ALFASIGMA
ecoMedical
Romania
GEROT LANNACH
MEDIKA H&S
Medisal
MERCK
Nestlé OptiFibre
SANADOR
Sanience
SOFMEDICA
IC MED

MEDICAL MARKET

Medicină Internă

20 DE ANI
20 de ani de presă medicală sub egida Fin Watch

Revista profesioniștilor din Sănătate 2019

Prof. Dr. Ion Bruckner
Președintele Societății Române de Medicină Internă

Prof. Dr. Carmen Ginghină
Șef Secție Cardiologie, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. C.C. Iliescu"

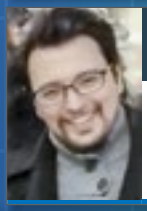
Prof. Univ. Dr. Cătălina Arsenescu-Georgescu
Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași
UMF „Grigore T. Popa" Iași

Asist. Univ. Dr. Dragoș Marcu
Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași
UMF „Grigore T. Popa" Iași

Prof. Dr. Mircea Cinteză
Cardiologie, Spitalul Universitar de Urgență, București

Prof. Dr. Florin Mihălțan
UMF Carol Davila - București

Conf. Dr. Cătălin Codreanu
Centrul Clinic de Boli Reumatismale „Dr. Ion Stoia" UMF București, Președinte SRR


Dr. Claudiu C. Popescu
Centrul Clinic de Boli Reumatismale „Dr. Ion Stoia" UMF București

Publicație adresată cadrelor medicale

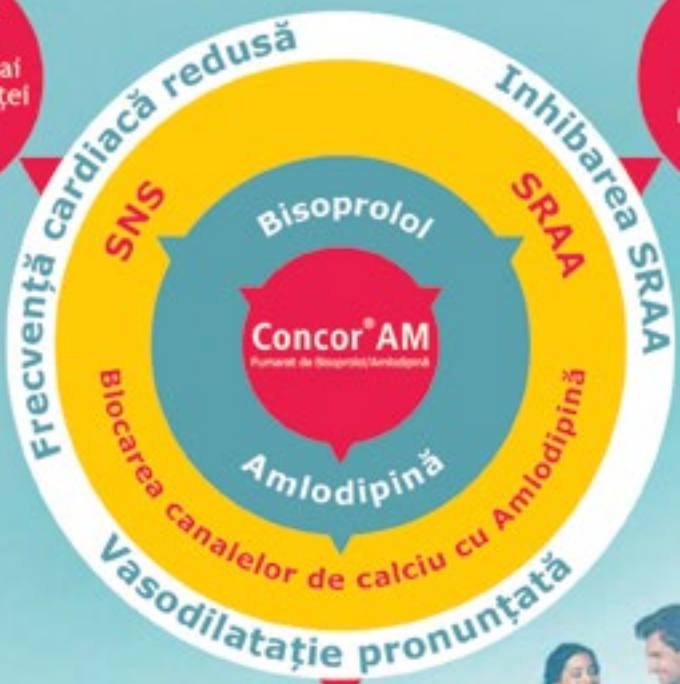
Concor® AM

Fumarat de Bisoprolol/Amlodipină

MERCK

Bisoprolol determină o scădere semnificativ mai mare a frecvenței cardiace vs losartan (p<0,001)

Bisoprolol determină o scădere semnificativ mai mare a TA vs losartan (p<0,01)



Amlodipina reduce semnificativ TA vs valsartan (p<0,01)

Adaptat după referințele 1-7

1 COMBINAȚIE FIXĂ

2 AGENȚI ANTIHIPERTENSIVI COMPLEMENTARI

3 MECANISME DE CONTROL EFICIENT AL HTA[1-7]

TA = Tensiune arterială;
HTA = Hipertensiune arterială;
SNS = Sistem nervos simpatic;
SRAA = Sistem renină-angiotensină-aldosteron.

1. Wellstein A, Palm D, Belz GG. J Cardiovasc Pharmacol 1986;8(suppl 11):S36-S40. **2.** Smith C, Teitler M. Cardiovasc Drugs Ther 1999;13:123-6. **3.** Sun N, Hong T, Zhang R et al. Hypertens Res 2000;23:537-40. **4.** Murdoch D, Heel RC. Drugs 1991;41: 478-505. **5.** Cruickshank JM. The modern role of beta-blockers in cardiovascular medicine, People's Medical Publishing House – USA; 2010. **6.** Parinello G et al. Clin Drug Investig 2009;29:591-600. **7.** Eguchi K et al. Am J Hypertens 2004;17:112-17.

Denumirea comercială a medicamentelor: Concor AM 5 mg/5 mg comprimate; Concor AM 5 mg/10 mg comprimate; Concor AM 10 mg/5 mg comprimate; Concor AM 10 mg/10 mg comprimate. **Compoziție:** Concor AM 5 mg/5 mg: fumarat de bisoprolol 5 mg și amlodipină 5 mg (sub formă de besilat), Concor AM 5 mg/10 mg: fumarat de bisoprolol 5 mg și amlodipină 10 mg (sub formă de besilat), Concor AM 10 mg/5 mg: fumarat de bisoprolol 10 mg și amlodipină 5 mg (sub formă de besilat), Concor AM 10 mg/10 mg: fumarat de bisoprolol 10 mg și amlodipină 10 mg (sub formă de besilat). **Forma farmaceutică:** comprimat. **Indicații terapeutice:** Concor AM este indicat pentru tratamentul hipertensiunii arteriale ca tratament de substituție pentru pacienții la care s-au administrat separat medicamentele individuale în aceleași doze ca și în combinația în doză fixă. **Doze și mod de administrare:** Concor AM este indicat la pacienții a căror tensiune arterială este adecvat controlată prin administrarea separată a componentelor medicamentului în aceleași doze ca și combinația în doză fixă recomandată. Doze: Doza zilnică recomandată este de un comprimat corespunzător fiecărei concentrații. Tratamentul nu trebuie întrerupt brusc deoarece acest lucru poate duce la agravarea stării clinice. Tratamentul nu trebuie întrerupt brusc mai ales în cazurile în care pacienții prezintă și cardiopatie ischemică. Se recomandă reducerea treptată a dozelor. *Pacienți cu insuficiență hepatică:* metabolizarea amlodipinei poate fi întârziată; medicamentul trebuie administrat cu precauție specială. În insuficiență hepatică ușoară până la moderată nu a fost stabilită doza recomandată în ceea ce privește amlodipina. Farmacocinetica amlodipinei nu a fost studiată în insuficiență hepatică severă. În cazul insuficienței renale severe doza zilnică maximă de bisoprolol nu trebuie să depășească 10 mg. *Pacienți cu insuficiență renală:* Nu este necesară ajustarea dozelor în cazul unei insuficiențe renale ușoare până la moderată. Amlodipina nu este dializabilă. Amlodipina trebuie administrată cu mare precauție la pacienții dializați. În cazul insuficienței renale severe (clearance-ul creatininei <20 ml/min) doza zilnică de bisoprolol nu trebuie să depășească 10 mg. *Vârstnici:* La pacienții vârstnici pot fi administrate dozele uzuale; cu toate acestea este recomandată precauție la creșterea dozelor. *Copii și adolescenți:* Siguranța si eficacitatea Concor AM la copii și la adolescenți cu vârsta mai mică de 18 ani nu au fost stabilite. Nu sunt disponibile date. Mod de administrare: Concor AM trebuie administrat dimineața, cu sau fără alimente, fără a fi mestecat. **Contraindicații:** Legate de amlodipină: hipotensiune arterială severă; șoc (inclusiv șoc cardiogen); obstrucție a tractului de ejecție al ventriculului stâng (de exemplu, stenoză aortică cu grad mare); insuficiență cardiacă hemodinamic instabilă după infarct miocardic acut. Legate de bisoprolol: insuficiență cardiacă acută sau în timpul episoadelor de decompensare a insuficienței cardiace ce necesită tratament inotrop pozitiv administrat i.v.; șoc cardiogen; bloc atrio-ventricular (BAV) de gradul II sau III (fără pacemaker); sindromul sinusului bolnav; bloc sino-atrial; bradicardie simptomatică; hipotensiune arterială simptomatică; astm bronșic sever; forme severe ale arteriopatiei obliterante periferice sau forme severe ale sindromului Raynaud; feocromocitom netratat; acidoză metabolică. Legate de Concor AM: hipersensibilitate la amlodipină, derivați de dihidropiridină, bisoprolol și/sau oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Legate de amlodipină: Siguranța și eficacitatea amlodipinei în crizele hipertensive nu au fost stabilite. *Pacienți cu insuficiență cardiacă:* Pacienții cu insuficiență cardiacă trebuie tratați cu precauție. Blocantele canalelor de calciu, induzând amlodipina, trebuie utilizate cu precauție la pacienții cu insuficiență cardiacă congestivă, deoarece acestea pot crește riscul evenimentelor cardiovasculare viitoare și mortalitatea. *Utilizarea la pacienți cu insuficiență hepatică:* Timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare al amlodipinei este prelungit și valorile ASC sunt mai mari; nu au fost stabilite recomandări cu privire la doze. Prin urmare, amlodipina trebuie administrată cu precauție la acești pacienți. La pacienții cu insuficiență hepatică severă poate fi necesară monitorizarea atentă. *Utilizarea la pacienții vârstnici:* La vârstnici, creșterea dozei trebuie să se facă cu precauție. *Utilizarea în insuficiență renală:* Amlodipina poate fi administrată în doze normale la acești pacienți. Amlodipina nu este dializabilă. Legate de bisoprolol: Cu excepția cazurilor în care este neapărat necesară, întreruperea tratamentului cu bisoprolol nu trebuie făcută brusc, mai ales la pacienții cu cardiopatie ischemică, deoarece aceasta poate determina agravarea tranzitorie a afecțiunii. Bisoprololul trebuie utilizat cu atenție deosebită la pacienții cu hipertensiune arterială sau angină pectorală și insuficiență cardiacă asociată. Bisoprololul trebuie utilizat cu precauție: la pacienții cu diabet zaharat ce prezintă fluctuații mari ale valorilor glicemiei deoarece pot fi mascate simptomele hipoglicemiei (de exemplu: tahicardie, palpitații sau diaforeză); la pacienții cu regim alimentar strict; la pacienții cărora li se efectuează tratament de desensibilizare; la pacienții cu angină Prinzmetal; la pacienții cu arteriopatie obliterantă periferică (mai ales la începutul tratamentului, poate să apară agravarea simptomelor); la pacienții cu psoriazis sau cu antecedente de psoriazis: β-blocantele (de exemplu: bisoprolol) pot fi administrate doar după evaluarea atentă a raportului dintre beneficiile terapeutice și riscurile posibile. Simptomele tireotoxicozei pot fi mascate în timpul tratamentului cu bisoprolol. Bisoprololul nu trebuie administrat la pacienții cu feocromocitom înainte de realizarea blocadei receptorilor alfa. La pacienții aflați sub anestezie generală blocada receptorilor β reduce incidența aritmiilor și ischemiei miocardice în timpul inducției și intubației și în perioada postoperatorie. Se recomandă în mod curent ca blocada receptorilor β să fie menținută și perioperator. Dacă se consideră necesară întreruperea tratamentului cu β-blocant înaintea intervenției chirurgicale, aceasta trebuie făcută treptat și terminată cu 48 ore înaintea anesteziei. Cu toate că β –blocantele selective (beta 1) pot avea un efect mai mic asupra funcției pulmonare decât β –blocantele neselective, la fel ca toate β-blocantele, acestea ar trebui evitate la pacienții cu afecțiuni obstructive ale căilor respiratorii, cu excepția cazului în care există motive clinice întemeiate pentru utilizarea lor. În cazul în care astfel de motive există, Concor AM poate fi folosit, cu precauție. În cazul existenței astmului bronșic sau a bronhopneumopatiei obstructive cronice, ce pot determina simptome, se recomandă asocierea tratamentului bronhodilatator. Ocazional, la pacienții cu astm bronșic poate să apară creșterea rezistenței căilor aeriene, de aceea poate fi necesară creșterea dozei de β2 stimulante. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune:** Legate de amlodipină: *Efecte ale altor medicamente asupra amlodipinei:* inhibitori ai CYP3A, inductori ai CYP3A4, dantrolen (perfuzie). Nu este recomandată administrarea amlodipinei cu grepfrut sau suc de grepfrut deoarece biodisponibilitatea poate fi crescută la unii pacienți, ceea ce determină amplificarea efectelor de scădere a tensiunii arteriale. *Efecte ale amlodipinei asupra altor medicamente:* tacrolimus, ciclosporină, simvastatină. Efectul de scădere a tensiunii arteriale al amlodipinei potențează efectul de scădere a tensiunii arteriale al altor medicamente cu proprietăți antihipertensive. Legate de bisoprolol: *Asocieri nerecomandate:* antagoniști ai calciului din grupa verapamilului și, în mai mică măsură, din grupa diltiazemului; medicamente antihipertensive cu acțiune centrală cum sunt clonidina, metildopa, moxonidina, rilmenidina. *Asocieri ce trebuie utilizate cu precauție:* antagoniști ai calciului din grupa dihidropiridinelor cum este nifedipina; medicamente antiaritmice din clasa I; medicamente antiaritmice din clasa III; medicamente parasimpatomimetice; medicamente β-blocante cu administrare locală (de exemplu: picături oftalmice); insulină și antidiabetice orale; medicamente anestezice; glicozide digitalice; medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); medicamente β-simpatomimetice (de exemplu: isoprenalină, dobutamină); simpatomimetice ce activează atât receptorii α cât și β-adrenergici (de exemplu: norepinefrină, epinefrină); alte medicamente antihipertensive sau medicamente cu potențial hipotensor (de exemplu: antidepresive triciclice, barbiturice, fenotiazine. *Asocieri ce trebuie avute în vedere:* mefloquină; inhibitori ai monoaminooxidazei (cu excepția IMAO-B). **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Sarcina: Administrarea Concor AM nu este recomandată în perioada de sarcină, decât dacă este neapărat necesară. Alăptarea: nu este recomandată în timpul administrării Concor AM. Fertilitatea: Nu există date privind fertilitatea la om pentru medicamentul sub formă de combinație în doză fixă. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** Amlodipina are o influență ușoară sau moderată asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. Cu toate acestea, din cauza variațiilor individuale ale reacțiilor la administrarea medicamentului, un efect asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje nu poate fi exclus. Aceasta trebuie avută în vedere mai ales la începutul tratamentului sau atunci când este schimbat medicamentul administrat precum și în cazul consumului de alcool etilic. **Reacții adverse**: Legate de amlodipină: Cele mai frecvente reacții adeverse raportate în timpul tratamentului sunt: somnolență, amețeli, cefalee, palpitații, înroșirea feței, durere abdominală, greață, umflarea gleznelor, edem și oboseală. *Foarte frecvente:* edeme. *Frecvente:* somnolență, amețeli, cefalee (mai ales la inițierea tratamentului); tulburări vizuale (inclusiv diplopie); palpitații; înroșirea feței; dispnee; dureri abdominale, greață, dispepsie, alterări intestinale (inclusiv diaree și constipație); umflarea gleznelor, crampe musculare; fatigabilitate, astenie; *Mai puțin frecvente:* depresie, schimbări ale dispoziției (inclusiv anxietate), insomnie; tremor, disgeuzie sincopă, hipoestezie, parestezie; tinitus; aritmie (inclusiv bradicardie, tahicardie ventriculară și fibrilație atrială); hipotensiune arterială; tuse, rinită; vărsături, xerostomie; alopecie, purpură, depigmentare a pielii, hiperhidroză, prurit, iritație trecătoare a pielii, exantem, urticarie; artralgie, mialgie, dorsalgii; tulburări de micțiune, nicturie, frecvență urinară crescută; impotență, ginecomastie; dureri toracice, durere, stare generală proastă; creștere în greutate, scădere în greutate. *Rare:* confuzie. *Foarte rare:* leucopenie, trombocitopenie; reacții alergice; hiperglicemie; hipertonie, neuropatie periferică; infarct miocardic, aritmie; vasculită; pancreatită, gastrită, hiperplazie gingivală; hepatită*, icter*, enzime hepatice crescute*; angioedem, eritem multiform, dermatită exfoliativă, sindrom Stevens-Johnson, edem Quincke, fotosensibilitate. *Cu frecvență necunoscută:* necroliză epidermică toxică. *În cele mai multe cazuri cu colestază. Au fost raportate cazuri excepționale de sindrom piramidal. Legate de bisoprolol: *Frecvente:* amețeli**, cefalee**; senzație de rece sau amorțeală la nivelul extremităților; tulburări gastro-intestinale cum sunt greață, vărsături, diaree, constipație; oboseală**. *Mai puțin frecvente:* depresie, tulburări de somn; tulburări de conducere AV, deteriorare a insuficienței cardiace pre-existente, bradicardie; hipotensiune arterială; bronhospasm la pacienții cu astm bronșic sau cu afecțiuni obstructive ale căilor pulmonare în antecedente; slăbiciune musculară și crampe musculare; astenie**. *Rare:* creșterea valorilor serice de trigliceride; coșmaruri, halucinații; sincopă; scăderea secreției lacrimale (trebuie avut în vedere dacă pacientul poartă lentile de contact); deficiențe de auz; rinite alergice; hepatită; reacții de hipersensibilitate cum sunt prurit, eritem facial tranzitor, erupție cutanată tranzitorie; impotență; creșterea valorilor enzimelor hepatice (ALAT, ASAT). *Foarte rare:* conjunctivită; alopecie, beta-blocantele pot provoca sau agrava psoriazisul sau pot provoca reacții cutanate asemănătoare psoriazisului. **Aceste simptome apar mai ales la începutul tratamentului. Sunt în general ușoare și adesea dispar după 1-2 săptămâni. **Supradozaj:** Legat de amlodipină: Datele disponibile sugerează că supradozajul masiv poate determina vasodilatație periferică excesivă și posibilă tahicardie reflexă. A fost raportată hipotensiune arterială sistemică prelungită puternică până la șoc cu sfârșit letal. Legat de bisoprolol: Cele mai frecvente semne ale supradozajului cu β-blocante sunt bradicardia, hipotensiunea arterială, bronhospasmul, insuficiența cardiacă acută și hipoglicemia. Până în prezent au fost raportate câteva cazuri de supradozaj cu bisoprolol la pacienți cu hipertensiune arterială și/sau boală ischemică cardiacă: au fost semnalate bradicardia și/sau hipotensiunea arterială. **Perioada de valabilitate:** 3 ani. **Precauții speciale pentru păstrare:** A nu se păstra la temperaturi peste 30°C. A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de lumină. **Ambalaj:** Cutie de carton cu blistere din OPA-Al-PVC/Al conținând 30 comprimate. **Deținătorul autorizației de punere pe piață**: MERCK KGaA, Frankfurter Strasse 250, 64293 Darmstadt, Germania. **Data reînnoirii autorizației:** Martie 2016. **Data revizuirii textului:** Mai 2018. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală-P6L. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Înainte de prescriere, vă rugăm să consultați RCP-ul medicamentelor. **Data întocmirii materialului:** Martie 2019.

