

# PROBLEMELE MEDICO – SOCIALE ALE UMANITĂȚII

## CAPITOLUL 3

### BOLILE CARDIOVASCULARE

#### 3.1. ASPECTE DE EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVĂ

Maladiile cardiovasculare cuprind un mare număr de boli prezente în toate teritoriile de pe Glob, iar morbiditatea înaltă în rândul populației are, în general, tendință de creștere (unele din ele cu caracter lent epidemic). Principala cauză a deceselor o constituie bolile aparatului circulator. În țările dezvoltate economic, bolile cardiovasculare (BCV) dețin jumătate, uneori și mai mult, din totalul deceselor și constituie – în tabloul general al mortalității – cea mai frecventă cauză de deces. Numărul victimelor acestor maladii este mai mare decât cel provocat de tumorile maligne, accidente și bolile infecțioase luate la un loc.

Implicațiile bolilor cardiovasculare interesează colectivitatea, familia și individul prin multiplele sale aspecte sociale, economice, demografice și familiale. Prin numărul mare al pierderilor de vieți omenești, mai ales al celor premature, BCV influențează cel mai mult reducerea duratei medii a vieții. Anii de viață pierduți din cauza lor în diverse țări variază între 4 și 11, mai frecvent afectând bărbații. Îmbolnăvirile grave în vârsta școlară determină întreruperea sau prelungirea duratei de instruire generală și profesională, la maturi ele cauzează absenteism în producție, iar cca 1/3 din cazuri se agravează cu incapacitate permanentă de muncă. BCV reprezintă 10–20% din numărul consultațiilor în instituțiile medico-sanitare publice de medicină primară și internările în spitale. În Suedia, cheltuielile pentru asistența medicală acordată bolnavilor cu patologii cardiovasculare constituie 2,5% din venitul național, iar invaliditatea și decesele lor reduc venitul național cu încă 1,5%.

Întrucât factorii de mediu joacă un rol important în declanșarea și evoluția acestor boli, apariția lor poate fi prevenită, iar incidența – redusă prin modificarea mediului și corectarea atitudinii personale față de sănătate; însă aceste măsuri profilactice de mare eficiență sunt dificile pentru a fi realizate în practică.

Pentru studierea diverselor aspecte ale morbidității cardiovasculare este strict necesar de a folosi Clasificația internațională a maladiilor (CIM) publicate de OMS.

Această clasă de boli se deosebește prin câteva particularități de distribuție și prin tendința de creștere a morbidității în structura patologiilor pe care le cuprinde.

După cum s-a menționat mai sus, parțial sau în totalitatea lor, bolile cardiovasculare se întâlnesc pe tot Globul. Cele de natură infecțioasă (reumatismul ar-

ticular acut și cardiopatiile reumatismale) – mai frecvente în teritoriile în curs de dezvoltare – sunt în scădere pe teritoriile dezvoltate economic, în timp ce bolile cu origine neinfecțioasă – cu o etiologie multifactorială – înregistrează frecvență importantă și în creștere în ultimele decenii, mai ales în țările dezvoltate.

Patologia cardiovasculară afectează persoane de ambele sexe în toate vârstele, dar în mod diferit: anomaliile congenitale sunt mai frecvente în primii 5 ani de viață, boala reumatică – ce afectează preponderent cordul – are frecvența mai mare între 5 și 30 de ani, iar după 30 de ani – tabloul acestei clase de boli este dominat de hipertensiunea arterială (HTA), cardiopatia ischemică (CI) și ateroscleroză, a căror frecvență crește odată cu vârsta, având în același timp tendință de întinerire.

Rezultatele anchetărilor medicale și calculele bazate pe estimări indică o prevalență de 200 de bolnavi cu maladii cardiovasculare la 1 000 de locuitori pe Glob, nivelul acesteia variind între 25% în SUA și 50% în alte țări. Deci, rezultă că 15% din populația teritoriilor dezvoltate economic suferă de patologie cardiovasculară. În Republica Moldova, în structura morbidității generale a populației adulte, bolile cardiovasculare ocupă locul II (12,3–15,2%), iar la persoanele mai în vârstă de 60 de ani – locul I (28,5–37,6%). Cote majore ale incidenței și prevalenței înregistrează respectiv: boala hipertensivă – 25,2 și 24,8; cardiopatia ischemică – 23,0 și 14,3; afecțiunile cerebrovasculare – 20,5 și 8,6; angor pectoral – 4,6 și 5,5; infarctul miocardic – 4,1 și 0,5%. În dinamică se constată o creștere a incidenței prin boala hipertonică, prin diverse forme de maladie ischemică, în special infarct miocardic, stenocardie și maladii cerebrovasculare, precum și prin diferite îmbinări ale acestora.

