

profesional crescut, specific acestei profesii.(5)

Hipertensiunea arterială are o prevalență ridicată la populația militară activă (20,76%) și apare la vârste mai tinere. Desigur, pentru populația generală din țara noastră prevalența HTA este de 40% (1), dar la o medie de vârstă net superioară celei a lotului studiat de noi. TA „normal înaltă” are de asemenea o prevalență semnificativ crescută, (21,3%) față de populația generală. Prevalența HTA este crescută și la militarii altor state. Astfel la un lot de piloți militari tineri din Ungaria s-a decelat în 2007 o prevalență a HTA de 14,7%(6), explicată prin consumul de sare, fumat și stres. În Israel, un studiu din 2006, raportează la militarii de vârstă tânără o prevalență a prehipertensiunii arteriale de 50,6% la bărbați și de 35,9% la femei, cauzele incriminate fiind creșterea BMI, dislipidemiile și stilul de viață.(7) Valori ale prevalenței HTA, oarecum asemănătoare cu cele decelate de către noi au fost raportate la militarii francezi(21,7%, în Studiul EPIMIL, publicat în 2007(8), iar în Grecia (2005) se estimează o prevalență a HTA de 78% la cei 23,6% dintre militarii care prezentau sindrom metabolic.(9)

Hipercolesterolemia are o prevalență mult crescută, net superioară celei din populația generală a țării noastre, care se situează la 24%.(1) Prevalența hipercolesterolemiei este crescută de la vârste tinere (decadele a 2-a și a 3-a) și crește semnificativ ($p < 0, 01$), odată cu decadele de vârstă. Într-un studiu efectuat pe un lot de militari din marina SUA, prevalența hipercolesterolemiei a oscilat între 11,3% și 34,6%(10). Un studiu efectuat pe o populație tânără militară (17-35 de ani) din USA , decelează faptul că 32% dintre aceștia prezentau valori ale $CT \geq 200$ mg%, la care se adăuga obezitatea și fumatul.(11) Studiul AFCAPS a demonstrat în SUA, în 2000 pe un lot de militari, că tratamentul cu lovastatin, alături de schimbarea stilului de viață au determinat o scădere cu 37% a incidenței primului eveniment coronarian major, la subiecții cu valori medii crescute ale CT(12), aspect susținut și de către Clearfield M.și col. pe un eșantion de piloți militari.(13) O prevalență înaltă a hipercolesterolemiei (53,9) a fost decelată de către Grosz C. la tineri militari unguri.(6)

Hipertrigliceridemia are o prevalență de 42,28% la lotul luat în studiu, fiind net superioară celei întâlnite pentru populația generală(23%, după STUDIUL SEPHAR).(1)

Un studiu recent efectuat asupra piloților militari din Arabia Saudită (în 2007), arată că 100% dintre subiecții cu sindrom metabolic, au valori ale TG serice ≥ 150 mg/dl(14). Într-un alt studiu efectuat în 2005 de către Al-Qahtani și col. asupra unui lot de militari saudiți cu vârsta cuprinsă între 20 și 60 ani, prevalența hipertrigliceridemiei a fost de 32,2%.(15)

Prevalența fumatului a fost extrem de crescută pentru populația militară activă, atingând cifra de 61,2%, mult superioară față de media pe țară (29%, după Studiul SEPHAR).(1)

Prevalența este superioară celei înregistrate de Patton JF. și col. la tineri piloți militari americani (36%).(11) Un alt studiu efectuat în Marea Britanie în 1981 constată o prevalență semnificativ crescută a cardiopatiei ischemice la militari comparativ cu populația civilă și explică acest fenomen prin ponderea mult mai mare a fumatului la populația militară.(16)

Supraponderea și obezitatea au o pondere globală de 52,60%, cifră asemănătoare cu cea înregistrată la populația generală, de Studiul SEPHAR (1), dar crescută pentru specificul grupului de studiu. Spre deosebire de populația generală însă, domină supraponderea (45,43%), obezitatea propriu zisă fiind rar notată (7%).

Datele din literatura de specialitate, referitoare la suprapondere și obezitate la populația militară din armatele altor națiuni, arată că acestea au de asemenea o prevalență neașteptat

de mare pentru această categorie profesională. Astfel pentru o populație militară tânără, formată din bărbați cu vârsta cuprinsă între 17 și 35 de ani din SUA, în 1980 se descrie o prevalență a obezității de 29%.(11) Un studiu efectuat pe un lot de militari din Singapore de către Gan SK. și col. (2003), arată o asociere puternică între HTA și obezitate. (17)

Într-un alt studiu efectuat în SUA (2005), pe un grup de militari în retragere și familiile lor, cu vârsta cuprinsă între 38-64 de ani, se arată că supraponderea și obezitatea împreună au o prevalență de 80% la bărbați și 60% la femei, iar obezitatea singură atinge 33% la bărbați și 29% la femei.(18)

Tulburările de glicoreglare au avut o prevalență de 12,93%, asemănătoare cu cele întâlnite la populația generală, dar net inferioare pentru prevalența diabetului zaharat (2,39), după Studiul SEPHAR, procentul diabetului în populația generală din țara noastră fiind de 5%, iar a toleranței alterate la glucoză de 13%.(1)

Chen CH. și col. decelează pe un eșantion de populație militară și civilă, o prevalență a diabetului zaharat de 6,7% (19). Un alt studiu efectuat de către Jiang BQ.și col.(în 2007), pe o populație urbană chineză (militari și civili), de vârstă medie și adultă, decelează o prevalență a diabetului zaharat de 11,2%.(20) Sedentarismul înregistrat la peste 1/3 din grupul studiat este ridicat pentru specificul acestuia și ar putea contribui la creșterea riscului cardiovascular.

