CLINICCO®
www.clinicco.ro

HEMO SAPIENS®
a smart hemodynamics company

SERVIER

Doppel herz®

Cardiologie în medicina generală

2013 MEDICAL market

Prevenţia bolilor coronariene 6

Implantare de valvă aortică „sutureless" 16

Medicina bazată pe dovezi, ghiduri, protocoale... 22

Terapia | RANBAXY

SANDOZ
O decizie sănătoasă

CHIMIMPORTEXPORT - PLURIMEX S.R.L.

Merck Serono MERCK

Spitalul Monza
Centru Cardiovascular

Concor® AM

Bisoprolol + Amlodipină

Împreună în lupta cu hipertensiunea arterială

Aliaţi împotriva Hipertensiunii arteriale

- Reducerea cu 21,8% a tensiunii arteriale sistolice şi cu 19,7% a tensiunii arteriale diastolice*[1]
- Eficacitate pe o durată de 24 de ore[2] şi un bun profil de tolerabilitate[1]
- Cardioprotecţie obţinută prin scăderea eficientă a tensiunii arteriale şi prin reducerea frecvenţei cardiace[1,3,4]
- Dozare mai simplă decât administrarea celor două medicamente separat

1.Ajay Kaji R, Indian Practitioner 2008;61:225-34. 2.Summary of Product Characteristics. 3.Chrysohoou JM, Int J Cardiol 2007; 120:16-21. 4.Ruiloba P et al.Drugs2006;66:133-144. *after 4 weeks of treatment

RCP-ul produsului (forma prescurtată) **Produse:** Concor AM 5/5 mg; Concor AM 10/5 mg, Concor AM 5/10 mg; comprimate pentru uz oral conţinând 5 mg bisoprolol fumarat şi 5 mg amlodipină (besilat de amlodipină 6,95 mg), 10 mg bisoprolol fumarat şi 5 mg amlodipină (besilat de amlodipină 6,95 mg), 5 mg bisoprolol fumarat şi 10 mg amlodipină (besilat de amlodipină 13,9 mg). Bisoprolol este un agent blocant adrenoceptor beta-1 selectiv, amlodipina este un blocant dihidropiridinic pentru canalele de calciu. **Indicaţii:** Tratamentul hipertensiunii arteriale, ca terapie de substituţie pentru pacienţii a căror tensiune arterială a fost controlată adecvat, prin administrarea separată a componentelor medicamentului, în acelaşi regim de dozaj ca şi în asocierea separată. **Mod de administrare:** Doza zilnică recomandată este de un comprimat corespunzător fiecărei concentraţii. Concor AM trebuie administrat dimineaţa, fără a fi mestecat, cu sau fără alimente. **Categorii speciale de pacienţi:** În cazul insuficienţei renale severe (clearance-ul creatininei < 20 ml/min) sau hepatice, doza zilnică de bisoprolol nu trebuie să depăşească 10 mg. Din cauza componentei amlodipină, în cazul disfuncţiei hepatice, medicamentul trebuie administrat cu precauţie. *Vârstnici:* Nu este necesară nici o ajustare de doză, pot fi administrate dozele uzuale. *Copii:* Nerecomandat la vârste mai mici de 18 ani. **Contraindicaţii:** insuficienţă cardiacă instabilă hemodinamic după infarct miocardic acut, insuficienţă cardiacă acută sau episoade de decompensare ale acesteia, stenoză aortică de grad ridicat, şoc cardiogen, bloc atrioventricular de grad 2 sau 3, sindromul sinusului bolnav, bloc sinoatrial, bradicardie sau hipotensiune simptomatică, astm bronşic sever sau boală cronică pulmonară obstructivă severă, forme severe de boli arteriale periferice occlusive sau forme severe ale sindromului Raynaud, feocromocitom netratat, acidoză metabolică, hipersensibilitate la bisoprolol, amlodipină, derivate de dihidropiridină sau la oricare dintre excipienţi. **Avertizări şi precauţii speciale pentru utilizare:** Pacienţii cu insuficienţă cardiacă trebuie trataţi cu atenţie. Nu poate fi exclus un risc de deteriorare a funcţiei de pompă a ventriculului stâng. Tratamentul cu bisoprolol nu trebuie întrerupt brusc, mai ales la pacienţii cu cardiopatie ischemică, pentru că se poate produce o agravare tranzitorie a afecţiunii. Este recomandată precauţie la pacienţii cu disfuncţie hepatică. Din cauza componentei bisoprololol, tratamentul trebuie folosit cu atenţie în următoarele situaţii: bronhospasm (astm bronşic, boală obstructivă cronică a căilor respiratorii; terapia concomitentă cu bronhodilatatoare nu este recomandată); diabet zaharat ce prezintă fluctuaţii mari ale valorilor de glucoză în sânge, simptomele de hipoglicemie putând fi mascate, post dietă strictă, tratament de desensibilizare în curs, bloc atrioventricular de gradul 1, angina Prinzmetal, boală arterială periferică occlusivă. Pacienţilor cu psoriazis sau cu o istorie de psoriazis trebuie să li se prescrie betablocante (ex. bisoprolol) doar după o analiză atentă a beneficiilor şi a riscurilor. Simptomele de tireotoxicoză pot fi mascate. Anestezistul trebuie să ia în considerare tratamentul cu betablocant la pacienţii cărora urmează să li se efectueze o anestezie generală. Dacă se consideră necesar se poate întrerupe tratamentul cu betablocante înainte de operaţie, acest lucru trebuie făcut treptat şi încheiat cu 48 de ore înainte de anestezie. **Abilitatea de a conduce şi a folosi maşini:** Tratamentul poate avea influenţe minore sau moderate în abilitatea de a conduce sau a folosi maşini. **Interacţiuni cu alte medicamente:** Combinaţii nerecomandate pentru bisoprolol: antagonişti de calciu de tip verapamil şi diltiazem, medicamente antihipertensive cu activitate centrală. Asocieri ce trebuie utilizate cu precauţie: inhibitori ai CYP3A4 (eritromicina), inductori de CYP3A4, medicamente antiaritmice de clasa 1, medicamente antiaritmice de clasa 3, medicamente parasimpatomimetice, betablocante cu administrare locală (ex. picături de ochi), insulină şi medicamente antidiabetice administrate pe cale orală, agenţi anestezici, glicozide digitalice, medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), agenţi simpatomimetici, agenţi antihipertensivi şi alte medicamente cu potenţial de scădere a tensiunii arteriale. Asocieri posibile: meflochină, inhibitori de monoaminooxidază (IMAO), rifampicină. **Sarcină şi alăptare:** Nerecomandat. **Reacţii adverse:** *Comune:* cefalee, edeme (ex. edeme la nivelul gleznelor), oboseală, senzaţii de rece sau amorţeală în extremităţi, tulburări gastrointestinale precum, vărsături, diaree, constipaţie. *Mai puţin frecvente:* insomnie, schimbări ale stării de spirit (incluzând anxietate), depresie, tulburări de somn, hipoestezie, paraestezie, disgeuzie, tremor, tulburări vizuale (incluzând diplopie), tinitus, tulburări de conducere AV, agravarea unui infarct preexistent, bradicardie, hipotensiune, sincopă, dispnee, bronhospasm la pacienţii cu astm bronşic sau cu o istorie de boli obstructive ale căilor aeriene, rinită, dispepsie, gură uscată, alopecie, purpură, decolorare a pielii, hiperhidroză, prurit, exantem, artralgie, mialgie, slăbiciuni musculare, crampe musculare, dureri de spate, tulburări de micţiune, nicturie, constipaţie, probleme de potenţă, ginecomastie, astenie, dureri de piept, stare generală de rău, creştere de greutate, scădere în greutate. *Rare:* reacţii alergice care în principal afectează pielea, coşmaruri, halucinaţii, confuzie, secreţie scăzută de lacrimi, tulburări de auz, rinită alergică, hepatită, trigliceride crescute, enzime hepatice crescute (ALAT, ASAT). *Foarte rare:* leucopenie, trombocitopenie, hiperglicemie, neuropatie periferică, conjunctivită, infarct miocardic, aritmie, vasculită, tuse, gastrită, hiperplazie gingivală, pancreatită, icter, angio-edem, eritem multiform, urticarie, dermatită exfoliantă, sindromul Stevens Johnson, psoriazis (sau boli în genul psoriazisului sau psoriazis agravat), fotosensibilitate, hipertonie musculară. **Supradoză:** Cele mai frecvente semne ce pot apărea la supradozarea cu un betablocant sunt bradicardia, hipotensiunea, bronhospasm, insuficienţă cardiacă acută, hipoglicemie. Având în vedere informaţiile valabile, o supradoză mare de amlodipină poate conduce la vasodilataţie excesivă periferică şi posibil tahicardie reflexă. A fost raportată hipotensiune arterială sistemică prelungită şi pronunţată până la şoc cu sfârşit letal. În general, în caz de supradozare se recomandă oprirea tratamentului şi administrarea de tratament simptomatic. **Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă:** Merck KGaA, Frankfurter Str. 250, 64293 Darmstadt, Germania; www.merck.de. **Numărul(ele) autorizaţiei de punere pe piaţă :** 3867/2011/01-02-03-04,3808/2011/01-02-03-04,3809/2011/01-02-03-04. **Data primei autorizări sau a reînnoirii autorizaţiei:** septembrie 2011. **Data revizuirii textului:** februarie 2012. Medicament eliberat doar cu prescripţie medicală-PR. A se consulta RCP-ul produsului înainte de utilizare. Acest material este destinat profesioniştilor în domeniul sănătăţii.

CHIMIMPORTEXPORT – PLURIMEX S.R.L.

Str. Tunari nr. 26, Sector 2, Bucureşti; Tel.: 021/211 85 68, 021/210 76 87, 021/210 44 69; Fax: 021/210 74 21, 021/210 12 59;
e-mail: office@chimimport.ro; www.chimimport.ro

Merck Serono

Merck Serono is a division of Merck

MERCK

4	Puntea miocardică
6	Prevenția bolilor coronariene, modificarea stilului de viață
10	Noi strategii terapeutice pentru optimizarea controlului hipertensiunii arteriale
14	Protecția aparatului cardiovascular
16	Implantare de valvă aortică „sutureless"
20	Omega-3 susține sănătatea inimii
22	Medicina bazată pe dovezi, ghiduri, protocoale... sau medicina între artă și schematizare...
25	Durerea toracică
26	Particularitățile clinice ale insuficienței cardiace pediatrice
28	Hipertensiunea pulmonară în bolile cardiace congenitale

EDITOR FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
ISSN 2286 - 3427

Puntea **miocardică**

Dr. Mihai Ursu
Medic specialist cardiolog, Medic primar imagistică medicală
Clinicile ICCO, Brașov
www.clinicco.ro

Puntea musculară este o anomalie caracterizată printr-un traiect intramiocardic al unui segment de arteră coronară epicardică. A fost descoperită în timpul autopsiilor în anul 1737 și descrisă angiografic în anul 1960. Aspectul angiografic tipic al punții musculare este îngustarea sistolică a arterei epicardice alternativ cu revenirea la normal a vasului în timpul fazei diastolice a ciclului cardiac. Se descrie imaginea de: „milking effect" sau „step up-step down" .Aceasta entitate este mult mai frecventă decât s-a crezut având o incidență angiografică de aproximativ 15% dar poate atinge 60% în unele studii, fiind în medie prezenta la 1/3 din adulți.Este întâlnită cel mai frecvent în 1/3 medie a LAD(artera interventriculară anterioară) , rar pe LCX(artera circumflexă) și RCA(artera coronară dreaptă).

Deși a fost mult timp considerată a fi o variantă a anatomiei coronariene normale s-a demonstrat că poate avea și potențială relevanță clinică.

Mecanismul fiziopatologic al manifestărilor clinice este corelat pe de o parte cu tendința pacienților cu punte musculară de a dezvolta ateroscleroză iar pe de altă parte se poate corela cu mecanismul în sine de compresie sistolică. S-a demonstrat că intima arterei coronare de sub punte suferă transformări morfologice specifice ale endoteliului arterial, de asemenea agenții vasoactivi (endothelina-1, angiotensin-convertaza, oxid-nitric endotelial sintetaza, eNOS) au o expresie mai scăzută și procesul aterosclerotic sub punte este mult diminuat sau absent. În schimb datele studiilor efectuate sugerează că puntea miocardică este asociată frecvent cu dezvoltarea aterosclerozei în segmentele proximale ale arterei coronare implicate.

Deoarece sistola aduce numai 15% din fluxul coronarian, iar puntea este un fenomen sistolic, relevanța clinică apare numai în situații particulare precum tahicardia. Tahicardia poate provoca accidente ischemice miocardice precum și aritmice prin scurtarea fazei diastolice și creșterea importanței fluxului sistolic.

Din punct de vedere clinic manifestările pot fi: angina pectorală, infarctul miocardic, BAV, tahicardii supraventriculare și ventriculare, moartea subită. Având în vedere prevalența mare a punții musculare, totuși în rândul pacienților aceste complicații sunt rare. Pacienții pot acuza dureri toracice tipice însoțite de modificari ECG, la testele de provocare , test de effort, scintigrafie miocardică de effort, etc. Coronarografia, MSCT, RMN cardiac pot evidenția afecțiunea. Studiile IVUS și studiile Doppler intracoronariene au demonstrat că există un grad de compresie și în timpul fazei diastolice, însoțită de modificări hemodinamice caracteristice în principal în faza diastolică timpurie.

Abordarea terapeutică este în primul rând medicamentoasă: beta-blocantele și calciu-blocantele fiind în prima linie de terapie, aceste grupe medicamentoase reducând frecvența cardiacă, crescând intervalul diastolic , scad compresia sistolică. Nitrații sunt de evitat. În cazuri selecționate la pacienți sever simptomatici presupuși la mare risc se impune abordarea chirurgicală a arterei coronare implicate.

