

## Capitolul 4.

### Obiective educationale:

- sa poata descrie caracteristicile epidemilogice ale principalelor boli cronice
- sa comenteze caracteristicile epidemilogice ale principalelor boli cronice in Romania

### *Epidemiologia bolilor netransmisibile*

#### *Caracteristici epidemiologice ale bolilor netransmisibile:*

Bolile netransmisibile reprezintă o problemă importantă de sănătate publică, fiind principala cauză de mortalitate și de morbiditate la nivel mondial. Aceste afecțiuni au câteva caracteristici epidemiologice comune, după cum urmează:

- nu au o etiologie cunoscută;
- perioada de latență este mare;
- debutul este greu de reperat în timp;
- necesită un management susținut, pe o perioadă de mai mulți ani, chiar decenii;
- apar atât în statele bogate, cât și în cele sărace, ceea ce reflectă modificarea comportamentului alimentar, scăderea nivelului de activitate fizică și creșterea consumului produselor din tutun la nivel mondial, ca rezultat al urbanizării, industrializării, dezvoltării economice și globalizării pieței alimentare. Totuși, cea mai mare parte a deceselor prin boli cronice provine din țările sărace, aceste boli având un impact mult mai mare în populațiile sărace sau marginalizate și fiind responsabile de mari disparități în starea de sănătate atât între state, cât și în interiorul acestora.
- există mai mulți factori de risc implicați în apariția bolilor cronice (au caracter plurifactorial), între care pot exista relații aditive, antagonice sau, cel mai frecvent, multiplicative. Astfel, asocierea diabetului zaharat cu hipertensiunea arterială crește de 19 ori riscul de accident vascular cerebral.
- factorii de risc au efecte diferite, în raport cu diferiți bolnavi;
- cea mai mare parte a poverii acestor boli în populație\* este determinată de un număr relativ redus de factori de risc (fumatul, consumul de alcool, comportamentul alimentar, inactivitatea fizică și carcinogenii din mediu), care acționează independent sau adesea combinați. Modificarea comportamentului alimentar, creșterea nivelului de activitate fizică și controlul consumului de tutun ar putea avea un impact major în reducerea incidenței bolilor cronice într-un interval de timp relativ scurt.

- sunt o consecință explicabilă a tranziției demografice, caracterizată prin creșterea prevalenței populației vârstnice și a speranței de viață a populației, având ca urmare creșterea expunerii la factori de risc și deci creșterea prevalenței bolilor cronice;
- necesită intervenții susținute la nivel internațional și național, pentru a fi prevenite și controlate, deoarece determină costuri uriașe atât pentru pacienți, cât și pentru societate în ansamblu, putând deveni un obstacol serios în calea dezvoltării socio-economice.

### Tendențe pe plan mondial:

Organizația Mondială a Sănătății estimează că bolile cronice determină 60% din cele aproape 60 milioane decese/an la nivel mondial și 46% din povara globală a bolilor și că povara determinată de aceste boli (cancere, diabet, boli cardiovasculare, accidente vasculare cerebrale, boli respiratorii cronice și boli psihice) va crește la 60 – 70% în anul 2020.

Incidența bolilor netransmisibile este semnificativ mai mare în rândul populațiilor sărace. Astfel, țările cu venituri mici și mijlocii au cea mai mare contribuție în creșterea poverii bolilor cronice. India și China, de exemplu, au mai multe decese datorate bolilor cronice decât toate țările dezvoltate la un loc. De asemenea, în 1998, 77% din decesele prin boli cronice au apărut în țările cu venituri mici și mijlocii, care erau responsabile și de 85% din povara totală determinată de aceste boli.

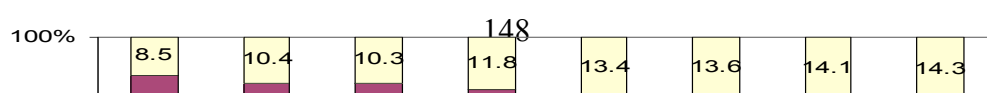
În Europa, 75% din povara bolii exprimată prin DALY în anul 2000 este atribuibilă acestor afecțiuni și se așteaptă ca, până în anul 2020, procentul să crească până la 80%. Creșterea marcată a prevalenței acestui tip de afecțiuni este responsabilă de scăderea duratei medii a vieții, de creșterea nivelului de mortalitate și de scăderea calității vieții atât în regiunea europeană cât și în întreaga lume.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că principalii factori de risc pentru bolile cronice sunt fumatul, colesterolul crescut, hipertensiunea arterială, obezitatea și consumul de alcool și că schimbarea obiceiurilor alimentare, creșterea activității fizice și renunțarea la fumat **pot avea un impact major în scăderea incidenței bolilor cronice pe termen scurt, prevenind 80% din bolile coronariene, 90% din cazurile de diabet zaharat tip 2 și o treime din cancere.**

### Tendențe pe plan național:

**În România** modelele de morbiditate și mortalitate au suferit modificări importante în ultimele decenii, în sensul creșterii prevalenței bolilor cronice și a mortalității de această cauză, în contextul creșterii ponderii populației vârstnice, asociată cu acțiunea multiplă a factorilor de risc biologici, de mediu, comportamentali și cu influența condițiilor socio-economice și a serviciilor de sănătate. Ponderea populației vârstnice (65 de ani și peste) a crescut de la 8,5% în anul 1970, la 14,3% în anul 2003, conform graficului nr.1, fiind aproape de media europeană (14,08% - *Health for All*), dar cu o pantă mult mai abruptă,

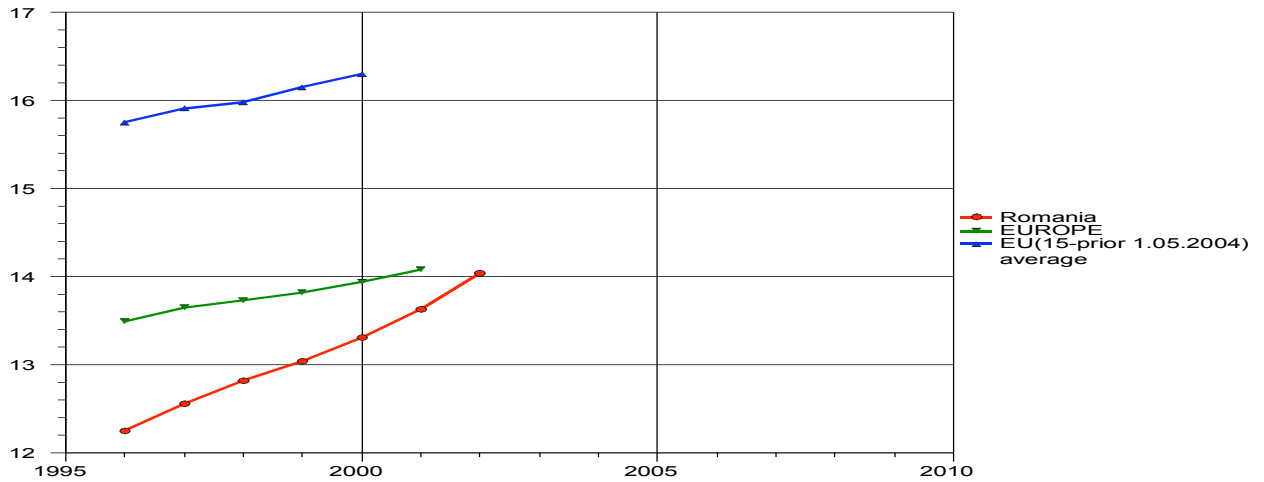
**Graficul nr. 1 - Ponderea populației pe categorii de varsta, în România, în perioada 1970 - 2003**



Sursa: Centrul de Calcul și Statistică Sanitară București

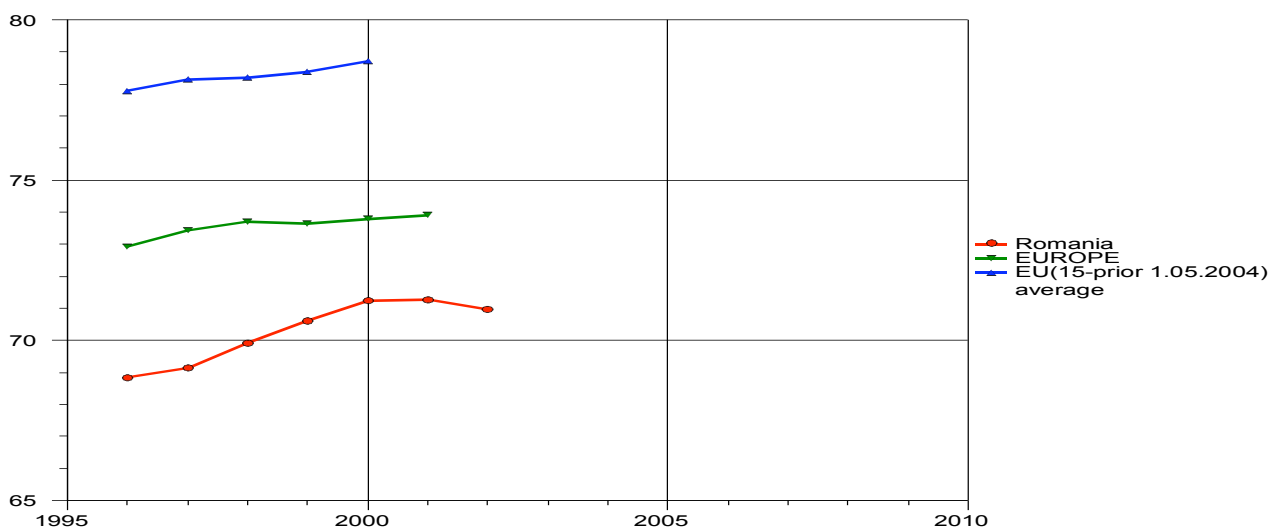
atât față de media europeană, cât și față de U.E., (graficul nr. 2.), în condițiile în care speranța de viață la naștere este cu 2 ani mai mică decât media europeană și cu o tendință de scădere (graficul nr. 3)

Graficul nr. 2 - Ponderea populației de 65 de ani și peste în Romania, față de Europa și Statele membre UE



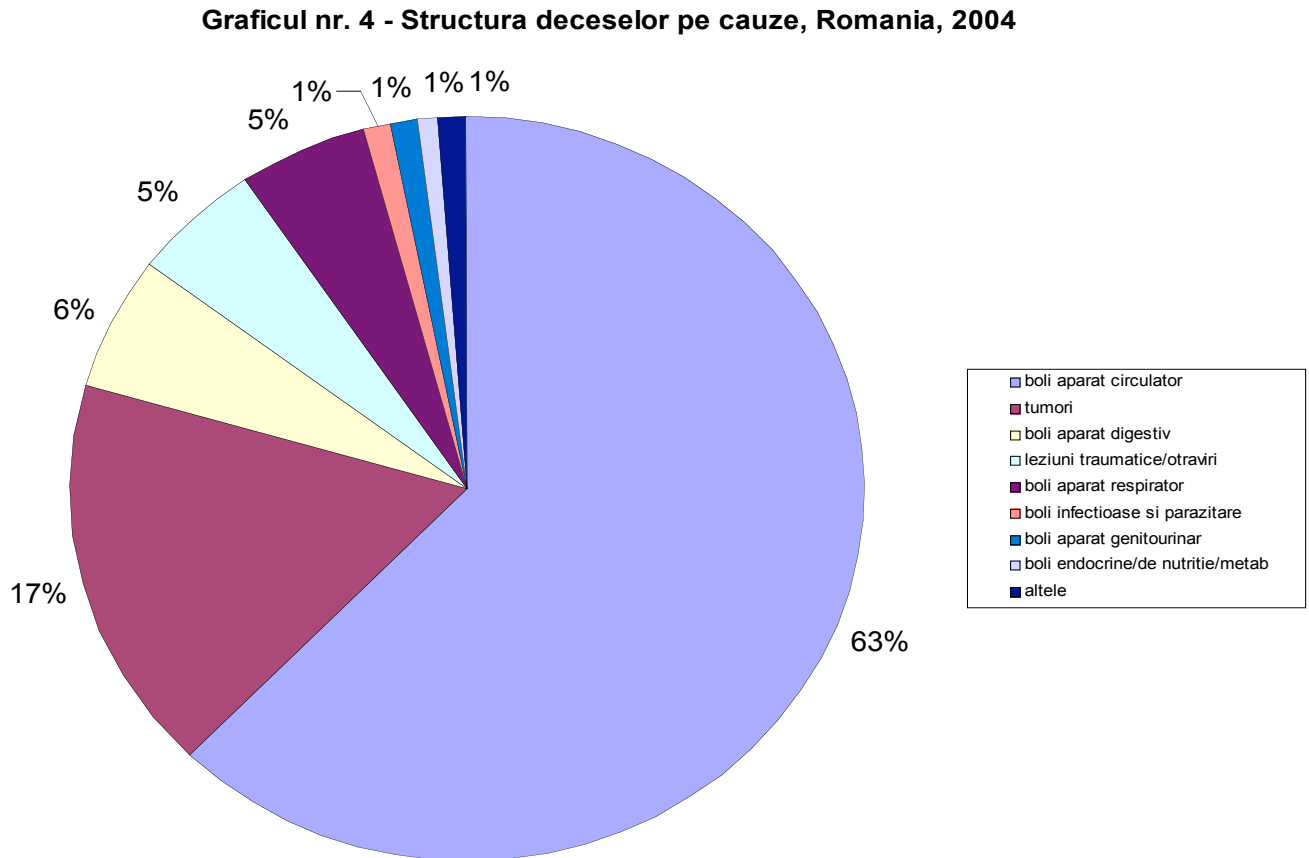
Sursa: Health for All

Graficul nr. 3 – Speranța de viață la naștere în România și în Europa, în perioada 1995 – 2002



*Sursa: Health for All*

Mortalitatea pe cauze în anul 2004 relevă că cele mai importante cauze de deces în România sunt bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori, boli digestive, leziuni traumatice și otrăviri și bolile aparatului respirator, conform graficului nr. 4.



*Sursa: Centrul de Calcul și Statistică Sanitară București*

De asemenea, în ceea ce privește anii de viață potențial pierduți prin decese premature (înainte de împlinirea vârstei de 65 de ani) – PYLL (potential years of life lost), pentru anul 2003 în România s-au pierdut 1265684 ani de viață potențiali, dintre care 21% prin accidente, 21% prin boli cardio și cerebrovasculare, 17% prin tumori și 10% prin boli respiratorii, conform tabelului nr. 1.

**Tabelul nr. 1 - Anii de viața potențial pierduți prin decese premature, România, 2003**

Cauza decesului prematur	PYLL – nr. absolut	% din PYLL
accidente	267973.4	21.17

boli cardiovasculare	260876.2	20.61
tumori	214867	16.98
boli resp	128466.6	10.15
boli dig	107004.6	8.45
altele	286496.1	22.64
total	1265683.9	100

*Sursa datelor primare: Centrul de Calcul și Statistică Sanitară București*

Structura DALY pe cauze pentru anul 1998 a relevat că cea mai mare povară în populație o exercitau bolile aparatului cardiovascular, tumorile, tulburările mentale și de comportament, accidente traumatisme, otrăviri și respectiv bolile sistemului nervos central, conform tabelului nr. 2.

**Tabelul nr. 2 – Structura DALY pe cauze, România, 1998**

boala	Cod ICD- revizia a 10-a	%DALY
boli cardiovasculare	445-497	31.88
tumori maligne	80-176	10.1
tulb mentale/de comportament	306-355	9.98
accid, traumatisme, otrăviri	879-975	8.89
boli SNC	356-397	7.26
boli aparat digestiv	543-591	6.32
boli aparat respirator	498-542	5.72
boli infecțioase	001-079	1.95
malformații congenitale	821-868	1.64
boli perinatale	778-820	1.23
boli aparat genito-urinar	670-732	1.09
boli endocrine și de metabolism	234-240;246-298	1.04
boli de sânge/org. hematologice	203-233	0.93
diabet	241-245	0.58
boli aparat osteo-articular	626-669	0.35
sarcină, naștere, lăuzie,	733-777	0.31
tulburări mintale organice	299-305	0.24
tuberculoza	177-202	0.04
boli țesut subcutanat	592-625	0.03
alte boli		10.41
total		100

*Sursa: Anii de viață potențiali ajustați pentru incapacitate (DALY) – criteriu de identificare a problemelor de sănătate la nivel de județ – Marcu, A., Galan, A., Vitcu, L., Rădulescu, S., Management în sănătate, nr. 3/2000*

Pe baza argumentelor enunțate se poate afirma că în România bolile cardio și cerebrovasculare, tumorile, bolile pulmonare cronice, bolile digestive și bolile psihice reprezintă probleme majore de sănătate publică, o mare parte dintre acestea constituind direcții de acțiune ale programelor naționale de sănătate.

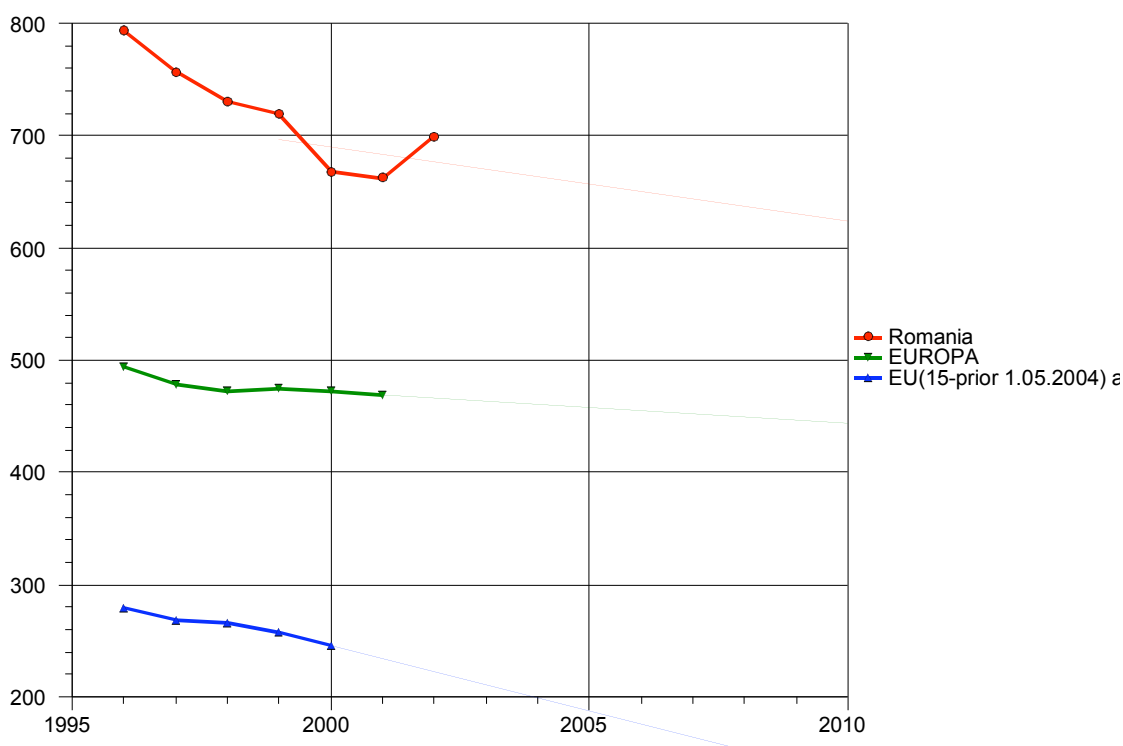
## 1. BOLILE CARDIO ȘI CEREBROVASCULARE:

Bolile cardio și cerebrovasculare reprezintă principala cauză de deces la nivel mondial și nu au granițe geografice, economice sau sociale. Anual apar în lume 32 de milioane de cazuri noi de boli cardio și cerebrovasculare, dintre care 16,7 milioane sunt fatale (29,2% din totalul deceselor la nivel mondial). Din numărul total al deceselor, 7,2 milioane se produc prin cardiopatie ischemică, 5,5 milioane prin boala cerebrovasculară și aproximativ 4 milioane prin hipertensiune arterială.

