

Clinica medicală Nr. 1. Tg. Mureș (Cond.: Prof. Dóczy Pál, doctor în științele medicale)

## CITEVA DATE IMPORTANTE DIN REZULTATELE CERCETĂRILOR ASUPRA ATEROSCLEROZEI

*Szigeti Gyula*

Patogenia, profilaxia și terapia aterosclerozei ocupă un loc de frunte în cercetările medicale recente. Cel ce dorește să dea cel puțin „un avans” din rezultatele acestor cercetări își ia o sarcină grea. Datele literare referitoare la subiect sînt foarte variate și deși dau speranțe ele sînt în parte constatări prea timpurii și uneori se caracterizează prin rezultate practice nesigure, ba chiar descurajatoare.

Divergența opiniilor se oglindește și din nomenclatură, de aceea din capul locului facem constatarea, că noțiunea veche de „arterioscleroză” este o noțiune sumară. Ea denotă o performare sclerotică a peretelui vascular care poate fi produsă de leziuni vasculare diferite. Dintre acestea amintim numai cîteva: arteriopatia cauzată de boala hipertonică, arterionecroza, trombangiita, ateroscleroza. Frecvența acesteia din urmă crește în întreaga lume, ceea ce se manifestă și prin sporirea mare a infarctului cardiac și a apoplexiei bărbaților tineri și adulți.

Este de notat că ateroscleroza diferă de alterația vasculară senilă, căci aceasta este mai mult „un proces fiziologic de îmbătrînire”.

Ateroscleroza se consideră boală de metabolism. Tabloul anatomo-patologic se caracterizează mai cu seamă prin depunerea în plăci a substanțelor grase (aterome) în intimă și media internă.

Elementul esențial patologic constă în disfuncția metabolică de origine necunos-

cută a grăsimilor, care se manifestă prin compoziția patologică a lipidelor plasmaticе. Lipidele se anexează slab de proteine, și se află în circuitul sanguin sub formă de lipoproteine. Starea coloidală a acestora se schimbă în sensul, că în mare parte formează așa numite macromolecule. În altă ordine de idei spectrul lipoproteic deviază în direcția fazei mai puțin dispersate. În afară de aceasta perturbația metabolismului de grăsimi se manifestă adesea prin creșterea colesterolinei în ser, sau după alții, prin hiperlipemie. Probabil se schimbă și metabolismul și permeabilitatea peretelui vascular presupunînd, că alimentația dinspre „vasa vasorum” diminuează.

Pe baza acestora modificarea lipidelor plasmaticе și alterarea vasculară ar fi cei doi factori principali fiziopatologici. Depunerea lipidelor macromoleculare filtrate dinspre lumenul vaselor formează în intima vaselor plăcile ateromatoase, bogate în colesterolină (concepția de filtrație).

Recent s-a arătat, că nu numai metabolismul grăsimilor, ci și cel al hidraților de carbon este perturbat. Predomină concepția în sensul căreia bazele ateratozei o formează o anumită „constelație biochimică”. Deviația lipoproteinei în spre faza mai puțin dispersată, hiperlipemia și hipercolesterinemia joacă indiscutabil un rol important.

Repartiția geografică a aterosclerozei pare să susțină și ea constatările biochimice. Ateroscleroza este extrem de frecventă acolo unde se consumă în abundență grăsimi

de animale (S.U.A., statele Scandinave etc.) Dintre soldații americani în vîrstă de cca. 22 ani, căzuți în Coreea, 77% au manifestat ateromatoza coronariană macroscopic vizibilă. În schimb în Japonia această maladie este foarte rară, deoarece aici se consumă puține grăsimi de animale. Aceste fapte cunoscutule mai de mult își găsește explicația cuvenită: una din condițiile metabolismului normal de grăsimi este, că acizii grași nesaturați să fie prezenți într-o proporție cvenită. Grăsimile animale conțin puține din aceste substanțe, iar cele vegetale și untura de pește multe. Din această cauză ateroscleroza este rară la vegetarienii și la eschimoși, care consumă multă untură de pește (care conține acizi grași nesaturați în abundență).

Factorii sociali sînt de asemenea de mare importanță. Ateroscleroza este în mare parte maladia celor supraalimentați, mai cu seamă dacă ocupația lor presupune excitarea permanentă a sistemului nervos. Este mai rară între muncitorii fizici, alimentați cu măsură. Indivizul supraalimentat care face abuz de grăsimi, ba chiar de hidrați de carbon, adesea este hipercolesterinem, deoarece colesteroza plasmatică în mare parte este endogenă și se formează mai cu seamă din hidrați de carbon. Iar hipercolesterinemia în anumită „constelație” poate fi unul dintre factorii care produc ateroma. În urma excitațiilor psihice crește adrenalina, de aceea tensiunea arterială crește și se produce constricția vaselor proprii ale arterelor. Aceasta la rîndul ei alterează circulația peretelui vascular și accentuează filtrația patologică, deja amintită, a lipidelor. Se poate presupune, că adrenalina are și alte posibilități nocive asupra vaselor.

