



ABRUZZO

Magazine

N.5 2018
ANNO XIII
2,00 €



ECONOMIA FINANZA TERRITORIO



DI NICOLA IMMOBILIARE TUTTA UN'ALTRA CASA CON UNIVERSITY PALACE

PREMIO PARETE 2018
AL TOP MANAGER
VITTORIO COLAO

CONAD ADRIATICO
LE ECCELLENZE CON
LA CASA DEL GUSTO

AMADORI
NUOVI INVESTIMENTI
IN ABRUZZO

Nelio Di Nicola, fondatore
amministratore della società pescarese
Di Nicola Immobiliare, con il figlio **Nir**
ingegnere e responsabile tecnico
dell'azienda (Foto Andrea Straccini)

I FATTORI DI RISCHIO PER LA CARDIOPATIA CORONARICA: **COSA FA MALE AL CUORE**

Dottor **Raffaele Luise**



Le patologie cardiovascolari sono la prima causa di decessi nel mondo occidentale. Circa la metà di essi dipendono dalle patologie coronariche. Per fattore di rischio si definisce una caratteristica che è presente precocemente nella vita ed è associata al maggior rischio di sviluppare malattie in futuro. I fattori di rischio per cardiopatia coronarica sono: età, sesso, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, ipercolesterolemia Ldl, fumo di sigaretta, diabete, obesità e la familiarità. Recentemente sono stati inseriti l'iperomocisteinemia, la proteina C reattiva, fibrinogeno, D-dimero e anomalie della fibrinolisi intrinseca. La presenza dei fattori di rischio definisce una maggiore possibilità di poter sviluppare lesioni aterosclerotiche sulle arterie in qualunque distretto del corpo umano. Esse si presenteranno come restringimenti di vario grado e lunghezza del calibro dell'arteria fino anche all'occlusione dell'arteria medesima. Per quanto riguarda il cuore, il circolo coronarico è costituito dalle arterie, che perfondono il muscolo cardiaco. La perfusione non adeguata del muscolo cardiaco determinerà la sintomatologia tipica ovvero la toracalgia segno dell'angina pectoris, che se protratta può evolvere nell'infarto miocardico.

Se la riduzione del calibro è progressiva, il sistema svilupperà dei circoli collaterali, la cui adeguatezza consentirà di risolvere il deficit di perfusione. L'infarto miocardico si presenta se l'occlusione dell'arteria avviene improvvisamente, in assenza di un circolo collaterale sviluppato. Alcuni fattori di rischio sono ereditati, altri sono acquisiti: fra questi il fumo, l'obesità e la dieta ipercalorica e iperlipidica. Per poter eliminare la presenza del fattore di rischio è necessario modificare lo stile di vita e il tipo di dieta. In alcuni casi è comunque necessario intervenire con la terapia farmacologica come nell'ipertensione arteriosa, nell'ipercolesterolemia e nel diabete mellito. La contemporanea presenza di più fattori di rischio amplifica il rischio medesimo. Il fattore di rischio più importante acquisito e prevenibile è il fumo. Negli Stati Uniti d'America si sviluppano più di 400mila decessi annui correlati con il fumo, di essi il 35-40% dipendono dalla cardiopatia ischemica e l'8% dall'esposizione al fumo passivo. La cessazione del fumo consente la riduzione del rischio di mortalità del 36%. Si possono classificare i fattori di rischio nella tabella e sono segnalati gli accertamenti diagnostici specifici.

1 FATTORI PREDISPONENTI

Fumo, dieta ricca di grassi, assunzione di alcol, sedentarietà, pregresse malattie vascolari (infarto miocardico o ictus, angina pectoris, malattia vascolare periferica).

2 FATTORI DI RISCHIO METABOLICO

Dislipidemia, ipertensione arteriosa, obesità, diabete mellito, sindrome metabolica.

3 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Ricerca del calcio coronarico, test ergometrico, stress test, coronarografia, ipertrofia miocardica all'esame ecocardio, markers di infiammazione.