Prevalența acestor boli nu este cunoscută, dar Organizația Mondială a Sănătății estimează că anual supraviețuiesc unui infarct miocardic sau unui accident vascular cerebral peste 20 de milioane de indivizi, dintre care o mare parte necesită ulterior îngrijiri medicale și sociale foarte costisitoare.

În România, bolile cardio și cerebrovasculare reprezintă, de asemenea, principala cauză de mortalitate, fiind responsabile de 63% din numărul total al deceselor în anul 2004. Rata standardizată de mortalitate prin aceste boli se situează cu mult deasupra mediei europene, fiind de peste trei ori mai mare decât media statelor membre UE, conform graficului nr. 5.

Graficul nr. 5 - Rata standardizată de mortalitate prin boli cardio și cerebrovasculare în România (decese/100000 locuitori), comparativ cu cea europeană și cea a statelor membre UE



Din această categorie de boli, cele mai importante pentru România sunt:

- hipertensiunea arterială;
- cardiopatia ischemică;
- bolile cerebrovasculare.

### 1.1. Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială reprezintă afecțiunea cardiovasculară cea mai răspândită în populație și una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică. Se definește ca o creștere persistentă a tensiunii arteriale sistolice și diastolice peste valorile de 140/90 mmHg.

Hipertensiunea arterială esențială reprezintă aproximativ 85% din cazurile de hipertensiune și este recunoscută ca fiind un factor de risc major pentru ateroscleroza cu localizare în special **coronariană, cerebrală și renală**.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că între 15 și 37% din populația adultă a globului suferă de hipertensiune arterială, iar la grupa de vârstă de 60 de ani și peste, ponderea hipertensivilor depășește 50%. În lume există circa 600 milioane de hipertensivi cu risc de infarct miocardic sau accident vascular cerebral, iar femeile cu hipertensiune arterială au un risc de boli cardiovasculare de 3,5 ori mai mare decât cele cu tensiune arterială normală.

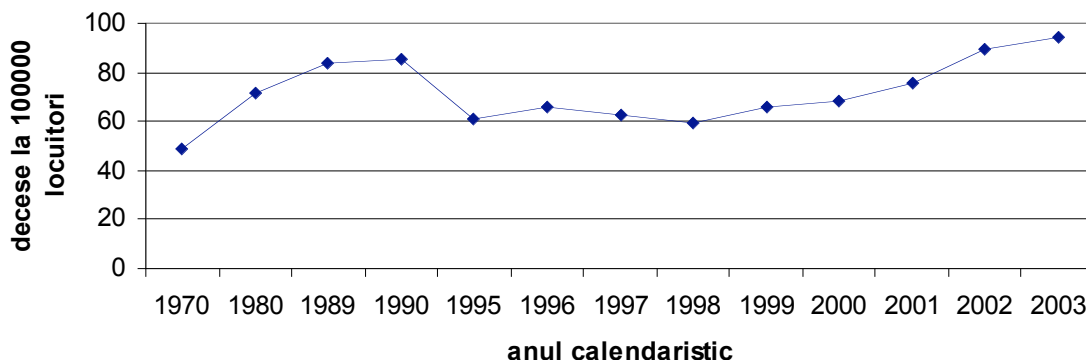
Numeroase studii relevă că hipertensiunea arterială este mai comună, mai rar și mai superficial tratată în Europa, față de Statele Unite ale Americii și Canada. Un studiu recent efectuat în SUA, Canada și șase state europene a relevat că tensiunea arterială medie a fost de 136/83 mmHg în Europa, față de 127/77 în SUA și Canada.

Se estimează că hipertensiunea arterială afectează 28% dintre americani și 27% dintre canadieni. Prevalența ei este mult mai mare în statele europene, respectiv 55% în Germania, 49% în Finlanda, 47% în Spania, 42% în Marea Britanie și 38% în Suedia și Italia. În țările din America latină prevalența hipertensiunii arteriale se estimează între 8 și 30%.

La nivel mondial hipertensiunea arterială este responsabilă de circa 5 milioane de decese (peste 9% din numărul total al deceselor), de 4 milioane de decese premature, de 49% din cazurile de infarct miocardic și de 62% din accidentele vasculare cerebrale.

În România, s-au înregistrat pentru anul 2004 19534 de decese având drept cauză hipertensiunea arterială, reprezentând 7,5% din totalul deceselor. Decesele având drept cauză hipertensiunea arterială au crescut de la 48,6 la ‰ de locuitori în anul 1970, la 94,6‰ în 2003, după cum se observă în graficul alăturat.

**Graficul nr. 6 - Mortalitatea prin HTA, Romania, 1970 - 2003**



*Sursa: Anuar de statistică sanitară, 2003*

### **1.2. Cardiopatia ischemică**

Cardiopatia ischemică reprezintă una dintre cele mai comune boli cardiovasculare și de clasifică, după OMS, în:

- dureroasă (angina pectorală, infarctul miocardic și angina instabilă);
- nedureroasă (moartea subită coronariană, tulburări de ritm și de conducere și insuficiența cardiacă de origine ischemică)

Conform datelor furnizate de Organizația Mondială a Sănătății și de Asociația Americană a Inimii, infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral sunt responsabile de un număr de decese de două ori mai mare decât decesele produse de toate cancerurile la un loc.

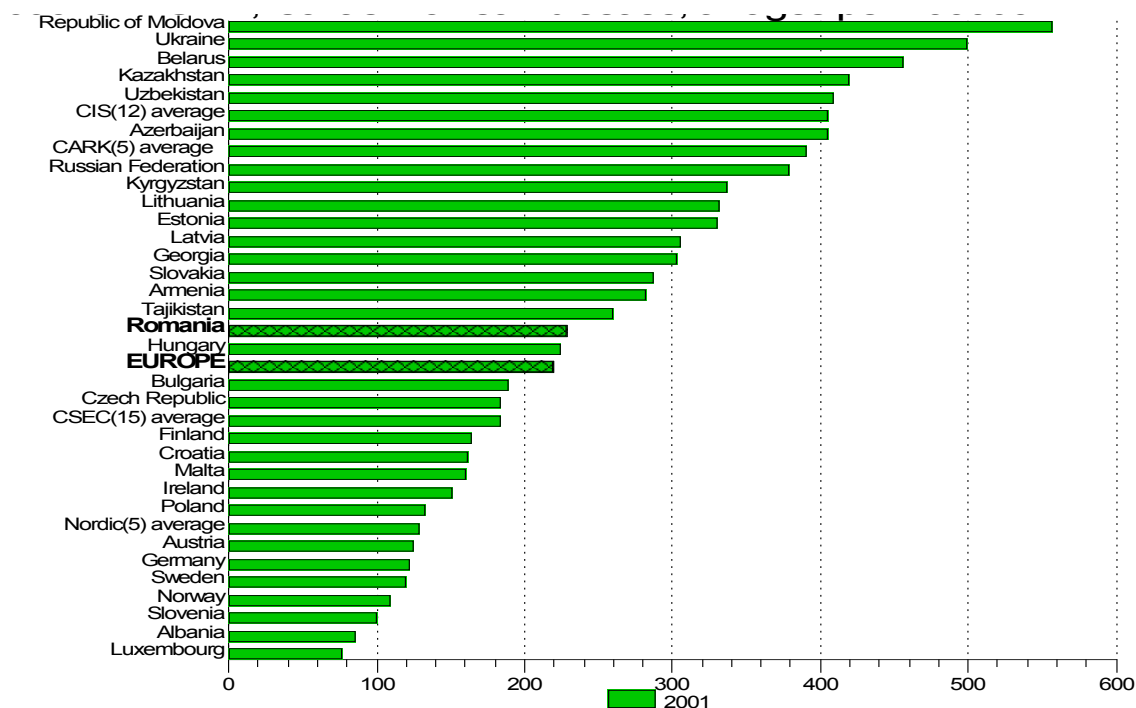
În anul 2001 bolile cardiovasculare au determinat circa o treime din decesele din lume, iar țările sarace au contribuit cu 85% la totalul deceselor prin boli cardiovasculare. Cardiopatia ischemică a determinat 7,2 milioane de decese în anul 2001. Se estimează că în anul 2020 se vor înregistra circa 25 milioane decese prin boli cardiovasculare la nivel mondial, iar 71% dintre acestea vor surveni în țările în curs de dezvoltare.

În Europa, bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de deces, determinând anual circa 4 milioane de decese, respectiv aproape jumătate din numărul total de decese (55% din totalul deceselor la femei și 43% din totalul deceselor la bărbați). Aproximativ o jumătate din decesele prin boli cardiovasculare sunt determinate de cardiopatia ischemică, responsabilă de aproape 2 milioane decese anual.

În Uniunea Europeană situația este asemănătoare: bolile cardiovasculare sunt, de asemenea, principala cauză de deces, însumând circa 1,5 milioane decese anual, respectiv 42% din totalul deceselor. Cardiopatia ischemică determină anual circa 600000 decese, respectiv 1 din 6 decese la bărbați și 1 din 7 decese la femei.

Rata standardizată de mortalitate prin boli cardiovasculare, pe țări, este redată în graficul nr. 7 și se observa ca România se situează imediat deasupra mediei europene.

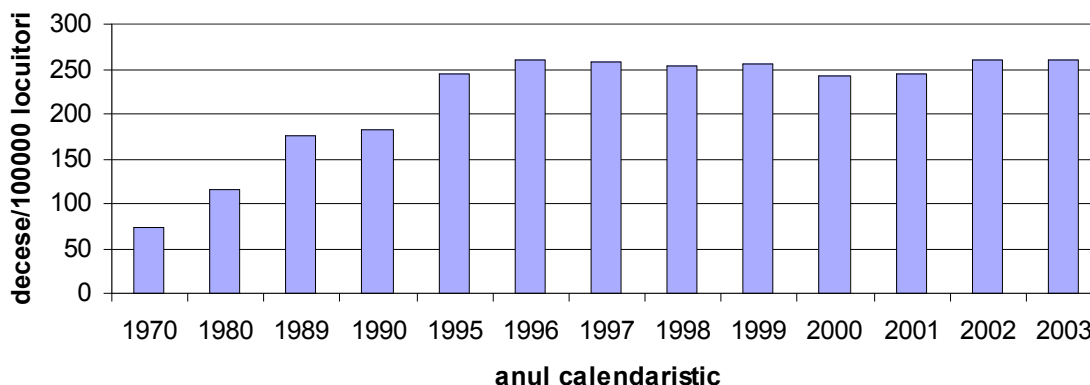
Graficul nr. 7 - Rata standardizată de mortalitate prin cardiopatie ischemică, în Europa, în 2001.



*Sursa: Health for All*

În România s-au înregistrat, în anul 2004, 53.820 decese prin cardiopatie ischemică, reprezentând circa 21% din numărul total de decese. Mortalitatea specifică prin cardiopatie ischemică a manifestat o tendință constantă în ultimii ani, după cum se observă în graficul nr. 8.

**Graficul nr. 8 - Mortalitatea prin cardiopatie ischemică, România, 1970 - 2003**



*Sursa: Anuar de statistica sanitară, 2003*

### **1.3. Bolile cerebrovasculare**

Bolile cerebrovasculare reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate și au drept cauze principale ateroscleroza și hipertensiunea arterială. În studiul Framingham s-a constatat că incidența accidentului vascular cerebral a fost de 5 ori mai mare la persoanele hipertensive. Se admite că pentru creșterea tensiunii arteriale cu 10 mmHg, riscul producerii unui accident vascular crește cu 10%. De asemenea, diabetul zaharat crește de 10 ori riscul de accident vascular, iar asocierea cu hipertensiunea arterială multiplică acest risc de 19 ori. Alți factori de risc pentru producerea accidentului vascular cerebral sunt obezitatea, alcoolismul, sedentarismul și pattern-ul comportamental.

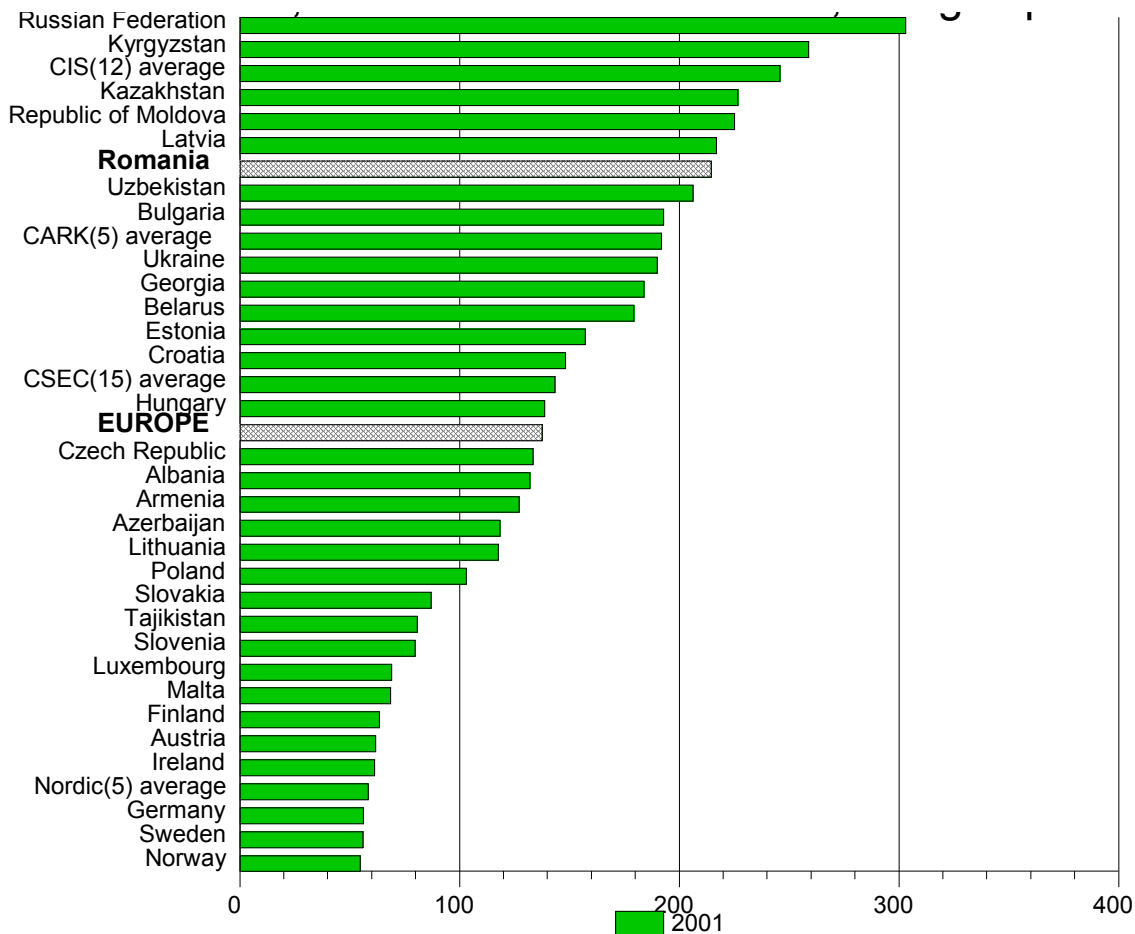
Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în anul 2001 s-au înregistrat 5,5 milioane decese prin accidente vasculare cerebrale și anual circa 15 milioane de persoane supraviețuiesc unui accident vascular minor. Letalitatea prin accidente vasculare cerebrale este de 11% pentru femei și 8,4% pentru bărbați.

În Statele Unite ale Americii există circa 4.800.000 de persoane care au supraviețuit unui accident vascular cerebral. Circa 700.000 de americani suferă în fiecare an un accident vascular cerebral, dintre care 500.000 sunt la primul accident, iar 200.000 au un episod recurent. În perioada 1991 – 2001 mortalitatea specifică prin accidente vasculare cerebrale a scăzut cu 3,4%, dar numărul absolut de decese a crescut cu 7,7%.

În Canada se înregistrează anual circa 50.000 accidente vasculare cerebrale, dintre care 60% apar la femei și 16.000 de decese de această cauză. Există circa 300.000 de canadieni care cu complicații în urma unui accident vascular cerebral, iar costul îngrijirii lor se ridică la 2,7 miliarde \$ anual (în medie 9000\$/pacient anual).

În Europa, cele mai mari rate standardizate de mortalitate prin boli cerebrovasculare se întâlnesc în Rusia, unele state din fosta URSS, Moldova, Letonia și România, care se află pe locul 6, cu o rată aproape dublă față de media europeană, după cum se observă în graficul nr. 9.

**Graficul nr. 9. – Rata standardizată de mortalitate prin boli cerebrovasculare în Europa, în anul 2001**

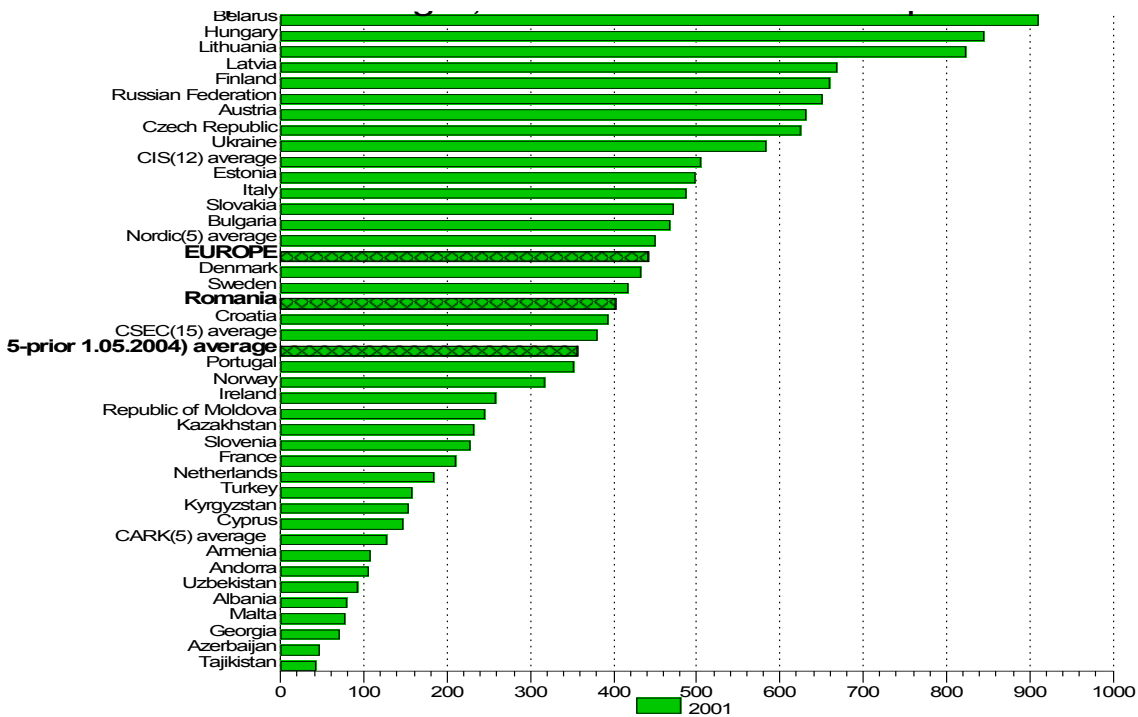


Sursa: Health for All

Situația se menține la grupa de vârstă 0 – 64 de ani (categoria deceselor premature), România aflându-se pe locul 7, după Rusia, foste state sovietice, Moldova, Bielorusia și Ucraina, cu o rată standardizată de deces cu peste 50% mai mare decât cea europeană).

