

FACTORII DE RISC CARDIOVASCULAR ŞI COMPORTAMENTELE NOCIVE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN CONTEXTUL DATELOR STATISTICE EUROPENE

Vitalie MOSCALU, conf. cerc., dr. şt. med., Eleonora VATAMANU, prof. univ., dr. hab. şt. med.,
Victor RUDI, dr. şt. med., Angela MARINA, medic cardiolog

IMSP Institutul de Cardiologie
tel: +373 022256059; vicrudi@gmail.com

Rezumat.

A fost efectuată analiza impactului factorilor de risc asupra dezvoltării şi evoluţiei BCV în Republica Moldova comparativ cu ţările membre ale Societăţii Europe de Cardiologie care se împart conform statutului de venituri, Moldova fiind clasată ca ţară cu venituri mai mici de medii. Analiza a fost efectuată conform *Atlas of Cardiology* în baza datelor *WHO Global Health Observatory*. Mortalitatea prin afecţiuni cardiovasculare în Republica Moldova este înaltă constant, aproximativ 57-58% în ultimii ani, unul dintre cei mai temuţi factori de risc a bolilor cardiovasculare fiind hipertensiunea arterială crescută, cu o prevalenţă standardizată de vârstă foarte înaltă >30.

Au fost stabilite progrese pozitive în evoluţia unor factori de risc. Astfel, Republica Moldova ocupă o poziţie avantajoasă faţă de alte ţări membre a SEC după valorile medii mici ale prevalenţei hipercolesterolemiei la bărbaţi şi la femei. Prevalenţa diabetului zaharat în R Moldova este mică <3%, astfel morbiditatea prin diabet zaharat plasează R. Moldova la nivel satisfăcător printre statele europene, cu cea mai mică rată al acestui factor major de risc pentru bolile cardiovasculare.

Cuvinte-cheie: boli cardiovasculare, factori de risc, ţările membre ale Societăţii Europe de Cardiologie, Republica Moldova

Summary. Cardiovascular risk factors and unhealthy behaviours in the Republic of Moldova in the context of european statistical data.

An impact analysis of the risk factors on the development and evolution of CVD in the Republic of Moldova was conducted in comparison with European Society of Cardiology member countries, which are classified according to income level, Moldova being ranked as a country with lower than average incomes. This analysis was carried out in accordance with the *ESC Atlas of Cardiology* based on data *WHO Global Health Observatory*. Mortality rates related to cardiovascular events in the Republic of Moldova are consistently high, about 57-58% in recent years. One of the most dangerous risk factors for cardiovascular diseases is high blood pressure, the age-standardized prevalence of which is >30.

Positive progress has been established in the evolution of several risk factors. Thus, the Republic of Moldova occupies an advantageous position towards other ESC member countries, due to the low average values of the prevalence of hypercholesterolaemia in the adult population. The prevalence of diabetes mellitus is low <3%, which places Moldova at a satisfactory level among European countries.

Key-words: cardiovascular diseases, risk factors, European Society of Cardiology member countries, Republic of Moldova

Резюме. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и нездоровое поведение в Республике Молдова в контексте европейских статистических данных.

Был проведен анализ влияния факторов риска на развитие и прогрессию ССЗ в Республике Молдова по сравнению со странами-членами Европейского Кардиологического Общества, которые классифицируются по уровню доходов, Молдова, будучи страной с доходами ниже среднего. Анализ был проведен в соответствии с *Atlas of Cardiology* на основе данных *ВОЗ Global Health Observatory*. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике Молдова стабильно высока и составляет, в последние годы, около 57-58%, причем одним из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний является высокое кровяное давление, стандартизированная распространенность которого >30.

Был установлен положительный прогресс в эволюции некоторых факторов риска. Так, Республика Молдова занимает выгодное положение по сравнению с другими странами-членами Европейского Кардиологического Общества по низким средним значениям распространенности гиперхолестеринемии у мужчин и женщин. Распространенность сахарного диабета ниже 3%, что, также, позиционирует Молдову на удовлетворительном уровне среди европейских стран.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, страны-члены Европейского Кардиологического Общества, Республика Молдова

În ultimii 50 de ani, domeniul cardiologiei a cunoscut progrese fără precedent, de la prevenire la inovație tehnologică în diagnostic și tratament. Aceste eforturi au adus realizări semnificative în reducerea mortalității atribuite bolilor cardiovasculare (BCV). Vârsta standardizată a mortalității a scăzut la nivel global cu 14,5% din 2006 până în 2016. În prezent, în țările înalt dezvoltate programele de prevenire a bolilor coronariene au redus mortalitatea prematură prin BCV, cancerul fiind principala cauza de deces la persoanele sub 65 de ani. În ciuda acestor realizări, tendințele recente a BCV creează îngrijorare serioasă. Bolile cardiovasculare, inclusiv accidentul vascular cerebral, continuă să fie cauza majoră a decesului la adulți la nivel mondial, în ciuda progreselor impresionante realizate.

În primul rând, se constata o încetinire a reducerii ratelor mortalității la nivel global. În ultimii ani, mortalitatea prin BCV, ajustată după vârstă, a rămas, totuși, să primeze (încetinind aproximativ cu 0,5% pe an), în timp ce ratele mortalității prin cancer au continuat să scadă cu aproximativ 1,5% pe an din 2000 până în 2015. Aceste tendințe de creștere a mortalității reflectă unele distorsionări în menajarea și promovarea modului sănătos de viață încă de la naștere, datorita creșterii alarmante ale obezității, diabetului și altor factori de risc în populație.

În al doilea rând, bolile cardiovasculare nu mai sunt doar o problemă a țărilor bogate. Povara BCV rămâne disproporționat de mare în țările cu dezvoltare joasă și medie, în comparație cu țările cu venituri mari. Astfel, peste 80% din numărul total de decese

prin BCV au avut loc în țările cu dezvoltare medie și joasă. În țările în curs de dezvoltare bolile cardiovasculare provoacă de două ori mai multe decese decât HIV, malaria și tuberculoza luate împreună.

Influența factorilor de risc, cum ar fi fumatul, obezitatea și hipertensiunea arterială în dezvoltarea și progresia BCV a fost pe larg investigată în secolului trecut. Au fost realizate câteva studii asupra impactului factorilor de risc asupra incidenței BCV. Rezultatele studiului *Framingham Heart* din Statele Unite au fost validate pe scară largă, iar importanța lor globală a fost confirmată în studiul INTERHEART, realizat în 52 de țări [1, 2]. Studiul INTERHEART a stabilit că factorii de risc potențial reversibili (hipertensiunea arterială, dislipidemiile, diabetul zaharat, obiceiurile alimentare, obezitatea, sedentarismul și fumatul) sunt responsabile, în toate regiunile lumii, pentru mai mult de 90% din cazurile de infarct de miocard acut. Aceste dovezi oferă o justificare indubitabilă pentru reducerea poverii factorilor de risc cardiovascular și pentru ca aceasta să fie o prioritate la nivel global.

Fumatul, un stil de viață sedentar și lipsa exercițiilor fizice regulate, împreună cu calitatea și cantitatea alimentelor consumate pe fondul predispoziție genetică, determină probabilitatea dezvoltării bolii cardiovasculare, în special a bolilor cardiace ischemice și a infarctului miocardic.

Cu toate că este bine cunoscută importanța factorilor de risc modificabili, în Republica Moldova, care nu este o excepție, indicatorii la acest capitol indică în continuare semne de alarmă, în comparație cu alte state.

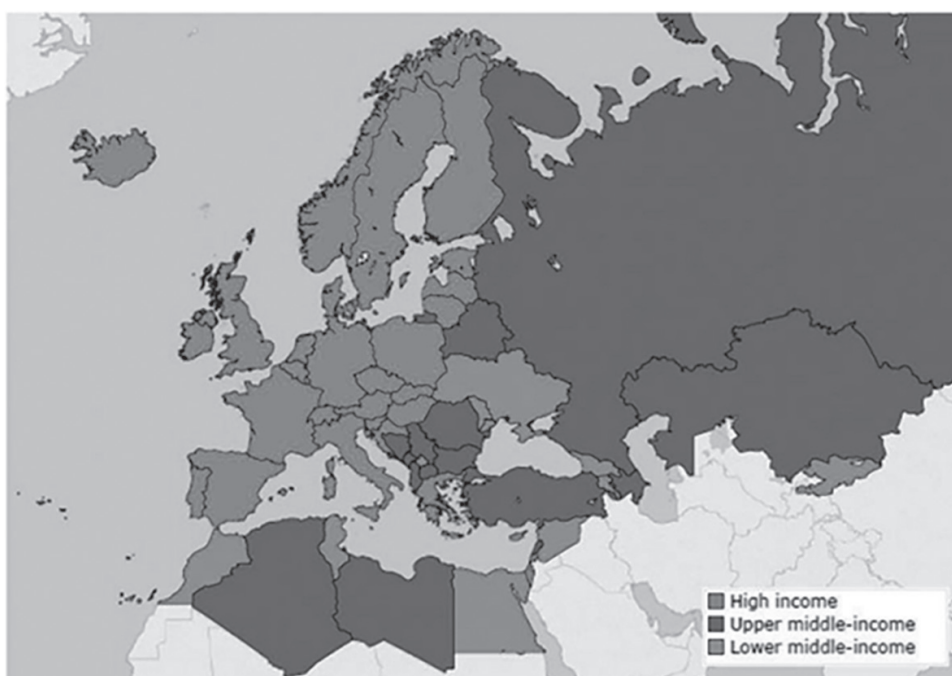


Figura 1. Țări cu venituri ridicate, medii și mici. Sursa: ESC Atlas of Cardiology

Țările membre ale Societății Europene de Cardiologie se împart, conform statutului de venituri, în țări cu venituri mari, medii și mici (ori scăzute). În baza datelor indicatorului Băncii Mondiale, se definesc ca și țări cu venituri mari, acele state, al căror venit național brut pe cap de locuitor în anul 2016 a fost de US \$12 000 și mai mult. Termenul „țări cu venituri medii” reprezintă un compus între țările cu venituri medii, superioare și inferioare. (tabelul 1 și figura 1).