RO/CONAM/03 19/0003

„Un act medical de calitate este un act care corespunde nevoilor pacientului cu minim de disconfort și maxim de eficiență” **Interviu realizat cu Prof. Dr. Ion Bruckner**	6
Constipația **Profesor universitar Dr. Dumitru Matei**	8
Biomarkerii în cardiomiopatiile genetice **Prof. Dr. Carmen Ginghină**	10
Abordarea modernă a amiloidozei cardiac **Prof. Univ. Dr. Cătălina Arsenescu-Georgescu, Asist. Univ. Dr. Dragoș Marcu**	12
Anevrism juxtarenal tratat cu stent-graft abdominal Ovation și stentarea simultană a arterei renale stângi (Tehnica Vent) **Dr. Mihai Ursu**	16
Boala cronică de rinichi **Dr. Camelia Codruța Nicoliță**	24
Viața modernă și somnul - o problemă pe care ar trebui să o cunoască și internistul **Prof. Dr. Florin Mihălțan**	26
Hepatocarcinomul – principii diagnostice, modalități terapeutice **Prof. Univ. Dr. Mircea Diculescu**	32
Riscul cardiovascular în artrita psoriazică **Conf. Dr. Cătălin Codreanu, Dr. Claudiu C. Popescu**	34
Despre obezitate **Prof. Dr. Mircea Cinteză**	38

Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443

FIN WATCH

SAMSUNG MEDISON HS70A with Prime
ECOGRAF high-end pentru investigații generale, cu funcții inovative precum: S-Shearwave™, CEUS +, ClearVision, S-Vision™, S-Detect™, Arterial Analysis™, Advanced QuickScan™, Realistic View™, E-Breast™ și E-Thyroid™.

CEUS + (Contrast Enhanced Ultrasound)
Tehnologia CEUS + utilizează proprietățile unice ale substanțelor de contrast sub efectele de ultrasunete. Atunci când sunt stimulate cu frecvențe MI scăzute, microformațiunile oscilante reflectă atât frecvențele de bază, cât și cele armonice. În plus, cele mai recente tehnologii Samsung, VesselMax si FlowMax, permit o mai bună vizualizare a vaselor și a fluxului sanguin.

SAMSUNG

SAMSUNG MEDISON

În România prin:

Proton Impex 2000 SRL - 63, Trilului str., 030401 Bucharest;
Tel/Fax:+40.743.237.003; +40.21.224.5281; +40.31.425.0893;
E-mail: support_sales@proton.com.ro;
Website: www.proton.com.ro

„Un act medical de calitate este un act care corespunde nevoilor pacientului cu minim de disconfort și maxim de eficiență"

Interviu realizat cu Prof. Dr. Ion Bruckner,
Președintele Societății Române de Medicină Internă

În perioada 11-14 aprilie 2019 se desfășoară la Călimănești-Căciulata cel de-al XIX – lea Congres Național de Medicină Internă, fiind o ediție aniversară, la împlinirea a 100 de ani de SRMI.

Vă rugăm să ne spuneți cu ce noutăți ne întâmpină această ediție aniversară? Care sunt temele propuse și ce personalități ale lumii medicale românești și nu numai, vor fi prezente la această manifestare. Cum a evoluat evenimentul în ultimii ani?

Ca întotdeauna, încercăm să aducem în fața colegilor participanți ce a apărut nou în ultimul an. Pe lângă aceasta, în congres vor fi abordate și probleme de politică medicală care preocupă în mod special, cum ar fi malpraxisul, calitatea actului medical și evaluarea lui, direcții de dezvoltare în medicină.

La congres vor conferenția colegi cu mare prestigiu în diversele specialități medicale și nu voi cita nume fiindcă aș risca să omit pe cineva. Doresc să menționez totuși câțiva colegi de peste hotare, și anume pe Președintele ales al Federației Europene de Medicină Internă, domnul Dror Diker, pe Președintele Grupului de Lucru al Grupului de Calitate al Asistentei, domnul L. Campos, colegi de la Mayo Clinics (SUA), din Norvegia.

Congresul antrenează în fiecare an mai mulți participanți, are o audiție mai mare. Suntem obligați să facem o selecție riguroasă a lucrărilor ce vor fi prezentate.

Ca și în anul anterior, congresul este precedat de câteva cursuri. Cât de importante sunt acestea pentru medicii rezidenți?

Cursurile din acest an sunt axate pe medicina de urgență. Personal consider că orice medic trebuie să poată asigura o asistență de urgență deoarece viața te poate pune oricând în fața unei urgențe. În timpul facultății, învățământul urgențelor este limitat și astfel de cursuri sunt foarte utile pentru toți rezidenții, indiferent de specialitate.

Într-un interviu anterior ne-ați spus că „a fi un clinician foarte bun presupune a avea ceea ce se numește „vedere laterală", adică a avea cunoștințe din diverse domenii". Se mai pregătesc tinerii medici astfel încât să devină buni clinicieni?

Din păcate unele inovații aparent utile au avut și efecte negative. Tinerii medici nu mai beneficiază în multe cazuri de o pregătire clinică mulțumitoare. Ei sunt scufundați în birocrație, o nouă birocrație pe calculator, la fel de periculoasă ca birocrația clasică și nu mai au suficient timp pentru învățământul clinic.

Fără îndoială, aceasta depinde și de dorința fiecăruia de a învăța. Supraspecializarea, cu toate avantajele ei, defavorizează învățământul clinic.

Care credeți că sunt cele mai mari lacune pe care le are sistemul medical din România?

La acest subiect toată lumea se fixează pe subfinanțare care este un defect foarte real, dar mai sunt și multe altele: proasta gospodărire datorată promovării în funcții administrative a unor persoane fără calificare, pe criterii neprofesionale (ca să nu spun politice), neîngrijirea (mentenanța) dotărilor existente, interese care duc la "idealizarea" privatului, etc…

Ce presupune, din punctul dvs de vedere, îndeplinirea unui act medical de calitate? Care sunt provocările medicului internist în

contextul actual al sistemului sanitar românesc?

Un act medical de calitate este un act care corespunde nevoilor pacientului cu minim de disconfort și maxim de eficiență. Medicina, chiar cea modernă, nu poate asigura nemurirea, dar trebuie să asigure minimum de suferință și maximum de beneficiu. Relația optimă cu pacientul și cu familia acestuia face parte dintr-un act de calitate, dar aici trebuie să participe în mod egal atât cadrul medical cât și pacientul sau familia. Un pacient sau aparținător violent (în ultima vreme s-au întâlnit astfel de cazuri), un revendicativ, nu vor putea niciodată intra într-o relație corectă. La fel și un medic lipsit de empatie, axat numai pe interes.

În contextul actual, medicul internist își asumă locul de diagnostician în situații dificile, dar mai ales locul de ordonator în sensul prioritizărilor acțiunilor în fața unui pacient cu multiple suferințe la care fiecare "specialist" își dorește, justificat sau nu, locul întîi.

Aveți supraspecializare în cardiologie. Care sunt certitudinile și controversele în tratamentul anticoagulant în fibrilație?

Certitudinea este că marea majoritate a pacienților în fibrilație necesită tratament anticoagulant permanent. Problema este ce anticoagulant și în ce doză. În funcție de condiția individuală se hotărăște răspunsul la aceste întrebări.

Și dacă tot am vorbit de controverse, ce înseamna „Choosing Wisely" în opinia dvs?

A alege înțelept (Choosing Wisely) înseamnă a alege investigația utilă, care răspunde unei întrebări, nu investigația cea mai modernă sau care ne dă senzația că suntem feriți de eventuale reproșuri. Este inutil a face RMN când ecografia dă aceleași informații. În tratament înseamnă a alege tratamentul sigur, verificat, nu cel promovat de interese financiare.

Prin extensia ei în populație (în România aproximativ 45 % dintre adulți) hipertensiunea este factorul major de risc vascular, iar prevenția este un subiect amplu dezbătut, dar fără a se lua încă măsurile necesare. Cum vedeți dvs aceste programe de prevenție?

Prevenirea apariției hipertensiunii arteriale este o intreprindere dificilă și probabil neproductivă. Ar consta în reducerea obezității și a consumului excesiv de sare în populație. Problema reală este tratamentul eficace al hipertensiunii, ceea ce în medicina actuală nu este o problemă. Pacienții trebuie educați privind continuitatea tratamentului, acceptării unui tratament cu mai multe medicamente (în marile studii s-au folosit în medie peste trei specii medicamentoase per pacient pentru un control eficace), necesității controlului permanent al tensiunii.

Medicina modernă cuprinde ghiduri de tratament, dar, așa cum ați declarat, tratamentul pacientului trebuie să fie personalizat. Cât de importantă este comunicarea medic – pacient pentru reușită?

Ghidurile sunt recomandări foarte utile, dar în toate ghidurile se specifică faptul că răspunderea pentru tratament revine medicului în condițiile individuale ale fiecărui pacient. Fiecare om este o individualitate. Medicina modernă luptă pentru tratamente personalizate, dar acestea nu pot fi prevăzute în ghiduri. A comunica cu pacientul, a-l cunoaște ca individ este esențial în practica medicală.

Medicina internă se bazează pe pluridisciplinaritate. Vă rugăm să ne spuneți ce acțiuni de educație medicală aveți în vedere, ca Președinte al SRMI, pentru îmbogățirea cunoștințelor medicilor interniști și ce parteneriate aveți cu alte societăți profesionale.

Colegii de bună calitate din conducerea societăților medicale apreciază utilitatea parteneriatelor. La congresul actual avem sesiuni în parteneriat cu societățile de pneumologie, cardiologie, gastroenterologie, geriatrie. Organizăm simpozioane comune cu aceste societăți în diverse locații din țară tocmai în vederea diseminării actualităților, progreselor și pentru ceea ce se numește, într-un fals limbaj de lemn, schimb de experiență. Toți avem experiențe deosebite, a le discuta împreună, a le evalua și a profita de ele este foarte util și asta dorim să facem în simpozioanele pe care le organizăm în țară.

Constipația

Constipația este un simptom pentru care pacienții se adresează frecvent medicului de familie. Pentru a defini constipația nu este suficient să utilizăm criteriul frecvenței scaunelor, trebuie considerate și senzațiile subiective de efort de defecație, defecație dureroasă, defecație incompletă, scaun „prea tare“ sau „prea mic“[1].

Profesor universitar
Dr. Dumitru Matei

Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului Alesandrescu-Rusescu, București

Șef lucrări Dr. Mihaela Adela Iancu

Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, Cabinet medical individual medicină de familie

Numărul normal de scaune este foarte variabil, variind de la 7 scaune pe zi la sugarul alimentat la sân până la 1 scaun la 2-3 zile la adult. Etiologia este variată, prin alterarea mecanismului de secreție sau de progresie. Cauzele cele mai frecvent întâlnite sunt reprezentate de megadolicolonul (sigmoid), volvulus intestinal, diverticuloză, corp străin, boala Hirshprung sau megacolonul aganglionar congenital, agenezie de porțiuni intestinale, medicamente opiacee, antispastice, tumoră endoluminală, tumori abdominale extra-intestinale, sarcina, bride postoperatorii, ascita, cauze metabolice (hipercalcemia, hipopotasemia), cauze endocrine (hipotiroidia, hiperparatiroidismul) [2].

