

# REFERATE GENERALE

## 1. ORIENTAREA PROFILACTICA IN MEDICINA INTERNA

A. L. Miusnikov

### I.

După cum se știe, profilaxia constituie baza ocrotirii sănătății sovietice.

N. A. Semașko și Z. P. Soloviov remarcabili reprezentanți ai ocrotirii sănătății, au adus o contribuție considerabilă la elaborarea orientării profilactice a medicinei sovietice.

Acesta din urmă, a asigurat uriașe succese în combaterea tuberculozei, malariei, bolilor venerice și altor afecțiuni. Aceste succese depășesc cu mult rezultatele obținute în aceleași domenii în țările burgheze din America și Europa Occidentală. Fără îndoială, că orientarea profilactică a medicinei sovietice va duce într-un viitor apropiat la succese la fel de mari și în lupta împotriva altor boli ca de exemplu cancerul sau boala hipertonică.

O condiție hotărâtoare pentru profilaxia bolilor în Uniunea Sovietică a fost desigur transformarea vechii structuri social-economice și politice a statului care a creat astfel o bază solidă pentru aplicarea unui complex larg de măsuri profilactice. O importanță uriașă a avut și are aci creșterea continuă a nivelului material și cultural al poporului sovietic.

Organizarea măsurilor profilactice generale se realizează după cum se știe în primul rând prin acele organe și instituții ale ocrotirii sănătății care aparțin specialității sanitaro-igienice, incluzându-se aci și epidemiologia. Asanarea centrelor populate și locuințelor, combaterea epidemiilor, supravegherea calității și igienei alimentației în colectiv, protecția muncii în industrii și alte măsuri analoage, constituie premisele cele mai importante pentru prevenirea bolilor. Tot în sprijinul aceluiași obiectiv stă și faptul că medicii clinicieni din Uniunea Sovietică nu despart activitatea lor curativă de cea profilactică. Orientarea profilactică a activității clinice a medicilor ruși începe o dată cu activitatea fondatorilor medicinei ruse. „A lua sub ocrotire oameni sănătoși, — arată M. I. Mudrov, — a-i feri de boli ereditare sau care-i amenința, a le prescrie un mod corespunzător de viață este un lucru cinstit și liniștitor pentru medic, pentru că este mai ușor să previi boala decît să o tratezi...” Aci trebuie să se sublinieze în special un capitol al acestei expunerii remarcabile în care renumitul clinician, spre deosebire de adepții pseudosavanți ai weismannism-morganismului de mai târziu, admite posibilitatea de a preveni apariția bolilor ereditare.

Eminentul clinician rus G. A. Zaharin, spune: „Noi considerăm igiena ca una din cele mai importante preocupări, dacă nu chiar cea mai importantă din activitatea oricărui medic practician. Cu cît medicul practician este mai matur, cu atît înțelege mai bine valoarea igienei și influența relativă a tratamentului curativ. Cine nu știe că bolile cele mai grave și răspîndite, în fața cărora terapia este pentru moment neputincioasă, sînt prevenite prin igienă?” În legătura cu aceste cuvinte ale lui Zaharin și, în special, cu expresia sa „pentru moment” trebuie să remarcăm că în prezent, datorita succeselor strălucite ale terapiei multe boli foarte răspîndite au încetat de a fi născătoare.

Cel care a subliniat cel mai clar importanța profilaxiei în munca clinicianului a fost S. P. Botkin. „Scopul medicinei clinice, — spunea el, — este prevenirea bolilor.

tratamentul bolilor apărute și ușurarea suferințelor omului bolnav." Este semnificativ ca S. P. Botkin, în enunțarea scopurilor medicinei clinice a situat profilaxia bolilor într-un loc de frunte. V. A. Manasscin, elevul lui S. P. Botkin a scris: „Nu ne putem închipui medicul contemporan altfel decât ca terapeut și igienist laolaltă”.

Lupta pentru orientarea profilactică progresistă a medicinei a întâmpinat în trecut mari dificultăți. Dezvoltarea cu succes a acestei orientări a fost împiedicată de sărăcia, aspirarea politică, rutina și birocrațismul care domnea în Rusia țaristă. Este natural că în anii puterii sovietice orientarea profilactică a medicinei clinice a cunoscut o dezvoltare mare și a încetat să fie o manifestare a activității unor medici progresiști izolați, devenind un sistem general de stat.

Hotărârile Congresului al XIX-lea al P.C.U.S. subliniind necesitatea intensificării atenției acordate măsurilor de prevenire a bolilor, au trasat în același timp sarcina unei analizări critice a lipsurilor din acest domeniu, cu scopul înlăturării lor și ridicării continue a nivelului muncii profilactice.

Una din lipsurile acestui domeniu este, după părerea noastră, absența legăturii dintre igienști și clinicieni. Chiar și pregătirea lor se face în prezent în diferite facultăți; astfel un student care s-a înscris la facultatea de igienă și care ulterior se interesează de o disciplină clinică oarecare, nu poate să și-o aleagă ca specialitate. Medicii igienști s-au găsit astfel în situația de a nu poseda suicientă experiență în domeniul clinic, iar medicii clinicieni — în domeniul igienei și epidemiologiei, ceea ce duce la unilateritate și uneori chiar la izolare în munca lor.

La aceasta contribuie și expunerea extrem de succintă a problemelor de profilaxie în cursurile și manualele clinice. De multe ori tratarea problemelor arătate se rezumă la repetarea unor date generale, fără precizări concrete. Se presupune că studentul sau medicul va studia profilaxia în cadrul cursului de igienă. În clinici nu mai există în ultimii ani laboratoare de bacteriologie, care au trecut în întregime sub conducerea serviciului sanitar și antiepidemic.

