

3. Diagnosticarea corectă și preventivă a unor tulburări psihice grave (tulburări de personalitate, schizofrenie, dependența de alcool și droguri) și tratamentul corespunzător sunt imperios necesare pentru a preveni abandonul sau pruncuciderea.

Pregătirea psiho-emoțională a gravidei pentru naștere oferă femeii posibilitatea de a căpăta încredere în sine și de a fi capabilă să facă față bucuriei și stresului provocate de sarcină, travaliu și naștere.

Bibliografie

Cultura sereviciilor medicale perinatale din Republica Moldova .Chisinau , 2009

1. *Carroll D, Tramer M, McQuay H, Nye B, Moore A.* Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. *British Journal of Obstetrics and Gyneacology*, 1997, 104.
2. *Chalmers J, Enkin M, Keirse MJNC.* Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxrord University Press, 1985.
3. *Common Questions Regarding Gails Labor Support Services.*
4. *Comparative Study Midwifery Management of Expulsive Labor.*
5. *Compendiu de pregătire psiho-emoțională a gravidei și membrilor familiei ei.* ICȘOSMșiC, cu suportul UNICEF, Chișinău 2003.
6. *Continuous emotional support during labor in a US hospital.* A randomized controlled trial. Kennel J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. *Jama*. 1991 may 1; 265 (17):2197-201.
7. *Dads and Doulas: Key Prayers on Mothe'rs Labor Support.*
8. *Managing Complications in Pregnancz and Childbirth: A guide for midwives and doctors.* World Health Organization, 2000.
9. *Music Therapy Asisted labor and delivery.* „Journal of music Therapy, 28(2). 88-100.
10. *Ghid practic de conduită în sarcină și lăuzie.* Ediția a II-a Murray Enkin, Marc I.N.C. Keirse, Mary Renrew James Neilson. Tradusă și publicată prin suportul UNICEF România-Moldova.
11. *Hodnett ED.* Continuity of carevivers during prtegnansy and childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*. 1997. Issue 4.
12. *Hodnett ED.* Home based social support for socially disadvantaged mothers. *Cochrane database of systematic reviews*. *Cochrane Library*, 1997, Issue 4.
13. *Positions in labour and delivery.* Informed choice for professionals leaflet, No 5, MIDIRS, 2 ed, July. 1996.
14. *Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmed MW, Wlodarczyk JH.* Continuity of care by midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a rondomised trial. *Medical Journal of Australia*. 1995, 163. Ii
15. *Turnbull D, Holmes A, Shields N, Childs N, Cheyne H, Twaddle S.* et al. Rondomised controlled trial of efficacy of midwife managed care. *Lancet*, 1996, 348.

PREVENIREA SECUNDARĂ ȘI TESTE DE SCREENING A BOLILOR CARDIOVASCULARE

Maria Bolea

(Conducător științific – Spinei Larisa, d.h.m.)

Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”

Summary

Secondary prevention and screening tests of cardiovascular diseases

Secondary prevention is early disease detection which includes medical examinations and screening tests. In this article is analyzed hypertension as cardiovascular risk factor and use of

screening tests for early detection of cardiovascular disease. It was demonstrated the influence of obesity and age in increasing degree of hypertension and significant difference between genders.. The mass occurrence of cardiovascular diseases relates strongly to life styles and to modifiable physiological and biochemical factors. Risk factors modification had been shown to reduce cardiovascular diseases mortality and morbidity, particularly in high risk patients.

Rezumat

Prevenirea secundară este depistarea precoce a bolii care include examinările medicale și testele de screening. În acest articol este analizată hipertensiunea arterială ca factor de risc cardiovascular și utilizarea testelor de screening pentru depistarea precoce a bolilor cardiovasculare. S-a demonstrat influența obezității și vârstei în majorarea gradului hipertensiunii arteriale și diferența semnificativă între genuri. Apariția în masă a bolilor cardiovasculare se referă în mare măsură la stilul de viață, la factorii fiziologici și biochimici modificabili. Modificarea factorilor de risc a fost demonstrat că reduce mortalitatea și morbiditatea bolilor cardiovasculare, în special la bolnavii cu risc crescut.

