

acordarea asistenței medicale. Conform timpului de adresare a femeilor după ajutor medical opinia medicilor de familie a fost structurată în felul următor: de urgență se adresează în 23,3% din cazuri, cele mai multe femei se adresează în primele 2-3 zile după actul de violență – 45,1%, mai târziu de 3 zile se adresează pentru acordarea asistenței medicale 23,1% din femeile abuzate.

Implicarea instituțiilor responsabile de prevenirea și protecția victimelor violenței în familie are un rol foarte important în eradicarea acestui flagel (tabelul 3). Conform legislației în vigoare, fiecare specialist ce are tangențe cu cazurile de violență în familie este obligat să întreprindă măsuri pentru a preveni sau a acorda ajutor persoanelor afectate de violența domestică. În rezultatul interviului, am determinat că medicii de familie folosesc următoarele măsuri de profilaxie, pentru a preveni violența domestică: convorbiri individuale cu victimele acestui flagel în proporție de 26,8%; 25,9% din medici discută cu familiile în care persistă violența; lecții tematice sunt citite în proporție de 17,3%, asigurarea familiilor cu informație privitor la violența în familie și impactul asupra sănătății – 24,5%; 3,2% sunt măsuri întreprinse doar la adresarea femeilor supuse violenței domestice; un procent foarte mic primesc consultația psihologului (2,3%).

Tabelul 3

Responsabilitatea pentru prevenirea violenței domestice de diferite tipuri, conform opiniei medicilor de familie, %

| Tipuri de violență domestică | Responsabili | | | | | |
|------------------------------|--------------------|---------|---------------------|-------|-------|-------|
| | Medicii de familie | Poliția | Autoritățile locale | Soțul | Soția | Total |
| Fizică | 7,4 | 37,1 | 25,9 | 29,6 | - | 100 |
| Psihologică | 22,8 | 11,4 | 8,6 | 5,8 | 51,4 | 100 |
| Economică | 5,0 | - | 20,0 | 70,0 | - | 100 |
| Altele | 16,7 | 8,3 | 8,2 | 50,2 | 16,6 | 100 |

Sursa: calculele autorului

Concluzii. Printr-o cercetare selectivă, în baza chestionarului elaborat, au fost studiate unele aspecte sociale și psihologice ale violenței domestice în familiile rurale și cele urbane și opiniile medicilor de familie din Republica Moldova.

1. Cercetările au stabilit că în 26,2% din familiile urbane există violență, iar în condițiile rurale acest flagel persistă în proporție de 32,1%.

2. Rata violenței domestice este mai mare în regiunea Nord a republicii, comparativ cu regiunile Centru (24,6%) și Sud (18,5%).

3. Gradul de violență depinde de nivelul de trai al familiei: cu cât nivelul de trai este mai bun, cu atât mai puțin persistă violența domestică.

4. Au fost elucidate cele mai des întâlnite tipuri de violență domestică: fizică – 26,3%, psihologică – 38,9%, economică – 24,0%, sexuală și spirituală – 5,1% și 4,6%.

5. Cauzele violenței domestice, conform opiniei medicilor de familie, sunt: starea materială, stilul de viață al bărbatului, provocările soției și gelozia.

6. În rezultatul studiului s-a stabilit că responsabilitatea pentru prevenirea violenței domestice o poartă, în mare parte, soțul și soția, cu o cotă de 23,3% și, respectiv, 21,4%. Poliția și autoritățile locale poartă o responsabilitate în proporție de 17,2% și 17,1%, medicul de familie – 14,9%.

7. Pentru eficientizarea eradicării acestui flagel, medicul de familie conlucrează cu poliția, primăria, medici de alte specialități și cu organele juridice.

8. Au fost elucidate și unele cauze ale neadresării la timp după ajutor a persoanelor abuzate: frica față de soț, starea materială precară, lipsa poliției de asigurare, indiferența față de sănătatea proprie.

Bibliografie

1. *Față în față.* Centrul de asistență și protecție a victimelor violenței, Chișinău, 2001.

2. *Strategia națională în domeniul prevenirii și combaterii fenomenului violenței în familie.* În: Monitorul Oficial al României, nr. 678 din 28.06.2005.

3. *Violența domestică și asistența medicală.* Traducere din engleză de Vivia Dolores-Săndulescu, Chișinău, 2003.

4. *Legea nr. 45/2007 pentru prevenirea și combaterea violenței în familie.* Republica Moldova, 2007.

Prezentat la 27.06.2013

Diana Vizitiu

Tel.: 079620570

EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A ADULȚILOR CU CIROZE HEPATICE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Larisa SOLOMON¹, Larisa SPINEI²,

¹Centrul Național de Management în Sănătate;

²Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF N. Testemițanu

Summary

The health of adults with cirrhosis of the Republic of Moldova

The research was based on the official statistics of the National Center for Health Management for the years 1998-2011 on morbidity (incidence, prevalence), disability and mortality in adult population with liver cirrhosis of Moldova. Data were analyzed according to: type of residence: rural and urban per person – by sex, age, place of death, of time – years 1998-2011. During the reporting period the incidence rate increased 1.6 times, while the prevalence rate shows an increase of 1.6 times and amounted in 2011 to 370.3 cases

per 100 000 adults compared with the year 1998 to 228.3 cases. Increasing incidence results in increased permanent incapacity to work caused by liver cirrhosis. During 1998-2011 there was an increasing trend, the increase was 1.6 times from 13.6 cases per 100 000 adults in 1998, up from 22.2 cases in 2011. Liver cirrhosis mortality rate increased 1.2 times, but particularly during the research annual oscillation is different. Rate of fatality for liver cirrhosis showed that of 100 patients with the liver cirrhosis in the 2011 year, practically every 4-rd patient dies.