Vorbim despre constipație acută dacă simptomele au fost prezente timp de mai puțin de patru săptămâni. Simptomele de durată mai lungă sunt clasificate drept constipație funcțională, cronică.[1]

Extrem de important este o intervenție terapeutică timpurie și corectă în timpul episoadelor acute sau recurente de constipație acută, astfel se pot preveni complicații precum fisura anală, retenția de materii fecale, constipația cronică sau encoprezia.

Factorii favorizanți pentru apariția constipației sunt reprezentați de alimentație, activitatea fizică, vârstă și sex. Constipația este mai frecventă la sexul feminin, la persoane sedentare și la vârstnici.

Etiologia este variată, prin alterarea mecanismului de secreție sau de progresie. (vezi tabel1). De asemenea în vederea diagnosticului etiologic se stabilește caracterul acut sau cronic al constipației (vezi tabel 2). După excluderea cauzelor locale și a constipației datorate unor obiceiuri alimentare sau consum de medicamente, un pacient care se prezintă pentru constipație tebuie evaluat în vederea stabilirii unei cauze sistemice.

Din punct de vedere fizio-patologic se descriu urmatoarele forme de constipație:

- Constipația de transport – având drept cauză hipotonia, atonia sau hipersegmentarea colonului
- Constipația de evacuare – produsă prin repetarea întârzierii defecației, în context social sau psihologic
- Constipația prin retentie – datorită modificărilor de volum colo-rectal, ce pot fi congenitale sau dobândite
- Constipația prin obstrucție – având drept cauză stenozele colorectale sau anale (polipi, tumori, etc)
- Constipația prin deficit de reziduuri – când continutul intestinal este redus, nu se realizează stimularea motilității (poate fi cauzata de absenta fibrelor vegetale din alimentatie, stări de deshitratare).[3]

Prin anamneză trebuie să obținem informații amănunțite despre momentul de apariție al simptomelor, intensitatea și durata lor.

O schimbare recentă a tranzitului intestinal implică obligatoriu evaluarea pacientului adult în vederea existenței unui neoplasm colo-rectal, în special atunci când există și factori de risc. Se evaluaeză existența simtomelor asociate (scădere ponderală, dureri abdominale, meteorism, greață, vărsături simptome genito-urinare), precum și existența unor modificări paraclinice (hemoleucograma, sideremie, probe inflamatorii, glicemie, hormoni tiroidieni)

Un diagnostic de constipație funcțională trebuie luat în considerare numai după ce se exclud bolile neurologice, musculare sau sistemice ce se pot asocia cu constipația. Criteriile de diagnostic pentru constipația funcțională sunt reprezentate de existența a minim 2 din cele de mai jos/ săptămână, minim 1 lună cu criterii insuficiente pentru stabilirea diagnosticului de colon iritabil:

1. Două sau mai multe scaune pe săptămână la copilul cu vârsta mai mare de 4 ani
2. Minim 1 episod de incontenență fecală pe săptămână
3. Istoric personal de retenție a materiilor fecale
4. Istoric de mișcări intestinale dureroase
5. Prezența fecaloamelor masive la nivelul rectului
6. Prezența scaunelor masive ce pot obstrua toaleta

Examenul clinic al pacienților trebuie orientat spre diagnosticarea bolilor extradigestive ce pot contribui la apariția constipației.

Bradicardia, tegumentele uscate, creșterea greutății sunt semne ce pot sugera existența hipotiroidiei. Aspectul general al pacientului, faciesul sau timbrul vocii orientează spre boală Parkinson sau depresie. Existența obezității abdominale, alături de evaluarea glicemiei poate stabili diagnosticul de diabet zaharat.[4]

Palparea și percuția abdomenului ne oferă date despre pierderea sensibilității, existența distensie, fecale dure, un colon palpabil, sau o formațiune inflamatorie sau neoplazică.[1]

Zona perianală ar trebui examinată pentru cicatrici, fistule, fisuri, si hemoroizi externi sau asimetria sficterului anal.[1]

Tușeul rectal contribuie la evaluarea pacientului, prezența unui fecalom, strictura anal sau formațiuni rectale obstructive, tulburare neurologică care afecteaza sfincter anal.[1]

La cei peste 50 de ani, mai ales dacă au și factori de risc pentru neoplasm colo-rectal, se recomandă screening prin efectuarea testelor de hemoragie ocultă, colonoscopiei sau sigmoidoscopiei cu tub flexibil.

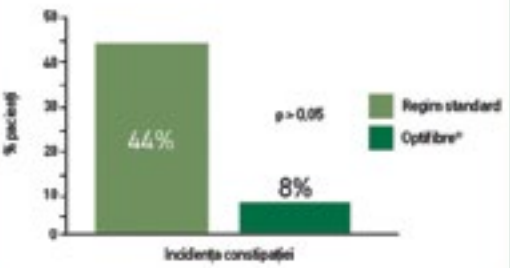
Uneori, în unele centre medicale specializate, se recomandă manometria anorectală alături de investigații electromiografice pentru a înregistra funcția sfincterului anal extern[5].

Tratamentul constipației trebuie individualizat, se ia în considerație durata și gravitatea constipației, vârsta, factorii favorizanți, terapia bolii de bază. Managmentul inițial al constipatiei cronice include educația pacientului, modificarea comportamentului prin schimbarea dietei, hidratare corectă, creșterea consumului de fibre, print-o alimentație bogată în fructe și legume, combaterea sedentarismului, intensificarea activității fizice. Suplimentarea cu fibre alimentare nu este întotdeauna suficientă, mai ales la pacienții cu leziuni obstructive sau megacolon La copilul mic se are în vedere reeducarea ritmului scaunelor prin stabilirea unui orar al scaunelor, prin așezarea la oliță în anumite momente ale zilei, legate și de alimentație. Aceste măsuri igieno-dietetice se asociază cu tratament etiologic (vezi etiologia constipației- tabel 1), functional, patogenic sau simptomatic. Tratamentul patogenic include administrarea prokineticelor (domperidom, cisaprid) sau laxativelor. Se pot recomanda laxative osmotice (magnesium, dizaharide-lactuloză sau soluții alcoolice-manitol), laxative stimulante (Antraquinone, Derivat difenilmetan) sau emoliente (ulei de parafină). De asemenea sunt utile și microclismele.Un rol important în tratamentul constipației la copilul mic de grădiniță sau la școlar este reprezentat de consilierea psihologică.

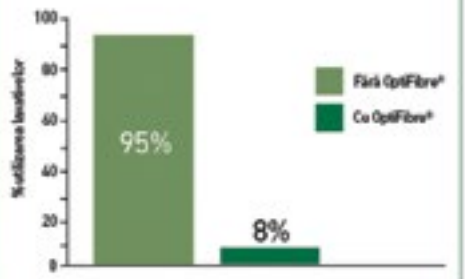
Continuare pe www.revistamedicalmarket.ro

OptiFibre® conține 100% gumă de guar parțial hidrolizată (PHGG) și este dovedit clinic că reduce constipația și ajută la reglarea tranzitului intestinal. [1,2]

OptiFibre® stimulează peristaltismul și frecvența mișcărilor intestinale, fără a determina diaree.[3]



Consumul de OptiFibre® reduce nevoia utilizării de laxative.[4]



- 60% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a tranzitului intestinal după primele 2-3 zile, iar 87% în mai puțin de o săptămână[5].

Cui se recomandă OptiFibre

Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani

Femei însărcinate sau care alaptează

Vârstnici/Persoane care sufera de diabet

Recomandare de administrare

Se recomandă administrarea de OptiFibre® treptat, începând cu 1 măsură pe zi. Dacă este necesar, se crește consumul treptat, cu o măsură la fiecare 3 zile. Odată ce tranzitul intestinal s-a reglat, nu mai creșteți numărul de măsuri pe zi.

	Număr de lingurițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
Ziua	Dimineața	Prânz	Seara	Dimineața	Seara
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 5/zi			Doză maximă 3/zi	

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut
- OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse[6,7]

Avantajele OptiFibre

100% din plante

OptiFibre® este 100% de origine vegetală, nu conține gluten, aditivi, arome sau îndulcitori artificiali.

Gust neutru

OptiFibre® se dizolvă complet și nu are gust sau miros.

Ușor de utilizat

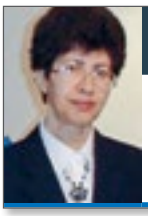
OptiFibre® poate fi amestecat în lichide sau alimente moi, calde sau reci (ex: apă, iaurt, piure).

Bibliografie:

1. Giaccari S, et al. La Clinical Terapeutica. 2001;152(1):21-25. **2.** Kapoor MP, et al. J Functional Foods. 2017;33:52-66. **3.** Homann HH, et al. Clinical Nutrition Supplements 2004. **4.** Patrick PG, et al. J Am Diet Ass. 1998; 98; 912–914. **5.** Ipsos research, May 2012. **6.** Sariano C et al. Long-term fiber intervention program. Journal of the American Dietetic Association 2000s. 100(9):A82. **7.** Kasper H et al. Ernährungsmedizin und Diätetik. 12., überarb. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2014.

www.nestlehealthscience.ro

Biomarkerii în cardiomiopatiile genetice



Prof. Dr.
Carmen Ginghină

Șef Secție Cardiologie,
Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare „Prof. C.C. Iliescu"

Biomarkerii au fost împărțiți conform studiului BEST în opt categorii: diagnostici, de monitorizare, farmacodinamici, predictivi, prognostici, de siguranță, de risc și "înlocuitori" ai "end-point"-urilor.

Ulterior – au fost divizați doar în patru categorii: predictivi, diagnostici, personalizați și prognostici – considerându-se că acesta servește mai bine împărțirii bolilor.

De notat că biomarkerii diferă pentru diferitele afecțiuni – dar sunt comuni pentru insuficiența cardiacă – când ea se asociază afecțiunilor cardiace.

Cardiomiopatiile genetice se împart ca toate miocardiopatiile în șase forme: hipertrofice, dilatative, restrictive și aritmogene, noncompactarea ventriculară. Toate formele genetice de cardiomiopatii au biomarkerul genetic plus alți biomarkeri. Biomarkerii genetici fac ca transmiterea cardiomiopatiilor să fie autosomal dominantă, autosomal recesivă sau X-lincată. Ele pot fi analizate prin tehnici geometrice, proteomice sau metabolomice.

Dar, în plus, există și biomarkeri non-genetici care diferențiază diversele boli.

Acestea se pot diviza în

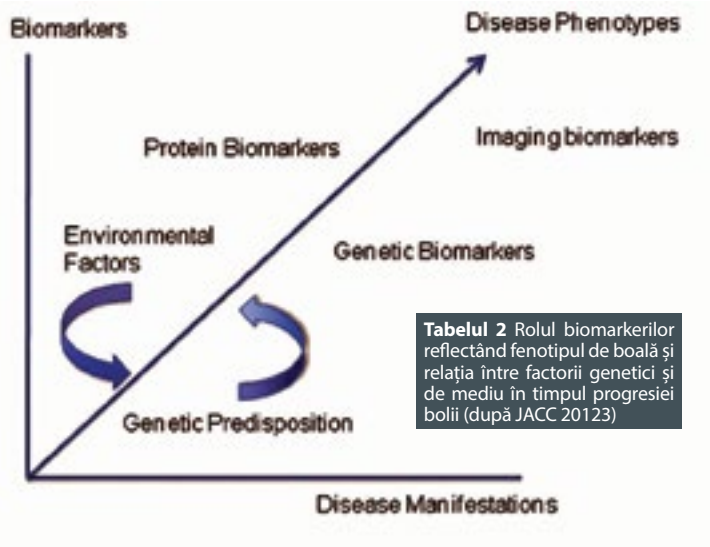
1. biomarkeri care ajută diagnosticul cardiomiopatiilor specifice (creatin fosfokinaza, β-galactozidaza, enzima de conversie a angiotensinei, creșterea feritinei, imunoglobulinele, markerii de inflamație, serologia virală, autoanticorpii, nutrienții, lactatul și markerii intermediari ai metabolismului) și
2. biomarkerii care definesc prognosticul și răspunsul la tratament (peptidele β-natriuretice, troponinele, osteopontina, tenascina, markerii fibrozei, markerii inflamației, markerii RNAs) (vezi Tabelul 1).

Tabel 1 biomarkerii sugerează a fi măsurați la pacienții cu cardiomiopatii (după1)

Suggested biomarkers to measure in a patient with cardiomyopathy.

Biomarkers	Clinical phenotype				
	HCM	DCM	RCM	LVNC	ACM
Blood markers					
Full blood count	✓	✓	✓	✓	✓
Renal function	✓	✓	✓	✓	✓
Liver function	✓	✓	✓	✓	✓
Calcium and phosphate	✓	✓	✓	✓	✓
Fasting lipids and glucose	✓	✓	✓	✓	✓
Creatine kinase	✓	✓	✓	✓	✓
C-reactive protein and ESR	✓	✓	✓	✓	✓
	✓	✓	✓	✓	✓
Serum ACE		✓	✓		✓
Serum iron, ferritin		✓	✓		
α-Galactosidase A	✓				
Lactate	✓				
Thyroid stimulating hormone	✓	✓	✓	✓	✓
Thiamine		✓			
Protein electrophoresis	✓		✓		
Serum immunoglobulins	✓		✓		
Viral titers[1]		✓			
Autoantibodies[2]		✓	✓		
Plasma catecholamines			✓		✓
Troponins	✓	✓	✓		
Natriuretic peptide (BNP, NT-proBNP)	✓	✓	✓		
Urinary markers					
Protein quantification	✓	✓	✓		
Free light chains	✓		✓		
Myoglobin	✓		✓		
Catecholamines					

HCM = CM hipertrofică, DCM = CM dilatativă, RCM = CM restrictivă, LVNC = CM prin noncompactare, ACM = CM apicală



Tabelul 2 Rolul biomarkerilor reflectând fenotipul de boală și relația între factorii genetici și de mediu în timpul progresiei bolii (după JACC 20123)

O discuție particulară merită peptidele β-natriuretice și troponinele – ele jucând un rol important în diagnosticul și prognosticul unei serii de cardiomiopatii genetice.

Oricum, descoperirea unui singur biomarker nu este întotdeauna suficientă pentru a "eticheta" o boală; ar trebui studiat cu minuțiozitate întregul genom uman; în plus "trecerea" de la descoperirea unui biomarker la aplicația lui clinică necesită un interval important de timp (Tabelul 2).

În plus există și biomarkeri pe care îi influențează explorările de laborator conexe (ecografia, rezonanța magnetică...)

Cardiomiopatiile genetice sunt un grup mixt de boli; biomarkerii sunt utili în screeningul individual al cazurilor; troponinele și peptidele natriuretice au valoare deosebită în evaluarea acută și prognostică; biomarkerii care reflectă inflamația și fibroza sunt promițători pentru detecția precoce a bolilor.

