiu de evoluție, ea însăși devine un factor de risc pentru respectivul teritoriu vascular (în cazul BCV, cel coronarian). Placa poate suferi secționări, rupturi sau eroziuni, care pot conduce la ocluzie vasculară în aria subiacentă. Cu cât este mai mare încărcarea cu plăci ateromatoase, cu atât este mai mare probabilitatea de ruptură a acestora, fapt confirmat prin studii coronarografice extinse. Modalitatea obișnuită de a aprecia gradul de încărcare vasculară ateromatoasă este criteriul vârstei (se consideră că severitatea aterosclerozei coronariene crește cu vârsta).

**5. Factori de risc aleatori.** Factori care acționează accidental, pe o perioadă de timp limitată și care pot spori semnificativ frecvența apariției unor manifestări clinice cardiovasculare de gravitate variabile. Aceștia pot acționa independent sau pe riscul înalt pe termen lung ar putea fi definit ca riscul înalt de BCV pe o perioada de peste 10 vieți.

### Scopul cercetării

Evaluarea aspectelor medico-sociale ale bolnavilor cu IMA și evidențierea factorilor de risc ce determină această problemă.

### Materiale si metode

Au fost supuși anchetării 146 bolnavi în perioada anilor 2007-2009 din totalul internărilor din secția nr. V de cardiopatie ischemică a Institutului Cardiologic (45,5% femei , iar 54,1% bărbați). Datele au fost extrase din documentele statistice ale Centrului Național de Sănătate Publică și Management Sanitar în Medicină pentru perioada anilor 2004 – 2008 și supuse calculărilor, grupării și sistematizării în tabele analitice. Principalele cercetări au fost: antropometria(determinarea masei corporale – $IMC=kg/m^2$ ), măsurarea TA, înregistrări ECG în 12 derivații standard.

### Rezultate și discuții

Privind datele statistice ale Centrului Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar incidența generală a populației cu IMA în RM a crescut considerabil mai ales în anul 2007 constituind 5,2‰ față de anul 2006- 3,6‰. Rata mortalității populației prin IMA în perioada anilor 2004-2008 de asemenea are o tendință de creștere, în anul 2004 constituind 4,5‰ ( 29.5 cazuri la 100000 locuitori ) , iar anul 2008 manifestându-se cu 6,5‰ ( 42,4 cazuri la 100000 locuitori ), ceea ce demonstrează o creștere esențială cu 5,9 cazuri comparativ cu anul 2007.

Prin durata medie anuală de spitalizare a populației cu IMA se manifestă cca de 12,5 zile ceea ce constituie cea mai mare durată de spitalizare în staționar comparativ cu cardiopatia ischemică 9,2 zile , Angina pectoral 9,1 zile, Diabetul Zaharat cu o pondere de 9,9 zile , HTA- 8,8 zile și Obezitatea cu cel mai scăzut număr de zile de spitalizare 7,7, ce estimează o problemă primordială din toate BCV.

**Tabelul 1. Repartizarea bolnavilor cu IMA în funcție de starea civilă**

Starea civilă	Bărbați		Femei		P
	Abs	P±ES%	Abs	P±ES%	
Celibatar	4	±2,4			P<0.05
Căsătorit	67	±4,03	24	±5,8	P<0.05
Divorțat	2	±1,7	17	±5,3	P>0.001
Văduv	6	±2,9	26	±5,9	P<0,05

Repartizarea bolnavilor celibatari pe lotul de studiu, bărbați și femei a permis evidențierea ponderii mai mari la bărbații celibatari 4±2,4% cazuri față de lotul de femei celibatate 0% cazuri (p<0,05). S-a constatat că bărbații căsătoriți constituie 67±4,03% cazuri și femei căsătorite 24±5,8% cazuri(p<0,05). Femeile divorțate au fost 17±5,3% cazuri față de bărbați divorțați 2±1,7% cazuri(p>0.001). Femeile văduve au constituit 26±5,9% cazuri în comparație cu bărbați văduvi de 6±2,9% cazuri(p<0,005), ceea ce determină că indicele de divorț e și el un factor de risc psiho-social(tab.1).Din întregul lot studiat de bolnavi cu IMA 45,5% sunt de sex feminin , iar cele 54,1% de sex masculin, ceea ce demonstrează predominarea bolii de IMA la sexul masculin din grupa de vîrstă de 50-59 de ani cu 54,4%, iar cel feminin cu 37,3%, apoi urmează grupul de vîrstă de 40-49 de ani unde domină sexul feminin cu 32,8% comparativ cu cel masculin 15,2%.