Tabelul 1.

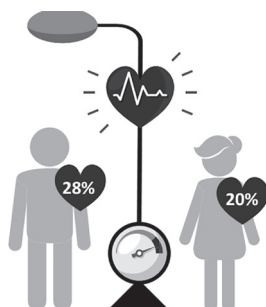
Produsul intern brut pe cap de locuitor. Sursa: ESC
Atlas of Cardiology

Țările cu venituri mai mici de medii	USD
Republica Cosovo	3850
Republica Georgia	3810
Armenia	3760
Tunisia	3690
Egipt	3460
Maroc	2850
Ucraina	2310
Republica Moldova	2120
Republica Arabă Siria	2066
Kîrgîzstan	1100

Conform datelor prezentate, Republica Moldova se plasează la sfârșitul listei țărilor cu venituri mici, iar de aici și problemele ce țin de evoluția și impactul factorilor de risc cardiovascular, precum și monitorizarea lor.

FACTORII DE RISC ȘI COMPORTAMENTELE NOCIVE ÎN CONTEXTUL DATELOR STATISTICE EUROPENE

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ



Hipertensiunea arterială este un factor de risc major al afecțiunilor cardiovasculare. Creșterea tensiunii arteriale se înregistrează în țările europene într-o proporție medie de 28% la bărbați și 20% la femei. Nivelurile tensiunii arteriale prezintă o

relație liniară continuă cu riscul de accident vascular cerebral și infarct miocardic [3]. Ghidurile europene actuale definesc un adult hipertensiv ca o persoană cu o valoare a tensiunii arteriale >140 mmHg sau o ten-

siune arterială diastolică >90 mmHg. Studiul INTER-HEART a estimat că 22% din infarctele de miocard în Europa au fost asociate cu hipertensiunea arterială, ceea ce efectiv dublează riscul comparativ cu acele persoane fără istoric de tensiune arterială crescută [2]. Riscul adițional de boli cardiovasculare atribuite hipertensiunii arteriale poate fi inversat în mare măsură prin tratamentul antihipertensiv și/sau îmbunătățirea stilului de viață, cum ar fi pierderea în greutate, creșterea activității fizice și reducerea consumului de sodiu [4]. Respectarea tratamentului de către cel puțin 80% dintre hipertensivi este necesară pentru a obține o reducere adecvată a tensiunii arteriale în populație și aceasta reprezintă o provocare importantă, care și este greu de realizat [5].

Hipertensiunea arterială este mai răspândită în țările cu venituri medii (figura 2). Mai puțin de jumătate dintre țările cu veniturile medii, membre a Societății Europene de Cardiologie, au înregistrat o creștere a prevalenței BCV în ultimii 25 de ani, spre deosebire de țările cu venituri mari, unde a fost înregistrată o reducere lentă dar constant a prevalenței BCV. Prevalența standardizată în %, conform vârstei (18 ani+) și sexului în R. Moldova a hipertensiunii arteriale este una foarte înaltă versus această prevalență în țările membre a Societății Europene de Cardiologie. Astfel, conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, prevalența standardizată după vârstă a hipertensiunii arteriale în anul 2014 a variat în țările membre ESC de la <18% în Belgia, Italia și Marea Britanie la >30% în Republica Moldova și Estonia.

În acest context accentuăm că, în R. Moldova unul dintre factorii cei mai temuți de risc a bolilor cardiovasculare hipertensiunea arterială, are o prevalență foarte înaltă. Nivelurile medii ale tensiunii arteriale variază în țările cu un nivel a tensiunii arteriale sistolice (TAs) medie la femei de 130 mmHg în Republica Moldova, comparativ 115 mmHg în Franța, iar la bărbați de 138 mmHg în Republica Slovacă comparativ cu 121 mmHg în Turcia.

Prevalența medie a tensiunii arteriale ridicate, standardizate după vârstă, la femei și bărbați în țările cu venituri înalte vs de țările cu venituri medii a fost de 18,3% și 27,3% în țările cu venituri mari, membre ale Societății Europene de Cardiologie și, respectiv, de 23,5% și 30,3% în țările cu venituri medii. Valorile medii a tensiunii arteriale sistolice (TAs) 18+ani au înregistrat o tendință descendentă între anii 1980 și 2014, valorile medii scăzând de la 134 la 122 mmHg la femei și 137 la 131 mmHg la bărbați. În țările cu venituri ridicate TAs medie a scăzut de la 134 la 120 mmHg la femei și de la 138 mmHg la 130 mmHg la bărbați. Evoluția acesteia în țările cu venituri medii a arătat o tendință similară descendentă la femei (de

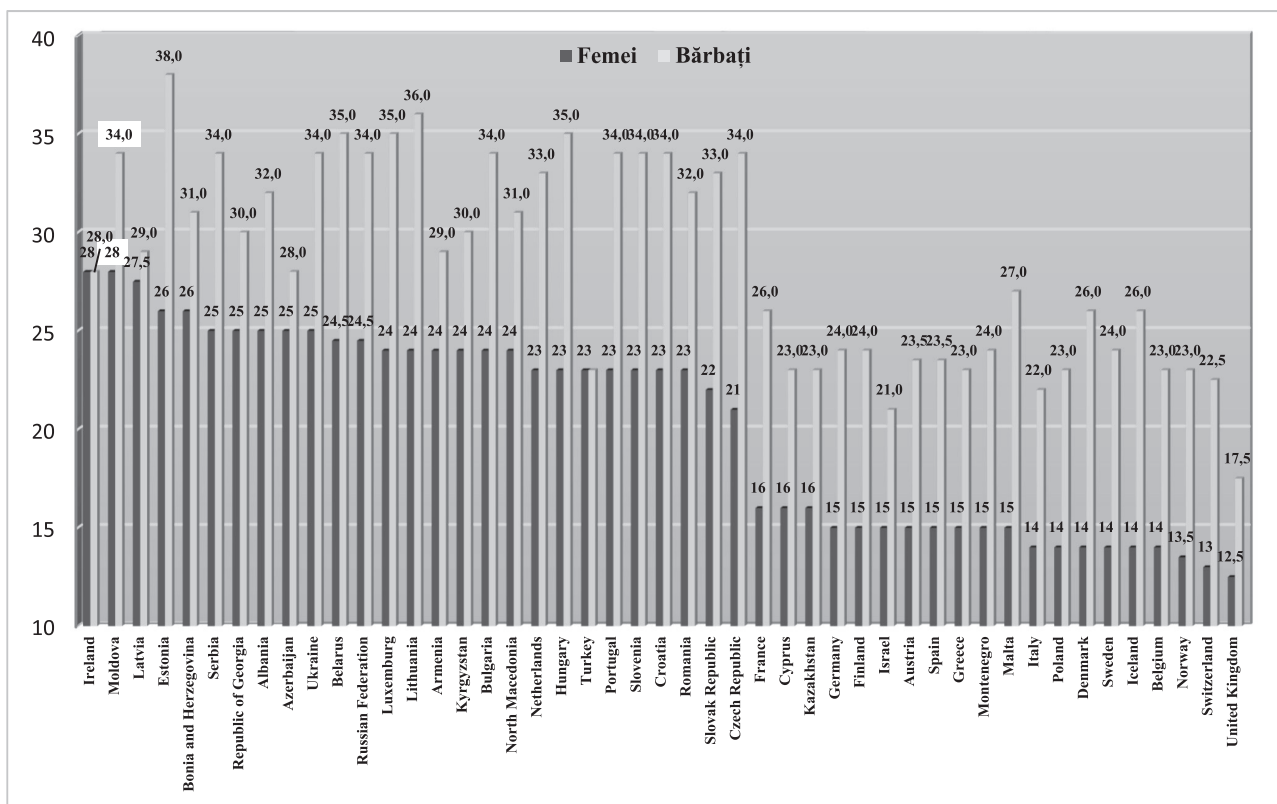


Figura 2. Prevalența hipertensiunii arteriale. Sursa: ESC Atlas of Cardiology în baza datelor WHO Global Health Observatory. (Datele sunt standardizate după vârstă conform indicatorilor populaționali OMS)

la 134 până la 126 mmHg), dar reducerea a fost mai mică marcat la bărbați (de la 135 la 133 mmHg).