O situație oarecum paradoxală se observă în ceea ce privește numărul de externări prin boli cerebrovasculare la sută de mii de locuitori (graficul nr. 10). Astfel România se află sub media europeană la externări, și cu mult sub valorile înregistrate în țări cu rate de mortalitate standardizată prin boli cerebrovasculare mult mai mici decât în România, fapt ce poate fi explicat printr-o accesibilitate mai redusă la serviciile spitalicești în România, comparativ cu alte state europene.

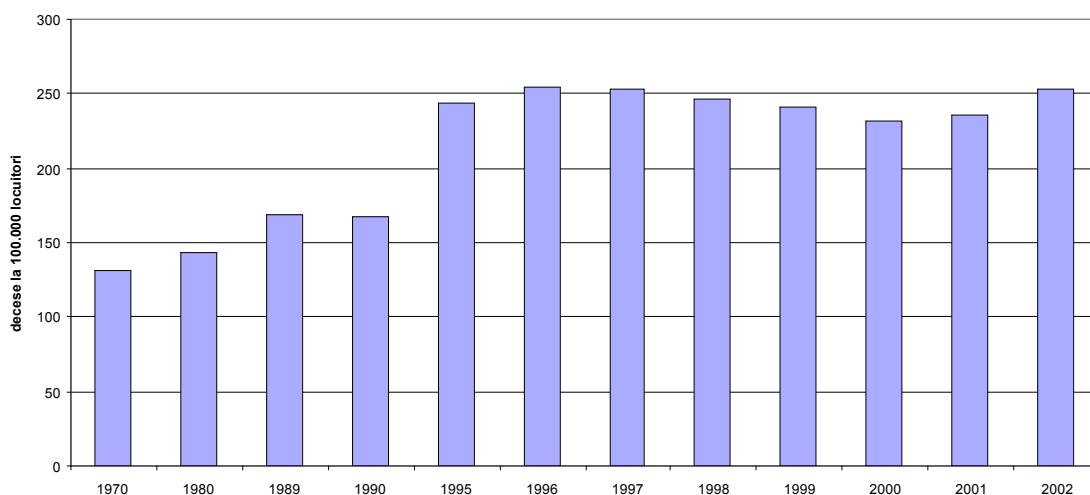
**Graficul nr. 10 - Rata de externare prin boli cerebrovasculare, la 100.000 de locuitori, în statele europene**



Sursa: health for All

În anul 2004 s-au înregistrat în România 54.011 decese prin boli cerebrovasculare (20,86% din totalul deceselor). Evoluția mortalității prin boli cerebrovasculare este ilustrată în graficul nr.11.

**Graficul nr. 11 - Evoluția mortalității prin boli cerebrovasculare în România, în perioada 1970 - 2002**



Sursa:

Anuar de statistică sanitară, 2002

## 2. Tumori

Cancerul înregistrează o răspândire din ce în ce mai mare la nivel mondial, anual fiind înregistrate peste 10 milioane de cazuri noi și 7,1 milioane de decese, respectiv 12,5% din numărul total al deceselor. Se estimează că în anul 2020, vor exista circa 15 milioane de cazuri noi de cancer anual. În lume există circa 20 de milioane de indivizi care suferă de cancer, mai mult de jumătate dintre ei trăiesc în țările în curs de dezvoltare și se estimează acest număr va crește la 30 de milioane.

Primul factor de risc incriminat în apariția cancerelor este tutunul (responsabil de 30% din decesele prin cancer), iar al doilea este dieta, care determină circa 30% din tumori în țările dezvoltate și 20% în țările în curs de dezvoltare. În ultimii ani numeroase studii au evidențiat legătura între supragreutate/obezitate și numeroase tipuri de cancer (esofag, colon, sân, endometru, rinichi), în timp ce activitatea fizică regulată pare să constituie un factor de protecție față de apariția cancerului de colon și de sân.

Se consideră ca factorii comportamentali (fumatul, dieta, patternul activității fizice) și de mediu (fizic și ocupațional) joacă un rol major în apariția cancerului, mai important decât factorii genetici.

Importanța cancerelor ca și cauză de deces este în creștere, iar incidența unor tipuri de cancer (bronhopulmonar, colon și rect, sân, prostată) crește paralel cu nivelul de dezvoltare economică. În general cancerul se asociază cu statusul socio-economic, expunerea la principalii factori de risc fiind mai mare în populațiile cu nivel educativ scăzut. Adicional, pacienții cu un nivel socio-economic mai scăzut au și rate mai mici de supraviețuire.

În Europa, s-au înregistrat în anul 2000 2.777.786 cazuri noi de cancer și 1.709.513 decese datorate tumorilor.

Tumorile constituie a doua cauză de deces în România, fiind răspunzătoare de circa 15% din totalul deceselor. Incidența și prevalența tumorilor sunt în creștere, în lume, în Europa și în România. În România, principalele cauze de morbiditate și mortalitate prin tumori sunt următoarele:

- cancerul de sân;
- cancerul de col uterin;
- cancerul bronhopulmonar;
- cancerul de colon și rect.

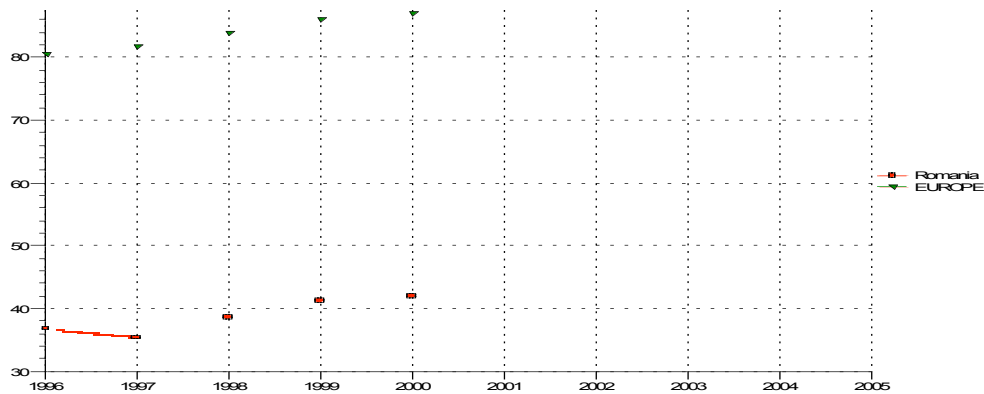
### 2.1. Cancerul de sân

Cancerul de sân reprezintă cea **mai frecventă formă de tumoră** la femei și **prima cauză de mortalitate prin cancer** în rândul acestora, determinând anual peste 1 milion de cazuri noi și peste 370.000 de decese, respectiv 6% din decesele determinate de toate tipurile de cancer. Cazurile noi provin într-o pondere de 55% din țările dezvoltate și respectiv de 45% din statele mai sărace. (*Globocan, estimări pentru toate statele, pentru anul 2000*)

Această boală este importantă atât prin nivelul mare de morbiditate (10% din toate tipurile de cancer, înregistrate la ambele sexe), cât și prin faptul că este prevenibilă și potențial curabilă, atunci când este diagnosticată în stadii precoce, costurile pentru societate fiind mai mici, iar rezultatele măsurate în termeni de ani de viață câștigați și calitate a vieții.

În Europa, incidența cancerului de sân la toate vârstele este în creștere în ultimii ani, după cum se observă din graficul nr. 12.

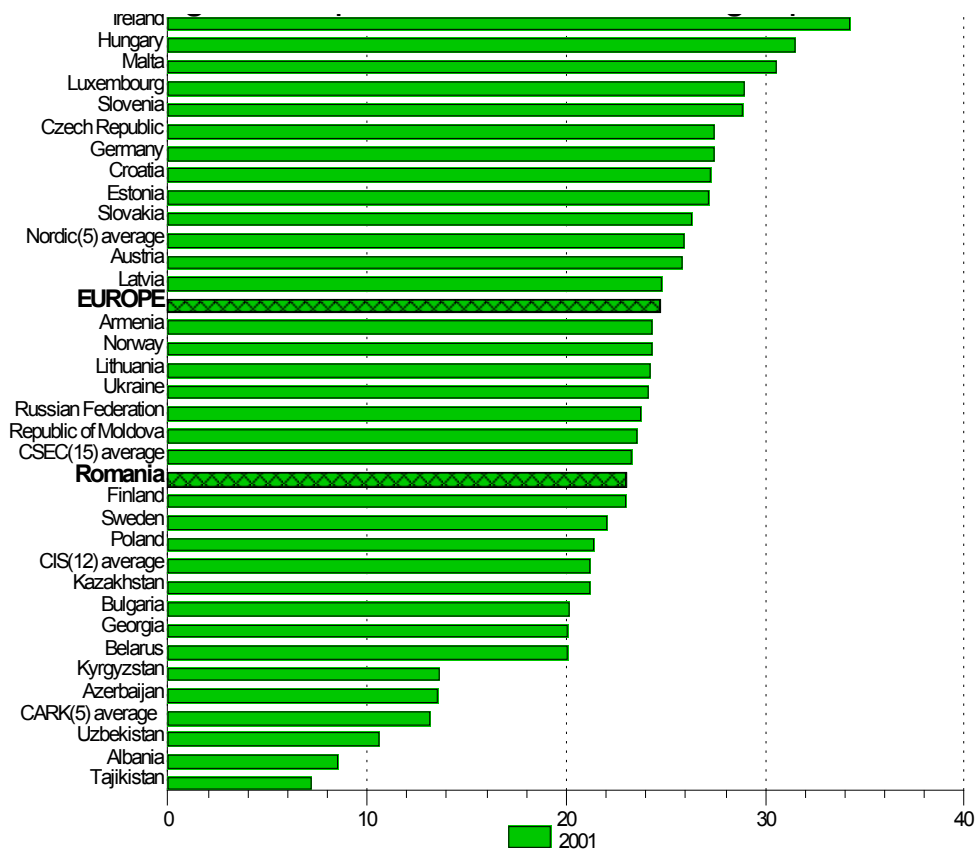
**Graficul nr. 12 - Incidența cancerului de sân la femei, la 100000, în Europa și în România**



Sursa: Health for All

România se află la jumătatea mediei europene, din punct de vedere al incidenței cancerului de sân, dar acest lucru este determinat, probabil, și de diagnosticarea tardivă a cazurilor. Din punct de vedere al ratei standardizate de mortalitate, România se situează aproape de media europeană, așa cum se observă în graficul nr. 13.

**Graficul nr. 13 - Rata standardizată de mortalitate prin cancer de sân la femei, în Europa, la 100000 locuitori**



Sursa: Health for All

La decesele premature (până la vârsta de 64 de ani), România este foarte aproape de media europeană, ceea ce se explică prin faptul că în țara noastră se înregistrează decese prin cancer de sân la vârste tinere, aceasta constituind o reală problemă de sănătate și necesitând intervenții prompte în sensul depistării precoce și îmbunătățirii managementului acestei boli (incluzând și creșterea accesibilității la servicii preventive și curative).

În anul 2003, în România s-au înregistrat 3007 decese prin cancer de sân, respectiv 17% din totalul deceselor prin cancer la femei, aceasta fiind prima cauză de mortalitate prin tumori la femei. De asemenea, mortalitatea prin cancer de sân s-a dublat în ultimii 30 de ani.

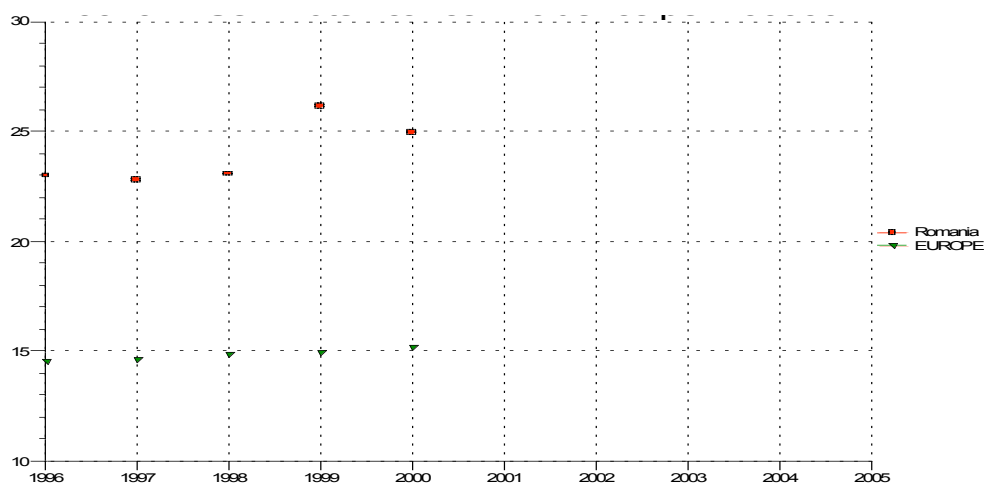
Având în vedere evidențele conform cărora reducerea factorilor de risc comportamentali (renunțarea la fumat, alimentație sănătoasă, evitarea expunerii la agenți carcinogeni) reduce incidența cancerului de sân cu circa o treime, și faptul că există multiple posibilități terapeutice, care au rezultate cu atât mai favorabile, cu cât boala este depistată în stadii mai precoce, se impune adoptarea de măsuri de prevenție primordială, primară și secundară, constând în principal în educația populației pentru evitarea expunerii la agenți carcinogeni și creșterea adresabilității la serviciile preventive și curative.

## 2.2. Cancerul de col uterin

În lume se înregistrează anual aproximativ 500.000 de cazuri noi de cancer de col uterin (5% din toate cazurile noi de cancer) și aproximativ 250.000 de decese (3,9% din decesele produse de toate cancerurile)

În Europa, incidența cancerului de col uterin este relativ constantă, după cum se observă în graficul nr. 14.

**Graficul nr. 14 - Incidența cancerului de col uterin la 100000, în Europa și în România**

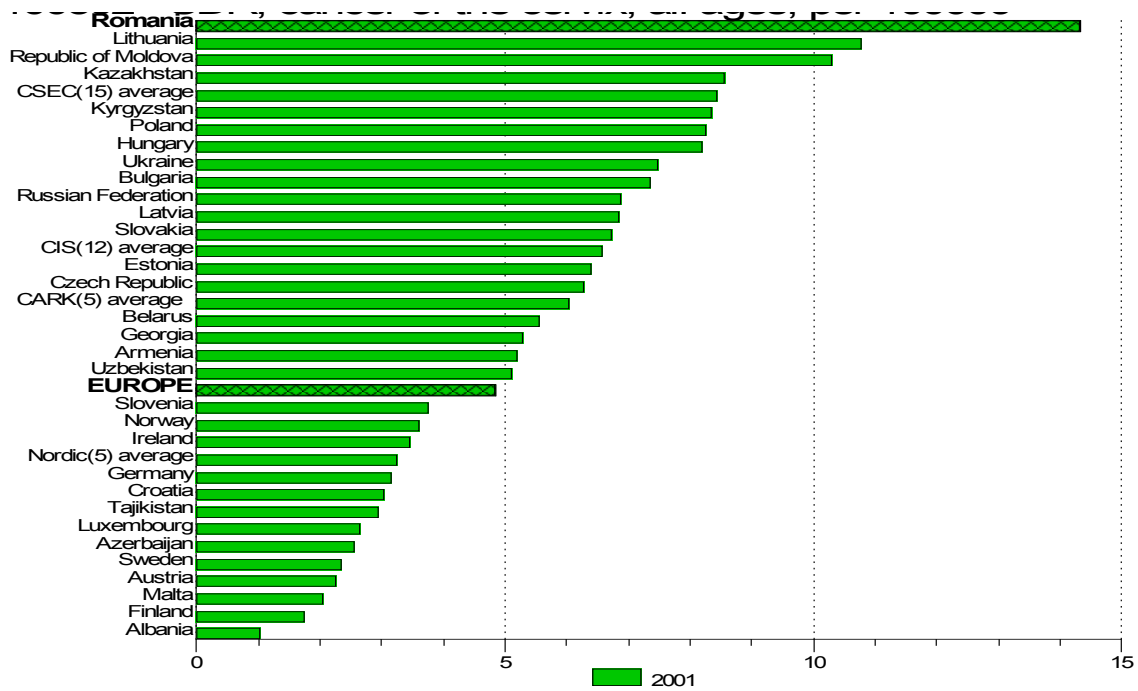


Sursa: Health for All

În anul 2000, România se afla pe locul 3 în Europa din punct de vedere al incidenței cancerului de col uterin, cu 24,96 cazuri noi la sută de mii de locuitori, după Ungaria și Lituania.