Un aspect particular trebuie menționat în cazul pacienților tineri cu IMA cu supradenivelare de segment ST-T (cu tablou clinic, ECG, enzimatic) la care coronarografia nu decelează leziuni aterosclerotice coronariene, dar nici punte musculară evidentă. Din experiența noastră reexplorarea invazivă la 5-7 zile de evoluție a IMA poate evidenția prezența punții musculare miocardice care în timpul episodului acut nu era vizibilă ca urmare a tulburărilor acute de cinetică VS.

Concluzie

Punțile musculare miocardice sunt în general manifeste clinic la barbații tineri. Având în vedere prevalența epidemiologică destul de ridicată suspiciunea clinică trebuie avută în vedere în toate cazurile de dureri precordiale tipice sau atipice la pacienți tineri cu probabilitate scazută de ateroscleroză și fără factori de risc cardiovasculari.
În mod tradițional punțile miocardice au fost considerate benigne, dar multiple studii recente au demonstrat potențialul de complicații clinice ce pot fi periculoase incluzând ischemia miocardică și IMA, spasmul coronarian, ruptura SIV, aritmii supraventriculare și ventriculare, moartea subită.
Prognosticul pacienților cu punte miocardică nu este așa de benign cum s-a crezut în trecut, și odată depistați, aceștia ,trebuie tratați și monitorizați activ .

CLINICCO®
www.clinicco.ro

Concor®
Bisoprolol
Susţinut de rezultate

Hipertensiunea arterială

Concor®
Pentru o betablocadă cardioselectivă

Merck Serono CardioMetabolic Care

Concor® 5mg, 10mg / Concor® COR 2,5 mg, 5 mg şi 10 mg, comprimate filmate. **Rezumatul caracteristicilor produsului *(RCP)* varianta prescurtată. Compoziţia calitativă şi cantitativă: Concor®**: hemifumarat de bisoprolol 5 mg şi 10 mg; **Concor® COR:** hemifumarat de bisoprolol 2.5 mg, 5 mg şi 10 mg pentru lista tuturor excipienţilor consultaţi *RCP*-ul produsului. **Indicaţii terapeutice:** Tratamentul hipertensiunii arteriale, tratamentul bolii coronariene (angină pectorală) tratamentul formelor stabile cronice de insuficienţă cardiacă (ICC) cu reducerea funcţiei sistolice ventriculare. **Doze şi mod de administrare**: ICC pacienţi stabili (fără decompensare acută) atunci când este instituit tratamentul cu bisoprolol. **Schemă de administrare:** *Pentru hipertensiunea arterială şi boală coronariană:* doza este de 5 mg bisoprolol hemifumarat, o dată pe zi. Dacă este necesar, doza poate fi crescută la 10 mg bisoprolol hemifumarat o dată pe zi. *Doza maximă recomandată* este de 20 mg bisoprolol o dată pe zi. *Pentru insuficienţa cardiacă cronică:* doza iniţială este de 1,25 mg zilnic. După tolerabilitatea fiecărui individ, doza este crescută la 2,5 mg, 3,75 mg, 5 mg, 7,5 mg şi 10 mg o dată pe zi la intervale de 2 săptămâni sau mai mult. Dacă creşterea unei doze nu este bine tolerată, tratamentul trebuie menţinut la o doză mai mică. *Doza maximă recomandată* este de 10 mg o dată pe zi. **Administrare:** dimineaţa împreună cu alimentele; comprimatele vor fi înghiţite cu o cantitate de lichid, nemestecate. ***Grupe speciale de pacienţi*** : *insuficienţă renală sau hepatică* – creşterea dozei trebuie efectuată cu precauţie. *Vârstnici:* nu este necesară o ajustare a dozei. *Copii:* nu există date referitoare la administrarea de bisoprolol la copii. **Contraindicaţii:** hipersensibilitate la bisoprolol sau excipienţi; insuficienţă cardiacă acută sau în timpul episoadelor de decompensare ce necesită tratament inotrop pozitiv administrat i.v.; soc cardiogen; bloc AV de gradul II sau III (fără pacemaker); sindrom de sinus bolnav; bloc sinoatrial; bradicardie cu < 60 bătăi/minut înainte de iniţierea tratamentului; hipotensiune arterială (TA sistolică sub 100 mm Hg); astm bronşic sever sau BPOC severă; arteriopatii periferice sau sindromul Raynaud, forme severe; feocromocitom netratat; acidoză metabolică. **Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare:** Bisoprololul va fi folosit cu prudenţă în: bronhospasm; diabet zaharat cu fluctuaţii mari ale glicemiei; bloc AV de gradul I; angină Prinzmetal; arteriopatii periferice; anestezie generală. La pacienţii ce vor fi supuşi unor intervenţii chirurgicale cu anestezie generală, beta-blocantele reduc riscul apariţiei aritmiilor şi ischemiei miocardice pe parcursul inducţiei şi intubaţiei şi în perioada postoperatorie. Se recomandă menţinerea acţiunii simpatolitice la nivelul receptorilor beta şi în perioada perioperatorie. Nu se recomandă asocierea bisoprololului cu blocante ale canalelor de calciu de tip verapamil sau diltiazem, cu antiaritmice din clasa I şi cu antihipertensive cu acţiune centrală. La pacienţii cu astm bronşic sau cu alte afecţiuni obstructive pulmonare simptomatice se poate recomanda administrarea concomitentă de bronhodilatatoare. Întreruperea tratamentului cu bisoprolol nu trebuie efectuată brusc cu excepţia cazurilor în care există indicaţii clare. **Interacţiuni cu alte medicamente şi alte forme de interacţiune**, **Sarcina şi alăptarea:** se va consulta varianta detaliată a *RCP*-ului. **Reacţii adverse:** Analizele sângelui: *Rare:* valori crescute ale trigliceridelor; Tulburări cardiace: *Foarte frecvente:* bradicardie; *Frecvente:* agravarea insuficienţei cardiace; *Mai puţin frecvente:* tulburări de conducere A-V; Tulburări ale sistemului nervos: *Rare:* sincopă; Tulburări respiratorii toracice şi mediastinale: *Mai puţin frecvente:* bronhospasm la pacienţii cu astm bronşic sau cu obstrucţii ale căilor aeriene în antecedente; Tulburări musculoscheletale şi ale ţesutului conjunctiv: *Mai puţin frecvente:* crampe musculare, astenie musculară; Tulburări vasculare: *Mai puţin frecvente:* hipotensiune ortostatică; Tulburări ale aparatului genital şi ale sânului: *Rare:* tulburări de potenţă. **Natura şi conţinutul ambalajului: Concor®** 5 mg şi 10 mg; **Concor® COR** 2.5 mg, 5 mg şi 10 mg: Cutie cu 3 blistere PVC/ Al a câte 10 comprimate filmate. **Notă:** Înainte de prescrierea **Concor®/Concor® COR**, se va consulta varianta detaliată a *RCP*-ului. **Deţinătorul APP:** Merck KGaA, Frankfurter Straße 250, 64293 Darmstadt, Germania. **APP: Concor®** 5 mg/6009/2005/01, **Concor®** 10 mg/6010/2005/01; **Concor® COR** 2.5 mg/8277/2006/01, **Concor® COR** 5 mg/8278/2006/01 şi **Concor® COR** 10 mg/8279/2006/01. **Clasificarea pentru eliberare:** se va elibera pe bază de prescripţie medicală **P-6L. Data revizuirii textului:** aprilie 2010. *Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii.*

CHIMIMPORTEXPORT – PLURIMEX S.R.L.
Str. Tunari nr. 26, Sector 2, Bucureşti; Tel.: 021/211 85 68, 021/210 76 87; Fax: 021/210 74 21, 021/210 12 59; e-mail: office@chimimport.ro; www.chimimport.ro

Merck Serono

Merck Serono is a division of Merck

MERCK

Prevenția bolilor coronariene, modificarea stilului de viață

Bolile cardiovasculare (BCV) reprezintă principala cauză de deces prematur în Europa. Sunt o cauză importantă de invaliditate și contribuie în mod substanțial la creșterea costurilor din sistemul sanitar.

Dr. Costică Baba
medic specialist
cardiolog Clinicco
www.clinicco.ro

CLINICCO®
www.clinicco.ro

Ateroscleroza subiacentă se dezvoltă insidios, în mulți ani, și este de obicei avansată în momentul apariției simptomelor. Decesul prin BCV survine de multe ori subit, înainte de asigurarea accesului la asistență medicală, astfel încât multe intervenții terapeutice sunt inaplicabile sau paleative. Apariția în masă a BCV se corelează strâns cu stilul de viață și cu factorii fiziologici și biochimici modificabili. S-a demonstrat că modificarea factorilor de risc reduce mortalitatea și morbiditatea prin BCV, în special la pacienții cu risc înalt. Bolile cardiovasculare afectează atât barbații cât și femeile; dintre decesele survenite înaintea vârstei de 75 de ani în Europa, 42% sunt datorită BCV la femei și 38% la sexul masculin. S-a observat că mortalitatea cardiovasculară a scăzut cu peste 50% dacă s-au luat măsuri legate de factorii de risc și cu 40% prin îmbunătățirea tratamentului medicamentos.

> Recomandările generale trebuie adaptate obiceiurilor culturale locale

Prioritățile pentru prevenția BCV în practica clinică sunt pacienții cu BCV aterosclerotică instalată; persoanele asimptomatice cu risc crescut de BCV prin factori de risc multipli care au ca rezultat creșterea riscului total de BCV (risc de deces prin BCV ≥5% la 10 ani), cei cu diabet zaharat de tip 2 și de tip 1 cu microalbuminurie, în cazul creșterii marcate a unui singur factor de risc, mai ales dacă se asociază cu afectarea organelor-țintă; rudele de gradul I ale pacienților cu BCV aterosclerotice precoce sau cu risc deosebit de înalt.

Obiectivele prevenției BCV

Acestea sunt de a ajuta persoanele cu risc scăzut de BCV să își mențină acest status pe tot parcursul vieții, și de a le ajuta pe cele cu risc total crescut de BCV să îl reducă; de a atinge caracteristicile persoanelor care tind să rămână sănătoase: absența fumatului, alegerea unei alimentații sănătoase, activitate fizică: 30 de min de activitate moderată pe zi, IMC (indice de masă corporală) <25 kg/m2 și evitarea obezității centrale, valorile TA <140/90 mmHg, colesterol total <5 mmol/l (~ 190 mg/dl), LDL-colesterol <3 mmol/l (~ 115 mg/dl), glicemie <6 mmol/l (~ 110 mg/dl).

Alte obiective importante se referă la modalitățile prin care se obține un control mai riguros al factorilor de risc la pacienții cu risc înalt, mai ales la cei cu BCV instala-

PRESTANCE

5/5 5/10 10/5 10/10

Perindopril arginină - Amlodipină besilat **1 comprimat/zi**

De la medicina bazată pe dovezi...

Reducere demonstrată în studiul **ASCOT** în brațul de pacienți hipertensivi tratați cu combinația amlodipină ± perindopril**

-24% mortalitate cardiovasculară*

la beneficii clinice*

* Reducere relativă a riscului de mortalitate cardiovasculară demonstrată în studiul ASCOT. ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;366:895-906.

** Meurin P. The ASCOT Trial. Clarifying the Role of ACE Inhibition in the Reduction of Cardiovascular Events in Patients with Hypertension. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2006;6:327-334.