COLESTEROLUL SANGVIN

La nivel global, aproximativ 33% dintre cazurile de boală coronariană pot fi atribuite hipercolesterolemiei. Colesterolul este o țintă majoră a programelor de reducere a riscurilor cardiovasculare. O reducere de aproximativ 10% a nivelului total de colesterol la bărbații de vârstă medie asigură o reducere cu 50% a ratei BCV în termen de 5 ani [6, 7].

Hipercolesterolemia este cel mai frecvent înregistrată în țările cu venituri înalte. Conform rapoartelor OMS, cea mai mare prevalență se înregistrează în emisfera nordică a Europei (54%), urmată de SUA, cu o prevalență de 48%, ceea ce contrastează cu o prevalență de 23% în Africa.

Valoarea medie a prevalenței standardizate a hipercolesterolemiei (≥ 6.2 mmol/l), conform vârstei (25+ ani) și sexului, a înregistrat în anul 2008 în țările membre a Societății Europene de Cardiologie a fost de 16,4% la femei și 15,8% la bărbați, variind de la <10% în Azerbaidjan, Bosnia și Herțegovina, Republica Georgia, Kirgîzstan, Republica Moldova și Turcia la >25% în Danemarca, Islanda și Luxemburg. Constatăm, că situația în R. Moldova pare să fie una bună, cu o valoare medie a prevalenței hipercoleste-

rolemiei, standardizate conform vârstei și sexului, de 7,5% la bărbați și 9,5% la femei. În Republica Georgia, Azerbaidjan și Kirgîzstan prevalența hipercolesterolemiei are valori mai mici (figura 3).

Datele pentru anul 2009 au înregistrat, în toate țările membre a Societății Europene de Cardiologie, o medie a concentrației de colesterol în sânge de 5,1 mmol/l atât la femei, cât și la bărbați. Concentrația medie a colesterolului sangvin s-a redus, între anii 1980 și 2009, de la 5,6 la 5,1 mmol/l. În țările cu venituri mari concentrațiile medii de colesterol din sânge au scăzut de la 5,8 la 5,2 mmol/l la femei și de la 5,8 la 5,3 mmol/l la bărbați. Și în țările cu venituri medii au fost înregistrate modificări cantitative similare: reducerea valorilor colesterolului sangvin la femei de la 5,3 până la 4,9 mmol/l și bărbați de la 5,2 până la 4,8 mmol/l.

Concentrația medie a colesterolemiei, standardizate conform vârstei (25+ ani) și sexului la femei și bărbați a fost respectiv de 5,2 și 5,3 mmol/l în țările cu venituri ridicate, comparativ cu 4,9 și 4,8 mmol/l în țările cu venituri medii. Această diferență se reflectă în ratele medii de prevalență, standardizate după vârstă pentru hipercolesterolemie (≥ 6.2 mmol/l), care au fost de 18,9% la femei și 19,0% la bărbați în țările cu venituri mari și respective, de 12,0% la femei și 10,0% la bărbați în țările cu venituri medii.

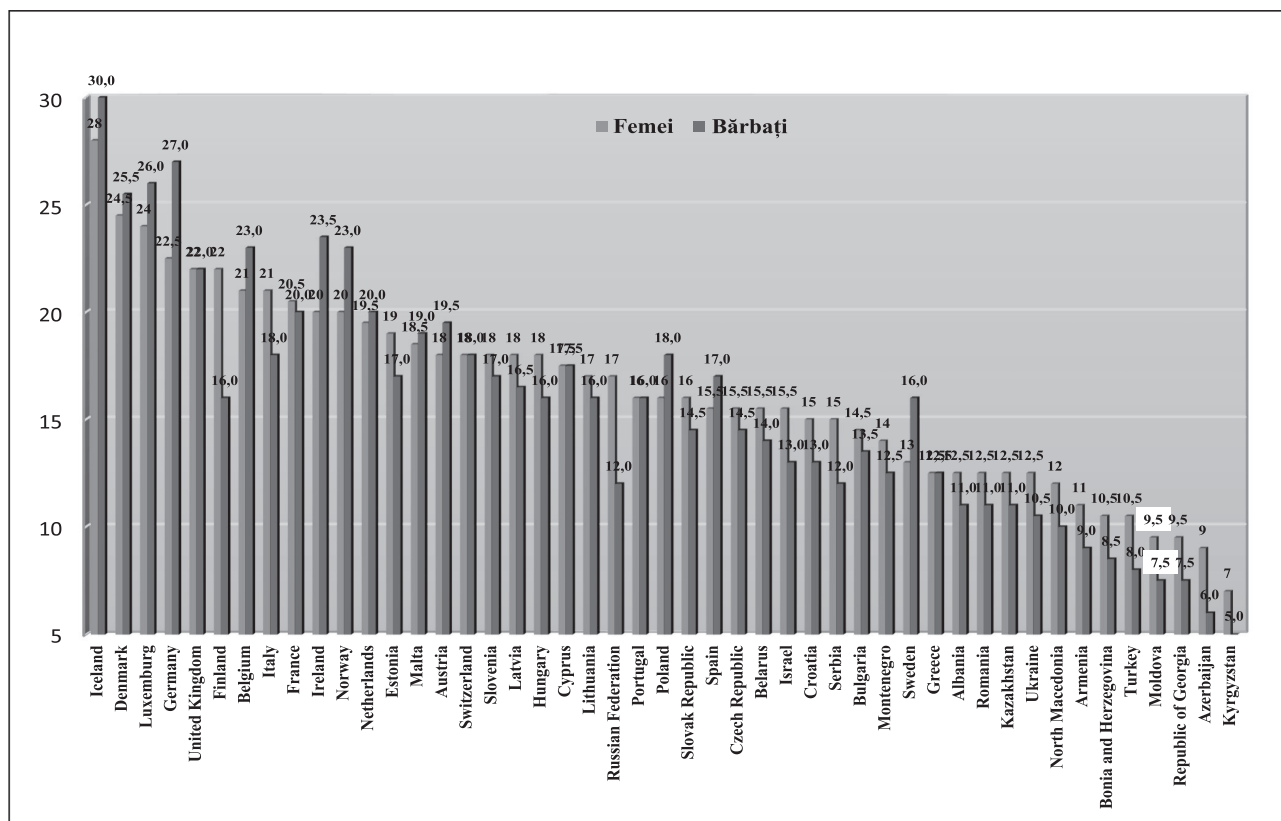


Figura 3. Prevalența standardizată a nivelului de colesterol crescut în sânge (≥ 6.2 mmol/l), conform vârstei și sexului în R. Moldova și în țările SEC. Sursa: ESC Atlas of Cardiology în baza datelor WHO Global Health Observatory. (Datele sunt standardizate după vârstă conform indicatorilor populaționali OMS)

OBEZITATEA



Prevalența medie a obezității în Europa este de circa 20% (1 din 5), atât la femei, cât și la bărbați. Reducerea progreselor din sănătate este amenințată de o epidemie, care se așteaptă să se întâmple în viitorul apropiat din cauza creșterii ratei obezității și a diabetului de tip 2 per global.

În Europa și America de Nord, obezitatea este acum pe locul doi, după fumat, ca factor de risc pentru moartea prematură [8].

Conform unui raport din anul 2017 indicele mediu de masă corporală (IMC), standardizat conform vârstei (18 ani+) și sexului, în țările membre a Societății Europene de Cardiologie a fost comparabil pentru femei și bărbați (25,8 vs 26,8 kg/m²), variind între țări de la 23,8 kg/m² la femeile din Elveția, până la 28,5 kg/m² la femeile din Turcia [9].

Totodată, datele din anul 2014 arătau că în toate țările membre a Societății Europene de Cardiologie, mai mult decât una din cinci persoane (femei și bărbați adulți) au fost obezi (OMS definește ca și obezi-

tate un BMI de 30 kg/m²), reflectate prin ratele medii de prevalență de 22,9% la femei și 21,4% la bărbați.

Conform ESC Atlas 2019, R. Moldova la acest capitol pare să fie printre liderii cu o rată medie a obezității redusă, apropiindu-se de Elveția și Austria [10]. Prevalența obezității la femei în Moldova a constituit circa 11%, iar la bărbați circa 19% (figura 4), valori mai mici fiind înregistrate în Kirgîzstan, Danemarca, Albania, Elveția și Austria. În țările cu venituri mari prevalența obezității (IMC 30 kg/m²) a fost de 22,9% la femei și 23,1% bărbați, respectiv 23,0% și 18,3% în țările cu venituri medii.