Rezultatele cercetării BCV în Republica Moldova au confirmat că nivelul maladiilor cardiovasculare este influențat de diverși factori medico-sociali.

Tabelul 72

**Răspândirea bolilor cardiovasculare după datele adresabilității și examenului medical complex la populația Republicii Moldova (la 1 000 de locuitori)**

Denumirea maladiilor	Localitatea	După datele adresării în instituțiile medicale		Examene medicale	
		bărbați	femei	bărbați	femei
Sumarul bolilor cardiovasculare	Urbană	35	56	216	263
	Rurală	25	43	135	248
Inclusiv, boala hipertonică	Urbană	9	14	40	47
	Rurală	6	9	28	63

Prin urmare, în frecvența răspândirii BCV s-au evidențiat următoarele legități: a) frecvența răspândirii BCV este mai mare după datele examenului medical; b) de BCV mai des suferă femeile; c) frecvența BCV este mai mare în localitatea urbană. Aceste legități sunt confirmate prin datele adresării bolnavilor în instituțiile medico-sanitare publice (IMSP), cât și de rezultatele examenului medical al populației rurale și urbane din Republica Moldova (tabelul 72).

În a. 2006 nivelul patologiei cardiovasculare în Republica Moldova a constituit: incidența – 242,9 și prevalența 921,4%, care variază în funcție de vârstă și localitate (tabelul 73).

Tabelul 73

**RATA MORBIDITĂȚII GENERALE PRIN BOLI CARDIOVASCULARE  
LA POPULAȚIA REPUBLICII MOLDOVA după vârstă și localitate  
(la 10 000 de locuitori)**

Localitatea	Incidența			Prevalența		
	total	adulți	copii	total	adulți	copii
<b>Municipii</b>	185,1	220,6	38,6	845,4	1028,7	89,0
<b>Raioane</b>	254,2	327,1	34,7	898,1	1164,2	97,2
<b>R. Moldova</b>	242,9	306,7	35,5	921,4	1175,6	95,8

Mortalitatea prin boli cardiovasculare a crescut pretutindeni, niveluri sporite observându-se în asemenea țări, ca Islanda, Grecia, Ungaria, Germania, Japonia, Australia și SUA. Indicatorii cei mai înalți se înregistrează în România, Rusia și alte țări. Cota deceselor de BCV constituie (%): media pe 50 de țări ale Globului – 50, CSI – 55 și Republica Moldova – 57% din structura mortalității generale. De BCV 62,3% din bolnavi decedează la domiciliu.

În structura invalidității primare a populației din Republica Moldova BCV prezintă 21% cu tendință spre majorare.

Despre importanța medico-socială a bolilor cardiovasculare denotă și cota de 30,8% a asistenței medicale solicitate de către pacienții în cauză din totalul chemărilor anuale (tabelul 74).

Tabelul 74

**COTA CHEMĂRILOR ÎN CAZ DE BOLI CARDIOVASCULARE (%)**

Sexul	Vârsta, ani			
	40 - 49	50 - 59	Peste 60	Total
<b>Bărbați</b>	29,6	33,3	47,5	23,2
<b>Femei</b>	28,3	50,8	60,9	34,3
<b>Ambele sexe</b>	28,8	44,8	57,3	30,8

Medicamentele pentru tratamentul bolilor cardiovasculare ocupă unul din primele locuri în producția și consumul general.

În România, după datele înregistrate în activitatea curentă a serviciilor medicale ambulatorii, în situația inexistenței unei declarații nominale a acestor boli, rezultă că anual se înregistrează la populație, după vârsta de 20 de ani, o incidență de 4 000 de cazuri noi la 100 000 de locuitori, cu niveluri mai mari la sexul feminin și printre locuitorii din localitățile urbane.

