

2. Mihalache D., A.Vătă . Aspecte epidemiologice și clinice ale hepatitelor acute B în ultimul deceniu. *Arta medica*, nr.2(11) 2005.
3. Prisăcari Viorel, Angela Paraschiv. Dinamica morbidității și unele particularități epidemiologice în hepatitele cronice, ciroze și cancerul hepatic primar în Republica Moldova. *Analele Științifice. Chișinău*, 2009, vol.2, ediția X-a.
4. Programul Național de combatere a hepatitelor virale B,C și D. *Akademos, Revista de Știință*, 2009, nr.1(12), p.63-69.
5. Vrânceanu-Beneș Angela, Petru Iarovoi. Dinamica morbidității prin hepatite cronice și ciroze hepatice de origine virală B în Republica Moldova. *Curierul medical* 2008, nr.5(305), p.17-20.
6. Чуйкова К.И., Уразова О.И. и др.//, Клинико-иммунологические показатели в разные периоды болезни при хроническом течении НВИ-инфекции. *Эпидемиология и Инфекционные болезни*, №4, Москва, 2007, с.30-34.

STUDIU EPIDEMIOLOGIC ÎN HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Maria Bolea, Viorel Prisacari

Catedra Epidemiologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Epidemiological study in hypertension

This article presents the results of the assessment of cardiovascular risk factors in patients with hypertension and global cardiovascular risk evaluation according to SCORE system.

Rezumat

În articolul dat sunt prezentate rezultatele studiului de determinare a unor factori de risc în hipertensiunea arterială și de evaluare a riscului cardiovascular global conform sistemului SCORE.

Actualitatea

Actualmente, circa 15–37% din populația adultă de pe glob are hipertensiune arterială (HTA). În unele populații, numărul hipertensivilor depășește 50% printre persoanele cu vârsta mai mare de 60 ani. OMS estimează că în lume sunt 600 milioane de persoane cu HTA, care prezintă risc de evenimente cardiace, accidente cerebrale acute și insuficiență cardiacă. HTA cauzează 7,1 milioane de decese anual în lumea întreagă, aceasta constituind aproape 13% din mortalitatea globală. În Republica Moldova, conform rezultatelor studiului CINDI, prevalența hipertensiunii arteriale la persoanele cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 ani constituie cca 30% [1,4,5].

Au fost identificați mai mult de 40 de factori de risc cardiovascular, dintre care sunt: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, supraalimentația, obezitatea, hipercolesterolemia, deprinderile dăunătoare (fumatul, alcoolul, consumul abuziv de cafea), stresul psiho-emoțional, etc. Nu sunt de neglijat și factorii de risc asupra cărora omul, spre regret, nu poate interveni, cum sunt sexul masculin, vârsta avansată și istoricul familial prin BCV [3].

Însă, în prezent, absentează date despre monitorizarea tuturor factorilor de risc cardiovasculari la bolnavii cu HTA, sau în unele studii subpopulaționale sunt monitorizați doar parțial, la nivel de staționar. Pentru a realiza și determina eficacitatea măsurilor de profilaxie primară și secundară a HTA este necesară cunoașterea situației inițiale atât a prevalenței HTA și factorilor de risc, cât și elaborarea unor măsuri concrete de prevenție și tratament a HTA. Din considerentele menționate

este actual studiul dat, care ar contribui la elucidarea situației inițiale a factorilor de risc la bolnavii cu HTA.

Obiectivele

1. Aprecierea factorilor de risc biologici, patologici, cât și ai mediului ambiant ce condiționează starea de îmbolnăvire prin HTA;
2. Evaluarea riscului cardiovascular global la bolnavii cu HTA.

Materiale și metode

Cercetarea științifică actuală este un studiu descriptiv, efectuat în baza unei anchete epidemiologice, care a cuprins date despre: statutul personal, statutul medico-social și factorii de risc potențiali în apariția HTA. Au fost anchetați 220 de pacienți internați în IMSP Institutul de Cardiologie, în perioada februarie 2011 – aprilie 2011, care au fost incluși în studiu aleatoriu. Pentru realizarea obiectivelor studiului au fost utilizate metodele de cercetare: epidemiologică, sociologică și statistică.