Frecvența bolnavilor cu IMA din lotul cercetat crește în mediul rural mai cu seamă

sexul feminin cu 73,1% comparativ cu cel masculin de 59,5% ,iar în mediul urban dimpotrivă sexul masculin constituie 40,5% față de cel feminin 26,9%. Frecvența mortalității prin IMA dimpotrivă depinde de regiune, căci în orice regiune s-a manifestat printr-o creștere considerabilă de la an la an, în Chișinău anul 2004 cu 44% ajungând la 68,3% în anul 2009, orașelul Bălți în 2004 cu 53,35 mortalitatewa atingând 68,9% în anul 2009, în Cahul s-au înregistrat în anul 2004 55,6% față de anul 2009 cu 63,7%. Pe RM mortalitatea pri IMA în anul 2004 a fost 29,5% atingând 42,1% în anul 2009.

#### **Aprecierea ponderii factorilor de risc prin IMA**

**Consumul și abuzul de alcool.** Cantități mari de alcool determină o serie de modificări patologice la nivelul aparatului cardiovascular: creșterea TA, cardiomiopatiei alcoolice dilatativă, moarte subită, datorită consumarea cantităților mari de alcool crește nivelul trigliceridelor serice, tulburări psihice ce duc la probleme psiho-sociale și profesionale. Este totuși recomandat celor care consumă alcool să o facă cu moderație, adică o unitate/zi (15 ml alcool pur) pentru femei, maxim două unitați/zi (30 ml alcool pur) pentru bărbați. Se consideră că cca 30 ml alcool pur pe zi nu-i nociv pentru populația generală ce denotă 2 pahare de vin sau 500 ml de bere sau 70 ml băuturi spirtoase. Efectul protector se păstrează și dacă această cantitate este îngurgitată doar săptămînal, de aceea se recomandă bolnavului după IMA consumul ocazional (săptămînal) de băuturi alcoolice în cantitățile sus menționate[9]. Din lotul de pacienți examinați majoritatea preferă vinul cca 50,7%, apoi 25,4% preferă băuturile spirtoase, și numai 10,9% berea. După cum contează cantitatea, tipul, așa contează și durata de întrebuințare a alcoolului în abundență, ce se exprimă la bolnavii ce consumă o dată la 2-3 luni alcool 63% față de o dată în săptămîna cu 19% și numai 8% consumă ocazional, fiind o apreciere de valoare în hipertensiunea arterială acestor pacienți.

**Fumatul.** Fumatul este factorul de risc cel mai agresiv dintre toți factorii, căci riscul de IMA este de cca 4 ori mai mare la marii fumători și este direct proporțional cu numărul de țigarete și durata totală a perioadei de cînd individual fumează. Fumatul se plasează pe primul loc din deprinderile defavorabile ale sănătății. Consumul cronic de tutun este considerat astăzi principala cauză evitabilă de deces și de incapacitate de muncă, este practic o pandemie ce amenință sănătatea fizică și mentală a locuitorilor întregului mapamond. Din lotul de bărbați fumează 97,5%, iar femeile 25,4%, cele mai multe bucăți de țigarete le consumă bărbații 31 bucăți 4,1%, iar 21-30 de bucăți 8,2% însă cei mai mulți bărbați consumă 11-20 de bucăți de țigarete față de femei 2,1%. Dar mai periculos e că ei condiționează expunerea la fumul de țigară celor din anturajul familial(copii,femei), profesional.

**Alimentația irațională.** Constituie o problemă esențială a stilului de viață a oricărei persoane mai ales în RM prin faptul nerespectării numărului de mese pe zi și repartizarea lor pe zi ( n-3-5 mese pe zi ), și asocierea produselor într-un complex adică dozarea conform vârstei, care prezintă o influență majoră asupra morbidității cardiovasculare, în dependență de regiunea și tradițiile respective ale populației dominante. Cu toate că alimentația e principalul element de menținerea sub control a valorilor presionale și nivelurile de lipide serice, totuși în prezent alimentația acestor pacienți e irațională deoarece din ei 51% sunt fără regim, iar trei mese pe zi iau numai 30%, două mese pe zi 19% și conform tipului de alimentație 28,10% consumă dietetic, insuficient 15,8%, ce estimează o influență negativă asupra echilibrului biologic amplificînd apariția diverselor maladii. Se consumă foarte puțin unele produse care influențează nutritiv benefic și chiar oportun sănătatea(pește, fructe și legume proaspete).