Un studiu efectuat pe un grup de militari pakistanezi de către Gandapur AS.și col, evidențiază, în 2006, faptul că exercițiul fizic aerobic, constant, determină o îmbunătățire a profilului lipidic (scăderea Apoproteinei B, a LDL-col. și a raportului CT/HDL), comparativ cu sedentarii.(21)

Prevalența stresului la lotul studiat atinge cifra de 89,67 %. Prin prevalența sa crescută stresul este un adevărat factor de risc cardiovascular, specific pentru populația militară activă.

În studiul publicat în 1995, în Taiwan de către Chen CH.și col, referitor la populația militară și civilă din provincia Kin-Chen, Kinmen, aflată peste 40 de ani sub control militar străin, se arată că stresul determină o paletă largă de factori de risc cardiovascular și patologii cardiovasculare. În consecință prevalența HTA (valori $\geq 160/95$ mm Hg) a fost de 25,2% la bărbați, fumatul s-a extins la 41,5% dintre bărbați, iar boala ischemică coronariană posibilă a avut o prevalență de 21,4% la femei și de 17,6% la bărbați.(19)

Un raport publicat în 1993 de către Nanda A., asupra stării de sănătate a populației militare și civile din țările est-europene, confirmă că bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de mortalitate și aceasta se datorează în mare măsură stresului.(22) Nisara S. și col., demonstrează în 2009 pe un lot de militari americani faptul că există o relație directă între stres (forțele combatante desfășurate) și prevalența HTA. Astfel s-a constatat că la forțele combatante, desfășurate în dispozitiv, după 3 ani de monitorizare, s-au identificat cu 6,9% mai multe cazuri de HTA, comparativ cu forțele neangrenate în acțiuni combatante. Dintre membrii lotului de studiu o mare parte au participat la acțiunile din Iraq și Afganistan. La militarii mobilizați, probabilitatea de a dezvolta HTA a fost de 1,33 de ori mai mare, demonstrându-se rolul stresului ca unic factor de risc pentru apariția de noi cazuri de HTA.(23) Mullie P. și col. demonstrează în august 2009 pe un eșantion de 5000 de militari, bărbați, belgieni, că obiceiurile alimentare sănătoase depind de factori culturali, socio-economici și nutriționali (tradiționali). Astfel, margarina cu fitosteroli sau fitostanol este utilizată zilnic de către 26,3% dintre militari, 10,2% consumă un pahar de vin roșu zilnic, 19,1% consumă mai multe porții de fructe pe zi și 26,6% consumă mai multe porții de vegetale. Doar 12,3% dintre militari consumă o porție de pește gras pe săptămână. Consumul

de lactate fermentate este crescut proporțional cu activitatea fizică și cu utilizarea de suplimente vitaminice.(24)

CONCLUZII

1. Factorii de risc cardiovascular majori (HTA, dislipidemia, fumatul), au o prevalență mai mare la populația militară activă, comparativ cu populația generală și apar la vârste mai tinere.
2. Prevalența fumatului este dublă față de populația generală, iar hipercolesterolemia și hipertrigliceridemia au de asemenea o prevalență net superioară față de populația generală.
3. Supraponderea și obezitatea au o pondere surprinzător de mare pentru acest segment populațional, chiar dacă nu este mult diferită față de cea din populația generală. Situația este asemănătoare și în ceea ce privește tulburările de glicoreglare.
4. Surprinzător de crescută este prevalența sedentarismului la populația militară activă.
5. Stresul are o pondere foarte ridicată în rândul populației militare active, reprezentând un adevărat factor de risc particular, specific pentru acest segment de populație.