Obezitatea feminină a fost cea mai frecventă în Turcia, unde a afectat mai mult de una din trei femei. Obezitatea masculină a fost cea mai mare în Republica Cehă, Irlanda, Luxemburg și Regatul Unit al Marii Britanii, unde au fost afectați de obezitate mai mult decât unul din patru bărbați.

În țările membre a Societății Europene de Cardiologie valoarea medie a IMC-ului la femei și bărbați a fost, respectiv de 25,5 kg/m² și 27,0 kg/m² în țările cu venituri mari și 26,4 kg/m² și 26,5 kg/m² în țările cu venituri medii. Între anii 1980 și 2014, IMC-ul standardizat după vârstă în țările membre ale Societății Europene de Cardiologie a crescut de la 25,2 la 25,8

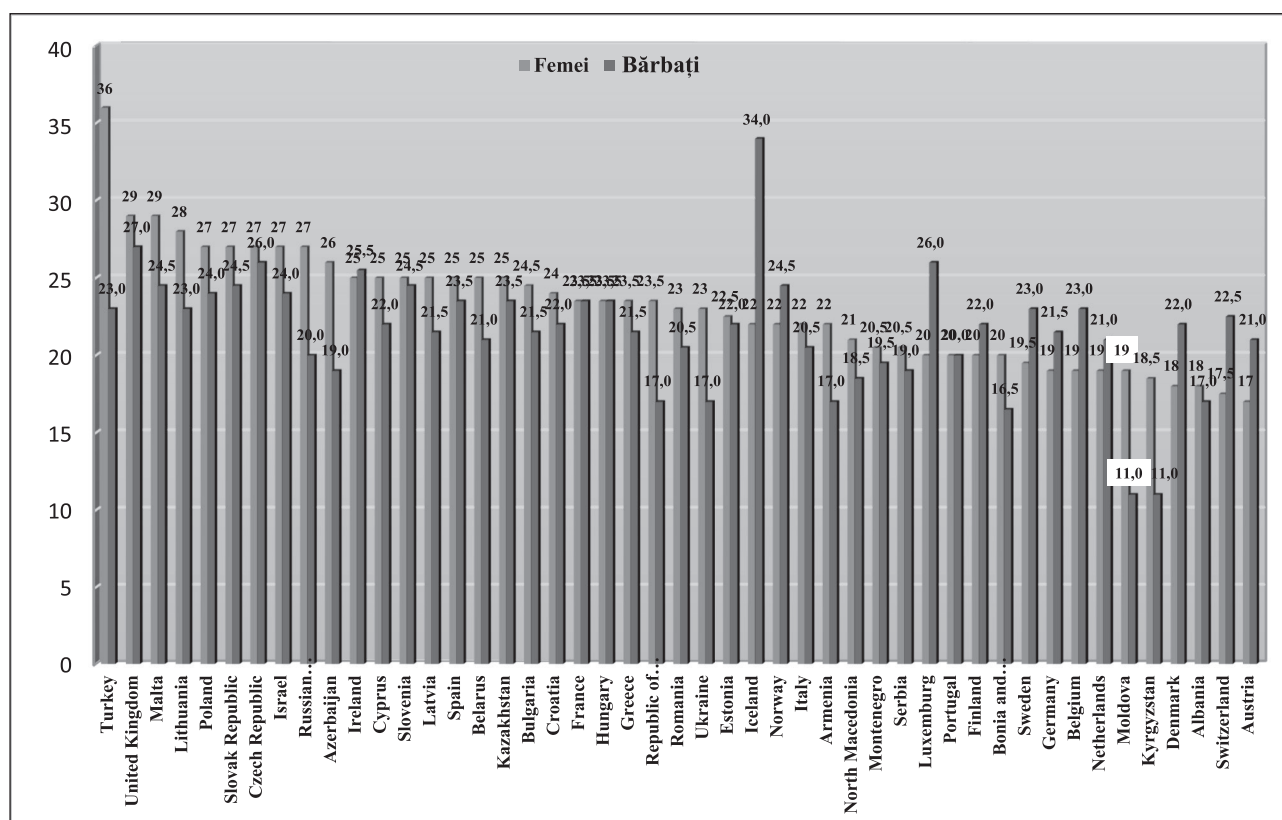


Figura 4. Prevalența standardizată a obezității, conform vârstei (18 ani+) și sexului în R. Moldova și în țările membre a SEC. Sursa: ESC Atlas of Cardiology în baza datelor WHO Global Health Observatory (Datele sunt standardizate după vârstă conform indicatorilor populaționali OMS)

kg/m² la femei și de la 25,0 la 26,8 kg/m² la bărbați. După cum se observă, prevalența obezității nu este afectată în mare măsură de sex sau de naționalitate și nici de statutul de venituri a țării. Obezitatea este în creștere în aproape toate țările membre Societății Europene de Cardiologie și poate fi, cu adevărat, privită ca o epidemie modernă [10].

O provocare specială în ultimii ani o constituie obezitatea la copii. Un studiu al Organizației Mondiale a Sănătății arată că la nivel mondial din 1990 până în 2014 numărul copiilor supraponderali a crescut cu 10 milioane: de la 31 la 41 de milioane de cazuri. Această cifră reprezintă aproximativ 12% din totalul persoanelor, aproximativ 350 de milioane de oameni, care suferă de obezitate la nivel mondial. Obezitatea copilului a atins niveluri epidemice în Europa, dar și per global, reprezentând una dintre cele mai grave provocări pentru sectorul sănătății publice din secolul XXI. Printre copiii cu vârsta de 15 ani, care trăiesc în țările membre ale Societății Europene de Cardiologie, au fost diagnosticați ca supraponderali sau obezi circa 14% în anii 2013-2014.

DIABETUL ZAHARAT

Conform datelor raportate de OMS se constată că mai mult de 60 de milioane de persoane în regiunea

Europeană sunt diagnosticați cu diabet, reprezentat în majoritate de diabetul de tip 2 [11].

Prevalența în creștere constantă a diabetului zaharat este în mare parte atribuită supraponderabilității (IMC >25 kg/m²) și obezității (IMC >30 kg/m²), care este în mare parte rezultatul consumului excesiv de calorii și lipsei de activitate fizică.

Prevalența diabetului zaharat, conform estimărilor din anul 2014 a variat de la <3% în Republica Moldova, Republica Georgia, Azerbaidjan, Albania, Armenia și Ucraina la >14% în Liban, Egypt și Turcia, și a constituit în medie 6,5% în țările membre a Societății Europene de Cardiologie (figura 5).

Aceste statistici contradictorii pot reflecta subdiagnosticarea diabetului zaharat și controlul mai puțin eficient al glicemiei în țările cu venituri medii. Cu toate acestea, demonstrarea creșterii prevalenței diabetului în țările membre Societății Europene de Cardiologie este un motiv de îngrijorare și identifică diabetul ca o țintă eficientă pentru prevenire și tratament. Studiile randomizate au arătat că schimbarea stilului de viață, piatra de temelie a strategiilor de prevenire contemporane, poate fi mai eficientă decât metformina în reducerea incidenței diabetului în grupurile cu risc crescut [12].

