

curență a fost de 0,4%. Supurația postoperatorie a apărut la 5 pacienți și a necesitat drenaj; doar într-un singur caz, din cauza suprainfectării unui hematom, a fost necesară extragerea plasei după 3 săptămâni de la operație. Au mai fost 2 cazuri operate pentru hernie bilaterală, care s-au prezentat după 2 ani cu supurații ale regiunii inghinale, care au necesitat de asemenea extragerea protezelor (4).

Această tehnică permite repararea defectelor parietale și protejarea întregii arii inghinale, inclusiv a canalului femural. Este foarte ușor de aplicat la pacienții, care au recidivă herniară, după o tehnică deschisă cu abord anterior, nu are un preț de cost mare și este socotită mai sigură decât tehnica laparoscopică, oferind rezultate comparabile cu aceasta. Dacă repererele anatomice sunt inițial mai puțin familiare în acest abord, odată învățată, tehnica Kugel are și un alt beneficiu: o mai bună înțelegere a anatomiei regiunii inghinale și a mecanismelor, care favorizează sau se opun apariției herniei (3).

Pe lângă un risc scăzut de recidivă, utilizarea acestei tehnici cu anestezie locală, rahidiană sau epidurală, este urmată de o spitalizare și o perioadă de recuperare redusă.

### Concluzii

O privire de ansamblu asupra rezultatelor studiilor efectuate privind tratamentul chirurgical al herniilor inghinale, a arătat tendința continuă de optimizare. Cele mai noi modificări în chirurgia deschisă au constat în îmbunătățirea protezelor și plasarea lor în spațiul preperitoneal. Deși tratamentul laparoscopic al herniilor a fost urmat la începutul anilor 90 de cea mai mică rată de recidivă și de o întoarcere rapidă la activitatea cotidiană, acum, la începutul secolului 21, aceste rezultate au fost egale de chirurgia deschisă prin folosirea

proceelor alloplastice. Se pare că cele mai bune rezultate postoperatorii, se obțin prin standardizarea tehnicii operatorii odată cu câștigarea experienței.

Rămâne la alegerea chirurgului procedeul de utilizat în repararea unui defect parietal inghinal, el trebuind să țină cont de: particularitățile cazului, experiența proprie, complicațiile posibile, costurile operatorii și de rezultatele comunicate în literatura de specialitate referitoare la tehnica aleasă.

### Bibliografie

1. Hernia Triallist Colaboration Repair of groin hernias with synthetic mesh: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg.* 2002;235:322-32.
2. Rutkow I, Robbins A. "Tension-Free" inguinal herniorrhaphy: a preliminary report on the mesh-plug technique. *Surgery.* 1993;114:3-8.
3. Kugel RD. Minimally invasive non-laparoscopic preperitoneal and sutureless inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg.* 1999;178:298-302.
4. Hernia Repair. *Surg Clin N Amer.* 2003;83:5.
5. Voyles CR, Hamilton BJ. Meta-analysis of laparoscopic inguinal hernia trials favors open hernia repair with preperitoneal prosthesis. *Am J Surg.* 2002;184:6-10.
6. Gavrilaș F, Oprea V. Elemente de chirurgie în hernia inghino-femurală. Cluj-Napoca: Oelty. 2002.
7. Sabău D, Oprescu S, Iordache N, ș.a. Chirurgia deschisă, miniinvasivă și laparoscopică a defectelor parietale abdominale. București: Editura Medicală. 2000.
8. Corcione Francesco. New procedures in open hernia surgery. Springer-Verlag France. 2004;64-65.

### Viorel Istrate

Spitalul clinic al Ministerului Sănătății

Chișinău, str. A. Pușkin, 51

E-mail: n\_gheorghe@mail.ro

Recepționat 16.04.2010

## Populația vârstnică - problemă de sănătate publică

D. Tintiu, A. Negară, T. Grejdian, N. Blaja-Lisnic, A. Lavric, L. Margine

Catedra Sănătate Publică și Management, USMF „Nicolae Testemițanu”

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova

### Elderly People – Concern of Public Health

Demographic aging is an irreversible historical process, affecting the entire population both through conditionalities and its many consequences. Currently, the age group with the highest growth rate is considered to be 80 years and older. This process is not due to "population aging", but instead it is the result of the region's depopulation and the reduction of the younger generations resulting from declining birth rates and maintaining high levels of infant mortality and high levels of emigration of women of reproductive age, mostly from rural areas.

**Key words:** aging, demography, public health.

### Пожилые люди - проблема общественного здравоохранения

Старение населения – это исторический и необратимый процесс, затрагивающий всё население, как напрямую, так и через свои многочисленные последствия. В настоящее время возрастная группа с наиболее высокими темпами роста считается от 80 лет, что обусловлено не «старением населения», а депопуляцией населения, сокращением доли молодого поколения из-за снижения рождаемости и поддержания высокого уровня детской смертности в регионе, а также высокого уровня эмиграции среди женщин репродуктивного возраста, в основном из сельских районов.