Introducere

Bolile cardiovasculare (BCV) constituie o problemă majoră de sănătate publică în majoritatea țărilor lumii, fiind una din cauzele principale de invaliditate, morbiditate și mortalitate. Conform prognosticului Federației Mondiale a Inimii către anul 2015, aproximativ 20 de milioane de oameni vor muri din cauza bolilor cardiovasculare, adesea din cauza bolilor de inimă și a atacurilor vasculare cerebrale, care se estimează că vor rămâne principalele cauze de deces. Bolile de inimă nu au o limită geografică sau socio-economică [6].

În Republica Moldova, în structura morbidității generale a populației, adulte BCV ocupă locul II (12,3-15,2%), iar la persoanele mai în vârstă de 60 de ani - locul I (28,5-37,6%) [5].

Mai mult de 50% din decesele și handicapurile de la BCV și accidentele vasculare cerebrale, care, luate împreunăucid mai mult de 12 milioane de oameni în fiecare an, pot fi reduse printr-o combinație simplă, rentabilă datorită eforturilor naționale și a acțiunilor individuale pentru a reduce factorii de risc major, cum ar fi hipertensiunea arterială (HTA), nivelul ridicat al colesterolului, a obezității și a fumatului. OMS estimează că în lume sunt 600 milioane de persoane cu HTA, care prezintă risc de evenimente cardiace, accidente cerebrale acute și insuficiență cardiacă [8].

Obezitatea este recunoscută ca unul dintre cei mai importanți factori de risc în dezvoltarea BCV. În mare măsură apare în rezultatul sedentarismului și alimentației incorecte care la rândul său cauzează hipercolesterolemia, diabetul zaharat și agravarea hipertensiunii arteriale [6,7].

Utilizarea prevenției primare a fost de mult timp recunoscută, însă necesitatea măsurilor de prevenție secundară a fost definitiv dovedită în ultimele decenii. Prevenirea secundară însumează totalitatea măsurilor capabile să prevină recurența evenimentelor bolilor cardiovasculare și progresiunea acestora la bolnavii cu boala clinica constituită.

Marele avantaj al măsurilor preventive, primare sau secundare și a celor de recuperare a bolnavilor cardiovasculari constă în aceea că, cu mijloace relative simple și necostisitoare, reușesc să reducă incidența BCV, să reducă numărul complicațiilor în cazurile în care boala a apărut deja, să redea bolnavilor posibilitatea de a-și exploata la maximum restantul funcțional cardiovascular, crescând semnificativ capacitatea de efort a acestora, capacitatea profesională și, în ultima instanță, calitatea vieții. [2].

Actualitatea problemei este determinată de prezența multiplelor dovezi ce atestă importanța prevenirii secundare prin aplicarea testelor de screening în depistarea bolilor cardiovasculare, evidențierea și combaterea factorilor de risc cardiovascular.

Scopul studiului a fost de-a evalua prevenirea secundară prin analiza testelor de screening aplicate bolnavilor hipertensivi pentru a evidenția factorii de risc cardiovascular. Pentru atingerea scopului au fost propuse următoarele obiective: aprecierea repartizării bolnavilor cu

hipertensiune arterială în funcție de sex și vârstă, evaluarea ratei utilizării testelor de screening în lotul de studiu, evaluarea IMC și aprecierea greutateii corporale în funcție de vârstă și sex, aprecierea valorilor unor indici biochimici și reologici la bolnavii hipertensivi în funcție de greutatea corporală, evaluarea și analiza factorilor de risc cardiovascular în lotul de studiu.

Material și metode de cercetare

S-a efectuat un studiu clinic comparativ, pe baza următorului eșantion - 205 bolnavi cu HTA (cazuri înregistrate în anul 2009 în CMF nr.3 a AMT Botanica, mun. Chișinău). Astfel, 205 de bolnavi au fost evaluați conform unor metode selective, datele privitor la antropometrie, monitorizarea parametrilor hemodinamici, hemograma, urograma, glicemia bazală (GB), spectrul lipidic (Co-total, HDL- Co, LDL- Co, TG), ECG, ECO CG, USG organelor interne au fost extrase din cartela medică a bolnavului și au fost analizate în conformitate cu metodologia de studiu.

