

PARTICULARITĂȚILE NUTRIȚIONALE ȘI DE COMPORTAMENT ALE POPULAȚIEI ÎN GENEZA BOLILOR APARATULUI DIGESTIV

*Nutritional and behavioural peculiarities of the population in the genesis of
digestive diseases*

Drd. David Sabău, Prof. Dr. Grigore Friptuleac

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova

REZUMAT

Premize. Bolile aparatului digestiv, a treia cauză de deces în România (4,9% din totalul deceselor în 2010), sunt responsabile pentru pierderea anuală a circa 77 persoane/100.000 de locuitori în perioada 2009-2010, în creștere față anul 2005. Ponderea mare pe care o au aceste boli în patologia generală, potențialul mare invalidant al unora dintre ele și interacțiunile lor cu factorii de mediu și de alimentație fac necesară cunoașterea lor în stadii cât mai incipiente, pentru tratarea și prevenirea complicațiilor.

Obiective. Obiectivele lucrării sunt reprezentate de estimarea particularităților alimentației și stării de sănătate a persoanelor cu maladii ale aparatului digestiv, evidențierea factorilor comportamentali de risc și elaborarea măsurilor de prevenție la nivelul județului Cluj.

Metode. S-au stabilit două loturi de studiu, fiecare alcătuit din 255 de persoane, din care lotul nr. 1 – lotul experimental (E) cuprinde populația județului Cluj care prezintă una dintre maladiile cunoscute ale aparatului digestiv, iar cel de-al doilea lot – lotul de control (C) este cel comparativ, fiind format din populația aceluiași județ la care nu au fost diagnosticate maladii ale aparatului digestiv.

Rezultate. În studiul realizat au fost identificate și ierarhizate principalele afecțiuni digestive diagnosticate la lotul stabilit din subiecți aflați într-o anumită perioadă în Clinica de Gastroenterologie din Cluj-Napoca.

S-au determinat relațiile dintre morbiditatea populației prin maladii ale aparatului digestiv și factorii comportamentali de risc și s-au elaborat măsuri de prevenție a impactului determinat de factorii de risc comportamentali în apariția și dezvoltarea maladiilor tractului gastrointestinal.

Concluzii. 1. În urma studiului efectuat s-a constatat că patologia digestivă a avut o largă reprezentare în rândul subiecților investigați, cuprinzând toate segmentele tubului digestiv. 2. La toate patologiiile digestive studiate nu s-a putut decela un singur factor determinant, fiecărei patologii putându-i fi atribuit un cumul de factori (alimentari, comportamentali, de mediu etc.). 3. Factorul alimentar poate fi considerat însă un factor predominant în declanșarea, menținerea sau agravarea patologiiilor digestive studiate. 4. În urma studiului efectuat s-au stabilit ca factori de risc (alături de cel alimentar) și fumatul, consumul de alcool, antecedentele heredo-colaterale și chiar unele carențe vitaminice. 5. Vasta patologie digestivă studiată se regăsește distribuită în proporții apropiate raportată la zonele geografice studiate din arealul județului Cluj. Pe regiuni, procentele de distribuție sunt atât de apropiate încât diferențele sunt considerate nesemnificative (Nord-Est – 22%, Nord-Vest – 23%, Sud-Vest – 29% și Sud-Est – 26%).

Cuvinte cheie: stare de sănătate, speranță de viață, boli digestive, igiena alimentației, nutriție, nutrienți

ABSTRACT

Background. Digestive diseases, the third leading cause of death in Romania (4.9% of total deaths in 2010), are responsible for the annual loss of about 77 persons/100,000 population in 2009-2010, increasing compared to 2005. The large share these diseases have in pathology, high potential disabling of some of them, their interactions with environmental factors and food require their knowledge in early stages, treatment and prevention of complications.

Aims. Aim of this study are to estimate the particularities of nutrition and the health of people with diseases of the digestive system, highlighting behavioural risk factors and preventive measures development in Cluj County.

Adresa de corespondență:

Drd. David Sabău, Departamentul de Igienă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, B-dul Ștefan cel Mare, Nr. 169, Chișinău, Republica Moldova

E-mail: david_sabau10@yahoo.com

Methods. There were established two study groups, each made up of 255 people, including 1st lot that includes people taking one of the Cluj County digestive diseases known, and the 2nd lot that is being made of the population compared to the same county that have not been diagnosed diseases of the digestive tract.

Results. In the study there were identified and prioritized key digestive disorders diagnosed in the group of subjects who are established in a particular period in Gastroenterology Clinic of Cluj Napoca. They determine relations between morbidity by diseases of the digestive and behavioural risk factors and they were developing preventive measures determining the impact of behavioural risk factors in the onset and development of diseases of the gastrointestinal tract.

Conclusions. 1. In the conducted study found that digestive pathology had a wide representation among the investigated subjects, including all segments of the digestive tract. 2. At all digestive pathologies studied could not detect a single factor, each being able pathology could be assigned several factors (food, behavioural, environmental etc.). 3. Food factor can be considered as the predominant factor in the onset, maintenance or aggravation of digestive pathologies studied. 4. In the conducted study it was established as risk factors (along with the food) also smoking, alcohol consumption, a family history and even some vitamin deficiencies. 5. Extended studied digestive pathology is found distributed in proportions relative to the geographic areas studied area of Cluj County. On the regions, distribution percentages are so close that differences are considered insignificant (North East – 22%, 23% – Northwest, Southwest - 29% and Southeast - 26%).

Keywords: health condition, life expectancy, digestive diseases, food hygiene, nutrition, nutrients

INTRODUCERE

Dezvoltarea durabilă a oricărei societăți este determinată în mare măsură de resursele umane și, nu în ultimul rând, de starea de sănătate a populației. Nici o civilizație n-a avut soarta de a prospera având o populație cu sănătatea compromisă (6). Aderarea României la Uniunea Europeană a făcut ca starea de sănătate și serviciile sanitare oferite la nivelul țărilor membre ale Uniunii Europene să devină cadru de referință și pentru cetățenii din România (1). Un ansamblu mare de factori de risc, cum sunt gradul de dezvoltare a societății, nivelul de educație și instruire, condițiile de trai și muncă, alimentația și nutriția, influențează direct starea de sănătate a populației, contribuind la apariția diverselor stări morbide (2-5). Rezidă astfel necesitatea unui studiu complex al factorilor care duc la declanșarea unor stări morbide.

Diverse investigații privind morbiditatea prin boli ale aparatului gastrointestinal, efectuate pe parcursul ultimilor ani în România și Republica Moldova au scos în evidență mai multe probleme (2,7). În acest sens este esențial de studiat particularitățile alimentației și factorii comportamentali cu risc în apariția și răspândirea maladiilor tractului gastrointestinal la populația României și a celei din Republica Moldova, care au o rată a morbidității și mortalității mai sporită comparativ cu alte țări din Europa.