Rezultate și discuții

Lotul general de studiu constituie 220 bolnavi, dintre care 15 - cu HTA gr. II și 205 - cu HTA gr. III. Frecvența mai mare de internare a bolnavilor cu HTA gr. III (93,2%) în comparație cu frecvența mai mică de internare a bolnavilor cu HTA gr. II (6,8%), se datorează gravității bolii, apariției complicațiilor și a puseelor hipertensive agravate, la pacienții cu HTA gr. III.

Din lotul general de studiu 113 persoane, ce constituie 51,4%, sunt femei și 107 (48,6%) – bărbați. Privitor la distribuția bolnavilor cu HTA după mediul de trai, s-a constatat că 45,5% sunt persoane din mediul urban și 54,5% din mediul rural. Predominarea bolnavilor cu mediul de trai rural, se observă cât în lotul de bărbați (46,0% - urban vs. 54,0% - rural) atât și în lotul de femei (44,9% - urban vs. 55,1% - rural).

Din factorii biologici au fost studiați: vârsta, predispunerea genetică la boli cardiovasculare (BCV) și grupa de sânge.

Vârsta medie a bolnavilor cu HTA este de $52,0 \pm 1,24$ ani (diapazonul de vârstă cuprins între 19 și 85 ani), inclusiv la femei - $50 \pm 1,0$ ani iar la bărbați - $52 \pm 1,3$ ani cu o diferență semnificativă din punct de vedere statistic ($p < 0,01$). Structura bolnavilor cu HTA în funcție de vârstă este redată în figura 1.

Analiza datelor obținute, a evidențiat o pondere mai înaltă a persoanelor cu vârsta între 50 și 64 ani care constituie 63,1% din pacienții internați cu HTA, cu maxim în grupa de vârstă 60 – 64 ani (24,1%). S-a observat că la bărbați HTA apare la o vârstă mai tânără, în comparație cu femeile.

În rezultatul studiului s-a observat că la 133 de bolnavi cu HTA, ce constituie 60,5% din lotul de studiu, este prezentă BCV la rude, pe când la 87 de bolnavi (39,5%), această caracteristică este absentă.

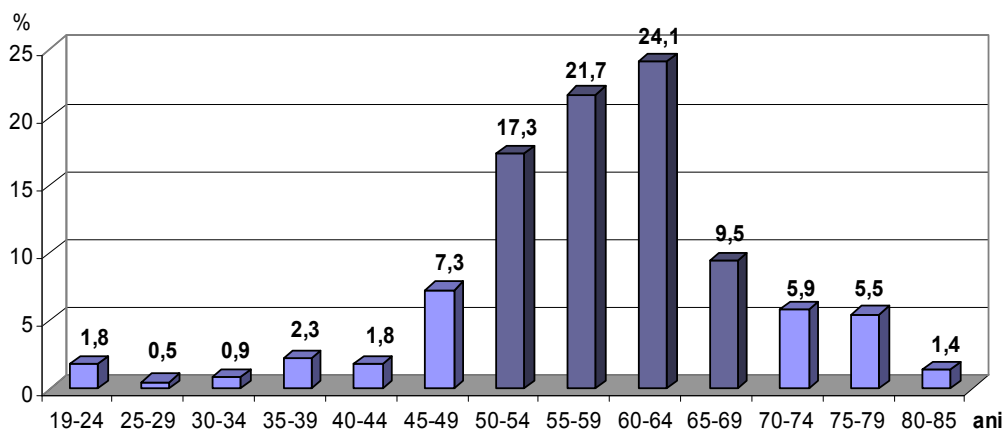


Fig. 1 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de vârstă (%)

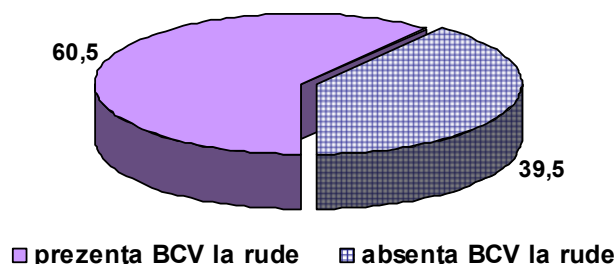


Fig. 2 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de prezența sau absența BCV la rude (%)

S-a constatat că și grupa de sânge poate fi considerată unul dintre factorii biologici care probabil contribuie la apariția BCV și prezintă interes în studierea HTA.

Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de grupa sangvină, conform studiului nostru, este redată în tabelul 1 și figura 3.