Lotul general de studiu constituie 205 bolnavi cu HTA, dintre care 67 bolnavi au fost diagnosticați cu HTA gr. I, 122 bolnavi cu HTA gr. II și 16 bolnavi cu HTA gr. III. Lotul general a fost divizat în două loturi de studiu în funcție de greutatea corporală, nonobezi – lotul I (96 hipertensivi) și obezi – lotul II (109 hipertensivi). Antropometria a evidențiat la 109 bolnavi obezitatea ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) iar la 96 bolnavi s-a constatat obezitatea absentă ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$). Din lotul I (nonobezi) 38 femei, iar 58 bărbați, din lotul II (obezi) 73 femei, iar 36 bărbați.

Metodele de prelucrare statistică ne-a permis calcularea ratelor, valorilor medii, indicatorilor de proporție pentru analiza comparativă a lotului de studiu.

Rezultatele cercetării

Lotul general a fost divizat în două loturi de studiu în funcție de greutatea corporală, lotul I- nonobezi cu 96 (46,8%) bolnavi, iar lotul II obezi cu 109 (53,2%) bolnavi. Repartizarea bolnavilor hipertensivi după gradul HTA pe loturi de studiu e redată în figura 1.

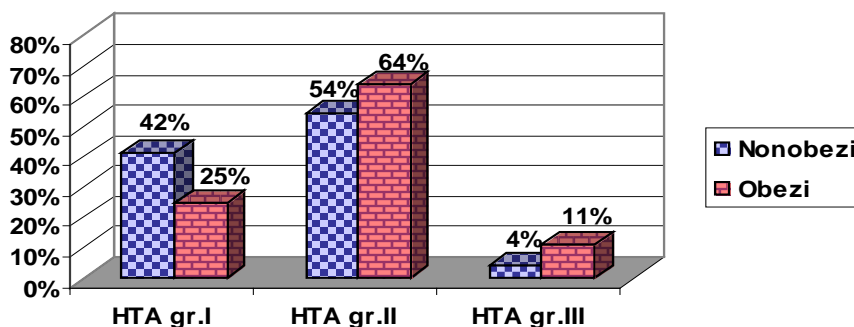


Fig.1 Repartizarea bolnavilor hipertensivi după gradul HTA pe loturi de studiu (%)

Conform datelor din figura 1 observăm că în lotul I predomină HTA de gr. I cu $41,7 \pm 3,4\%$ cazuri ($p < 0,001$) și HTA gr. II – $54,1 \pm 3,5\%$ cazuri ($p < 0,05$) iar în lotul II predomină HTA gr. II cu $64,2 \pm 3,3\%$ cazuri ($p < 0,05$) și HTA gr. III cu $11,0 \pm 2,1\%$ cazuri ($p < 0,05$), cu o deosebire statistic semnificativă. Deci rezultă că adăugarea în masa corporală este aproape invariabil asociată cu majorarea tensiunii arteriale și constituie un factor de risc pentru o ulterioară dezvoltare a HTA.

Lotul general de studiu constituie 111 (54,2%) femei și 94 (45,8%) – bărbați. Vârsta medie la femei este de $50 \pm 1,0$ ani iar la bărbați este de $44,5 \pm 1,3$ ani ($p < 0,001$). Repartizarea bolnavilor hipertensivi după gradul HTA în funcție de sex e redată în figura 2.

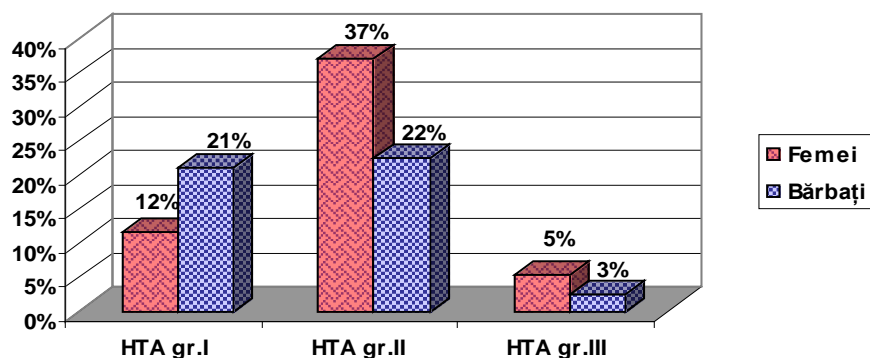


Fig. 2. Repartizarea bolnavilor hipertensivi după gradul HTA în funcție de sex (%)

Conform datelor studiului observăm că în lotul de femei predomină HTA gr. II - 76 (37,0%) bolnavi și HTA gr. III - 11 (5,4%) bolnavi în comparație cu lotul de bărbați la care predomină HTA gr. I cu 43 (21,0%) bolnavi. Așadar, s-au constatat unele particularități în funcție de repartizarea pe sexe: la bărbați instalarea HTA la o vârstă mai tânără iar la femei gradul mai înalt al HTA în comparație cu cel al bărbaților.