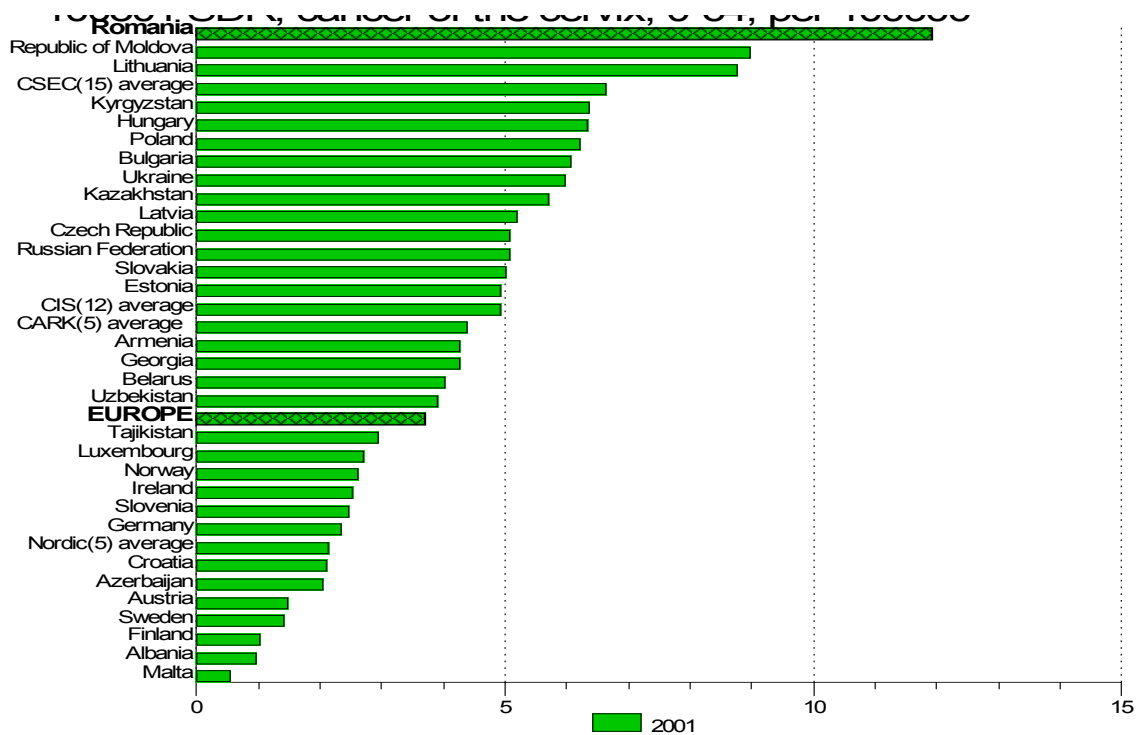
Din punct de vedere al ratei standardizate de mortalitate, România se află pe primul loc în Europa, atât la toate vârstele, cât și la vârsta 0 – 64 de ani, cu o rată de circa 3 ori mai mare decât media europeană. (Graficele nr. 15 și nr. 16)

Graficul nr. 15 – Rata standardizată prin cancer de col uterin în statele europene, în anul 2001



Sursa: Health for All

Graficul nr. 16 – Mortalitatea standardizată prin cancer de col uterin la grupa de vârstă 0 – 64 de ani în statele europene, 2001



Sursa: Health for All

Mortalitatea prin cancer de col uterin s-a dublat în România în ultimii 30 de ani, iar faptul că ne situăm pe locul 3 în Europa din punct de vedere al incidenței acestei tumori și pe primul loc din punct de vedere al ratei standardizate de mortalitate, demonstrează necesitatea îmbunătățirii atât a modalităților de prevenție, cât și a managementului acestei boli.

În anul 2000, în România s-au înregistrat 4432 cazuri noi de cancer de col uterin (15% din cazurile noi de cancer la femei) și 1726 de decese, cancerul de col uterin fiind a treia cauză de mortalitate, după cancerul de sân și cel colorectal (Globocan 2000). În anul 2004, s-au înregistrat 1891 de decese prin cancer de col uterin, reprezentând 10% din decesele prin cancer la femei.

### 2.3. Cancerul bronhopulmonar

Cancerul bronhopulmonar, reprezentat în proporție de peste 90% de neoplasmul bronșic, este o tumoră de gravitate extremă, la care semnele clinice apar târziu și media de supraviețuire este de 6 – 18 luni după diagnosticare. Doar 20% din pacienți supraviețuiesc la un an, iar supraviețuirea la 5 ani este sub 10%, în ciuda tuturor mijloacelor diagnostice și terapeutice moderne.

Este cea mai frecventă formă de cancer la bărbați și a treia ca frecvență la femei, după cancerul de sân și cel uterin.

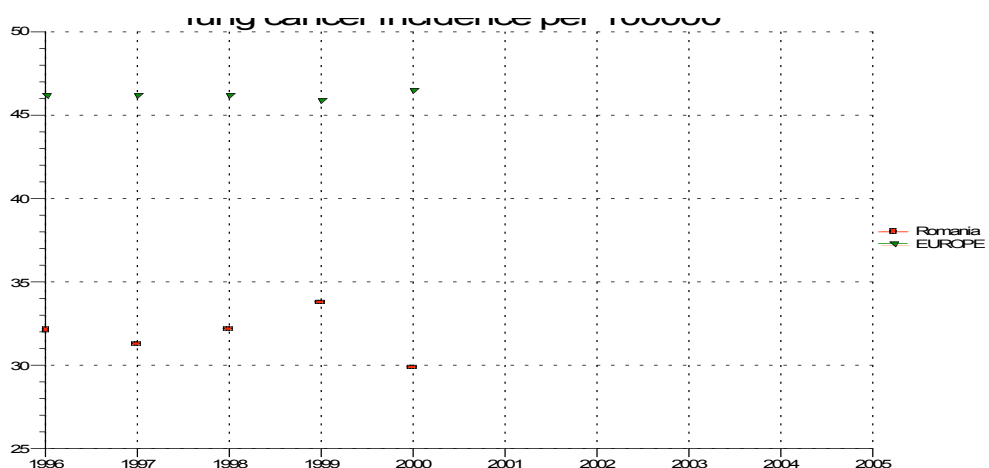
În ultimii 50 de ani, incidența cancerului bronhopulmonar a crescut dramatic, atât în țările dezvoltate, cât și în cele în tranziție.

Pentru anul 2000, Organizația Mondială a Sănătății a raportat circa 1.240.000 de cazuri de cancer bronhopulmonar și 1.103.000 decese de această cauză. Circa 72% din cazuri și 73% din decese au apărut la sexul masculin. De asemenea, 55% din cazuri și din decese au apărut în țările dezvoltate.

Principalii factori de risc incriminați în apariția cancerului bronhopulmonar sunt fumatul, factorii profesionali și poluarea atmosferică. Dintre aceștia, cel mai important este fumatul, cu rol dovedit în carcinogeneză, ceea ce explică prevalența de 3 ori mai mare a cancerului bronhopulmonar la bărbați, asociată prevalenței mai mari a fumătorilor de sex masculin. Aceasta diferență tinde să se diminueze, datorită extinderii îngrijorătoare a obiceiului fumatului, în special la femeile tinere și în statele în curs de dezvoltare sau în tranziție.

În Europa, incidența cancerului bronhopulmonar de menține cvasiconstantă, iar România se situează sub media europeană, după cum se observă în graficul nr. 17.

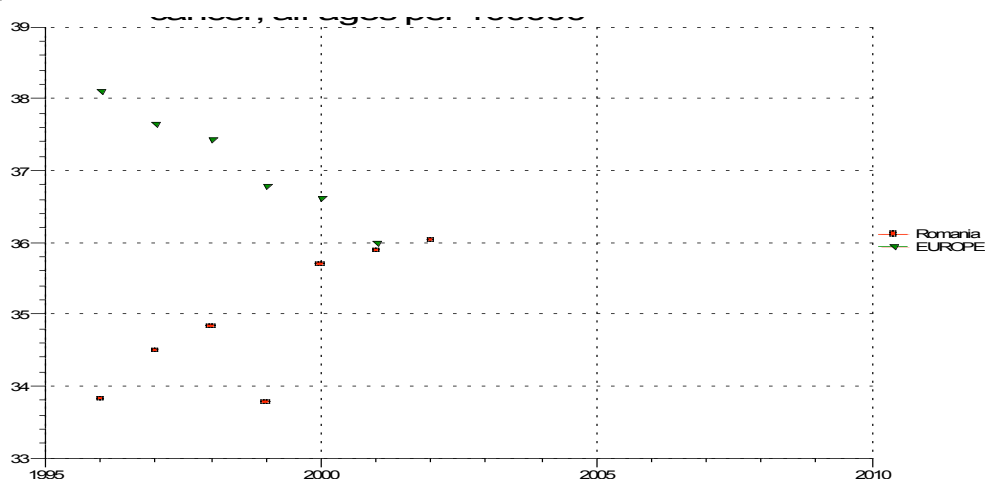
Graficul nr. 17 – Incidenta cancerului bronhopulmonar în Europa și în România



Sursa: Health for All

Totuși, din punct de vedere al mortalității, se constată că rata standardizată în Europa are o tendință de scădere, iar în Romania, are o tendință de creștere (gf. nr. 18)

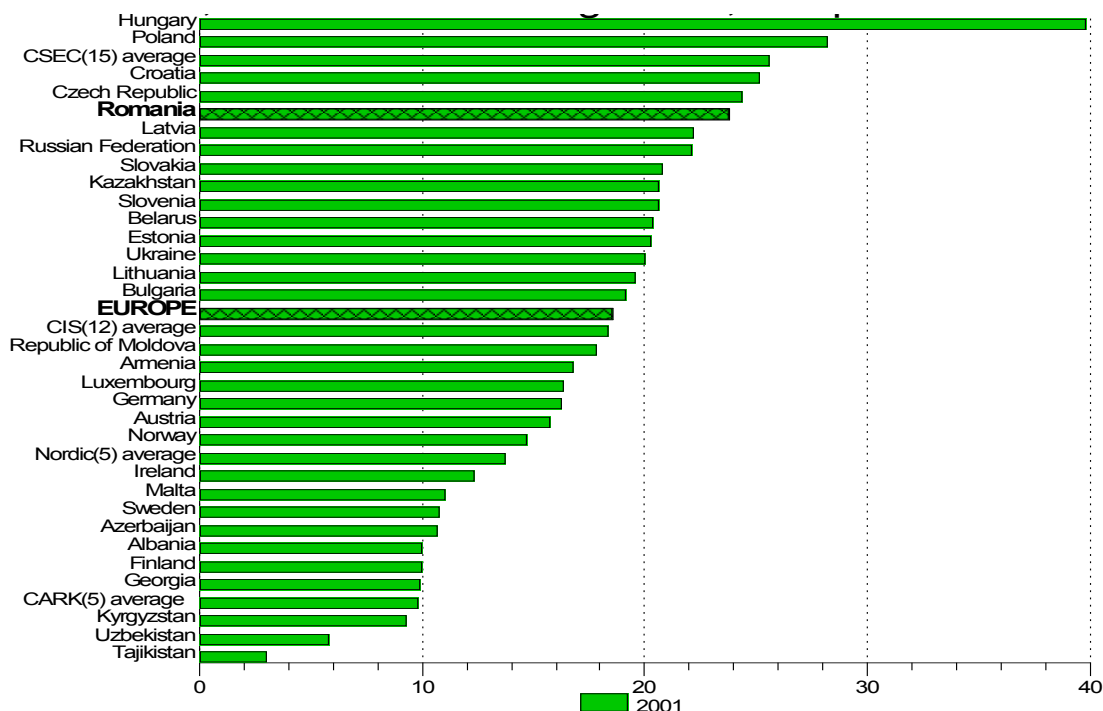
Graficul nr. 18 – Rata standardizată de deces prin cancer bronhopulmonar la 100.000 de locuitori, în Europa și în România



Sursa: Health for All

Alarmant este faptul că Romania se situează deasupra mediei europene la rata standardizată de mortalitate prin cancer bronhopulmonar la persoanele tinere (0 – 64 de ani), ceea ce demonstrează incidența mare la grupe de vârstă tinere. (Graficul nr. 19).

**Graficul nr. 17 – Rata standardizată de deces prin cancer bronhopulmonar la 100.000, pentru grupa de vârstă 0 – 64 ani, în statele europene**



Sursa: Health for All

În România s-au înregistrat în 1999 43985 decese de toate cancerelor, dintre care 8617 decese prin cancer bronhopulmonar (aproape 20%), acesta fiind prima cauză de mortalitate prin cancer la bărbați și a patra la femei (după cancerul de sân, colorectal și cel de col uterin) (*Globocan 2000*).

#### 2.4. Cancerul colorectal

Cancerul colorectal este unul dintre cancerelor prevenibile și pentru care există numeroase metode accesibile de screening, a căror utilizare a fost asociată cu scăderea semnificativă a mortalității prin acest tip de cancer.

Cancerul colorectal apare cu precădere după vârsta de 50 de ani (nu este însă exclusă apariția la vârste mai tinere), la ambele sexe. Societatea Americana de Cancer consideră că principalii factori de risc pentru acest tip de tumoră sunt:

- antecedentele heredo-colaterale sau personale de cancer de colon, sau de polipi adenomatoși, colită ulcerativă sau boală Crohn;
- diagnosticarea unui alt tip de cancer înainte de vârsta de 50 de ani;
- sedentarismul (mai puțin de trei ore de activități fizice pe săptămână);
- obezitatea;
- consumul de carne roșie, sau consumul în exces de vegetale;
- fumatul;
- consumul de alcool;

- utilizarea de contraceptive orale sau de terapie estrogenică post-menopauză pe o perioadă de 5 ani sau mai mult, ca și utilizarea de multivitamine conținând acid folic.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că anual apar în lume circa 950.000 de cazuri noi de cancer de colon, ceea ce reprezintă aproape 10% din totalul cazurilor noi de cancer, la ambele sexe. Cancerul colorectal apare în proporții egale la ambele sexe, iar circa 65% din cazuri apar în țările dezvoltate. De asemenea, anual se înregistrează în lume aproape 500.000 decese prin cancer de colon, dintre care circa 61,25 în țările dezvoltate.

Riscul individual de a dezvolta cancer colorectal în timpul vieții se estimează la 6% (Societatea Americană de Cancer), iar 90% din cazuri apar după vârsta de 50 de ani. Incidența cancerului colorectal a avut o tendință de creștere în SUA între anii 1973 – 1985, după care a scăzut cu circa 1,5% pe an, până în anul 1998. Cercetările au sugerat că această scădere s-a datorat utilizării procedurilor de screening.

Se consideră ca 90% din cazurile de cancer colorectal pot fi prevenite prin evitarea expunerii la factorii de risc enunțați anterior și prin examene periodice de screening. În ciuda eficienței dovedite a screeningului, se estimează că doar 40 – 45% dintre americanii peste 50 de ani se supun testelor de screening, principalele cauze identificate ca responsabile de acest fapt fiind:

- comunicarea limitată între medic și pacient în legătură cu cancerul de colon și cu eficiența screeningului;
- variabilitatea testelor de screening acoperite în pachetele de asigurări.

În Europa, în anul 2000 s-au înregistrat 362.710 cazuri noi de cancer colorectal, respectiv 13% din numărul total de cazuri de cancer și 275012 decese, respectiv 10% din numărul total al deceselor prin cancer.

În România, cancerul colorectal reprezintă la femei a doua cauza de deces prin cancer, după cancerul de sân (10,8% din totalul deceselor prin cancer), iar la bărbați a treia cauză de deces prin cancer, după cancerul bronhopulmonar și cel gastric (8,5% din totalul deceselor prin cancer).

### **3. Bolile cronice ale aparatului respirator**

Bolile aparatului respirator reprezintă a patra cauză de deces în România, după bolile aparatului circulator, tumori și bolile digestive, cu o pondere de 5,6% din totalul deceselor. Între țările europene, România ocupa locul 5 la mortalitatea din această cauză, cele mai mari rate standardizate de deces prin boli respiratorii înregistrându-se în Kyrgyzstan, Kazakhstan, Moldova și Malta.

În structura bolilor aparatului respirator se constată scăderea ponderii deceselor prin boli respiratorii acute și creșterea deceselor prin boli respiratorii cronice, acestea determinând peste 50% din totalul deceselor.

În România, cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli respiratorii cronice sunt considerate BPOC și astmul bronșic.

#### **3.1. BPOC**

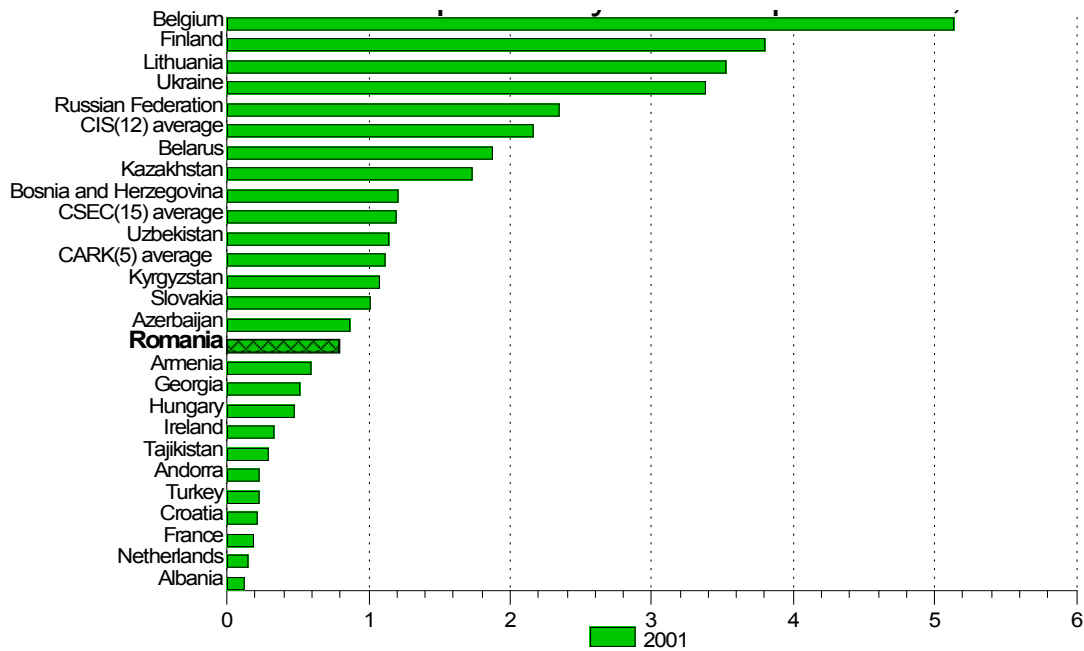
Principalii factori de risc incriminați în apariția BPOC sunt fumatul pe termen lung, (majoritatea celor diagnosticați sunt fumători sau foști fumători), fumatul pasiv, poluarea atmosferică, expunerea profesională prelungită la diverși iritanți bronșici și istoricul de infecții respiratorii repetate în copilărie. Nu există tratament etiologic pentru și evoluția este invariabilă spre deces, supraviețuirea la 10 ani fiind de circa 50%.

BPOC este a patra cauză de deces în Statele Unite ale Americii și se estimează că în anul 2020 va deveni a treia cauză de deces. Mortalitatea prin BPOC a crescut substanțial în ultimii 20 de ani, în anul 2000 BPOC determinând 120.000 de decese. De asemenea, BPOC a fost cauza a 1,5 milioane de consultații în urgență și a 726.000 de internări, iar costul total estimat pentru anul 2002 a fost de 32,1 miliarde de dolari, din care 18 miliarde de dolari costuri directe, pentru servicii medicale, iar 14,1 miliarde de dolari costuri indirecte legate de morbiditate și decesele premature.

La nivel mondial, BPOC este a noua cauză de povară a bolii la bărbați, fiind responsabilă de 3,1% din DALY.

În Europa, cea mai mare prevalență a BPOC există în Belgia, Finlanda, Lituania, Ucraina, iar cea mai redusă în Franța, Olanda, Albania (gf. nr. 18).