Tabelul 1

Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de grupa sangvină

Grupa de sânge	abs.	%
O(I)pozitiv	100	45,5
O(I)negativ	7	3,2
A(II)pozitiv	69	31,4
A(II)negativ	2	0,9
B(III)pozitiv	30	13,6
B(III)negativ	0	0,0
AB(IV)pozitiv	12	5,4
AB(IV)negativ	0	0,0
Total	220	100,0

Așadar, din lotul de studiu 100 de bolnavi, ce constituie 45,5% au grupa de sânge O(I) pozitivă, după care urmează 69 de bolnavi cu grupa de sânge A(II) pozitivă sau 31,4% din numărul pacienților incluși în studiu.

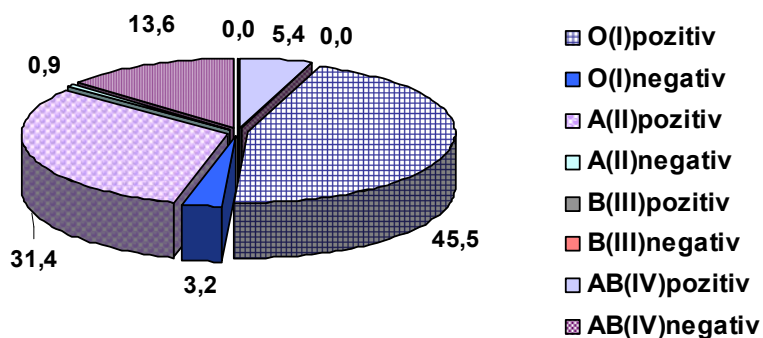


Fig. 3 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de grupa sangvină (%)

Din factorii de risc patologici au fost studiați: diabetul zaharat, obezitatea și hipercolesterolemia.

Privitor la impactul diabetului zaharat în apariția HTA, în rezultatul studiului s-a constatat că 41 pacienți din lotul de studiu, ce constituie 18,6% fac diabet zaharat. Așadar, frecvența diabetului zaharat la persoanele cu HTA este mai bine de 1,5 ori mai înaltă, comparativ cu ponderea persoanelor ce fac diabet zaharat, în populația generală din Republica Moldova, care constituie doar 1,2% pentru anul 2010 (fig.4).

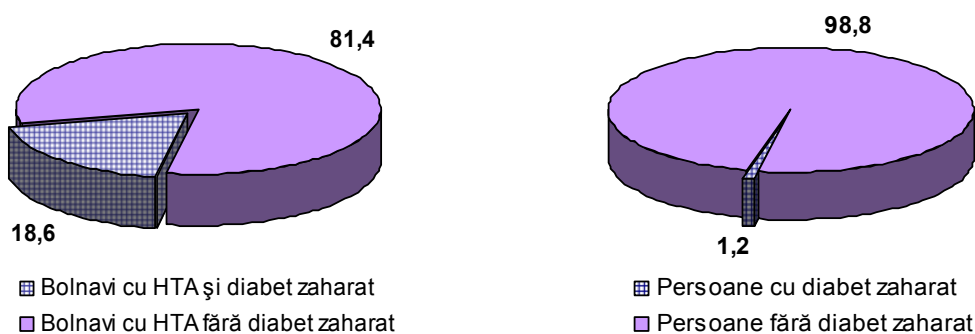


Fig. 4 Ponderea bolnavilor cu sau fără diabet zaharat în lotul de studiu în comparație cu structura populației, cu sau fără diabet zaharat, în RM (a. 2010)

Componența lotului general de bolnavi hipertensivi în funcție de obezitate, apreciată prin indicele masei corporale (IMC), este redată în tabelul 2 și figura 5.

Tabelul 2

Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de greutatea corporală apreciată prin IMC (%)

IMC	Lotul general		inclusiv			
	abs.	%	femei		bărbați	
			abs.	%	abs.	%
Normopondere	39	17,7	13	11,6	26	24,3
Suprapondere	69	31,4	32	28,3	37	34,6
Obezitate gr.I	69	31,4	38	33,6	31	29,0
Obezitate gr.II	37	16,8	24	21,2	13	12,1
Obezitate gr.III	6	2,7	6	5,3	0	0,0
Total	220	100,0	113	100,0	107	100,0