Valoarea științifico-practică a studiului asupra maladiilor tractului gastrointestinal este determinată de faptul că factorii etiologici în dezvoltarea și apariția acestor maladii depind nu atât de agenții patogeni microbieni, cât de elemente semnificative ca alimentația, apa, starea mediului ambiant, condițiile de trai, nivelul de educație sanitară, prezența

deprinderilor dăunătoare, influența noxelor profesionale asupra individului ș.a. (2,3,8), toate acestea aducând la rândul lor daune materiale și economice întregii societăți.

Bolile aparatului digestiv, a treia cauză de deces în România (4,9% din total deceselor în 2010), sunt responsabile pentru pierderea anuală a circa 77 persoane/100.000 de locuitori în perioada 2009-2010, în creștere față de minima de 66 decese/100.000 de persoane din 2005.

Bolile aparatului digestiv situează România pe locul 4 în Europa la morbiditatea prin boli digestive, iar în categoria deceselor premature, pe locul 3, după Republica Moldova și Ungaria, cu o rată standardizată de mortalitate dublă față de media europeană. În structura mortalității generale, mortalitatea cauzată de bolile aparatului digestiv ocupă poziția trei după bolile aparatului circulator și tumori (7). În anul 2012, incidența bolilor sistemului digestiv a constituit 224,1 cazuri la 10 mii de locuitori sau 7,4% din numărul total de adresări, plasându-se pe locul trei. Prevalența bolilor sistemului digestiv a atins 953,8 de cazuri sau 12,8%, ocupând locul trei în rândul prevalenței tuturor stărilor morbide (12). Conform datelor Biroului de Statistică, în județul Cluj mortalitatea prin maladii ale tractului gastrointestinal se situează pe poziția trei (10).

La nivel european, bolile digestive afectează aproximativ 12% din populația adultă, media în Regiunea europeană a bolnavilor ieșiți din spital cu patologie digestivă, în 2008, fiind de 1.732,68‰. În țara noastră, aproximativ 10% din populația adultă prezintă diverse boli digestive, datele raportate situându-ne pe locul 5 în Europa (2.227,83‰), trendul prin aceste boli fiind crescător în ultimii 30 de ani.

Cele mai importante cauze de morbiditate și mortalitate prin boli digestive sunt hepatitele cronice și cirozele. Ciroza hepatică afectează numeroase persoane, în cei mai productivi ani ai vieții. Supraviețuirea la 10 ani după diagnosticul de ciroză hepatică compensată este de circa 50%. Se consideră că 90% dintre cazuri ar putea fi prevenite prin evitarea consumului excesiv de alcool și a principalilor factori de risc pentru transmiterea virusurilor hepatice.

Se estimează că mortalitatea prin ciroză este a doua și cea mai mare din Europa la bărbații români (rata standardizată de deces cuprinsă în intervalul 46-48 decese/100.000 de bărbați, în funcție de sursă, în 2009-2010 – 13,14, la o medie europeană de 12 cazuri/100.000 de persoane conform estimărilor OMS) și cea mai mare la femeile din România (mortalitate standardizată de 30 cazuri/100.000 de femei în 2009 față de 7,5 decese/100.000 de femei, conform OMS). După maxima înregistrată în anul 1995 (57,1 decese/100.000 de persoane), tendința generală a mortalității prin ciroză a fost una de scădere. Faptul că România are una dintre primele trei rate de deces prin cancer hepatic la bărbați și mortalitate medie la femei raportat la țările UE 27,33 plus prevalențe estimate mari ale infecției cu virusurile hepatice B și C arată că factorul infecțios poate explica în mare măsură profilul morbidității și mortalității al principalelor afecțiuni hepatice, pe alți factori etiologici importanți precum alcoolul, fumatul, pe care și-i împart bolile cronice importante. Estimări publicate în 2012 indică un consum de alcool la adulții din România cu 30% peste media europeană și cel mai mare din Europa (RO: 16,3 litri per adult, EU27: 12,45 per adult), la care se adăugă și consumul neînregistrat.

Factorii comportamentali cu cel mai înalt efect asupra stării de sănătate la populația României rămân a fi consumul de tutun, alcool și droguri, dieta și inactivitatea fizică.

La nivel individual, starea de sănătate depinde de numeroși factori interrelaborați, precum: moștenirea genetică, poziția socială, opțiunile în ceea ce privește stilul de viață, comportamentele, atitudinile și valorile adoptate cu privire la starea de sănătate. Deși moștenirea genetică are un rol important în predispoziția pentru anumite probleme de sănătate, factorii sociali sunt esențiali în păstrarea și îngrijirea sănătății.

Poziția socială reprezintă un factor complex care contribuie la starea de sănătate prin componentele sale – vârstă, gen, statut socio-economic (nivel educațional, ocupație, venit). Componentele poziției sociale constituie factori importanți în determinarea stării de sănătate, fie prin condițiile de

viață și de muncă pentru care pot opta oamenii, fie prin oportunitatea alegerii unui stil de viață sănătos și a unor servicii medicale de calitate.

Există o relație strânsă între capitalul educațional și cel biologic, studiile relevând că indivizii cei mai educați optează pentru servicii medicale de calitate sporită, selectând alternativele cele mai adecvate pentru menținerea sănătății în parametri optimi.

Nivelul educațional influențează strategiile de viață dezvoltate de oameni pentru a avea o viață bună, implicit pentru menținerea unei stări bune de sănătate printr-un nivel mai ridicat de informare și cunoștințe cu privire la sănătate și alegerea unui stil de viață în concordanță cu aspectele menționate anterior. Starea de sănătate a oamenilor este determinată și de factori care acționează la nivel macrosocial (comunitate, regiune, societate), precum calitatea serviciilor de îngrijire a sănătății sau calitatea mediului înconjurător.

Sănătatea reprezintă unul dintre domeniile-cheie propuse pentru monitorizarea calității vieții în cadrul programului început de *Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă*, în anul 2000, prin intermediul raportului „Monitoring Quality of Life in Europe“, alături de ocupație, resurse economice, viață de familie, viață comunitară și educație. „A avea o stare bună de sănătate“ reprezintă un element esențial pentru calitatea vieții, element indicat și de către oameni. A avea o stare bună de sănătate constituie unul dintre factorii cei mai importanți pentru o calitate a vieții ridicată, după cum s-a evidențiat în studii anterioare.

Având un nivel redus de educație în ceea ce privește menținerea și îngrijirea sănătății, iar sistemul medical fiind foarte puțin orientat spre prevenire, populația din România a fost afectată de noile riscuri apărute odată cu trecerea la economia de piață și modernizarea rapidă (publicitatea agresivă pentru consumul de tutun și pentru noi forme de alimentație, precum cea de tip *fast-food*, obiceiuri alcoolice noi, alimentație dezzechilibrată nutrițional etc.). Din 1990 până în prezent s-au menținut sau chiar s-au accentuat inegalitățile în ceea ce privește starea de sănătate între cele două medii de rezidență (rural și urban), dar și inegalitățile între diferite regiuni ale țării.