Keywords: liver cirrhosis, adults, incidence, prevalence, invalidity, mortality, rate of fatality.

Introducere. Domeniul sănătății este unul dintre cele mai sensibile barometre ale vieții sociale. Dorința de ameliorare a stării de sănătate a populației este un obiectiv propus de aproape toate programele de guvernare, iar atingerea acestui deziderat impune măsuri care trebuie să aibă la bază o cunoaștere foarte bună a evoluției stării de sănătate.

Starea de sănătate a populației este măsurată astăzi prin mai multe metode, dar niciuna dintre aceste metode nu poate aprecia într-o manieră exhaustivă nivelul real al stării de sănătate a populației. Starea de sănătate pune probleme atât de definire, cât și de măsurare [1, 3].

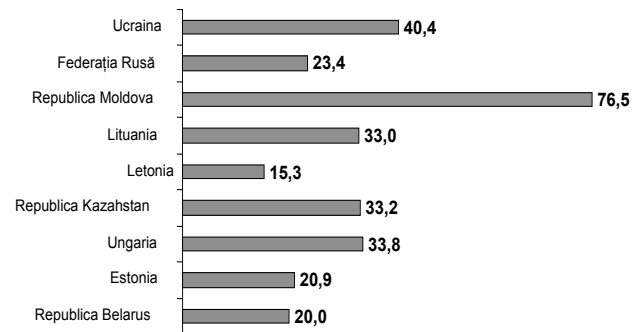
Dintre indicatorii care măsoară absența sănătății vom menționa **morbiditatea** (incidența, prevalența, morbiditatea cu incapacitatea temporară de muncă, morbiditatea spitalicească, morbiditatea individuală, morbiditatea succesivă) și **mortalitatea** (generală brută și standardizată, specifică, proporțională, infantilă) [2, 5].

Necesitatea evaluării sănătății populației adulte din Republica Moldova prin prisma cirozei hepatice a fost dictată de sporirea morbidității generale, invalidizării timpurii a persoanelor apte de muncă și mortalității prin această maladie în ultimii ani, fiind determinată ca problema sănătății publice.

După datele OMS, în anul 2008, numărul absolut al decedaților în lume a constituit 56888289 de persoane, dintre care 63,5% revin maladiilor nontransmisibile, 27,5% aparțin maladiilor transmisibile, condițiilor materne, perinatale și nutriționale, iar 9,1% sunt atribuite leziunilor. Din structura maladiilor nontransmisibile, cota majoră de 48% revine maladiilor aparatului cardiovascular, pe locul II s-au plasat neoplazmele maligne cu 21%, pe locul III – bolile aparatului respirator – 11,7%, iar locul IV aparține bolilor aparatului digestiv – 6,1% cazuri [6, 7, 8].

Tabloul descriptiv al anului 2008, după datele OMS, pentru țările-membre ale CSI: mortalitatea prin bolile aparatului digestiv prezintă 164401 de decese, dintre care cota majoră de 56,8% aparține cirozelor hepatice față de celelalte patologii, ulcerul peptic – 7,3%, apendicita – 1,4% și alte boli ale aparatului digestiv – 34,5%.

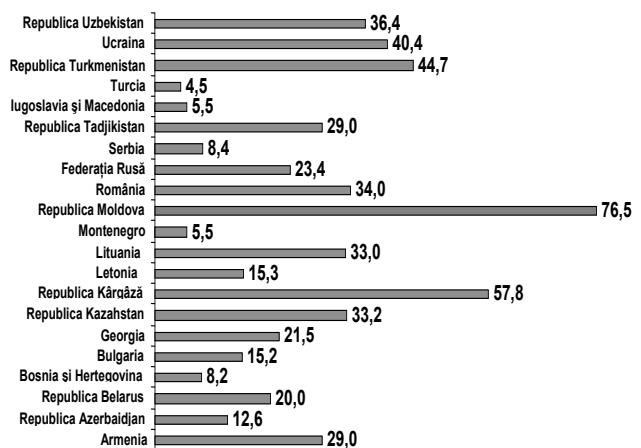
Este îngrijorător și faptul că Republica Moldova, în clasamentul OMS al țărilor Eur-C, după rata standardizată a mortalității din cauza cirozei hepatice ocupă primul loc (figura 1).



Sursa: Global Burden of Disease, WHO, 2011.

Figura 1. Rata standardizată a mortalității din cauza cirozei hepatice în Eur-C, după datele OMS, anul 2008 (la 100 mii locuitori)

Tot acest loc de frunte aparține Republicii Moldova și în clasamentul OMS al țărilor Regiunii Europene cu venituri mici și medii, după rata standardizată a mortalității din cauza cirozei hepatice (figura 2).