Bibliografie

1. Coats Caroline, Heywood W, Mills K et al. Current applications of biomerkers in cardiomyopathies; Expert Rev. Cardiovasc Ther 13/7, 825-837; 2015
2. Rappezi Claudio, Arbustini E, Caforio A et al. Diagnostic work up in Cardiomyopathis; Eur Heart J 2013, 34, 1448-58
3. Piran S, Liu P, Morales A et al; Where genome meets phenome; JACC, 60, 4, 2012

SONIWORLD APARATURĂ MEDICALĂ este o firmă prezentă pe piața de profil din România, cu o echipă formată din **oameni cu experiență de peste 10 ani în promovarea, vânzarea și instalarea de echipamente și aparatură medicală.**

Importăm de peste 5 ani, o gamă largă de Echipamente medicale de la diverși furnizori cu care am stabilit legături strânse: ecografe, electrocardiografe, holtere ECG și TA, monitoare de pacienți, spirometre, osteodensitometre, pulsoximetre, electrocautere, endoscopie (bronhoscoape, gastroscoape, colonoscoape), autoclave.

Echipa de vânzări a SONIWORLD APARATURĂ MEDICALĂ este formată din oameni dedicați meseriei, disponibili oricând pentru întrebări și clarificări.

ECOMedical: Bucuresti, Sect. 3, B-dul Nicolae Grigorescu 117-121, **Tel:** 0766.682.991, **Fax:** 0314241508,
Email: office@ecomedical.ro, vanzari@ecomedical.ro, **Website:** www.ecomedical.ro

Abordarea modernă a amiloidozei cardiace

Amiloidoza cardiacă, formă a cardiomiopatiei restrictive, reprezintă o veritabilă provocare diagnostică și terapeutică. Deși o patologie rară, progresele înregistrate în ultimii ani în diagnosticul precoce și noile metode terapeutice, au readus-o în atenția opiniei medicale.

Prof. Univ. Dr. Cătălina Arsenescu-Georgescu

Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iași

Asist. Univ. Dr. Dragoș Marcu

Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iași

Amiloidoza apare ca urmare a unor procese fiziopatologice care alterează conformația moleculară a unor proteine normal solubile. Aceste alterări duc la formarea agregatelor de amiloid și depunerea lor la nivel tisular. Sunt cunoscute, la ora actuală, 37 de proteine implicate în formarea amiloidului. Dintre acestea, doar 15 au tendința de a se depune difuz la nivelul mai multor organe precum inima, rinichiul, ficatul și splina, provocând astfel diverse forme de amiloidoză sistemică [1]. În ceea ce privește etiologia amiloidozei, discutăm atât despre forme dobândite cât și despre forme ereditare, având la bază o multitudine de mutații punctiforme capabile să inițieze lanțul fiziopatologic al bolii [2].

Dintre toate formele cunoscute la ora actuală, în privința afectării cardiace, un interes deosebit îl prezintă amiloidoza AL și respectiv amiloidoza ATTR, fiind responsabile de peste 95% dintre cazurile de amiloidoză cardiacă [3].

Amiloidoza AL este o afecțiune monoclonală nonproliferativă în care lanțuri ușoare de imunoglobuline se depun difuz la nivelul mai multor organe și sisteme. Afectează pacienți în jurul vârstei de 60 ani dar, apariția ei în decadele 4-5 de viață nu este exclusă. Simptomatologia este dependentă de întinderea afectării de organ și poate evolua cu fenomene de insuficiență cardiacă, sindrom nefrotic, neuropatie autonomă periferică și insuficiență hepatică. Tocmai datorită acestui tablou clinic polimorf, diagnosticul este adeseori dificil, neexistând un singur test biochimic sau imagistic înalt specific și sensibil. Trebuie suspicionată în fața oricărui pacient non-diabetic, cu sindrom nefrotic și afectare cardiacă nonischemică, cu semne de hipertrofie ventriculară la examenul ecocardiografic. Diagnosticul poate fi pus în baza unei combinații de teste de imunohistochimie, confirmate ulterior prin biopsie și examen histopatologic [4]. Managementul unui astfel de pacient trebuie să fie condus de o echipă multidiciplinară în cadrul căreia specialistul hematolog ocupă un rol central. Prognosticul este în general rezervat, mortalitatea la 3 ani de la momentul diagnosticului fiind foarte ridicată. Mai mult, nivelele crescute de NT-proBNP și troponină I sau T sugerează evoluția nefavorabilă a afecțiunii. Tratamentul se bazează pe o combinație de trei agenți (ciclofosfamidă – bortezomib – dexametazonă), cu administrare săptămânală [3]. NEOD001 un anticorp monoclonal, menit să înlăture fibrilele de amiloid din țesuturi, a prezentat rezultate promițătoare în tiralurile inițiale. Totuși, rezultatele preliminare ale trialurilor de fază 3 au fost mai mult decât dezamăgitoare ducând la sistarea oricăror inițiative legate de acest tratament, în cursul anului precedent. Actualmente, sunt necesare noi studii pentru identificarea de molecule eficiente în tratamentul acestei afecțiuni [5].

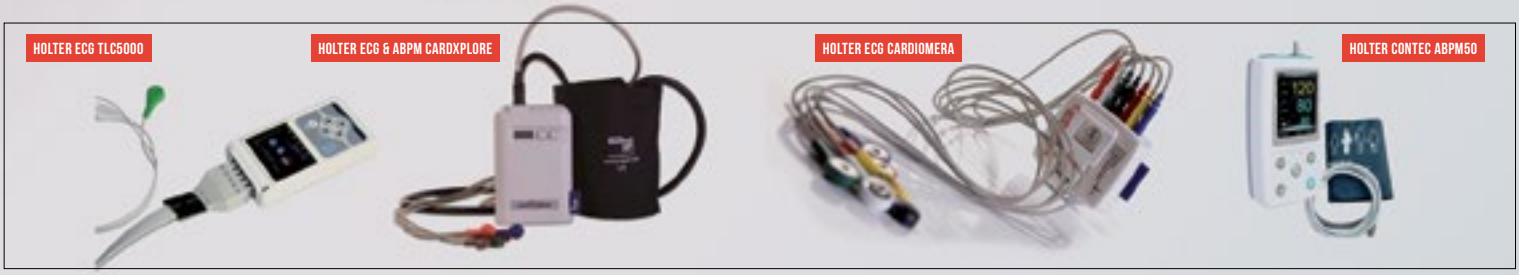
În schimb, amiloidoza ATTR capătă un interes sporit în ultima perioadă. Aceasta și datorită observației conform căreia aproximativ 25% dintre piesele necroptice, la pacienți vârstnici, au prezentat urme ale acestei afecțiuni. Descoperirea a venit să ridice semne de întrebare cu privire la o posibilă degenerare cardiacă în cazul vârstnicilor sau la subdiagnosticarea acestei afecțiuni. Amiloidoza ATTR apare ca urmare a unui defect al transtiretinei fie ca și consecință a unei mutații dobândite – ducând la apariția amiliodozei ATTRwt (wild type) – fie a unei mutații moștenite – amiloidoza ATTRm (mutant). Forma dobândită a fost catalogată multă vreme ca amiloidoză senilă, afectând cu precădere vârstnicii și evoluând cu simptomatologie tipică de cardiomiopatie restrictivă, cu insuficiență cardiacă cronică cu funcție sistolică prezervată și fiind adesea precedată de prezența sindromului de tunel carpian. Frecvent se pot identifica modificări ecocardiografice de hipertrofie ventriculară, în discordanță cu aspectul electrocardiografic de pseudo-infarct miocardic sau hipovoltaj. Durata medie de supraviețuire de la momentul diagnosticului este în jur de 4 ani. Forma ereditară, deși îmbracă multe dintre caracteristicile celei dobândite, prezintă o simptomatologie mult mai complexă, fiind dependentă de tipul de mutație punctiformă ce a stat la baza apariției sale [6].

Standardul de aur pentru diagnosticarea amiloidozei ATTR îl constituie biopsia endomiocardică. Recomandarea efectuării acesteia trebuia să se bazeze pe dovezi imagistice concludente, în special

Medisal
dispozitive medicale

TÂRGU MUREȘ
STR. GHEORGHE DOJA NR. 234
TEL: 0265 211 411
FAX: +40 265 211 412

PESTE 3000 DE PRODUSE
CALITATE ȘI FIABILITATE



www.medisal.ro

Vă așteptăm la noua noastră adresă cu spații dublate de showroom și depozitare

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro

ecocardiografice și de rezonanță magnetică. Totuși, s-a observat că imagistica nucleară poate juca un rol foarte important în screeningul non-invaziv al pacienților. Scintigrafia miocardică cu Technetiu-99m (99mTc-DPD) este o investigație relativ ieftină, mult mai puțin riscantă ca procedeele bioptice dar, cu o specificitate și o sensibilitate deosebit de ridicate. Studii recente au încercat să confere acestei investigații și valențe prognostice, neputându-se totuși evidenția o relație între clasa Perugini evidențiată scintigrafic și prognosticul pacientului. Totodată, testările genetice trebuie să constituie, în mod obligatoriu, parte a bateriei de teste diagnostice, prezentând o deosebită importanță în managementul ulterior al pacientului [7].

Spre deosebire de amiloidoza AL, forma ATTR a beneficiat în ultimii ani de descoperiri importante în domeniul tratamentului, cu perspective recente chiar de ameliorare a evoluției. Un pas important a fost făcut prin introducerea stabilizatorilor de transtiretină, în speță tafamidis, preparat disponibil și pe piața românească. Acesta este un derivat de benzoxazol care acționează prin legare de transtiretină și împiedicarea amiloidogenezei. Inițial, utilizarea sa a fost aprobată în tratamentul polineuropatiei familiale de origine amiloidotică. Totuși, un studiu recent, publicat în New England Journal of Medicine a dovedit un efect benefic important al tratamentului cu tafamidis în cazul pacienților cu amiloidoză cardiacă, acesta ducând la reducere mortalității, a ratei spitalizărilor de cauză cardiovasculară precum și la prezervarea capacității funcționale și îmbunătățirea calității vieții [8].

Mai mult decât tafamidisul, patisiranul, o moleculă care a primit chiar în a doua jumătate a anului 2018 aprobările pentru comercializare din partea European Medicines Agency (EMA) și respectiv U.S. Food and Drug Administration (FDA) se arată mult mai promițătoare. Patisiran este o molecula da ARNi care are ca țintă specifică o porțiune de ARNm ce stă la baza formării fibrilelor de amiloid. Studiile de până la acest moment au vizat în special afectarea neurologică dar, au evidențiat importante efecte benefice asupra afectării cardiace, mergând până la regresia acesteia. S-a observat reducerea hipertrofiei ventriculare stângi, indusă de depunerile de amiloid, precum și scăderea semnificativă a valorilor BNP după o perioadă de 18 luni de tratament [9].

Având în vedere aceste ultime descoperiri în domeniu, putem concluziona că amiloidoza cardiacă va capta în următorii ani atenția lumii medicale. Se va tenta descoperirea de noi modalități de ameliorare și chiar vindecare a bolii, perspectivele actuale fiind mai mult decât îmbucurătoare. În acest context, este necesară o vigilență suplimentară a clinicianului, ca primă interfață cu pacientul și direcționarea promptă spre un diagnostic corect.

Bibliografie

1. Chiti F, Dobson CM, Protein misfolding, amyloid formation, and human disease: a summary of progress over the last decade. Annu. Rev. Biochem 2017; 86, 27–68.
2. Benson, M.D, Buxbaum, J.N, Eisenberg, D.S., Merlini, G., Saraiva, M.J.M., Sekijima, Y. et al. Amyloid nomenclature 2018: recommendations by the International Society of Amyloidosis (ISA) nomenclature committee. Amyloid 2019; 25, 215–219.
3. Donelly JP, Hanna M, Cardiac amyloidosis: an update on diagnosis and treatment. Cleve Clin J Med 2017; 84(12 Suppl 3):12-26.
4. Gertz AM, Immunoglobulin light chain amyloidosis: 2018 Update on diagnosis, prognosis, and treatment. Am J Hematol 2018; 93(9):1169-1180.
5. http://ir.prothena.com/news-releases/news-release-details/prothena-discontinues-development-neod001-al-amyloidosis
6. Dungu JN, Cardiac amyloidosis – an update. Eur Cardiol 2015; 10(2): 113–117.
7. Hutt DF, Fontana M, Burniston M, et al. Prognostic utility of the Perugini grading of 99mTc-DPD scintigraphy in transthyretin (ATTR) amyloidosis and its relationship with skeletal muscle and soft tissue amyloid. Eur Heart J Cardiovasc Imaging 2017; 18:1344-1350.
8. Maurer MS, Schwartz JH, Gundapaneni B et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. N. Engl. J. Med. 379(11), 1007–1016 (2018).
9. Kristen AV, Ajroud-Driss S, Conceição I, et al. Patisiran, an RNAi therapeutic for the treatment of hereditary transthyretin-mediated amyloidosis. Neurodegenerative disease management. 2018(Epub). DOI: https://doi.org/10.2217/nmt-2018-0033

MEDIKA H&S
430274 BAIA MARE STR. 9 MAI 21 C
TEL. / FAX: +40 262 216 641, MOBIL: +40 729 571 352
medikahs@medika.ro, www.medika.ro

EC-2H+, EC-3H+, EC-12H+

Sisteme full disclosure Holter ECG 1-7 zile, 1, 2, 3 sau 12 canale (LABTECH).
Dimensiuni reduse (53x67x18 mm, 50g), ecran LCD de înaltă rezoluţie (160x100 pixeli). Frecventa de esantionare 2000Hz. Senzor de mişcare 3D. Transmisie de date via Bluetooth. Alimentare: 1 baterie AAA.
Software: analiză completă de formă si ritm, analiză ST, QT, variabilitate de frecvenţă cardiacă în domeniu timp şi frecvenţă, încarcatură ischemică, turbulenţă HR, alternanţă de undă T, detecţie şi analiză PM, identificarea intervalelor de fibrilaţie atrială.

ABPM-05

Sistem de monitorizare ambulatorie a tensiunii 24 – 51 ore (MEDITECH).
Dimensiuni reduse (98x69x29 mm, 190g), ecran LCD. Metoda de masurare: oscilometrică, algoritm validat BHS şi AAMI. Transmisie de date: Bluetooth sau fibra optică via USB. Alimentare: 2 baterii AA.
Software: bază de date, rapoarte şi statistici orare şi totale.
Disponibil şi în varientă combinată cu Holter ECG.

EC-12R, EC-12R/S, EC-12S

Sisteme ECG computerizate 12 canale de repaus (EC-12R) şi efort (EC-12R/S, EC-12S), (LABTECH).
Comunicarea cu calculatorul via Bluetooth. Sistemul EC-12S are integrat un modul de monitorizare automată a tensiunii în premieră mondială (face posibilă monitorizare automată a tensiunii şi pe un covor). Protocoalele integrate comandă automat majoritatea tipurilor de ergometre şi covoare.
Legătura wireless cu calculatorul permite o mişcare liberă a pacientului şi monitorizarea comodă a fazei de revenire (eventual culcat pe un pat) şi face posibilă efectuarea unor teste nestandardizate.
Efectuează on-line analiză de formă şi ritm.