Diferențele mari în ceea ce privește starea de sănătate între mediile rezidențiale sau între regiunile de dezvoltare ale României se suprapun peste inegalități accentuate în ceea ce privește accesul la serviciile de îngrijire a sănătății, precum și în ceea ce privește calitatea acestora. Pentru a descrie starea de sănătate a unei populații sunt utilizați numeroși indicatori sociodemografici, precum: speranța de viață la naștere, rate de mortalitate/pe grupe de vârste și cau-

ze de deces, rate de mortalitate infantilă, dar și indicatori privind morbiditatea, incidența unor boli în cadrul populației etc. Acești indicatori sunt utilizați în comparațiile internaționale, dar pot fi folosiți și în comparații naționale la diferite niveluri de agregare (localități, județe, zone de dezvoltare).

OBIECTIVE

1. Determinarea incidenței, prevalenței, structurii și evoluției morbidității prin maladii ale aparatului digestiv la populația județului Cluj.

2. Determinarea relațiilor dintre morbiditatea populației prin maladii ale aparatului digestiv și factorii comportamentali de risc.

IPOTEZE

Activitatea de cercetare a pornit de la ipoteza conform căreia anumite patologii digestive ar fi în

strânsă corelație cu factorii de mediu, factori toxici și alimentari, aspecte interpretate prin raportare și la un anumit areal geografic.

MATERIAL ȘI METODE

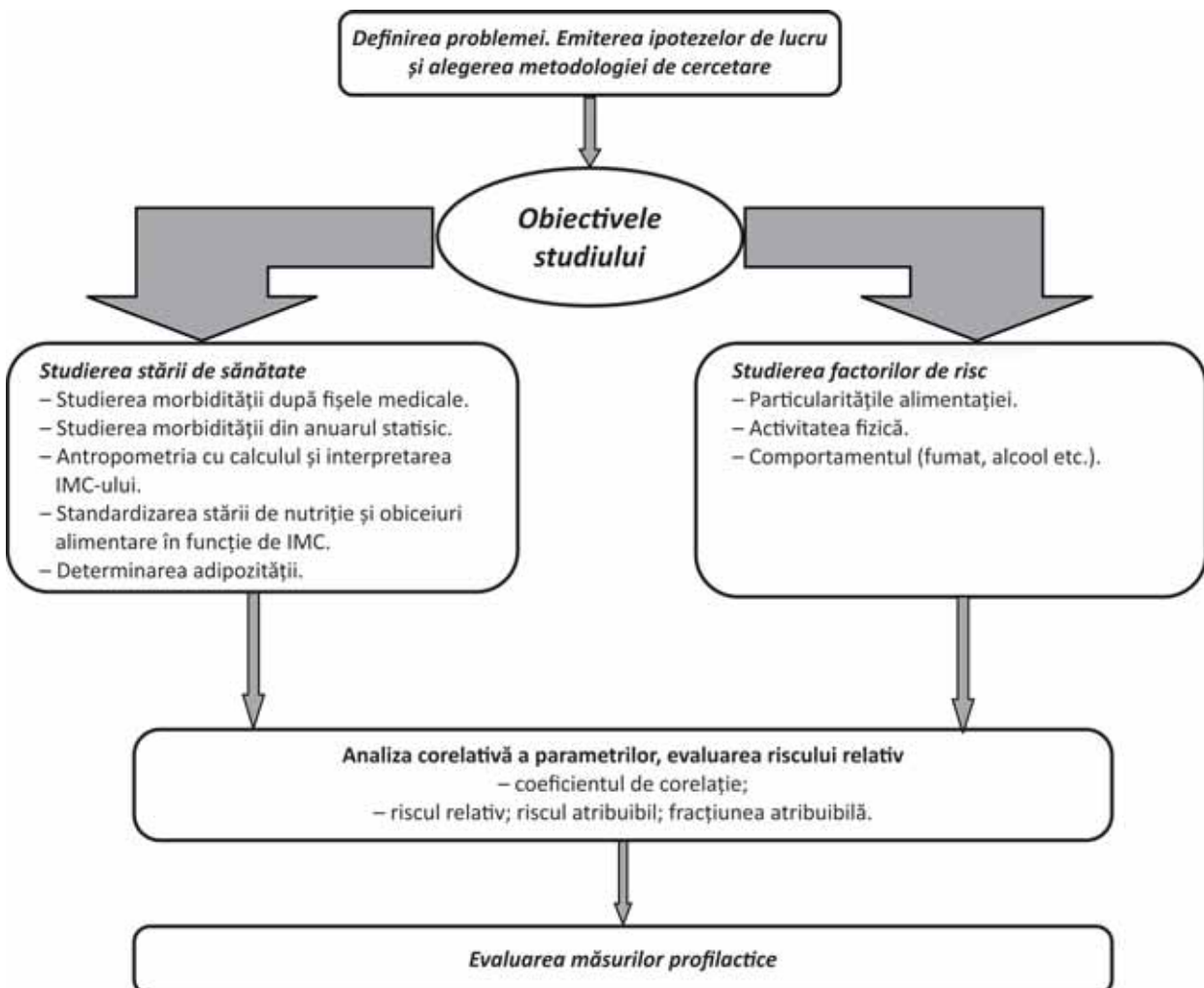
Acord informat

Cercetarea a presupus și obținerea acordului informat direct de la participanți.

S-a menționat faptul că participarea în studiul dat este absolut voluntară, benevolă, cu posibilitatea retragerii din studiu în orice moment. Au fost descrise scopul și metodologia de cercetare. S-a menționat faptul că pe perioada studiului nu există niciun risc pentru subiecți.

S-au descris toate beneficiile participării în studiu pentru subiecții selectați.

Subiecților li s-a propus să citească *Formularul de informare al acordului informat* și să semneze fișa acordului informat.



GRAFIC 1

Protocol de cercetare

Protocolul de cercetare a fost aprobat de Consiliul Științific al Comitetului de Etică a Cercetării în ședința din 11.06.2015.

a) Perioada și locul cercetării

Studiul s-a desfășurat în perioada Noiembrie 2014 – Decembrie 2016 în Secția de Gastroenterologie a Clinicii Medicale I Cluj-Napoca, unde au fost selectați și investigați subiecții care alcătuiesc lotul neexperimental (E).