În toate țările europene repartizarea pe vârste a nivelului mortalității prin BCV are aceleași caracteristici (la 100 000 loc.): la primul an de viață 5-15, cele mai scăzute niveluri se atestă între 5-14 ani, iar de la 35 de ani nivelurile mortalității cresc odată cu vârsta, înregistrând valorile cele mai mari (între 690 și 940‰) la vârstele peste 75 de ani.

Nivelul mortalității prin boli ale aparatului circulator variază în zona nordică a Globului după țări și sexe. În țările avansate economic, cardiopatiile ischemice dau

ponderea cea mai mare de decese, cu excepția Franței, Spaniei, Iugoslaviei, Bulgariei, Greciei și României, în care primul loc îl dețin bolile cerebrovasculare. După aceasta, locul III îl ocupă boala hipertensivă cu niveluri mari în România, Ungaria, Germania. În Republica Moldova și celelalte țări din CSI primul loc în structura mortalității prin maladiile aparatului circulator îl ocupă cardiopatiile ischemice (52,9%), locul II – boala hipertensivă (23,6%) și locul III – maladiile vasculare cerebrale (19,1%).

În toate țările, cardiopatiile ischemice dau niveluri de mortalitate mai mari la sexul masculin, iar boala hipertensivă și afecțiunile vasculare cerebrale dau niveluri mai mari la sexul feminin. Morbiditatea și mortalitatea sunt mai mari la vârstele active și pe teritoriile dezvoltate economic. În țările în curs de dezvoltare nivelurile morbidității și mortalității încep să crească odată cu adoptarea aceluiași mod de viață și pe măsura determinării la timp a diagnosticului.

Până în prezent au fost identificate mai mult de 40 de factori de risc ai BCV care sunt apreciați în trei grupe de factori de risc. Ei participă în apariția și menținerea bolilor cardiovasculare în populație (tabelul 75).

Tabelul 75

#### CLASIFICAREA FACTORILOR DE RISC AI BCV (3 grupe)

<b>I. Biologici</b>	
1	Factorii genetici
2	Factorii de sex- mai des la bărbați
3	Factorii de vârstă – tendința spre întinerire
4	Factori constituțional – predispunere către BCV
5	Factorii de rasă - unele etnii prezintă o incidență mai mare
6	Grupa de sânge – unii autori confirmă, iar alții neagă corelația dintre grupele de sânge și morbiditatea de ateroscleroză
<b>II. Patologici</b>	
1	Reumatism poliarticular acut
2	Bolile transmisibile
3	Focare de infecții
4	Diabetul
5	Boli cronice ale organelor respiratorii
6	Hipertensiunea arterială
7	Hipercolesterolemia
8	Obezitatea
<b>III. Mediul ambiant</b>	
1	Supraalimentația
2	Inactivitatea fizică (sedentarismul)
3	Tabagismul
4	Alcoolul
5	Cafeaua
6	Stresul
7	Oligoelementele (hipo- sau hiperconcentrația diverselor elemente chimice din organism)

Dintre aceștia mai importanți sunt următorii: supraalimentația, obezitatea, sedentarismul, hipercolesterolemia, hipertensiunea arterială, stresurile psiho-emoționale, deprinderile dăunătoare (fumatul, consumul abuziv de cafea, alcool) și dezechilibrul dintre oligoelemente. Cei mai mulți dintre factori aparțin mediului și modului de viață și sunt prodrome ale bolilor cardiovasculare. Acești factori de risc, fiind acceptați de la vârstele tinere, își potentează acțiunea prin asociere și pe măsura înaintării în vârstă. Din acest punct de vedere studiul de la Framminghaem pe 7 958 de persoane între 25 și 54 de ani este ilustrativ: odată cu înaintarea în vârstă proporția persoanelor fără factori de risc scade, iar a celor cu mai mulți factori de risc crește (tabelul 76).