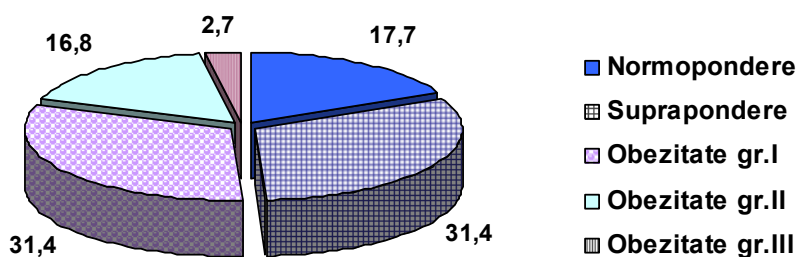


Fig. 5 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de greutatea corporală apreciată prin IMC (%)

Astfel, la 39 pacienți cu HTA, ce constituie 17,7% din lotul de studiu, greutatea corporală a fost în limitele normei, pe când la 69 (31,4%) din pacienți a fost apreciată ca supraponderală și la 112 (50,9%) - ca obezitate. Obezitatea de gradul I a fost constatată la 69 sau 31,4% din bolnavi, obezitate de gradul II - la 37 sau 16,8%, și la 6 sau 2,7% din bolnavi a fost apreciată ca obezitate de gradul III. În lotul de femei predomină obezitatea de gradul I (33,6%), iar în lotul de bărbați - supraponderabilitatea (34,6%), gradul de obezitate fiind mai înalt la femei.

Un indicator ca factor de risc în HTA poate servi valoarea indecelui reologic - colesterolul total (Co-total), în cazul când depășește 5,2 mmol/l [4].

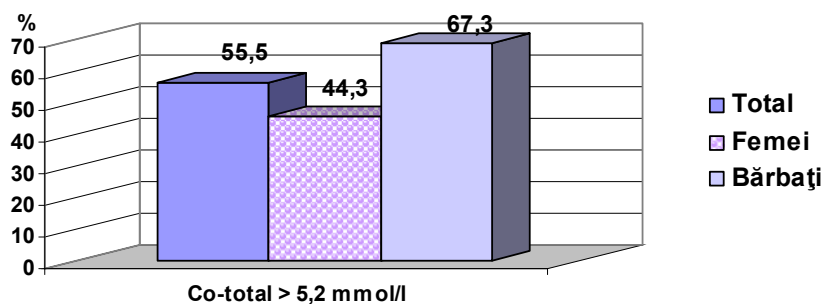


Fig. 6 Rata bolnavilor cu HTA care au depășit valorile normale a colesterolului-total (%)

În rezultatul studiului nostru, s-a constatat că numărul de bolnavi cu Colesterol-total >5,2 mmol/l constituie 122 sau 55,5% din totalul de bolnavi incluși în lotul de studiu. Totodată, din numărul total de femei cu HTA ponderea pacienților cu Co-total constituie 44,3%, pe când din populația de pacienți de genul masculin – 67,3%.

Pentru a argumenta necesitatea aplicării măsurilor de profilaxie primară și secundară, programelor de sănătate pentru îmbunătățirea serviciilor preventive, precum și cu scopul de ajuta populația să identifice factorii de risc, cât și producerea de informație pentru lămurirea legăturilor dintre comportamentul individual și sănătate, mobilizarea comunității pentru adoptarea unui stil de viață sănătos, este important de a studia factorii de risc ai mediului ambiant.

Pentru a constata prezența lor la pacienții cu HTA a fost efectuată ancheta epidemiologică pe lotul de studiu, privitor la următorii factori de risc: fumatul, consumul excesiv de cafea și alcool, alimentația neechilibrată, hipodinamia și stresul.

Din datele obținute, rezultă că din lotul general de studiu 69 sau 31,4% din bolnavi sunt fumători, toți de genul masculin iar 151 sau 68,6% din bolnavi sunt nefumători (fig.7).

Conform datelor din literatura de specialitate, fumatul este un factor de risc moderat în etiologia HTA, dar important, însă în asociere cu alți factori ca diabetul zaharat, obezitatea, etc., devine de câteva ori mai mare [5].