ABRUZZO

Magazine

N.6 2018
ANNO XIII
2,00 €



ECONOMIA_FINANZA_TERRITORIO



SIAC SOLUZIONI INFORMATICHE PER IL BUSINESS DEL TERZO MILLENNIO

NEW ENERGY
IMPIANTI A ENERGIA
RINNOVABILE "CHIAVI IN MANO"

MIVV
IL PREMIO PER EICMA
2018 A MILANO

TROVATEK
COSTRUZIONI E
PREFABBRICATI IN LEGNO

I soci di Siac. Da sinistra **Marcel Gallesse** (vicepresidente), **Fernando Capone** (presidente) e **Angelo Pietrantonio Di Santo** (consigliere del cd) (Foto Andrea Straccirone)

CARDIOLOGIA

LA DONNA E LE CARDIOPATIE

Dottor **Raffaele Luise**



Studi recenti riferiscono che il cuore delle donne si comporta in modo diverso rispetto a quello maschile. Il cuore femminile resiste alle malattie cardiovascolari in età fertile, per poi cedere nel periodo della menopausa. I tentativi di eseguire la terapia ormonale sostitutiva nella menopausa non hanno permesso di ridurre il "rischio cardiovascolare". Nel periodo fertile, il cuore è protetto poiché il quadro ormonale [componente estrogena] influenza l'evoluzione della malattia aterosclerotica modulando i fattori di rischio coronarici. La presenza degli estrogeni favorisce un profilo lipidico sfavorevole alla formazione della placca ateromatosa.

Il calo estrogenico che fa seguito alla menopausa produce, invece, un aumento del colesterolo totale e Ldl, cui si associano una riduzione della frazione Hdl e una ridotta sensibilità all'insulina [che a sua volta condiziona un maggior rischio di sviluppare diabete mellito]. Il quadro ormonale postmeno-pausale si associa inoltre a un aumento significativo della pressione arteriosa e del peso corporeo. Il pannicolo adiposo si ridistribuisce secondo un modello androide (con aumento del rapporto vita/fianchi), aumentando la resistenza insulinica e favorendo l'insorgenza di eventi cardiaci (facilitata anche dalla comparsa di disfunzione endoteliale).

La relazione tra genere e disfunzione endoteliale è stata valutata nel microcircolo periferico di donne sane e ipertese, dimostrando che mentre nel sesso maschile l'invecchiamento è costante e omogeneo all'insorgenza della disfunzione endoteliale, nelle donne la funzione endoteliale inizia a deteriorarsi rapidamente, a partire dall'insorgenza della menopausa. La donna "raggiunge", per così dire, l'uomo solo dopo circa 20 anni dalla comparsa della menopausa stessa, provato dal fatto

che, dopo i 70 anni, la mortalità per infarto miocardico acuto è simile nei due sessi. Ciò spiega anche perché l'insorgenza di un infarto in una donna ancora in età fertile abbia una prognosi assai più sfavorevole. Il miocardio della donna, sprovvisto di quel "condizionamento" tanto importante nel sesso maschile, è impreparato all'insulto ischemico e spesso risponde a esso con l'insufficienza ventricolare sinistra. Nella donna sono inoltre molto più frequenti l'angina precoce postinfartuale e complicazioni letali, come la rottura di cuore. Spesso, poi, l'infarto nella donna giovane è problematico anche dal punto di vista terapeutico.

È frequente, infatti, che l'occlusione coronarica non sia dovuta alla classica fissurazione di placca complicata da trombosi, quanto piuttosto a un'erosione superficiale e, talvolta, a una dissecazione della coronaria. Questo evento, devastante per l'arteria, è tipico, per non dire esclusivo, delle giovani donne, anche gravide, e sembra risentire di influenze ormonali. E ancora, specifici studi anatomo-patologici sulla struttura della placca aterosclerotica nei due sessi hanno dimostrato che la placca femminile presenta una significativa ipercellularità con caratteristiche di iperplasia neointimale rispetto a quella maschile. Per contro, nella placca femminile la sclerosi [indicata dal tessuto fibroso denso] è alquanto inferiore rispetto alla placca maschile.

La placca femminile appare più "giovane" di quella maschile. All'insorgenza della malattie vascolari contribuiscono anche il diabete, il fumo [che tra l'altro è in aumento nel sesso femminile], l'ipertensione, l'obesità, ma anche l'anoressia, la depressione, la gravidanza. Per proteggersi è sempre opportuno condurre un corretto stile vita: mangiare senza grassi, fare attività fisica, non fumare, e per quanto possibile, cercare di auto-protegersi dallo stress della vita quotidiana!