Trebuie să se sublinieze de asemenea și cunoașterea cu totul insuficientă a proceselor de producție de către clinicieni, din care cauza, se face imposibilă o orientare justă în profilaxia multor boli.

Igienistul a ajuns în cele din urmă ca, ocupându-se de factorii mediului, să și slăbească involuntar atenția pentru om, iar clinicianu, ocupându-se de omul bolnav, să se preocupe mai puțin de studiul condițiilor de viață. Prin aceasta se neglijează una din tezele principale ale învățării lui I. P. Pavlov — despre unitatea sau interrelația dintre om și mediu.

O alta lipsă este studiul relativ insuficientă (în cadrul disciplinelor clinice) a problemelor de etiologie acest lucru fiind înlocuit de multe ori prin studiul patogeniei bolilor. Astfel de exemplu, în locul descoperirii cauzelor și condițiilor de apariție a bolii ulceroase a stomacului și duodenului, timp de zeci de ani clinicienii s-au ocupat cu diferitele teorii asupra patogeniei acestei boli, crezând că astfel vor putea rezolva și problema etiologiei ei.

Studiul factorilor etiologici direcți, ai ulcerului care își au rădăcina în condițiile și caracterul alimentației oamenilor este trecut astfel pe plan secundar. Cu acest prilej nu se iau în considerație în mod suficient materialele bogate ale fiziologiei pavloviste care arată în mod clar dependența stării funcționale a stomacului și intestinelor de caracterul alimentației și de condițiile ingerării ei. Tocmai dezechilibrul funcției digestive a stomacului, mai ales în faza sa primară, reflex-condiționată, constituie de obicei un factor etiologic foarte important în apariția ulcerului.

De aci se înțelege rolul alimentației juste în profilaxia bolii ulceroase (compoziția rației alimentare, ritmul și ambianța în care se iau mesele, starea psihică în timpul acestora, apetitul, etc.).

Rezultă că medicul trebuie să cunoască problemele de alimentație în colectiv și la domiciliu, precum și cele de igienă ale alimentației.

O situație asemănătoare există și în ceea ce privește etiologia reumatismului. Mecanismele patologice ale acestei boli au fost discutate timp de câteva decenii, pe cind problemelor de etiologie li s-a acordat o atenție relativ redusă.

Cercetarile bacteriologice, virusologice și imunobiologice din acest domeniu trebuie să fie considerate complet nesatisfăcătoare. De aceasta stare de lucruri nu sînt vinovați numai specialiștii respectivi, ci și clinicienii. Clinicienii nemi ai cunoscînd tehnica microbiologică, nu au fost în stare să trezească interesul specialiștilor față de etiologia reumatismului. Atenția insuficient acordată problemelor de etiologie a reumatismului se manifestă printr-o subapreciere vădită a rolului factorului infecțios în producerea acestei boli și în același timp printr-o exagerare a rolului „reactivității”. După cum se știe au existat chiar și unele păreri că reumatismul nu este în mod obligator legat de o infecție, ci reprezintă reacția organismului la introducerea unei proteine heterogene, inclusiv proteinele de natură alimentară.

S-au născut astfel două poziții în concepția reumatismului: teoria infecției reumatismale pe de o parte și teoria reactivității reumatismale, pe de altă parte. Fără să intrăm în criticarea acestor teorii, remarcăm doar ca experiența clinică ne obligă să considerăm reumatismul ca un proces infecțios, indicîndu-se în același timp marea importanță a particularităților reactivității organismului. Este desigur foarte clar că aceste particularități au o mare importanță în orice boală, și cu atît mai mult într-o boală infecțioasă. Clinicienii au uneori tendința să confunde noțiunile de etiologie și patogenie. Această confuzie a dus chiar la apariția termenului greșit de „etiopatogenie”, care ar sancționa substituirea unui obiectiv important al medicinei — depistarea cauzei bolii — prin alte obiective — clarificarea mecanismelor de dezvoltare a bolii în organism.

Studiul patogeniei bolii este desigur un lucru de importanță primordială, mai ales pentru terapie, întrucît tratamentul este îndreptat de obicei asupra întăririi proceselor fiziologice care sînt dereglate în cursul bolii. Dar pentru prevenirea bolii are o importanță hotărîtoare clarificarea etiologiei. Numai atunci cînd se cunosc cauzele se poate preveni, prin înlăturarea lor la timp, dezvoltarea bolii. „Este îndeobște cunoscut, — spunea I. P. Pavlov, — că etiologia este domeniul cel mai slab al medicinei. Într-adevăr, oare în mod obișnuit cauzele bolii nu sînt mascate și nu încep ele să acționeze în organism înainte ca bolnavul să devină obiectul atenției medicale? Cunoașterea cauzelor este desigur un lucru esențial în medicină. Pentru a putea lupta împotriva agentului cauzal trebuie mai întîi de toate să-l cunoaștem și de-abia pe urma putem să ne împotrivim acțiunii și pătrunderii sale în organism — ceea ce este și mai important”.

Aceste cuvinte ale lui I. P. Pavlov subliniază și a treia lipsă de care suferă clinica și care se reflectă asupra studiului profilaxiei. Ne referim la studierea insuficientă a „inceputului bolii” și în legătură cu aceasta la așazisa „stare premorbidă”. Această problemă importantă, dar dificilă este tratată de curînd într-o broșură a raposatului F. A. Andreev.