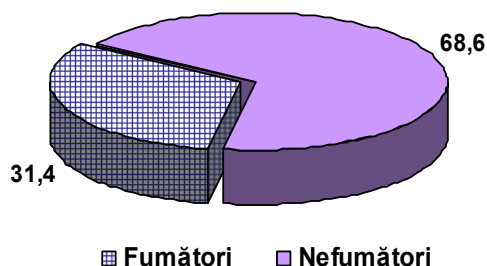


Fig. 7 Structura bolnavilor cu HTA în funcție de practicarea fumatului (%)

Un alt factor de risc în HTA este considerat consumul excesiv de cafea, ce constituie un risc moderat în debutul HTA, în timp ce consumul relativ zilnic, în cantități mici, se consideră un factor de protecție moderat pentru un accident vascular cerebral [5].

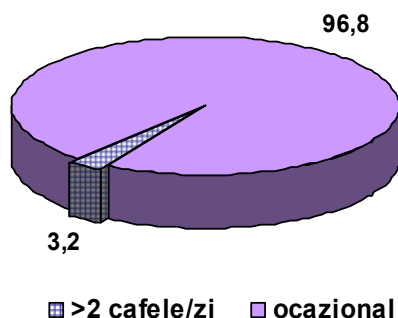


Fig. 8 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de consumul de cafea (%)

Conform datelor obținute, din numărul total de bolnavi cu HTA din lotul de studiu, numai 7 (3,2%) bolnavi consumă mai mult de 2 cafele pe zi, iar 213 (96,8%) bolnavi consumă cafea ocazional (fig.8).

Consumul excesiv de alcool este un factor moderat sau redus în debutul HTA dar în asociere cu alți factori de risc, ca diabetul zaharat riscul de HTA crește de 3-4 ori.

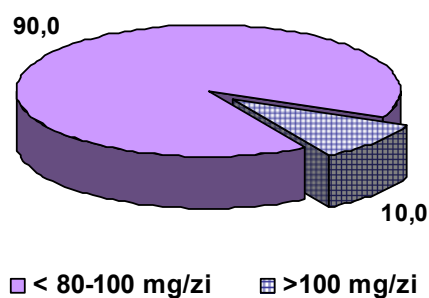


Fig. 9 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de consumul de alcool (%)

Conform datelor obținute în studiul dat, din totalul de bolnavi incluși în studiu 22 (10,0%) bolnavi consumă alcool >100 mg/zi și 198 (90,0%) bolnavi consumă alcool <80-100 mg/zi (fig. 9).

Unele studii științifice au demonstrat corelația dintre alimentația neechilibrată (îndeosebi consumul excesiv de grăsimi) și diverse boli somatice. În studiul nostru s-a încercat de a determina prin ancheta epidemiologică preferințele alimentare ale pacienților cu HTA.

Distribuția bolnavilor după preferințele alimentare este prezentată în figura 10.

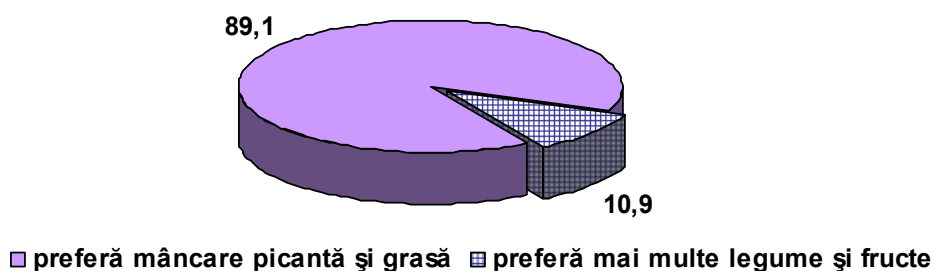


Fig. 10 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de preferințele alimentare (%)

Din datele deținute, privitor la alimentația pacienților relevă că o bună majoritate din ei, 196 sau 89,1%, preferă mâncare picantă și grasă și doar 24 (10,9%) din bolnavi preferă mai multe legume și fructe. Totodată, conform studiului efectuat de OMS, întrebuințarea legumelor și fructelor în alimentația zilnică, aproximativ 60% din rația zilnică, constituie un factor protector pentru BCV [5].

Efortul fizic mai redus din activitățile curente și cele ocupaționale, precum și mersul mai puțin pe jos – însoțit de supraalimentație și obezitate favorizează obișnuința sedentarismului și majorarea nivelului incidenței BCV. În studiul nostru am efectuat distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de activitatea fizică (Fig. 11).

