

Clinica medicală nr. 2 din Tg.-Mureș (cond.: prof. A. Horváth)

PROFILAXIA INSUFICIENȚEI CARDIACE

A. Horváth, E. Olosz

În sensul larg al cuvintului, profilaxia insuficienței cardiace cuprinde toată activitatea de prevenire a cardiopatiilor — un domeniu prea larg pentru a putea fi abordat într-un singur referat.

În sensul mai restrâns al noțiunii, această acțiune profilactică se rezumă la *depistarea și tratamentul bolilor care ar putea genera insuficiență cardiacă, respectiv la combaterea factorilor care favorizează declanșarea decompensării cardiace.* Aceste obiective nu pot fi realizate decât prin dispensarizarea unor anumite categorii de bolnavi la nivelul circumscripției, o dispensarizare îndrumată și controlată de rețeaua cardiologică.

Prima întrebare practică ce se pune în fața unei astfel de acțiuni ar putea fi formulată în felul următor:

care sînt bolile cardiovasculare ce trebuie depistate și dispensarizate în vederea profilaxiei insuficienței cardiace?

Răspunsul ni-l oferă statisticile de etiologie a decompensării cardiace (1).

Hipertensiunea arterială	25—30%
Cardiopatia ischemică	25—40%
Valvulopatiile dobândite	19—22%
Cordul pulmonar	5—35%
Obezitatea	6%
Cardiopatiile congenitale	2%
Cardiopatiile endocrine	2%
Alte cauze (pericardite, miocardite, miocardoze, fis- tule arteriovenoase etc.)	6%

O altă problemă practică o prezintă faptul că unele dintre bolile, care figurează în această listă etiologică a insuficienței cardiace, sînt maladii cu răspîndire largă. În regiunea noastră, de exemplu, constatăm hipertensiunea arterială la aproape 10% a populației de peste 15 ani (2), obezitate de gradul II—III la aproximativ 13% a populației adulte (3) și probabil nici cardiopatia ischemică nu este mai rară. Se pune întrebarea, dacă vor trebui dispensarizate toate aceste cazuri? De exemplu hipertensiunile moderate atît de frecvente, sau toate obezitările de gradul II—III etc.? Considerăm că, cel puțin din punct de vedere al profilaxiei insuficienței cardiace, vor trebui să fie dispensarizate numai cazurile cu dilatație sau hipertrofie cardiacă, deci acei bolnavi care au intrat deja în faza compensată a cardiopatiei, dar care prin hipertrofia cardiacă au și făcut primii pași pe drumul care duce spre decompensare.

Scopurile profilaxiei insuficienței cardiace sînt:

1. *Tratamentul bolii de bază și 2. înlăturarea sau combaterea acelor factori care ar putea declanșa insuficiența cardiacă.*

1. *Tratamentul bolii de bază; profilaxia etiologică.*

a) *Hipertensiunea arterială* reprezintă factorul etiologic al insuficienței cardiace, de obicei a celei stîngi, mai rar a cazurilor de insuficiență globală (într-un

sfert sau aproape într-o treime a cazurilor). Studiind istoria naturală a hipertensiunii *Iliescu, Svez* și colab. (4) constată că în decurs de 10 ani, din 3.815 hipertensivi, 637, deci un procent de 16,7%, au făcut insuficiență cardiacă. Un tratament hipotensor continuu poate să înlăture, cel puțin temporar, pericolul decompensării. Una dintre verigile patogenice prin care hipertensiunea duce la insuficiență cardiacă este ateroscleroza coronariană (5), fapt ce va trebui luat în considerare la prescrierea tratamentului vizind profilaxia decompensăției cardiace. Dirijarea și controlarea periodică a acestui tratament necesită bine înțeles dispensarea bolnavului.