Pe măsura progresării cunoștințelor noastre se descoperă stadii din ce în ce mai precoce ale procesului morbid. Astfel după cercetarile concludente ale colaboratorilor Institutului de fiziologie al Academiei de științe medicale a U.R.S.S. (Z. A. Lebedeva, A. I. Kagramanov, N. A. Smelev), tuberculoza pulmonară trece printr-un stadiu de infecție tuberculoasă generalizată. Acest stadiu se caracterizează prin modificări mici, neexteriorizate, în diferitele organe și în special în sistemul osos, precum și cel hepato-lienal. Astfel este natural să nu se mai pună numai problema tratamentului precoce al tuberculozei, ci mai ales cea a tratamentului preventiv al infecției tuberculoase generalizate în așazisa perioadă preclinică a acestei boli.

Debutul bolii lui Botkin, după datele stabilite în ultimul timp nu coincide cu momentul apariției icterului, ci se plasează în stadiul preicteric încă din perioada de incubație.

Noi de mult nu mai considerăm că începutul reumatismului ar fi în momentul apariției primelor semne de poliartrită acută, sîntem înclinați să credem ca de multe ori cardita se produce înaintea poliarteritei. Ne lipsește însă convingerea deplină că

reumatismul ar începe și mai devreme — în cursul uneia din anginele repetate de care a suferit bolnavul în trecut, intrucit angina servește de obicei ca prolog al procesului reumatismal.

Tot astfel începutul bolii ulceroase a stomacului și duodenului trebuie căutat în trecutul îndepărtat al bolnavului, într-o perioadă când acesta manifesta numai simptome de nevroză gastrică sau gastrită și poate într-o perioadă și mai precoce, în care boala evolua asimptomatic.

În general manifestarea acută a anumitor boli care adeseori par a marca începutul acestora, supusă unui studiu mai amănunțit se arată a fi numai o accentuare a bolii ce evolua mai de mult într-o formă latentă. Profilaxia (și tratamentul) trebuie să aibă în vedere tocmai acest început al bolii.

Aci ne lovim de problema interpretării juste a devierilor de la așa numitele norme fiziologice, lucru atât de important pentru depistarea primelor semne de boală. Vom lua același exemplu, boala ulceroasă. Se știe că tulburările funcției secretorii și motorii a stomacului apar în această boală foarte precoce. Se naște firește problema indicilor activității secretorii sau motorii normale a stomacului. Lămurirea acestei probleme ar permite să se aprecieze tulburările inițiale ale funcției gastrice și ar da bineînțeles posibilitatea să se stabilească începutul bolii respective.

Dar examinarea funcției gastrice la persoane sănătoase se face în mod cu totul nesatisfăcător, iar rezultatele obținute sînt interpretate în mod mecanic. Cu acest prilej nu se ține seama de faptul că și în stare normală se observă oscilații ale indicilor funcționali în raport cu influența mediului, a vîrstei și în raport cu starea celorlalte organe, etc. Variațiile secreției gastrice pot să nu reprezinte un proces patologic, ci unul fiziologic care să ogîndească „o măsură fiziologică”, adică o reacție de adaptare a organismului. Aceasta este valabil și pentru mulți alți indici clinici (valorile tensiunii arteriale, ale concentrației diferitelor substanțe biochimice în sine, etc.). Trebuie să adăugăm că pînă în prezent toți acești indici fiziologici și modificările lor au fost studiați într-o legătură insuficientă cu mecanismele reflexe de reglare și cu starea activității nervoase superioare. Etajele superioare ale creierului însă, după expresia lui I. P. Pavlov „țin sub conducerea lor toate fenomenele care se desfășoară în organism”.

Studiul fiziologiei omului sănătos constituie o sarcină din cele mai actuale. Sperăm ca fiziologii vor trece în slîrșit de la braoște și chiar de la ciini la soluționarea acestei importante sarcini în colaborare cu clinicienii.

Se înțelege de la sine că jugularea precoce a stărilor premorbide constituie un element important de profilaxie. Aceasta s-a putut dovedi în mod deosebit de demonstrativ în lupta împotriva cancerului, din care rezulta că cel mai bun procedeu de prevenire a cancerului este tratamentul sau profilaxia strărilor precanceroase. „Cele spuse se referă și la multe alte afecțiuni”

În studiul profilaxiei stărilor premorbide trebuie să se acorde o atenție deosebită afecțiunilor care, au precedat apariția bolii respective, pe care bolnavul le-a suferit în trecut și care trec rareori fără a lăsa urme pentru sănătatea omului. Astfel, de exemplu, un om care a suferit cîndva de o nefrită acută este mai curînd decît altul, predispus la o nouă afecțiune renală. Înainte, medicii vorbeau în asemenea cazuri de un locus minoris resistentiae, dînd tributul lor patologiei organo-localiciste virchowiene.

Nu se poate însă spune că lezarea unor organe sau sisteme nu lasă o predispoziție pentru recidive ulterioare. Trebuie să se mai studieze măsura în care aceasta predispoziție se poate explica prin tulburările legăturilor reflexe interoreceptive din organele sau sistemele lezate și în ce măsură depinde ea de tulburările reziduale ale funcției aparatelor nervoase centrale corespunzătoare

În prezent putem considera nevroză, adică tulburarea activității nervoase superioare, drept cauza a unei serii de afecțiuni interne: după cum se știe, s-a făcut foarte puțin încă pentru a se stabili de ce în unele cazuri aceasta nevroză se manifestă prin tulburări ale sistemului vascular, în altele prin modificări ale funcției digestive, în altele prin tulburarea respirației, etc. Este posibil ca interesarea anumitor organe sau sisteme în procesul nevrotic inițial, se aila într-un anumit raport cu o leziune a lor anterioară.