Vârsta medie a bolnavilor este de $45,9 \pm 1,24$ ani (diapazonul de vârstă cuprins între 20 - 73 ani). S-a constatat că ponderea cea mai înaltă de $42,4 \pm 3,4\%$ o constituie bolnavii în vârstă de 50 - 59 ani și cei în vârstă de 40 - 49 ani, cu $28,8 \pm 3,2\%$ redate în figura 3.

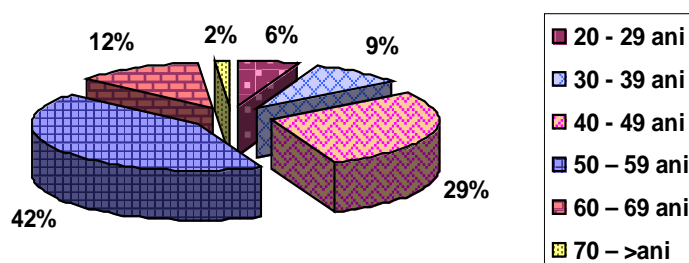


Fig. 3. Structura bolnavilor hipertensivi din lotul general de studiu în funcție de vârstă (%)

Antropometria a evidențiat la 109 (53,2%) bolnavi obezitatea ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). La rândul lor, bolnavii obezi au fost divizați în trei gradații: obezitate gr. I a fost constatată la 45 (22,0%) pacienți, obezitate gr. II - la 39 (19,0%) pacienți și la 25 (12,2%) pacienți s-a notat obezitate gr. III. La 96 (46,8%) bolnavi s-a constatat obezitatea absentă ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$), inclusiv la 57 (27,8%) pacienți a fost apreciată supraponderabilitatea (Fig. 4).

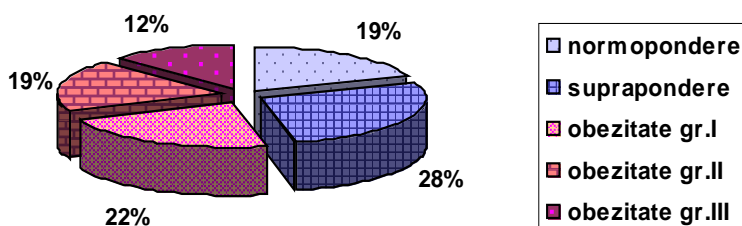


Fig. 4. Componența lotului general în funcție de greutatea corporală apreciată prin IMC (%)

Aplicarea testelor de screening bolnavilor cu hipertensiune arterială este efectuată anual pentru a depista precoce maladiile cardiovasculare. Deci, hipertensiunea arterială este atât maladie cardiovasculară cât și un factor de risc cardiovascular major iar bolnavii cardiovasculari sunt situați în grupul de populație cu risc crescut de dezvoltare a BCV. Rata testelor de screening aplicate lotului de studiu este redată în figura 5.