În paralel a fost alcătuit și lotul de control (C) din subiecți selectați din întreg arealul geografic al județului Cluj. Acest areal a fost împărțit în 4 regiuni geografice: Nord-Vest, Nord-Est, Sud-Vest și Sud-Est.

b) Subiecții și grupurile

S-au stabilit două loturi de studiu, fiecare alcătuit din 255 de persoane, din care Lotul nr. 1, Lotul experimental (E) cuprinde populația județului Cluj care prezintă una din maladiile cunoscute ale aparatului digestiv, iar cel de-al doilea lot, Lotul de Control (C), este cel comparativ, fiind format din populația aceluiași județ la care nu au fost diagnosticate maladii ale aparatului digestiv. Ambele loturi au fost determinate din același județ, aceleași localități, vârstă, sex, pentru a avea identitate de tehnici în diagnosticare și obiceiuri alimentare. Participanții din studiu au fost selectați în baza unor criterii de includere-excludere și a consimțământului exprimat de participare. **Loturile vor fi formate cu aceeași pondere de subiecți de vârstă și gen.**

Criterii de includere:

Pentru **Lotul L1** – Lotul experimental (E):

- Domiciliul stabil în județul Cluj;
- Vârsta cuprinsă între 20 și 60 de ani;
- Prezența uneia dintre maladiile digestive cunoscute.

Pentru **Lotul L2** – Lotul de Control (C):

- Domiciliul stabil în județul Cluj;
- Vârsta cuprinsă între 20 și 60 de ani;
- Lipsa oricărei maladii digestive.

Criterii de excludere:

- Domiciliul în alte județe;
- Vârsta sub 20 de ani sau peste 60 ani.

Pacienții din lotul nr. 1 au fost selectați din secțiile de Gastroenterologie a Clinicii Medicale I din Cluj-Napoca.

c) Metode aplicate

Pentru atingerea scopului, obținerea datelor necesare cercetării, au fost utilizate mai multe metode și teste.

Metoda epidemiologică: analiza epidemiologică retrospectivă, descriptivă, comparativă și analitică.

Metoda igienică:

1. Chestionar cantitativ autoadministrat, care a inclus ancheta alimentară, ancheta activităților fizice și a altor indici comportamentali (fumat, consum de alcool etc.). Pentru fiecare subiect s-a determinat istoricul alimentar personal printr-un interviu cu subiecții, privind obiceiurile alimentare respective, o anchetă cu ajutorul listei de alimente, privitor la cantitatea și frecvența consumului.

Datele culese cu ajutorul acestei metode vor oferi informații nu doar despre tipul și cantitatea alimentelor consumate, ci și despre obiceiuri alimentare, utilizarea diverselor suplimente sau a alcoolului, precum și informații despre alți indici comportamentali. Pentru fiecare pacient inclus în studiu s-a întocmit o fișă personală de evidență. Datele culese din fișele personale necesare pentru efectuarea studiului vor fi centralizate în tabele care, ulterior, vor permite efectuarea analizelor statistice necesare. În ceea ce privește chestionarul aplicat, acesta a urmărit obținerea informațiilor legate de stilul de viață, istoricul personal medical, nutrițional.

Tuturor subiecților aflați în studiu li s-a aplicat chestionarul intitulat: „Chestionar privind stilul de viață, istoricul personal medical și istoricul nutrițional” întocmit de Drd. David Sabău.

2. Colectarea datelor privind morbiditatea din fișele medicale ale subiecților.

Metode clinice de determinare a stării de sănătate:

1. Anamneza.
2. Antropometria (metode clasice antropometrice: măsurarea taliei și a masei corporale).
3. Calcularea și interpretarea IMC-ului.
4. Standardizarea stării de nutriție și obiceiuri alimentare în funcție de Indicele de Masă Corporală. Metode avansate (de determinare a adipozității totale).

d) Procesare statistică

1. Ca indicatori statistici au fost folosite: media, mediana, deviația standard, abaterea medie de la

deviație, odds ratio (OR), intervalul de încredere 95% (95% CI), p-values (p), coeficientul de corelație lineară (R^2), t – student.

2. Calcularea și evaluarea corelației.

3. Volumul și tehnologia de selectare a eșantioanelor și interpretarea rezultatelor cercetării se vor baza pe metode statistice tradiționale, asigurând gradul de confidențialitate și reprezentativitatea datelor acceptat pentru studii în medicină.

4. Prelucrarea datelor a fost efectuată cu ajutorul programelor Epi Info™ 7 și a Microsoft Excel 2007.

REZULTATE

S-a stabilit care sunt principalele afecțiuni ale tubului digestiv (diagnosticate) la subiecții din lotul experimental (E), ponderea fiind reprezentată astfel:

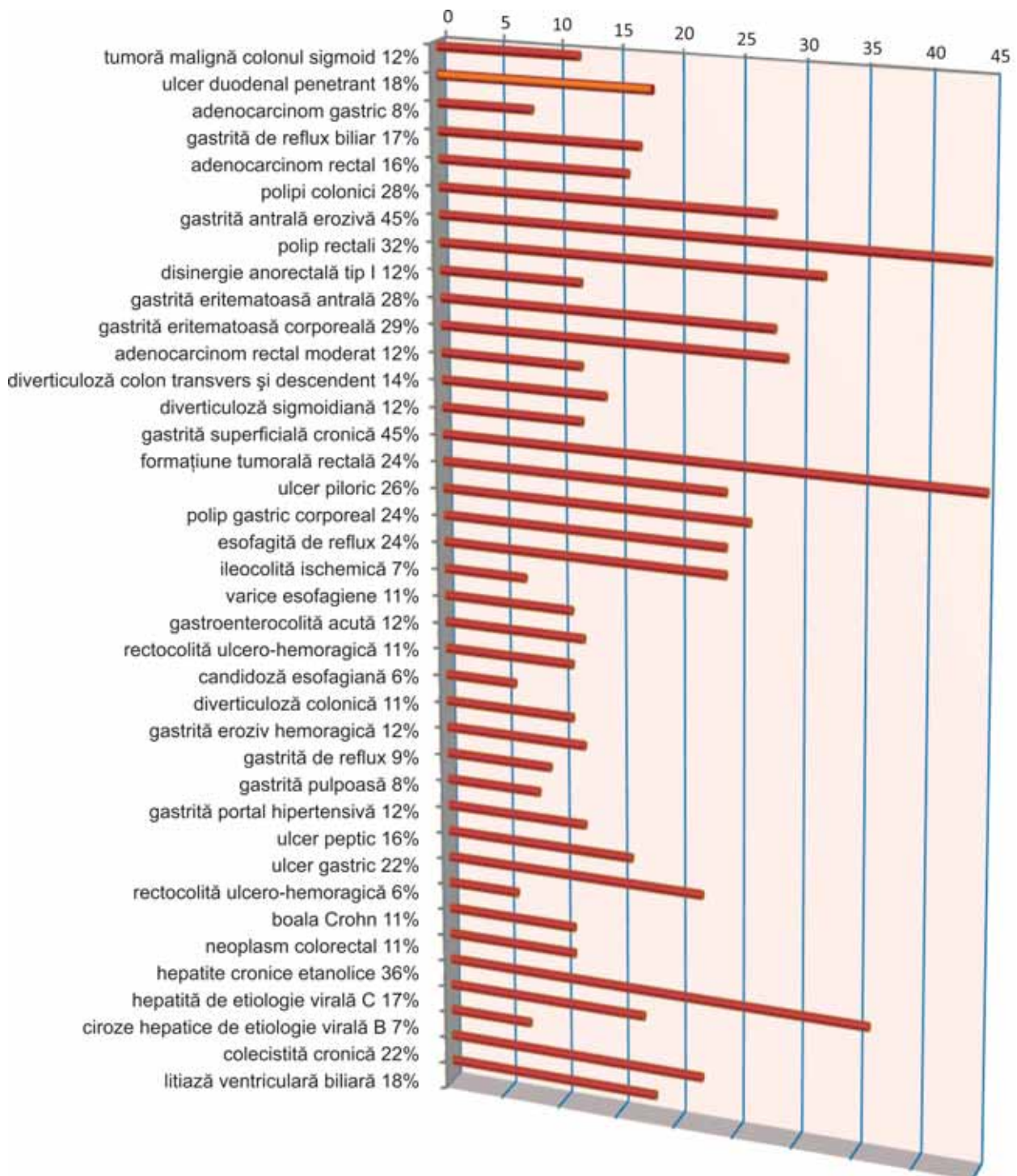


FIGURA 1. Principalele afecțiuni diagnosticate la pacienții din Lotul nr. 1

1) S-a determinat care este aria de distribuție a acestor patologii digestive (prevalența) raportate la arealul geografic al județului Cluj.

2) S-a determinat ponderea principalelor examinări clinice și paraclinice la care au fost supuși subiecții din lotul experimental (E).

3) S-a determinat care este starea ponderală a fiecărui subiect aflat în studiu în funcție de valoarea Indicelui de Masă Corporală (IMC).

4) În urma analizării rezultatelor chestionarului aplicat, au fost considerați factori determinanți ai afecțiunilor digestive prezente la subiecții aflați în studiu.

Studiul a fost realizat în Secția de Gastroenterologie a Clinicii Medicale I din Cluj-Napoca (lotul experimental), cât și în localitățile județului (lotul de control), cuprinzând pacienții internați sau aflați la evidență și tratați ambulator, care s-au adresat cu acuze de tulburări ale aparatului digestiv. În baza datelor clinice, de laborator și a endoscopiei, colonoscopiei, a examinărilor Computer Tomograf (CT) și Rezonanță Magnetică Nucleară (RMN), bolnavii au fost investigați și diagnosticați cu diverse forme de maladii ale tubului digestiv (Fig. 1) la care se mai adaugă și alte afecțiuni cardiace, vasculare, neurologice, boli de nutriție, diabet, tensiune arterială, obezitate, boli renale etc.

În urma studiului efectuat, s-au obținut următoarele rezultate:

1. S-a stabilit care sunt principalele afecțiuni ale tubului digestiv (diagnosticate) la subiecții din lotul experimental (E), ponderea fiind reprezentată astfel:

TABELUL 1. Principalele afecțiuni diagnosticate la pacienții din Lotul nr. 1

Afecțiune	Procente %
tumoră malignă colon sigmoid	12
ulcer duodenal penetrant	18
adenocarcinom gastric	8
gastrită de reflux biliar	17
adenocarcinom rectal	16
polipi colonici	56
gastrită antrală erozivă	45
polipi rectali	32
disinerție anorectală tip I	12
gastrită eritematoasă antrală	28
gastrită eritematoasă corporeală	29
adenocarcinom rectal moderat	12
diverticuloză colon transvers și descendent	14
diverticuloză sigmoidiană	12
gastrită superficială cronică	45
formațiune tumorală rectală	24
ulcer piloric	26
polip gastric corporeal	24
esofagită de reflux	24

Afecțiune	Procente %
ileocolită ischemică	7
varice esofagiene	11
gastroenterocolită acută	12
rectocolită ulcero-hemoragică	11
candidoză esofagiană	6
diverticuloză colonică	11
gastrită eroziv hemoragică	12
gastrită de reflux	9
gastrită pulpoasă	8
gastrită portal hipertensivă	12
ulcer peptic	16
ulcer gastric	22
rectocolită ulcer-hemoragică	6
Boala Crohn	11
neoplasm colorectal	11
hepatite cronice etanolice	36
hepatita de etiologie virală C	17
ciroze hepatice de etiologie virală B	7
colecistită cronică	22
litiăză veziculară biliară	18

În special, la persoanele bolnave din studiul nostru au prevalat polipii colonici care au constituit 28% din tot lotul investigat, gastritele cu 45%, polipii rectali – 32%, ulcerul piloric – 26%, polipii gastrici corporeali – 24%, esofagita de reflux – 24%, ulcerul duodenal penetrant – 18%, gastrita de reflux biliar – 17%, ulcer gastric – 22%, hepatite cronice etanolice – 36%, colecistite cronice – 22%, esofagita de reflux – 24%, gastrita superficială cronică – 45% etc. În totalitate, cele mai răspândite sunt gastritele de diferite forme – antrale erozive, superficiale, eritematoase, cronice, de reflux biliar.

De menționat faptul că la unii pacienți au fost diagnosticate câteva forme morbide ale tractului gastrointestinal.

În perioada investigată (2014-2016), ponderea acestor afecțiuni digestive reprezentată grafic (Fig. 2) evidențiază particularități integrative într-o anumită măsură cu niveluri diferite în arealul geografic al județului.

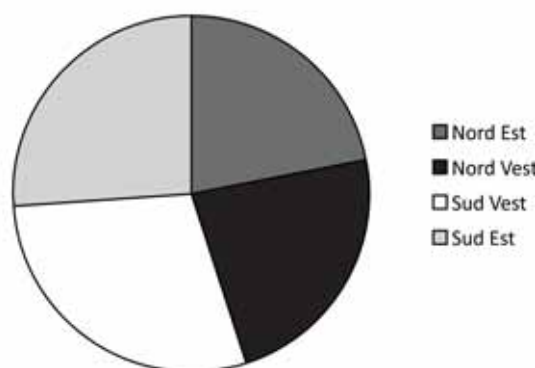


FIGURA 2. Distribuția bolilor digestive la subiecții incluși în studiu, în funcție de arealul geografic al județului Cluj

Mai răspândite sunt aceste maladii în sud-vestul județului, constituind 29% din toate bolile aparatului digestiv, mai puțin în zona de nord-est (22%). Aceste variații sunt dependente posibil de tradițiile și obiceiurile alimentare și de alt gen comportamental al populației din zona respectivă, dar și de calitatea asistenței medicale – gradul de asigurare cu instituții medicale, personal medical și calificarea lor, cu aparataj, laboratoare etc.

În urma analizării rezultatelor chestionarului aplicat, s-a constatat că în etiologia maladiilor aparatului digestiv au importanță o serie întreagă de factori. Nu putem confirma cauza îmbolnăvirilor ca fiind dependentă doar de un singur factor (Fig. 3).