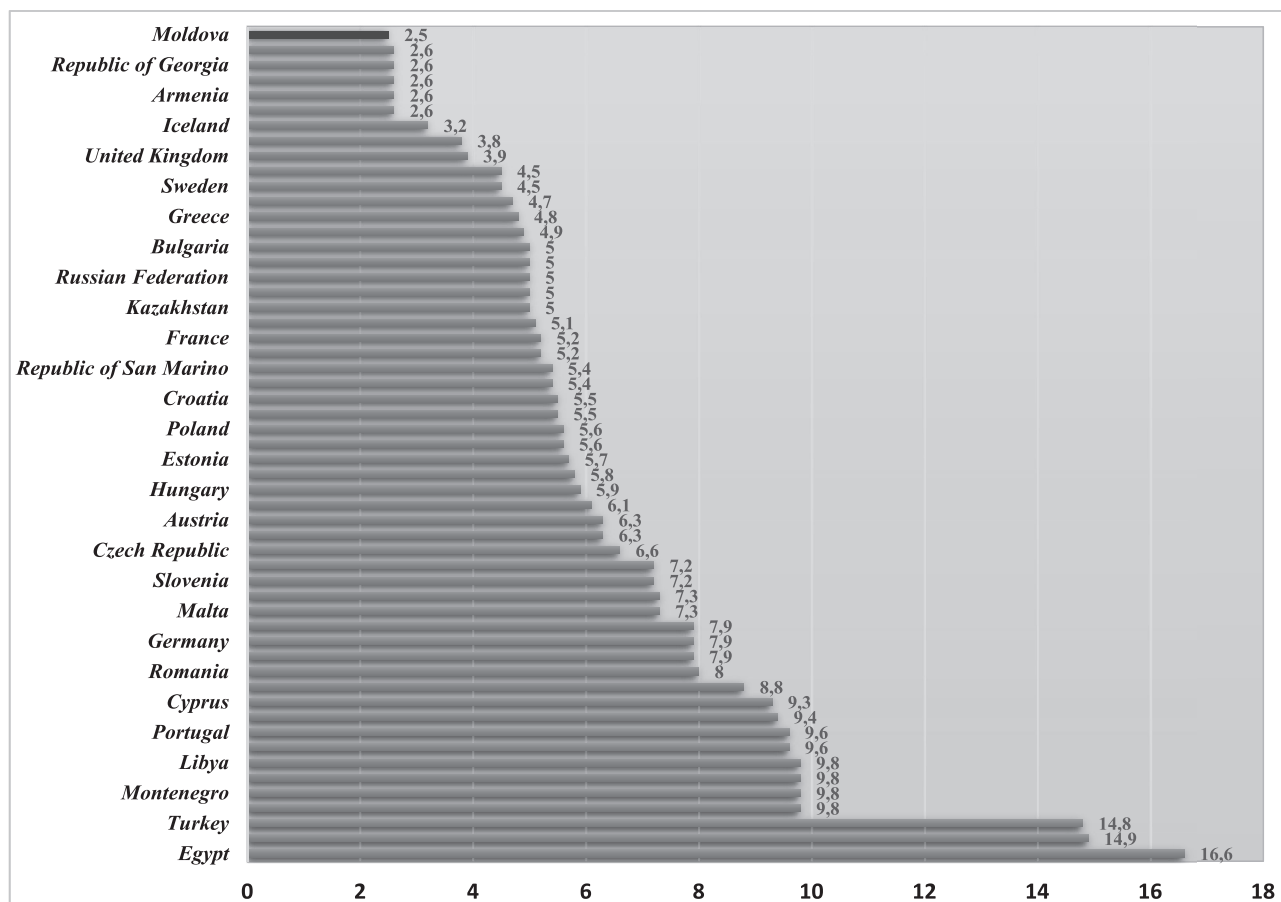
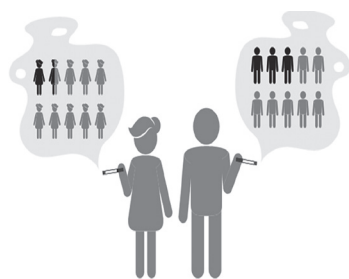


Figura 5. Prevalența diabetului, 2014, în R. Moldova și în țările membre ESC. Sursa: ESC Atlas of Cardiology în baza datelor World Bank

FUMATUL



Consumul produselor de tutun a fost recunoscut de mult timp ca un factor principal de risc, responsabil pentru o serie de boli care pot pune viața în pericol, inclusiv

cancerul pulmonar, infarctul miocardic și moartea subită cardiacă.

Se estimează că 28% dintre europeni fumează și suportă consecințe devastatoare [13]. Totodată este estimat că cel puțin 700000 din decesele premature apar anual din cauza acestei deprinderi ucigăse.

Conform ultimelor date statistice, prevalența fumatului are o tendință de scădere în țările membre a Societății Europene de Cardiologie, cu toate acestea, fumatul rămâne o problemă imensă de sănătate publică, în special în țările cu venituri medii, unde >40% bărbați fumează comparativ cu aproximativ 30% în țările cu venituri mari. Procentajul mediu al fumăto-

rilor în Europa este de 31% printre bărbați și 16% printre femei. Totodată, în unele țări prevalența este cu mult mai înaltă, urcând la 55% la bărbații din Rusia și 33% la femeile din Bulgaria.

În țările membre a Societății Europene de Cardiologie pe baza celor mai recente estimări disponibile, ratele naționale a bărbaților fumători au constituit în medie 31,5%. Prevalența a variat de la 15% în Islanda, Norvegia și Suedia la >50% în Republica Georgia, Letonia, Republica Moldova și Federația Rusă. Republica Moldova este printre liderii țărilor cu cei mai mulți bărbați fumători, circa 51%, fiind întrecută doar de Letonia și Federația Rusă. La femei, prevalența fumatului a fost mai mică, cu o medie de 15,8%, dar care variază de la <10% în Albania, Armenia, Belarus, Republica Georgia, Kazahstan, Kîrgîzstan și Lituania, la >25% în Bulgaria, Grecia și Serbia. R. Moldova, comparativ cu alte state membre a Societății Europene de Cardiologie are o rată mică a femeilor fumătoare, circa 7%, și a fost întrecută la acest compartiment doar de Albania, Ucraina, Republica Georgia, Kîrgîzstan și Armenia (care are cele mai puține femei fumătoare, cu o prevalență mai mică de 2%).

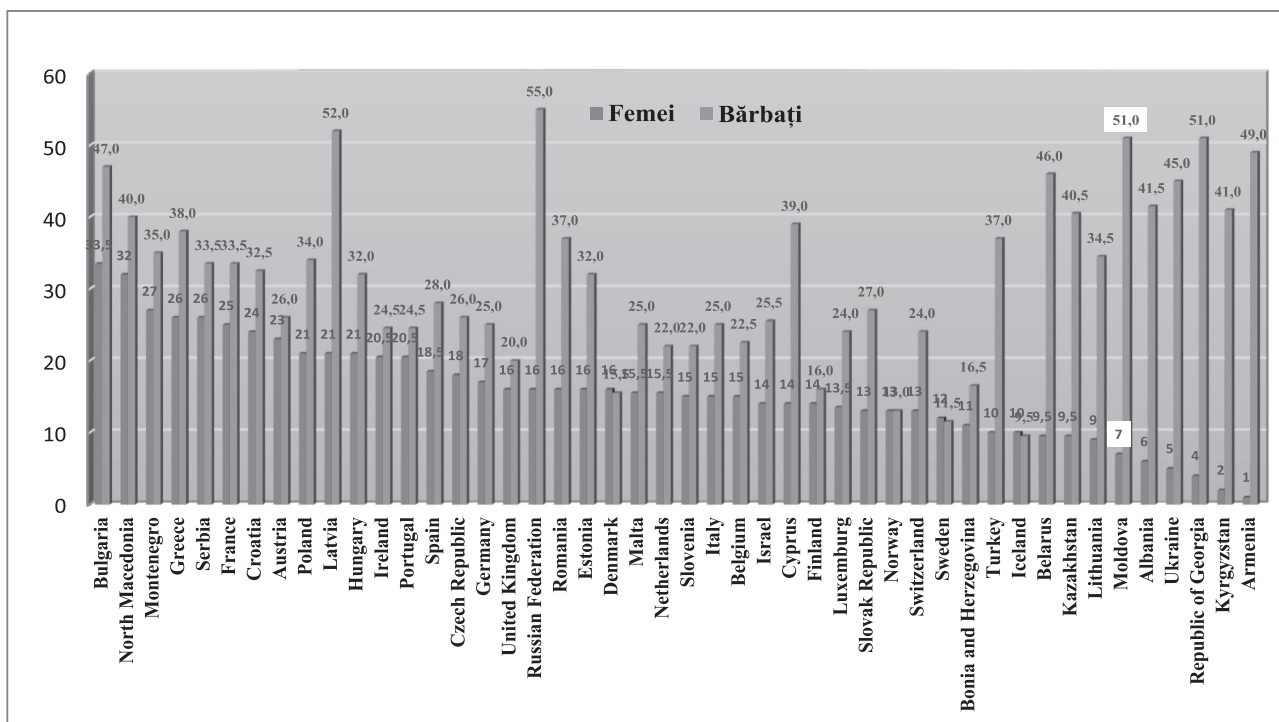


Figura 6. Prevalența fumatului, 15 + ani, ultimul an disponibil în R. Moldova și în țările membre SEC. Sursa: ESC Atlas of Cardiology în baza datelor WHO Europe, Health for All Database (HFA-DB)

Cu toate acestea, din păcate, constatăm cu regret ca R. Moldova se află la coada listei prevalenței fumătorilor cu vârsta de peste 15 ani, având o rată medie de aproximativ 29-30% (figura 6).

ALCOOLUL

Influența consumului de alcool asupra individului a făcut obiectul cercetărilor din ultimele decenii în ceea ce privește efectele sale asupra sistemului cardiovascular. Concluziile au fost adesea contradictorii. Majoritatea cercetărilor sugerează că un consum zilnic de cantități mici de alcool nu este dăunător, în timp ce unele studii au descoperit că puțin alcool, și în special vinul roșu, poate avea chiar efecte benefice asupra fiziologiei sistemului cardiovascular. În același timp, a fost recunoscut și faptul că un consum zilnic de cantități mari de alcool crește nu numai șansa de ciroză hepatică și cancer, dar și riscul de a dezvolta boli cardiovasculare, deoarece crește nivelul trigliceridelor din sânge.