Un produs foarte des întrebuințat în alimentație este consumul de sare ( NaCl – clorură de sodiu) care consumată în abundență provoacă HTA. În general, creșterea sodiului din sare în organism și mai ales în pereții arteriali duce la: îngroșarea pereților arterelor, creșterea volumului de plasmă, deoarece sarea reține și apa necesară pentru a menține concentrația de sodiu din sînge în limitele normale, ca urmare crește TA, deoarece vasele sunt deja contractate, iar volumul de sînge conținut de ele este mărit, reactivitatea crescută a arterelor (răspunsul exacerbat) la catecolaminele din sînge cu îngustarea lor și creșterea presiunii sîngelui în artere[12]. Prin consumul de sare 66,4% din bonavi întrebuințează cantități mari de sare 10,5% și 24% de bonavi

adaugă 6,8% cantități medii de sare și numai 9,65 de bolnavi consumă cantități mici de 0,7%.

Cafeaua în exces la fel este un FR esențial reieșind din rezultatele din întregul lot de studiu că 60,3% de bolnavi consumă cafea, iar restul 39,7% nu consumă cafea și conform numărului de cești de cafea consumate 70,5% bolnavi consumă 3-5 cești pe zi, iar 5-7 cești 10,2% din bolnavi, 1-2 cești sunt consumate de 14,8%. O cantitate de 500-1000 ml de apă este consumată de 58,9 % de bolnavi, dar 25,3 % consumă 1000-1500 ml de apă pe zi și o cantitate mai mare de apă cca 2000-2500 ml este consumată numai de 5,5% de bolnavi, rezultând un FR actual coștientizat de bolnavii respectivi.

**Stresul și tensiunile psiho-sociale.** În prezent se evidențiază rolul crescând a stresurilor psiho-sociale în instituirea BCV și anume emoțiile ce duc la creșterea TA, inducând IMA. Conform stării psihologice 48% din bolnavi suportă stres la locul de muncă, iar 16 % au pierdut persoane dragi, 18 % predomină în relații bune familiare și viață liniștită, 13% cu relații tensionale în familie și numai 5% frică de boală.

**Sedentarismul.** Efortul fizic mai redus din activitățile curente și din cele ocupaționale, precum și mersul mai puțin pe jos însoțit de supraalimentație și obezitate favorizează obișnuința sedentarismului și majorarea nivelului incidenței BCV. Creșterea deplasării cu autoturismele personale, autobuse, tren, chiar pentru distanțe foarte scurte au favorizat reducerea mersului pe jos [11, 21]. În dependență de criteriul la a căta scară obosește: 38% de bolnavi obolesc la 30-40 scări, 27% la mai multe de 40 de scări, 12% la a 5-10 scări. Ponderea cea mai mare din bolnavii prin IMA se află în poziția pe scaun 86(58,9%) în comparație cu bolnavii de 48(32,9%) aflați în picioare și cei în poziția pe pat 12(8,2%). Cu toate acestea majoritatea bolnavilor au efectuat 60,9% efort mediu și 28,1% au efectuat efort ușor, dar efort greu au efectuat 6,9% și foarte greu 4,1% din populația bolnavă cu IMA pe parcursul întregii vieți, ce a determinat apariția unor afecțiuni ale sănătății.

**Obezitatea.** Obezitatea este o consecință a supralimentației, sedentarismului și nepracticării curente a sportului, asociate sau nu cu tulburări metabolice. În funcție de greutatea corporală determinată prin IMC unde pe primul loc se află 11(34,9%) obezitatea de gr. II, apoi 51(28,8%) se manifestă obezitatea de gr. I, supraponderalii 23(15,8%), numai în limitele normale 16(10,9%), iar 8(7,5%) bolnavi obezitatea de gr. III. În lotul bolnavilor obezi ponderea cea mai mare o reprezintă sexul feminin cu 52,9% față de sexul masculin de 47,1%. Obezitatea se corelează cu prevalența totală a vârstei și hipertensiunii arteriale. Reducerea surplusului de greutate necesită alimentație corectă și un program de exerciții fizice. Alimentația corectă constituie baza profilaxiei unui șir de factori de risc ca hipertensiunea, diabetul, hipercolesterolemia, obezitatea, cancerul [3,4,5].