Tabelul 76

**PREZENȚA FACTORILOR DE RISC PE GRUPE DE VÂRSTĂ ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE**

Specificare	Grupele de vârstă						
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Persoane examinate :	360	1347	1531	1008	1247	1505	962
Fără factori de risc %	53,8	42,4	34,9	29,0	21,3	17,4	16,8
Cu 1 factor de risc, %	36,4	38,6	39,7	40,0	37,0	33,0	34,6
Cu 2 factori de risc, %	8,1	14,9	18,6	20,0	27,0	27,8	31,8
Cu 3 factori de risc, %	1,7	4,1	6,8	10,4	14,6	14,6	18,8

a) *Alimentația nerațională (supraalimentația)* este confirmată din ce în ce în mai multe studii și se datorează consumului sporit de grăsimi (peste 1/3 din rația calorică zilnică), care conțin 40–50% acizi grași saturați și hidrocarbonați rafinați, precum și mărimi nejustificate ale rației alimentare cu 1 000 – 1 500 calorii/zi față de 2–3 generații anterioare și acestea în condițiile de eforturi fizice mai reduse în viața zilnică și în activitatea ocupațională (prin introducerea mecanizării și automatizării), asociate cu lipsa practicării în masă a sportului și deci un mare sedentarism.

Un alt factor de risc legat de alimentație este consumul sării de bucătărie. Cei care o folosesc în cantități mici se îmbolnăvesc de hipertensiune arterială într-o proporție de 0,7 %, spre deosebire de cei care adaugă sare în bucate – 6,8% și cei care adaugă sare fără să probeze bucatele – 10,5%.

Organismul uman, adaptat până acum la o alimentație moderată, nu a avut încă timp să se adapteze la o nouă situație: supraalimentația asociată cu alte două condiții nefavorabile: sedentarismul și nepracticarea exercițiilor fizice. Soluția pentru sănătate este renunțarea la aceste riscuri, ținând cont de factorii de protecție: alimentație echilibrată, fără exces de acizi grași saturați, limitarea sării de bucătărie și practicarea sportului.

b) *Obezitatea* – consecință a supraalimentației, sedentarismului și nepracticării curente a sportului – asociate sau nu cu tulburări metabolice – omul zilelor noastre are (în medie) la 55 de ani un plus de greutate de 20% față de cât avea la 20 de ani, ceea ce dublează riscul pentru infarct miocardic.

Rațiile alimentare echilibrate cu un conținut de calorii apropiat de condițiile bazale, chiar și în cazul unui efort fizic mai redus, favorizează creșterea longevității.

c) *Sedentarismul (hipodinamia)*. Efortul fizic mai redus, din activitățile curente și din cele ocupaționale, precum și mersul mai puțin pe jos – însoțit de supraalimentație și obezitate – favorizează obișnuința sedentarismului și majorarea nivelului incidenței bolilor cardiovasculare. În republica noastră în ultimii 30 de ani deplasarea persoanelor cu trenul a crescut de 2,1 ori, iar cu autobuzele de 4,4 ori, la care se adaugă și creșterea deplasării cu autoturismele personale, chiar pentru distanțe foarte scurte. Toate acestea au favorizat reducerea mersului pe jos.

d) *Hipercolesterolemia*. Studiile în populație au demonstrat că hipercolesterolemia se întâlnește mai ales în alimentația bogată în acizi grași saturați și cea care conține carbohidrați rafinați (ce nu sunt consumați prin eforturi fizice). Frecvența persoanelor cu niveluri ridicate ale acestora favorizează creșterea incidenței prin boli cardiovasculare. Este dovedită relația directă dintre creșterea odată cu vârsta a incidenței aterosclerozei și a cardiopatiei ischemice și prezența factorilor de risc menționați.

e) *Hipertensiunea arterială* – condiționată (apariția și întreținerea ei) de numeroși factori de risc, ea însăși condiționează alte boli cardiovasculare (cardiopatia ischemică și accidentele vasculare cerebrale). La persoanele cu niveluri ridicate de hipertensiune se întâlnește frecvent cardiopatia ischemică, după cum în populațiile cu niveluri joase de tensiune arterială (Bolivia, Peru) cardiopatia este mai rar întâlnită. La persoanele peste 40–50 de ani hipertensiunea arterială este frecvent asociată cu obezitatea.

f) *Stresurile psihoemoționale*, de diferite intensități și durate, sunt din ce în ce mai frecvente în viața de familie, în traiul din centrul populat și în activitatea ocupațională: stări de tensiune psihonervoasă în relațiile cu alte persoane, insatisfacții datorită situațiilor din familie sau de la locul de muncă ori decalajului inexplicabil dintre ceea ce crede că ar putea fi și ceea ce este, surmenajul ca urmare a unui regim neechilibrat de viață etc. Toate acestea, în diferite asociații, sunt cauze ce favorizează hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, accidentele vasculare cerebrale.