Conform recomandărilor dietetice americane din aa.2015-2020, consumul moderat de alcool înseamnă până la o doză de băuturi pe zi pentru femei și până la două doze de băuturi pe zi pentru bărbați. Aceste limite sunt comparabile cu cele din recomandările ghidurilor din Irlanda, Danemarca și Republica Cehă, dar aceste recomandări sunt în doze mai mari decât cele din recomandările ghidurilor recent actualizate în Marea Britanie (figura 7).

În rândul femeilor și bărbaților europeni cu vârsta de 15+ ani, consumul mediu de alcool a fost de 8,7 litri/cap/an, conform informațiilor din ultimul an. Consumul de alcool a fost definit ca o cantitate înregistrată de alcool pur în litri consumați per persoană în vârstă de 15+ ani, pe parcursul unui an calendaristic.

Atunci când se compară consumul de alcool între țări, se ține cont de influența potențială a factorilor religioși și culturali. Acești factori reprezintă, probabil, discrepanțele mari de la <4 litri/cap/an în Armenia, Azerbaidjan, Israel, Kîrgîzstan, Macedonia de Nord și Turcia până la >13 litri/cap/an în Belarus și Lituania.

În ultimii ani în țările membre a Societății Europene de Cardiologie în anii 1996-2000 s-a înregistrat o mică schimbare a valorilor consumului de alcool, cu o medie de 8,6 litri/cap/an, comparativ cu 8,8 litri/cap/an în 2014. Media consumului de alcool în țările membre ESC a fost de 9,9 litri/cap/an în țările cu venituri mari, comparativ cu 6,6 litri/cap/an în țările cu venituri medii. În Republica Moldova conform datelor ESC Atlas of Cardiology 2019 se constată o medie de consum de alcool de 10 litri/cap/an, astfel țara noastră se situează pe la mijlocul listei țărilor membre a Societății Europene de Cardiologie, dar se cunoaște prea bine, că în Moldova se consumă multe băuturi alcoolice de producție proprie, pentru uzul personal sau chiar pentru comercializare, astfel încât, cifrele oficiale probabil nici pe departe nu reflectă situația reală. Republica Moldova este o țară cu o cultură, puternic înrădăcinată, a consumului și abuzului de alcool.

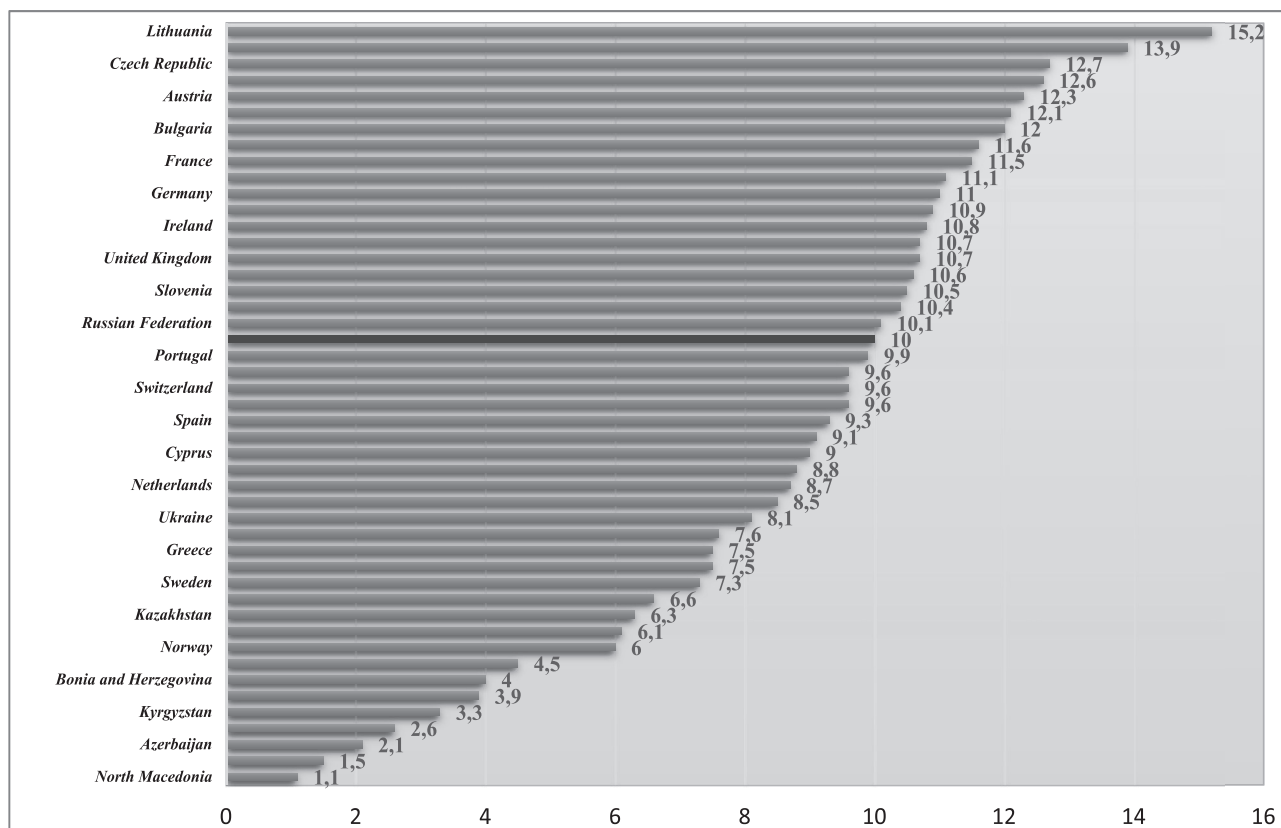


Figura 7. Consumul de alcool pe cap de locuitor (15 ani +) în R. Moldova și în țările membre a SEC. Sursa: *ESC Atlas of Cardiology* în baza datelor din *European Information System on Alcohol and Health*

ALIMENTAȚIA

Alimentele și dieta zilnică sunt, fără îndoială, unul dintre factorii majori de risc modificabili pentru prevenirea BCV, în special a celor asociate cu ateroscleroza. Consumul mare de grăsimi dietetice, în special grăsimile trans- și saturate, crește probabilitatea de ateroscleroză. Dietele bogate în carbohidrați, cel puțin în unele cazuri, predispun la dezvoltarea diabetului zaharat, iar aportul de cantități mari de sare (sodiu) crește tensiunea arterială.

Aportul zilnic de cantități mari de alimente în asociere cu sedentarismul contribuie la dezvoltarea obezității. În studiul PURE,¹⁴ un consum mai mare de fructe, legume și leguminoase a fost asociat cu un risc mai mic de mortalitate cardiovasculară și totală. Beneficiile au părut a fi cele mai mari atât pentru mortalitatea non-cardiovasculară, cât și pentru mortalitatea totală, prin consumul de la trei până la patru porții de legume pe zi (echivalentul a 375-500 g/zi). Un studiu american a constatat că un total de 14 subcomponente ale dietei a fost un factor de risc mai important pentru boală decât inactivitatea fizică sau IMC-ul crescut și a fost asociat cu 26% din toate decesele și 14% din anii de viață ajustați cu dizabilitatea (DALYs) [15]. Cu toate acestea, autorii au avertizat, că rezultatele studiului regimului alimentar sunt limitate de exactitatea/inexactitatea auto-raportării persoanelor intervi-

evate. Astfel, este necesară o prudență în interpretarea datelor înregistrate și prezentate în literatură.

Datele FAO (Organizația de Agricultură și Alimentație a Națiunilor Unite) au arătat că, un consum total de energie (cantitatea de alimente, în kilocalorii pe zi, disponibile pentru fiecare individ dintr-o populație) în anul 2011, în medie în țările membre a Societății Europene de Cardiologie, a fost de 3254 kcal/zi. Consumul de energie a fost similar în țările cu venituri mari (3354 kcal/zi) și mediu (3077 kcal/zi) și a crescut doar ușor în ultimii ani, de la 3036 kcal/zi în anul 1995 la 3254 kcal/zi în anul 2011. Consumul mediu în această perioadă a fost mai mare în țările cu venituri mari, crescând de la 3197 la 3354 kcal/zi, în comparație cu o creștere de la 2736 la 3077 kcal/zi în țările cu venituri medii. În țările membre a Societății Europene de Cardiologie se consumă în mediu: proteine - 120,5 g/cap/zi, grăsimi; - 135,9 g/cap/zi, vegetale; - 63 kg/an, pâine.

Cantitatea medie a grăsimilor consumate în țările membre a Societății Europene de Cardiologie în anul 2011 a fost de 120,5 g/cap/zi. Consumul a fost mai mare în țările cu venituri mari comparativ cu țările cu venituri medii (135,7 față de 93,7 g/cap/zi), respectiv. Date seriate pentru perioada anilor 1995-2011 au arătat o sporire a consumului cu o medie de 103,4 până la 120,5 g/cap/zi între anii 1995 și 2011. Consumul

de grăsimi în această perioadă a fost mai mare în țările cu venituri mari, crescând în medie de la 123,1 la 135,7 g cap/zi, comparativ cu o creștere de la 67,0 la 93,7 g/cap/zi în țările cu venituri medii.