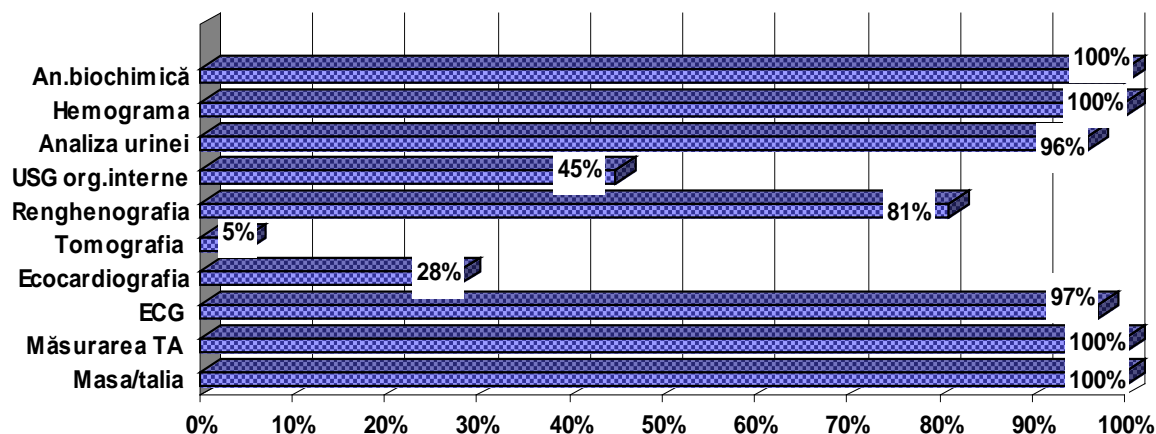


Fig. 5. Rata testelor de screening aplicate bolnavilor din lotul de studiu (%)

Analizând datele studiului observăm că rata testelor de screening este diferită, au fost asigurați 100% cazuri cu următoarele teste de screening: măsurarea tensiunii arteriale (TA), hemograma, analiza biochimică a sângelui. Măsurarea tensiunii arteriale este un test de screening important în cadrul hipertensiunii arteriale, deoarece monitorizarea sistematică a TA permite depistarea cazurilor de agravare a bolii hipertensive. Este un test de screening care poate fi folosit nu numai de către personal medical instruit dar cât și de către însuși bolnavul hipertensiv și plus la toate poate fi folosit oriunde și oricând.

Efectuarea hemogramei ne redă valoarea unor indici care sunt considerați ca factori predispozanți pentru unele maladii cardiovasculare, cum ar fi valorile anormale a VSH, a trombocitelor, eritrocitelor. Analiza biochimică a sângelui ne redă valorile spectrului lipidic, glucidic, etc. Hipercolesterolemia se constată când nivelul colesterolului în sânge indică un nivel mai mare de 5,2 mmol/ l. Însă atunci când în sânge avem o cantitate mare de colesterol, poate apărea ateroscleroza și maladia arterelor coronariene.

Electrocardiograma este aplicată în 97% cazuri, este un test de screening sensibil și specific, aplicabil și acceptat de un număr mare de indivizi. Ulterior analiza urinei este aplicată în 96% cazuri, renghenografia este utilizată în 81% cazuri, USG organelor interne în 45% cazuri, ecocardiografia cardiacă în 28% cazuri. Tomografia computerizată este o metodă imagistică avansată de diagnosticare, rapidă și cu un aport informațional extrem de detaliat. Însă, ca test de screening nu este folosită în majoritatea cazurilor din cauza accesibilității reduse și costului înalt iar în lotul general de studiu fiind aplicată în 5% cazuri.

Monitorizarea tensiunii arteriale a bolnavilor din lotul general de studiu, ca test de screening folosit, a permis o evaluare comparativă a valorilor medii ale tensiunii arteriale sistolice (TAS) și diastolice (TAD), între cele două loturi.

Deci, s-a constatat că la bolnavii cu hipertensiune arterială valorile TAS și TAD nu au variat semnificativ în funcție de greutatea corporală (tabelul 1).

Analizele de laborator ale sângelui, generală și cea biochimică, în calitate de teste de screening ale BCV permit evidențierea factorilor de risc cardiovascular, metabolici.

Tabelul 1. Valori medii ale indicilor hemodinamici la bolnavii obezi vs nonobezi

Parametru	Lot general		Lot I (nonobezi)		Lot II (obezi)		P
	Abs.	M ±ESm	Abs.	M ±ESm	Abs.	M±ESm	
TAS medie mmHg	205	160,1±6,4	96	158,2±6,6	109	163,8±6,3	p>0,05
TAD medie mmHg	205	97,1±1,4	96	96,6±1,6	109	97,8±1,3	p>0,05

S-a constatat că obezii au prezentat modificări ale indicilor metabolici, la o rată mai mare de cazuri (hipercolesterolemie la 81,7% obezi vs 52,1% nonobezi, nivel crescut de TG – 51,4% obezi vs 42,7% nonobezi, valorilor glucozei bazale crescute la 33,0% obezi vs 16,7% nonobezi (p<0,01), valori ale VSH crescute la 28,1% nonobezi vs 37,6% obezi).