b) O serie întreagă a bolilor generatoare de insuficiență cardiacă se pretează la *tratament chirurgical: o parte a valvulopatiilor dobândite, a cardiopatiilor congenitale, unele pericardite adezive, fistulele arteriovenoase* etc. Profilaxia insuficienței cardiace rezidă în special în depistarea lor precoce: acești bolnavi vor trebui dirijați spre secțiile regionale de cardiologie, unde se va face triajul cazurilor rezolvabile chirurgical.

c) *Endocrinopatiile* generatoare de insuficiență cardiacă (*hipertiroidiile, mixemul*), ca de altfel în *principiu și obezitatea*, constituie categorii în care șansele profilaxiei insuficienței cardiace sînt optime — dacă tratamentul se instituie din timp.

d) Anumite șanse de profilaxie există și în cazurile de *cord pulmonar compensat*: combaterea disfuncției ventilatorii generatoare de hipertensiune pulmonară, asigurarea unei permeabilități bronșice, respectiv a unei ventilații alveolare corespunzătoare (bronhodilatatoare, tratamentul antiinflamator și antiinfecțios, gimnastica medicală etc.) ar putea amîna instalarea insuficienței cardiace.

e) Șansele unui tratament eficace al cardiopatiei ischemice, mai precis al *aterosclerozei coronariene* în sine, sînt mai limitate. Se va prescrie în orice caz regimul și medicația hipocolesterinemizantă, vasodilatatoare coronariene.

Menționăm că trebuie dispensarizate și acele categorii de cardiopatii generatoare de insuficiență cardiacă, în care boala însăși nu poate fi rezolvată sau modificată — de exemplu valvulopatiile sau cardiopatiile congenitale nerezolvabile chirurgical. Sarcina principală în astfel de cazuri rezidă în:

2. Decelarea și combaterea acelor factori care ar putea contribui la declanșarea insuficienței cardiace: profilaxia patogenică.

Cei mai importanți factori precipitanți ai insuficienței cardiace sînt:

a) infecțiile intercurrente; b) fluxul coronarian inadecvat; c) unele tulburări de ritm; d) gravitatea; e) anemiile intercurrente; f) suprasolicitățile fizice sau emoționale, mediul cald și umez; g) aportul excesiv de sodiu și medicamentele care favorizează retenția de sodiu. Tot aici putem aminti, ca o cauză frecventă a recidivei de insuficiență cardiacă: h) întreruperea tratamentului tonicardiac la bolnavii care fuseseră compensați în prealabil prin tonicardiac.

Bolnavii dispensarizați vor fi rechemati periodic, în vederea decelării precoce a unor astfel de factori susceptibili la declanșarea insuficienței cardiace.

a) Dintre *infecții*, cea mai frecventă cauză declanșantă a decompensării pare a fi recidiva *febrei reumatice*. Dintr-un lot de 161 valvulopatii reumatice decedate prin insuficiență cardiacă, *Rotschild* și colab. (6) constată la pacienții sub 20 de ani semne histologice de activitate a procesului reumatic în aproape 100% din cazuri, respectiv în 75% la cei de 20—40 de ani.

Deși aceste semne histologice nu denotă întotdeauna o reală recidivă reumatică, profilaxia recidivelor reumatice constituie o sarcină importantă în prevenirea insuficienței cardiace. Considerăm că în cadrul valvulopatiilor profilaxia cu moldamină sau extencilină trebuie continuată timp de 5 ani după ultima manifestare clinică a activității febrei reumatice, chiar și dacă între timp bolnavul trece de vîrsta de 20 de ani.

Cu ocazia controlului periodic se va atrage atenția cardiacului, că e necesar să se prezinte la control ori de cîte ori va interveni o stare febrilă, o infecție intercurrentă. Mecanismul prin care infecțiile (în special cele ale căilor respiratorii) pot declanșa insuficiență cardiacă, este complex: afară de efectul toxic asupra mio-

cardului, însăși febra (creșterea consumului de O_2 , tahicardia) și bronșita (tusca, tulburarea ventilației alveolare cu creșterea consecventă a presiunii arteriale în mica circulație etc.) pot constitui verigi patogenice apreciabile. Din acest motiv, în vederea profilaxiei insuficienței cardiace, pe lângă tratamentul etiologic antibacterian (antiinfecțios) va trebui să recurgem și la tratamentul patogenic și simptomatic cu antipiretice, bronhodilatatoare, eventual la codeină sau dionină în caz de tuse excesivă și inutilă, oxigen etc.