Se estimează că legumele și fructele consumate pe întregul teritoriu țărilor membre a Societății Europene de Cardiologie în anul 2011 a înregistrat o medie între 135,9 kg/cap/an și 94,4 kg/cap/an, respectiv. Consumul de legume, valoarea medie pe țară, a fost mai scăzut în țările cu venituri mari comparativ cu țările cu venituri medii (115,0 vs. 172,6 kg/cap/an), dar pentru fructe modelul a fost diferit, cu o medie de consum mai mare în țările cu venituri mari (103,8 față de 77,9 kg/cap/an). Date seriate pentru perioada anilor 1995-2011 au arătat un consum crescut atât de legume (107,1 - 135,9 kg/cap/an) cât și de fructe (74,5 - 94,4 kg/cap/an) în medie în toate țările membre a Societății Europene de Cardiologie [10].

ACTIVITATEA FIZICĂ

Un stil de viață care implică exerciții fizice este o parte vitală a sănătății cardiovasculare. Un număr impresionant de lucrări științifice au arătat că exercițiile fizice regulate scad riscul de a dezvolta boli ischemice cardiace, reduce șansa de a dezvolta hipertensiune arterială, îmbunătățește metabolismul glucidic, crește colesterolul HDL (care este considerat benefic) și reduce obezitatea [16].

Într-un studiu de supraveghere a unei cohorte de 334161 de bărbați și femei din diferite țări europene, urmăriți timp de 12,4 ani, persoanele care au făcut exercițiu fizic și-au redus moderat riscul de deces de orice cauza de la 16% până la 30%, comparativ cu cei categorizați ca fiind inactivi [17].

S-a constatat că activitatea fizică auto-raportată (folosind chestionarea) a fost „insuficientă” în medie la 30,1% printre femeile și 22,7% printre bărbații din țările membre Societății Europene de Cardiologie [10]. În Malta, Belgia, Irlanda, Italia, Portugalia, Serbia și Regatul Unit al Marii Britanii, 30% dintre bărbați și 40% dintre femei au raportat o activitate fizică insuficientă. Prevalența medie a femeilor și bărbaților insuficient activi a fost respectiv de 31,2% și 23,5% în țările cu venituri mari, comparativ cu 26,8% și 20,0% în țările cu venituri medii. Datele pentru R. Moldova cu privire la prevalența modului insuficient de activ al vieții, conform vârstei (18 ani+) și sexului lipsesc (figura 8). Datele referitoare la perioada anilor 2013 și 2014 în toate țările membre a Societății Europene de Cardiologie arată că proporția medie a copiilor de 15 ani care sunt ocupați cel puțin o oră pe zi cu o activitate fizică moderată sau intensă (definită ca o activitate care crește ritmul cardiac și poate să

îngreuneze uneori respirația) tind să fie mai scăzute la fete în comparație cu băieții.

La ambele sexe, activitatea fizică scade în timpul adolescenței, indiferent de statutul de venit național. În țările membre ale Societății Europene de Cardiologie cu venituri mari, participarea la cel puțin o oră de activitate fizică moderată până la riguroasă pe grupuri între 11, 13 și 15 ani a fost în medie de 20, 14 și 9% la fete și 29, 23 și 19%, respectiv, la băieți. În țările cu venituri medii participarea în activități fizice a fost mai mare, cu o proporție pentru aceleași grupe de vârstă în medie de 26, 21 și 15% la fete și 35, 30 și 25% respectiv, la băieți.

În concluzie, încă o dată, menționăm importanța factorilor de risc, cum ar fi fumatul, obezitatea, activitatea fizică și hipertensiunea arterială la dezvoltarea și progresia BCV este incontestabilă și dovedită. Cu toate acestea, mai sunt multe de făcut, deoarece indicatorii recenți indică semne alarmante pentru sistemele de sănătate. În special, prevalența fumatului în copilărie și adolescență, deși a scăzut în multe țări, rămâne o preocupare majoră.

Maladiile cardiovasculare sunt acum cauza celui mai mare număr de decese în țările cu venituri mici, unde se constată și o creștere notabilă a prevalenței factorilor de risc cardiovascular.

Dar mai apare și o nouă realitate. În mai multe țări cu venituri mari reducerea accentuată a deceselor premature prin boli cardiovasculare conduce la creșterea numărului de persoane vârstnice, care necesită o abordare complexă, condiționată de multitudinea comorbidităților caracteristice vârstelor înaintate.

Bazându-ne pe indicatorii relațiați în articol, constatam ca:

Prevalența fumatului scade în țările membre a Societății Europene de Cardiologie, dar rămâne o problemă imensă de sănătate publică, în special în țările cu venituri medii, unde >40% dintre bărbați fumează în comparație cu aproximativ 26% din țările cu venituri mari, iar R. Moldova se află printre liderii țărilor cu cei mai mulți bărbați fumători. Punerea în aplicare a legislației anti-tutun și controalele mai stricte, probabil, vor reduce important numărul de fumători.

Hipertensiunea arterială este mai răspândită în țările cu venituri medii, dar în ultimii 25 de ani se constată o tendință descendentă stabilă, dar modestă comparativ cu tendința observată în țările cu venituri mari. Controlul hipertensiunii arteriale și aderența redusă la tratament reprezintă o problemă comună în Europa. În R. Moldova unul dintre cei mai temuți factori de risc a bolilor cardiovasculare este hipertensiunea arterială crescută cu o prevalență standardizată de vârstă >30, fiind o prevalență foarte înaltă.

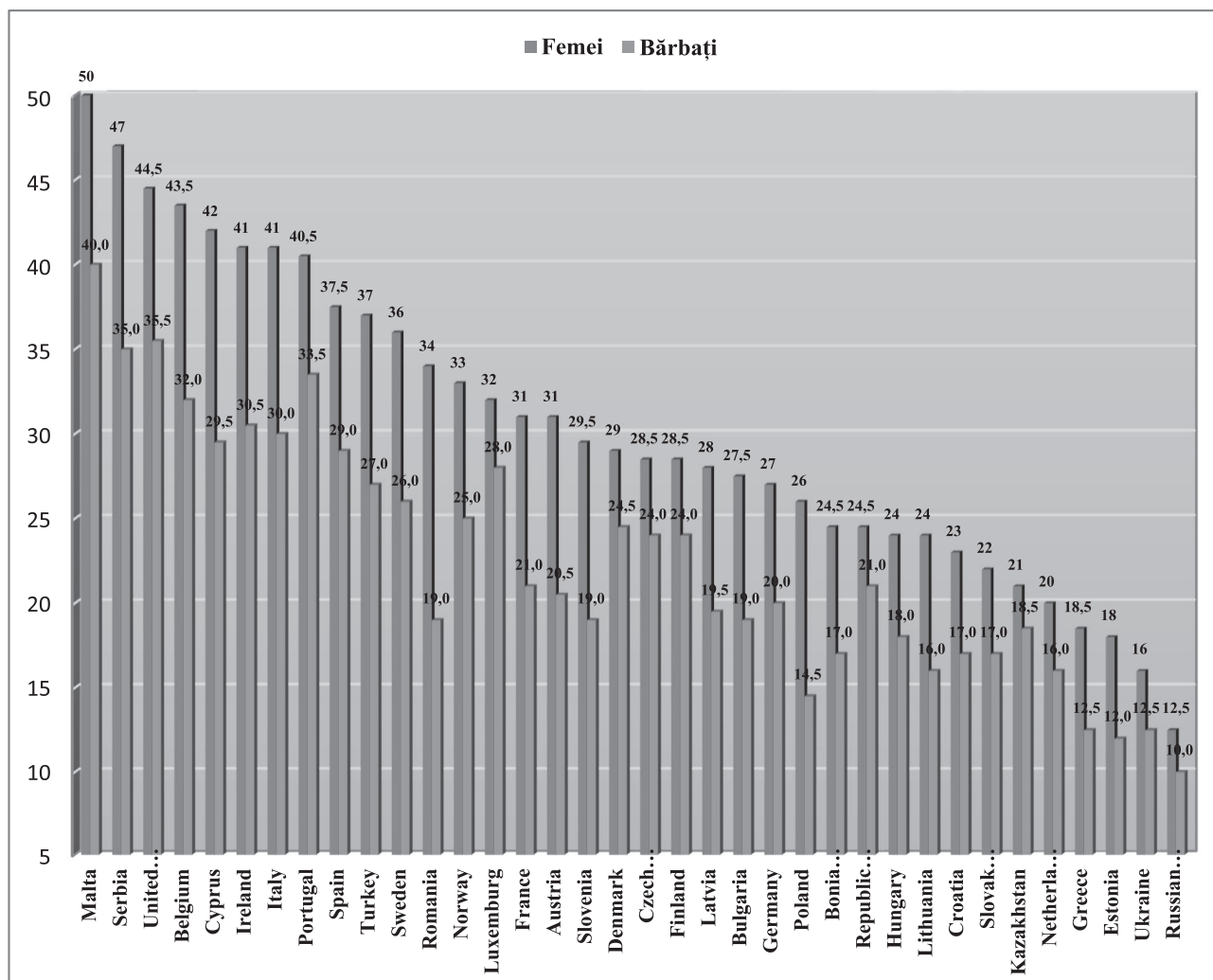


Figura 8. Prevalența modului insuficient de activ al vieții, conform vârstei (18 ani+) și sexului în țările Societății Europene de Cardiologie. Sursa: ESC Atlas of Cardiology în baza datelor WHO Global Health Observatory