CARDIAX

Sistem ECG computerizat 12 canale, de repaus şi efort (IMED).
Modulul de achiziţie de dimensiuni reduse se racordează la calculator printr-un port USB. Frecvenţa de eşantionare: 2000Hz. Permite memorarea unor trasee ECG pe 12 canale oricît de lungi.
Analiză şi diagnostic diferenţiat (pediatric – adult). Opţional: modul de analiză şi comandă automată a testului de efort (cu traseu complet memorat pe 12 canale), SPO2, spirometrie, audiometrie.

Cardiofax 2150, 2250, 2350

Electrocardiografe clasice cu 3,6,12 canale (Nihon Kohden). Toate tipurile: achiziţionare semnale ECG pe 12 canale, afişare pe ecran LCD simultan 12 derivaţii, tipărire pe hîrtie termosensibilă pe grupe de 3, 6, canale, analiză automată, memorie, funcţionare cu baterie sau racordat la reţea.

Corival / Valiant

Cicloergometre şi covoare (LODE)
Cicloergometre cu interval de încărcare: 7 – 1300 Watt, frînă electromagnetică, greutate pacient pînă la 160 kg sau 240 (Corival Recumbent), interfaţă Rs232 pentru PC sau unitate proprie de programare. Opţional modul de măsurare a tensiunii. Covor Valiant standard: viteză 0,5 – 20 km/h, inclinare 0 – 25%, suprafaţă de rulare 50 x 150 cm, interfaţă PC RS232, greutate maximă pacient 150 kg.

Anevrism juxtarenal

tratat cu stent-graft abdominal Ovation și stentarea simultană a arterei renale stângi (Tehnica Vent)

Mihai Ursu MD[1], Costică Baba MD[1], Narcis Filipescu MD[1], Gianmarco de Donato MD[2]
1. Spital Clinic, Brașov; 2. Profesor de Chirurgie Vasculară, Universitatea din Siena

Dr. Mihai Ursu

medic primar cardiolog
Șef Sectie Cardiologie
Intervențională la
Spitalul privat Clinicco Brașov

Dr. Mihai Ursu este medic primar cardiolog - cardiologie intervențională, cu competență în radiologie intervențională. Cazuistica sa operatorie impresionantă include peste 25.000 cazuri diagnostice, precum și peste 2000 angioplastii IMA.

Introducere

Anevrismele aortice abdominale (AAAs) reprezintă o cauză comună a morbidității și mortalității în lume, devenind tot mai frecvente cu îmbătrânirea populației. Repararea endovascular a anevrismului (EVAR) reprezintă o alternativă terapeutică minim invazivă pentru tratarea AAAs și în ultimul deceniu reprezintă standardul de îngrijire în această patologie.[1]

Una dintre cele mai importante condiții pentru efectuarea EVAR este o anatomie adecvată a arterei aortice, renale, iliace și femurale și, de asemenea, localizarea anevrismului. Dispozitivele disponibile au evoluat continuu de la stent-grafturile inițiale, fabricate manual de chirurgi vasculari la primele dispozitive disponibile lansate pe piață în 1994 și într-un final a patra generație de endograft-uri disponibile în prezent.2

Evoluția continuă și reproiectarea îmbunătățită a endograft-urilor AAA permite includerea anatomiilor mai complexe în indicațiile EVAR.

Sistemul stent-graft abdominal OVATION (Endologix, Santa Rosa, CA) este un endograft modular conceput pentru tratamentul AAAs-urilor. Este un dispozitiv nou proiectat să depășească limitele stent graft-urilor disponibile în prezent și care să se potrivească diferitelor morfologii aortice, abordând cele mai importante două aspecte ale EVAR: acces și sigilare.3 Este o endoproteză tri-modulară ce constă dintr-un corp aortic și două membre iliace. Se utilizează un mecanism unic de etanșare a inelului O pentru a face față ganglionilor aortici solicitați și, în același timp, poate naviga prin accesarea complexului iliac și femoral cu ajutorul unui sistem introducător cu diametrul exterior de 14Fr.[1]

Raport de caz

Un bărbat de 65 de ani a fost internat în spitalul nostru pentru o evaluare cardiovasculară. În antecedente, el a avut o înlocuire cu proteză de valvă aortică biologică în urmă cu 6 ani și o

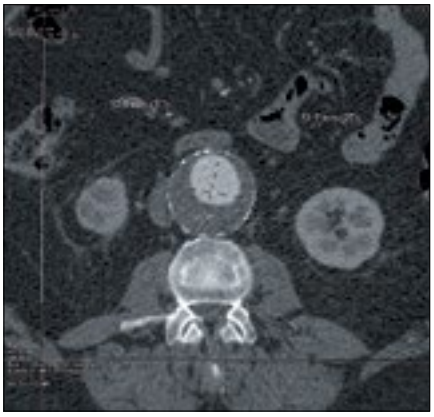


Figure 1 Anevrism aortic infrarenal. angio-CT cu contrast.

Figure 2 Anevrism aortic infrarenal. Angiografie cu contrast.

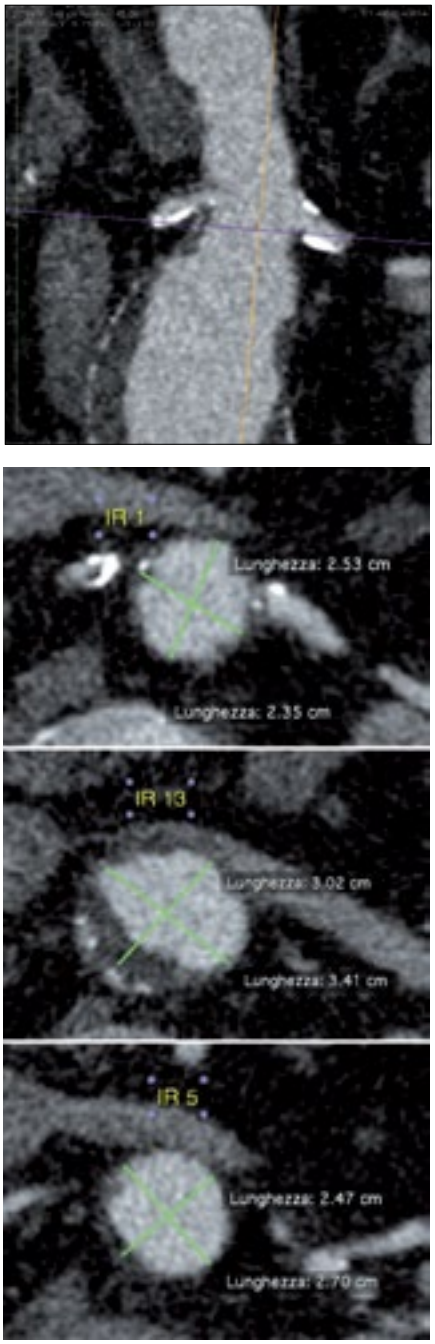


Figure 3 Diametrul gatului aortic infrarenal. angio-CT

endarterectomie dreaptă carotidică în urmă cu 3 ani. De asemenea, a fost un pacient hipertentiv, cu ectazie toracică descendentă (40 mm) și anevrism aortic abdominal infrarenal. A fost efectuat un angio-CT cu mai multe slice-uri, ce vizează segmentul abdominal al aortei și a arterelor periferice, pentru a obține o caracterizare anatomică mai bună și măsurători mai precise ale anevrismului și diametrelor arterelor ilio-femurale. Anevrismul a fost localizat în poziția infrarenală cu gât ostil scurt și cu tromb circumferențial. Dimensiunea maximă a dilatării a fost de 5.25/5.33cm cu

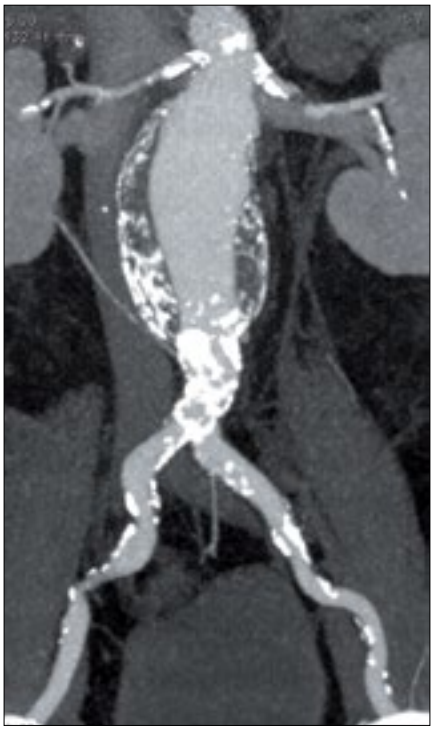


Figure 4 Anevrism aortic infrarenal. angio-CT cu contrast

un diametru interior al lumenului de 2.39/2.52cm (fig 1, 2).

Diametrul proximal al gâtului aortic la 1,5 și 13mm sub artera renală inferioară a fost de 2.53/2.35cm, 2.47/2.7cm respectiv 3.02/3.41cm (fig 3).

Zona de aterizare distală a anevrismului a fost localizată la 2 cm deasupra bifurcației aortice. Diametrul bifurcării aortice a fost de 2,06 / 1,84 cm. Atât arterele femurale iliace, cât și cele comune au fost calcificate, dar au o dimensiune normală, cu o sinuozitate ușoară (fig. 4). De la cea mai joasă arteră renală până la artera hipogastric lungimea a fost de 197 mm pentru partea dreaptă și 185 mm pentru partea stângă.

Conform măsurătorilor obținute prin AngioCT (angiografia tomografică computerizată) am putea evalua diametrul și lungimea potrivită a grefei stentului care urmează să fie utilizat: un modul - un corp principal de 29x80 mm și două extensii pentru arterele iliace, respectiv dreapta și stanga, ipsilateral la corpul principal 14×160 mm și 12×140 mm contralateral. Stent-graft-ul Ovation a fost implantat utilizând un diametru exterior al tecii de 14-Fr (O.D.) sub anestezie generală. Acces bilateral cutanat femural chirurgical. 105 ml cantitate de colorant de-a lungul procedurii care a durat 90 min.

Corpul principal al endograft-ului Ovation a fost desfășurat cu precizie în poziția planificată din partea dreaptă, fără nici un motiv specific (ambele artere iliace au fost la fel, sinuoase și înclinate).

Stentul renal metalic (Dynamic Biotronik 6.0/19mm) a ajuns în poziție prin acces brachial stâng, cu ajutorul unei teci introducatoare de 5F la nivelul ostiului renal stâng. Plasarea stentului renal și prima etapă a desfășurării corpului principal OVATION sunt prezentate simultan în Fig. 5. (tehnica Vent/Ovation).

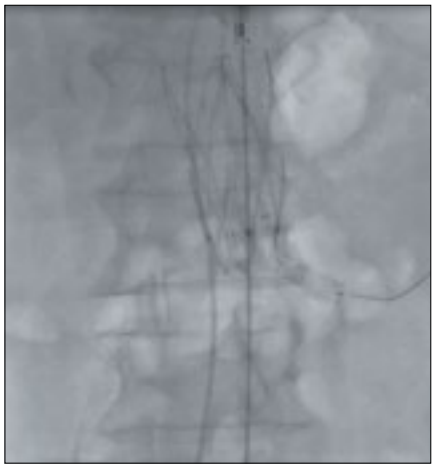


Figure 5 Realizarea stentului renal și prima etapă a desfășurării endografului principal Ovation.

Endograft-ul Ovation a fost eliberat cu inelul de etanșare poziționat exact la nivelul gâtului infrarenal scurt (fig 6).

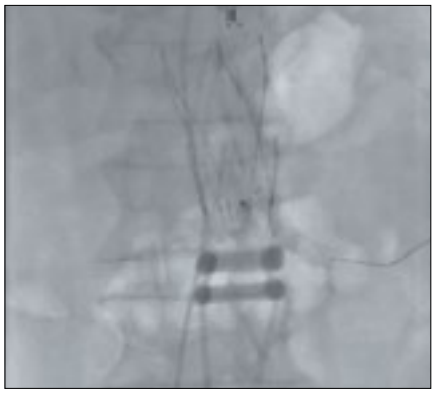


Figure 6 Deplasarea corpului principal și injectarea polimerului.

Eliberarea sincronizată a stentului scurt renal metalic (bare-metal), care se extinde cu doar câțiva milimetri în lumenul aortic, permite "ventilarea" arterei renale stângi prin împingerea țesăturii subțiri din zona gulerului.4. De notat, stentul renal și primul inel al endogrefei Ovation sunt strict în contact, dar nu concurează pentru același

spațiu. Inelul umplut cu polimer radio-opac este responsabil pentru etanșarea circumferențială la nivelul gâtului scurt (1–3 mm sub artera renală stangă), în timp ce stentul renal păstrează perfuzia renală prin împingerea țesăturii subțiri și flexibile a zonei gulerului.[4]

Înainte de a umple inelele stent-graft-ului cu polimer radio-opac, mai întâi trebuie atenție la retragerea ghidului, apoi polimerul va umple lent corpul grefei stentului. În pasul următor, am confirmat măsurătorile extensiilor iliace, utilizând un cateter marker, înainte de eliberarea sa. O post-dilatare cu "kissing balloon" a fost efectuată la nivelul joncțiunii și la originea iliacei comune pentru o mai bună îmbinare. (fig 7).

Figure 7 Post-dilatarea kissing balloon

Excluderea completă a sacului și permeabilitatea arterei renale stângi sunt demonstrate în angiografia finală, cu absența totală a endoscurgerilor. (fig 8).

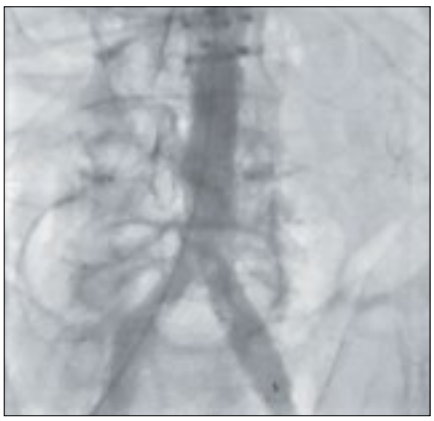


Figure 8 Angiografia finală; stentul renal și primul inel al endograft-ului Ovation sunt strict în contact, dar nu concurează pentru același spațiu

Pacientul a prezentat o îmbunătățire clinică imediată în perioada postoperativă și a fost externat în 72 ore. O examinare ecografică a aortei și a ramificațiilor a fost efectuată la descărcare și a arătat un flux normal trifazic la nivelul artelor iliace și femurale.

Examinarea angio-CT de rutină a fost efectuată pe o perioadă de urmărire de o lună care a arătat permeabilitatea stentului renal, o endografă brevetată fără endoscurgeri sau alterări nedorite. (fig 9)

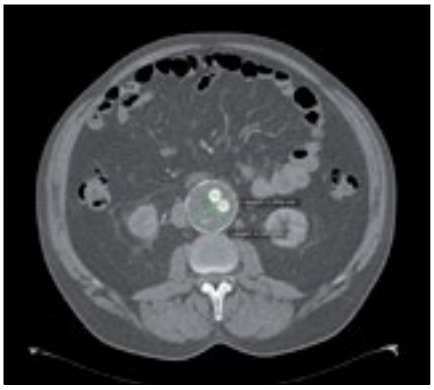


Figure 9 3D CTA pe o perioadă de urmărire de o lună.