g) *Deprinderile dăunătoare sănătății (tutunul, cafeaua, alcoolul)*. Nivelul consumului de tutun, cafea, alcool crește în toată lumea, iar în teritoriile dezvoltate începe și este mai exagerat de la vârste mai tinere și la ambele sexe. Fumatul, recunoscut ca factor de risc și în alte boli (cancer bronhopulmonar etc.), prin nicotina inhalată, produce creșterea titrului de catecolamine și adezivitatea plachetelor sangvine. Riscul fumatului pentru cardiopatia ischemică este în relație directă cu numărul țigărilor fumate pe zi și cu durata în ani a practicării lui. Renunțarea la fumat reduce în scurt timp spre zero riscul pentru cardiopatia ischemică.

Consumul de cafea majorează riscul coronarian, în principal prin descărcarea de catecolamine. În multe țări această deprindere a pătruns și în colectivitățile rurale. Corelația dintre factorii de risc și apariția BCV este confirmată de informația prezentată în tabelul 77.

**PONDEREA FACTORILOR DE RISC ÎN BOLI CARDIOVASCULARE  
LA BĂRBAȚI ȘI FEMEI (%)**

Sexul	Hipertonia arterială	Hipercolesterolemia	Fumatul	Obezitatea	Hipodinamia
<b>Bărbați</b>	26,1	11,9	44,2	16,3	9,7
<b>Femei</b>	23,0	9,0	2,7	33,0	14,7

Cel mai mare pericol dintre factorii de risc pentru bolile cardiovasculare la bărbați îl prezintă fumatul și hipertensiunea arterială, iar la femei obezitatea și hipertensiunea arterială. Totodată, fumatul de la o vârstă fragedă favorizează apariția hipertensiunii arteriale. Efectele negative ale ambilor factori de risc se măresc paralel cu vârsta (tabelul 78).

**RĂSPÂNDIREA HIPERTENSIUNII ARTERIALE ȘI A FUMATULUI  
PRINTRE ȘCOLARI (%)**

Vârsta (ani)	Hipertensiunea arterială	Fumatul
<b>13</b>	5,7	7,8
<b>14</b>	6,6	30,6
<b>15</b>	7,7	36,7
<b>16</b>	8,5	41,2

Deci, creșterea numărului de fumători determină o sporire a cotei copiilor suferinzi de hipertensiune arterială, care, având o evoluție gravă, se depistează și se tratează prin mare efort cu eficacitate minoră în această perioadă de vârstă.

**Concluzie:** răspândirea bolilor cardiovasculare este favorizată de următorii factori de risc: suprasolicitarea nervoasă și psihică la anumite genuri de activitate; hipodinamia; supraalimentația și alimentația nerațională; obezitatea; hipercolesterolemia; hipertensiunea arterială; deprinderile dăunătoare sănătății; creșterea urbanizării; consumul sporit de sare de bucătărie; factorii ereditari etc.

### 3.2. PREVENIREA BOLILOR CARDIOVASCULARE ȘI ASISTENȚA MEDICALĂ BOLNAVILOR

Prevenirea bolilor cardiovasculare în populație și asistența medicală bolnavilor cuprind acțiuni și activități generale și medicale elaborate și înscrise într-un program teritorial special. El are la bază măsuri profilactice și activități medicale care vor asigura reducerea factorilor de risc și minimizarea gravității bolii și este conceput să angajeze toate sectoarele vieții social-economice, toate tipurile de unități medicale și, în primul rând, cele specializate.

Pe plan mondial, OMS a elaborat un nou program pe termen lung, care vizează, în principal, integrarea măsurilor de prevenire și combatere a următoarelor BCV: mai important în serviciul medical, HTA, ischemia cardiacă și cerebrală,

cardiomiopatiile, cordul pulmonar cronic, bolile vasculare periferice și anomaliile congenitale cardiovasculare.

### **Programul de prevenire și combatere a BCV**

Acest program este o parte integrală din programul general de sănătate a colectivității teritoriale sau ocupaționale. Întreaga acțiune cuprinde: elaborarea, aplicarea și evaluarea măsurilor profilactice.