Graficul nr. 18 – Prevalenta BPOC la 100 de locuitori, in statele europene, 2001

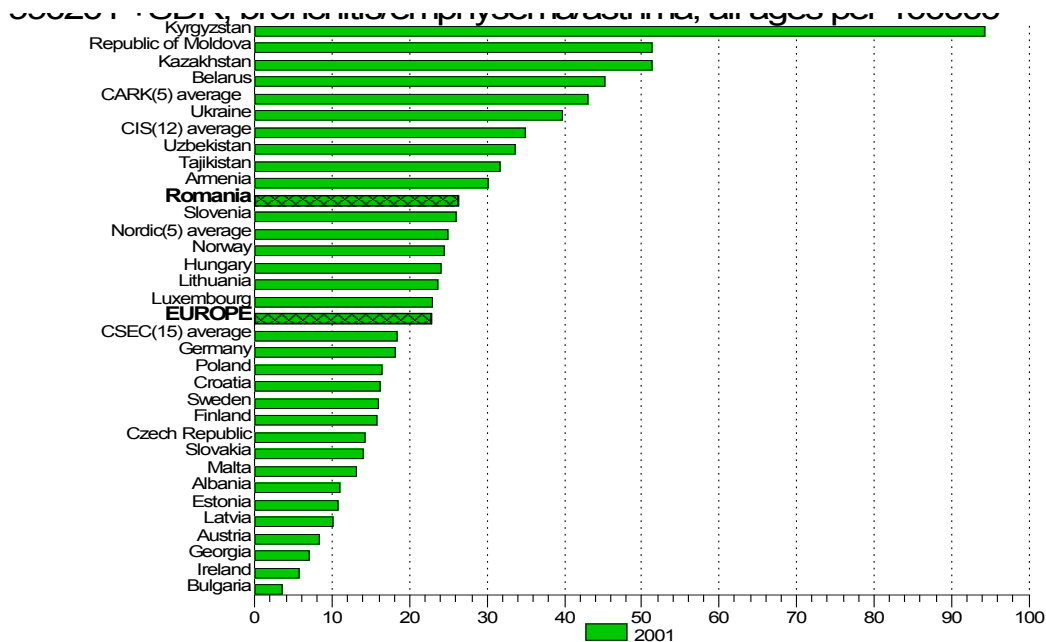


Sursa: Health for All

În România prevalența BPOC în anul 2002 a fost de 0,83 cazuri la suta de locuitori, respectiv 180.200 de cazuri la nivel național.

România se situează pe locul 6 în Europa la mortalitatea prin BPOC și astm, cu puțin deasupra mediei europene (graficul nr. 19).

Graficul nr. 19 – Rata standardizată de mortalitate prin BPOC și astm la 100.000, în statele europene



Sursa: Health for All

### 3.2. Astmul bronșic

Astmul bronșic este una dintre cele mai întâlnite boli cronice, mai frecventă în copilărie (1 din 7 – 10 copii suferă de această boală), dar prevalența sa variază foarte mult, în funcție de vârsta, zona geografică, mediul de viață. În lume există între 100 și 150 milioane de persoane care suferă de astm, iar acest număr este în continuă creștere. Anual se înregistrează circa 180.000 decese.

Astmul nu este doar o problemă a țărilor dezvoltate, ci și a țărilor mai sărace și reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, atât prin mortalitate (care manifestă o tendință de scădere), cât mai ales prin costurile directe și indirecte legate de îngrijirea pacienților și de calitatea vieții acestora. Astfel, la nivel mondial se estimează costurile asociate astmului ca fiind mai mari decât costurile asociate TBC și HIV la un loc.

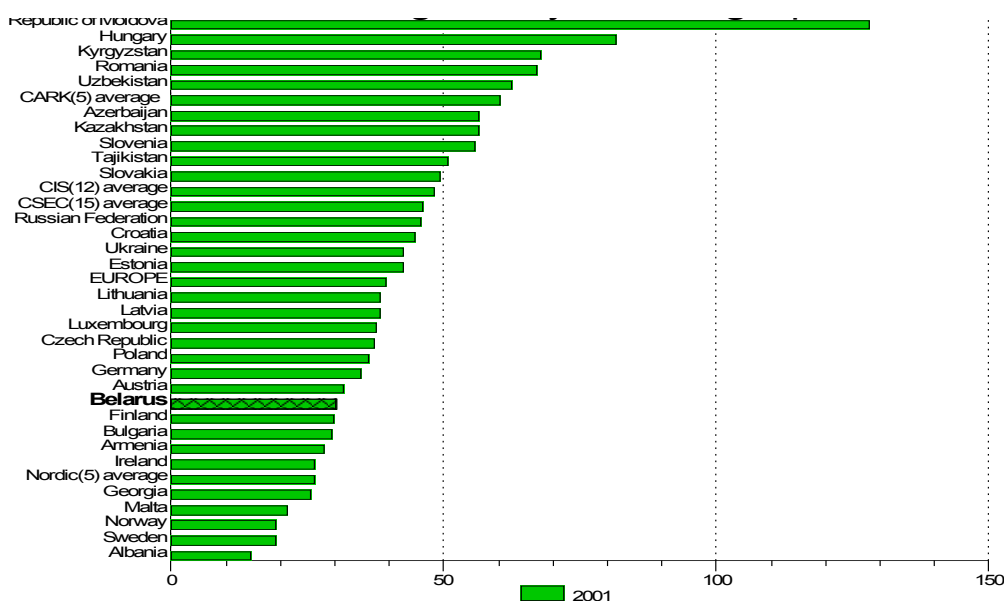
În SUA costurile asociate astmului s-au ridicat în anul 2002 la 14 miliarde de dolari, din care 9,4 miliarde costuri directe și 4,6 miliarde costuri indirecte. Se estimează că în Marea Britanie costurile asociate astmului se ridică la 1,8 miliarde de dolari anual, iar în Australia la 460 milioane anual.

Astmul nu poate fi vindecat, dar poate fi controlat, prin diminuarea expunerii la principalii factori de risc, respectiv: urbanizarea și extinderea industrializării, expunerea la alergeni domestici, anumite droguri (antiinflamatoarele nesteroidiene), greutatea mică la naștere și infecțiile respiratorii repetate în copilărie, rinita alergică, fumatul în timpul sarcinii.

### 4. Bolile aparatului digestiv

România se afla pe locul 4 în Europa la mortalitatea prin boli digestive, după Moldova, Ungaria și Kyrgyzstan (gf. nr. 20).

Graficul nr. 20 – Rata standardizată de mortalitate prin boli digestive la 100.000 locuitori, în statele europene, 2001



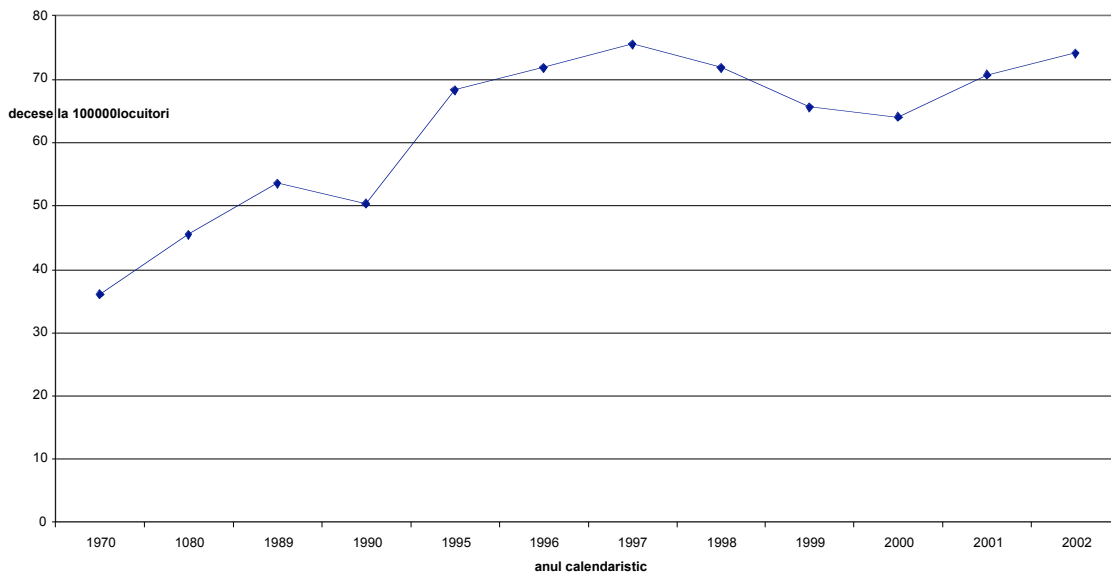
Sursa: Health for All

În categoria deceselor premature, România se află pe locul 3 la mortalitatea prin boli digestive în Europa, cu o rată standardizată de mortalitate dublă față de media europeană.

La morbiditatea prin boli digestive, România se află pe locul 2 în Europa, cu circa 2600 de externări de cauze digestive la 100.000 locuitori.

La nivel național, bolile digestive reprezintă a treia cauză de deces, determinând circa 6% din totalul deceselor. Mortalitatea prin boli digestive în România a avut o tendință accentuată de creștere până în anul 1997, după care a înregistrat o evoluție cvasiconstantă (gf. nr. 21).

**Graficul nr. 21-Evoluția mortalității prin boli digestive în România**



**Sursa: Anuar de statistica sanitară, 2002**

Cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli digestive sunt hepatitele cronice și cirozele.

#### **4.1. Hepatitele cronice**

Hepatitele cronice pot avea etiologie virală, toxică (determinată de etilismul cronic, noxe profesionale sau iatrogenă), reactivă sau autoimună. Cele mai frecvente sunt cele de etiologie alcoolică și virală, în special cu virusurile B și C.

La nivel mondial există circa 2.000 de milioane de persoane care au avut o infecție cu virus hepatitic B și 350 de milioane de persoane care au hepatită cronică și prezintă un risc major de morbiditate și mortalitate prin ciroză sau cancer hepatic primitiv, afecțiuni ce determină anual între 500000 și 750000 decese.

Se estimează că circa 10% din cazurile de infecție cu virus hepatitic B se cronicizează, iar 25% din infecțiile cronice evoluează cu ciroză sau carcinom hepatic primitiv. La copii riscul de cronicizare este mai mare (între 25 și 90% din cazuri). O reducere a prevalenței infecției cu virus B a fost demonstrată după

introducerea imunizării copiilor, care s-a dovedit o metodă cost-eficace chiar și în statele cu prevalență redusă a infecției. Deși costul vaccinului a scăzut foarte mult comparativ cu anii 1980, rămâne mai mare decât costul celorlalte 6 vaccinuri recomandate de OMS, acesta fiind principalul obstacol în controlul infecției cu virus hepatitic B la nivel mondial. Principalele grupuri populaționale la risc sunt următoarele: nou-nascuții din mame infectate, copiii din colectivități, lucrătorii din sănătate, dializații, consumatorii de droguri intravenoase, persoanele care fac acupunctură sau tatuaje, persoane care trăiesc sau călătoresc în zone endemice, persoane cu mai mulți parteneri sexuali, homosexuali.

Infecția cu virus hepatitic C este, de asemenea, o cauză majoră de hepatită acută, cronică, ciroză hepatică și cancer hepatic primitiv. Se estimează că la nivel mondial există circa 170 de milioane de persoane cu infecție cronică cu virus C și 3 –4 milioane de cazuri noi anual. Principala cale de transmitere este contactul nemijlocit cu sânge uman, respectiv transfuzii cu produse de sânge necontrolate și reutilizarea instrumentarului medical nesterilizat adecvat. Circa 80% din cazurile de infecție cu virus C cronicizează. Dintre cronici, între 10 și 20% vor dezvolta ciroză hepatică, iar 5% vor dezvolta cancer hepatic primitiv. Prevalența la nivel mondial a infecției cu virus C este ilustrată în tabelul de mai jos:

Tabelul nr. 3 - Prevalența și numărul absolut de persoane infectate cu virus C, pe regiunile OMS

Regiunea	Populația totală (milioane)	Prevalența hepatitei C (Rata %)	Populație infectată (milioane)
Africa	602	5,3	31,9
America	785	1,7	13,1
Estul mediteranei	466	4,6	21,3
Europa	858	1,03	8,9
Asia de Sud-Est	1500	2,15	32,3
Vestul Pacificului	1600	3,9	62,2
Total	5811	3,1	169,7

Sursa: OMS

#### 4.2. **Ciroza hepatică**

Ciroza hepatică are ca principali factori de risc etilismul cronic (prima cauză de ciroză în SUA); hepatitele cronice de etiologie virală, sau autoimună, unele boli metabolice (hemocromatoza, boala Wilson), afecțiuni ale ductelor biliare, insuficiența cardiacă cronică, diverse substanțe toxice.

Principalele complicații ale cirozei constau în: hemoragii digestive superioare, prin ruperea varicelor esofagiene, encefalopatie hepatică, carcinom hepatic primitiv, infecții asociate (pneumonie,

peritonită, tbc), sindrom hepato-renal. Ciroza se asociază cu morbiditate și mortalitate crescute și afectează numeroase persoane, în cei mai productivi ani ai vieții.

Supraviețuirea la 10 ani după diagnosticul de ciroză hepatică compensată este de circa 50%. Decompensarea scade dramatic probabilitatea de supraviețuire, aceasta ajungând la 15%, la 5 ani după diagnosticul de ciroză hepatică decompensată.

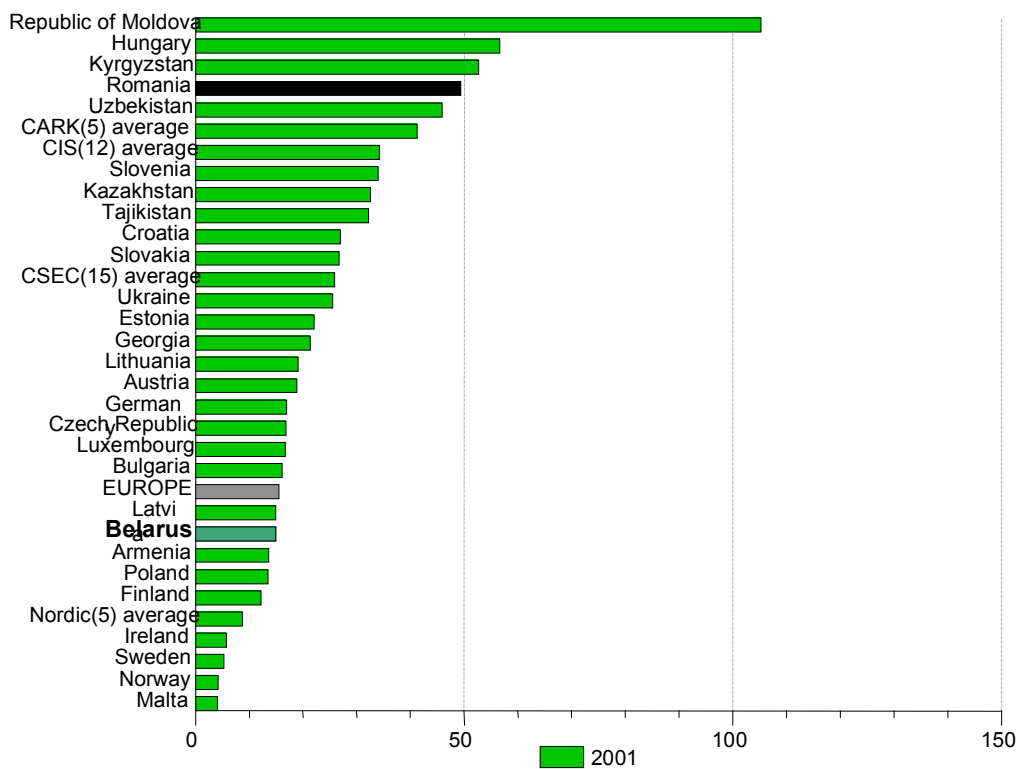
Singurul tratament eficient pentru ciroza hepatică este transplantul hepatic. Totuși, se consideră că 90% din cazuri ar putea fi prevenite prin evitarea consumului excesiv de alcool și a principalilor factori de risc pentru transmiterea virusurilor hepatitice.

Determinarea incidenței și prevalenței cirozei hepatice în populația generală reprezintă o problemă foarte dificilă deoarece există multe persoane aflate în faza compensată, care sunt asimptomatice.

După cum se observă în graficul nr. 22, România se află pe locul 4 în Europa, la mortalitatea prin hepatite cronice și ciroze, cu o rată standardizată de mortalitate de peste 3 ori mai mare decât media europeană. În anul 2004 letalitatea prin hepatite cronice și ciroze a avut o valoare de 4,13%, înregistrându-se la nivel național 10701 decese.

Numeroase studii arată că în țările din Europa de Est, mortalitatea prin hepatite cronice și ciroze este strâns corelată cu consumul de alcool, unele studii sugerând că în aceste state consumul mediu de alcool este mai mare decât în statele membre UE.

**Graficul nr. 22 - Rata standardizată de mortalitate prin hepatite cronice și ciroze, la 100000 locuitori, în statele europene, în 2001**



Sursa: Health for All

## **5. Boli de metabolismism și nutriție**

### **5.1. Diabetul zaharat**

Diabetul zaharat devine o problemă de sănătate publică din ce în ce mai importantă la nivel mondial, prin costurile directe și indirecte pe care le determină, prin prevalența și complicațiile asociate, fiind o cauză majoră de mortalitate prematură, de accidente vasculare cerebrale, boli cardiace, suferințe vasculare periferice, malformații congenitale, de incapacitate pe termen lung și de scădere a calității vieții.

OMS estima în anul 1985 că existau la nivel mondial circa 30 de milioane de diabetici. Cinsprezece ani mai târziu, în 2000, prevalența diabetului a fost de 177 milioane de cazuri, iar numărul lor va crește la circa 366 de milioane până în anul 2030. Dublarea cazurilor de diabet zaharat în următorii 25 de ani are la origini situația din țările în curs de dezvoltare (îmbătrânirea populației, creșterea numerică, comportamente alimentare nesănătoase, obezitate, sedentarism) și creșterea incidenței diabetului de tip 2 la vârste tinere (90% din cazurile de diabet sunt de tip 2). Adicional, se constată că dacă în țările dezvoltate, marea majoritate a diabeticilor sunt peste vârsta de pensionare, în țările în curs de dezvoltare diabetul afectează persoane de vârstă medie (35-64 de ani), aflate în cea mai productivă perioadă a vieții.

În Statele Unite ale Americii se estimează că există circa 15,7 milioane de diabetici, dintre care 5,4 milioane de cazuri nu sunt încă diagnosticate, iar incidența diabetului este de 789.000 cazuri noi/an.

Mortalitatea prin diabet însumează 800.000 decese/an atribuite direct diabetului și circa 3,2 milioane decese/an, atribuite complicațiilor acestuia.

Povara bolii determinată de diabet a fost estimată de OMS la 3% din totalul anilor de viață ajustați după incapacitate.

Diabetul crește de 2 – 4 ori riscul de boli cardiovasculare și de accident vascular cerebral, determină 50% din amputații și este cauza a 50% din cazurile de insuficiență renală terminală, iar după 15 ani de boală, se estimează că circa 2% din diabetici orbesc și 10% au handicap vizual.

Costurile directe determinate de diabet variază între 2,5 și 15% din bugetele naționale alocate pentru sănătate, în funcție de prevalența bolii și de complexitatea tratamentului, dar se estimează că cele indirecte (determinate de afectarea productivității) sunt cam de 5 ori mai mari.

În România, prevalența diabetului zaharat a fost estimată prin anchete ale stării de sănătate la 471.000 cazuri în 1989 și respectiv la 575.000 cazuri în 1997.