Sursa: Global Burden of Disease, WHO, 2011.

Figura 2. Rata standardizată a mortalității din cauza cirozei hepatice în țările Regiunii Europene cu venituri mici și medii, după datele OMS, anul 2008 (la 100 mii locuitori)

Pentru măsurarea poverii globale a bolii, identificarea și ierarhizarea problemelor de sănătate, evaluarea eficienței programelor de sănătate, analiza cost-eficienței intervențiilor în sănătate, în lume sunt utilizați următorii indicatori: **Anii potențiali de viață pierduți (APVP, eng. PYLL)**, **Anii de viață cu rectificare la dizabilitate (eng. DALY)** și **Anii de viață cu rectificarea calității vieții (eng. QALY)** [1, 3, 5].

APVP sunt o parte a demografiei potențiale, care are la bază „potențialul de viață” ca fiind „numărul de ani pe care o persoană, un grup de persoane sau o populație îl are de trăit între anumite vârste sau

până la sfârșitul vieții". Acești ani se pierd în cazul unui deces prematur. **Decesul prematur** este definit ca decesul care apare înaintea vârstei la care persoana s-ar fi așteptat să supraviețuiască, dacă ar fi făcut parte dintr-un model populațional cu o speranță de viață egală cu aceea a populației celei mai longevive din lume – populația Japoniei. Decesul prematur prezintă interes din punct de vedere al impactului asupra sănătății populației. Rolul impactului constă în reflectarea cauzelor de deces care afectează populația tânără, economic activă și care determină cele mai mari pierderi economice. Pierderile economice sunt rezultatul unor pierderi directe (persoana numai produce), dar și indirecte (dacă persoana este tânără, societatea nu mai recuperează investiția făcută pentru formarea, educarea ei). APVP este utilizat ca indicator de ierarhizare a cauzelor de deces. Acest indicator a fost inclus în categoria „indicatorilor sociali”, utilizabili în planificarea sanitară.

Un DALY reprezintă: un an de viață sănătoasă pierdut și cam 2/3 – mortalitatea și o 1/3 – incapacitatea PYLD (eng. *Potential Years Lived with Disability*). În anul 1993, Banca Mondială a creat indicatorul QALY, ce cuprinde anii de viață salvați și calitatea acestora [5].

Material și metode. A fost efectuat un studiu integral, în baza statisticii oficiale a Centrului Național de Management în Sănătate pentru anii 1998-2011 privind morbiditatea, invaliditatea și mortalitatea populației adulte din Republica Moldova din cauza cirozei hepatice [4]. Datele primare privind morbiditatea au fost colectate prin extragerea lor din formularele de evidență medicală statistică, *Forma 29-săn.* (privind bolnavii cu hepatite cronice și ciroze hepatice). Au fost studiate 121863 cazuri de îmbolnăvire prin ciroză hepatică la adulți, cu media anuală de îmbolnăvire de 8704,5 cazuri. Invaliditatea primară a fost analizată în baza *Raportului statistic nr. 27 a consiliului local de expertiză medicală a vitalității (CEMV)*, au fost studiate 8659 cazuri de invaliditate din cauza cirozei hepatice, cu media anuală de 618,5 cazuri. În scopul analizei mortalității, au fost studiate 44283 certificate de deces ale persoanelor decedate în urma cirozei hepatice, cu media anuală de 3163,1. Datele au fost analizate în funcție: de loc – Republica Moldova; mediu de reședință: rural sau urban; de persoană – după sex, vârstă, după locul de deces; de timp – anii 1998-2011.

Rezultate și discuții. În rezultatul analizei, am constatat stringența problemei cercetate în Republica Moldova. În ultimii ani, s-a înregistrat o tendință generală de sporire a morbidității prin ciroza hepatică. În perioada de referință, rata incidenței a crescut de 1,6 ori: în anul 1998 a constituit 39,0 cazuri la 100 mii adulți, față de 63,7 cazuri în anul 2011. Nivelul

prevalenței demonstrează, de asemenea, o creștere de 1,6 ori, în anul 2011 constituind 370,3 cazuri la 100 mii adulți, față de 228,3 cazuri în 1998 (figura 3).

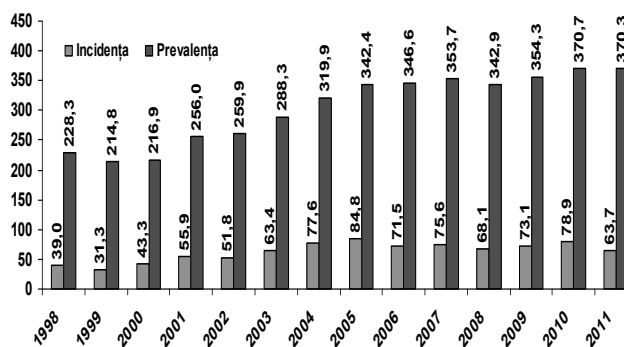


Figura 3. Evoluția morbidității prin ciroză hepatică în Republica Moldova, anii 1998-2011 (la 100 mii adulți)

Pentru a evidenția unele legități în evoluția incidenței prin ciroze hepatice, au fost analizate datele după mediul de reședință și zone economico-geografice. Analiza datelor a fost efectuată pentru perioada 2003-2011, reieșind din organigrama teritorial-administrativă a republicii (trecerea de la județe la raioane).