Obligativitatea prezentării la control în caz de stare febrilă intercurrentă servește totodată și la recunoașterea precoce a endocarditei lente, sarcina medicului de circumscripție rezumându-se la trimiterea în spital sau la cardiologul raional a tuturor cazurilor de febră criptogenetică la valvulari și cardiaci congenitali (dacă febra rămâne criptogenetică și nu cedează la antipiretice în decurs de 10 zile).

b) Un alt factor declanșant al insuficienței cardiace poate fi asocierea tratată a cardiopatiei ischemice la boala de bază la valvulari, hipertensivi etc. Posibilitățile profilactice sau terapeutice sînt în acest sens destul de limitate. Ca măsură generală se va prescrie regimul și medicația hipocolesterinemizantă la cardiaci de peste 40 de ani.

c) Dintre *tulburările de ritm* care pot precipita insuficiența cardiacă, locul cel mai important îl ocupă *fibrilația atrială*. Importanța ei practică este augmentată și prin posibilitatea recunoașterii și a influențării relativ ușoare cu digitală — în sensul obținerii unei alure ventriculare convenabile. Fibrilația odată descoperită, medicul de circumscripție e dator să controleze la început cel puțin săptămînal, mai târziu lunar, eficacitatea digitalizării. Tratamentul digitalic al *flute-rului atrial*, respectiv al *tahicardiilor paroxistice supraventriculare frecvente sau de lungă durată* constituie o altă sarcină importantă în profilaxia insuficienței cardiace.

d) Strictea necesitate a dispensarizării cardiopatiilor susceptibile de insuficiență cardiacă se impune și în cazul *gravidității*. Pericolul decompensării apare în special în luna VII-a, în timpul travaliului, precum și în primele 48 ore ale lăuziei, dar datorii importante îi revin medicului încă de la începutul sarcinii, deoarece în cazuri indicate, avortul terapeutic trebuie efectuat în perioada primelor 3 luni. Dacă pacienta dorește să păstreze sarcina, medicul de circumscripție e obligat să ceară concursul cardiologului raional sau internistului profilat în cardiologie, pentru ca să se decidă în problema menținerii sarcinii. În lipsa dispensarizării și a controlului periodic lunar, graviditatea ar putea fi descoperită tardiv, cînd indicația avortului nu s-ar mai putea lua în discuție. În privința aprecierii stării funcționale a cordului la gravide, ne putem ghida după clasificarea care grupează modificările hemodinamice în 4 grade de gravitate (conform clasificării propuse de „New York Heart Association”. 7). Cazurile care sînt apreciate de cardiologul raional ca făcînd parte din gradul I—II rămîn sub supravegherea medicului de circumscripție, urmînd să fie controlate în luna VII, VIII, IX la nivelul serviciului raional de cardiologie și să fie eventual internate temporar în această perioadă. Gravidele din grupa III—IV, de obicei cazuri la care avortul terapeutic nu s-a făcut în primele III luni (deși ar fi fost indicat), vor fi internate în secția de cardiologie sau de interne în perioada celei de a doua jumătăți a sarcinii (8).

e) E bine cunoscut mecanismul prin care *anemiile severe* pot declanșa sindromul insuficienței cardiace chiar și în lipsa unei cardiopatii preexistente. În cazul cardiopatiilor cu potențial, chiar și o anemie moderată poate contribui la precipitarea insuficienței cardiace. Din acest motiv, cu ocazia controlului periodic, va trebui să se caute și existența unei eventuale anemii, și în caz de nevoie să se recurgă la tratamentul ei.