Discuții

Endograft-ul OVATION are un design tri-modular compus din corpul principal și două membre iliace. Corpul principal include un stent suprarenal de 35 mm lungime cu ancore pentru a realiza o fixare activă a peretelui aortic și o grefă de permeabilitate redusă din politetrafluoretilenă (PTFE), care, spre deosebire de alte dispozitive, nu este susținută de un endoschelet metalic, ci conține o rețea de canale gonflabile și inele de etanșare O care sunt umplute în timpul desfășurării cu un polimer de umplere radio-opac, cu o vâscozitate scăzută. Corpul principal are o lungime de 80 mm și este proiectat ca un cilindru lung de 50 mm care se împarte în două picioare lungi de 30 mm. Etanșarea la gâtul aortic infrarenal proximal se realizează printr-un mecanism unic de două inele gonflabile O, care se conformează anatomiei specifice gâtului pacientului. Membrele iliace constau din stenturi de nitinol foarte flexibile încapsulate în PTFE cu permeabilitate redusă. Datorită conceptului unic de separare a țesuturilor și a porțiunilor metalice ale endograft-ului, livrarea se realizează prin intermediul unui sistem de distribuție cu profil ultra-scăzut. Mai mult decât atât, mecanismul original de etanșare permite etanșarea în gâtul infrarenal cu o lungime de până la 7 mm, ceea ce face ca acesta să fie singurul dispozitiv care a fost aprobat pentru a trata anevrisme cu gât aortic <10 mm.[1, 2, 3]

În ceea ce privește dispozitivul OVATION, De Donato et al. raportează eliminarea endoleak-ului de tip Ia în proporție de 98% și 96.8% pentru lungimi ale gâtului aortic AAA> 7mm și respectiv <7mm.[5]

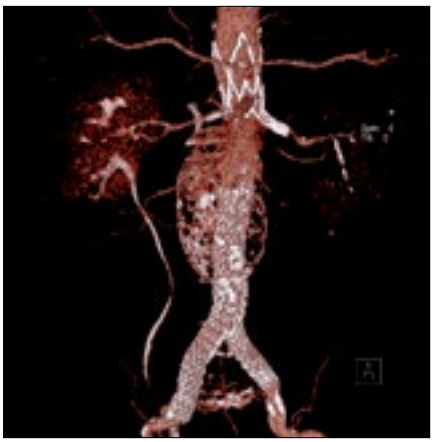
Din cauza profilului ultra-scăzut, sistemul OVATION poate fi utilizat la pacienții cu acces la arterele iliace sau femurale mai mici de 7 mm.

Conform literaturii medicale, până la 30% - 40% dintre pacienți sunt candidați inadecvați pentru repararea anevrismului endovascular convențional, cel mai frecvent datorită anatomiei proximale a gâtului aortic.7 O zonă proximală de sigilare adecvată este una dintre cerințele de succes absolute pentru EVAR. Conform majorității instrucțiunilor de utilizare (IFU), anatomia ostilă este definită ca prezența uneia sau a tuturor următoarelor caracteristici: lungimea gâtului <15mm, diametrul> 28mm și angulația gâtului> 60°. Alți parametri morfologici negativi includ trombusul circumferențial al gâtului proximal sau calcificarea (> 50%) sau un gât conic, în care diametrul crește progresiv între arterele renale și sacul cu o schimbare > 2 până la 3 mm peste primii 15 mm ai gâtului proximal.[8]

Tehnica VENT constă în desfășurarea inelului de etanșare al stent-graft-ului Ovation într-un interval cuprins între 1 și 3 mm sub artera renală inferioară, mai degrabă decât 13 mm, așa cum sugerează IFU, cu marginea proximală a țesăturii situată deasupra orificiului arterei renale . Stentul scurt metalic (bare-metal), desfășurat simultan în orificiul renal și ieșind câțiva milimetri în aortă, permite conservarea permeabilității renale prin deplasarea marginii proximale a țesăturii prezente chiar deasupra primului inel (așa-numita zonă de guler).[4]

În clinica noastră, un număr de 4 pacienți cu anevrism aortic abdominal, cu vârsta cuprinsă între 60 și 71 de ani, au fost tratați cu implant de endoproteză Ovation. Etiologia anevrismelor a fost aterosclerotică și degenerativă. Co-morbiditățile includ hipertensiunea arterială, fumatul și boala arterială periferică. Unul dintre cazuri a avut nefrectomie dreapta și stenoză semnificativă a arterei renale stângi cu o rată de filtrare glomerulară de 32 ml / min / 1,73 m^2.

În 3 din 4 cazuri, zona proximală de aterizare au fost arterele juxtarenale și, într-un caz, gâtul infrarenal a fost conic și cu trombus parietal. Astfel, cele



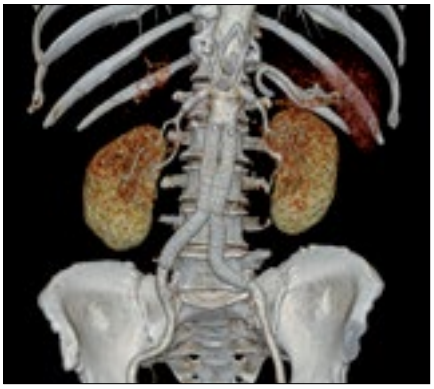


Figure 10 Tehnica Dublu Vent; Imagine 3D CTA a AAA înainte de procedură; Angiografia în timpul procedurii cu desfășurarea corpului principal și injectarea polimerului și inflația simultană bilaterală a balonului renal cu stent. 3D CTA pe o perioadă de urmărire de o lună.

3 cazuri au fost tratate folosind tehnica „VENT" cu stenting al arterelor renale accesând artera brahială stânga. 2 cazuri au fost tratate cu tehnica single Vent / Ovation și 1 caz a fost tratat cu tehnica dublu Vent / Ovation (ilustrată în figura 10) (cu acces brahial dublu stâng).

S-au utilizat anestezia generală și incizie cu descoperire bilaterală femurală. Accesul percutanat brahial la stânga a fost utilizat pentru stentarea arterei renale. Corpul principal Ovation a fost implantat prin partea dreaptă și, pentru extensia contralaterală, artera femurală stângă. Succesul procedural a fost de 100% fără migrări ale grefei, fără pierderi prin dispersie de tip I, III sau IV, cu o bună curgere distală în prima și ultima fază post-procedurală. Nu s-au raportat complicații majore și nu s-au raportat pierderi detectabile în perioada de urmărire a angio-CT-ului (9-12 luni), evaluarea Doppler a relevat fluxul normal în măsurătorile periferice ale arborelui arterial ilio-femural. Rata de filtrare glomerulară a rămas stabilă fără o creștere semnificativă a valorii creatininei față de valoarea inițială la pacientul cu boală renală cronică.

Am decis să folosim sistemul endograft Ovation în tehnica Vent / Ovation pentru câteva motive importante:

- sistemul cu profil ultra-scăzut - 14F oferă un acces ușor la anevrism.

- implantarea în trepte a stentului la suprarenale permite plasarea simplă și precisă.

- inelul de etanșare umplut cu polimer creează o etanșare personalizată și protejează gâtul aortic;

- permeabilitate redusă a PTFE permite reducerea eficientă a anevrismului și menținerea dispozitivului neobstruat,

- un suport iliac, rezistent la atingere, conceput pentru a reduce riscul de ocluzie.

- facilitează accesul sigur la intrarea contralaterală chiar și în anatomiile dificile

- Previne eventualele complicații în ceea ce privește dificultățile provocate de gâtul infrarenal scurt, conic și cu tromb

-3 cazuri cu localizarea anevrismului juxtarenal.

Concluzii

Succesul clinic și imediat radiologic al stent-graft-ului abdominal OVATION sugerează că este o opțiune fiabilă pentru tratamentul anevrismului aortic abdominal cu anatomie complexă, dificilă.

Tehnica"VENT / OVATION" este o nouă tehnică și concept ca alternativă la EVAR pentru a trata anevrismul cu gât scurt sau juxtarenal dificil la pacienții cu vase mici de acces iliac. Aceasta constă în implantarea stent-graft-ului OVATION cu o tehnică modificată care presupune plasarea simultană a stenturilor renale metalice (bare-metal).

Referințe

1. Ioannou CV, Kontopodis N, Kehagias E, Papaioannou A, Kafetzakis A, Papadopoulos G, et al. Endovascular aneurysm repair with the OvationTriVascular Stent Graft System utilizing a predominantly percutaneous approach under local anaesthesia. Br J Radiol 2015; 88: 20140735.

2. Moulakakis KG, Dalainas I, Kakisis J, Giannakopoulos TG, Liapis CD. Current knowledge on EVAR with the ultra-low profile Ovation Abdominal Stent-graft System. J Cardiovasc Surg (Torino) 2012; 53: 427–32.

3. de Donato G, Setacci F, Sirignano P, Galzerano G, Borrelli MP, di Marzo L, et al. Ultra-low profile Ovation device: is it the definitive solution for EVAR? J Cardiovasc Surg (Torino) 2014; 55: 33–40.

4. Gianmarco de Donato, Francesco Setacci, Edoardo Pasqui, Mariagnese Mele, Domenico Benevento, Giancarlo Palasciano, and Carlo Setacci. Device Evolution and New Concepts to Preserve Renal Artery Patency în Challenging Infrarenal Aortic Necks. Visceral Vessels and Aortic Repair. 2019;

5. Andreas Koutsoumpeli, Efstratios Georgakarakos, Kalliopi-Maria Tasopoulou, Nikolaos Kontopodis, et al. A clinical update on the mid-term clinical performance of the Ovation endograft. Expert Review of medical device 2019; vol 16, 1:57-62.

6. Giovanni Nano, Daniela Mazzaccaro, Silvia Stegher, Maria Teresa Occhiuto, Giovanni Malacrida, et al. Early experience with ovation endograft system în abdominal aortic disease. J of Cardiothoracic Surgery 2014; 9:48.

7. Brant W Ullery. Snorkel/Chimney versus fenestrated endovascular aneurysm repair: What works and when? Endovascular today 2016, vol 15 no 3.

8. Xiao Tang, Weiguo Fu, Yuqi Wang. Managing Difficult Aortic Necks. Endovascular today, feb 2014.

BTL CARDIOPOINT-HOLTER

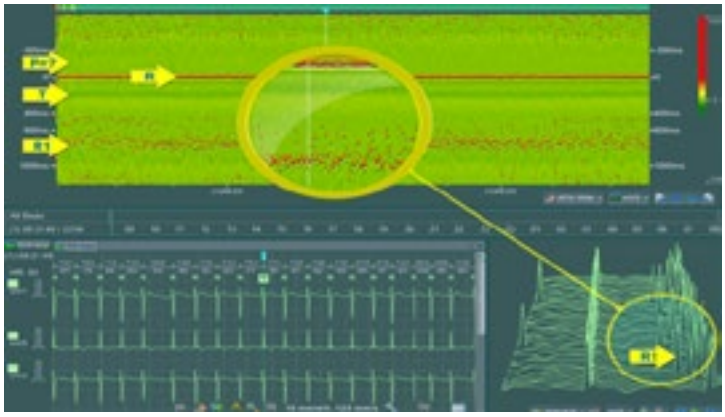
BTL-08 Holter este primul sistem de monitorizare pe 24 de biți din lume. Calitatea excepțională a semnalului, comparabilă cu cea oferită de electrocardiografe, asigură cea mai bună platformă de examinare.
Utilizatorul are posibilitatea de a înregistra pe 3, 7 sau 12 canale și poate selecta durata unei înregistrări până la 7 zile.
Medicul are opțiunea de a schimba toate setările interfeței software dar și modalitatea de începere a unei noi înregistrări.
Posibilitatea de a personaliza și configura software-ul asigură îndeplinirea celor mai exigente cerințe.

CARACTERISTICI PRINCIPALE ȘI AVANTAJE

- Monitorizare pe 3/7/12 canale EKG
- Până la 7 zile de înregistrare
- Calitate semnal echivalentă cu cea oferită de electrocardiografe
- Înregistrare pe 24 biți
- Conectare la PC prin USB, card SD card și wireless
- Detectare pacemaker 100 µs / 40 kHz
- Microfon încorporat pentru înregistrare vocală
- Ecran LCD pentru verificarea calității semnalului

INSTRUMENTE DE DIAGNOSTICARE AVANSATE

- Tabele multi nivel
- Analiză avansată a ritmului
- Analiza ST, PQ, QT și HRV
- Analiză pacemaker
- Monitor activitate pacient
- Instrument de revenire asupra modificărilor făcute
- Reprezentare în imagini grafice și sub formă de cascadă pentru depistarea rapidă a modificărilor de ritm și morfologie



Fibrilația atrială cu toate caracteristicile ei:

- (P=?): Unda P lipsește.
- (R1): Interval RR iregulat se manifestă prin distribuția haotică a vârfului R.

BTL CardioPoint®

COMPLETE
SOLUTION

IDA DESIGN AWARDS BRONZE WINNER 2017

BTL CARDIOPOINT FLEXI

BE UNLIMITED.
BE FLEXI.

Imaginați-vă un EKG de buzunar care vă oferă flexibilitate nelimitată în toate aspectele muncii dvs. Noul sistem marca BTL reprezintă un progres în ceea ce privește EKG-ul de repaus și de efort.

Dispozitivul EKG trimite înregistrări wireless către platforma BTL CardioPoint și devine un sistem flexibil care vă simplifică munca atât în spitale cât și în cabinetele medicale.

DIAGNOSTIC CORECT

BTL CardioPoint oferă tot ceea ce aveți nevoie pentru a lua cu ușurință o decizie privind tratamentul - display EKG clar și precis, unelte unice de diagnosticare, indiferent dacă pacientul dumneavoastră este copil, atlet sau vârstnic.

ACCES LA DATE DE ORIUNDE

Înregistrările EKG se stochează în siguranță în memoria dispozitivului sau pot fi accesate imediat de pe orice computer din locație și chiar din afara acesteia! Înregistrările EKG ale BTL CardioPoint sunt practic disponibile de oriunde.

FĂRĂ COMPROMISURI

Descoperiți cele mai mici electrocardiografe care există pe piață! Vă puteți bucura de funcțiile electrocardiografului BTL: calitate excelentă a înregistrării, afișare lizibilă, durată lungă de viață a bateriei și fiabilitate ridicată a dispozitivului.

ECG STRESS CPET HOLTER ABPM SPIRO NET SDS

AspiVita100

Nattokinaza 100 mg (2000UF)

Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita100 o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogenic și prin profilul de siguranță.
AspiVita100 raspunde nevoilor profilactice și terapeutice din afecțiunile cronice vasculare cu potențial trombotic ridicat, în hipertensiunea arterială și în bolile neurodegenerative printr-un cumul deosebit de avantaje:

• Este singura enzimă fibrinolitică activă după administrare orală

AspiVita100 conține nattokinază încapsulată într-o formă cu eliberare controlată, care asigură protecția sa împotriva degradării gastrice și eliberarea treptată la nivel intestinal, pentru un efect fibrinolitic prelungit.