Pierderile din sănătate în urma epidemiei de obezitate și a diabetului de tip 2, este o tragedie care așteaptă să se întâmple. Astăzi mai mult de una din cinci persoane adulte este obeză. Dar, se pare că în Republica Moldova lucrurile, aparent, nu sunt chiar atât de rele, ea fiind printre țările cu o rată medie a obezității redusă, apropiindu-se de indicatorii din Elveția și Austria. Prevalența obezității printre femei în țara noastră a constituit circa 11%, iar printre bărbați circa 19%.

Obezitatea se caracterizează prin inflamație sistemică și este un motor principal în declanșarea diabetului de tip 2, hipertensiunii arteriale și dislipidemie, toate acestea la rândul lor contribuind la asocierea cu boli cardiovasculare. Obezitatea este alimentată de o combinație de consum excesiv de calorii și inactivitate fizică. Deprinderile nesănătoase încep din copilărie și devin stabile ca și trăsături de comportament care persistă și la vârsta de adult.

Prevalența diabetului zaharat în Republica Moldova este mică <3%, astfel morbiditatea prin diabet

zaharat plasează R. Moldova la nivel satisfăcător printre statele europene, cu cea mai mică rată al acestui factor major de risc pentru bolile cardiovasculare.

Aparent, nici la capitolul consumului de alcool R. Moldova nu stă cel mai rău, cu o medie de consum de alcool de 10 litri/cap/an, care oficial plasează țara noastră la mijlocul listei statelor membre a Societății Europene de Cardiologie. Însă, în R. Moldova se consumă multe băuturi alcoolice de producție proprie, astfel încât, cifrele oficiale probabil nu reflectă situația reală. Consecințele consumului excesiv de alcool se manifestă pe multiple planuri, având impact economic și social.

Mai constatăm și că R. Moldova are o valoare medie a prevalenței standardizate conform vârstei și sexului a hipercolesterolemiei de 7,5% la bărbați și 9,5% la femei ceea ce la fel ne poziționează într-o poziție avantajoasă față de alte țări membre a Societății Europene de Cardiologie.

Cu toate acestea, datele statistice naționale nu sunt atât de optimiste. Mortalitatea prin afecțiuni

cardiovasculare în Republica Moldova nu este deloc încurajatoare și rămâne înaltă constant, aproximativ 57-58% în ultimii ani.

Modificarea stilului de viață, inclusiv restricțiile dietetice și programele de exerciții fizice, este piatra de temelie a prevenției atât primare, cât și a celei secundare, succesul depinzând nu numai de motivația individului. Este indicat de a fi luate în considerare microintervenții și macrointervenții bazate pe dovezi [18]. Micro-intervențiile sunt orientate la nivel individual, localitate și în comunitate. Macro-intervențiile vizează grupuri naționale și internaționale, inclusiv industria alimentară.

Micro-Intervenții: Discuții educaționale în școli; promovarea unui mic dejun sănătos înainte de lecții; interzicerea alimentelor grase și nesănătoase în incinta școlii și în apropiere; produse sănătoase în distribuitoare automate; controlul greutateii în timpul sarcinii; mediu sănătos la locul de muncă; etc.

Macro-Intervenții: Preț redus al alimentelor sănătoase; prețul crescut al alimentelor nesănătoase (de exemplu, taxa pe zahăr); puncte de desfăcere restrânse la fast-food; îmbunătățirea etichetării produselor alimentare (de exemplu culoare, informații codificate); programe naționale de promovare a activității/exercițiilor fizice (inclusiv programe cardio-accesibile pentru cei cu vârsta înaintată, cât și de reabilitare pentru prevenția secundară).

Sunt necesare consolidarea asistenței primare pentru o mai bună gestionare a factorilor de risc ale afecțiunilor sistemului cardiovascular (BCV), cât și adaptarea sistemului informațional pentru înregistrarea factorilor de risc și comportamentelor nocive în populație, acestea fiind o prioritate pentru sistemul național de sănătate.

Bibliografie

1. Mahmood S.S., Levy D., Vasan R.S., Wang T.J. *The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective*. Lancet. 2014;383(9921):999-1008.
2. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M., Budaj A., Pais P., Varigos J., Lisheng L. *INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study*. Lancet. 2004;364(9438):937-52.
3. Stamler J., Stamler R., Neaton J.D. *Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks*. US population data. Arch Intern Med 1993;153(5):598-615.
4. Turnbull F., Neal B., Algert C., Chalmers J., Chapman N., Cutler J., Woodward M., MacMahon S. *Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood pressure lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials*. Arch Intern Med 2005;165(12):1410-9.
5. Vrijens B., Antoniou S., Burnier M., de la Sierra A., Volpe M. *Current Situation of Medication Adherence in Hypertension*. Front Pharmacol. 2017 Mar 1;8:100.
6. Stamler J., Wentworth D., Neaton J.D. *Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded?: Findings in 356 222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)*. JAMA. 1986;256(20):2823-8.
7. World Health Organisation. *Global Health Observatory (GHO) data*. http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_prevalence/en/.
8. The Global BMI Mortality Collaboration. *Body-mass index and all-cause mortality: individual participant- data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents*. Lancet 2016; 388: 776–86.
9. Timmis A., Townsend N., Gale C., Grobbee R., Maniadakis N., Flather M., Wilkins E., Wright L., Vos R., Bax J., Blum M., Pinto F., Vardas P. *European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017*. Eur Heart J. 2018;39:508-579.
10. ESC Cardiovascular Realities 2019, Publication of The European Society of Cardiology.
11. World Health Organisation data and statistics. The challenge of diabetes. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/data-and-statistics>
12. Knowler W.C., Barrett-Connor E., Fowler S.E., Hamman R.F., Lachin J.M., Walker E.A., Nathan D.M. *Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin*. N Engl J Med. 2002 Feb 7;346(6):393-403.
13. European Commission. Public Health, Smoking http://ec.europa.eu/health/tobacco/smokefree_environments/index_en.htm.
14. Miller V., Mente A., Dehghan M., Rangarajan S., Zhang X., Swaminathan S., Dagenais G., Gupta R., Mohan V., Lear S., Bangdiwala S.I., Schutte A.E., Wentzel-Viljoen E., Avezum A., Altuntas Y., Yusuf K., Ismail N., Peer N., Chifamba J., Diaz R., Rahman O., Mohammadifard N., Lana F., Zatonska K., Wielgosz A., Yusufali A., Iqbal R., Lopez-Jaramillo P., Khatib R., Rosengren A., Kutty V.R., Li W., Liu J., Liu X., Yin L., Teo K., Anand S., Yusuf S. *Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study investigators. Fruit, vegetable, and legume intake, and cardiovascular disease and deaths in 18 countries (PURE): a prospective cohort study*. Lancet. 2017; 390(10107):2037-2049.
15. The US Burden of Disease Collaborators. The state

of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA*. 2013;310(6):591-608.

16. Lee I.M., Shiroma E.J., Lobelo F., Puska P., Blair S.N., Katzmarzyk P.T. *Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29.

17. Ekelund U., Ward H.A., Norat T., Luan J., May A.M., Weiderpass E., Sharp S.J., Overvad K., Østergaard J.N., Tjønneland A., Johnsen N.F., Mesrine S., Fournier A., Fagherazzi G., Trichopoulou A., Lagiou P., Trichopoulos D., Li K., Kaaks R., Ferrari P., Lica J., Jenab M., Berg-

mann M., Boeing H., Palli D., Sieri S., Panico S., Tumino R., Vineis P., Peeters P.H., Monnikhof E., Bueno-de-Mesquita H.B., Quirós J.R., Agudo A., Sánchez M.J., Huerta J.M., Ardanaz E., Arriola L., Hedblad B., Wirfält E., Sund M., Johansson M., Key T.J., Travis R.C., Khaw K.T., Brage S., Wareham N.J., Riboli E. *Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC)*. *Am J Clin Nutr* 2015;101(3):613-21.

18. Cuschieri S., Mamo J. *Getting to grips with the obesity epidemic in Europe*. *SAGE Open Med*. 2016 Sep. 21;4:2050312116670406.