Aparatul digestiv, recunoscut și ca prima barieră de apărare a organismului împotriva bolilor, poate prezenta afecțiuni acute sau cronice, provocate de diferite cauze, boli ce pot cuprinde unul sau mai multe organe componente. În special, după cum se poate vedea în Fig. 3, cel mai important factor în etiologia patologiei gastrointestinale este cel alimentar, pondere a cărei valoare depășește 80%.

Al doilea factor, în funcție de gradul de agresivitate față de aparatul digestiv, este consumul excesiv de alcool. Consumul de alcool a devenit una dintre principalele cauze ale mortalității în lume, contribuind la agravarea rapidă a peste 200 de maladii. O persoană moare în lume la fiecare 10 secunde din cauza complicațiilor provocate de abuzul de alcool – boli infecțioase, accidente de circulație, boli de inimă, diabet, omucideri etc. Țările bogate (SUA și Europa Occidentală) rămân cele mai mari consu-

matoare de alcool ale lumii, însă potrivit raportului OMS, țările africane sau asiatice, precum China sau India, vin rapid din urmă, specialiștii descoperind o creștere a consumului anual de alcool în rândul acestor populații. În 2010, Rusia, țările din Europa de Est și Portugalia au fost regiunile în care s-a consumat cel mai mult alcool. România se află în topul primelor zece națiuni campioane la consumul de alcool. Estimări publicate în 2012 indică un consum de alcool la adulții din România cu 30% peste media europeană și cel mai mare din Europa (RO: 16,3 litri per adult, EU27: 12,45 per adult), la care se adăugă și consumul neînregistrat (19).

Urmează cu o pondere considerabilă ca factori determinanți, stresul, fumatul antecedentele here-do-colaterale, carențele de vitamine etc.

Referitor la particularitățile istoricului alimentației pacienților cu boli ale aparatului digestiv, important de menționat este faptul că o mare importanță o au obiceiurile locale și familiale. Printre produsele frecvent consumate care pot afecta tractul gastrointestinal se numără alimentele piperate, sărate, prăjite, preparate la fum, grase, cum sunt afumăturile, murăturile, produsele *fast food*, carnea de porc, slămina sau afumăturile de porc, brânza sărată etc. Regimul alimentar în mare parte nu este respectat – deseori se ia masa doar de 2 ori pe zi și preponderent cu luarea cinei seara târziu cu o valoare energetică mai mare decât la dejun și la prânz.

Importanța mare a factorului alimentar în etiologia bolilor aparatului digestiv este menționată și de alți autori. De exemplu, grupul de autori Onu V.,

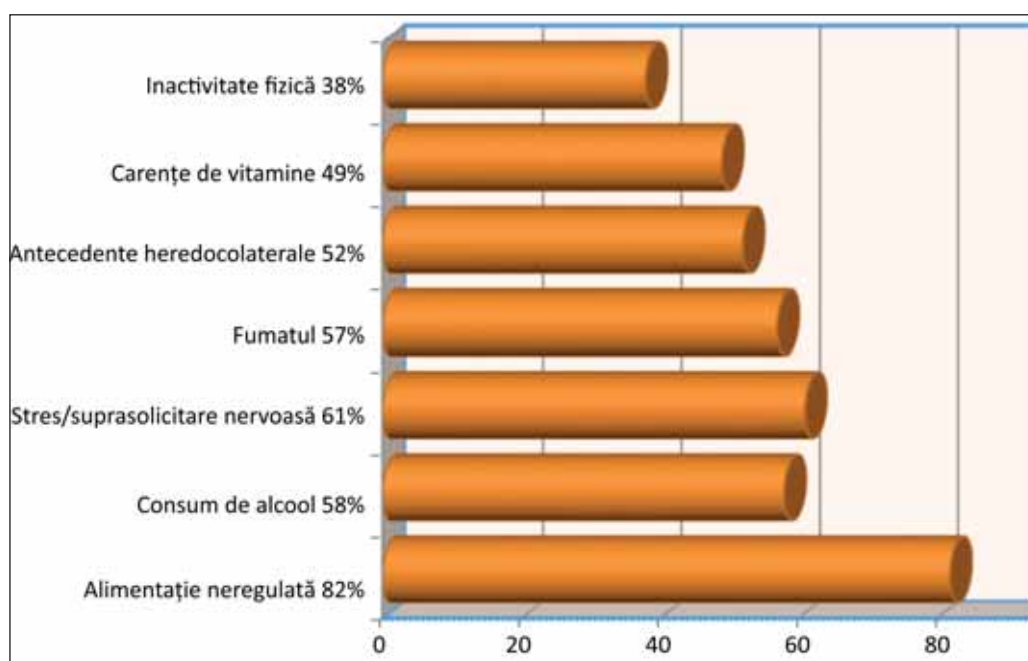


FIGURA 3. Factorii determinanți în apariția afecțiunilor digestive la subiecții aflați în studiu (%)

Dumbrava V.T., Russu L. menționează în 2014 că produsele alimentare sunt implicate în 51,3% de cazuri în dezvoltarea urticariei cronice recidivante, asociate cu patologia gastroduodenală.

Studiul realizat de Rubanovici V. privind alimentația sportivilor (13) a arătat că există probleme igienice privind varietatea alimentelor servite, repartizarea bucatelor pe parcursul zilei, ceea ce necesită măsuri de îmbunătățire a regimului alimentar și a altor măsuri profilactice. Alimentația joacă un rol important în prevenirea și, mai ales, în tratamentul bolilor digestive.

Este cunoscut faptul că o alimentație necorespunzătoare are consecințe imediate asupra aparatului digestiv, stomacul fiind cel care intră primul în conflict cu alimentul dăunător și numai după o perioadă mai lungă de timp, luni sau ani, vor apărea tulburări din partea altor organe sau aparate (cardiovascular, renal, endocrin).

Regimul alimentar în bolile digestive este, fără îndoială, de o mare importanță, precizându-se faptul că, indiferent de boală, numai tratamentul medicamentos nu este suficient și nu poate duce la vindecare. Pentru a preveni îmbolnăvirea stomacului, intestinului, este deosebit de important ca prânzurile alimentare să fie luate la ore regulate, să se mănânce în liniște, fără enervări, iar alimentele să fie bine măcinate. Alimentele trebuie să fie gătite proaspăt, să se evite mâncărurile reîncălzite, gătite cu 1-2 zile în urmă.

Bolnavilor de maladii digestive le este interzis consumul de alimente sau băuturi fierbinți (peste 45° C). De asemenea, sunt interzise băuturile și alimentele foarte reci și consumul de înghețată. La pregătirea mâncărurilor nu se vor întrebuița condimente (piper, boia) sau ceapă prăjită, nu se vor face răntășuri, de asemenea, se vor evita grăsimile prăjite. Sunt contraindicate aluaturile dospite sau cu praf de copt, precum și pâinea caldă. Dulciurile concentrate nu vor fi consumate ca atare și în nici un caz pe stomacul gol. Băuturile alcoolice vor fi excluse, cafeaua și ciocolata, care sunt excitante puternice ale secrețiilor gastrice, trebuie, de asemenea, îndepărtate din alimentația bolnavilor cu boli ale tubului digestiv.