Astfel, în profilaxia acestor tulburări cortico-viscerale trebuie să se acorde atenție înlăturării tulburărilor sau lezării organului efector în cursul afecțiunilor anterioare.

De la cele expuse este natural să trecem la aprecierea generală a problemei despre importanța funcției etajelor superioare ale creierului în prevenirea bolilor. După cum se știe, I. P. Pavlov considera boala ca o tulburare a echilibrului între organism și mediul extern: acest echilibru este asigurat într-o formă perfectă prin activitatea creierului — „organul superior de corelație a organismului cu mediul extern” (I. P. Pavlov). De aci decurg și sarcinile unei profilaxii cu adevărat fiziologice: ea trebuie să întarească prin toate mijloacele activitatea nervoasă superioară a omului, fără să admită supraîncordările și dezechilibrările excesive. Metodele de realizare a acestei sarcini sînt desigur foarte variate și strict individuale. Se știe că același factor nervos exercitat asupra unui individ poate să rămână fără nici un efect, în timp ce asupra altuia el poate să provoace tulburări grave ale activității nervoase superioare. Nu este însă destul de clar în ce măsură deosebirea poate fi determinată de particularitățile tipologice ale omului.

Se pare că persoanele cu un tip slab de activitate nervoasă superioară sînt mai curînd expuse îmbolnăvirii, deși nu s-a reușit încă a se dovedi acest lucru în mod concret cu privire la apariția unor boli interne foarte importante: aceasta se datorește, poate, tot tehnicii imperfecte de determinare a particularităților tipologice ale activității nervoase superioare în clinică.

O condiție fundamentală pentru prevenirea dezechilibrului activității nervoase superioare este desigur o reparație justă a timpului de muncă și de odihnă. Aci trebuie să subliniem importanța deosebită pe care o are un somn suficient. I. P. Pavlov spunea următoarele despre celulele corticale: „Semnalizatorul cel mai vigilent și-a îndeplinit rolul său de răspundere iar odihna sa, refacerea sa trebuie să fie asigurată imediat în interesul aceleiași promptitudini în activitatea sa viitoare”<sup>2</sup>.

De aceea medicii trebuie să salute măsurile guvernului nostru cu privire la interzicerea muncii serale și nocturne în instituții. Aceasta va contribui desigur la prevenirea multor boli, în special a bolii hipertensive, arterosclerozei, insuficienței coronariene.

Se înțelege de la sine că profilaxia fiziologică nu trebuie să se rezume numai la grija pentru odihna sau somn. Lupta împotriva surmenajului nervos poate să fie dusă și prin alte metode, ca trecerea la o nouă ambianță, recepția unor senzații noi care trezesc o dispoziție bună și optimism: printre acestea pot avea importanță cele estetice (emoțiile artistice, muzicale, etc.).

Un rol uriaș în profilaxia tulburărilor activității nervoase superioare trebuie să-l aibă satisfacția în munca profesională. Pasiunea și interesul pentru munca respectivă sînt factori foarte importanți care previn oboseala, iar munca, la rîndul ei, este una din condițiile fundamentale de menținere a sănătății. Pentru majoritatea covârșitoare a oamenilor sovietici munca este o sursă de influență pozitivă care are o acțiune favorabilă asupra activității nervoase superioare.

În aceeași direcție intervine și cultura fizică și sportul. Se poate spune că practicarea rațională a exercițiilor fizice (și în general a muncii fizice) este folositoare din punct de vedere profilactic, nu numai prin faptul că ea contribuie la întărirea organismului, la rezistența, la călfrea lui, dar și prin faptul că exercită o influență pozitivă asupra activității nervoase superioare.

Din punct de vedere clinic, distingem cîteva tipuri de profilaxie și anume: a) profilaxia producerii unei anumite boli, b) profilaxia cronizării bolilor acute, c) profilaxia trecerii de la o stare morbidă la alta, apropiată din punct de vedere al etiologiei și patogeniei, d) profilaxia complicațiilor, e) profilaxia exacerbărilor sau recidivării bolii. Ultimele tipuri de profilaxie clinică sînt la fel de importante ca și cel dintîi, cel fundamental.

Astfel, una din problemele actuale ale clinicii de boli interne, este problema cauzelor trecerii pneumoniei în pneumoscleroză, a hepatitelor acute în hepatite cronice

<sup>2</sup> I. P. Pavlov, Opere complete, v. IV, pag. 205, 1946.

sau ciroze hepatice, etc., adică în stări ireversibile. Una din cauzele principale ale acestei evoluții defavorabile a bolilor este întârzierea și insuficiența tratamentului. Vedem deci prin aceasta, că un tratament judicios este factorul cel mai important al profilaxiei cronicizării bolilor acute: însă într-un număr mare de cazuri ea nu previne cronicizarea: este evident că ea este legată de alți factori de care noi nu ținem seama în mod suficient și pe care nici nu îi înțelegem, și ne mulțumim să ne referim, în linie generală la proprietățile endogene sau la „reactivitatea” organismului. Este clar că această problemă necesită un studiu special pe baza principiilor pavloviste.