Denumirea comercială a medicamentului: PRESTANCE 5 mg/5 mg comprimate, PRESTANCE 5 mg/10 mg comprimate, PRESTANCE 10 mg/5 mg comprimate, PRESTANCE 10 mg/10 mg comprimate. **Compoziția calitativă și cantitativă**: un comprimat conține perindopril arginină 5 mg echivalent cu perindopril 3,395 mg și besilat de amlodipină 6,935 mg echivalent cu amlodipină 5 mg; perindopril arginină 5 mg echivalent cu perindopril 3,395 mg și besilat de amlodipină 13,870 mg echivalent cu amlodipină 10 mg; perindopril arginină 10 mg echivalent cu perindopril 6,790 mg și besilat de amlodipină 6,935 mg echivalent cu amlodipină 5 mg; perindopril arginină 10 mg echivalent cu perindopril 6,790 mg și besilat de amlodipină 13,870 mg echivalent cu amlodipină 10 mg. Excipient: lactoză monohidrat. **Forma farmaceutică**: comprimat; comprimate de formă alungită, de culoare albă, gravate cu 5/5 pe una dintre fețe și pe cealaltă față; comprimate de formă pătrată, de culoare albă, gravate cu 5/10 pe una dintre fețe și pe cealaltă față; comprimate de formă triunghiulară, de culoare albă, gravate cu 10/5 pe una dintre fețe și pe cealaltă față; comprimate de formă rotundă, de culoare albă, gravate cu 10/10 pe una dintre fețe și pe cealaltă față. **Indicații terapeutice**: PRESTANCE este indicat ca terapie de substituție în hipertensiunea arterială esențială și/sau boala coronariană stabilă, la pacienți a căror afecțiune este deja controlată cu perindopril și amlodipină, administrate separat, în doze similare. **Doze și mod de administrare**: administrare orală. Un comprimat pe zi, administrat în doză unică, de preferat dimineața și înainte de masă. Combinația fixă nu este indicată ca terapie de inițiere. Dacă este necesară o schimbare a dozajului, doza de PRESTANCE poate fi modificată sau trebuie avută în vedere stabilirea treptată individuală a dozei fiecărei componente a combinației medicamentoase. Copii și adolescenți: PRESTANCE nu trebuie utilizat la copii și adolescenți, deoarece eficacitatea și tolerabilitatea perindoprilului și amlodipinei, în monoterapie sau combinație, nu a fost stabilită la copii și adolescenți. **Contraindicații**: Datorate perindoprilului: hipersensibilitate la perindopril sau la oricare alt inhibitor al ECA, antecedente de edem angioneurotic asociat cu terapia anterioară cu inhibitor al ECA, edem angioneurotic ereditar sau idiopatic, al doilea și al treilea trimestru de sarcină. Datorate amlodipinei: hipotensiune arterială severă, hipersensibilitate la amlodipină sau la orice alte dihidropiridine, șoc, inclusiv șoc cardiogen, obstrucția tractului de ejecție al ventriculului stâng (de exemplu, stenoză aortică de grad mare), angină pectorală instabilă (cu excepția anginei Prinzmetal), insuficiență cardiacă după infarct miocardic acut (în primele 28 de zile). Datorate PRESTANCE: Toate contraindicațiile legate de fiecare componentă în parte, așa cum au fost prezentate mai sus, trebuie luate în considerare, de asemenea, la combinația fixă de PRESTANCE; Hipersensibilitate la oricare dintre excipienți. **Sarcina și alăptarea**: Datorită efectelor componentelor individuale ale acestei combinații medicamentoase asupra sarcinii și alăptării, PRESTANCE nu este recomandat în primul trimestru de sarcină. PRESTANCE este contraindicat în trimestrul al doilea și al treilea de sarcină. PRESTANCE nu este recomandat pe perioada alăptării. În consecință, trebuie luată decizia întreruperii alăptării sau a întreruperii tratamentului cu PRESTANCE, luându-se în considerare cât de importantă este această terapie pentru mamă. **Reacții adverse**: frecvente (≥1/100 și <1/10): somnolență, amețeli, cefalee, parestezie, vertij, tulburări de vedere, tinitus, palpitații, hiperemie a feței, hipotensiune arterială (și efecte aflate în raport cu hipotensiunea arterială), dispnee, tuse, dureri abdominale, greață, vărsături, dispepsie, disgeuzie, diaree, constipație, prurit, erupție cutanată tranzitorie, crampe musculare, edem, edem periferic, fatigabilitate, astenie; mai puțin frecvente (≥1/1000 și <1/100): reacții alergice: urticarie, creștere în greutate, scădere în greutate, insomnie, tulburări de dispoziție, tulburări de somn, tremor, hipoestezie, parestezie, tulburări de vedere, tinitus, sincopă, hipotensiune arterială (și efecte aflate în raport cu hipotensiunea arterială), dispnee, rinită, bronhospasm, vărsături, dispepsie, tulburări de tranzit intestinal, uscăciunea gurii, pervertirea gustului, edem angioneurotic al feței, extremităților, buzelor, mucoaselor, limbii, glotei și/sau laringelui, alopecie, purpură, decolorare cutanată, diaforeză, transpirații, prurit, erupție cutanată tranzitorie, artralgie, mialgie, crampe musculare, dorsalgii, tulburări de micțiune, nicturie, creșterea frecvenței urinare, insuficiență renală, impotență, ginecomastie, durere toracică, astenie, durere, stare generală de rău. **Natura și conținutul ambalajului**: Cutie cu 1 flacon a 30 de comprimate. **Deținătorul autorizației de punere pe piață**: Les Laboratoires Servier, Franța. **Data primei autorizări**: Mai 2008. **Data revizuirii textului**: Decembrie 2011.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P-6L. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații complete consultați rezumatul caracteristicilor produsului.

Servier Pharma
Str. Tipografilor nr 11-15, S-Park, Corp A1, Sector 1, București.
Tel. 021/528 52 80; Fax 021/528 52 81
www.servier.ro

ÎMPREUNĂ PENTRU INIMI

SERVIER
Life through Discovery

RO PSCE 2012-2013

te sau cu diabet: Tensiune arterială <130/80 mmHg, dacă acest lucru este posibil; Colesterol total <4,5 mmol/l (~ 175 mg/dl), opţional <4 mmol/l (~ 155mg/dl), dacă acest lucru este posibil; LDL-colesterol <2,5 mmol/l (~ 100 mg/dl), opţional <2 mmol/l (~ 80 mg/dl), dacă acest lucru este posibil; Glicemie à jeun <6 mmol/l (~ 110 mg/dl) şi HbA1c <6,5%, dacă acest lucru este posibil. De a lua în considerare un tratament medicamentos cardioprotector la aceşti pacienţi cu risc înalt, mai ales la cei cu BCV aterosclerotică instalată.

Consiliere

Toate persoanele trebuie consiliate asupra alegerii alimentelor asociate cu un risc redus de BCV. Dacă este posibil, persoanele cu risc înalt trebuie să primească consiliere specializată în ceea ce priveşte dieta.

Recomandări generale

Trebuie consumată o varietate largă de alimente; este necesară ajustarea ingestiei calorice pentru a preveni supraponderalitatea; trebuie încurajat consumul de: fructe, legume, cereale şi pâine integrală, peşte (în special peşte gras), carne slabă, produse lactate degresate. Înlocuirea grăsimilor saturate cu alimentele menţionate mai sus şi cu grăsimi mononesaturate şi polinesaturate de origine vegetală şi marină, pentru reducerea lipidelor totale la <30% din cantitatea de energie, dintre care mai puţin de 1/3 să fie grăsimi saturate. Reducerea aportului de sare dacă tensiunea arterială este crescută, prin evitarea adăugării de sare la mese şi la gătit şi prin alegerea unor alimente proaspete sau congelate nesărate. Multe alimente procesate şi preparate, inclusiv pâinea, au un conţinut ridicat de sare. Greutatea corporală crescută este asociată cu creşterea mortalităţii şi morbidităţii totale şi prin BCV, mediată în parte prin creşterea tensiunii arteriale şi a colesterolemiei, reducerea HDL-colesterolului şi creşterea probabilităţii de apariţie a diabetului zaharat. Scăderea ponderală este recomandată la persoanele obeze (IMC ≥30 kg/m2) şi trebuie avută în vedere la persoanele supraponderale (IMC ≥25 şi <30 kg/m2). Bărbaţii cu o circumferinţă a taliei de 94-102 cm şi femeile cu o circumferinţă a taliei de 80-88 cm să nu crească suplimentar în greutate. La o circumferinţă a taliei de peste 102 cm la bărbaţi şi peste 88 cm la femei se recomandă scădere ponderală. Reducerea consumului caloric total şi exerciţiile fizice regulate sunt esenţiale pentru controlul greutăţii. Probabil că îmbunătăţirea metabolismului ţesutului adipos central prin exerciţii fizice survine chiar înainte de scăderea ponderală. Orice creştere a nivelului de activitate fizică are efecte pozitive asupra sănătăţii; eforturile mici au un efect aditiv; există oportunităţi de a efectua efort fizic chiar la locul de muncă, de exemplu urcarea scărilor în loc de a folosi liftul. Încercaţi să găsiţi activităţi în timpul liber care să fie plăcute şi să aibă un efect pozitiv.

Exerciţiul fizic de intensitate moderată timp de 30 de minute 5 zile/ săptămâna va reduce riscul şi va creşte condiţia fizică. Efectuarea exerciţiilor fizice împreună cu familia tinde să crească motivaţia; beneficiile suplimentare includ o stare de bine, scădere ponderală şi o părere mai bună despre propria persoană; continuarea încurajărilor şi susţinerea medicului pot fi utile pe termen lung.

Oamenilor li se pare dificilă schimbarea stilului de viaţă din mai multe motive: statutul socio-economic redus, inclusiv nivelul educaţional scăzut şi veniturile mici, reprezintă un obstacol în calea adoptării modificărilor stilului de viaţă; izolarea socială- persoanele care locuiesc singure sunt mai predispuse la obiceiuri de viaţă nesănătoase; stresul la locul de muncă şi la domiciliu face mai dificilă adoptarea şi menţinerea obiceiurilor sănătoase de viaţă; emoţiile negative- depresia, anxietatea şi ostilitatea împiedică schimbarea modului de viaţă; recomandările complexe sau confuze. O mai bună conştientizare a acestor factori de către medici facilitează empatia, consilierea şi furnizarea unor recomandări comprehensive, simple şi explicite.

Concluzie

Pentru facilitarea prevenţiei bolilor cardio-vasculare în practică sunt necesare ghiduri simple, clare şi credibile, timp suficient petrecut cu pacientul, politici guvernamentale pozitive şi utile (definirea strategiilor de prevenţie cu resursele aferente şi stimulente, care să includă remunerare pentru prevenţie, ca şi pentru tratament), politici educaţionale care să faciliteze aderenţa pacienţilor la consiliere.

HRI-Vitalion™

Puterea revigorantă a naturii

Acest produs este recomandat în primul rând celor care suferă de:

- ateroscleroză
- osteoporoză
- varice și ulcer varicos
- artroză și degradarea substanței osoase
- hiperglicemie
- arterită

Producător: Surepharm Services Limited, Marea Britanie
Importator: SC Vitalion SRL, Str Principala Nr 499, Dumbrăvioara, România, tel./fax: 0265 - 261.846
www.hrivitalion.ro

Noi strategii terapeutice pentru optimizarea controlului hipertensiunii arteriale: metoda managementului hemodinamic integrat (HOTMAN® System)

Hipertensiunea arterială reprezintă o problemă majoră de sănătate pe întregul glob, atât la nivel individual cât și social, fiind unul din cei mai importanți factori de risc pentru patologia cardiovasculară și având o prevalență înaltă și în continuă creștere.

Un studiu desfășurat în urmă cu câțiva ani comunică o cifră a prevalenţei HTA de 44% în Europa versus 28% în SUA şi o corelaţie puternică între prevalenţa HTA şi mortalitatea prin accident vascular cerebral sau prin boala cardiovasculară.[1] Indiscutabil, efectele favorabile ale tratamentului antihipertensiv în scăderea morbi-mortalităţii legate de hipertensiune sunt dovedite în numeroase trialuri clinice totalizand milioane de pacienţi. Cu toate acestea, în ciuda disponibilităţii a numeroase clase de medicamente antihipertensive, controlul hipertensiunii arteriale rămâne frecvent suboptimal. Mai mult decât atât, reacţiile adverse ale tratamentului antihipertensiv pot interfera cu stilul de viaţă al pacienţilor şi afecta complianţa acestora la tratament. Prin urmare strategii terapeutice alternative sunt din ce în ce mai mult explorate în ultimii ani.[2]

Numeroşi factori sunt incriminaţi ca fiind răspunzători de controlul nesatisfăcător al tensiunii arteriale, de la lipsa aderenţei la tratament a pacientului, până la rezistenţa la tratament prin diferite mecanisme, sau la posibilitatea administrării unui tratament inadecvat. Într-adevăr, decizia privind tratamentul antihipertensiv în practica de zi cu zi nu este una simplă. În procesul decizional ar trebui luată în considerare imensa „variabilitate" individuală, atât privitor la cauzele fiziopatologice ale hipertensiunii cât şi la răspunsul diferit la tratament.

Recomandările oarecum generale ale ghidurilor actuale se referă la iniţierea şi continuarea terapiei cu oricare din următoarele cinci clase de medicamente antihipertensive: diuretice tiazidice, antagonişti de calciu, inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei, blocanţi de receptori de angiotensină, beta-blocante, luând în considerare efectul relativ omogen de reducere a morbi-mortalităţii prin tratament antihipertensiv, datorat scăderilor tensionale «per se». Câteva recomandări specifice se referă la anumiţi factori demografici sau patologici care impun folosirea cu precădere a unor anumite clase de agenţi terapeutici.[3]

În abordarea practică aşadar, tratamentul se bazează în principiu pe măsurarea tensiunii arteriale şi pe documentarea prezenţei anumitor co-morbidităţi. Având în vedere lipsa datelor privitoare la patogeneza hipertensiunii în cazul fiecărui pacient în parte, este greu de prezis ce „efect" (prin efect înţelegând atât eficacitate dar şi posibile reacţii adverse), va avea tratamentul, ales de multe ori în funcţie de experienţa şi preferinţele clinicianului şi mai putin în funcţie de profilul hemodinamic specific al pacientului.

În fapt, hipertensiunea arterială nu ar trebui tratată ca un simptom, fără a acorda atenţie cauzelor hemodinamice implicate în producerea ei. Ea este rezultatul unei alterări în oricare din următorii modulatori hemodinamici: volum intravascular, inotropism, rezistenţa vasculară periferică. Pentru fiecare pacient aceşti parametri hemodinamici sunt într-o relaţie mutuală şi determină un profil hemodinamic specific. Tratamentul corect al hipertensiunii implică identificarea şi corectarea modulatorului afectat, scopul final fiind un status hemodinamic normal al pacientului. Acesta presupune: normotensiune – tensiunea arterială medie în limite normale şi circulaţie normodinamică – debit cardiac în limite normale. El este rezultatul final al nivelurilor normale ale modulatorilor hemodinamici: normovolemia, normoinotropismul şi normovasoactivitatea şi asigură un nivel adecvat al perfuziei tisulare – necesar stării de sănătate pe termen lung a organismului.[4]

Metoda de evaluare prin bioimpedanţa electrică toracică, (Sistemul HOTMAN de Management Hemodinamic Integrat), oferă posibilitatea unei evaluări corecte a statusului hemodinamic al pacientului hipertensiv şi drept urmare, o abordare

Sistemul HOTMAN® - MONITORIZARE şi MANAGEMENT HEMODINAMIC prin bioimpedanţă electrică toracică (BET)

Sistemul HOTMAN® este un aparat medical ce foloseşte o metodă noninvazivă de măsurare a parametrilor hemodinamici bazată pe determinarea modificărilor de bioimpedanţă toracică pe parcursul unui ciclu cardiac.