Așadar, rata incidenței prin ciroze hepatice în mediul urban a demonstrat o creștere maximă în anul 2005 – 32,6 cazuri la 100 mii adulți, dar la sfârșitul studiului, în anul 2011, s-a redus cu 11,8 cazuri, comparativ cu nivelul maxim. Prin urmare, nivelul incidenței în mediul urban este cu mult mai jos decât nivelul general al incidenței pe republică (figura 4).

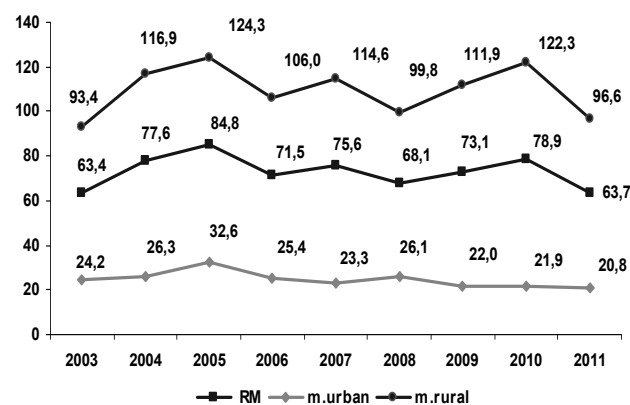


Figura 4. Evoluția incidenței cirozei hepatice în mediul urban și cel rural, comparativ cu incidența generală pe R. Moldova, anii 2003-2011 (la 100 mii adulți)

Rata incidenței prin ciroze hepatice în mediul rural, în perioada respectivă, demonstrează o creștere neuniformă a indicilor – de 1,03 ori, cu înregistrarea nivelului maxim în anul 2005 – 124,3 cazuri la 100 mii adulți. Analiza incidenței prin ciroze hepatice în zona rurală denotă aceeași legitate de variație a ei pe parcursul anilor 2003-2011, doar că rata ei este mai înaltă (figura 4).

Sporirea incidenței are ca urmare mărirea incapacității permanente de muncă, cauzate de cirozele hepatice. Pe parcursul cercetării, s-a observat o tendință de creștere de 1,6 ori – de la 13,6 cazuri la 100 mii adulți în anul 1998 până la 22,2 cazuri în anul 2011 (figura 5).

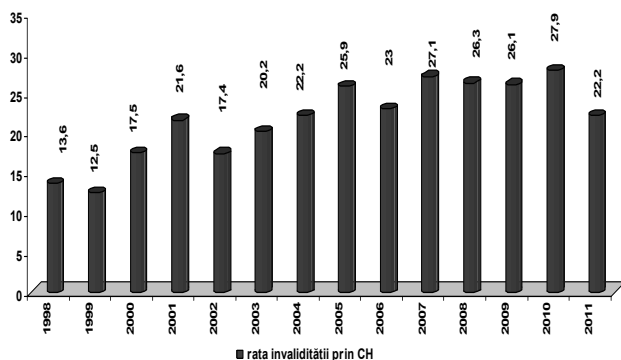


Figura 5. Evoluția frecvenței invalidității prin ciroze hepatice în Republica Moldova, 1998-2011 (la 100 mii adulți)

În anul 1998, numărul total al persoanelor recunoscute invalizi a constituit 20390 pe republică, dintre care 83,9% persoane în vârstă aptă de muncă. Datele prezentate ne alarmează, reieșind din faptul că persoanele date sunt excluse din sectorul economiei naționale (nu mai produc) și societatea nu recuperează investițiile făcute în formarea și educarea lor. Repartizarea după mediul de reședință a evidențiat predominarea mediului urban – 53,4% de cazuri, față de mediul rural – 46,6%. Repartiția invalizilor în funcție de sex indică o predominare a sexului masculin – 53,6%, față de cel feminin – 46,4%. Raportul bărbați/femei constituie 1,2:1.

Analizând 1261 de persoane cu grad de invaliditate din grupa bolilor aparatului digestiv, relatăm că în anul 1998 ponderea de 34,8% revine cirozei hepatice. Analiza fenomenului studiat, la începutul cercetării, a scos în evidență predominarea persoanelor din mediul rural – 55,6% din numărul total al invalizilor din cauza cirozei hepatice, față de 44,4% persoane din mediul urban.

Cercetarea structurii invalizilor din cauza cirozei hepatice în funcție de gradul reducerii vitalității a evidențiat că ponderea maximă a fost reprezentată de invalizii de grad accentuat (gr. II), care s-a structurat pe medii în modul următor: urban – 67,2%, rural – 72,1% (figura 6).