Pe același plan se situează și problema profilaxiei exacerbărilor și recidivelor. Persoanele expuse la exacerbări sau recidive ale bolii, trebuie să fie supuse în primul rând unui control profilactic. În asemenea cazuri boala este cunoscută și în consecință profilaxia nu trebuie să poarte un caracter general ci un caracter concret, eficient. Aici intră prevenirea cu ajutorul unei diete corespunzătoare a crizelor de colecistită calculoasă sau cea a exacerbărilor colitei. Tot aici intră și prevenirea recidivării unor forme de astm bronșic profesional prin excluderea factorilor astmogeni, prevenirea decompensărilor în repetate rânduri la persoanele suferinde de leziuni valvulare prin limitarea eforturilor, schimbarea ocupației și respectarea măsurilor de igienă individuală etc. O importanță mare din punct de vedere profilactic o are trimiterea sistematică a acestor bolnavi în stațiunile balneare. Uneori prevenirea exacerbărilor și recidivelor se obține printr-un tratament just (de exemplu, tratarea anginelor previne de multe ori crizele de reumatism).

Mai complexe sînt sarcinile de prevenire a trecerii unei stări morbide în altă (sau complicarea uneia cu cealaltă). Ca exemplu poate să servească problema interrelației endocarditei reumatice cu endocardita lentă care, în ciuda eforturilor mari, încă nu este rezolvată.

Nu mai trebuie să amintim că, de multe ori bolnavii mor sau devin invalizi nu prin boala principală de care suferă ci prin complicațiile survenite a căror profilaxie este din această cauză o sarcină de importanță vitală.

În felul acesta profilaxia în variatele sale aspecte poate fi realizată în primul rând tocmai de către clinicieni și ea se contopește cu tratamentul (terapie preventivă).

## II

A doua parte a articolului este consacrată expunerii lucrărilor științifice concrete, începute în Institutul de Terapeutică al Academiei de Științe Medicale a U.R.S.S. în domeniul profilaxiei bolii hipertensive și arteriosclerozei.

Pentru prevenirea bolii hipertensive am crezut necesar, înainte de toate, să studiem influența factorilor profesionali asupra producerii și răspîndirii acestei boli. În acest scop am efectuat determinări în masă ale tensiunii arteriale la muncitorii și funcționarii unui număr de întreprinderi industriale și instituții. Aceste determinări le-am considerat deosebit de utile pentru diagnosticarea formelor cu evoluție asimptomatică și a studiilor incipiente ale bolii hipertensive, cu condiția ca bolnavii în aceste stadii să fie supuși dispensarizării.

Colaboratorii Institutului de terapeutică au efectuat un control minuțios al muncitorilor și funcționarilor dintr-un număr de întreprinderi din Moscova. În același timp au fost efectuate determinări analoge pe o scară largă la Leningrad (sub conducerea prof. Z. M. Volinski) precum și în diferite alte regiuni ale țării — în regiunea Povoljje, în Caucazul de Nord, în Crimeea, Azerbaidjan, Asia Centrală, în Extremul Nord. Datele obținute nu caracterizează numai răspîndirea bolii hipertensive, în cele mai variate condițiuni profesionale de la oraș și sat, dar și legătura ei cu influențele climatice sau meteorologice. Aceste materiale nefiind încă prelucrate în întregime, noi ne vom referi numai la o parte din datele obținute de colaboratorii Institutului de terapeutică.

Pentru lămurirea influenței diferitelor condiții profesionale asupra răspîndirii bolii hipertensive, a fost necesar înainte de toate să se stabilească limitele normale de

oscilație a tensiunii arteriale. De aceasta depinde aprecierea indicilor patologici, diagnosticul bolii hipertensive precum și aprecierea răspîndirii ei.

În urma măsurării tensiunii arteriale la cîteva zeci de mii de persoane sănatoase de profesie și vîrstă diferită, după o analiză statistică justă (la care ne-a dat un mare ajutor Institutul de Ocrotirea Sănătății a Academiei de Științe Medicale din U.R.S.S.) am reușit să ne facem o idee mai exactă despre valorile tensiunii arteriale normale, cel puțin pentru condițiile de viață din Moscova.

Înainte de toate trebuie să se țină seama de importanța vîrstei, variațiile tensiunii arteriale legate de vîrstă au fost studiate de laboratoarea institutului E. P. Fedorova. Ea a arătat că limita superioară a tensiunii arteriale sistolice la vîrsta de 15-16 ani este de 120 mm Hg, la 17-39 ani — 130, la 40-59 ani — 140, la 60-69 ani — 150. Limita superioară a tensiunii arteriale diastolice pentru toate vîrstele pînă la 50 ani este de 90 mm Hg; la persoanele în vîrstă (de 50-69 ani) această limita este crescută pînă la 95 mm Hg.

Frecvența bolii hipertensive la examinarea în masă a muncitorilor și funcționarilor este de asemenea în legătură cu vîrsta și anume: odata cu vîrsta ea crește în mod net. La tinerii morbiditatea este, după datele noastre, de 1,2%; la 30-39 ani ea crește pînă la 3,1%, la 40-49 ani pînă la 8,8%, iar la 60-69 ani atinge 26,3%. La vîrsta de 15-40 ani frecvența bolii hipertensive este de 1,35%, la 40-79 ani crește de 10 ori.

La bărbați și femei frecvența bolii hipertensive este în medie egală (5,3%), deși în diferitele perioade de vîrstă se constată diferențe; astfel, pînă la 40 ani bărbații se îmbolnăvesc mai des decît femeile (aceasta se referă în deosebi pentru vîrsta de 20-24 ani; la această vîrstă hipertonia se întâlnește la bărbați de 2 ori mai frecvent decît la femei). La vîrsta de peste 40 de ani morbiditatea prin hipertonic este la femei mai mare decît la bărbați (14,1% față de 11,8%).

Prin măsurarea în masă a tensiunii arteriale, efectuată de colaboratorii Institutului de Terapeutică, s-a putut depista boala hipertonică, într-un număr desigur de mare de cazuri; ea evolua fără nici un fel de manifestări morbide. Numărul acestor cazuri de boală hipertonică a fost în medie de 50% (în raport cu lotul de bolnavi hipertonic).