Regimul trebuie să conțină toți nutrienții alimentari principali: proteine, glucide, lipide, vitamine, minerale, fibre etc.; Un regim restrictiv cu aport caloric insuficient nu poate fi admis decât pentru o perioadă scurtă (2-4 zile), în cazul afecțiunilor acute.

Cum majoritatea bolilor digestive sunt boli cronice, regimul alimentar trebuie să fie echilibrat, cu

aport caloric suficient, pentru că el trebuie să respecte o perioadă lungă de timp (luni, ani) și, în aceste condiții, un regim insuficient caloric sau lipsit de vitamine și minerale ar duce la tulburări de nutriție. Alimentele vor fi preparate tot sub formă de pastă groasă, vor fi bine măcinate la nivelul gurii și vor fi înghițite în cantități mici. Se vor prepara produse concentrate cu aport mare de calorii în cantitate mică de aliment, ca de exemplu: piureuri de legume îmbogățite cu gălbenuș de ou, unt și smântână. Vor fi complet excluse condimentele, alimentele sărate sau acre. Carnea va fi tocată de două ori și bine fiartă, sub formă de perișoare. Fiecare masă se va termina cu jumătate de ceașcă de ceai ușor îndulcit. Bolnavul nu se va culca cel puțin 30 de minute după terminarea mesei (14).

CONCLUZII

1. În urma studiului efectuat s-a constatat că patologia digestivă a avut o largă reprezentare în rândul subiecților investigați, cuprinzând toate segmentele tubului digestiv.

2. La toate patologiile digestive studiate nu s-a putut decela un singur factor determinant, fiecărei patologii putându-i fi atribuit un cumul de factori (alimentari, comportamentali, de mediu etc.).

3. Factorul alimentar poate fi considerat însă un factor predominant în declanșarea, menținerea sau agravarea patologiilor digestive studiate.

4. În urma studiului efectuat s-au stabilit ca factori de risc (alături de cel alimentar) și fumatul, consumul de alcool, antecedentele heredo-colaterale și chiar unele carențe vitaminice.

5. Vasta patologie digestivă studiată se regăsește distribuită în proporții apropiate raportată la zonele geografice studiate din arealul județului Cluj. Pe regiuni, procentele de distribuție sunt atât de apropiate încât diferențele sunt considerate nesemnificative (Nord-Est – 22%, Nord-Vest – 23%, Sud-Vest – 29% și Sud-Est – 26%).

Mulțumiri

Rezultatele menționate sunt doar parțiale făcând parte din Teza de Doctorat cu titlul "Particularitățile nutriționale și de comportament ale populației în geneza bolilor aparatului digestiv", autor drd. David Sabău. Lucrarea se află în desfășurare, urmând ca rezultatele finale ale studiului să fie făcute publice în anul 2017.

TABELUL 2. Subiecții Lotului nr. 1 – Lot Experimental (E) și Subiecții Lotului nr. 2 – Lot Control (C) din arealul geografic al județului Cluj incluși în studiu

Nr.	Arealul geografic al Jud. Cluj	Lotul nr. 2 – Lot Control (C)				Lotul nr. 1 – Lot Experimental (E)			
		Sex	Nr.	Sex	Nr.	Sex	Nr.	SEX	Nr.
1.	Aghireșu	F.	3	M.	1	-	-	-	-
2.	Aiton		-		-	F.	3	M.	2
3.	Apahida	F.	2	M.	1	F.	4	M.	3
4.	Baisoara	F.	3	M.	2		-		-
5.	Baciu		-		-	F.	6	M.	3
6.	Belis	F.	1	M.	2		-		-
7.	Baisoara	F.	3	M.	2		-		-
8.	Belis	F.	1	M.	2		-		-
9	Bontida	F.	3	M.	3		-		-
8.	Borșa	F.	2	M.	3		-		-
9.	Caianu	F.	3	M.	3		-		-
10.	Calatele	F.	3	M.	3	F.	6	M.	8
11	Catina		-		-	F.	8	M.	8
12.	Capusu Mare	F.	2	M.	3		-		-
13.	Ceanu Mare	F.	1	M.	2		-		-
14.	Ciucea	F.	2	M.	3		-		-
15.	Ciurila	F.	2	M.	3		-		-
16.	Cojocna	F.	1	M.	2		-		-
17.	Cuzdioara	F.	1	M.	1		-		-
18.	Feleacu	F.	2	M.	2	F.	8	M.	8
19.	Fizesul Gherli	F.	2	M.	3	F.	10	M.	3
20.	Gilău	F.	1	M.	3		-		-
21.	Garbau		-		-		6		8
22.	Iclod	F.	2	M.	2		-		-
23.	Izvorul Crișului		-		-	F,	7	M.	6
24.	Jucu	F.	2	M.	2		-		-
25.	Maguri Racatau	F.	3	M.	1	F.	5	M.	6
26.	Cluj-Napoca	F.	21	M.	30	F.	35	M.	33
27.	Dej	F.	14	M.	14	F.	12	M.	12
28.	Gherla	F.	12	M.	9	F.	18	M.	11
29.	Câmpia Turzi	F.	16	M.	10		-		-
30.	Marisel	F.	2	M.	2		-		-
31.	Mintiu Gherlii	F.	2	M.	2		-		-
32.	Moldovenești	F.	2	M.	2		-		-
33.	Nergreni	F.	2	M.	2		-		-
34.	Petrești de jos	F.	2	M.	1	F.	2	M.	2
35.	Recea Cristur	F.	2	M.	1		-		-
36.	Savadisla	F.	2	M.	1		-		-
37.	Sanmartin	F.	2	M.	1		-		-
38.	Sic	F.	2	M.	1		-		-
39.	Triteni de jos	F.	2	M.	2	F.	4	M.	3
40.	Valea Ierii	F.	2	M.	2	F.	2	M.	3
41.	Vultureni	F.	2	M.	2		-		-
TOTAL SUBIECȚI incluși în studiu		Femei	128	Bărbați	127	Femei	136	Bărbați	119
Din mediul URBAN		F.	63	M.	63	F.	65	M.	56
Din mediul RURAL		F.	65	M.	64	F	71	M.	63
Subiecți lot 1/Subiecți lot 2		255 de subiecți				255 de subiecți			
Total Subiecți (Lot 1 + Lot 2)		510 persoane							

TABELUL 3. Interpretarea Indicelui de Masă Corporală la subiecții de sex feminin din Lotul investigat în Clinica de Gastroenterologie Cluj-Napoca din mediul urban/rural (Lotul nr. 1)