• Mecanism fibrinolitic și antiagregant plachetar cunoscut

Nattokinaza are un mecanism fibrinolitic dual: atât direct (asupra fibrinei), cât și indirect (prin activarea plasminei).
Profil de siguranță ridicat: nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei

• Siguranță la grupele de risc

Studiile clinice au demonstrat siguranța administrarii, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC[1]. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici[2] și dializați[3]

Motivele includerii cu succes a AspiVita100 în planul de prevenție și tratament al pacienților cu risc de tromboze și accidente vasculare:

- **Eficacitate în dizolvarea trombilor:** nivelul produșilor de degradare ai fibrinei (PDF) crește treptat[4] cu până la 21,2% după administrarea orală a 2000 UF (unități fibrinolitice) de nattokinază
- **Protecție împotriva aterosclerozei arterei carotide:** reduce dimensiunile plăcii de aterom cu până la 36,6% la administrare timp de 6 luni[7]
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer[6]
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată**[5] la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita100 asigură:

- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita100 cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore

• Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP

[1]Shah AB., An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinaseas as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets în acute ischeamic stroke, 2004; [2]Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure în patients with lifestyle diseases, 2014; [3]Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII în human subjects, 2009; [4]Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 20155Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [5]Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [6]Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; [7]Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017

Coreflux
Sulodexide

Formula cu o experiență clinică de 25 de ani în Italia

Antitromboticul preferat pentru tratamentul de lungă durată al afecțiunilor cronice* vasculare.
Profil farmacologic deosebit pentru prevenția complicațiilor diabetului* (angiopatii).

COREFLUX - Formula bazată inclusiv pe studii clinice proprii:
- Studii clinice proprii de bioechivalență
- Studii de eficacitate pe grupe de pacienți cu risc vascular
- Documentație non-clinică completă cu peste 20 de studii proprii

Coreflux 250 ULS capsule moi și Coreflux 600 ULS / 2 ml soluție inj. (i.v. / i.m.)
sunt medicamente biologice pe bază de sulodexide pentru tratamentul afecțiunilor cu risc de tromboză.

Preț de referință pentru DCI Sulodexide pe lista B

Criteriile* de includere în tratamentul specific cu Sulodexide sunt:

- prevenția și stoparea complicațiilor diabetului
- tromboza venoasă profundă (TVP)
- tratamentul insuficienței cronice venoase (IVC) și ulcerelor ale picioarelor
- afecțiunile vasculare asociate unui proces aterosclerotic
- boala ocluzivă arterială periferică (BOAP)
- tratamentul simptomatic al claudicației intermitente

SCHEMA DE TRATAMENT	
Doza inițială: o fiolă pe zi i.m. sau i.v.	15 - 20 zile
Doza de menținere: 1 - 2 capsule de 2 ori pe zi	30 - 40 zile
Ciclul complet de tratament se va repeta cel puțin de două ori pe an.	

* În acord cu protocolul terapeutic Sulodexide (B014I) aprobat de Ministerul Sănătății, publicat în Monitorul Oficial al României.

Denumirea comercială: COREFLUX 250 ULS capsule moi și **COREFLUX 600 ULS / 2 ml soluție injectabilă. Denumirea comună internațională (DCI):** sulodexide. **Compoziția:** Capsula moale: O capsulă moale conține sulodexide 250 ULS (unități lipasemice sulodexide). Soluție injectabilă: 2 ml soluție injectabilă conțin sulodexide 600 ULS (unități lipasemice sulodexide). **Indicații terapeutice:** Tratamentul afecțiunilor vasculare cu risc de tromboză. **Doze și mod de administrare: Capsule moi:** Doza recomandată este de 250 - 500 ULS (1 - 2 capsule moi) de 2 ori pe zi. **Soluție injectabilă:** Doza recomandată este de 600 ULS (o fiolă soluție injectabilă). În general, este indicat să se înceapă tratamentul cu soluția injectabilă Coreflux 600 ULS și, după 15 - 20 zile de tratament, să se continue cu capsule moi Coreflux 250 ULS timp de 30 - 40 zile. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la: sulodexide, heparină, alte produse de tip heparinic sau la oricare dintre excipienți. Diateză și boli hemoragice. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Când un tratament anticoagulant este în desfășurare, se recomandă monitorizarea parametrilor coagulării. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** este de preferat să se evite administrarea Sulodexide în timpul sarcinii și alăptării.

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

Sanience

Sanience S.R.L.,
Str. Fr. Chopin nr. 1A, Sector 2, București.
E-mail: office@sanience.ro

SANADOR
Sănătatea ca stil de viață!

Boala cronică de rinichi

Boala cronică de rinichi este sindromul determinat de incapacitatea rinichilor de a-și asigura funcțiile, definit de reducerea persistentă, mai mult de 3 luni consecutive, a ratei filtrării glomerulare sub 60 ml/min. Oamenii au aproximativ 2 milioane de nefroni, fiecare filtrând în medie 60 ml/min și conducând la o rată de filtrare glomerulară (RFG) de 120 ml/min.

Dr. Camelia Codruța Nicoliță
Medic specialist
Medicină Internă
www.sanador.ro

Rinichiul poate pierde până la 50% din funcție fără ca acest lucru să se reflecte în modificarea creatininemiei. Odată instalată, insuficiența renală cronică are o evoluție stadială, gradată, riscul de morbiditate și de mortalitate crescând de la un stadiu la altul, ca și acela de inițiere a tratamentului de substituție a funcțiilor renale prin hemodializă, dializă peritoneală sau transplant renal. Se instalează astfel stadiul de insuficiență renală cronică decompensată și apar unele manifestări cum sunt gastro-enterocolita, sângerările, pericardita, encefalopatia și malnutriția caracteristice stadiului uremic al insuficienței renale cronice.

Rinichii au mai multe funcții - excretorie, homeostazică, metabolică și endocrină.

1. Funcția excretorie elimină substanțele hidrosolubile: produșii de catabolism, ureea fiind cel mai utilizat indicator clinic, și substanțele exogene, inclusiv medicamentele și metaboliții lor.

2. Funcția homeostazică asigură menținerea constantă în limite normale a concentrațiilor electroliților și hidrogen-ionilor.

3. Funcția metabolică intervine în metabolismul intermediar al proteinelor și glucidelor.

4. Funcția endocrină produce hormoni: 1,25(OH)2, vitamina D, eritropietină și autacoizi: renină, prostaglandine.

Indicatori de leziune renală:

- Albuminurie (AER ≥30 mg/24 ore; ACR ≥30 mg/g (≥3 mg/mmol)
- Modificări ale sedimentului urinar: hematurie, cilindri hematici
- Anomalii electrolitice, acido-bazice sau metabolice datorate disfuncțiilor tubilor renali
- Anomalii structurale (histologice, morfologice)
- Istoric de transplant renal

Factori de risc

Cele mai multe boli renale sunt asimptomatice sau semnele apar târziu și sunt depistate când devin boli cronice. Cu toate acestea, cronicitatea nu este sinonimă cu ireversibilitatea. În unele cazuri BCR este complet ireversibilă, spontan sau sub tratament, iar în alte cazuri tratamentul determină regresia parțială a bolii și îmbunătățirea funcției renale.

Cei mai frecvenți factori de risc sunt: diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, afecțiuni cardio-vasculare, fumatul, obezitatea, istoric familial de boală renală, vârsta peste 65 de ani, dislipidemia, nefrotoxicele.

BCR este o boală cu etiologie multifactorială și necesită o abordare multidisciplinară. Echipa multidisciplinară pentru îngrijirea integrată a pacienților cu boală cronică de rinichi trebuie să includă medici de familie, nefrologi, diabetologi, cardiologi.

Rata filtrării glomerulare este indicatorul global al funcției renale, ea putând fi măsurată sau estimată.

a) Măsurarea ratei filtrării glomerulare

Rata filtrării glomerulare este măsurată prin clearence-ul substanțelor exogene sau endogene. Cea mai fidelă metodă de determinare a clearence-lui se realizează cu ajutorul inulinei, oligozaharidă care nu este metabolizată și este eliminată exclusiv prin filtrare glomerulară. Clearence-ul inulinei este „etalonul de aur" al metodelor de determinare a ratei filtrării glomerulare, fiind însă prea laborios pentru a fi utilizat în clinică. Utilizat în clinică este clearence-ul creatininei (ClCr). Creatinina este produsă prin transformarea non-enzimatică relativ constantă a creatinei, proporțional cu masa musculară. Bărbații au producție mai mare decât femeile, iar copiii și bătrânii mai mică. Trebuie subliniat că măsurarea ClCr nu este validă atunci când producția sau excreția creatininei nu este constantă, în injuria acută a rinichiului sau în hipercatabolismul muscular.

a) Estimarea ratei de filtrare glomerulară

Rata de filtrare glomerulară estimată prin ecuațiile MDRD și CKD EPI este metoda recomandată pentru evaluarea

funcției renale și are ca punct de plecare creatinina serică, vârsta, sexul și etnia, exprimând în procente numărul de nefroni funcționali.

Etiologia

Identificarea cauzei insuficienței renale este importantă pentru că boala renală primară influențează atât simptomatologia cât și evoluția. Cel mai frecvent substrat al insuficienței renale cronice este nefropatia diabetică și bolile vasculare ale rinichiului, cum ar fi ateroscleroza arterelor renale și arterioscleroza aretriolelor renale. Alte cauze ale insuficienței renale cronice sunt: glomerulopatiile, nefropatiile tubulo-interstițiale, nefropatiile ereditare (polichistoza renală).

Complicațiile bolii renale cronice nu apar în egală măsură la pacienții cu aceleași niveluri de RFG sau albuminurie. Dintre acestea, cele mai frecvente sunt:

- Anemia
- Boala osoasă metabolică
- Acidoza
- Boala cardiovasculară

Principii de tratament:

a) Identificarea semnelor acute și a cauzelor tratabile ale IRC;

b) Prevenția sau încetinirea progresiei IRC: schimbarea dietei, controlul HTA, hiperlipidemiei, metabolismului fosfo-calcic, hiperglicemiei;

c) Tratamentul complicațiilor: tulburări cardiovasculare, ale metabolismului sodiului și apei, hiperpotasemia, acidoza metabolică, pruritul, hiperuricemia, anemia, tulburările de coagulare, simptome gastrointestinale și neuromusculare;

a) În stadiul 5, cu eRFG între 5-10 ml/min/1.73m2, este recomandată inițierea dializei sau transplantul, în funcție de evaluarea individuală care va ține cont de dorințele pacientului, valorile culturale, considerațiile asupra calității vieții și riscul pe care dorește să și-l asume, chiar dacă inițierea, conform condițiilor clinice, trebuia să fi început.

Utilizarea unor doze inadecvate de medicamente la pacienții cu boală cronică de rinichi poate avea efecte toxice. Pacienții vârstnici se află la risc crescut de a avea efecte toxice medicamentoase.

Ghidurile sugerează diverse metode de ajustare a dozelor: reducerea dozelor, prelungirea intervalului dintre administrări sau ambele.

Antihipertensivele

Un mare număr de medicamente antihipertensive necesită ajustarea dozelor la pacienții cu boală cronică de rinichi. Diureticele tiazidice sunt agenți de primă linie în tratamentul hipertensiunii necomplicate, însă nu sunt recomandate dacă nivelul creatininei serice este mai mare de 2,5 mg/dl sau dacă clearance-ul de creatinină este mai mic de 30 ml/min. Diureticele de ansă sunt cel mai frecvent folosite în tratamentul hipertensiunii necomplicate la pacienții cu boală cronică de rinichi. Deși s-a dovedit că adăugarea blocanților receptorilor de aldosteron (spironolactonă, eplerenonă) scade mortalitatea în rândul pacienților cu insuficiență cardiacă severă, se recomandă evitarea utilizării diureticelor care economisesc potasiu și a blocanților de aldosteron la pacienții cu boală cronică de rinichi severă, datorită hiperpotasemiei care acompaniază disfuncția renală.

Inhibitorii enzimei de conversie (IEC) și blocanții receptorilor de angiotensină (BRA)

Aceștia sunt agenți hipertensivi de primă linie pentru pacienții cu diabet de tip 1 sau 2 și proteinurie sau boală renală la debut. Acești agenți reduc tensiunea arterială și proteinuria, încetinesc progresia bolii renale și oferă protecție cardiovasculară pe termen lung. IEC și BRA inhibă sistemul renină-angiotensină-aldosteron la pacienții cu boală cronică de rinichi și la pacienții cu un nivel seric normal al creatininei, determinând dilatarea arteriolei eferente. Aceasta poate cauza un declin al RFG cu peste 15%, cu creșterea creatininei serice în timpul primei săptămâni de la inițierea tratamentului. La majoritatea pacienților, tratamentul cu IEC și BRA poate fi continuat în siguranță dacă nivelul creatininei serice crește cu mai puțin de 30%. În mod obișnuit, creatinina serică revine la normal în 4-6 săptămâni. În practică, tratamentul cu IEC și BRA se întrerupe dacă nivelul creatininei serice crește cu peste 30% sau dacă potasiul seric este peste 5,6 mmol/l.

Agenții antiinfecțioși

Multe medicamente antiinfecțioase se elimină pe cale renală și necesită ajustarea dozelor la pacienții cu boală cronică de rinichi. Un nivel seric excesiv al penicilinei G injectabile poate da manifestări de toxicitate neuromusculară, convulsii, chiar comă. Aminoglicozidele trebuie evitate la pacienții cu boală cronică de rinichi. Dacă este absolut necesară administrarea lor, dozele inițiale trebuie ajustate în funcție de estimarea corectă a RFG, iar funcția renală trebuie monitorizată.

Medicamentele analgezice

Pacienții cu boală renală stadiul 5 au un risc mai mare de a dezvolta efectele secundare ale terapiei cu opioide. Metaboliții tramadolului, meperidinei, morfinei, codeinei se pot acumula la pacienții cu boală cronică de rinichi, determinând efecte secundare asupra sistemului nervos central și aparatului respirator. Acetaminofenul, în schimb, poate fi folosit în siguranță la pacienții cu disfuncție renală.

Antiinflamatoriile nonsteroidiene (AINS)

Printre efectele secundare ale AINS se numără insuficiența renală acută, sindromul nefrotic cu nefrită interstițială, insuficiența renală cronică cu sau fără glomerulopatie, nefrita interstițială, necroza papilară. Alte efecte secundare ale AINS sunt scăderea excreției de potasiu, care poate determina hiperpotasemie, scăderea excreției de sodium, care poate determina apariția edemelor periferice, creșterea tensiunii arteriale și decompensarea unei insuficiențe cardiace.

Viața modernă și somnul - o problemă pe care ar trebui să o cunoască și internistul

Modernismul, asaltul informațional, precocitatea utilizării aparaturii indiferent că se cheamă telefon, jocuri electronice, televizor, tableta, etc, a schimbat comportamentul uman dacă privim un singur aspect somnul.