Analiza datelor anului 1998 privind persoanele recunoscute invalizi din cauza cirozei hepatice denotă că, preponderent, în mediul urban este afectată grupa de vârstă 40-49 ani – 34,9%, urmată de grupa 50-59 ani – 33,8%, 15,9% sunt înregistrate în grupa de vârstă 60 de ani și peste, grupei 30-39 ani îi revin 13,8% și în minoritate este prezentată grupa până la

29 de ani – 1,5%. Structura contingentului discutat în mediul rural, în funcție de vârstă, s-a dovedit a fi următoarea: este similar cu tabloul descris pentru mediul urban, cu cota majoră de 43,4% în grupa de vârstă 40-49 ani, urmată de vârsta 50-59 ani în 34,6% cazuri, grupei 30-39 ani îi revin 14,3%, grupei până la 29 de ani – 6,6% și în minoritate este prezentată grupa de vârstă 60 ani și peste – 4,4%.

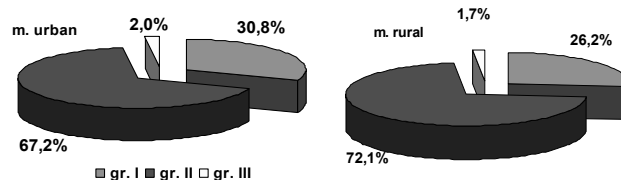


Figura 6. Repartizarea invalizilor din cauza cirozei hepatice după mediul de reședință și gradul reducerii vitalității, Republica Moldova, a. 1998

Privind analiza anului 2011, relatăm că numărul total al persoanelor recunoscute ca invalide s-a redus cu 37,8% și a constituit 12690 de persoane pe republică, dintre care 93,2% sunt persoane în vârstă aptă de muncă (majorarea cu 9,7% în 2011, față de anul 1998). Repartizarea după mediul de reședință a evidențiat predominarea mediului rural în 60,4% de cazuri, față de 39,6% în mediul urban, ceea ce, la fel, prezintă schimbări la acest capitol față de anul 1998.

Repartiția invalizilor în funcție de sex s-a păstrat și indică predominarea sexului masculin, cu cota de 59,3%, față de sexul feminin – 40,7%. Raportul bărbați/femei constituie respectiv 1,5:1.

Analizând 855 invalizi din grupa bolilor aparatului digestiv, relatăm că, în anul 2011, ponderea majoră de 73,5% revine cirozei hepatice, ce este în creștere față de anul 1998. Rata invalidității prin ciroze hepatice în anul 2011 s-a majorat cu 8,6 cazuri la 100 mii locuitori, față de anul 1998. La fel ca și în anul 1998, s-a păstrat predominarea persoanelor recunoscute ca invalide din cauza cirozei hepatice, din mediul rural. Această cotă este de 62,6% din numărul total al invalizilor din cauza cirozei hepatice, față de 37,4% din mediul urban. După gradul reducerii vitalității, persoanele recunoscute invalide din cauza cirozei hepatice, conform mediului de reședință, s-au structurat în modul următor: ponderea maximă a invalizilor cu grad accentuat (grupa II); în funcție de mediul de reședință nu se observă o diferență semnificativă în structurarea acestora. O excepție prezintă gradul mediu de reducere a vitalității (grupa III), cu o majorare în anul 2011 față de 1998.

Analiza persoanelor recunoscute invalide din cauza cirozei hepatice în anul 2011 denotă că, preponderent, în mediul urban și în cel rural este afectată grupa de vârstă 50-61 ani de sex masculin –

34,9% și 37,9% respectiv. Pe locul II s-a plasat grupa 40-49 ani, caracteristică mediului urban și celui rural; locul III revine grupei de vârstă 50-56 ani, sex feminin, indiferent de mediul de reședință. Locul IV – grupa de vârstă 30-39 ani în ambele medii de reședință. Pe locul V în mediul urban s-a plasat grupa de vârstă până la 29 ani, dar în mediul rural – grupa 57 ani și mai mulți, sexul feminin. Locul VI în mediul urban aparține bărbaților de vârstă 62 ani și mai mulți, dar în mediul rural tot pe această poziție este vârsta de până la 29 ani; locul VII în mediul urban îl ocupă femeile cu vârsta de 62 ani și mai mulți.

Odată cu creșterea morbidității, se constată și majorarea mortalității prin ciroze hepatice de 1,2 ori în perioada 1998-2011, însă în particular, oscilația anuală pe parcursul cercetării este diferită. Așadar, răspândirea minimă a fost înregistrată la începutul studiului, în anul 1998 – 82,7 cazuri la 100 mii adulți, iar răspândirea maximă, în anul 2005 – 130,8 cazuri (figura 7).