Folosind o tehnologie avansată şi graţie abilităţilor inovative de software, sistemul HOTMAN® oferă:

✓ **Identificarea modulatorilor hemodinamici afectaţi - volum intravascular, inotropism, vasoactivitate** - drept cauze ale hipertensiunii arteriale esenţiale

✓ **Abordare terapeutică personalizată**, ţintită pe corectarea modulatorului afectat

✓ **Creştere semnificativă a ratei controlului HTA**, cu un procent redus al efectelor adverse datorate dezechilibrului hemodinamic

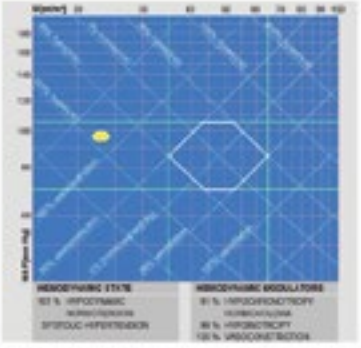
Date din studii clinice au demonstrat că utilizarea metodei HOTMAN în managementul hipertensiunii a dus la o creştere semnificativă (până la 84%) a ratei de control la pacienţi anterior trataţi şi necontrolaţi. (Dorobanţu M.et al., 2005; Martell C., 2012)

Pagina de monitorizare: afişează valorile digitale ale parametrilor hemodinamici procesaţi şi informaţii privind valoarea fiecărui parametru comparativ cu intervalul valorilor normale.

Pagina de management hemodinamic: asigură o evaluare exactă a gradului de afectare a modulatorilor hemodinamici: **volum intravascular, inotropism, rezistenţă vasculară periferică, cronotropism** precum şi a consecinţelor lor asupra statusului hemodinamic al pacientului.

Pagina de modeling: prin utilizarea acestei caracteristici unice a sistemului se pot determina "virtual" efectele hemodinamice ale tratamentului selectat, fără a expune pacientul la posibilele reacţii adverse create de dezechilibrul hemodinamic.

Pagina de management hemodinamic



Profilul hemodinamic al pacientului pe harta hemodinamică

Recomandări

- pacienţi hipertensivi recent diagnosticaţi în vederea alegerii terapiei ţintite pe modulatorul/ modulatorii hemodinamici afectaţi, încă de la iniţierea tratamentului
- pacienţi hipertensivi cu control nesatisfăcător sub tratament antihipertensiv sau rezistenţi la tratament, în vederea ajustării claselor şi dozelor de agenţi antihipertensivi
- pacienţi cu reacţii adverse la tratamentul antihipertensiv, presupuse a fi din cauza dezechilibrului hemodinamic indus de tratament
- femei gravide hipertensive sau cu risc de a dezvolta hipertensiune

- **metodă non-invazivă**
- **uşor de utilizat**
- **rezultate în câteva minute**

HEMO SAPIENS INC. European Office 35,
Capitan Eremia Popescu, Str. Sector 4, Bucharest, Romania
Tel: +40 21 334 93 57 • Fax: +40 21 334 93 57
office@hemosapiens.net • www.hemosapiens.net

HEMO SAPIENS®
a smart hemodynamics company

terapeutică „personalizată", conducând la un tratament mai eficient și mai sigur.

Sistemul utilizează o tehnologie inovativă, non-invazivă, bazată pe măsurarea bioimpedanței electrice toracice pe parcursul unui ciclu cardiac și oferă informații atât asupra gradului de afectare a modulatorilor hemodinamici (volemie, inotropism, rezistență vasculară periferică) cât și asupra statusului hemodinamic (tensiune arterială și debit cardiac).

Un studiu observațional recent publicat aduce o perspectivă extrem de interesantă asupra profilului hemodinamic al pacienților hipertensivi tratați dar cu control suboptimal al valorilor tensionale.[5] 134 pacienți cu hipertensiune arterială esențială necontrolată, tratați cu cel putin 2 agenți antihipertensivi au fost evaluați în nouă Centre Europene de Excelență în Hipertensiune prin metoda managementului hemodinamic integrat (HOTMAN® System) pentru determinarea non-invazivă a modulatorilor și statusului hemodinamic. Rezultatele studiului indică o corelație puternică între afectarea modulatorilor hemodinamici și hipertensiunea arterială. Aproape toți pacienții (98.5%) au avut cel puțin un modulator hemodinamic afectat, după cum urmează: hipervolemie 96.4% și/sau hipoinotropism 42.5% și/sau vasoconstricție 49.3%. În populația studiului s-au găsit unsprezece combinații diferite de modulatori hemodinamici alterați și șase stări hemodinamice diferite, aceasta subliniind imensa variabilitate hemodinamică din rândul pacienților hipertensivi tratați. Concluziile studiului arată că o analiză atentă a modulatorilor hemodinamici ar trebui să preceadă modificările tratamentului antihipertensiv, în scopul obținerii controlului tensional în condițiile unui status hemodinamic normal.

De altfel, eficiența utilizării managementului hemodinamic integrat prin bioimpedanța electrică toracică (HOTMAN® System) în abordarea terapeutică a pacienților hipertensivi anterior tratați dar necontrolați a fost dovedită în mai multe studii clinice, ce au demonstrat în mod concordant o creștere semnificativă a ratei de control (intre 60-84%), cu un procent redus al reacțiilor adverse.[6,7]

Un studiu comunicat la Congresul European de Hipertensiune în 2012, care s-a desfasurat în Spania sub conducerea Prof. Martell Claros, președintă a Societății Spaniole de Hipertensiune, a demonstrat o creștere a ratei de control la 55% dintre pacienții diagnosticați cu HTA rezistentă la tratament, control tensional ce a fost obținut doar printr-o ajustare corectă a dozelor medicamentelor deja utilizate, fără a necesita introducerea unei noi clase de agenți antihipertensivi.[8]

Mai mult, în prezent există numeroase proiecte de cercetare în desfășurare, investigând beneficiile aduse în controlul HTA de către abordarea terapeutică de tip „management hemodinamic integrat" - adică în funcție de rezultatele evaluării modulatorilor hemodinamici, versus abordarea clasică, sau versus alte metode moderne, spre exemplu metoda intervențională a denervării renale. Studiul BEAUTY (Better control of blood pressure in hypertensive patients monitored Using the HOTMAN® system) este un studiu multicentric, prospectiv, randomizat, ce se defășoară în mai multe Centre Europene de Excelență în Hipertensiune. Obiectivul primar al studiului este acela de a demonstra în două grupuri paralele de pacienți că evaluarea parametrilor hemodinamici și aplicarea unui algoritm predefinit de selecție a tratamentului anti-hipertensiv îmbunătățește considerabil rata controlului HTA versus selecția clasică a tratamentului în funcție de recomandările Ghidului European actual.[9]

În concluzie, există numeroase dovezi care tind să impună o direcție modernă în abordarea tratamentului antihipertensiv și anume alegerea unei terapii prin „corespondența" efectelor farmacologice ale terapiei cu dezechilibrul hemodinamic specific unui anumit pacient și utilizarea celui mai adecvat medicament/combinație de medicamente, în dozele corecte (raport optim eficacitate/siguranță) pentru fiecare pacient în parte.

Utilizarea în practica de zi cu zi a metodei managementului hemodinamic integrat prin bioimpedanța electrică toracică va duce la maximizarea eficacității actualelor tratamente farmacologice cu creșterea calității vieții pacientului și costuri de tratament salvate.

Asist. Univ. Dr. Luminița Ardelean
Medic specialist Medicină Internă și Nefrologie

Referinte:

1.Wolf-Mayer K. Et al., JAMA 2003;18:2363-2369

2.J Am Coll Cardiol Intv 2012;5:249–58

3.European Guidelines of hypertension management, J of Hypertension 2009;27:2121-2158.

4.Shramek Bo: Systemic hemodynamics and hemodynamic management, 2002

5.Viigimaa et al., Blood Pressure, 2013

6.Shramek B., Tichy J.A. et al., presented at The American Society of Hypertension, 11th Scientific Meeting, New York, 1996.

7.Dorobantu M.et al., presented at the 15th European Meeting of Hypertension, Milan, 2005

8.MartellC. et al., presented at the 22nd European Meeting of Hypertension, London, 2012

9. www.ClinicalTrials.gov

SANDOZ
O decizie sănătoasă

Deschidem noi ferestre în managementul pacienților cu boli cardiovasculare

Candesartan Sandoz®
candesartan cilexetil 8 mg, 16 mg

Roxardio®
rosuvastatină 5 mg, 10 mg, 20 mg

Metosuccinat Sandoz®
metoprolol succinat 47,5 mg, 95 mg, 190 mg

Piramil®
ramipril 2,5 mg, 5 mg, 10 mg

Tulip®
atorvastatină 10 mg, 20 mg, 40 mg

Amlohexal®
amlodipină 5 mg, 10 mg

Aceste medicamente se eliberează pe bază de prescripție medicală.
Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați Rezumatele Caracteristicilor Produselor.
Acest material este dedicat profesioniștilor din domeniul medical.

Sandoz Pharma Services S.R.L.
Victoria Business Park, Șoseaua București-Ploiești 73-81, corp 2, etaj 2, București, sector 1,
Telefon: 021 407 51 60, Fax: 021 407 51 61, e-mail farmacovigilență: pv.ro@sandoz.com, www.sandoz.ro

Protecția aparatului cardiovascular

Exercițiul fizic suficient și o dietă adecvată sunt componente importante ale unui mod de viață sănătos. O dietă dezechilibrată conține adesea prea mulți acizi grași nesaturați, grăsimi animale sau colesterol, ceea ce în timp poate contribui la afectarea aparatului cardiovascular și a inimii, ducând astfel la apariția insuficienței cardiace.

Frecvent se întâmplă ca alimentaţia să conţină o cantitate insuficientă de acizi graşi polinesaturaţi esenţiali, precum acizii graşi Omega-3, care nu sunt produşi în organism prin sinteză proprie.

Capsulele de la Doppelherz® conţin ulei de somon cu 30% acizi graşi Omega-3, 1 capsulă Doppelherz® aktiv Omega-3 Cardio furnizează 180 mg EPA şi 120 mg DHA, deosebit de valoroşi pentru menţinerea sănătăţii aparatului cardiovascular.

Capsulele de la Doppelherz® conţin, pe lângă 1000 mg ulei de somon şi vitaminele hidrosolubile acid folic, B1, B6, B12 şi Vitamina E, liposolubilă.

Acidul folic(300 mg) favorizează menţinerea unui nivel normal al homocisteinei. În această acţiune este sprijinit de Vitaminele B6 şi B12. Nivelul normal al homocisteinei contribuie la menţinerea sănătăţii şi a stării de bine.

Vitamina B1 contribuie la funcţionarea normală a inimii.

Acidul folic şi Vitaminele B6 şi B12 sprijină sistemul imunitar. În plus, Vitaminele B1 şi B6 susţin funcţionarea normală a sistemului nervos.

Vitamina E(12 mg) protejează constituenţii celulelor împotriva stresului oxidativ (de ex., celulele cardiace).

Astfel cu doar 2 capsule pe zi de Doppelherz Omega-3 Cardio cu Acid folic şi vitamine B, contribuiţi la menţinerea sănătăţii aparatului cardiovascular şi la funcţionarea normală a inimii.

- **Conținut ridicat de acizi grași Omega-3** (180 mg EPA + 120 mg DHA pe capsulă) cu rol în menținerea sănătății aparatului cardiovascular
- **Acidul folic** contribuie la nivelul normal al homocisteinei
- **Vitamina B1** contribuie la funcționarea normală a inimii

Doppel herz® aktiv

Omega-3 Cardio

Ulei de peşte cu EPA şi DHA + Acid folic + Vitamina B_6 şi B_{12}

Pentru un sistem cardiovascular sănătos

Implantare de valvă aortică „sutureless"

În România, la Spitalul Monza din București s-a implantat pentru prima dată, acest tip nou de valvă, recent omologată la nivel european. Operația a fost realizată de către echipa de chirurgi a spitalului, coordonată de dr. Theodor Cebotaru, reputat chirurg cardiovascular, intervenția durând aproximativ 3 ore.

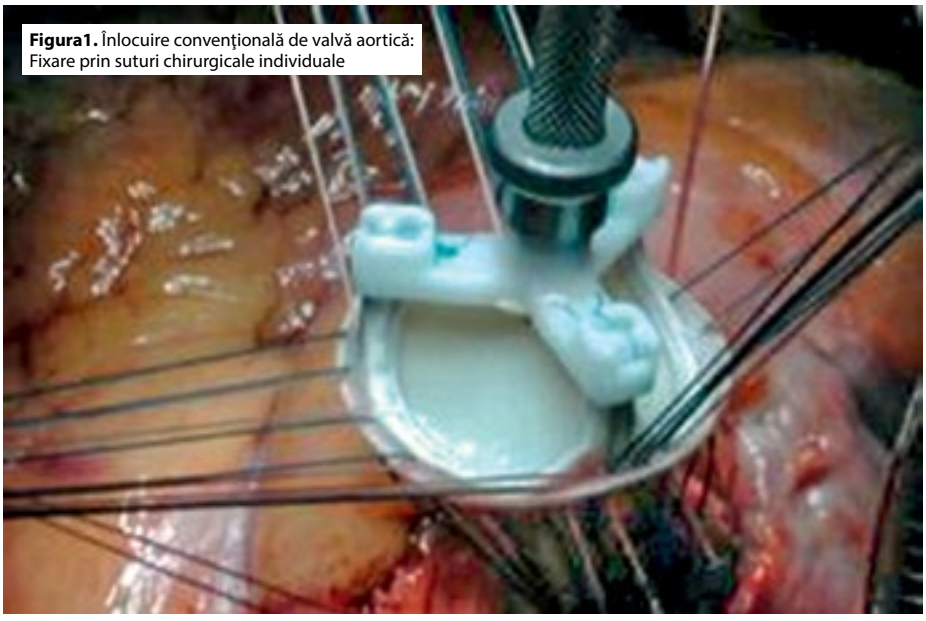


Figura1. Înlocuire convenţională de valvă aortică: Fixare prin suturi chirurgicale individuale

Această operaţie a fost una extrem de dificilă datorită riscului operator crescut și a presupus schimbarea unei valve și repararea celei de-a doua: prima a fost implantată prin procedura fără sutură (valva sutureless) pe cord deschis, ceea ce a redus considerabil timpul de execuţie al operaţiei și riscurile aferente unei astfel de intervenţii, iar cea de-a doua valvă a fost reparată pe cord bătând.