Nr.	Subiecți de sex feminin din Lotul nr. 1 – Experimental (E)	Număr subiecți
1.	Femei din mediul rural investigate în Clinica de Gastroenterologie, Cluj-Napoca	71
2.	Femei din mediul urban investigate în Clinica de Gastroenterologie, Cluj-Napoca	65
3.	Femei din mediul rural normoponderale (IMC 18,51-24,99)	3
4.	Femei din mediul rural supraponderale (IMC 25-29,99)	33
5.	Femei din mediul rural cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	19
6.	Femei din mediul rural cu obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	9
7.	Femei din mediul rural cu obezitate grad 3 (IMC peste 40)	7
8.	Femei din mediul urban normoponderale (IMC 18,51-24,99)	1
9.	Femei din mediul urban supraponderale (IMC 25-29,99)	29
10.	Femei din mediul urban cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	27
11.	Femei din mediul urban cu obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	6
12.	Femei din mediul urban cu obezitate grad 3 (IMC peste 40)	2
Total subiecți de sex feminin investigați		136

TABELUL 4. Interpretarea Indicelui de Masă Corporală la subiecții de sex masculin din Lotul investigat în Clinica de Gastroenterologie Cluj-Napoca din mediul urban/rural (Lotul nr. 1)

Subiecții de sex masculin din Lotul nr. 1 – Experimental (E)	Număr subiecți
Bărbați din mediul rural investigați în Clinica de Gastroenterologie, Cluj-Napoca	63
Bărbați din mediul urban investigați în Clinica de Gastroenterologie, Cluj-Napoca	56
Bărbați din mediul rural normoponderali (IMC 18,51-24,99)	8
Bărbați din mediul rural supraponderali (IMC 25-29,99)	36
Bărbați din mediul rural cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	8
Bărbați din mediul rural cu obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	7
Bărbați din mediul rural cu obezitate grad 3 (IMC peste 40)	4
Bărbați din mediul urban normoponderali (IMC 18,51-24,99)	3
Bărbați din mediul urban supraponderali (IMC 25-29,99)	29
Bărbați din mediul urban cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	16
Bărbați din mediul urban cu obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	7
Bărbați din mediul urban obezitate grad 3 (IMC peste 40)	1
Total subiecți de sex masculin investigați	119

TABELUL 5. Interpretarea Indicelui de Masă Corporală (IMC) la subiecții din lotul de control de sex masculin (Lotul nr. 2) din mediul urban/rural din arealul geografic al județului Cluj

Subiecții de sex masculin din Lotul nr. 2 – Lotul de Control (C)	Număr subiecți
Bărbați din mediul rural	64
Bărbați din mediul urban	63
Bărbați din mediul rural normoponderali (IMC 18,51-24,99)	18
Bărbați din mediul rural supraponderali (IMC 25-29,99)	37
Bărbați din mediul rural cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	8
Bărbați din mediul rural cu obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	-
Bărbați din mediul rural cu obezitate grad 3 (IMC peste 40)	-
Bărbați din mediul urban normoponderali (IMC 18,51-24,99)	19
Bărbați din mediul urban supraponderali (IMC 25-29,99)	37
Bărbați din mediul urban cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	8
Bărbați din mediul urban IMC obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	-
Bărbați din mediul urban IMC obezitate grad 3 (IMC peste 40)	-
Total subiecți de sex masculin investigați	127

TABELUL 6. Interpretarea Indicelui de Masă Corporală (IMC) la subiecții din lotul martor de sex feminin (Lotul nr. 2) din mediul urban/rural din arealul geografic al județului Cluj

Subiecții de sex feminin din Lotul nr. 2 – Lotul de Control (C)	Număr subiecți
Femei din mediul rural	65
Femei din mediul urban	63
Femei din mediul rural normoponderale (IMC 18,51-24,99)	18
Femei din mediul rural supraponderale (IMC 25-29,99)	27
Femei din mediul rural cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	19
Femei din mediul rural cu obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	1
Femei din mediul rural cu obezitate grad 3 (IMC peste 40)	-
Femei din mediul urban normoponderale (IMC 18,51-24,99)	19
Femei din mediul urban supraponderale (IMC 25-29,99)	27
Femei din mediul urban cu obezitate grad 1 (IMC 30-34,99)	16
Femei din mediul urban cu obezitate grad 2 (IMC 35-39,99)	1
Femei din mediul urban cu obezitate grad 3 (IMC peste 40)	-
Total subiecți de sex feminin investigați	128

BIBLIOGRAFIE

- ***Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România. Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului, București, 2008, 123 p.
- Bivol A.** Aspecte medico-sociale ale maladiilor tractului gastrointestinal la adulți în Republica Moldova. Autoreferatul tezei de doctor în medicină, Chișinău, 2006, 21 p.
- Bernic V.** Estimarea igienică a stării de sănătate a copiilor în relație cu calitatea apei potabile. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2012. 30 p.;
- Ventilă M., Kugliș A., Istrat D.** Rolul comportamentului alimentar în calitatea vieții la vârstnici. Rezultatele Conferinței naționale de sănătate publică cu participare internațională „Prezent și viitor în sănătatea publică din România”, Timișoara, 2008, p. 53–54;
- Vlaicu B.** Comportamentul de risc la studenții din județul Timiș. Editura Eurobit. Timișoara, 2009, 261 p.;
- Magdei M.** Sănătatea publică bazată pe cunoaștere, Akademos nr. 3(18), septembrie 2010.
- Solomon L.** Impactul cirozei hepatice asupra sănătății populației Republicii Moldova, autoferat de doctor în medicină, Chișinău 2014, 29 p.
- Friptuleac Gr.** Evaluarea igienică a factorilor exogeni determinanți în geneza litiazei urinare și elaborarea măsurilor de prevenție a ei. Teza de dr. hab. în șt. med. Chișinău, 2001, 298 p.
- ***Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 *Sănătate pentru Prosperitate*.
- ***Monitorul Oficial al României nr. 223 din 2011.
- ***Codex Alimentarius, Codex principles and guidelines on foods derived from biotechnology, <http://ftp.fao.org>, 2003, EC, 2000a.
- Centrul Național de Management în Sănătate. *Anuar Statistic Medical*, 2012. www.cnms.md (accesat la 10 martie 2015).
- Banca Mondială. *Analiză funcțională a sectorului de sănătate din România*; Raport final, aprilie 2011. http://www.sgg.ro/docs/File/UPP/doc/rapoarte-fi_nale-bm/etapa-II/MS_RO_FR%20Health%20Sector_ROM.pdf (accesat pe 10 martie 2015)
- Mincu I.**, Dietoterapia la începutul mileniului III. București, Ed. Fundației Române de Măine, 2004.
- Rubanovici V.** Estimarea stării de sănătate a elevilor instituțiilor preuniversitare cu profil sportiv în funcție de calitatea alimentației, 2016