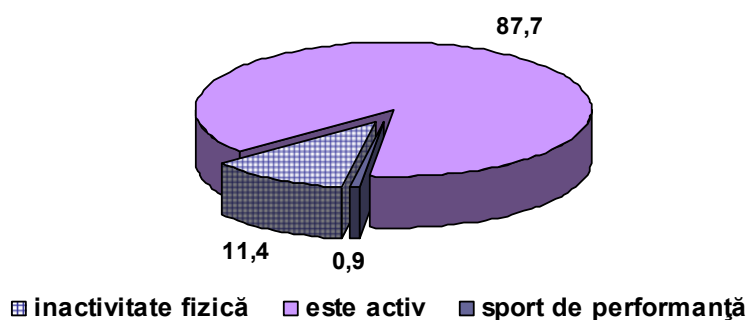


Fig. 11 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de activitatea fizică (%)

În acest context, este de menționat că din lotul general de studiu la 25 (11,4%) bolnavi efortul fizic zilnic este redus (mai puțin de 30 min./24 ore), 193 (87,7%) bolnavi susțin că duc un mod activ de trai și doar 2 (0,9%) bolnavi susțin că practică sau au practicat sport de performanță.

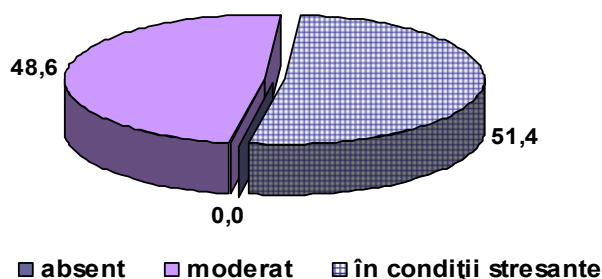


Fig. 12 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de nivelul stresului (%)

În ultimul timp se subliniază rolul crescând al stresului în etiologia HTA și al altor afecțiuni nontransmisibile. Conform datelor studiului realizat, din lotul general, 113 sau 51,4% din bolnavi, trăiesc în condiții stresante, la 107 (48,6%) bolnavi stresul este moderat și la nici un bolnav nu s-a înregistrat lipsa stresului. Iar din bolnavi care trăiesc în condiții stresante constituie 64 (56,6%) femei și 49 (43,4%) bărbați.

Prezintă interes clasificarea bolnavilor cu HTA după nivelul stresului în funcție de mediul de trai, urban sau rural, deoarece sunt medii diferite, cu diferite activități ocupaționale și condiții de trai. S-a constatat că o pondere mai înaltă a bolnavilor cu HTA din mediul rural care trăiesc în condiții stresante - 56,6%, pe când ponderea celor din mediul urban constituie 43,4%.

Termenul „risc global” definește rezultatul global individual al acțiunii factorilor de risc în apariția evenimentelor coronariene fatale sau nefatale în următorii 10 ani.

Actualmente pentru prevenția riscului cardiovascular global sunt utilizate recomandările „Ghidului European pentru prevenția BCV din 2003”. Ghidul de prevenție recomandă utilizarea sistemului SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Acest sistem presupune

pronosticarea evenimentelor cardiovasculare fatale în funcție de analiza următorilor factori de risc: vârsta, sexul, fumatul, HTA și hipercolesterolemia. Deoarece este vorba de evenimente cardiovasculare fatale, pragul pentru definirea riscului crescut este $\geq 5\%$ [2,3].

Dintre bolnavii cu HTA din lotul de studiu au fost selectați 161 bolnavi, cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 ani, pentru evaluarea riscului de evenimente cardiovasculare majore conform SCORE.

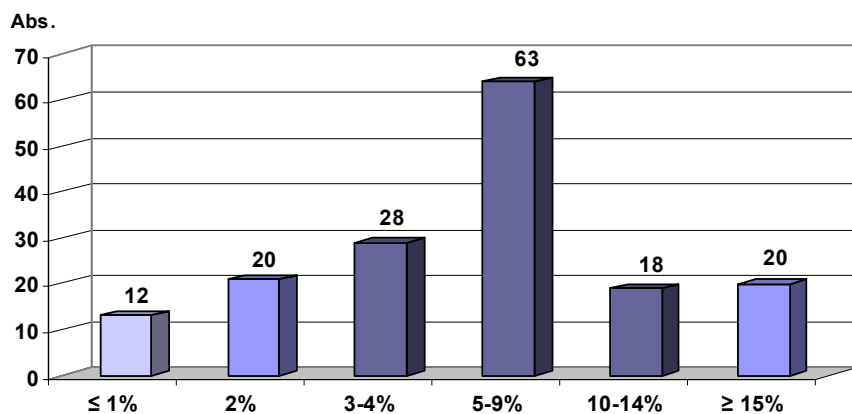


Fig. 13 Distribuția bolnavilor cu HTA în funcție de gradul riscului cardiovascular