BIBLIOGRAFIE

1. Dorobanțu M, Bădilă E, Drabont R, Luca M, Datcu G, Avram R, Rădoi M, Mușetescu R, Pop C, Petrovai I. G, Lambrou I – Studiul SEPHAR, studiu de prevalență a hipertensiunii arteriale și evaluare a riscului cardiovascular în România. Partea a II-A-Rezultate. Revista Română de Cardiologie, 2006, 21, 3; 178 – 88.
2. Zdrengea D, Văidean G, Pop D– Cardiologie preventivă. Ed. Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2003; 7-28.
3. Hâncu N, Căpâleanu R. (sub red.) – Factorii de risc cardiovascular. Ed. „Diab Man”, Cluj-Napoca, 1995; 1-18.
4. Gherasim L, Iosifescu D. – Factorii de risc ai aterosclerozei. Medicină Internă, Bolile cardiovasculare și metabolice. Partea I, Ed. Medicală, București, 2004; 672-674.
5. Arădăvoaice G. – Stresul psihic în lupta armată; Ed. Academiei De Înalte Studii Militare, București, 1993.
6. Grósz A, Tóth E, Péter I. A 10-year follow-up of ischemic heart disease risk factors in military pilots. Mil Med. 2007 Feb;172(2):214-9.
7. Grotto I, Grossman E, Huerta M, Sharabi Y. Prevalence of prehypertension and associated cardiovascular risk profiles among young Israeli adults. Hypertension. 2006 Aug;48(2):254-9.
8. Bauduceau B, Baigts F, Bordier L, Burnat P, Ceppa F, Dumenil V, Dupuy O, Le Berre JP, Mayaudon H, Paillason S; Epimil group. Epidemiology of the metabolic syndrome in 2045 French military personnel (EPIMIL study). Diabetes Metab. 2005 Sep;31(4 Pt 1):353-9.
9. Athyros VG, Bouloukos VI, Pehlivanidis AN, Papageorgiou AA, Dionysopoulou SG, Symeonidis AN, Petridis DI, Kapousouzi MI, Satsoglou EA, Mikhailidis DP; MetS-Greece Collaborative Group. The prevalence of the metabolic syndrome in Greece: the MetS-Greece Multicentre Study. Diabetes Obes Metab. 2005 Jul;7(4):397-405.
10. Blair TP, Marghella PD, Landers R, Boccuzzi S. Incidence of hypercholesterolemia in the active duty Navy population in 1986. Mil Med. 1989 Jan;154(1):29-31.
11. Patton JF, Vogel JA. Prevalence of coronary heart disease risk factors in a young military population. Aviat Space Environ Med. 1980 May;51(5):510-4.
12. Gotto AM Jr. Insights on treating an over-the-counter-type subgroup: data from the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study Population. Am J Cardiol. 2000 Jun 22;85(12A):8E-14E.
13. Clearfield M, Whitney EJ, Weis S, Downs JR, Shapiro DR, Stein EA, Watson DJ, Langendörfer A, Beere PA, Stamler J, Gotto AM Jr. Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS): baseline characteristics and comparison with USA population. J Cardiovasc Risk. 2000 Apr;7(2):125-33.
14. Khazale NS, Haddad F. Prevalence and characteristics of metabolic syndrome in 111 Royal Jordanian Air Force pilots. Aviat Space Environ Med. 2007 Oct;78(10):968-72.
15. Al-Qahtani DA, Imtiaz ML. Prevalence of metabolic syndrome in Saudi adult soldiers. Saudi Med J. 2005 Sep;26(9):1360-6.
16. Lynch P, Oelman BJ. Mortality from coronary heart disease in the British army compared with the civil population. Br Med J (Clin Res Ed). 1981 Aug 8;283(6288):405-7.
17. Gan SK, Loh CY, Seet B. Hypertension in young adults--an under-estimated problem. Singapore Med J. 2003 Sep;44(9):448-52.
18. Kress AM, Hartzel MC, Peterson MR. Burden of disease associated with overweight and obesity among U.S. military retirees and their dependents, aged 38-64, 2003. Prev Med. 2005 Jul;41(1):63-9.
19. Chen CH, Chuang JH, Kuo HS, Chang MS, Wang SP, Chou P. Prevalence of coronary heart disease in Kin-Chen, Kinmen. Int J Cardiol. 1996 Jul 5;55(1):87-95.
20. Jiang BQ, Zhong PH, Cheng XB, Yang XL, Yang J, Cao YF. Investigation of health and nutrition status of middle-aged and old residents in the urban district of Chongqing. Asia Pac J Clin Nutr. 2007;16 Suppl 1:17-21.
21. Gandapur AS, Manan M, Nazir G, Uzma N, Chawla JA, Jadoon A, Tauqeer A. Comparison of lipid profile and apoprotein in sedentary workers and those involved in regular exercise. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2006 Oct-Dec;18(4):16-20.
22. Nanda A, Nossikov A, Prokhorskas R, Shabanah MH. Health in the central and eastern countries of the WHO European Region: an overview. World Health Stat Q. 1993;46(3):158-65.
23. Nisara S, Granado; Tyler C. Smith; G. Marie Swanson; Robin B. Harris; Eyal Shahar; Besa Smith; Edward J. Boyko; Timothy S. Wells; Margaret A.K. Newly Reported Hypertension After Military Combat Deployment in a Large Population-Based Study. Hypertension. 2009;54:966.
24. Mullie P, Guelinckx I, Clarys P, Degraeve E, Hulens M. and Vansant G. Cultural, socioeconomic and nutritional determinants of functional food consumption patterns. European Journal of Clinical Nutrition (2009) 63, 1290–1296.