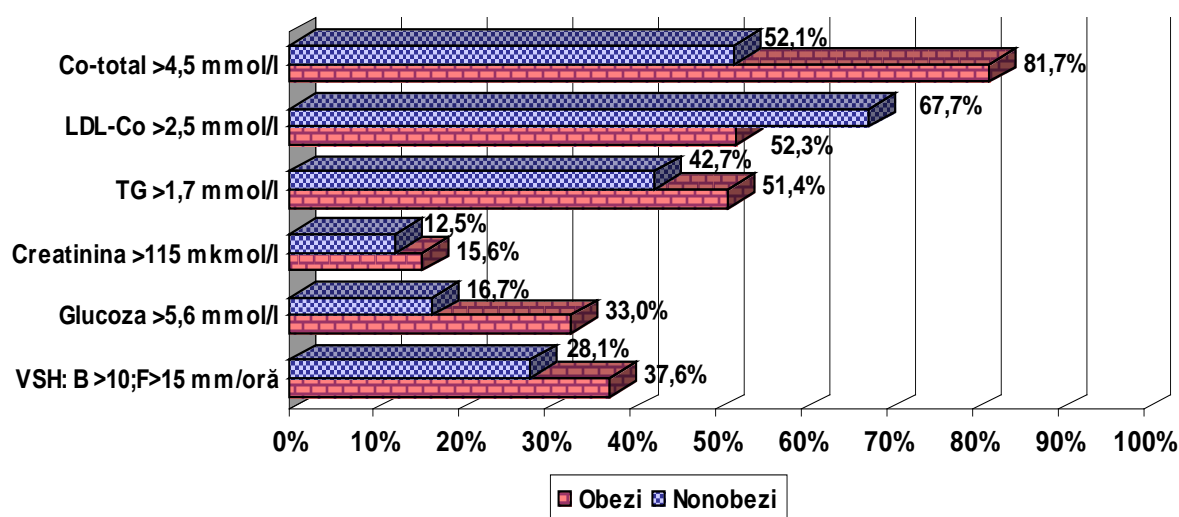


Fig. 5. Rata hipertensivilor care au depășit valorile normale ale unor indici sangvini (%)

Deci, concluzionăm că obezitatea, pe fonul unei alimentații neregulate și a sedentarismului, influențează în mare măsură modificarea indicilor metabolici.

Managementul factorilor de risc cardiovascular la bolnavii lotului de studiu

1. Se indică ca tensiunea arterială să fie verificată cu regularitate;
2. Anual să fie efectuate testele de screening a bolilor cardiovasculare pentru depistarea precoce;
3. Se recomandă dieta săracă în sare și grăsimi saturate și bogată în fructe și legume și fibre;
4. Se recomandă scăderea greutateii corporale pentru bolnavii cu un index de masă corporală ridicat sau păstrarea greutateii corporale în limitele normale. Deci, păstrarea greutateii corporale în limite normale presupune adoptarea unui anumit stil de viață pe termen lung, ce include o alimentație sănătoasă și un nivel înalt al activității fizice;
5. Micșorarea indicilor spectrului lipidic prin administrarea unei alimentații echilibrate, alimentația săracă în acizi grași saturați și excluderea alimentelor ce conțin carbohidrați rafinați;
6. Se indică ca glicemia să fie verificată cu regularitate iar diabetul să fie controlat prin modificarea stilului de viață și terapie farmacologică individualizată;
7. Se recomandă activitatea fizică regulată;
8. Se recomandă descurajarea fumatului, consumului masiv de alcool;
9. Se recomandă de găsi modalități sănătoase pentru depășirea stresului.

Discuții

Relevanța HTA în cadrul obezității este o importantă provocare în contextul sănătății publice. Majoritatea pacienților hipertensivi sunt supraponderali. HTA se întâlnește aproape de 6 ori mai frecvent la obezi vs nonobezi [4].