În rezultatul analizei riscului de BCV fatală, conform diagramei SCORE s-a constatat că pentru 101 de pacienți ce constituie 62,7%, riscul s-a dovedit a fi înalt ($\geq 5\%$), iar pentru 60 (37,3%) din pacienți a fost apreciat un risc scăzut ($<5\%$) de dezvoltare a BCV fatale în următorii 10 ani.

Prezintă interes repartizarea cazurilor în funcție de gradul riscului cardiovascular și sexul pacientului (fig.14). S-a constatat că, printre bărbați predomină riscul înalt (70,7%) de dezvoltare a BCV fatale, comparativ cu 29,3% la femei și invers, predominarea riscului scăzut de dezvoltare a BCV fatale la femei (87,1%) în comparație cu 12,9% la bărbați.

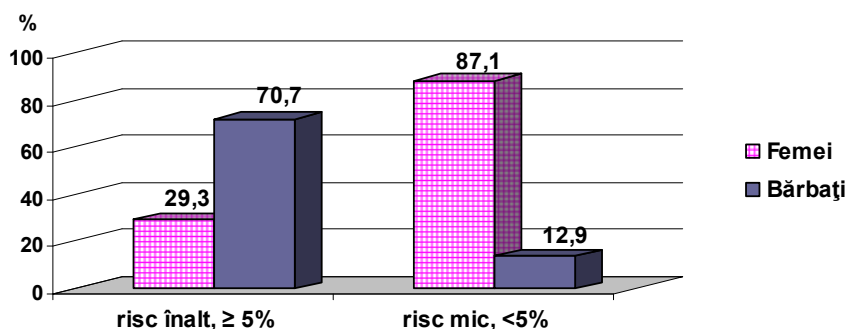


Fig. 14 Repartizarea cazurilor în funcție de gradul riscului cardiovascular și sexul pacientului (%)

Aprecierea riscului global și a cuantificării stării de risc reprezintă un deziderat al timpului care trebuie realizat nu numai la persoanele cu manifestări evidente de BCV dar și la persoanele aparent sănătoase care cumulează mai mulți factori de risc cardiovascular [3].

Concluzii

1. Frecvența de internare a bolnavilor cu HTA gr. III este mai mare datorită gravității bolii, apariției complicațiilor și a puseelor hipertensive agravate.
2. Din factorii de risc biologici pot fi considerați: factorul genetic (prezent la 60,5% din pacienți), persoanele cu vârsta între 50 – 64 ani (63,1%), grupa de sânge O(I) pozitiv (45,5%).
3. Din factorii de risc patologici, hipercolesterolemia constituie cea mai mare pondere la bolnavii cu HTA (55,5%), urmată de obezitate (50,9%) și diabetul zaharat (18,6%).

4. Din factorii de risc ai mediului ambiant predominanți pot fi considerați: alimentația neechilibrată – determinată la 89,1% din pacienții cu HTA, urmată de stres (51,4%). Fumatul este unicul factor depistat doar la bărbați (31,4%).
5. Estimarea riscului de BCV fatală, conform diagramei SCORE, pentru următorii 10 ani a constatat risc înalt ($\geq 5\%$) la 70,7% din bărbați și la 29,3% din femei.

Bibliografie

1. Butnaru D. Boli cardiovasculare: hipertensiunea arterială. [online], 2009. <http://www.romedic.ro/hipertensiunea-arterială/>.
2. Conroy R., Fitzgerald A., Sans C. și alții. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. În: European Heart Journal. Nr.24, 2003 p. 993-997.
3. Lighezan D., Cozma D., Lighezan R., Gaiță D. Hipertensiunea arterială esențială și riscul cardiovascular. [online], 2005.
4. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Factori de risc: alcoolul, HTA, obezitatea, fumatul, hipercolesterolemia. [online], 2009. <http://www.ms.md/public/policies/factori/>.
5. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Geneva, 2007, p. 16-21.