Fumul de asemenea are efect aterogenic. Ateroscleroza este mai frecventă între cei ce fumează peste 20 țigări pe zi, decît în grupul nefumătorilor. Nicotina produce tulburări de alimentație prin paralizarea plexurilor periarteriale. După mai mulți autori contribuie la creșterea lipoproteinelor mai puțin dispersate cu efect aterogen.

Rolul leziunilor hepatice a alcooliciiilor cronici este incontestabil, deoarece organul cel mai important în metabolismul lipidelor și al lipoproteinelor este chiar ficatul.

Hipertonia, diabetul zaharat prost echilibrat (mai cu seamă, dacă i se atașează

și hipertonie) și hipotireoza favorizează necondiționat dezvoltarea aterosclerozei.

Cum să trateze medicul bolnavul cu predispoziție la ateroscleroză, sau chiar suferind de aceasta, cunoscînd rezultatele cercetărilor recente?

Problema profilaxiei se pune atunci cînd în cadrul aceleiași familii printre bărbați de 40—50 ani survin decese cauzate de apoplexie sau boală coronariană. În majoritate aceste cazuri tragice — după cît se știe — sînt provocate de ateroscleroză (Metodele profilactice, regimul etc. vezi mai jos.) Cine tratează cu precauție un bolnav diabetic sau suferind de boală hipertensivă, în același timp a și luat măsurile profilactice contra aterosclerozei.

Practica medicală dovedește, că este cu totul insuficient tratamentul dietetic și medicamentos dacă nu ne ocupăm de modul de viață a bolnavului și nu reglăm activitatea sa profesională. Sarcinile bolnavului să fie în concordanță cu posibilitățile și nivelul profesional al lui. În caz contrar să se schimbe locul de muncă sau chiar și profesiunea.

Dependent de starea aparatului circulator recomandăm sporturi care nu necesită eforturi mari, practicate pe cît posibil în aer liber. Este foarte importantă utilizarea timpului de odihnă și a concediului.

Regimul bolnavului îl prescriem astăzi pe baze empirice. Interzicem așa numita calorie de lux. Ne ocupăm de scăderea greutatei corporale a bolnavilor obezi, micșorînd calorile ingerate la 1500—2000. În ultimul timp permitem ca hrana bolnavului să conțină numai 50—70 g de grăsimi zilnic. Din păcate acest regim nu este suportabil timp îndelungat. După cum se știe însă, untura de pește și uleiurile vegetale conțin mulți acizi grași nesaturați, din care cauză au un efect aterogen mai redus. Uleiul de floarea soarelui sau de in înlocuiesc în mod adecvat grăsimile animale. Utilizînd grăsimile vegetale hrana bolnavului devine variată și gustoasă.

Reducerea cantității hidraților de carbon ingerați este recomandabilă mai ales la bolnavii grași, pentru a diminua sinteza endogenă a colesterozei. Trebuie evitată subalimentarea bolnavilor bătrîni, slabi, suferind de hipovitaminoze.

Proteinele animale ușor digeribile pot fi ingerate abundant. Efectul lor aterogen este incontestabil mai redus în comparație cu grăsimile și hidrații de carbon. Proteinele sînt cu atît mai avantajoase cît ingerarea lor abundantă poate ameliora leziunile hepatice observate tot mai des în ultimul timp. Carnea animalelor tinere, brînză de vacă, cașul slab, albușul de ou sã nu lipseascã din alimentația bolnavilor aterosclerotici. Sã se evite vinatul, mezelurile, conservele. Este deci depãșitã concepția care exclude carnea din regimul bolnavilor aterosclerotici și în sensul cãreia consumul caloric sã fie în majoritate acoperit de hidrați de carbon.

Cantitatea sãrurilor ingerate trebuie scãzutã numai în caz de insuficiență circulatorie. Cercetãrile recente aratã cã ingerarea clorurii de sodiu nu influențeazã nici ateroscleroza, nici hipertensiunea arterialã.

Unele vitamine influențeazã favorabil metabolismul și permeabilitatea peretelui

vascular. În scopul asigurãrii vitaminelor dãm din abundență legume și fructe crude (vitamina „A”, grupa vitaminelor „B”, vitaminele „C”, „E” și „P”). Dacă aceasta nu este posibil prescriem preparate de vitamine.

Fumatul peste mãsura are lãrã îndoielã un efect nociv asupra vaselor. Dacă bolnavul este lipsit de simptome de stenocardie, îi putem permite 8—10 țigãri pe zi.

Ingerarea în cantitãți mici de alcool nu poate fi nocivã. Totuși nu-l recomandãm, fiindcã s-a dovedit cã nu are efect dilatator asupra arterelor coronare. Putem tolera din cînd în cînd consumația alcoolului, dar în caz de leziuni hepatice acest lucru este interzis.

În domeniul tratamentului medicamentos sînt de asemenea progrese. Acesta vor constitui subiectul unui referat urmãtor.

Sosit la redacție: la 1 februarie 1953.