f) Printre alte boli sau stări patologice intercurrente, susceptibile de declanșarea insuficienței cardiace, trebuie să amintim în primul rînd *hipertiroidia* care, în caz de cardiopatie preexistentă poate necesita tratament chiar din perioada stadiului neuroendocrin. Cu ocazia controlului periodic al cardiacului dispensarizat va trebui să ne îndreptăm atenția și spre o eventuală *disproteinemie, hipovitaminoză*,

tulburări electrolitice etc. — factori care prin diferite mecanisme (în special prin modificarea metabolismului miocardic) pot contribui la precipitarea decompensației cardiace.

g) O serie de factori legați în special de *modul de viață* și de *condițiile de muncă* ale bolnavului pot influența de asemenea evoluția cardiopatiei. Se cunoaște prea bine, și într-o anumită măsură chiar se și supraapreciază, rolul eforturilor fizice în declanșarea insuficienței cardiace. *Eforturile fizice mari* pot declanșa dispnee paroxistică de efort, eventual chiar edem pulmonar în cazurile de stenoză mitrală. Asemenea eforturi pot fi urmate de dilatații cardiace acute, insuficiențe cardiace acute în procese de miocardită. Se pare că într-o oarecare măsură și eforturile moderate dar prelungite ar putea să contribuie la apariția fenomenelor de decompensație. În ultima vreme au apărut cercetări care demonstrează că *anxietatea, spaima, tensiunea psihică* pot duce la retenție hidro-salină prin mobilizare de aldosteron, contribuind astfel la patogenia insuficienței cardiace congestive (9). Se descrie de asemenea efectul defavorabil al *creșterii rapide a temperaturii și umidității aerului* care poate precipita prin vasodilație și augmentarea reîntrăcerii venoase, o insuficiență cardiacă la bolnavii cu rezerva cardiacă scăzută. Reiese deci că printre obiectivele controlului periodic trebuie să figureze și un interogatoriu privitor la modul de viață, la solicitările fizice și neuro-psihice, precum și la condițiile de microclimat al locului de muncă. Pe de altă parte, cu ocazia acestor controale periodice se va proceda și la o muncă de educație sanitară, de preferință prin broșuri (modul de viață al cardiacului, problema regimului alimentar al gravidației, necesitatea și obligativitatea controalelor periodice etc.).

h) În privința *regimului alimentar* al cardiacului dispensarizat, considerăm că cei care nu prezintă semne de insuficiență cardiacă și nici nu au trecut prin perioade de decompensare, nu trebuie să urmeze un regim complet lipsit de sare, fiind necesară totuși evitarea exceselor de sodiu, precum și a medicamentelor care favorizează retenția hidro-salină. Am avut cazuri, când excesul în bicarbonat de sodiu (în ulcere gastro-duodenale asociate cu valvulopatii), precum și repetate injecții de acetat de desoxicorticosteronă administrate unui bolnav mitral, au putut fi învinuite de declanșarea insuficienței cardiace, iar într-un alt caz doze excesive de butazolidină (8 tbl. pe zi timp de mai multe săptămâni, fără indicație medicală!) cu o importantă retenție hidro-salină a declanșat o gravă insuficiență cardiacă, care a cedat la sistarea butazolidinei fără vre-o modificare a dozei prealabile de digitală. Ar fi de dorit ca broșurile de educație sanitară a cardiacilor să cuprindă și lista medicamentelor interzise, deoarece bolnavii folosesc astfel de medicamente fără să ceară sfatul medicului.