Pacientul, un bărbat în vârstă de 80 de ani, a suferit acum 4 ani o intervenţie cardiacă de înlocuire a valvei aortice. În urma unei recente infecţii la inimă, a fost necesară o reintervenţie, cu risc operator crescut datorită vârstei înaintate a pacientului, starea critică a inimii și boală avansată. Cazul a fost preluat și realizat cu succes de către echipa de medici a Spitalului Monza București.

Context

Până în prezent, valvele protetice biologice sunt clasificate ca fiind: cu stent sau stentless (fără stent), în funcţie de tipul de ţesut biologic folosit pentru cuspele valvei aortice, care pot fi din pericard bovin/porcin sau cabalin și care este fixat de o structură metalică (stent) sau nu. Indiferent de tipul lor, protezele biologice sunt fixate de inelul aortic nativ prin suturi chirurgicale individuale sau stentless, cu sau fără petece sau ca o sutură continuă pe spaţiul inelar nativ. Suturile sunt făcute folosind fire și petece din materiale non-resorbabile având funcţia de a fixa valva protetică pe inelul valvular (figura 1).

SPITALUL MONZA - CENTRU CARDIOVASCULAR

Este alături de inima ta

Spitalul Monza – Centru Cardiovascular vine în întâmpinarea pacienților cardiovasculari cu servicii medicale complete, de cardiologie clinică și intervențională, cardiologie pediatrică, tehnici clasice și inovative de chirurgie cardiovasculară, chirurgie cardiacă pediatrică precum și servicii de recuperare cardiovasculară specifice care pot salva viața.

În cadrul Spitalului Monza sunt disponibile și servicii integrate de medicină internă, chirurgie generală, pneumologie precum și din sfera altor specialități.

Specialiștii noștri, cu experiența a mii de cazuri rezolvate vă pun la dispoziție pachete personalizate nevoilor dumneavoastră, într-un mediu spitalicesc modern și dotat cu cea mai înaltă tehnologie medicală.

Spitalul Monza București dispune de:	
• 8 săli de operații moderne	• Aparate ultra-performante de Tomografie Computerizată și Rezonanță Magnetică
• Secții de Terapie Intensivă	
• 2 săli de angiografie moderne	• Sistem de telemetrie pentru toți pacienții
• 13 cabinete medicale	• Laborator de analize medicale
• Cabinete de endoscopie și stomatologie	• Laborator ultramodern de Histopatologie, Imunohistochimie și Citogenetică
• Secții de recuperare medicală	

Informații și programări la numărul de telefon: 031.225.25.00
Strada Tony Bulandra, nr. 27, sector 2, București
info@spitalulmonza.ro, www.spitalulmonza.ro

Îți oferim servicii medicale personalizate nevoilor tale.

Figura2. Valvă biologică sutureless

Există trei tipuri de proteze valvulare aortice, fiecare dintre ele cu indicații specifice pacienților.

- Proteza valvulară convențională, cu stent metalic, care pentru fixare necesită fire de sutură, au indicație generală pentru pacienții fără boli asociate.
- Proteza valvulară stentless (fără stent), care pentru fixare necesită fire de sutură și cu indicație pacienților cu inel aortic de dimensiuni reduse.
- Proteza valvulară Sutureless (fără suturi), care are sistem propriu de ancorare, nu necesită suturi, cu indicație pacienților cu patologii asociate, performanță ventriculară stângă scăzută (fracție de ejecție mică) de unde rezultă necesitatea unui timp cât mai scurt de bypass aorto-pulmonar.
- TAVI (transcatheteraortic valve implantation), tehnică practicată pe cale endovasculară și care nu necesită bypass aorto-pulmonar, cu indicație pacienților vârstnici, cu comorbidități importante și risc intraoperator mare.

Înultimii doi ani, au fost dezvoltate mai multe tipuri de proteze biologice, printre care și valva sutureless (fără suturi). Procedura de protezare valvulară sutureless urmărește mai multe etape: intrarea cordului în bypass aortopulmonar, se clampează aorta, iar valva aortică disfuncțională este complet excizată și spațiul inelar aortic este pregătit ca și în chirurgia convențională. Dimensiunea inelului este măsurată printr-un etalon (sizere) adaptat pentru a determina dimensiunea protezei ce urmează a fi utilizată. Se folosesc 3 fire la nivelul celor 3 comisuri (cuspe) care sunt fixate cu ajutorul a 3 tourniquete pentru a ghida coborârea protezei și pentru a consolida fixarea valvei în spațiul inelar. Valva biologică adecvată este apoi implantată în spațiul inelar aortic sub control vizual direct și este fixată prin forță radială a structurii metalice. La nivelul holderului valvei sutureless se atașează o seringă specială care are adaptat un manometru; în funcție de dimensinea valvei, seringa folosește o presiune de insuflație de 3, 4 sau 5 atm care umflă un balon ce se găsește în holderul valvei. Acesta, are rolul de a fixa valva sutureless, nefiind necesare fire de sutură.

Avantajele acestor valve sutureless (figura 2) de nouă generație sunt:

- Excizia completă a valvei bolnave
- Timp scurt de oprire cardiacă (bypass aorto-pulmonar)
- Sistem propriu de ancorare, care nu necesită suturi pentru fixare ușoară și vizibilitate bună
- Riscuri minime post-operator
- Permite intervenții chirurgicale prin procedură minim invazivă
- Reducere semnificativă a timpului de intervenție toatală
- Reducerea considerabilă a traumei, durerii post operatorii și a riscului de infecții
- Reducerea timpului de spitalizare și recuperare a pacientului

Concluzie

Intervențiile chirurgicale cardiovasculare se realizează prin procedee tot mai moderne, care reduc considerabil trauma, durerea postoperatorie și riscul de infecții. Timpul în cazul intervențiilor de chirurgie cardiovasculară joacă un rol extrem de important. Cu cât perioada de intervenție este mai scurtă, cu atât șansele de recuperare ale pacientului sunt mai ridicate. În cazul acestui tip de implantare, perioada de spitalizare este mai scurtă și recuperarea mult mai rapidă.

Un Aspenter pe zi poate preveni infarctul miocardic şi accidentul vascular cerebral.

Aspenter® 75mg
acid acetilsalicilic

ZI DE ZI DE ZI.

Acest medicament se eliberează fără prescripţie medicală. Pentru informaţii suplimentare vă rugăm să consultaţi RCP-ul complet al produsului.
Acest material este destinat exclusiv profesioniştilor din domeniul sănătăţii.

S.C. TERAPIA S.A. • Sediul social 400632, Cluj - Napoca, Str. Fabricii nr. 124 • Nr. înreg. Registrul Comerţului Cluj: J12/2038/2004.

Terapia | RANBAXY

Omega-3 susține sănătatea inimii

Acizii grași OMEGA-3 sunt considerați esențiali deoarece organismul uman nu-i poate sintetiza și, de aceea, trebuie furnizați organismului prin hrană. Ei pot fi găsiți în peștele gras oceanic, în algele marine, în unele plante și semințe și în uleiul de pește, ca suplimente alimentare.

Acești acizi joacă un rol important în funcționarea creierului și a inimii, reduc inflamațiile și pot ameliora simptomele multor boli cronice.

S-a observat că incidența bolilor de inimă este mai scăzută atunci când consumul în grăsimi saturate este sărac și bogat în grăsimi nesaturate, din gama de acizi grași Omega-3, în special la populațiile ce consumă regulat pește sau suplimente din pește.

Conform evidentelor clinice, acizii grași Omega-3 ajută la reducerea factorilor de risc pentru problemele cardiace, scăzând valorile mari ale colesterolului și presiunea sângelui.

Uleiul de pește, datorită conținutului bogat de Omega-3, scade nivelul de trigliceride, reducând riscul atacurilor de cord și ale atacurilor cerebrale, reduc aritmiile și riscul de ateroscleroză, prin încetinirea colmatării arterelor și îmbunătățește circulația cardiovasculară.

Studii despre Omega-3 și riscul de boală cardiacă au condus și la introducerea Indicelui Omega-3 (definit în 2004 ca procentul de Omega-3 EPA + DHA în lipidele din sânge) pentru evaluarea riscului de moartea subită cardiacă (SCD) și alte evenimente adverse cardiace majore.

Riscul SCD este o problemă de sănătate majoră, nerezolvată, care duce la cca15% din toate decesele din țările occidentale. Un Indice Omega-3 >8% e pus în legătură directă cu prelungirea vieții și reducerea evenimentelor adverse cardiace majore, cum ar fi SCD.

Un consum de 1 g de Omega-3 pe zi are un efect protector pentru inimă, conform FDA, fiind, uneori, mai benefic decât consumul de aspirină.

Studii epidemiologice au arătat că eschimoșii, care mănâncă cantități foarte mari de carne și grăsime animală, nu au colesterolul mărit. Ei consumă foarte multe grăsimi Omega-3, care cresc nivelul colesterolului bun, îi protejează de bolile cardiovasculare și nu se îmbolnăvesc niciodată de artroză. Pe de altă parte, când se mută în orașele albilor și trec la dieta „occidentală", eschimoșii dezvoltă toate bolile cardiovasculare ale albilor.

Totodată, trebuie subliniat că acizii grași Omega-3 sunt constituenții principali ai creierului, având un rol foarte important pentru performanța acestuia - memorie, atenție, stabilitate, concentrare etc., hrana bună pentru inimă fiind bună și pentru creier. Ei pot să amelioreze simptomele depresiei, schizofreniei, deficitului de atenție/ADHD, determină mărirea puterii de concentrare. O explicație probabilă este faptul că uleiul de pește poate contribui la învingerea radicalilor liberi care distrug celulele cerebrale, reduc reacțiile imunitare care declanșează inflamarea, dăunătoare pentru celule, schimbă comportamentul neurotransmițătorilor și modifică structurile fizice de bază ale celulelor.

Membrana celulară este flexibilă și permeabilă când conținutul de Omega-3 e mare. Omega-3 DHA este un constituent de bază al centrilor sinaptici și este necesar pentru buna lor funcționare.

Copiii care nu au la dispoziție destul Omega-3 de la mamă în perioada prenatală au riscul de a dezvolta probleme de vedere și nervoase. De aceea, mămicile însărcinate au nevoie de Omega-3 în sarcină, dar și în alăptare.

Este foarte important să existe un echilibru în alimentație între acizii grași Omega-3 și Omega-6, raportul ideal fiind de 1:1.

Acizii Omega-3 reduc procesele inflamatorii, pe când cei Omega-6 au tendința de a le crește. În dieta americană s-a observat un consum de 14-25 ori mai mare Omega-6 decât Omega-3, ceea ce duce la un risc crescut de BCV (boli cardiovasculare).

Pentru a avea efect , suplimentele alimentare Omega-3 trebuie să fie pure, eficiente, recunoscute tradițional, de o calitate incontestabilă, precum uleiul de pește LYSI Islanda, originalul Omega-3.

Un consum adecvat de Omega-3 are efecte importante de ameliorare a simptomelor multor boli, precum artrita reumatoida (durerile articulare, „înțepeneala" de dimineață) – ceea ce poate diminua cantitatea de medicamente antiinflamatorii utilizate, fără a elimina boala, dar și colita ulceroasă/inflamația intestinelor, astm, boli de piele (eczeme, psoriazisul etc), degenerare maculară, dureri menstruale, cancer de colon, mamar, de prostată etc.

Societatea Europeană de Cardiologie împreună cu Asociația Europeană pentru Prevenție și Recuperare Cardiovasculară au stabilit că bolile cardiovasculare (BCV) reprezintă principala cauză de deces prematur în Europa, fiind o cauză importantă de invaliditate și de costuri mari în sistemul sanitar.

BCV se corelează strâns cu stilul de viață și s-a demonstrat că modificarea factorilor de risc reduce mortalitatea prin BCV.

În 2000, BCV au reprezentat cauza directă a peste 4 milioane de decese în Europa (1.9 milioane în Uniunea Europeană), adică 43% din toate decesele, de orice cauză la bărbați și 55% la femei, iar costul total estimat al BCV în țările UE a fost de 168757 milioane €, în anul 2003.

In cadrul Proiectului European de Inițiativă pentru Accident Vascular Cerebral, la Conferința UE pentru Sănătatea Inimii a rezultat Declarația de la Luxemburg, din 29 iunie 2005, ce au definit minimul de măsuri necesare pentru sănătatea cardiovasculară:

- Evitarea tutunului
- Activitate fizică adecvată (minimum 30 de minute pe zi)
- Alegerea unei alimentații sănătoase
- Tensiunea arterială/TA sub 140/90 mmHg
- Colesterol total sub 5 mmol/l (~ 200mg/dl)

www.lysi.ro

Descoperiți secretul vitalității naturale

Ulei de pește pur islandez

www.lysi.ro

Suplimente nutritive cu Omega-3 - LYSI - Vigoare & Rezistență & Imunitate

Protejează-ți creierul, inima și articulațiile

Medicina bazată pe dovezi, ghiduri, protocoale... sau medicina între artă și schematizare...

Dr. Anca Sglimbea
Medic primar pediatrie
Medic sp. cardiologie intervenţională pediatrică
Doctor în medicină
Clinicile ICCO, Braşov
www.clinicco.ro

Medicina bazată pe dovezi. Deși veche ca și concept, avându-și originile în perioada de mijloc a secolului 19, medicina bazată pe dovezi a explodat și a creat adevărate conflicte în lumea medicală în ultimele doua decenii.