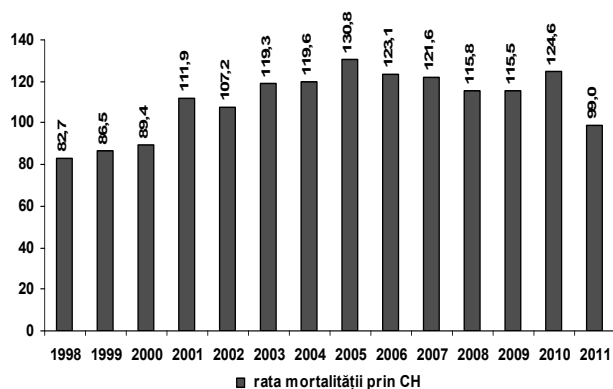


Figura 7. Evoluția mortalității prin ciroze hepatice în Republica Moldova, anii 1998-2011 (la 100 mii adulți)

Analiza fenomenului cercetat în anul 1998 a demonstrat că numărul total al decedaților în urma cirozei hepatice a fost de 2677 de persoane. După mediul de reședință, cota majoră revine satelor – 72,2%, iar mediului urban – 28,7%. Analiza după sexe a scos în evidență că ponderea sexului feminin constituie 54,2%, iar sexului masculin îi aparțin 45,8% cazuri. Raportul bărbați/femei în mediul urban este 1:1,1 (353/392 de persoane), în mediul rural acest raport este de 1:1,2 (873/1059). Din numărul total al decedaților supuși studiului, s-a evidențiat o afectare preponderentă pentru grupa de vârstă 60-64 ani – 45,1%, urmată de grupa de vârstă 65-69 ani – 16,2%, pe locul III s-a plasat grupa de 55-59 de ani – 12,5%. Ponderea maximă a decedaților de sex masculin și feminin aparține, la fel, grupei de 60-64 ani, 37,5% și 51,4%.

Pentru a determina impactul mortalității prin ciroze hepatice asupra sănătății populației, a fost calculat indicatorul Anii potențiali de viață pierduți

(APVP) pentru anii 1998 și 2011, după formula clasică. Din calculele efectuate, numărul anilor potențiali pierduți în urma decesului prematur din cauza cirozei hepatice pentru anul 1998 a constituit **25427,5 ani**.

Reieșind din APVP, poate fi calculat **numărul mediu de ani pierduți pentru un deces înaintea vârstei de 70 ani**. Decesul prematur este o valoare medie simplă care, cu cât este mai mare, evidențiază o frecvență mai mare a deceselor la vârsta tânără. Deci impactul social al decesului prematur este mai mare.

El se calculează făcând raport între numărul total de ani de viață pierduți și numărul de decese premature. Astfel, pentru a. 1998 acest indicator a constituit 13,7 ani. Calculul numărului mediu de ani de viață pierduți prin deces prematur pentru un deces prin ciroză hepatică a marcat cifra de 9,5 ani.

Un alt indicator caracteristic mortalității este **rata cazurilor de fatalitate** („case of fatality”), ce exprimă severitatea bolii. El reprezintă proporția de decese printr-o anumită cauză de boală care apar în masa bolnavilor cu boala respectivă într-o perioadă de timp (de obicei, 1 an). Este o rată ce se raportează la 100 de bolnavi cu boala respectivă. Calculând rata fatalității pentru ciroza hepatică, aflăm că din 100 bolnavi cu ciroze hepatice în anul 1998 au decedat 36,2%, adică fiecare al 2,8-lea bolnav.

Analiza anului 2011 a scos în evidență majorarea nivelului general pe republică a fenomenului studiat până la 99,0 cazuri la 100 mii locuitori, față de anul 1998. Eșantionul de cercetare reprezintă 2796 decedați în 2011. După mediul de reședință, cota majoră aparține decedaților din mediul rural – 71,8%, celor din mediul urban le revin respectiv 28,2% cazuri. Analiza după sex denotă predominarea sexului masculin, cu cota-parte de 51,7%, față de sexul feminin – 48,3%. Raportul bărbați/femei pe republică este 1,07:1 (1446/1350), în mediul rural – 1:1,003 (1002/1006 de persoane), iar în mediul urban această caracteristică este 1,3:1 (444/344). Reiese că în mediul rural decedează mai frecvent femeile, iar în mediul urban – bărbații.

Pentru analiza nivelului mortalității în urma cirozei hepatice în zona rurală a republicii, a fost efectuată clasificarea raioanelor pentru anul 2011, în funcție de rata mortalității, în cinci niveluri: *scăzut, submediu, mediu, peste mediu și înalt* (vezi tabelul).

Clasificarea raioanelor Republicii Moldova după rata mortalității de ciroze hepatice, a. 2011 (la 100 mii adulți)

| Rata mortalității | Nivel | Raioane |
|-------------------|----------|---|
| 46,72 – 64,71 | Scăzut | Donușeni, Sângerei, Soroca |
| 64,81 – 82,80 | Submediu | Basarabeasca, Briceni, Cahul, Căușeni, Comrat, Glodeni, Dubăsari, Florești, Râșcani |

| | | |
|-----------------|--------------|--|
| 82,90 – 100,89 | Mediu | Anenii-Noi, Cantemir, Criuleni, Cimișlia, Drochia, Edineț, Fălești, Leova, Ocnița, Ștefan-Vodă, Nisporeni, Taraclia, Ungheni |
| 100,99 – 118,99 | Înalt | Hâncești, Ialoveni, Ceadâr-Lunga, Rezina, Strășeni, Telenești, Vulcănești |
| 119,09 – 137,1 | Foarte înalt | Călărași, Orhei, Șoldănești |

Distribuția raioanelor după legitate pentru anul 2011 este prezentată astfel: majoritatea raioanelor fac parte din grupele raioanelor clasate cu nivele submediu (9) și mediu (13) ale ratei mortalității, iar în minoritate sunt prezentate grupe cu nivel scăzut (3), înalt (7) și foarte înalt (3).