**Ключевые слова:** старение, демография, здравоохранение.

În cadrul planurilor naționale de asigurare a serviciilor de sănătate, elaborarea și fundamentarea programelor de sănătate, planificarea resurselor și optimizarea rețelei sanitare, cunoașterea reală a stării de sănătate a populației în diferite grupe de vârstă și sex dețin un rol primordial. În acest sens, este necesară organizarea și desfășurarea cercetărilor științifice de studiere a stării sănătății diferitor categorii de populație.

Totodată, studiile demografice din ultimii ani evidențiază schimbări esențiale în structura demografică a populației. Acest important fenomen demografic se datorează modificărilor înregistrate de evoluția principalilor indicatori demografici: natalitatea și mortalitatea, caracterizați printr-o tendință constantă de scădere a natalității și fertilității, pe de o parte, și prin reducerea mortalității generale (dar mai ales a mortalității infantile, a copiilor și adulților tineri), pe de altă parte, fenomen cunoscut sub denumirea de „tranzacție demografică”.

Îmbătrânirea demografică este un proces istoric, ireversibil, care afectează întreaga populație, atât prin condiționările existente, cât și prin multiplele sale consecințe. Procesul de îmbătrânire a populației se datorează îndeosebi scăderii natalității, îmbătrânirea „de bază” și mai puțin creșterii duratei medii a vieții, îmbătrânirea „de vârf”, noțiunile referindu-se la baza și vârful piramidei vârstelor. Asistăm deci, astăzi, mai ales în țările avansate, la fenomenul spectaculos al „răsturnării piramidei vârstelor”.

Fenomenul este datorat:

- creșterii numărului absolut al populației vârstnice și a ponderii ei în populația totală;
- scăderii natalității;
- creșterii speranței de viață;
- ritmului de creștere al acestei categorii, mai mare ca al populației generale (dacă în 1990 populația vârstnică reprezenta 4% din întreaga populație a țărilor în curs de dezvoltare și 12% - în țările dezvoltate, în anul 2005 - 18% din populație, iar în anul 2020 - 22%).

Grupa de vârstă cu cel mai mare ritm de creștere este considerată cea de 80 de ani și peste.

Îmbătrânirea este un proces sau un cumul de procese de involuție somatică și funcțională ireversibile, esențial individuale și nu globale.

Există diferențe între țări privind vârsta legală de pensionare, precum și (după unii) considerarea începutului vârstei a III-a, atât pentru sexul feminin, cât și masculin.

Longevitatea se obține numai dacă există și se menține o „stare de bine” a individului. Acest lucru este realizat numai în familie și de către familie, care are obligația menținerii unui climat, atât de dorit, de benefic și meritat, celor pe care îi prețuim pentru ceea ce au fost și sunt, părinții și bunicii sau străbunicii noștri.

Este cunoscut faptul, că armonia vieții de familie, genera-toare de satisfacții și realizări, este unul dintre factorii psiho-sociali cu rol sanogenetic și unul dintre elementele cheie, ce influențează favorabil durata vieții. Longevitatea, în forma ei activă, nu ni se oferă, ci trebuie cucerită; a ști să o cucerești, a ști să îmbătrânești, este deopotrivă o știință și o artă, iar secretul acestei reușite este viață activă, în mijlocul familiei.

Starea de sănătate a populației de vârsta a treia este direct influențată de bunăstarea socială.

În ultimul deceniu, în determinarea stării de sănătate a vârstnicului, se insistă tot mai mult pe metode epidemiologice și pe autoevaluarea stării de sănătate. Autoevaluarea se bazează pe capacitatea individului de a-și evalua singur starea funcțională și raportul dependență/independență în legătură cu activitatea vieții zilnice.

O stare bună de sănătate, pe parcursul întregii vieți, este elementul determinant al unei bătrânețe sănătoase, satisfăcătoare.

Evoluția morbidității generale și specifice, precum și a morbidității la persoanele de vârsta a III-a sunt mult influențate de o serie de factori socio-economici: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinței sau locuința improprie nevoilor specifice vârstei, dependența socio-financiară, lipsa afecțiunii din partea celor dragi, lipsa înțelegerii, toleranței, pierderea oricărui țel, a unui sens în viață, depresia, etc.

Consecințele fenomenului de îmbătrânire a populației pot fi:

1. demografice:

- creșterea numărului populației vârstnice;
- creșterea numărului familiilor fără copii și cu persoane vârstnice.

2. medicale:

- polimorbiditate;
- creșterea consumului medical (Organizația Mondială a Sănătății consideră că doar 10% din tineri manifestă afecțiune pentru bătrâni și doar 2% din vârstnici sunt sănătoși).

3. sociale

- pierderea autonomiei;
- incapacitate funcțională parțială sau totală, de unde nevoia de servicii sociale adecvate.

Fenomenul de îmbătrânire este asociat cu creșterea morbidității, în special cu alură cronică, cu incapacitate de muncă fizică, ce au o durată din ce în ce mai lungă, terminând cu dependența familială și socială, dependența însemnând ajutorul necesar chiar și în activitățile de bază ale vieții cotidiene: igiena personală, deplasarea (chiar și în incinta locuinței), îmbrăcatul-dezbrăcatul, alimentația, igiena și salubritatea în locuința proprie.