Definiţia utilizată extensiv în literatura de specialitate a fost dată de profesorul Sackett în 1996: „…este utilizarea scrupuloasă, clară şi logică a celor mai bune dovezi medicale existente în prezent în luarea deciziei medicale asupra îngrijirii individualizate a pacientului”[1]. Analiza definiţiei ar trebui să ofere suficiente contraargumente oponenţilor acestui tip de medicină, respectiv celor care susţin că o abordare de acest tip a decizei medicale ar mecaniciza actul medical, suprimând libertatea de gândire a clinicianului. Ceea ce trebuie subliniat este faptul că esenţa medicinii bazate pe dovezi este îmbinarea experienţei clinice individuale cu informaţia medicală „bună”, existentă în literatura medicală. Aici intervine însa falia: ce definim drept literatura bună? Sau, mai exact, cum citim literatura medicală? Există, descrise în literatură, două modalităţi: „the doing mode” (medicul își definește întrebarea, caută literatura medicală adecvată, o parcurge într-un mod analitic/critic, aplică răspunsul găsit în practica medicală și evaluează ulterior eficienţa procesului) sau „the using mode” (se utilizează resurse medicale care oferă informaţia déjà analizată critic, verificate) [2]. Prezentul ne confruntă cu o explozie de informaţie medicală. Din acest motiv, cea de a doua modalitate de a citi literatura medicală pare a fi cea mai timp eficientă, însă nu și cea mai cost eficientă, având în vedere faptul că majoritatea bazelor de date care oferă medicaţia déjà analizată critic sunt contra cost. Procesul de obţinere a informaţiei medicale cunoaște o serie de etape:

Primul pas este formularea întrebării într-un mod în care să poată primi un răspuns. O întrebare bine formulată trebuie să fie clară, focalizată pe problemă și să poată primi un răspuns în urma analizei literaturii medicale, adică să se supună formatului PICO (pacient/problemă, intervenţie, comparaţie, outcome). În esenţă trebuie să ne întrebăm care e categoria de pacienţi și care e problema pe care vrem să o abordăm, care e modalitatea de abordare (ce tip de test diagnostic să folosim, ce terapie, etc), care sunt variantele de intervenţie (ce teste, ce terapii) pe care dorim să le comparăm, care sunt consecinţele asupra pacientului, în cazul aplicării intervenţiei alese [2].

Pasul doi este căutarea dovezilor/evidenţelor care să ne raspundă la întrebarea pe care noi, ca medici, am ridicat-o pornind de la un pacient. Indiferent de întrebare, un articol de analiză sistematică a tuturor/majorităţii studiilor existente la momentul dat în literatură este superior fiecarui studiu luat în parte. În ziua de azi cele mai importante și eficiente surse de informaţie le reprezintă resursele electronice online, cu recomandarea că ar trebui utilizate site-uri sau texte care sunt revizuite cel puţin anual, selectează și analizează critic studiile într-un mod raţional și citează dovezile care au servit drept baza afirmaţiilor legate de practica clinică. Criteriile pentru stabilirea nivelului de evidenţă al studiilor sunt elaborate de diverse foruri ştiinţifice, dar ordinea de „credibilitate” este, în sens descrescător, în general: review-uri sistematice sau metaanalize, studii clinice randomizate cu rezultate definitive, studii clinice randomizate cu rezultate în lucru, studii de cohortă, studii case-control, studii secţionale, cazuri clinice [3]. Sursele de informaţie trebuie abordate în sens descrescător al nivelului de evidenţă. Există reviste care analizează, bazat pe dovezi, alte articole din alte jurnale: ACP Journal Club http: // www.acpjc.org, Evidence-Based Medicine http://ebm.bmjjournals.com, Evidence-Based Mental Health http://ebmh.bmjjournals.com, Evidence-based Obstetrics and Gynecology; http://www.harcourt-international.com/journals/ebog, etc. Există baze de date bazate pe dovezi disponibile online: The Cochrane Library http://www.cochrane.org, Clinical Evidence http:// www.clinicalevidence.com, CRD database; http://www.crd.york.ac.uk/crdweb, etc. Există surse electronice de ghiduri de practică clinică bazate pe dovezi: The National Guideline Clearinghouse http:// www.guide-line.gov și Primary Care Clinical Practice Guidelines http.//medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.htm.

Baza de date pentru care optăm depinde de tipul de întrebare pe care îl punem: pentru terapie, cea mai indicată este Cochrane, urmată de DARE (http://crd.york.ac.uk/crdweb) și PubMed Clinical Queries (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/clinical.shtml) [2].

Al treilea pas este aprecierea critică a studiilor citite; acesta este o modalitate de evaluare dezvoltată de biostatisticieni, prin care este apreciată critic validitatea, importanţa și aplicabilitatea la pacient a datelor medicale oferite de studii. Acest mod de a citi literatura medicală necesită însă exerciţiu. Există programe online care educă în citirea critică, un exemplu fiind Critical Appraisal Skills Programme (http.//www .phru.nhs.uk/casp/critical_appraisal_tools.htm) [2].

Pasul 4 se referă la aplicarea informaţiei găsite la pacientul concret. Informaţia trebuie discutată cu pacientul iar decizia luată după lămurirea unei serii de întrebari: caracteristicile pacienţilor din studiu sunt similare cu ale pacientului în cauză?, terapia este disponibilă și sistemul de asigurare de sănătate e dispus să îl susţină financiar?, ce alternative există?, efectele secundare depășesc beneficiile? evoluţia preconizată corespunde doleanţelor pacientului?

Pasul 5, cel mai adesea neglijat în practica curentă, din păcate, se referă la evaluarea rezultatelor terapiei aplicate, cu raportarea într-o modalitate sau alta (prezentări ştiinţifice, articole, mese rotunde cu colegii medici, etc) a concluziilor.

Medicina bazată pe dovezi nu înseamnă doar găsirea informatiei, ci găsirea informaţiei care se potrivește pacientului. Simplificarea metodologiei de căutare a informaţiei și reducerea ei la esenţa potrivită pacientului se regășeste sub noţiunea de POEM (patient- oriented evidence that matters), dezvoltată în 1994 în special pentru medicii de familie de către D. Slawson (www.infopoems.com)[4].

Ghidurile sunt asemenea procese de analiză critică a literaturii medicale puse într-o formă uşor aplicabilă în practică, elaborate de comisii de experţi. Există o serie de elemente de subliniat, legat de ghiduri. În primul rând, modul de elaborare. Acesta presupune un grup de experţi care trec literatura dedicată unui subiect prin același proces de filtrare descris anterior. Analiza literaturii trebuie să fie sistematică. Perioada ghidurilor bazate pe consensul experţilor sau ceea ce unele articole numesc BOGSAT („a bunch of old guys sitting

around talking") a apus [4]. Procesul poate dura ani și trebuie să fie perfect transparent. Credibilitatea autorilor, distanţarea lor faţă de orice grupuri de interese de orice natură dau greutate unui asemenea document. Este important să existe mecanisme de feedback de la cei direct implicaţi- medicii practicieni și pacienţi. Diseminarea unor asemenea protocoale este de asemenea de maximă importanţă. În plus, ghidurile trebuie să corespundă sistemului medical în care sunt aplicate. De aceea elaborarea de ghiduri naţionale care să urmeze aceeași paşi ar fi idealul de atins. În condiţiile în care suntem încă departe de acest deziderat, preluarea informaţiei din ghiduri internaţionale trebuie să urmeze unor întrebări logice: Cine a elaborat ghidurile? De ce și cum au fost elaborate? Care a fost procesul de elaborare?

În același timp, ghidurile trebuie înţelese drept ceea ce sunt în realitate: ajutoare în practica medicală. Iar această înţelegere trebuie să vină dinspre ambele părţi: a celor ce elaborează ghidurile și a celor cărora le sunt destinate. Ghidurile nu înlocuiesc experienţa clinică individuală. Nu pot fi utilizate în absenţa informaţiei medicale specifică pacientului tratat. Ghidurile se bazează pe informaţie generalizată din experienţa pe grupuri de pacienţi. Individualizarea recomandărilor ghidurilor este esenţa „artei" medicale. Să nu uităm că tratăm bolnavi, nu boli. Există o teorie numită „mass customization" legată de acest subiet. Opinia autorului său, Brent James, este că aproximativ 80% din practica medicală poate fi standardizată, dar pentru ceilalţi 20% "ne bazăm pe specialiști experimentaţi, abili, la zi cu informaţia medicală" care conduc o formă de terapie care să fie atât standardizată, cât și individualizată [4].

O alta tendinţă apărută ca urmare a elaborării de ghiduri de practică este ceea ce în literatură se cunoaște drept „evidence farming". Este vorba despre aplicarea metodelor de analiză statistică nu pe grupuri de studiu selecţionate pe bază de criterii prestabilite, ci pe grupuri de pacienţi dintr-o anumită comunitate. Aceasta ar „concretiza și individualiza" concluziile, aducându-le mai aproape de pacient [5].

Protocoalele sunt un termen relativ fluu în literatura medicală. Protocolul este apanajul unei unităţi medicale, a unui grup de medici uniţi într-o structură organizatorică comună și au la baza mai ales criterii de organizare. Protocolul presupune o obligativitate, ceea ce îl situează la polul opus ghidurilor. Diferenţa între cele două noţiuni poate fi esenţială în abordarea și acceptarea lor de către medicii practicieni.

Concluzia ar fi că trebuie menţinut un echilibru: practica medicală nedublată de experienţă riscă să devină o dictatură dominată de protocoale medicale; fără cercetare/dovezi, practica riscă să cadă in desuet, să devină învechită, în detrimentul pacientului.

Bibliografie

1. Sackett DL, Rosemberg WM, Gray JA, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996; 312:71-2.

2. Huić M. Evidence-based medicine. In: Marušić M, editor. Principles of Research in Medicine. Zagreb: Medicinska naklada. 2008:219-234.

3. Connis RT, Nickinovich DG, Caplan RA, Arens JF. The development of evidence-based clinical practice guidelines. Integrating medical science and practice. Int J of Technology assessment in health care. 2000;16:4:1003- 1012.

4. White B. Making evidence- based medicine doable in everyday practice. Family Practice Management. February 2004: 51-58.

5. Hay MC, Weisner TS, Subramanian S, Duam N, Niedzinski EJ, Kravitz RL. Harnessing experience: exploring the gap between evidence- based medicine and clinical practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2008;14:707-713.

CLINICCO®
www.clinicco.ro

Durerea toracică

Este una dintre cauzele cele mai frecvente ale prezentării la cardiolog sau la camera de gardă. De multe ori este o durere inofensivă, fără risc vital și fără cauză cardiacă, dar în unele cazuri poate fi fatală. Este una dintre principalele cauze ale suprasolicitării departamentelor de urgență și, în același timp, foarte frecvent neluată în serios de pacienți, ducând la omiterea unui diagnostic precoce al infarctului miocardic acut (mulți pacienți o consideră o simplă „răceală" și ajung la medic abia după câteva zile). De multe ori este dificil chiar și pentru medic să stabilească imediat cauza durerii toracice.

Orice parte a toracelui poate determina apariţia acestei dureri. Dintre durerile toracice, majoritatea au cauze noncardiace: parietale (care ţin de peretele toracic), pleurale (pleurezia), pulmonare (pneumotoraxul sau pneumonia), digestive (esofagite de reflux) etc. Din cauza distribuţiei complexe a sistemului nervos în organism, durerea toracică își poate avea originea și în alte zone ale corpului (de exemplu în abdomen: ulcer perforat, colecistită s.a.). O altă parte au cauză cardiovasculară și sunt potenţial ameninţătoare de viaţă. Acestea sunt primele la care ne gândim, pentru că sunt foarte grave și necesită tratament de urgenţă.

Principala cauză a durerii cardiace este ischemia: angina pectorală, infarctul miocardic acut. Durerea ischemică cardiacă are anumite caracteristici: apare și dispare progresiv (nu brusc), apare în special la efort, durează aproximativ 10-20 de minute și cedează rapid la administrarea de nitroglicerină sublingual. Este localizată în centrul pieptului (în dreptul sternului), uneori iradiază către membrul superior stâng, către mandibulă sau în ambele braţe. De obicei nu este însoţită de alte simptome, dar câteodată se poate asocia cu greaţă, vărsături, dispnee (lipsa de aer), ameţeli, fatigabilitate (oboseală). Acest tip de durere nu variază cu mișcările respiratorii și nici cu schimbarea poziţiei. Niciunul dintre aceste caractere nu este patognomonic (nu pune diagnostic cert), ci toate sunt doar orientative; stabilirea exactă a diagnosticului se face asociind aceste informaţii cu cele oferite de EKG; uneori este nevoie și de investigaţii suplimentare (ecografie cardiacă, test de efort EKG, examen CT toracic, radiografie cardiopulmonară, analize de sânge etc.). Când ischemia cardiacă nu este foarte gravă, este posibil ca în intervalele dintre episoadele dureroase EKG să nu arate modificări (ci numai în timpul durerii); dacă ischemia este mai avansată, atunci pot apărea modificări și în perioadele fără durere.

Durerea ischemică nu este însă singura cauză a durerii cardiace; pot fi și alte afecţiuni cardiovasculare care pun viaţa în pericol și care se manifestă prin durere toracică: pericardită (inflamaţia pericardului - foiţa care învelește inima, însoţită sau nu de acumularea de lichid în spaţiul dintre aceasta și inimă), disecţia de aortă (ruptura peretelui celui mai mare vas al organismului), embolia pulmonară (prezenţa unui cheag de sânge în arterele pulmonare); în aceste cazuri durerea nu mai este tipic ischemică, ci este în general continuă, de intensitate variabilă. Intensitatea durerii nu este direct proporţională cu gravitatea afecţiunii.