După locul decesului în urma cirozei hepatice, în anul 2010 decedații au fost repartizați în modul următor: decedați în staționar – 29,9%, la domiciliu – 68,2%, în alt loc – 1,9%. Datele prezentate demonstrează că ponderea deceselor la domiciliu predomină. Aceasta se datorează evoluției rapide a procesului patologic și prezenței complicațiilor severe, așa ca: hemoragia din varicele esofagiene, insuficiența hepatică progresivă, sindromul hepatorenal, hipersplenism, transformarea malignă etc. Vârsta medie a persoanelor decedate în urma cirozei hepatice în anul 2011 pe republică este de 60,82 ani. În mediul urban a fost de 59,18 ani, respectiv pentru bărbați 57,73 ani și pentru femei – 61,05 ani. Acest indice pentru mediul rural este de 61,46 ani în general, pentru bărbați 59,55 ani și pentru femei – 63,36 ani respectiv.

În anul 2011, cea mai mică vârstă medie a persoanei decedate în urma cirozei hepatice în mediul urban a fost de 44,0 ani și este caracteristică raionului Ștefan-Vodă, iar mediului rural – pentru raionul Basarabeasca (55,56 ani respectiv). Totodată, cea mai mare vârstă medie a persoanei decedate în mediul urban a fost de 70,29 ani și este caracteristic raionului Drochia. În mediul rural acest indice este mai mic (70,11 ani) și tot aparține raionului Drochia. Ponderea maximă a decedaților de sex masculin și feminin aparține grupei de vârstă de 50-59 ani – 455/342 persoane respectiv, anume persoanelor în vârstă aptă de muncă.

La finalizarea studiului, în anul 2011, analogic anului 1998 a fost calculat indicatorul APVP, după formula clasică. Din calculele efectuate, numărul anilor potențiali pierduți în urma decesului prematur din cauza cirozei hepatice pentru anul 2011 a constituit 30187,5 ani. Reieșind din APVP, a fost calculat și **numărul mediu de ani pierduți pentru un deces înaintea vârstei de 70 ani**, pentru anul 2011 cifra calculată fiind de 14,6 ani. Calculul numărului mediu de ani de viață pierduți prin deces prematur pentru un deces prin ciroză hepatică în anul 2011 a consti-

tuit 10,8 ani. Calculând rata fatalității pentru ciroza hepatică, constatăm că din 100 bolnavi cu ciroze hepatice, în 2011 au decedat 26,7%, adică fiecare al 4-lea (3,8) bolnav.

Concluzii

1. Cirozele hepatice sunt o problemă stringentă pentru Republica Moldova, reieșind din faptul că ele sunt printre principalele cauze ale morbidității generale, invalidizării persoanelor apte de muncă și mortalității generale. Ratele incidenței și ale prevalenței demonstrează o creștere de 1,6 ori.

2. Sporirea incidenței are ca urmare mărirea incapacității permanente de muncă, cauzate de ciroze hepatice. Pe parcursul anilor 1998-2011, s-a observat o tendință de creștere de 1,6 ori – de la 13,6 cazuri la 100 mii adulți în anul 1998 până la 22,2 cazuri în 2011. Repartizarea după mediul de reședință a evidențiat predominarea mediului urban; în funcție de sex se vede o predominare a sexului masculin. În funcție de gradul reducerii vitalității, s-a evidențiat ponderea maximă de invalizi de grad accentuat (gr. II) și în vârstă aptă de muncă.

3. Rata mortalității, de asemenea, prezintă o creștere de 1,2 ori – de la 82,7 în anul 1998 la 99,0 cazuri la 100 mii adulți în anul 2011. După mediul de reședință, cota majoră aparține decedaților în mediul rural. După sex, în anul 1998 decedează mai frecvent femeile, versus sexul masculin în anul 2011. După locul decesului, decedații la domiciliu prezintă cota majoră. Vârsta medie a persoanei decedate în anul 2011 este de 60,82 ani. Ponderea maximă a decedaților aparține persoanelor în vârstă aptă de muncă. Numărul anilor potențiali pierduți în urma decesului prematur din cauza cirozei hepatice pentru anul 2011 a constituit **30187,5 ani** și prezintă o tendință de creștere cu **4060 ani** față de 1998. **Numărul mediu de ani pierduți pentru un deces înaintea vârstei de 70 ani** este în creștere și constituie 0,9 ani, de la 13,7 ani în anul 1998 până la 14,6 ani în 2011. Și **numărul mediu de ani de viață pierduți prin deces prematur pentru un deces prin ciroza hepatică** a crescut cu 1,3 ani (de la 9,5 în anul 1998 până la 10,8 ani în 2011). Calculând **rata fatalității**, constatăm că din 100 bolnavi cu ciroză hepatică, în anul 2011 practic fiecare al 4-lea bolnav decedează, iar în anul 1998 deceda fiecare al 3-lea bolnav.