**Hipersterolemia.** Conform datelor Societății Europene de Cardiologie (2003) se recomandă diagnosticarea hipercolesterolemiei la persoanele cu nivelul de colesterol în serul sangvin  $>5,0$  mmol ( $>190$ mg/dl) [4,6]. Hipercolesterolemia se întâlnește mai des în alimentația bogată în acizi grași saturați și în cea care conține carbohidrați rafinați (ce nu sunt consumați prin eforturi fizice), iar frecvența persoanelor cu niveluri ridicate ale acestora favorizează creșterea incidenței prin BCV. Este dovedită relația directă între creșterea o dată cu vârsta a incidenței a aterosclorozei și a cardiopatiei ischemice și prezența factorilor de risc menționați. Creșterea colesterolului cu 1 mmol/l majorează riscul de IMA cu 51%, iar creșterea trigliceridelor cu 1 mmol/l majorează riscul de IMA cu 49% [20]. Conform determinării spectrului lipidic al pacienților s-a determinat că din tot lotul cca 76,3% prezentau hipercolesterolemie (65,2% bărbați, 34,8% femei). Hipercolesterolemia este unul din cei mai importanți factori de risc încât pacienții reprezintă o sarcină majoră pentru medicina preventivă și reducerea aterosclerozei [18,19].

**Diabetul zaharat.** Constituie un factor major de risc pentru IMA, căci mortalitatea coronariană este de 2 ori mai mare la diabetici decât la populația generală [4,6]. BCV și ateroscleroza coronariană sunt cauza principală de morbiditate și mortalitate la pacienții cu DZ care reprezintă o sarcină importantă pentru medicina preventivă și reducerea aterosclerozei [23]. În rezultatul studiului din toți pacienții investigați prezentau 71,9 % cu hipertrigliceridemie

(68,6% bărbați și 31,4% femei).

Din toate cele expuse mai sus reiese că, din toate maladiile cardiovasculare totuși cea mai subită maladie este Infarctul Miocardic Acut. Factorii de risc menționați sunt cei mai primordiali și predominanți la toate grupele de vîrstă, prin evoluția lor rapidă asupra fiecărei persoane manifestă apariția afecțiunilor cardiovasculare, care ocupă primul loc din toate maladiile ale teritoriul RM. Această situație este răspîndită pe întreaga Teră, ceea ce a dus la aprobarea unor strategii conceptuale exacte cu scopul de a înlătura și combate toți factorii de risc, reglementîndu-se programe speciale bine coordonate de la țară la țară. Și că o problemă majoră trezește neglijența populației față de sănătatea proprie 70% cazuri persoanele nu acordă atenție sănătății, deci sănătatea nu a devenit o valoare.

### **Concluzii**

1. IMA este mereu în creștere conform incidenței pe RM, datorită prevalenței majore a factorilor de risc, ce deduce că o persoană decedează pe minut de maladii cardiovasculare;
2. Frecvența morbidității prin IMA a arătat că depinde de regiunea din RM, deoarece persoanele sunt expuse la factorii de risc expuși mai sus în diferite proporții;
3. Durata medie anuală de spitalizare prin diverse maladii în RM s-a dovedit a fi cea mai mare prin IMA de 12,5 zile față de CPI de 9,2 zile, Angina Pectorală de 9,1 zile, HTA de 8,8 zile și DZ de 9,9 zile, Obezitatea 7,7 zile, ceea ce deduce că IMA e o problemă primordială din toate BCV;
4. Frecvența morbidității în funcție de sex predomină la cel masculin 54,1%, ceea ce este o mare strategie din punct de vedere demografic;
5. Pentru a combate și a înlătura mai rapid viciile populației (tabagismul, alcoolismul, alimentația irațională și necalitativă), întreaga comunitate să facă eforturi mari de diminuare a lor înțelegînd costurile acestor vicii;
6. Din punct de vedere medical pentru diminuarea complicațiilor IMA este necesar de a institui "Școala pacientului cu maladii cardiovasculare, HTA".