#### **A. Elaborarea programului**

1) Cunoașterea următoarelor aspecte:

- situația social-economică a colectivității;
- morbiditatea și mortalitatea pe boli cardiovasculare (nivelul și tendințele);
- morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară (pe boli, grupe de vârstă, sexe, ocupații, subteritorii) în ultimii ani;
- identificarea în populație a persoanelor sau grupurilor expuse la risc majorat cardiovascular și a persoanelor care pot face mai ușor boala (persoane cu alte boli, gravide etc.);
- riscurile de îmbolnăvire cardiovasculară și nivelul lor în populație;
- nivelul cunoștințelor populației despre BCV și despre evitarea factorilor de risc existenți;
- posibilitățile financiare, de serviciu și cadre medicale în vederea aplicării unui program de prevenire și combatere a acestor boli.

2) Stabilirea principalelor obiective profilactice și de asistență medicală în bolile cardiovasculare:

- limitarea acțiunii factorilor de risc (în special în grupurile de populație cu risc crescut) în mediul de viață și de muncă;
- promovarea și dezvoltarea factorilor de protecție: alimentație rațională, practicarea sportului, deprinderi sănătoase de viață și de muncă, obișnuirea cu reactivitatea scăzută față de evenimentele stresante (din familie, din profesie și din viața zilnică), evitarea riscurilor de îmbolnăvire (mai ales la persoanele expuse riscurilor de îmbolnăvire), convingerea persoanelor să nu însușească sau să renunțe la obiceiuri dăunătoare sănătății cardiovasculare etc. Educația pentru sănătate cardiovasculară vizează factorii de risc și de protecție, adresându-se colectivităților de tineri, grupelor de persoane expuse riscurilor, familiei și individului pentru obținerea cooperării acestora;
- depistarea activă, tratamentul complet, corect și dispensarizarea celor suferinzi de diabet, obezitate, tulburări de metabolism lipidic, bronșită cronică, astm bronșic, emfizem pulmonar, HTA, cardiopatii ischemice, cardiopatii reumatismale, cord pulmonar etc. Depistarea activă se va realiza prin examenele medicale: la intrarea într-o colectivitate, pentru căsătorie, la începutul sarcinii, la examenele medicale periodice etc.;
- dispensarizarea persoanelor cu risc cardiovascular și a bolnavilor;
- asigurarea asistenței medicale ambulatorii și spitalicești cu medicamente pentru formele acute și cronice ale BCV, în cadrul sistemului teritorial de instituții medico-sanitare publice (IMSP) (cu stabilirea sarcinilor, a competențelor pentru



fiecare și a legăturilor funcționale între unități). Acestea trebuie să realizeze integrarea verticală a acțiunilor de prevenire și asistență medicală cardiovasculară în întreg sistemul de unități medico-sanitare publice din teritoriul dat (spital, policlinică, dispensare și ambulatorii teritoriale etc.);

- recuperarea bolnavilor cardiovasculari necesită: stabilirea fazelor bolii și a bolnavilor care pot beneficia, formarea echipelor, educația bolnavilor pentru a coopera, organizarea de servicii medicale adecvate (ambulatorii, spitalicești).

Dintre BCV, HTA – prin posibilitățile de măsurare a evoluției TA – oferă cele mai multe posibilități de reducere a răspândirii bolii în populație.

Se elaborează un program pe termen lung care se propune spre dezbatere în consiliul popular (în organismul de conducere al întreprinderii), se stabilesc sarcini concrete și cu termen pentru fiecare compartiment al vieții social-economice (întreprinderi, instituții, școli, cămin cultural, ferme, organizații de masă, servicii medicale).

Măsurile ce privesc serviciile medicale și de sănătate din teritoriu trebuie analizate și prezentate în 2–3 variante, în funcție de posibilitățile financiare, de cadre și de instituții; se adoptă varianta optimă (sub aspect tehnic și economic) atât pentru programul de scurt termen, cât și pentru cel de termen lung.

#### **B. Aplicarea programului de prevenire și combatere a bolilor cardiovasculare:**

- se începe imediat după aprobarea lui;
- pe parcurs sunt posibile și utile ameliorări ale programului;
- serviciul medical teritorial coordonează desfășurarea aplicării programului.