Datorită duratei medii de viață mai mare cu 6-8 ani la sexul feminin față de cel masculin, femeile vârstnice reprezintă o pondere mare a acestei subpopulații, cu o situație și mai grea decât a bătrânilor, datorită unor cauze social-economice și medicale cum ar fi: pensiile mai mici, procent mult mai mare de văduve, pondere mai mare de boli cronice cu incapacitate de muncă, dependență socială.

Aceste consecințe ale îmbătrânirii populației, impun gândirea și aplicarea unor strategii pe termen mediu și lung care să vizeze:

1. organizarea de rețele de servicii comunitare ambulatorii de îngrijire și ocrotire a vârstnicilor la domiciliu (centre de îngrijire de zi, de noapte, de asistență medico-socială la domiciliu, de asistență socială specifică vârstnicului, unități ambulatorii sau rețea de asistență terminală);

2. organizarea de instituții de îngrijire pe termen lung, unde să se acorde asistență socială (case de retragere pentru pensionari, pentru bătrâni), sau socio-medicală, pentru persoane cu afecțiuni cronice dependente (cămin-spital pentru bolnavi cronici sau unități pentru afecțiuni psihice). În țările Europei de Vest, numai 20% din vârstnici sunt internați în acest tip de unități, restul sunt îngrijiți în familie sau la propriul lor domiciliu.

3. realizarea unor programe de screening pentru identificarea vârstnicilor, care pot să rămână la domiciliu, integrați în familiile lor, precum și a celor care trebuie îngrijiți în Instituții speciale Rezidențiale;

4. facilități comunitare pentru familiile, care au în îngrijire vârstnici cu probleme sociale/socio-medice.

Sarcinile Instituțiilor Sociale, care oferă servicii destinate populației vârstnice sunt:

1. îngrijirile trebuie să fie de tip „întrerupt”, în sensul că aceste îngrijiri trebuie acordate sub aspectul procurării hranei, asigurării ajutorului în menaj, a ajutorului în toaleta zilnică și nu preluarea în totalitate a sarcinilor persoanelor vârstnice;

2. stimularea materială pentru persoanele sau familiile, care au în îngrijirea lor vârstnici la domiciliu;

3. îngrijiri de tip „nursing”, realizate de cadre cu pregătire medicală medie, care se deplasează la domiciliul vârstnicului, asigurându-i asistență medicală și socială;

4. integrarea vârstnicului în viața comunității și stimularea implicării lui.

### Concluzii

În societatea contemporană, se înregistrează o tendință de creștere a numărului de familii nucleare compuse numai din soț – soție și copii a familiilor monoparentale și scăderea numărului de familii lărgite pe verticală sau orizontală sau pe ambele sensuri, care cuprind și vârstnici (părinții cuplului, bunicii și rudele în vârstă, etc.).

E corect să vorbim nu de îmbătrânirea populației, deoarece nivelul duratei vieții este sub cel european mai pronunțat la

bărbați, ci să vorbim de declinul demografic prin depopularea regiunii și reducerea ponderii generațiilor tinere, generate de scăderea natalității și menținerea nivelului înalt al mortalității infantile, precum și nivelul sporit al emigrării populației feminine de vârstă reproductivă, preponderent din mediul rural.

Moldova are nevoie de politici demografice coerente pentru a preveni deșertul demografic și a ieși din declinul economic. Este recunoscut faptul, că fenomenul sărăciei se localizează acolo, unde nivelul de educație este scăzut.

Promovarea creșterii ocupării forței de muncă ar permite acumularea finanțelor publice sustenabile, necesare pentru garantarea pensiilor, serviciilor de sănătate și îngrijirilor adecvate pe termen lung.

Prin Hotărârea de Guvern nr.126 din 07.02.2007 a fost instituită Comisia Națională pentru Populație și Dezvoltare și prin Hotărârea de Guvern nr. 471/2007 a fost aprobat Planul de Acțiuni Urgente în domeniul Demografic.

Dar aflându-ne în fața unei noi realități demografice, la care trebuie să ne adaptăm și în baza căreia trebuie să acționăm, este necesar ca aceste politici să fie justificate științific și susținute financiar, întrucât dinamica populației este complexă și eventualele erori pot fi costisitoare și dramatice pentru generațiile viitoare.

### Bibliografie

1. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”. 2002;274.
2. Duda Rene. Gerontologie medico-socială. Iași: Junimea. 1983;185.
3. Enăchescu D, Marcu GrM. Sănătate Publică și Management sanitar. București: All. 1995;320.
4. Melnic B. Omul. Geneza existenței umane. Chișinău, 1998;220.
5. Duda Rene. Sănătate Publică și Management. Iași: Moldtip. 1996;220.

**Dumitru Tintiuc, dr. h., profesor**  
*Catedra Sănătate Publică și Management*  
*USMF „Nicolae Testemițanu”*  
*Bd Ștefan cel Mare, 194*  
*Tel.: 205248*  
*E-mail: sanuspublic@mednet.md*

**Recepționat 16.04.2010**