Datele studiului NHANES au constatat că odată cu majorarea IMC crește și prevalența HTA, au indicat o remarcabilă relație liniară între majorarea IMC și TAS, TAD, presiunea pulsului. Faptul că HTA crește odată cu adăugarea în pondere a fost raportat și de către studiul Framingham: majorarea cu 10% a ponderii la bărbați induce creșterea TAS cu 6,5 mmHg, excesul de masă corporală fiind asociat cu HTA la 78% bărbați și 65% femei [3,7].

În majoritatea țărilor industrializate HTA crește odată cu vârsta și afectează majoritatea populației ce depășește vârsta de 55 ani. Astfel, în SUA prevalența HTA crește de la 10% la populația sub 30 ani, la 65% la populația cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 ani și la 77% la subiecții ce depășesc vârsta de 75 ani [1].

Există un dimorfism sexual în relația dintre vârstă și HTA. La adultul tânăr și mediu, bărbații suferă de HTA mai frecvent decât femeile. Pe măsură ce îmbătrânesc, raportul se schimbă. După menopauză femeile dezvoltă mai frecvent HTA decât bărbații la aceeași vârstă. Numărul bolnavilor de HTA crește rapid atât la femei, cât și la bărbați pe măsura înaintării în vârstă. La femei prevalența este în strânsă legătură cu vârsta, cu o creștere substanțială apărută după 60 ani. Această creștere se înregistrează, probabil, în funcție de modificările hormonale din menopauză. Studiul Framingham a demonstrat că 78% HTA la bărbați și 65% HTA la femei poate fi rezultatul direct al obezității [4,9].

Așadar, hipertensivii obezi din studiul nostru au avut unele particularități: instalarea HTA la o vârstă mai tânără și un grad mai înalt de HTA în comparație cu hipertensivii nonobezi, aceste asocieri fiind raportate în datele literaturii.

În lotul nostru de studiu, au fost asigurați 100% cazuri cu următoarele teste de screening: măsurarea tensiunii arteriale, hemograma, analiza biochimică a sângelui. Rata testelor de screening este diferită, asupra acesteia influențează anumite proprietăți care trebuie să le posed: să nu fie nocive, să poată fi aplicate rapid, cost redus, simple, să fie acceptate de către populație, să aibă o validitate corespunzătoare, randament mare, etc.

Conform datelor de laborator s-a constatat că obezii au o pondere mai mare de cazuri ce prezintă modificări ale indicilor metabolici ca: Co-total mărit, nivel crescut al TG, glucoza bazală mărită, VSH mărit. Multiple dovezi indică asocierea obezității cu majorarea nivelului de TG și diminuarea nivelului de HDL-Co [4].

Concluzii

1. S-a constatat că la obezi predomină HTA gr. II și HTA gr. III iar la nonobezi HTA gr. I. Deci, o dată cu creșterea ponderală crește și gradul HTA.
2. Gradul HTA este mai mare la femei, predominând HTA gr. II și HTA gr. III în comparație cu gr. I la bărbați. Deci, sexul feminin e supus unui risc mai mare de dezvoltare a BCV.
3. O dată cu creșterea vârstei crește și gradul HTA. Aproape jumătate din bolnavii hipertensivi sunt în grupa de vârstă 50 – 59 ani și o treime în grupa de vârstă 40 – 49 ani. La femei vârsta medie fiind mai mare decât la bărbați, deci bărbații se îmbolnăvesc la o vârstă mai timpurie.
4. S-a constatat, că majoritatea bolnavilor cu HTA sunt supraponderali, ponderea mai mare revenindu-le femeilor. Obezitatea de gradul I a fost constatată la 22,0% bolnavi, obezitatea de gradul II la 19,0% bolnavi, și la 12,2% - obezitatea de gr. III. Bolnavi supraponderali constituie 27,8% și doar la 19,0% bolnavi greutatea corporală e în limitele normale.
5. Rata testelor de screening este diferită, au fost asigurat 100% lotul de studiu cu următoarele teste de screening: măsurarea tensiunii arteriale, hemograma, analiza biochimică a sângelui, 97% cazuri a fost aplicată. ECG fiind test de screening sensibil și specific, aplicabil și acceptat de un număr mare de indivizi. Ulterior, analiza urinei e aplicată în 96% cazuri, rengenografia este utilizată în 81% cazuri, USG organelor interne în 45% cazuri, ECO-CG în 28% cazuri. TC este o metodă imagistică avansată aplicată în lotul de studiu în 5% cazuri,

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