Bibliografie

- Zanoschi Georgeta. *Sănătate Publică și Management Sanitar*. Iași: EDIT DAN, 2003, p. 12-18, 26-31.
- Marcu Aurelia, Marcu G. M., Vitcu Anca-Gabriela. *Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate publică*. București, 2002, p. 34-35, p. 124-142, p. 178-179.
- Promovarea sănătății și educație pentru sănătate*. Școala Națională de Sănătate Publică și Management. București: Editura PUBLIC H PRESS, 2006, p. 7-17.

4. *Sănătatea Publică în Moldova*. Anuar statistic, aa. 2000-2009. Centrul Național de Management în Sănătate. Chișinău.
5. Vladescu Cristian. *Sănătatea Publică și Management Sanitar*. București: Cartea Universitară, 2004, p. 78.
6. *Мировая статистика здравоохранения, 2009 год*. ВОЗ, 2009, с. 150-151.
7. Web Site-ul Organizației Mondiale a Sănătății, www.who.int
8. Bazele de date on-line OMS disponibile pe: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html

Prezentat la 06.12.2012

Larisa Solomon,

colaborator științific CNMS

tel.: 069630779; 022227826

e-mail: solomonlarisa@gmail.ru

MORTALITATEA PRIN MALADIILE PRIORITARE NETRANSMISIBILE ÎN POPULAȚIA REPUBLICII MOLDOVA

**M. PALANCIUC, Z. COBĂLEANU, M. PLOPA,
O. RABOVILA, C. MEREUȚĂ, S. TODERAȘ,**
IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

The population mortality through the main nontransmissible diseases in the Republic of Moldova

It is analyzed the population mortality through the main causes of death. Mortality rate, during the first 5 years of reference, indicates a fluctuating trend (1175,2‰ – 2008; 1181,8‰ – 2009), followed by an increase up to 1224,9‰ – 2010 and then a decrease down to 1102‰ in 2011 and again an increase up to 111,4‰ in 2012).

The municipal mortality rate is much lower than the republican average, while in districts – is higher. The analysis shows that during the estimated period the mortality rate of cardiovascular diseases is maintained on the first place. On the second place are malignant tumors followed by digestive diseases and on the fourth place are traumas and poisonings.

Keywords: mortality, cause of death, disease.

Резюме

Смертность от приоритетных не передающихся заболеваний в Республике Молдова

В статье анализируется смертность по основным причинам. Уровень смертности за последние 5 лет колебался: 1175,2‰ – в 2008; 1181,8‰ – в 2009, 1224,9‰ – в 2010, 1102‰ – в 2011 и 111,4‰ – в 2012 году. Смертность на уровне муниципалитетов ниже среднего по республике, а в районах – выше.

Анализ показал, что в исследуемый период частота смертности от сердечно-сосудистой патологии на первом месте. На втором месте находятся злокачественные новообразования, затем заболевания органов пищеварения и на четвертом месте – травмы и отравления.

Ключевые слова: смертность, причины смерти, болезни.

Introducere. Mortalitatea este componenta negativă a mișcării naturale a populației. Studiul acestui fenomen este actual și capătă amploare mai cu seamă la începutul secolului XXI, deoarece el ne arată starea de sănătate a populației [1, 2, 3]. Actualitatea acestei cercetări constă și în faptul că fenomenele demografice, în aspectul mișcării naturale, sunt în funcție directă de nivelul indicatorului înaintat în studiu, demonstrând importanța prin faptul că:

- mortalitatea reprezintă un fenomen demografic cu implicații în creșterea numerică a populației și în structura pe vârste a populației, în realizarea unui echilibru în structura populației pe grupe de vârstă și este utilizat în măsurarea stării de sănătate a populației;
- permite identificarea de obiective în cadrul problemelor de sănătate;
- servește la procesul de planificare sanitară a resurselor;
- permite evaluarea eficacității activității sistemului de servicii sanitare.

Mortalitatea este un fenomen puternic dependent de dezvoltarea socioeconomică și de caracteristicile unei societăți. Dezvoltarea social-economică determină scăderea mortalității, îmbunătățirea indicatorilor sănătății, creșterea longevității și a calității vieții [5, 7, 9].

Cercetări privind aspectele demografice ale evoluției mortalității au fost efectuate atât de autori autohtoni: Matei C., Paladi Gh., Sainsus V., Gagauz O. (2009.), Matei C. (2010), Grejdianu T. (1999), Negară A., Grejdianu T., Blaja-Lisnic N. ș.a. (2009), Palanciuc M. (2010), Палади Г., Шахотько Л., Гагауз О. (2011), Gramma R., Spinei L., Bivol A., Jemna S. (2010), cât și de autori de peste hotare: Вишнеvский А. Г., Васин С. А (2011), М. Б. Денисенко, Г. Ш. Бахметов (2011), Meslé F., Vallin J. (2003), Penina O., Meslé F., Vallin J. (2010), Vallin J., Meslé F. (2010) și alții [4, 6, 8, 10-13].

Au fost studiate aspectele epidemiologice și medico-sociale ale stării de sănătate a populației, inclusiv prin prisma diferiților indicatori statistici raportați la nivelul mortalității cauzate de aceștia. Domeniul și diapazonul cercetărilor savanților menționați ne determină să considerăm oportună studiarea tendințelor actuale ale mortalității în coraport