Însă, proporţia cea mai mare a cazurilor de durere toracică este reprezentată de durerea de cauză noncardiacă, în special durerea parietală și cea psihogenă. Durerea parietală poate fi traumatică sau, în majoritatea cazurilor, inflamatoare; poate proveni de la spondiloza cervico-toracală (afecţiune a coloanei vertebrale toracale cu iradiere anterioară, de multe ori însoţită și de iradiere pe membrul superior stâng), periartrita scapulohumerală stângă, sindromul Tietze (inflamaţia articulaţiilor dintre partea anterioară a coastelor și stern), herpes Zoster; aceste dureri apar de obicei după expunere la frig, curent sau după eforturi fizice mari, mișcări bruște sau poziţii incomode menţinute pe o perioadă mai lungă (la birou, la volan etc.); în general, acest tip de durere persistă mai mult timp (ore-zile) și variază cu schimbarea poziţiei corpului sau cu mișcările respiratorii, se accentuează la palpare și se ameliorează la administrarea de antialgice și antiinflamatorii.

Durerea toracică psihogenă face parte din categoria cenestopatiilor (dureri fără o cauză organică); este un diagnostic de excludere; trebuie întâi infirmate posibilele cauze obiective; apare în special la pacienţii care au trecut prin perioade lungi de stres, situaţii conflictuale, la pacienţii cu depresie; pacienţii cu acest tip de durere merg foarte frecvent la mulţi medici, fac o mulţime de investigaţii, primesc multiple tratamente, fără a fi convinși că nu au o afecţiune cardiacă; de multe ori refuză asistenţa psihologică sau psihiatrică. Alteori poate apărea în contextul unor atacuri de panică însoţită de frică, dispnee, transpiraţii, palpitaţii.

Data fiind multitudinea de cauze posibile ale durerii toracice și riscul de deces al anumitor afecţiuni, este recomandat ca pacientul să solicite consult de specialitate cât mai rapid de la debutul durerii toracice, chiar dacă se va dovedi ulterior ca afecţiunea nu este una gravă. De aceea, este util ca și medicii de familie să aibă în cabinet un electrocardiograf, pentru a putea diagnostica rapid un sindrom coronarian acut și a-l îndruma către departamentele de urgenţă. Pacienţii cunoscuţi cu afecţiuni cardiace sau hipertensivi la care apare un episod de durere toracică trebuie să meargă direct la specialistul cardiolog.

Dr. Angela Georgescu,
Medic specialist Cardiologie

Particularitățile ale **insuficienței**

Conferenţiar Dr. Angela Butnariu
Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Haţieganu Cluj-Napoca, Cabinet Medical „Butnariu", Cluj

La nou-născut și la sugarul mic tabloul clinic al insuficienței cardiace (IC) diferă de cel întâlnit la adult și la copilul mare.

Particularităţile clinice ale IC la copilul de vârstă mică sunt redate schematic mai jos și sunt reprezentate de:

- dificultăţi în alimentaţie (supt prelungit, oboseală la efortul de succţiune)
- tahipnee și transpiraţii (la efortul de succţiune)
- transpiraţii excesive (nu numai în timpul efortului de alimentaţie) discordant cu temperatura ambientală și cu îmbrăcămintea.
- tahicardie peste 160/min la nou-născut și peste 130/min la sugar
- tahipneea (se consideră tahipnee valorile de peste 60 respiraţii/min la nou-născut și peste 40/min la sugar)
- bătăia aripioarelor nazale și/sau tiraj intercostal (în formele severe de IC)
- hepatomegalie de stază
- meteorism abdominal
- creșterea paradoxală în greutate (prin retenţie hidrosalină), discordant cu starea generală alterată a sugarului.
- edemele periferice sunt neobișnuite la această vârstă.

La copilul mare tabloul clinic este asemănător cu cel întâlnit la adult și constă în:

- tahicardie (peste 100/minut)
- ritm de galop
- sufluri cardiace
- cardiomegalie
- tuse, polipnee cu hipopnee, ortopnee (stază pulmonară)
- hepatomegalie cu reflux hepatojugular, meteorism (stază viscerală)
- edeme ale membrelor inferioare, ce se accentuează vesperal

În evaluarea inițială și în monitorizarea pacientului cu IC este extrem de importantă **aprecierea statusului lichidian**. Această evaluare joacă un rol esenţial în determinarea necesarului de diuretice. Examenul obiectiv este primul pas în evaluarea severităţii retenţiei lichidiene. Cântărirea copilului zilnic sau de două ori pe zi oferă o apreciere obiectivă asupra retenţiei hidrosaline. Creșterea nejustificată în greutate este semn de IC. Alte semne clinice cu aceeași semnificaţie sunt reprezentate de turgescenţa jugulară, refluxul hepatojugular, ralurile pulmonare de stază, hepatomegalia de stază, edemele cardiace, declive, pretibiale, presacrate, scrotale. Aici este cazul să menţionăm câteva particularităţi la sugari: edemele periferice rareori sunt vizibile; este dificil de a recunoaște turgescenţa jugulară din cauza gâtului scurt și a imposibilităţii de a obţine relaxarea; refluxul hepatojugular este greu de obţinut, astfel încât, la sugar, creșterea paradoxală în greutate, hepatomegalia de stază și ralurile pulmonare sunt semnele clinice cele mai importante de IC. De asemenea, subliniem că la mulţi pacienţi cu IC cronică, care presupune o instalare lentă, deși volumul intravascular este crescut, lipsesc edemele periferice sau ralurile pulmonare. Când debitului

Tabel 1. Manifestări clinice obișnuite ale IC la adult și la copilul mare

Caracteristici clinice dominante	Simptome	Semne
Edeme periferice/congestie	Dispnee, oboseală, fatigabilitate, anorexie	Edeme periferice, presiune venoasă jugulară crescută, hepatomegalie, ascită
Edem pulmonar	Dispnee severă de repaus	Raluri pulmonare, tahicardie, tahipnee
Șoc cardiogen (sindrom de debit cardiac scăzut)	Confuzie, extremităţi reci	Perfuzie periferică scăzută, hipotensiune arterială, oligurie sau anurie
Tensiune arterială crescută (IC hipertensivă)	Dispnee	De obicei, tensiune arterială crescută, hipertrofie de ventricul stâng și fracţie de ejecţie prezervată
IC dreaptă	Dispnee, fatigabilitate	Dovada disfuncţiei ventriculare drepte, edeme periferice, hepatomegalie, congestie digestivă

clinice cardiace pediatrice

cardiac scade semnificativ sau brusc, apar semnele clinice de hipoperfuzie: puls slab, filiform, extremităţi reci, tahicardie semnificativă şi creşterea ureei serice.

Conform Ghidului pentru insuficienţa cardiacă publicat de Grupul de lucru al Societăţii Europene de Cardiologie (ESC) în colaborare cu Asociaţia de Insuficienţă Cardiacă a ESC (HFA), manifestările clinice obişnuite ale IC la adult sunt cele redate în tabelul 1. Ele se pot translata şi la copilul mai mare.

Evaluarea capacităţii funcţionale

Cea mai utilizată scală pentru cuantificarea gradului de limitare funcţională impus de IC este clasificarea NYHA (New York Heart Association):
Clasa I: fără simptomatologie la efort obişnuit;
Clasa II: dispnee, oboseală, palpitaţii la efort obişnuit;
Clasa III: dispnee, oboseală, palpitaţii la efort mai mic decât cel obişnuit;
Clasa IV: dispnee, oboseală, palpitaţii la repaus; orice activitate fizică creşte disconfortul.

Acest sistem larg utilizat la adult deşi este supus unei variabilităţi considerabile interobservator, se poate folosi la copilul mare, dar, la copilul mic, este greu de aplicat. Scorul NYHA fiind puţin operant la copilul mic, s-a realizat un scor adaptat la copii numit scorul Ross. În 1994 clasificarea Ross a fost adoptată de către Societatea Cardiovasculară Canadiană ca sistem de clasificare oficială a IC la copii. În sprijinul valabilităţii sistemului Ross de clasificare vin observaţiile care arată o corelaţie directă între clasa Ross şi nivelul plasmatic al noradrenalinei şi o corelaţie inversă între clasa Ross şi densitatea β-receptorilor.

Tabel 2. Propunere de stadializare a insuficienţei cardiace la copil (după International Society for Heart and Lung Transplantation: Practice guidelines for management of heart failure in children)

Stadiul IC	Interpretare
A	Pacienţi cu risc crescut de a dezvolta IC, dar care au funcţie cardiacă normală şi nici o dovadă de supraîncărcare de volum a cavităţilor cardiace; fără semne sau simptome. Exemple: expunerea anterioară la agenţi cardiotoxici, antecedente familiale de cardiomiopatie genetică, cordul univentricular, transpoziţia vaselor mari corectată congenital.
B	Pacienţi cu morfologie sau funcţie cardiacă anormală, fără simptome de IC în antedecente sau în prezent. Exemple: insuficienţă aortică cu lărgirea ventriculului stâng, antecedente de terapie cu antracicline cu diminuarea funcţiei sistolice a ventriculului stâng.
C	Pacienţi cu boli cardiace structurale sau funcţionale subiacente şi simptologie de IC în antecedente sau actualmente.
D	Pacienţi cu IC în stadiu terminal care necesită perfuzie continuă de agenţi inotropici, suport circulator mecanic, transplant cardiac sau îngrijire paliativă (hospice).

Clasificarea funcţională Ross este prezentată mai jos:

Clasa I: asimptomatic
Clasa II: tahipnee moderată sau diaforeză pe parcursul alăptării la sugar; dispnee moderată la efort la copilul mai mare;
Clasa III: tahipnee marcată sau diaforeză pe parcursul alăptării la sân; alăptare prelungită sau falimentul creşterii din cauza IC; dispnee marcată la efort la copilul mai mare;
Clasa IV: tahipnee, tiraj, dispnee, diaforeză în repaus, falimentul creşterii.

Este important de subliniat că acest sistem de clasificare include şi falimentul creşterii, ca indice de evaluare a IC la copil.

Atât clasificarea NYHA cât şi Ross se referă la simptomatologia actuală a IC. Nici unul dintre aceste scoruri nu discriminează bine în rândul pacienţilor cu stadii incipiente de IC şi nici între etapele stabilă şi decompensată de boală. Simptomele evidente de IC apar cu întârziere în evoluţia bolii, o dată cu depăşirea mecanismelor compensatorii.

Colegiul American de Cardiologie (ACC) şi American Heart Association (AHA) publică o clasificare a IC care identifică pacienţii cu risc de IC care au nevoie de intervenţie timpurie pentru a prelungi starea asimptomatică, şi de asemenea, pacienţii cu formă severă de boală care necesită un management agresiv.

Sistemul de stadializare susţinut de către ACC / AHA pentru IC la adulţi poate fi aplicat, cu modificări minore, şi la sugari şi copii. In tabelul 2 redăm mai jos clasificarea publicată în The Journal of Heart and Lung Transplantation (Rosenthal D, Chrisant M, Edens E et all).

Hipertensiunea în bolile cardiace

Hipertensiunea pulmonară a fost definită ca o creștere a presiunii medii în artera pulmonară cu peste 25 mmHg în repaus, măsurătoare făcută prin cateterism cardiac drept.

Măsurători recente au revizuit valorile luate ca limite, astfel încât, în prezent, presiunea pulmonară normală este de 14 +/- 3 mm Hg, cu o limită superioară a normalului de 20 mm Hg. Semnificaţia unei valori între 21 şi 24 mm Hg rămâne în prezent neclară, pacienţii care se prezintă cu o presiune pulmonară în acest interval necesitând evaluări în studii epidemiologice ulterioare. Definiţia hipertensiunii pulmonare la efort ca fiind superioară valorii de 30 mm Hg, valoare măsurată prin cateterism cardiac drept, nu este stabilită prin consens internaţional, persoane normale putând atinge valori mult mai mari chiar la efort, fără a se încadra în sfera patologicului.

Hipertensiunea pulmonară (HTP) poate fi idiopatică, moștenită, indusă de medicaţie, droguri, toxine, asociată cu diverse boli - boala de ţesut conjunctiv, HIV, hipertensiune portală, boli congenitale, schistosomiaza, anemie hemolitică cronică -, poate fi inclusă separat, spre exemplu, în cadrul entităţii hipertensiune pulmonară persistentă la nou-născut. HTP poate fi cauzată de patologia de cord stâng sau drept - prin disfuncţie sistolică sau diastolică ori patologie valvulară cardiacă. De asemenea, HTP poate fi cauzată de boli pulmonare şi/sau de hipoxie, descriindu-se în cadrul etiologie: boală pulmonară cronică obstructivă, boală interstiţială pulmonară, bolile pulmonare restrictive sau obstructive, patologia somnului, hipoventilaţia alveolară pulmonară, expunerea cronică la altitudine mare, anomaliile de dezvoltare pulmonară. Trombembolismul pulmonar este implicat în dezvoltarea HTP. Există, bineînţeles, factori şi mecanisme neclare multifactoriale, cum ar fi bolile hematologice - mieloproliferative, splenectomia, maladiile sistemice - sarcoidoza, histiocitoza Langerhans, limfangiomiomatoza, neurofibromatoza, vasculitele, bolile metabolice - maladia Gaucher, patologie tiroidiană şi multe altele gen insuficienţă renală cronică, dializă, mediastinită fibrozantă.