Mortalitatea specifică prin diabet zaharat a fost pentru anul 2004 de 10 cazuri/100.000 locuitori, reprezentând circa 1% din totalul deceselor. În ceea ce privește povara bolii, în 1998 diabetul era responsabil de 24.916 ani de viață ajustați după incapacitate, respectiv de 0,58% din totalul de DALY.

### **5.2. Obezitatea**

OMS estimează că în lume există circa 1 miliard de adulți supraponderali și 300 de milioane de adulți obezi. În toate țările lumii se înregistrează în ultimele decenii o creștere alarmantă atât a prevalenței cât și a incidenței obezității, iar previziunile actuale indică trenduri ascendente în evoluția fenomenului.

În Europa obezitatea și supraponderabilitatea sunt relativ comune mai ales în rândul femeilor și în țările sud-est Europene. Datele curente de prevalență provenite din studiile naționale efectuate în această regiune, sugerează că ratele de obezitate variază între 10-20% pentru sexul masculin și între 10-25% pentru sexul feminin. În ultimii 10 ani prevalența obezității a crescut cu 10-40% în majoritatea țărilor Europene.

O problemă majoră de sănătate publică, într-o ascensiune rapidă este și obezitatea la copii și tineri.

Obezitatea determină o creștere a mortalității, estimându-se o cifră de 300000 de decese anual în Uniunea Europeană (7,7% din totalul deceselor, unul din 13 decese înregistrate anual fiind determinat de obezitate), riscul de deces crescând proporțional cu greutatea corporală. Studiile efectuate arată că în Regiunea Europeană 3,7% din totalul de DALY pierduți se datorează obezității, iar speranța de viață pentru persoanele obeze este redusă cu 8-10 ani. Estimări recente sugerează că între 2-8% din costurile totale ale îngrijirilor medicale în țările occidentale sunt atribuite obezității.

În România nu există o evaluare a fenomenului. Totuși unele studii realizate de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului “Alfred Russescu” în colaborare cu UNICEF indică o prevalență peste normal a greutateii mari pentru vârstă.

## 6. Bolile psihice

Bolile psihice reprezintă o problemă actuală de sănătate publică, deoarece incidență și prevalență lor sunt în continuă expansiune. OMS estimează că în întreaga lume există 450 milioane de persoane care suferă de boli psihice, tulburări psihociale sau de comportament și că acest tip de afecțiuni fiind comune tuturor statelor, indiferent de nivelul de dezvoltare socio-economică. Se estimează, de asemenea, că 25% din indivizi dezvoltă cel puțin o tulburare mentală sau de comportament într-una din etapele vieții.

Bolile psihice au o mare putere invalidantă, o evoluție îndelungată, iar recuperarea necesită eforturi considerabile și timp îndelungat. Ele afectează atât individul, cât și familia și comunitatea. O familie din patru are cel puțin un membru care suferă de o boală psihică, impactul asupra acestor familii fiind atât de natură economică cât și emoțională. Impactul asupra societății este, de asemenea, de natură economică, dar și de natură juridică și medicală

Estimările asupra poverii bolii arată că în 1990 afecțiunile neuropsihice au reprezentat 10% din DALY, în 2000 au reprezentat 12%, iar în 2020 povara acestor boli va ajunge la 15%. În afară de povara estimată a acestor boli, există o **povară nedefinită** (include scăderea productivității prin suicid, care echivalează sau depășește accidentele rutiere în unele țări, prin incapacitate de muncă pe termen variabil, prin implicarea în îngrijirea persoanei bolnave a altor membri ai familiei, costul susținerii sociale a acestor persoane, costurile suportate de familii, dezvoltarea cognitivă precară a copiilor proveniți din părinți cu astfel de afecțiuni etc) și o **povară ascunsă**, constând în marginalizare, stigmatizare și încălcarea drepturilor omului.

Mortalitatea datorată bolilor psihice este greu de evaluat. Se cunoaște faptul că peste 870.000 de persoane se sinucid anual, în condițiile în care unele studii arată faptul că numai 15-20% din totalul cazurilor de suicid au o cauză absolut patologică, restul având la bază conflicte psihologice sau sociale.

În România nu există o evaluare exactă a prevalenței acelor afecțiuni, înregistrările fiind limitate la cazurile aflate în tratament. Pentru anul 2004 s-au înregistrat 911 decese prin boli psihice. De asemenea, conform datelor raportate prin sistemul de medicină legală, sinuciderile reprezintă 30% din morțile violente, mai mult decât accidentele și omuciderile însumate.

Deși situația reală nu este cunoscută, contextul general al tranziției socio-economice, deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, expansiunea abuzurilor și a dependențelor de substanțe psihoactive, creșterea ratei suicidului și suprasaturarea cu factori de stres a societății constituie factori predictivi pentru expansiunea bolilor psihice în viitor.

## **II. Bolile transmisibile**

### **Obiective educationale:**

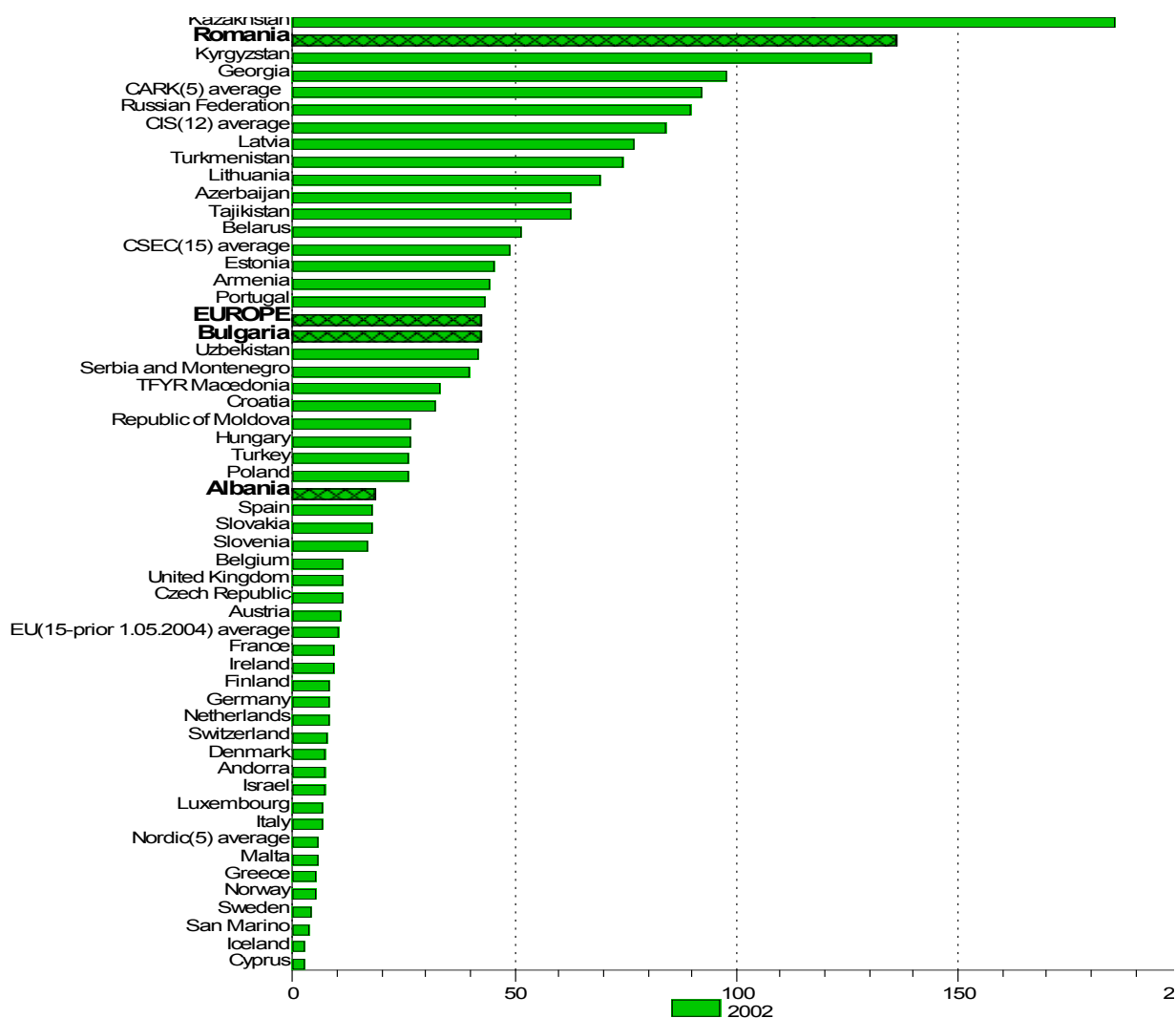
- **sa poata descrie caracteristicile epidemiologice ale principalelor boli transmisibile**
- **sa comenteze caracteristicile epidemiologice ale principalelor boli transmisibile in Romania**

Prin caracteristicile epidemiologice, bolile transmisibile reprezintă o problemă de sănătate publică, deși povara exercitată de ele în populație scade în favoarea bolilor netransmisibile. Astfel, din datele OMS, povara bolilor transmisibile în țările în curs de dezvoltare reprezenta în 1990 49% din DALY și va ajunge în anul 2020 la 22% din DALY.

**Tuberculoza** a determinat la nivel mondial 2 milioane de decese, cea mai mare incidență înregistrându-se în Asia de Sud Est (33% din incidența globală) și în Africa. În Europa se înregistrează o incidență redusă a tuberculozei (472.000 cazuri noi anual, respectiv 54 cazuri la 100000 locuitori) și o rată de mortalitate redusă (8 decese la 100000 locuitori).

În România, situația este mult mai gravă comparativ cu media europeană, înregistrându-se cea mai mare incidență din Europa (graficul nr. 23), de trei ori peste medie și o rată standardizată de deces prin tuberculoză de 6-7 ori peste cea europeană.

### **Graficul nr. 23 – Incidența tuberculozei la 100000 locuitori în statele europene, 2001**



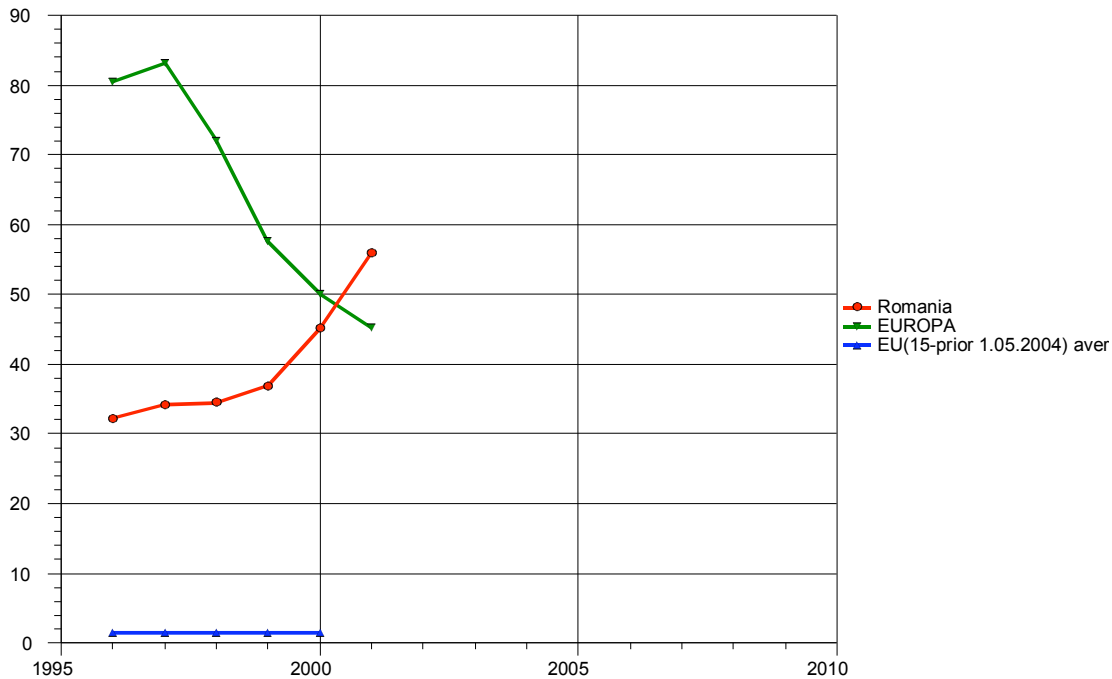
Sursa: Health for All

Incidența tuberculozei este în creștere 29.470 cazuri noi în 2003 față de 14.997 cazuri noi în 1990), dar mortalitatea prin tuberculoză a înregistrat o scădere semnificativă, ceea ce arată o creștere a calității îngrijirilor medicale. In anul 1997, România a adoptat strategia DOTS (Directly Observed Treatment, Short course) strategie aplicată în 85% din cazurile depistate, cu o rată de spitalizare de 80%.

**Infecțiile cu transmitere sexuală** sunt o categorie de boli transmisibile cu tendința evolutivă în România. Astfel, incidența sifilisului are o tendință net ascendentă și a depășit în anul 2001 incidența medie europeană (graficul nr. 24). Valoarea raportată în anul 2003 (58,3 ‰ cazuri noi) a fost de 3 ori mai mare decât cea raportată în anul 1989 (19,8 ‰). Incidența sifilisului este mai mare în mediul urban, la sexul masculin și la grupele de vârstă 20-24 de ani și 25-29 de ani. Exacerbarea morbidității prin sifilis a fost favorizată de scăderea eficienței depistării active, în contextul numeroaselor schimbări din sistemul de sănătate și al unui sistem informațional precar și de slăbirea pârghiilor de control al răspândirii bolii. O

consecință directă a fost creșterea numărului anual de cazuri de sifilis congenital de la 22 în 1989 la 423 în anul 2002.

**Graficul nr. 24 – Incidența sifilisului la 100000 locuitori, în România, față de media europeană și cea a statelor membre UE**

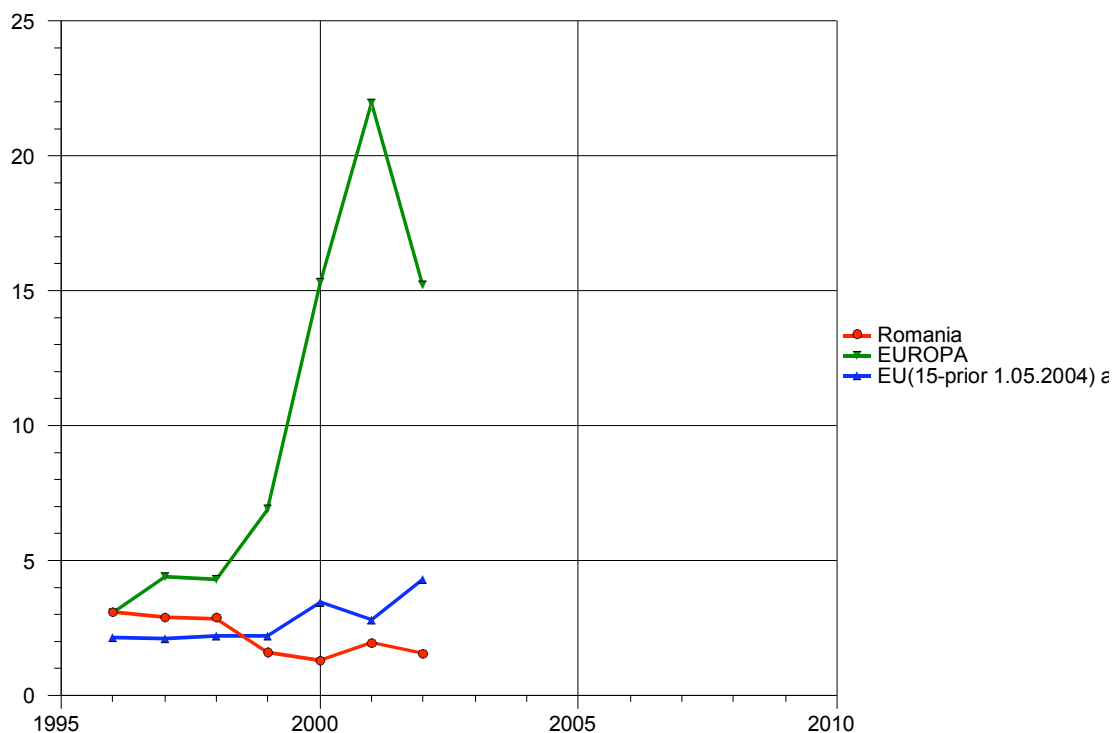


Sursa: Health for All

**Infecția HIV/SIDA** constituie o problemă de sănătate publică la nivel mondial, prin consecințele asupra individului și comunității și prin costurile directe și indirecte pe care le presupune. România s-a individualizat în anii 1990 printr-un număr foarte mare de cazuri la copii, probabil favorizat de factori iatrogeni. Ulterior, caracterul epidemiei HIV s-a modificat, prin creșterea numărului cazurilor diagnosticate la adulți, principala cale de transmitere a infecției fiind cea heterosexuale. Conform Strategiei naționale pentru supravegherea, prevenția și controlul infecției HIV/AIDS pentru perioada 2004 – 2007, la 31 decembrie 2003, au fost înregistrate 14.387 cazuri cumulative HIV/SIDA, din care se aflau în viață 10.278. Dintre acestea, 5599 cazuri erau HIV pozitivi (4244 cazuri HIV copii și 1355 adulți), iar 4679 erau bolnavi de SIDA (3553 copii și 1126 cazuri SIDA adulți). În anul 2003 s-au diagnosticat 244 cazuri noi de infecție HIV din care copii 60 și adulți 184. Strategia sus-menționată își propune menținerea incidenței pentru anul 2007 la valoarea din 2002, scăzută față de media europeană (graficul nr. 25), având în vedere faptul că amploarea fenomenului nu este bine cunoscută și că pacienții care au fost diagnosticați în copilărie ajung la vârsta adultă și devin apti să aibă viață sexuală.

O atenție specială trebuie acordată cazurilor existente (care au acces gratuit la terapie), în principal în domeniul respectării drepturilor omului, al confidențialității și al nediscriminării, marginalizării și stigmatizării.