#### **C. Evaluarea continuă a programului:**

Evaluarea necesită înregistrarea sistematică și completă:

- a îndeplinirii măsurilor ce revin celorlalte compartimente;
- a morbidității (incidență, prevalență, incapacitate de muncă) și mortalității prin maladii cardiovasculare;

- întocmirea de registre după sistemul OMS: pentru hipertensiunea arterială, inclusiv pentru hipertensivii potențiali, pentru persoane cu risc de a face cardiopatie ischemică sau accidente vasculare cerebrale sau pentru: supraponderali, sedentari, cu nivel ridicat de colesterol seric, cu stresuri psihoemoționale frecvente sau de lungă durată etc.; registrul pentru o boală aduce informații utile când se întocmește pentru o populație teritorială (comună, oraș) sau pentru o colectivitate ocupațională (întreprindere, șantier, instituție);

- a activităților și cheltuielilor serviciilor medicale (depistări, consultații, tratamente, spitalizări etc.) pentru BCV;

- a factorilor cu risc cardiovascular (distribuție, intensitate);
- a rezultatelor educației pentru sănătate a populației.

Periodic se informează conducerea organelor locale și a întreprinderilor privind rezultatele de etapă, (inclusiv cheltuielile făcute și financiare ce le implică).

Programul de prevenire și combatere a bolilor cardiovasculare trebuie să favorizeze îmbunătățirea stării de sănătate a colectivității.

### 3.3. ORGANIZAREA SERVICIULUI CARDIOLOGIC

Asistența medicală bolnavilor de profil cardiologic în Republica Moldova este acordată într-o rețea de instituții medicale și subunități specializate în cardiologie (IMSP, secții și cabinete), dirijate din punct de vedere științific, organizatoric și metodic de Institutul de Cercetări Științifice în Cardiologie (ICȘC).

*Prima verigă a rețelei* și cea mai importantă în Republica Moldova este ICȘC. În componența lui activează secții clinice de diagnostic și profilaxie, laboratoare clinice și de profilaxie utilizate modern. Acest institut dispune de specialiști calificați și este folosit ca bază clinică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Aici se fac investigații în toate problemele științifice ce țin de domeniul cardiologiei, se acordă asistență cardiologică calificată de ambulatoriu și staționar, se realizează măsuri de profilaxie și combatere a BCV.

Centrele consultative raionale și municipale – *veriga a II-a a rețelei* – acordă asistență cardiologică în diagnosticarea și tratamentul bolnavilor în condiții de staționar, ambulatoriu, organizează efectuarea măsurilor pentru depistarea precoce, tratarea, profilaxia și combaterea BCV. În centrele consultative raionale și municipale se acordă asistență consultativ-metodică și organizatorică instituțiilor cardiologice teritoriale.

*A treia verigă a rețelei* serviciului cardiologic o constituie instituțiile medico-sanitare publice locale de profil cardiologic: secțiile cardiologice din staționare, cabinetele cardiologice din centrele consultative de asistență medicală primară, brigăzile cardiologice ale stației medicale de urgență.

Medicul cabinetului cardiologic permanent consultă medicii de familie, dirijează examinarea în masă a populației cu scop de depistare precoce a BCV. Acest contingent de medici determină calitatea și eficacitatea profilaxiei bolilor cardiovasculare din acele considerente că ei mai bine cunosc condițiile de muncă, de trai și pot evidenția ușor factorii care favorizează apariția bolilor cardiovasculare. Pe această bază ei pot elabora planuri individuale de profilaxie, combatere și tratament al bolilor în cauză.

O importanță deosebită în tratamentul BCV o prezintă asistența balneo-sanatorială, mai cu seamă în recuperarea bolnavilor cu infarct miocardic etc. Tratamentul balneo-sanatorial se prescrie imediat după cel efectuat în staționar, favorizând reabilitarea medicală, fizică, psihică, profesională etc.

Profilaxia primară și secundară se efectuează cu succes în preventoriile sanatoriale organizate pe lângă fabrici, uzine, instituții, organizații etc. Aici sunt create condiții de odihnă și tratament apropiate de cele din instituțiile balneo-sanatoriale.