În felul acesta, cu toate controalele medicale frecvente ale muncitorilor și funcționarilor, în prezență boala hipertonică rămîne nedagnosticată într-o treime de cazuri. Din punct de vedere al profilaxiei și terapiei această situație cere o atenție serioasă din partea organelor sanitare.

Alfara de aceasta măsurile tensiunii arteriale efectuate de colaboratorii noștri au arătat că există un grup de persoane care nu acuză nici un fel de tulburări, dar la care prima măsurare a tensiunii arteriale arată valori ce depășesc limita superioară normală corespunzătoare vîrstei; la măsurări repetate însă tensiunea este normală. Din această cauză aprecierea datelor obținute prezintă mari dificultăți. Această urmare temporară a tensiunii arteriale este oare „întimplătoare” și trebuie să fie considerată ca o reacție fiziologică a aparatului cardio-vascular la diferitele influențe ale mediului extern (în special psiho-emotiv) și în consecință, ca o măsură fiziologică de ordin adaptativ? Sau ea trădează tulburări incipiente, poate ușor reversibile, ale funcției aparatelor de reglare ale tonusului vascular (procese deja patologice) care reprezintă o fază prehipertonică a bolii hipertensive? În favoarea celei de a doua ipoteze pledează următoarele două împrejurări: în primul rînd, după datele colaboratorilor noștri, aceste cazuri sînt relativ numeroase la persoane mai tinere, iar la cele de vîrstă mai înaintată frecvența lor scade, probabil, că o dată cu vîrsta se dezvoltă la unele din persoanele de mai sus o boală hipertonică; în al doilea rînd, la unii reprezentanți ai acestui lot, urmăriți în decurs de mai mulți ani, s-a observat trecerea creșterilor temporare ale tensiunii arteriale într-o boală hipertonică tipică. De aceea, acest lot prezintă o importanță profilactică primordială fapt care i-a determinat pe colaboratorii noștri să-l țină sub o observație de dispensar.

În cea ce privește influența factorilor profesionali asupra răspîndirii bolii hipertensive, după datele colaboratorilor noștri, nivelul tensiunii arteriale și frecvența hiper-

toniei printre muncitorii din majoritatea întreprinderilor industriale nu depășesc cifrele medii, acestea fiind de multe ori scăzute: numai la o mică parte din grupele profesionale examinate cifrele respective au fost crescute

Astfel, la muncitorii din atelierele cu temperatura înaltă (efectuind o muncă fizică ce necesită eforturi medii) nivelul tensiunii arteriale sistolice și diastolice este în genere mai scăzut în raport cu grupul de control (I. N. Iakovleva). Indicii de morbiditate prin hipertonie sînt la acest lot profesional relativ mici.

Tendența la scăderea tensiunii arteriale se constată în mare măsură la muncitorii din industria de cauciuc; în raport cu aceasta, frecvența hipertoneiei printr-aceștia este relativ mică: boala hipertonică s-a constatat în medie aproape de 2 ori mai rar decît la lotul de control. Rezultate analoge au fost obținute și în studiul tensiunii arteriale la muncitorii din industria prelucrătoare a petrolului din Baku (M. V. Abdulaeva-Panova).

În multe alte grupe profesionale măsurarea tensiunii a indicat valori normale: numărul bolnavilor de hipertonie din aceste grupe a fost relativ mic, fiind egal cu procentajul mediu al celor examinați.

Numai o mică parte din profesioniști prezintă o predispoziție evidentă la hipertonie

Ca un exemplu de predispoziție la boala hipertonică datorită factorilor de producție pot servi muncitorii din fabricile de tutun. După cum arată observațiile lui K. K. Maslova, cifrele medii ale tensiunii arteriale la aceștia sînt vădit mai mari decît la lotul de control, deși e vorba de oameni relativ tineri. În întreprinderile de tutun numărul de persoane cu hipertonie este mai mare decît în multe alte industrii: indicele de hipertonie după vîrstă, este pentru bărbați de 10,4 (adică de 2 ori mai mare decît la lotul de control), iar pentru femei de 6,1. După cum se știe, nicotina și fumul de tutun măresc excitabilitatea scoarței cerebrale și creează tendința spre reacții fizice paradoxale.

Cea mai mare răspîndire a bolii hipertonică a fost stabilită printre telegrafisti și cei ce muncesc în centralele telefonice (observațiile lui G. L. Spivak). Aceasta se explică prin faptul că munca presupune o încordare nervoasă extraordinară. La telegrafisti hipertonia a fost înălțată de 3 ori mai frecventă decît la persoanele din lotul de control. La telegrafiste și telefoniste hipertonia s-a înălțat de 2 ori mai frecvent decît la loturile de control. O creștere deosebit de marcată a morbidității prin hipertonie la muncitorii de la telecomunicații s-a observat la persoane tinere. Astfel, la bărbați, pînă la 40 ani hipertensiunea s-a constatat în 15,2% din cazuri față de 1,6% la lotul de control (adică de 10 ori mai frecvent), iar la vîrsta de peste 40 de ani -- în 25% din cazuri față de 10,5% la lotul de control, cifre apropiate au fost constatate și la femei. Pe măsura creșterii stagiului în producție, răspîndirea hipertensiunii la muncitorii de la telefon și telegraf crește în mod net.

Din aceste exemple, reiese importanța serioasă pe care o are problema profilaxiei bolii hipertonică în unele ramuri de producție. În acest sens am vrea să amintim o măsură aplicată sub conducerea colaboratorilor noștri, și anume organizarea de sanatorii sau preventorii de zi și de noapte.