i) E locul să amintim aici și problema *cardiotonicelor* în profilaxia insuficienței cardiace. În general administrarea preventivă a cardiotonicilor la cardiacii compensați este lipsită de sens. Există totuși 3 indicații clasice de digitalizare — amintite de altfel și mai înainte — care pot fi interpretate ca o profilaxie a insuficienței cardiace: fibrilația atrială cu alura ventriculară rapidă, flutterul atrial și crizele repetate și prelungite de tahicardie paroxistică supraventriculară. În schimb administrarea strofantinei sau a digitalei cu ocazia intervențiilor chirurgicale, a unor infecții intercurrente etc. la cazurile de cardiopatii, care nu suferă și nici nu au suferit de insuficiență cardiacă, nu este indicată. E interesant că totuși relativ mulți medici recurg la tonicardiace în asfel de situații și această neintemeiată strofantiinizare sau digitalizare pare a fi un fenomen destul de răspândit pe plan mondial — din moment ce tratatele de cardiologie ca cel al lui *Ch. Friedberg* (10) sau volumul corespunzător al manualului „Handbuch der Inneren Medizin” (11) consideră necesar să consacre capitole lungi problemei de „neindicații ale tonicardiaceelor”, insistând în special asupra unor astfel de încercări nejustificate de „profilaxie” a decompensației.

O cauză relativ frecventă a insuficienței cardiace o constituie *intreruperea tratamentului cronic* cu digitală la bolnavii care fuseseră odată compensați cu cardiotonice. Interogatoriul bolnavilor care se reinternează cu o a doua insuficiență cardiacă, dovedește că în peste 50% a cazurilor, pacientul nu a folosit în mod

continuu doza de întreținere prescrisă, a introdus perioade de întrerupere de câteva săptămâni. Această greșeală pare a fi aproape tot atât de frecventă ca și administrarea nejustificată a cardiotonicelor la cardiopatii compensate. Un rol deosebit de important îi revine dispensarizării și în sensul controlării tratamentului cardiotonic de întreținere.

Considerăm că succinta trecere în revistă a unor aspecte și posibilități în profilaxia insuficienței cardiace poate oferi o imagine de ansamblu asupra problemei și scot mai ales în evidență faptul că importanțele îndatoriri ce se pun în realizarea acestei profilaxii nu pot fi îndeplinite decât în condițiile unei vaste, susținute și organizate acțiuni de dispensarizare.

Sosit la redacție: 3 februarie 1966.

Bibliografie

1. a) WHITE P. D.: Heart Disease. New York (1956); b) KNIPPING H. W. și colab.: Untersuchung und Beurteilung des Herzkranken. Stuttgart (1955); c) WOOD P.: Diseases of the Heart and Circulation. London (1956); d) STUART-HARRIS C. H. și colab.: Brit. Med. Journ. 2, 201; 2. HORVÁTH A., PAPP C., OLOSZ E.: Revista Medicală (1961), 1, 93; 3. HORVÁTH A., PAPP C., OLOSZ E., HORGÁ M., MAKSAI I., HUSZÁR I.: Studii și Cercetări de Endocrinologie (1965), 3, 16, 285; 4. a) ILIESCU C. C., MIHĂILESCU V. V. și colab.: Medicina Internă (1963), 15, 563; b) SVETZ M., MIHĂILESCU V. V. și colab.: Medicina Internă (1963), 15, 5, 593; 5. VLAICU R.: Relația dintre ateroscleroză și hipertensiunea arterială. Teză de disertație. Cluj (1964); 6. ROTSCHILD M. A. și colab.: Am. Heart. J. (1933), 34, 9, 586 cit. FRIEDBERG CH. K.: Diseases of the Heart. Philadelphia-London (1958); 7. Criteria Comitee. New-York Heart Association (1953), 8. HORVÁTH A., MONOKI ȘT.: Principiile și limitele activității internistului în asistența gravidelor cardiopate. Șed. U.S.S.M. Tg.-Mureș 25. II. 1965; 9. Editorial: Brit. Med. Journ (1961), 2, 104; 10. FRIEDBERG CH. K.: Diseases of the Heart. Philadelphia-London (1958), 253; 11. SCHWIEGK H., JAHRMARKER H.: Therapia der Herzinsuffizienz. Handbuch der Inneren Medizin. IX. Band. I. Teil 462.