**Graficul nr. 25 - Incidența cazurilor HIV la 100000 locuitori în România, comparativ cu media europeană și a statelor membre UE**



Sursa : Health for All

## Bibliografie:

1. Adult health at risk:slowing gains and widening gaps – [www.who.int/2003/chapter1/en/index3.html](http://www.who.int/2003/chapter1/en/index3.html)
2. American Lung Association – Trends in asthma morbidity and mortality
3. Bronchial asthma - [www.who.int](http://www.who.int)
4. Burke, CA. – Colon Cancer – [www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/gastro/colorectalneoplasia](http://www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/gastro/colorectalneoplasia)
5. Colorectal Cancer and early detection – American Cancer Society, Surveillance, Research, 2002
6. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala – Anuar de statistica sanitara 2003
7. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala - Bolile cronice, o prioritate de sanatate publica in Romania, 2002
8. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala – Factorii de risc si bolile cardio-vasculare. Valorificarea datelor din anchetele epidemiologice transversale
9. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala – Cauzele de deces in Romania – anul 2003, Buletin informativ nr. 10/2003
10. Crude and Age-Standardised Rate per 100.000 - [www-depdb.iarc.fr/who/ASP/WHO](http://www-depdb.iarc.fr/who/ASP/WHO)
11. Diabetes in Canada – [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat)
12. Diabetes care: Diabetes related Morbidity and Mortality in a National Sample of US – [www.findarticles.com/cf\\_dls/m0CUH/3\\_25/84393211](http://www.findarticles.com/cf_dls/m0CUH/3_25/84393211)
13. Economic cost of asthma, direct and indirect expenditures in US, 2002 – nhlbi – chartbook on cardiovascular, lung and blood diseases, 2002
14. Enăchescu D., Marcu M. - Sănătate publică și management –note de curs
15. 15. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health - [www.who.int/dietphysicalactivity/publications](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications)
16. Global Chronic Disease Burden 1990-2020 by Disease Group, in Developing Countries, IBLF Dialogue with WHO, London, 28 oct.2002 - [www.who.int/publications](http://www.who.int/publications)
17. Globocan database – [www-dep.iarc.fr/cgi-bin/exe/](http://www-dep.iarc.fr/cgi-bin/exe/)
18. Guidelines for infection control in dental health-care settings – 2003, CDC, Department of Health and Human Services, Morbidity and Mortality Weekly Report, december 19, 2003/vol. 52/no RR-17
19. Health status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to the European Union – [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
20. Hennekens, C., Buring, J. – Epidemiology in medicine
21. Hepatitis C – [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/)
22. Howard, J., Worman, MD. – What is cirrhosis? – [www.hepatitis-c.de/cirrhosi](http://www.hepatitis-c.de/cirrhosi)
23. Indicators for chronic disease surveillance – [cdi.hmc.psu.edu/pathways/colon-rectumcancer.html](http://cdi.hmc.psu.edu/pathways/colon-rectumcancer.html)
24. Karsan, HA, Sergio, ER, Saab,S. – Primary prevention of cirrhosis – Public health strategies that can make a difference , Postgraduate Medicine, vol. 115, no.1, January 2004
25. Marcu, A., et.a - Anii de viata potentiali ajustati pentru incapacitate (DALY) – criteriu de identificare a problemelor de sanatate la nivel de judet – Management in sanatate, nr. 3/2000, p. 21 – 24
26. Minca, D. G., Marcu, M.G. – Sănătate publică și management sanitar – note de curs pentru învățământul postuniversitar, Editura Universitară “Carol Davila”, București, 2004
27. Ministerul Muncii, Solidaritatii Sociale si Familiei – Raport de activitate pe anul 2003
28. Noncommunicable diseases and mental health – [www.who.int](http://www.who.int)
29. Ordinul comun al ministrului muncii si solidaritatii sociale si al ministrului sanatatii nr. 880/933/2002 privind aprobarea Normelor generale de protectie a muncii

30. Poverty and health – evidence and action in WHO’s European Region, EUR/RC51/8 – [www.who.int](http://www.who.int)
31. Prevalence of Hepatitis B - [www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs](http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs)
32. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults – United States, 1999 – 2000 – CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report, September, 5, 2003/vol. 52/no. 35
33. Prevention of asthma and approaches for enhanced care in the Eastern Mediterranean Region – [www.who.int](http://www.who.int)
34. Projecting future complications of chronic hepatitis C in the United States – [www.natap.org/2003/may/053103\\_4.htm](http://www.natap.org/2003/may/053103_4.htm)
35. Public health strategies – [www.who.int/vaccines/en/hepatitisb.shtml](http://www.who.int/vaccines/en/hepatitisb.shtml)
36. Road traffic injury prevention – [www.euro.who.int/transport/injuries](http://www.euro.who.int/transport/injuries)
37. Strategia Națională de Sănătate Publică a Ministerului Sănătății
38. Statistics about Cirrhosis of the liver- [www.wrongdiagnosis.com/c/cirrhosis\\_of\\_the\\_liver/](http://www.wrongdiagnosis.com/c/cirrhosis_of_the_liver/)
39. The World Health Report 2002 – [www.who.int/whr](http://www.who.int/whr)
40. The Canadian consensus conference on the management of viral hepatitis – [www.lhsc.on.ca/casl/cont.htm](http://www.lhsc.on.ca/casl/cont.htm)
41. The Observatory on Health Care for Chronic Conditions – [www.who.int/chronic\\_condition](http://www.who.int/chronic_condition)
42. US Department of health and human services, national Health, Lung and Blood
43. WHO/CDS/CSR/LYO/2002 – Hepatitis B. Surveillance and control
44. Webber, R. – Communicable disease epidemiology & control, CAB INTERNATIONAL, 1998
45. [www.who.int/cancer](http://www.who.int/cancer)

## ***ABUZUL ȘI DEPENDENȚA DE SUBSTANȚE PSIHO-ACTIVE***

### **Obiective educationale:**

- **sa poata motiva consumul de substante psihoactive ca problema de sanatate publica**
- **sa descrie caracteristicile epidemiologice ale consumului de droguri**

### ***Introducere***

Din cele mai îndepărtate timpuri, oamenii au căutat să obțină prin intermediul consumului de substanțe, stări agreabile, blocarea suferinței, stimularea euforizantă, somn sau uitare, fără să realizeze că de la consumul ocazional de droguri și până la dependența, însoțită de degradarea fizică și morală a individului nu este decât un pas.

În lume, piața drogurilor ocupă locul al doilea, după cea a armamentului, și înregistrează anual, o cifră de afaceri de sute de miliarde \$. Fenomenul consumului de droguri, și consecințele grave ale acestuia, afectează în prezent, un procent ridicat al populației, în special al celei tinere. Adolescenții reprezintă principala grupă de risc pentru dezvoltarea consumului de alcool și de droguri, nu numai datorită faptului că, adolescența este o perioadă caracterizată prin oscilații afective, sensibilitate și emotivitate crescute, care predispun uneori, la decizii greșite, dar și datorită, dorinței de identificare cu adulții, imitării obiceiurilor acestora, accesibilității băuturilor sau drogurilor, etc. În prezent, vârsta începerii consumului de droguri este în scădere.

Consumul de alcool și de droguri reprezintă o problemă importantă de sănătate publică, datorită frecvenței crescute a consumului și implicațiilor de natură socială și legală (accidente, comportament antisocial, vagabondaj, violență, crimă, etc.) pentru individ și pentru colectivitatea din care acesta face parte,.

Se spune că abuzul de substanțe este „o crimă fără victime”, deoarece îl afectează doar pe cel care le consumă, dar, în realitate, consecințele consumului de droguri se răsfrâng și asupra familiei, prietenilor, întregii societăți.

Afirmațiile referitoare la faptul că doar personalitățile slabe ajung să fie dependente de droguri, au fost infirmate de studiile efectuate care au dovedit că fenomenul consumului de droguri afectează aproape toate categoriile sociale și domeniile de activitate.

În majoritatea societăților, atitudinile negative față de persoanele care se confruntă cu problemele determinate de consumul de alcool și droguri sunt adânc înrădăcinate. „Drogații”, „alcoolicii” sunt considerați a fi bolnavi incurabili, lipsiți de caracter, agresivi, săraci, infractori, etc. Uneori, stigmatizarea acestora pornește chiar din rândul medicilor, deși, numeroase studii<sup>3,4</sup> demonstrează că tratamentul tulburărilor legate de consumul de substanțe poate avea succes, dacă personalul de îngrijire manifestă un anumit tip de atitudine pozitivă, destigmatizantă și inițiază intervenții adecvate în vederea „pregătirii pacientului pentru schimbare”.

## **Generalități**

*Drogul* este substanța care, fiind absorbită de un organism viu, îi modifică una sau mai multe funcții; în sens farmacologic, drogul este o substanță utilizată sau nu în scop medical, a cărei folosire abuzivă poate crea dependență fizică și psihică, sau tulburări grave ale activității mentale, ale percepției și comportamentului.

Cunoașterea principalelor droguri utilizate, a modului lor de administrare, precum și a efectelor acestora are o importanță deosebită în prevenirea abuzului.

OMS definește *abuzul de droguri* ca fiind orice utilizare excesivă, continuă ori sporadică, incompatibilă sau în relație cu practica medicală, a unui drog.

Conform D.S.M.IV și I.C.D.10, criteriile de diagnostic pentru abuzul de o substanță sunt următoarele:

- A. Pierderea controlului asupra consumului;
- B. Suferințe/ disfuncții cognitive, sociale, ocupaționale;
- C. Absența toleranței și sevrajului;
- D. Prezența a cel puțin unuia din următoarele criterii:
  - a. Probleme legate de efectuarea activităților curente la școală, locul de muncă, sau în familie, datorită utilizării repetate a unei substanțe psiho-active;
  - b. Utilizare repetată a unei substanțe în situații riscante (ex. șofatul);
  - c. Continuarea utilizării substanței în ciuda consecințelor care aduc prejudicii sociale, interpersonale, provocate/exacerbate de utilizarea substanței;
  - d. Probleme cu implicații legale recurente, apărute drept consecință a utilizării substanței;

Consumul poate fi:

- excepțional, în scopul de a încerca odată sau de mai multe ori un drog, fără însă a continua;
- ocazional, sub formă intermitentă, fără a ajunge la dependență;
- episodic, într-o circumstanță determinată;
- sistematic, caracterizându-se prin dependență.

*Dependența* reprezintă starea fizică sau psihică ce rezultă din interacțiunea unui organism cu o substanță, caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții, însoțite întotdeauna de nevoia de a lua substanța în mod continuu sau periodic, pentru a-i resimți efectele psihice și pentru a evita suferințele.

Criterii de diagnostic:

Prezența a cel puțin 3 simptome din cele prezentate mai jos, pe o perioadă de cel puțin 12 luni:

1. simptomele toleranței;
2. simptomele sevrajului anihilate de administrarea unei noi doze din substanța respectivă;
3. administrarea substanței în cantități mai mari, pe o perioadă mai lungă decât a intenționat inițial pacientul, pofta continuă combinată cu eforturipepetate de a stopa/controla administrarea substanței respective;

4. cel puțin una din următoarele consecințe ale consumului:
  - perioadă de timp pierdută în activități legate de obținerea substanței sau utilizarea ei
  - reducerea sau renunțarea la activități importante pentru individul respectiv datorită utilizării substanței
  - utilizarea substanței chiar dacă individul este conștient de problemele somatice și psihice, pe care aceasta i le provoacă .sau i le exacerbează

Dependența de o substanță generează suferințe grave, însoțite de semnele dependenței fizice (toleranța și sevrajul).

*Toleranța* constă în dispariția treptată a efectelor unei substanțe ce este administrată repetat, pe o anumită perioadă de timp; pentru obținerea aceluiași efect se impune creșterea progresivă a dozei. Toleranța se caracterizează prin:

- reversibilitate (după un timp de la întreruperea consumului se restabilește sensibilitatea inițială),
- specificitate (toleranța nu este o proprietate generală pentru toate substanțele, ci numai pentru unele din acestea),
- selectivitate (toleranța nu se instalează pentru toate efectele pe care le exercită o substanță asupra unui organism).

Toleranța nu creează însă, o imunitate totală și nelimitată în timp, la organismul care s-a obișnuit cu toxicul. Efectul pe termen lung este instalarea unei intoxicații cronice, cu consecințe grave asupra stării de sănătate.

*Sevrajul* reprezintă ansamblul simptomelor fizice și psihice care apar atunci când un individ este privat de drogul de care a devenit dependent. Cel mai sever sevraj se manifestă la heroină prin: tremor puternic, dureri articulare și musculare, dureri abdominale, simptome specifice gripei (greață, vărsături, febră, frisoane, transpirații), neliniște, insomnie.

## ***Epidemiologie***

În România, începând cu anul 1990, schimbările sociale, politice și economice, au determinat evoluția ascendentă a fenomenului consumului de droguri. România a devenit inițial o zonă de tranzit pentru traficul de droguri, datorită amplasării geografice, la intersecția marilor căi de comunicație europene, regăsindu-se pe fiecare din cele cinci variante ale Rutei Balcanice a Drogurilor, iar ulterior, o piață profitabilă de consum a drogurilor. Până în anul 1999, nu s-a efectuat în România nici un studiu epidemiologic privind consumul de droguri, la nivel național. În anul 2000, date epidemiologice au fost furnizate de:

- proiectul național ESPAD (*European Survey Programme for Alcohol and Drugs*-Programul European de Cercetare pentru Alcool și Droguri) realizat în rândul tinerilor de 15 ani.

- proiectul PHARE „Asistență Tehnică pentru Reducerea Cererii de Droguri” în cadrul căruia, România a participat alături de Ungaria și Slovacia la derularea proiectului „Tehnici noi de educație pentru reducerea cererii de droguri” în trei județe pilot Galați, Dolj și Timișoara;

- numărul persoanelor care au necesitat servicii medicale pentru dezintoxicare și servicii medicale de urgență;

- indicatori indirecti: capturile de droguri (cantități și tipuri de droguri), date cu privire la piețele ilicite de desfacere, numărul și categoriile de persoane cercetate pentru trafic și deținere ilegală de droguri, rapoarte de constatare medico-legală;

- date furnizate de diferite instituții și organizații non-guvernamentale.

În Europa, studiul ESPAD, a estimat ponderea elevilor în vârstă de 15-16 ani, consumatori de cannabis la 35% în Cehia, 26% în Slovenia, 18% în Polonia, 12% în Ungaria. În aceste țări, rata utilizării acestui drog a crescut cu 80% între anii 1995 și 1999.

În România, studiul ESPAD reprezentând o cercetare efectuată la nivel național privind consumul de alcool, tutun, și droguri în rândul elevilor din clasa a IX-a a evidențiat următoarele:

- 95,2% din populația masculină și 96,5% din populația feminină care au răspuns au declarat că nu au consumat niciodată un drog;
- dintre consumatorii declarați, băieții au menționat marijuana și hashish-ul ca fiind primele droguri consumate, iar fetele, tranchilizantele și sedativele;
- principala sursă de obținere a drogurilor este anturajul de prieteni care le oferă sau le vând aceste substanțe; 12% din băieți au împărțit drogul cu ocazia primului consum;
- principalul motiv pentru care tinerii doresc să consume droguri este curiozitatea; doar 0,9% dintre băieții consumatori au declarat drept motiv – dorința de a uita de probleme;
- marea parte a tinerilor au declarat că nu au prezentat un comportament agresiv față de alte persoane;
- în general, se plâng de incertitudinea viitorului și nu acordă multă atenție regulilor sociale general acceptate.

În anul 2000, Centrul de Studiu al Opiniei Publice (CSOP) a efectuat un studiu al fenomenului consumului de droguri ilicite în populația generală. Obiectivele acestuia au fost:

- determinarea prevalenței consumului de droguri ilegale;
- determinarea opiniilor, atitudinilor și comportamentelor consumatorilor de droguri ilegale;
- determinarea opiniilor, atitudinilor și comportamentelor neconsumatorilor;
- aprecierea nivelului de informare al populației în ceea ce privește consumul de droguri;

Rezultatele studiului au arătat că:

- prevalența consumului în populația generală este de 1‰;
- referitor la opinia populației în legătură cu consumul de droguri, majoritatea respondenților ( 86,3% ) au apreciat că, în România, consumul de droguri reprezintă o problemă importantă;
- un procent de 42% din subiecții intervievați nu cunosc ce înseamnă drog ilegal și drog legal, iar 18% din subiecți nu cunosc numele nici unui drog;
- cele mai cunoscute droguri au fost: cocaina 50%, marijuana 42%, heroina 42%, hașiș 30%;
- printre motivele care determină consumul de droguri au fost menționate problemele de ordin material, emoțional, teribilismul, curiozitatea. Curiozitatea ocupă primul loc printre aceste motive.

Conform altor studii<sup>12</sup>, în intervalul 1992-1995, în București s-au înregistrat câte 2-3 cazuri anuale de intoxicații acute; surse ale poliției înregistrau între 1989-1996, un număr de 225 persoane cert dependente; în 2002 s-au înregistrat 1577 cazuri de consumatori cărora li s-a acordat asistență medicală, dintre acestea 971 erau cazuri noi, iar 606 erau cazuri de recidivă; la nivel național, în 2002 au fost confiscate 43 764 kg droguri , ceea ce reprezintă 92,6% din totalul drogurilor capturate în România după anul 1990.

Principalele caracteristici ale fenomenului consumului de droguri la sfârșitul anului 1999 erau următoarele:

- în 1999, consumul de droguri s-a extins pe tot teritoriul țării; a crescut numărul deținătorilor și consumatorilor de droguri
- calea de administrare diferă în funcție de drogul utilizat dar și de efectul pe care consumatorul de droguri îl urmărește; administrarea pe cale intravenoasă este utilizată uneori, chiar de la prima administrare;
- s-a extins uzul unor medicamente cu conținut psihotrop, al benzodiazepinelor și barbituricelor administrate sau nu în amestec cu alcool;
- consumul amfetaminelor s-a extins în rândul tinerilor;
- cele mai utilizate droguri ilicite în România (exceptând alcoolul, tutunul și cafeaua, considerate licite) sunt cannabisul, cocaina, opiaceele, gazele volatile, amfetaminele, benzodiazepinele, barbituricele, L.S.D.

## **Clasificarea drogurilor**

### A. după *efectul asupra SNC*:

1. inhibitoare ale SNC (psiholeptice): opiacee (opiu, morfina, derivații de morfină -heroina, metadona, petidina -, codeina), cannabis, barbiturice, tranchilizante, solvenți, gaze volatile, alcool;
2. stimulatoare ale SNC (psihoanaleptice): cocaina, amfetamine, crack-ul, nicotina, cofeina;
3. psihodisleptice (droguri halucinogene ce produc modificări ale SNC ce afectează sfera cognitivă și perceptuală): derivate de cannabis (hașiș, marijuana), plante și ciuperci exotice cum ar fi LSD, Extasy, Phenciclidina (PCP), Peyote (mescalina), Psilocybina și Psilocyna;

### B. după *origine*: naturale, de semisinteză, de sinteză;

### C. din punct de vedere *psihofarmacologic*:

- "Euforica": diminuează percepția senzorio-afectivă, induc stări de confort afectiv și psihic ( opiu și alcaloizii );
- "Fantastica": prin excitație psihică dezvoltă productivitate senzorială psihotică, iluzii, halucinoze ( hașiș, cannabis, LSD );
- "Inebrantia": determină inițial o fază de excitație, iar ulterior, deprimarea funcțiilor psihice ( alcool, eter, cloroform );
- "Hipnotica": au drept efect inducerea somnului ( barbiturice );
- "Excitantia": au acțiune psihostimulativă (cofeina, nicotina, amfetaminele).

### D. după *regimul juridic al substanțelor*: substanțe ale căror fabricare și administrare sunt supuse controlului (morfină, barbiturice, etc.), substanțe total nepermise (LSD, heroină, etc.)

### **În funcție de gravitatea consumului, consumatorii se împart în 4 categorii:**

- ocazionali – consumă droguri în doze moderate, în scop recreativ sau experimental
- „ de week-end ” – consumă doze mari, intermitent, au risc de trecere la consum cronic; trăiesc următorul ciclu de trăiri emoționale: consum-culpabilizare-remușcare-nevoie de consum crescute;
- toxifilici – consum regulat de doze moderate, cu convingerea iluzorie că pot renunța oricând;
- toxicomanii – consumă regulat droguri diferite, în doze mari, sunt dependenți fizic și psihic. Această ultimă categorie de consumatori poate avea starea de sănătate grav alterată de infecții, SIDA, embolie pulmonară, tulburări funcționale ale diferitelor organe, tulburări de nutriție, boli psihice cu tulburări de percepție (halucinații), tulburări de personalitate (delir), demență, risc crescut de accidente, malformații fetale în sarcină.