Clasificarea clinica a şunturilor congenitale asociate HTP implică 4 entităţi: sindromul Eisenmenger, şunturile sistemico-pulmonare, hipertensiunea arterială pulmonară prin defecte minore şi HTP arterială postchirurgie cardiacă corectivă. Sindromul Eisenmenger include toate şunturile sistemico-pulmonare cauzate de defecte largi care duc la o creştere severă a presiunii venoase şi conduc la un şunt reversibil pulmonaro-sistemic sau la un şunt bidirecţional. Cianoza, eritrocitoza şi alte malformaţii sunt consecutive. Cea de a doua categorie include pacienţi cu şunturi moderate spre largi, la care creşterea presiunii venoase pulmonare este uşoară spre moderată, şuntul sistemico-pulmonar este încă prezent şi cianoza nu este încă prezentă în repaus. În cea de a treia categorie, incluzând defectele minore, în general defecte septale interventriculare sub 1cm şi defecte septale interatriale sub 2 cm, tabloul clinic este superpozabil cu cel prezent în hipertensiunea arterială pulmonară idiopatică. Cea de a patra categorie include pacienţii la care maladia congenitală cardiacă a fost corijată, dar HTP arterială este încă prezentă postoperator precoce sau reapare sub formă severă la câteva luni ori în câţiva ani după corecţia chirurgicală, fără însă ca pacientul să mai aibă vreo leziune cardiacă semnificativă reziduală.

Clasificarea anatomopatologică a şunturilor congenitale sistemico-pulmonare asociate HTP implică prezenţa mai multor criterii. În funcţie de tip, există şunturi simple pretricuspidiene - de exemplu, defectul septal atrial, ostium secundum, sinus venos sau ostium primum şi reîntoarcerea venoasă pulmonară anormală totală sau parţială; şunturi simple posttricuspidiene - de exemplu, ducturile arteriale patente sau defectul de sept interventricular, şunturile combinate şi maladiile congenitale complexe – defectul septal atrioventricular, trunchiul arterial, ventriculul unic, transpoziţia de vase mari . Din punctul de vedere al dimensiunii, clasificarea implică, dacă ne raportăm la un criteriu de dimensiune anatomică, defecte mici spre moderate – de exemplu, defect septal atrial sub 2 cm şi defect septal ventricular sub 1 cm, şi defecte largi, spre exemplu, defect septal atrial peste 2 cm şi, respectiv, ventricular peste 1 cm deficit de substanţă cardiacă. Daca ne referim la mărimea debitului ca un criteriu implicând dimensiunea, în funcţie de raportul de debite, maladia poate fi restrictivă sau nerestrictivă, calculându-se pentru diferenţiere raportul de debite pulmonar versus sistemic. Direcţia şuntului este, de asemenea, un criteriu al clasificării, şunturile putând fi: predominant sistemic spre pulmonar, pulmonar spre sistemic sau bidirecţionale.

Din punctul de vedere al statusului reparator, şunturile pot fi neoperate încă, reparate sau cu chirurgie paliativă efectuată.

Diagnosticul acestei entităţi patologice necesită recurgerea la o serie de investigaţii care să clarifice, pe lângă diagnos-

pulmonară congenitale

ticul propriu-zis, și etiologia, evaluarea disfuncţiei funcţionale și hemodinamice.

Prezentarea clinică implică prezenţa unor simptome nespecifice, care includ: respiraţie scurtată și dificilă, slăbiciune, angor, sincopa, distensie abdominală.

Simptomatologia este prezentă în repaus doar în cazuri foarte avansate.

Semnele fizice implică accentuarea componentei pulmonare a zgomotului doi, murmur parasistolic de regurgitare pulmonară, murmur diastolic de insuficienţă pulmonară, zgomot trei drept, distensie jugulară, hepatomegalie, edeme periferice, ascită, extremităţi reci, semne prezente la pacientul în stadii avansate de hipertensiune pulmonară. Zgomotele pulmonare sunt normale la examenul clinic. Teleangiectazia, ulceraţiile digitale, sclerodactilia sunt prezente în sclerodermie, cracmentele inspiratorii revelează ca etiologie boala interstiţială pulmonară.

Electrocardiograma sugerează semne care indică hipertrofie ventriculară dreaptă, dilatare atrială dreaptă, hipertrofia de ventricul drept fiind prezentă în peste 87% din cazuri, deviaţia axială dreaptă fiind prezentă în peste 79% din cazuri. Absenţa semnelor evidente nu exclude prezenţa hipertensiunii pulmonare. Senzitivitatea semnelor electrice este de 50% și specificitatea lor este de 70% în detecţia hipertensiunii pulmonare.

Radiografia pulmonară este anormală la peste 90% dintre pacienţi, implicând dilatare arterială pulmonară centrală, pierderea vascularizaţiei periferice, dilatare atrială dreaptă și ventriculară dreaptă.

Testele funcţionale pulmonare, gazele sangvine arteriale sunt foarte utile.

Ecocardiografia furnizează valorile presiunii arteriale pulmonare.

Se pot efectua de asemenea în cadrul testelor diagnostice: scintigrafie pulmonară

de ventilaţie perfuzie, tomografie și angiografie pulmonară, rezonanţă magnetică cardiacă, teste complexe sangvine și imunologice, cateterism cardiac drept.

Terapia implică numeroase măsuri igieno-dietetice, de stil de viaţă, medicamentoase. Anticoagulantele orale, diureticele, oxigenul, digoxina, blocanţii canalelor de calciu, prostanoidele - prostaciclina, epoprostenolul, iloprostolul, treprostinilul, antagoniștii de receptori de endotelină, bosentanul, sitaxentanul, inhibitorii de fosfodiesteraze sildenafilul, tadafilul, fac parte din măsurile medicamentoase supuse unor protocoale complexe și riguroase.

Dintre măsurile intervenţionale precizăm septostomia cu balon atrial, transplantul pulmonar sau cardiopulmonar aparţinând măsurilor chirurgicale adecvate acestei entităţi patologice.

În ceea ce privește cazul particular al sindromului Eisenmenger, semnele și simptomele rezultă din saturaţia scăzută în oxigen în sângele arterial și din eritrocitoza secundară, incluzând dispneea, fatigabilitatea, sincopa. La pacienţii fără șunt inversat, gradul de cianoză și de eritrocitoza poate fi ușor spre moderat.

Pacienţii suferă de asemenea de hemoptizii, accidente cerebrale, abcese cerebrale, anomalii de coagulare, moarte subită. Au o expectaţie de viaţă scăzută, putând supravieţui până în decada a treia sau a patra de viaţă.

Îmbunătăţirea supravieţuirii poate fi rezultatul prezervării funcţiei de ventricul drept în cazul în care acesta nu este remodelat de la naștere și rămâne hipertrofiat.

Tratamentul pacienţilor cu sindrom Eisenmenger trebuie aplicat în centre supraspecializate, educarea pacientului, măsurile comportamentale, modelarea factorilor de risc constituind o parte majoră în managementul calităţii vieţii acestor pacienţi. Ei pot prezenta o deteriorare clinică în diverse circumstanţe, care includ chirurgie noncardiacă cu anestezie generală, deshidratare, infecţii pulmonare, viaţa la mare altitudine.

Acestor pacienţi le este recomandat să evite eforturile fizice stresante, activităţile fizice blânde fiindu-le extrem de benefice.

Sarcina este asociată cu un risc major pentru mamă și făt, de dorit fiind descurajarea ei, și încurajarea contracepţiei.

Terapia pe termen lung cu oxigen poate îmbunătăţi simptomatologia, dar nu modifică supravieţuirea, cel puţin în cazul terapiei exclusiv nocturne, nefiind date concludente în cazul terapiei circadiene.

Utilizarea contracepţiei orale în sindromul Eisenmenger este controversată, incidenţa crescută a trombozei arteriale pulmonare și a strokului fiind raportată, totodată existând un risc crescut pentru hemoragii și hemoptizii.

Terapia anticoagulantă orală este recomandată acelor pacienţi cu Eisenmenger care prezintă tromboză arterială pulmonară, semne de insuficienţă cardiacă și au absente sau minore hemoptiziile. Prezenţa semnelor de hipervâscozitate face benefică practicarea flebotomiei cu înlocuire volemică, în special când hematocritul este peste 65%. Terapiile medicamentoase generale enumerate mai sus au protocoale riguroase de ordonare și grupare.

Transplantul cord pulmon sau doar cel pulmonar cu chirurgie cardiacă adiacentă reprezintă o opţiune pentru cazurile nonresponsive la terapia medicamentoasă, fiind însă limitat de disponibilităţile reduse de organe viabile.

Pentru HTP asociată șunturilor cardiace congenitale, ordinea preferinţelor medicamentoase în funcţie de clasa de indicaţie ar fi: bosentan clasa I de indicaţie, inhibitorii de fosfodiesteraze clasa IIa de indicaţie, terapia anticoagulantă clasa IIa, suplimentarea cu oxigen clasa IIa, flebotomia cu înlocuire izovolemică clasa IIa și, pe ultimul loc, cu indicaţie de clasa IIb, terapiile combinate în special în sindromul Eisenmenger.

În linii mari, tratamentul chirurgical al cardiopatiilor congenitale cardiace cu șunt stânga dreapta este o intervenţie care trebuie practicată înaintea instalării leziunilor ireversibile. Hemodinamica ordonează și clasifică mai multe subgrupuri de pacienţi: cel în care creșterea debitului sangvin pulmonar și rezistenţa vasculară pulmonară scăzută permit un gest chirurgical curativ, grupa a doua, în care rezistenţa vasculară pulmonara lejer crescută face să crească riscul de reparare chirurgicală, și grupa a treia, în care maladia pulmonară vasculară avansată și fiziologia specifică sindromului Eisenmenger fac intervenţia chirurgicală prohibită. Tabloul clinic și modalităţile terapeutice diferă în funcţie de aceste diverse grupe. Transplantul cord pulmon sau doar cel pulmonar cu reparare asociată cardiacă reprezintă, în final, ultima alternativă la pacienţii cu maladie vasculară pulmonară asociată. La pacienţii cu o HTP arterială secundară unei cardiopatii congenitale de tip șunt stânga dreapta se impune o reparare chirurgicală extrem de precoce în viaţă pentru a preveni apariţia și progresia leziunilor vasculare pulmonare și pentru a permite vindecarea completă. Pentru pacienţii având o hemodinamică ce contraindică o chirurgie reparatorie și având leziuni vasculare pulmonare asociate (Eisenmenger), noile terapii sunt promiţătoare, dar este absolut necesară efectuarea studiilor riguroase randomizate pentru confirmarea rezultatelor încurajante din studiile de până acum noncontrolate. Evoluţia medicală actuală face extrem de probabilă posibilitatea, în viitorul apropiat, a apariţiei unor terapii cu totul diferite de cele practicabile în prezent, cu rată mult mai mare de supravieţuire și, de ce nu, de vindecare.

Dr. Lidia Draghici Martinas
Cardiolog

De reținut:

Cardiopatiile congenitale sunt printre maladiile congenitale cele mai frecvente și cel mai frecvent asociază șunt stânga dreapta. Ele se caracterizează prin creșterea debitului sangvin pulmonar și, uneori, cu apariția hipertensiunii arteriale pulmonare. În cazuistica franceză a ultimilor 10 ani, spre exemplu, 13% dintre cazurile de hipertensiune pulmonară au avut drept cauze maladiile cardiace congenitale. Creșterea fluxului pulmonar determină modificări anatomice și funcționale ale patului vascular pulmonar. Schimbările de tonus vascular pulmonar explică interacțiunile complexe dintre substanțele vasoactive endoteliale. Modificările histologice din hipertensiunea secundară cardiopatiilor congenitale sunt similare cu cele din hipertensiunea pulmonară idiopatică. Mediatorii endoteliali care intervin sunt endotelina I, tromboxanul A2 – vasoconstrictor și activator al proliferării tisulare, prostaciclina și monoxidul de azot - vasodilatator și antiproliferator tisular. Remodelarea patului vascular pulmonar este reversibilă în fazele precoce, dar ulterior modificările devin definitive. Gestul reparator chirurgical se face precoce în viață.

conferința națională de

CARDIOLOGIE

ÎN MEDICINA GENERALĂ

BUCUREȘTI, 13-15 iunie 2013,
Crystal Palace Ballrooms

18 credite EMC* + 5 credite EMC**

* număr de credite obținute la ediția precedentă
** număr de credite obținute prin abonarea la revista Practica Medicală

2013

Primii 500 de medici înscriși la Conferința Națională de Cardiologie vor primi **un abonament gratuit** la Revista Practica Medicală, și un certificat cu **5 credite EMC**, credite suplimentare Conferinței.

+5 credite EMC

NOU: În cadrul Conferinței va avea loc o secțiune interactivă intitulată ***DIALOGURI CORDiale – Relațiile dintre medicul de familie și medicul cardiolog***, unde veți putea invita la dialog cardiologi clinicieni.

Înscrieri si detalii pe:
WWW.MEDICA.RO

CLINICCO®

- Spital de performanță, specializat în:
  - Cardiologie Intervențională
  - Chirurgie Cardiovasculară
  - Infarct Center

NOU
CHIRURGIE CARDIOVASCULARĂ PEDIATRICĂ

- Singurul spital privat care rezolvă urgențe GRATIS pentru județele Brașov și Covasna (conform protocolului de transfer urgențe majore)
- Singurul spital privat clinică universitară categoria II M din România
- Singurul loc unde "Heart Team" nu este doar o definiție
- Servicii medicale de înaltă calitate 24 de ore din 24, 7 zile din 7

ORICE

- Orice afecțiune cardiacă tratabilă actual, este rezolvată de către echipa noastră de profesioniști
- Orice intervenție indicată de cardiologul dumneavoastră se realizează la noi în spital

CONTINUITATE

- Medicii noștri nu au alt loc de muncă
- Îngrijirea bolnavului cardiac critic nu începe la ora 16:00, după serviciu
- Urmărirea în ambulator se face de către aceeași echipă care a efectuat procedura
- Ne rezolvăm propriile complicații, bolnavii nu sunt transferați în altă parte

CLINICCO®
Str. Școlii nr. 8, 500059 Brașov, Tel. +40-268-401203, Fax: +40-268-401206
www.clinicco.ro cardiologie@clinicco.ro