### **Bibliografie**

1. Andreev I. Profilactica Infarctului Miocardic. Curierul Medical. Nr.1.,2005, 54-57; 52-54p.
2. Apetrei E. Ecocardiografie. Editura Medicală. –București, 1990, -286p.
3. Hîncu M. Obezitatea și dislipidemiile în practica medical.-București. Editura Infomedica, 1998, 23 -42.
4. Blaga S. Infarctul Miocardic și inhibitorii enzimii de converse. Infomedica, 12, 2000, 4-7p.
5. Blaga S. Medicina cardiovasculară la începutul mileniului III. Infomedica,2001; 12: 4-6p.
6. Botnaru V. Bolile cardiovasculare: aspece de diagnostic. 1997. –Chișinău. 206 -222p.
7. Botnaru V., Popovici M., Crauș A. Hipertensiunea arterial. Recomandări practice. – Chișinău, 1999. -70p.
8. Calmîc v., Chișlaru L., Prisăcari V. și al. Informarea elevilor de vîrsta 10-18 ani despre factorii de risc a bolilor netransmisibile // Materialele Conferinței Spitalului Clinic Municipal "Sfîntul Arhangel Mihail". –Chișinău, 2002. -42-45p.
9. Carp C. Tratat de cardiologie. 2002, Vol. 1, -București, 976 -988p.
10. Chira C., Tudor C., Calomirescu N. Tendințe actuale de diagnostic și tratament în practica medical. Factorii de risc cardiovascular. Statine. Prevenție primară. Editura Min. Int. 2002, 124-135.
11. Cintează M., Vinereanu D., Vintilă M. Infarctul Miocardic : diagnostic, tratamentul acut, recuperare. Infomedica. –București, 1998. -246p.
12. Cismaș P.P. Sensibilitatea la sare. Medicina familiei. –București, 1995. 30-31p.
13. Crivceanschi Lev D. Urgențele cardiace și vasculare. 2001. –Chișinău 8-89p.

14. Derevenco P., Anghel I., Baban A. Stresul în sănătate și boală. Editura Dacia. Cluj-Napoca, 1992, 45-53p.
15. Enăchescu D., Marcu M. Sănătate public și management sanitary. –București, Editura ALL, 1994. -154p.
16. Filimon Silvia. Disfuncția endotelială și glicometabolică la bolnavii cu IM vechi sub influența tratamentului hipolipemiat. Autoreferat al tezei de doctor in medicină, -Chișinău, 2008, - 141p.
17. Ganță P. Cardiopatia ischemică: prevenire, tratament, reabilitare. Editura Militară. – București 1987. -149 p.
18. Gherasim L., Bolile cardiovasculare și metabolice. Medicina internă, vol 2. – București, editura Medicală. -1996. -1368p.
19. Ginghină c., Marinescu M., Dragomir D. Îndreptar de diagnostic și tratament în IMA. Editura Infomedica. –București, 2002, -363p.
20. Gingină C, Marinescu M., Dragomir D. Infarctul Miocardic Acut. Editura InfoMedica, 2002.
21. Grosu A. Infarctul Miocardic Acut: managementul medicinei bazată pe dovezi. Curierul Medical, Nr.1., 2005, 52-57p.
22. Grosu A., David L. Protocolul Clinic Național. Infarctul Miocardic Acut. Chișinău, 2009, -36p.
23. Hampton J.R., Who not to refer for cardio vascular disease. Update, 9, 1992, 765-770p.

## **TIPURILE DE CONTROL APLICATE ÎN CADRUL INSTITUȚIILOR MEDICO-SANITARE PUBLICE ȘI INFLUENȚA ACESTORA ASUPRA IMAGINII INSTITUȚIILOR MEDICALE**

**Olga Cernelev**

(Cond. șt. - Mihai Moroșanu, dr. în med., conf. univ.)

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în medicină USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Types of control applied in the public health care institutions and their influence on the institution's image***

Success or failure of an organization in achieving its objectives depends to a great extent on quality control. The control achieved in the medical institutions is the key to success of these organizations and involves application and enforcement of organizational control types (preliminary control, steering control, SITA control and the after-action control). The implementation of these types of control contributes to enhancing key qualitative indicators of the institution and improve hospital image.

### **Rezumat**

Succesul sau eșecul unei organizații, în realizarea obiectivelor sale depinde în cea mai mare măsură de calitatea controlului efectuat. Controlul realizat în cadrul IMSP reprezintă cheia succesului acestor organizații și presupune aplicarea și respectarea tipurilor de control organizațional (control preliminar, control de pilotaj, SITA de control și controlul postacțiune). Implementarea acestora contribuie esențial la sporirea indicilor calitativi ai instituției precum și la ameliorarea imaginii spitalului.

### **Actualitatea temei**

O țară, o societate, o organizație, un sistem pentru a funcționa bine trebuie să fie eficient controlate. Succesul sau eșecul unei organizații, în realizarea obiectivelor sale depinde, în cea