Astfel, S. I. Bitnova a efectuat observații corespunzătoare într-una din uzine. Muncitorii cu stadii în majoritatea cazurilor precoce ale bolii hipertonică intră în sanatoriu de zi numai o oră zilnic. În acest timp ei pot să doarmă sau să se odihnească după prînz. Atît înainte cît și după această oră ei prestează munca lor obișnuită în atelier. Perioada de observație a fiecăruia în acest sanatoriu este de 2-4 luni (în total au beneficiat de sanatoriu 60 persoane). Tratamentele medicamentoase sau fizioterapice nu s-au făcut.

Rezultatele tratamentului au fost favorabile. Astfel, la toți cei 18 bolnavi cu boală hipertonică în primul stadiu, tensiunea arterială a scăzut la normal la sfîrșitul perioadei arătate. Din 32 bolnavi hipertonici în stadiul al doilea, la 12 tensiunea arterială a scăzut de asemenea la normal (inclusiv la cei la care la începutul observației tensiunea sistolică atingea 200 mm Hg); la 14, tensiunea a scăzut în mod apreciabil, deși nu a revenit la normal, și numai la 6 ea nu s-a modificat. La majoritatea bolna-



valorilor hipertentici în stadiul al treilea, tensiunea arterială nu s-a modificat sub influența șederii în sanatoriul de zi. La o serie de bolnavi, mai ales dintre acei la care tensiunea arterială s-a normalizat, nu numai că s-a îmbunătățit starea subiectivă, dar a crescut în mod esențial și capacitatea de lucru.

În felul acesta, o măsură simplă și ușor accesibilă — repaus (și somn) de o oră în mijlocul zilei de lucru — aduce în stadiile mai precoce ale bolii hipertentice un mare folos, alții în ceea ce privește sănătatea cit și capacitatea de lucru. Șederea în preventoriul de noapte produce un efect și mai bun. Muncitorii vin acolo zilnic seara după lucru, sint examinați de medic care se întreține cu ei despre starea sănătății; li se administrează preparate sedative sau li se aplică un tratament fizioterapeutic, citește cărți, joacă domino, șah, fac înainte de culcare o plimbare; ei dorm aproximativ 9 ore și dimineața după micul dejun merg la lucru. În ziua de repaus ei pleacă la domiciliul lor. Termenul de ședere în acest sanatoriu este de 1½—3 luni. Prin preventoriul de noapte au trecut la uzina studiată 96 persoane. Din 27 persoane cu boala hipertentica în primul stadiu, la 25 tensiunea arterială s-a normalizat, la sfârșitul șederii în preventoriu, iar la 2 a scăzut mult, deși nu pînă la normal; din numărul de bolnavi hipertentici în stadiul al doilea tensiunea s-a normalizat la 20, la 21 a scăzut mult, deși nu pînă la normal, la 12 a rămas neschimbată. În boala hipertentica în stadiul al treilea tensiunea arterială a scăzut puțin la o parte din cazuri, la o altă parte a rămas neschimbată. În felul acesta, la unii bolnavi tensiunea arterială ce atinge valori foarte mari a scăzut în mod apreciabil. La majoritatea bolnavilor s-a îmbunătățit mult starea subiectivă și în același timp a crescut capacitatea de lucru, muncitorii depășind norma cu 150—200%. Aceleași date au fost obținute și la o altă întreprindere mare (observațiile lui N. K. Beliaeva).

Observațiile citate permit să se considere drept foarte folositoare aplicarea măsurilor indicate în combaterea bolii hipertentice. Ar trebui ca aceste măsuri să fie larg introduse în practica ocrotirii sănătății.

O altă parte a lucrărilor colaboratorilor Institutului de terapeutică în domeniul profilaxiei este consacrată studiului profilaxiei arteriosclerozei. Una din principalele metode în această direcție este desigur combaterea bolii hipertentice, întrucît tocmai hipertensiunea, favorizează producerea arteriosclerozei și în special a arteriosclerozei vaselor coronariene și cerebrale. Pe lîngă datele clinice și anatomo-patologice care confirmă această teză, putem să ne referim și la cercetările experimentale ale lui N. N. Anicikov, ale colaboratoarei sale G. K. Volkova și alții.

De asemenea V. S. Smolenski a arătat la Institutul de terapeutică al Academiei de științe medicale a U.R.S.S. că hrănirea cu colesterol și a iepurilor, la care s-a produs prin diferite procedee o hipertensiune arterială, duce la o lipoidoză cu mult mai accentuată a aortei decît la animalele care făceau parte din lotul de control. Adică cel cu tensiune arterială normală. Fără îndoială că hipertensiunea nu intensifică numai, dar și accelerează dezvoltarea arteriosclerozei colesterolice experimentale.

Influențele hemodinamice care intensifică în hipertensiune dezvoltarea arteriosclerozei depind în primul rînd de reglarea nervoasă. De aceea au fost întreprinse încercări de a urmări problema modificării dezvoltării arteriosclerozei colesterolice experimentale prin influența substanțelor cu acțiune asupra etajelor superioare ale creierului, și anume prin barbiturice, pe de o parte și fenamină pe de altă parte. Preparatele arătate au fost alese de noi plecînd de la faptul că unul din ele — luminalul — trebuie să slăbească excitabilitatea etajelor superioare cerebrale, iar celălalt — fenamina — trebuie să o intensifice. După cum a arătat colaboratorul nostru I. P. Pușkar, în producerea arteriosclerozei după metoda lui M. N. Anicikov luminalul întîrzie puțin apariția lipoidozei vasculare, pe cînd fenamina o accelerează mult. În felul acesta, preparatele care reduc excitabilitatea aparatelor nervoase centrale, slăbesc ritmul și gradul dezvoltării arteriosclerozei.