Complexitatea aspectelor clinico-psihologice pe care le presupun toxicomaniile a determinat și alte tentative de clasificare. Astfel, pe *plan motivațional*, Antoine și Maurice Porot disting trei *tipuri de toxicomanii*:

- toxicomanii justificate/ iatrogene, care includ cazurile în care, pentru o boală cronică dureroasă, sunt recomandate analgetice puternice, în special, derivați de opiu;

- toxicomanii prin perseverare, care sunt iatrogene inițial, prescripția medicației antialgice fiind doar episodică; ulterior, păstrând amintirea agreabilă a efectului substanței, individul recurge la folosirea ei, exclusiv în vederea reeditării acestuia, pentru suprimarea unei stări de disconfort psihic

- toxicomanii primitive prin perversiune, în care individul consumă drogul pentru a evada din realitatea deprimantă, pentru a obține senzații noi, etc.

Considerând că nu există o personalitate specifică a toxicomanilor, ci *conduite toxicomanice care se integrează într-un context nevrotic sau psihotic*, H. Loo (1970) distinge două tipuri de toxicomanii:

- toxicomanii psihopatologice – durabile, care apar la indivizii cu trăsături psihopatologice certe, fără a se putea preciza măsura în care aceste trăsături preexistau abuzului de droguri sau sunt consecința acestuia;

- toxicomanii socio-culturale – experiențe ocazionale, ale unor indivizi fără structură psihopatologică, dar care se pot complica devenind toxicomanii psihopatologice

Oughourlian (1974) propune o *clasificare sociologică* a toxicomaniilor, diferențiind:

- toxicomanii solitare sau individualiste, care antrenează sentimentul de culpabilitate față de societate;

- toxicomanii de grup sau comunitare, care constituie o activitate marginală în raport cu societatea, percepută drept rejectantă și represivă; sentimentul de culpabilitate al consumatorului lipsește, individul consideră că este preferabil să se integreze microgrupului său prin drog, decât societății, prin asimilarea valorilor ei depășite;

- toxicomaniile de masă, care se dezvoltă cu asentimentul societății – toxicomanii etnologice (cultul lui Dionysos), toxicomanii sociale (consumul de alcool la europeni și nord-americani), consumul de drog drept modalitate de a face față stressului cotidian (tutun, ceai, cafea, barbiturice, tranchilizante în țările europene și nord-americane, coca în America de Sud, hașiș în unele țări arabe).

### ***Etiologie***

Zinberg (1984) elaborează modelul tridimensional (drog – persoană - mediu) al etiologiei consumului de droguri. Astfel, declanșarea consumului este determinată de caracteristicile persoanei (predispoziție genetică, tip de personalitate, comportament, vârstă, sex), mediului (familiar, social, cultural, zona geografică de rezidență) și substanței (proprietăți farmacologice, disponibilitate, licită/ ilicită).

J.S.Cook (1991) precizează următoarele motive care determină apariția comportamentului de consum :

- curiozitatea, dorința de senzații noi;
- teribilismul - tentația fructului oprit, a riscului; consumul de droguri este perceput drept excitant și provocator;

- presiunea grupului și nevoia de apartenență la grup;
- problemele sociale sau familiale – mediul social ostil, mediul familial conflictual, divorțul părinților, abuzul sau indiferența lor, părinți consumatori de substanțe;
- izolarea sau neintegrarea în colectivitate și societate - consumul de droguri apare drept reacție la singurătate, stimă de sine scăzută, lipsa încrederii în propria persoană;
- accesibilitatea crescută la droguri;
- absența unei informări adecvate privind consecințele consumului de droguri;
- imitarea comportamentului adulților;
- eșecuri școlare;
- stress, anxietate;
- personalitate vulnerabilă;
- tulburări de comportament precoce.

**Se presupune de asemenea, că anumite tulburări psihodinamice ar putea determina comportament de consum de alcool sau de droguri:**

- teoria freudiană a fixației sau regresiei orale susține ideea că la nivel psihic, individul rămâne fixat în stadiul oral, iar consumul de alcool reprezintă un mecanism regresiv, eliberator în fața unei realități generatoare de anxietate;
- auto și heteroagresivitate - consumul drogului presupune autodistrugerea, mai mult sau mai puțin conștientă a sănătății proprii, fizice și psihice, iar în același timp, este și rejectant, culpabilizant și provocator față de cei din jur;
- depresie - consumul drogului reduce durerea morală, reprezintă un mecanism de apărare împotriva depresiei;
- perversiune instinctuală – priza toxică apare erotizantă prin senzațiile pe care le induce;

## *Strategii preventive și terapeutice*

Prevenția primordială are în vedere diminuarea accesibilității la substanțele psiho-active. Scăderea consumului este direct proporțională cu reducerea locurilor de vânzare și invers proporțională cu prețul.

Obiectivul prevenției primare, de a evita inițierea consumului substanțelor psiho-active, se poate realiza prin:

- diminuarea motivației inițierii consumului la tineri prin mesaje adecvate;
- diseminarea de informații relevante referitoare la consecințele adicției, la mai multe niveluri (familie, școală, comunitate), prin mai multe canale (mass-media, școală, părinți, medici, cluburi);
- luarea de măsuri menite să limiteze factorii de risc și să întărească factorii de protecție.

Locul ideal pentru implementarea programelor educaționale dedicate prevenției primare în alcool și droguri este școala, care ocupă un loc important în viața adolescenților și constituie spațiul în care se regăsesc toate grupurile țintă, cu risc crescut, alături de profesorii cu abilități în domeniul educației.

Este preferabil ca mesajele transmise tinerilor să se focalizeze pe efectele intoxicației acute, deoarece efectele cronice (ciroză, sindrom amotivațional, etc.), fiind mai îndepărtate de consumul imediat, pot rămâne indiferente pentru aceștia. Dezirabil este, ca aceste mesaje să fie incluse într-o strategie mai largă de promovare a unui „model comportamental sănătos” și de îmbunătățire a stilului de viață, care să responsabilizeze adolescentul, față de propria atitudine în fața tentației de a începe utilizarea unui drog.

Data fiind variabilitatea factorilor de risc și de protecție, măsurile de intervenție trebuie să fie diversificate, adaptate contextului situațional.

Intervențiile de prevenție destinate mediului familial au în vedere:

- educația părinților în vederea dobândirii de abilități de comunicare intrafamilială;
- oferirea de suport familiilor care nu își pot asigura nevoile de hrană, locuință, slujbă, sau ai căror membri sunt afectați de probleme de sănătate fizică sau mintală;
- psihoterapia de familie.

Până acum următoarelor activități de prevenție au fost desfășurate:

1. *Educația pentru sănătate* derulată în cadrul programelor naționale de sănătate publică include activități de informare-educare-comunicare desfășurate prin intermediul campaniilor în toate cele 41 de județe și în București.

În baza unui ordin comun între Ministerul Educației Naționale și Ministerul Sănătății începând cu anul școlar 1999-2000, au fost introduse în programa școlară opțională și obligatorie, orele de educație pentru sănătate. În cadrul acestor ore sunt prevăzute teme legate de problematica drogurilor.

2. *Studii de cercetare calitativă și cantitativă a fenomenului consumului de droguri:*

- studiul ESPAD

- programul PHARE – „Metode noi de educație pentru reducerea cererii de droguri”
  - Studiul cantitativ și calitativ al fenomenului consumului de droguri realizat de Centrul de Sondaj al Opiniei Publice.
3. *Traducerea manualului OMS „Tinerii și consumul de droguri”*
4. *Înființarea centrelor de consiliere în problematica drogurilor*

Prevenția secundară vizează diminuarea consecințelor negative ale consumului atunci când acesta a început. Prevenția terțiară (reabilitarea) urmărește reinsertia socială, familială și profesională, reducerea deficitului funcțional datorat caracterului evolutiv cronic și potențialului desocializant al dependențelor la substanțele psiho-active.

Data fiind complexitatea problematicii persoanei dependente, elaborarea planului terapeutic<sup>12</sup> se face ținând cont de următorii factori:

- numărul și tipul substanțelor folosite;
- severitatea dependenței și a dizabilității induse de aceasta;
- comorbiditățile psihiatrice și somatice;
- constelația individuală de factori de risc și de protecție;
- contextul anturajului și cel cultural și social în care individul trăiește și în care tratamentul se va desfășura.

Tratamentul cuprinde: *terapia medicamentoasă, intervenția psihoterapeutică, și intervenția de reinsertie socială și vocațională.*

Principiile tratamentului eficient în adicțiile la substanțe psiho-active elaborate de NIDA (*National Institute of drug addiction* din SUA), sunt următoarele:

1. Nici o singură metodă terapeutică nu este adecvată în totalitate tuturor indivizilor. Găsirea și prescrierea intervențiilor și serviciilor cele mai adecvate nevoilor individului este esențială pentru realizarea obiectivului de recuperare funcțională, familială, ocupațională și socială.

2. Tratamentul trebuie să fie oricând disponibil și accesibil, astfel încât să nu se rateze momentele oportune, în care o persoană dependentă dorește să intre în tratament, momente care, de multe ori, survin neașteptat și nesperat.

3. Pentru a fi eficient, tratamentul trebuie să răspundă nevoilor multiple ale individului (medicale, psihologice, sociale, profesionale, legale).

4. Planul de tratament trebuie evaluat în dinamică și modificat ori de câte ori este necesar, în încercarea de a răspunde nevoilor pacientului care se modifică în timp.

5. Eficacitatea tratamentului depinde de durata acestuia. Durata adecvată a terapiei depinde de nevoile individuale ale persoanei. În cazul majorității pacienților, cercetările au demonstrat că, un anumit prag al unei ameliorări semnificative nu poate fi atins decât la circa 3 luni de tratament.

Abandonul terapeutic este frecvent întâlnit. Din acest motiv, programele de intervenție trebuie să includă strategii speciale, care să contribuie la implicarea și menținerea pacienților în tratament atât timp cât este necesar.

6. Consilierea (individuală sau de grup) și alte terapii comportamentale sunt componente de bază ale unui tratament care se dovedește eficace. Întărirea motivației, construirea abilităților de a rezista consumului, înlocuirea activităților de consum, cu altele, constructive, ca și ameliorarea abilităților de rezolvare a conflictelor sunt obiective terapeutice importante.

7. Tratamentul farmacologic este un element important al terapiei pentru cea mai mare parte a pacienților, dar trebuie îmbinat cu consilierea și cu alte terapii comportamentale.

8. Persoanele dependente, sau cele care utilizează abuziv o substanță la care există o comorbiditate psihiatrică trebuie tratate integrat, pentru ambele probleme.

9. Eficiența tratamentului nu depinde doar de participarea voluntară și de motivația individului. Sancțiunile sau/și promisiunile care se practică de obicei în familie, pe tema acceptării inițierii tratamentului, programele disponibile la locul de muncă, sau în sistemul judiciar de detenție pot crește semnificativ atât aderența la tratament, cât și menținerea în terapie pe durată adecvată.

10. Consumul ocazional (care poate anticipa sau nu recăderea propriu-zisă) poate apărea oricând în decursul tratamentului. Monitorizarea pentru consumul oricărui tip de substanță, prin analiza urinei sau utilizarea altor teste contribuie semnificativ la evitarea recăderilor.

11. Programele terapeutice trebuie să permită evaluarea pentru HIV/SIDA, hepatita B, C, tuberculoza, alte boli infecțioase și să asigure consilierea, menită să determine schimbarea comportamentului care, să reducă riscul pacientului de a se auto-infecța sau a-i infecta pe alții.

12. Vindecarea poate fi un proces de lungă durată, care necesită episoade repetate de tratament, datorită evoluției cronice, cu recăderi, care apar după/în timpul unui tratament finalizat cu succes. Marlatt și Gordon (1985), au identificat trei tipuri de situații de risc crescut pentru recădere: stările emoționale negative, conflictele interpersonale și presiunea socială.

Obiectivele medicației psiho-farmacologice:

-tratarea intoxicației și sevrajului (ex. metadonă, clonidină în dependența la opiacee, benzodiazepinele în alcoolism, etc.)

-combaterea craving-ului (ex. naltrexonă în dependența la heroină, etc.)

-medicație aversivă (disulfiram)

-medicație de substituție cu agoniști (metadonă, buprenorfină)

-medicație destinată tratării comorbidităților psihiatrice (antidepresive, anxiolitice, stabilizatoare ale dispoziției, etc.)

Conceptul de reducere a riscului, „harm reduction” poate fi inclus în cadrul prevenției secundare. Cele mai cunoscute intervenții de tip „harm reduction” sunt cele care urmăresc diminuarea riscului de

contaminare virală (HIV, hepatite B și C) prin utilizarea în comun de către utilizatorii de droguri intravenoase, a acelor și seringilor.

Alte tipuri de intervenții de tip „harm reduction” sunt destinate reducerii riscului determinat de consumul de alcool, și constau în programe de training pentru vânzătorii de băuturi alcoolice sau pentru conducătorii auto și urmăresc inducerea la aceste categorii profesionale a unui comportament responsabil față de consumul de alcool. Astfel, vânzătorii trebuie să coopereze la acțiunea de scădere a accesibilității adolescenților la băuturile alcoolice, iar șoferii trebuie să învețe să evite situațiile în care ajung să șofeze în stare de intoxicație acută.

Intervenția psihosocială de reabilitare se realizează prin tehnici cognitiv-comportamentale, terapii psihodinamice, interpersonale, de grup și maritale.

#### Intervenția psihoterapeutică

După Vormer & Davis (2003), cele 6 nevoi primordiale ale persoanei dependente, de a căror îndeplinire depinde succesul demersului terapeutic sunt următoarele:

- nevoia de a se identifica pe sine ca o ființă umană competentă;
- nevoia de a deține controlul, de a putea alege în cunoștință de cauză;
- nevoia de speranță;
- nevoia de a avea un scop;
- nevoia de a avea sentimentul succesului, a atingerii obiectivelor propuse;
- nevoia de a avea în preajmă cel puțin o persoană de încredere care să îi ofere sprijinul;

Eficiența psihoterapiei depinde de calitatea relației terapeutice care se stabilește între terapeut și client. Următoarele atitudini ale terapeutului sunt favorabile consolidării alianței terapeutice:

- atitudinea de acceptare, de destigmatizare, cu evitarea moralizării clientului;
- naturalețea, sinceritatea, transparența;
- terapeutul trebuie să evite să se prezinte drept expert;
- să fie de partea clientului, chiar dacă dezaprobă metodele prin care acesta obține ceea ce dorește;
- să, dar totuși nu trebuie să lase pacientul să plece cu convingerea că a reușit să îl manipuleze prin minciună
- să fie flexibil cu programul întâlnirilor, dar nu foarte flexibil;
- să fie de încredere;
- evitarea confruntării directe, în favoarea unei confruntări empatică, suportive
- încurajarea clientului în menținerea contactului în cazul unei recăderi.

Odată ce alianța terapeutică a fost stabilită, adicția poate fi definită ca problemă în terapie, la care clientul și terapeutul pot lucra împreună.

Evaluarea motivației pentru schimbare este esențială pentru abordarea ulterioară a pacientului și se realizează prin interviul motivațional.

Prochaska-DiClemente (1986) au elaborat ciclul schimbării, un sistem de evaluare a motivației clientului pentru schimbare:

- în stadiul precontemplativ – aspectele negative ale adicției sunt ignorate;
- în stadiul contemplativ – apare conștientizarea problemelor legate de uzul de substanțe;
- în stadiul preparativ – clientul se angajează în mici comportamente de schimbare;
- în stadiul acțiunii – optează pentru detoxifiere, apar schimbări care durează 24 de ore;
- în stadiul de menținere – schimbările durează minimum 6 luni;

Interviul motivațional este o tehnică cognitiv-comportamentală prin care, pacientul este ajutat să-și rezolve ambivalența legată de schimbare și să se angajeze în procesul de schimbare. Responsabilitatea pentru schimbare aparține însă pacientului.

Pentru realizarea acestor obiective, următoarele aspecte se doresc a fi respectate în cadrul interviului motivațional:

- ascultarea empatică , în absența criticii sau culpabilizării pacientului, care conduce la crearea unei atmosfere pozitive de acceptare și înțelegere a sentimentelor acestuia, precum și, la evidențierea ambivalenței.
- evidențierea discrepanței între comportamentul prezent și obiectivele clientului.
- evitarea confruntării directe, care determină opoziție din partea clientului, apariția rezistențelor și a mecanismelor de apărare.
- rezistența și ambivalența trebuie considerate aspecte naturale și inevitabile în cadrul demersului terapeutic pentru schimbare, terapeutul nu trebuie să impună noi perspective, ci doar să le propună.
- este necesară întărirea încrederii clientului în capacitatea sa de a se confrunta cu obstacolele și de a reuși să se schimbe.

Ulterior, terapia cognitiv-comportamentală urmărește construirea și menținerea unor comportamente alternative celor care au condus la adicție, comportamente care să ajute persoana dependentă să devină aptă să reziste presiunii sociale, să controleze stressul, să câștige abilități de auto-relaxare, să-și crească asertivitatea și capacitatea de comunicare interpersonală (Chaney, 1978, Monti 1989, Wills, 1985).

Tulburările legate de consumul de substanțe pot fi considerate drept un fenomen cronic, evoluând cu remisiuni și recăderi, dar nu incurabil.

## Bibliografie

1. Corciovei I., Farmacologie, 2000;
2. Friedman Carol, Psihiatrie, editura Ex ponto, 2000;
3. Fundația Jellineck, Abuzul și dependența de substanțe psihoactive, editura Medica, 2004
4. Fundația Jellineck, Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanțe, editura Medica, 2004
5. Harrison, Principiile Medicinii interne, ediția 14/II, editura Teora, 2001;
6. Merck, Internal Medicine CD;
7. Oancea Constantin, Manual de nursing psihiatric, editura Vavila Edinf SRL, București 2004
8. Oancea Constantin, Tehnici de sfătuire/ consiliere, editura Vavila Edinf SRL, București, 2002
9. Plăvițu Ileana, Semiologie și patologie psihiatrică, 2001;
10. Porot Marcel, Toxicomaniile, editura Științifică, 1998;
11. Predescu V., Psihiatrie, editura Medicală, 1998;
12. Prelipceanu Dan, Ghid de tratament în abuzul de substanțe psiho-active, 2001, editura Infomedica;
13. [www.saratoga.ro](http://www.saratoga.ro)
14. [www.nolabel.info](http://www.nolabel.info)
15. [www.medfam.ro](http://www.medfam.ro)
16. Kaplan&Sadock, Manual de psihiatrie clinică, editura Medicală, 2001
17. Buisman W. Prevenția abuzului de droguri în rândul tinerilor, Revista Română de Psihiatrie, Ed. Infomedica, vol IV, nr. 2, 2002
18. Abraham P., Prevenire și consiliere antidrog, Agenția Națională Antidrog, 2004.