Ar fi bine să se verifice dacă acest rezultat nu se explică prin variațiile tensiunii arteriale produse sub influența substanțelor neurotrope. În realitate s-a arătat că la iepuri luminalul coboară puțin tensiunea arterială, dar — ceea ce este mai impor-

tant — înlătura variațiile ei extreme. în felul acesta se poate admite ca tocmai acest efect hemodinamic condiționează influența aratăta a lumninalului — inhibarea lipidozei vasculare.

Fenammina însă în experiențele noastre nu a exercitat o influență marcată asupra valorii tensiunii arteriale, și a produs în același timp — după cum s-a mai spus — o intensificare a arteriosclerozei colesterinice. Prin urmare, se poate conchide că substanțele neurotrope nu influențează evoluția lipidozei vasculare numai prin faptul că modifică hemodinamica, ci și în alt mod: într-adevar s-a constatat că la iepurii hrăniți cu colesterină, colesternemia crește mult.

Prin urmare avem motive să credem că substanțele arătate, care modifică procesele nervoase într-un sens sau altul, acționează în mod secundar și asupra metabolismului: prin aceasta se lărgesc concepțiile noastre despre rolul factorului nervos în patogenia arteriosclerozei.

Generalizând aceste date, se poate spune că în profilaxia arteriosclerozei trebuie să se acorde multă atenție măsurilor care înlătură sau slăbesc într-un grad sau altul nu numai tulburările reglării nervoase ale aparatului vasomotor, ci și ale proceselor de metabolism.

Datele altor cercetări efectuate în această problema în Institutul de terapeutică se referă la influența unor agenți biochimici activi cum sînt hormonii și vitaminele asupra dezvoltării arteriosclerozei colesterinice. Rezultatele obținute în studiul efectului produs de tiroindină (V. D. Tinzerling) precum și o serie de lucrări ale colaboratorilor noștri referitoare la influența vitaminelor — a acidului ascorbic, a vitaminei D (I. A. Miasnikova, M. V. Bavina, A. A. Grenina) au fost deja publicate.

Datele asupra efectului colinei în arterioscleroza colesterinică experimentală, sînt foarte demonstrative. Colina face parte din seria substanțelor așa-zise lipotrope, adică a substanțelor care reduc depunerea grăsimilor în organe și țesuturi. După observațiile colaboratorului nostru I. P. Pușkar, care coincid cu datele unor autori străini, colina inhibă într-un mod indiscutabil dezvoltarea lipidozei vasculare. Aceasta s-a dovedit în mod convingător pe un bogat material experimental. Administrarea zilnică de colina în același timp cu hrănirea cu colesterină întirzie și slăbește mult infiltrația lipoidică a aortei și a arterelor coronare. Într-o serie de experiențe colina a împiedecat aproape total acest proces.

Este interesant să observăm ca, spre deosebire de acidul ascorbic, care inhibă dezvoltarea lipidozei vasculare experimentale prin scăderea colesternemiei (creșterea eliminării colesterninei prin bila secretată de ficat), colina împiedică lipidoza vaselor pe altă cale: ea acționează asupra celorlalte părți componente a lipidelor din sînge — asupra lecitinei. Lecitina favorizează reținerea colesterninei în sînge sub forma de complexe corespunzătoare cu particule proteinice; creșterea concentrației de lecitină în sînge duce la o slăbire a infiltrării colesternice a pereților vasculari. Raportul lecitina-colesternină este în mod evident o constantă importantă care determină repartizarea normală a lipidelor între sînge și țesuturi. Prin administrarea de colină acest raport este mult deviat către mărirea cantității de lecitină; în condițiile unei hipercolesternemii alimentare aceasta duce la slăbirea infiltrării colesternice a întimei vasculare și în consecință, la prevenirea sau slăbirea dezvoltării arteriosclerozei experimentale. Sub influența colinei crește mult coeficientul lecitino-colesternic.

Datele obținute permit să se pună problema includerii în dieta a unor produse bogate în colină în scopul unei prevenirii a arterosclerozei la oameni. Un asemenea produs este în primul rînd brînză de vaci, bogată în metionina de asemenea și leguminoasele.

Noi recomandăm de mult persoanelor predispuse la arterioscleroză să includă în alimentația lor cantități mari de brînză de vaci, precum și produse vegetale cu conținut de colină și acid ascorbic, pe lingă o oarecare îngrădire a mâncărilor bogate în colesterină. Nu a venit însă vremea pentru o generalizare științifică a rezultatelor obținute prin aplicarea acestor măsuri.

Desigur însă, că dezvoltarea arteriosclerozei nu depinde numai de condițiile de alimentare ale oamenilor, iar prevenirea acestei boli nu poate fi atinsă numai printr-o

dietă corespunzătoare. Omul poate să asimileze orice substanță alimentară în limite largi, fără nici un efect nociv asupra sănătății sale, grație perfecționării reglării nervoase fiziologice a metabolismului. Această reglare poate fi însă tulburată, ceea ce are drept consecință dereglarea proceselor metabolice; în aceste condiții, o alimentație neadecuată, unilaterală are desigur importanță printre ceilalți factori ce iau parte la dezvoltarea arteriosclerozei.

Noi credem, că rezultatele cercetărilor citate ne dau o idee despre orientarea și caracterul muncii de prevenire a bolilor interne. — cel puțin a bolilor care sînt în special studiate în Institutul de terapeutică.

---