Prof. Dr. Florin Mihălțan

UMF Carol Davila - București

Există un slogan al „Sleep National Foundation" care cred că nu trebuie uitat-„somnul este la fel de important ca și dieta și exercițiul doar că este mai ușor". În realitate dacă ne uităm la plângerile copiilor, adolescenților și adulților legate de somn realizăm că există o problemă pe care aceeași societate care a generat-o prin ritmul trepidant impus și prin asediul informatic și pe care nu o rezolvă în același ritm în care a provocat-o. De ce? Pentru că omul nu este făcut pentru sferturi de noapte, lumină nocturnă, voiaje intercontinentale iar viața modernă a devenit în aceste noi condiții o provocare pe termen lung pentru sănătate. Consecințele nu se lasă așteptate. Ritmul natural perturbat-predispune la diabet sau la cancer: mutațiile de gene induse de receptorul HN F4 contribuie la forme ereditare rare de diabet numite MODY1 și dereglarea expresiei este legată de cancerul de ficat. Viața modernă și orologiul biologic intern perturbat permite dezvoltarea obezității și a cancerului de sân. Lista bolilor induse este însă mult mai largă. Nimic nu este întâmplător-datoriile de somn adesea sunt necorectabile și consecințele nu se lasă așteptate. Trezitul târziu, nerespectarea nevoilor în materie de somn, legarea unor nopți albe sunt elemente nefaste și pentru sănătatea noastră mentală. Sunt suficiente câteva nopți la rând de nesomn pentru ca organismul să intre într-o stare prediabetică, întrucât lipsa somnului dezechilibrează capacitatea corpului de a controla nivelul glicemiei și de a utiliza insulina. Pe termen lung, de asemenea crește riscul de diabet zaharat de tip II. Somnul insuficient încetinește metabolismul, rezultând riscul crescut de obezitate; dacă este și fragmentat influențează fluxul sanguin și poate determina hipertensiune și probleme cardiovasculare. Dar lucrurile nu se opresc aici. Sistemul imunitar slăbește, vaccinurile își pierd eficiența odată cu amputarea și fragmentarea somnului și, astfel, este favorizată apariția infecțiilor. Potrivit unui studiu, participanții care au dormit sub șapte ore pe noapte au avut un risc de trei ori mai mare de a contracta o răceală, prin comparație cu cei care au dormit șapte sau mai multe ore. Lipsa somnului este asociată și cu funcționarea deficitară a creierului și instalarea pe termen lung a declinului cognitiv (demența). Persoanele cu insomnie au risc de șapteseprezece ori mai mare să dezvolte anxietate și au risc de zece ori mai mare să dezvolte depresie. Dacă ne gândim că noi toți consacrăm cinci ore per zi pentru a privi diferite ecrane, fie că sunt calculatoare, televizoare, telefoane, atunci realizăm că aceste expuneri se alătură riscului de sedentarism, de tulburări musculo-scheletale și de vedere. Francezii, care în 2006 petreceau în fața ecranului cu 53% mai

MEDIKA H&S
430274 BAIA MARE STR. 9 MAI 23 C
TEL / FAX: +40 262 216 641, MOBIL: +40 729 571 352
medikahs@medika.ro, www.medika.ro

Ergospirometru PISTON PRE-101

Testul de efort cardiopulmonar asigură o evaluare globală a răspunsurilor la exercițiul integrativ ce implică sistemele pulmonar și cardiovascular.

Controlul bicicletei și al bandei de alergat:

- Protocoale de testare a efortului ce pot fi definite și selectate de utilizator
- Protocoale de exercițiu pe bicicletă cu creștere progresivă, Step și Ramp (la pas și în rampă)
- Protocoale cu creștere maximă pentru banda de alergat
- Protocol de intensitate constantă a activității
- Protocol de exercițiu în mai multe stadii cu un pseudo-stadiu fix la fiecare nivel
- Protocol de creștere discontinuă

Opțiuni:

- PRE-101/c – analizor chimic ultra rapid cu celulă de oxigen
- PRE-101/pm – analizor de oxigen paramagnetic ne-epuizant
- PRE-101/ew – tensiometru și ECG wireless
- PPC-1250 – cărucior pentru PC cu suport dublu pentru monitor, electrod pentru braț, suport balon de gaz și transformator de separație

Pletismograf complet PISTON PDT-111/p

Dispozitivul asigură măsurarea parametrilor mecanici ai sistemului respirator.

- Accesibil pentru pacienții aflați în scaun cu rotile (opțional)
- Constanta de timp dublă a cabinei asigură efectuarea de teste la frecvență normală de respirat și de asemenea cu respirație îngreunată
- Optional: Cabină spațioasă cu patru pereți transparenți și acoperiș din sticlă securizată
- Închidere electromagnetică
- Metronom audiovizual programabil
- Corecție BTPS automatică bazată pe temperatura, umiditatea și presiunea măsurate în cabină
- Test complet de calibrare automată și de scurgere
- Sistem de comunicare cu microfon și difuzor incorporat
- Optional: Test de capacitate pulmonară difuză: metode de masurare Single Breath, Intra Breath

Modalități de măsurare: Volumul de gaz toracic, toate componentele rezistenței aeriene, complianța dinamică și statică (opțional), test de capacitate pulmonară difuză (opțional), presiunea de ocluzie maximă, inspirație și expirație forțată, capacitate vitală statică, ventilare voluntară maximă.

Spirometru PISTON PDD-301/sh

Spirometrul este dispozitivul de bază în diagnosticarea bolilor pulmonare. Este inevitabil în detectarea problemelor timpurii ale sistemului respirator: COPD, astm, bronșită cronică, tulburare obstructivă a ventilației, emfizem.

- Modalități de măsurare: Inspirare și expirare forțată, Capacitate vitală statică, Ventilație voluntară maximă
- Design aerodinamic de prindere în mână cu debitmetru PinkFlow*. Interfața USB când este conectată la un laptop conferă portabilitate completă.
- Debitmetrul PinkFlow utilizat, inovația companiei PISTON, îndeplinește în totalitate specificațiile și cerințele Standardizării Testării Funcției Pulmonare ATS/ERS (European Respiratory Journal 2005). Este insensibil la condens și vapori și nu necesită recalibrare după schimbare.

mult timp față de anii anteriori (Santé publique France), resimțeau senzatie de oboseală, roșeața ochilor, dureri de cap, pe termen lung cu consecințe directe: creșterea în greutate, boli cardiovasculare, diabet zaharat. Copiii deja de la 3 ani stimulați de ecran s-a constatat că nu mai privesc când ne adresăm lor, nu comunică, nu îi caută pe ceilalti și sunt fie foarte agitați, fie pasivi. Epidemia de lipsă de somn este catastrofală. Cauza - lumina artificială, frontiera flu între timpul de lucru și timpul de odihnă confirmă faptul că, cu cât somnul este mai scurt, cu atât viața va fi mai scurtă. Sigur că de o parte avem recomandările derivate din studii dar în lumea reală ne confruntăm cu o multitudine de probleme. Lipsa somnului în zilele de lucru și în weekend activează diferite zone din creier. Să dormi prea mult sau prea puțin poate avea o multitudine de consecințe; rezultatele pe cogniție par similare dar cei care dorm mai puțin au capacitatea de exprimare orală redusă și dificultăți de rezolvare a problemelor. Cei care dorm patru ore sau mai puțin au adeseori performanțe cognitive comparabile cu cele ale unui copil de opt ani. Tulburările de memorie sunt induse adesea de obiceiurile proaste pe termen lung, nu de o deprivare de somn pe termen scurt. O noapte de somn recuperatorie poate repara consecințele cognitive ale unei nopti scurte. Persoanele cu responsabilități, dorm puțin și riscă să aibă: tulburări de raționare, de rezolvare de probleme, de comunicare cotidiană. La tineri, cu cât stresul indus de o noapte neodihnitoare este mai ridicat, cu atât expunerea la cortisol este prelungită, fapt care favorizează bolile. Se poate vorbi mult pe eterna problemă a somnului. Sigur că toți aparent știu care ar trebui să fie recomandările sănătoase legate de somn. Și totuși cred că se impune o reamintire a regulilor legate de igiena somnului și aici și internistul, alături de medicul de familie, pneumolog, alergolog, cardiolog, etc trebuie să se implice în dialogul cu pacientul de zi cu zi. Astfel **somnul la aceleași ore** este un element extrem de important iar un somn bun este cel fără treziri, coșmaruri, apnee sau sforăit. **Trebuie evitate sursele de lumină albastră: telefoane, televizoare, laptopuri** care nu trebuie să existe în camera unde se doarme. Trebuie evitată expunerea la ecran a copiilor sub 3 ani. Pentru tineri și adolescenți trebuie stabilit un program de somn. **Se vor prioritiza activitățile extracurriculare și se reduce timpul alocat discuțiilor târzii** cu prietenii, dacă acest lucru este necesar. Se limitează și somnul din timpul zilei. Un somn de 30 de minute după școală ar putea fi revigorant. Prea mult somn după-amiaza, însă, poate perturba somnul din timpul nopții. **Mare atenție trebuie acordată consumului de cafeină și de băuturi energizante. Deconectarea și relaxarea**, o jumătate de oră de plimbare înainte de culcare pot contribui la ameliorarea somnului. Înainte de a merge în pat, specialiștii recomandă **un duș cald sau alte activități de relaxare, cum ar fi cititul**.

Nu întâmplător sloganul adoptat pentru 2019 de „Societatea Mondială de Somnologie" a fost un *„Somn sănătos, o viață sănătoasă pentru întreaga familie"*. Astfel se confirmă că somnul odihnitor este o certitudine, o necesitate, un deziderat și toate specialitățile trebuie să dedice un timp din consultație pentru sfaturi corective care aduc fără îndoială beneficii la distanță și o ameliorare a prognosticului unei liste lungi de boli.

G.L. PHARMA GmbH Reprezentanţa în România

GEROT LANNACH

a business unit of G.L. Pharma GmbH

Ai timp pentru tine, spune nu durerii !

Gerocoxan

etoricoxib 30 mg, 60 mg, 90 mg, 120 mg

comprimate filmate

NORMIX

Rifaximină-α 200 mg

Antibioticul intestinal

Antibiotic neabsorbabil[1]

Acoperă un spectru larg (Gram+, Gram-, aerobi și anaerobi)[1]

Acțiune modulatoare asupra microbiotei intestinale[2,3]

Gratuit în ciroza hepatică și HIV-SIDA[4]

Adaptat după: **1.** Rezumatul caracteristicilor produsului Normix 200 mg comprimate filmate. **2.** Bajaj J.S. et al. Modulation of the metabiome by rifaximin in patients with cirrhosis and minimal HE. PloS One. 2013; 8(4): e60042. doi:10.1371/journal.pone.0060042. **3.** Soldi S. et al. Modulation of the gut microbiota composition by rifaximin in non-constipated irritable bowel syndrome patients: a molecular approach. Clinical and Experimental Gastroenterology 2015; 8:309-325. **4.** www.cnas.ro/category/lista-medicamentelor.html

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Normix 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com sau **Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale**.

Alfasigma România S.R.L.
Str. Clucerul Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

ZirComBi®

Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale la pacienții cu **sindrom de intestin iritabil**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536* (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg*).
*100% valoare nutritivă de referință.

Zir-Fos®

Sinbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale **post-antibioterapie sistemică**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* (5 miliarde per plic), fructo-oligozaharid Actilight și complex de vitamine B* (B1=1,1 mg; B2=1,4 mg; B6=1,4 mg; B12=2,5 µg).
*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și Zirfos sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com

---

Alfasigma România S.R.L.
Str. Clucerul Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Hepatocarcinomul

– principii diagnostice, modalități terapeutice

Prof. Univ.
Dr. Mircea Diculescu

Seful Disciplinei de Gastroenterologie și Hepatologie, UMF „Carol Davila", Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni

În discuția despre Carcinomul Hepatocelular trebuiesc precizate de la început două elemente esentiale.

1. Hepatocarcinomul apare în cele mai multe cazuri pe ciroză hepatică.
2. La ora actuală hepatocarcinomul poate fi depistat precoce și tratat.

Statisticile spun că hepatocarcinomul este al șaselea cancer ca frecvență în lume și reprezintă 7% din decesele prin cancer de pe planetă. Hepatocarcinomul are un vârf de incidenta în jurul vârstei de 70 de ani și este de 2 ori mai frecvent la bărbați față de femei și din păcate are incidență de peste 80% în țările dezvoltate – din acest punct de vedere și noi intrăm într-o zonă de țară dezvoltată (noi și Republica Moldova) Ne aflam de asmenea în fruntea Europei pentru ca avem și în total un număr mare de cazuri de hepatocarcinom.

În ceea ce urmează ne vom concentra pe ceea ce putem face noi pentru a depista precoce și trata hepatocarcinomul, a cărui prognostic este extrem de infaust.

Să ne referim pentru inceput la fiziopatologia hepatocarcinomului. Indiferent ce factor poate să inducă o boală cronică de ficat, implica de obicei un proces necroinflamator. Acesta este factorul determinant – să ne aducem aminte că virusurile hepatitice nu sunt citopatice direct ci prin procesul inflamator distrug hepatocitele. Hepatocitele proliferează, la un moment dat sunt înlocuite cu un țesut fibros și se produc nodulii de ciroză care sunt noduli nefuncționali brazdati de septuri fibroase. Din nodulii de ciroză se formează nodulii hiperplazici, displazici și apoi o instabilitate genomică marcantă induce carcinomul hepatic, care la randul lui poate fi: bine diferențiat moderat sau slab diferențiat. Aceasta este secvența prin care se ajunge la hepatocarcinom de la ficat indemn și boală cronică de ficat.

Din fericire cunoaștem foarte multe din mecanismele carcinogenetice hepatice și căile de semnalizare– liganzi, receptori și căi extracelulare de semnalizare. Avem în clipa de față ținte foarte bine definite pentru a putea să împiedicăm acest ciclu carcinogenetic și la ora actuală avem molecule targetate care pot să influețeze aceste cicluri. Dacă ne uităm la mecanismul intim, observam ca VEGF și VEGFR, (Vascular Endothelial Growth Factor și respectiv receptori), 80% sunt implicați, deci înseamnă că în zona aceasta avem molecule eficiente pentru a influența această boală.

Testele de supraveghere sunt deja la îndemâna noastră a tuturor pentru că ultrasonografia are o sensibilitate și o specificitate foarte mare, adică practic, 90% sensibilitate și specificitate. Aceasta înseamnă că putem să facem screening ecografic și că avem și posibilitatea să facem evaluare în sistem Doppler și sa injectam contrast la ecografie, lucru foarte important pentru evidentierea leziunilor nodulare hepatice în raport cu vascularizatia.

Elementul pivotal al virării conceptuale de la diagnosticul histologic din secolul trecut la diagnosticul imagistic din secolul acesta este generat de anatomia ficatului. Ficatul este unul din cele 2 organe care au alimentarea pe două surse – o sursă venoasă de la vena portă (75%) și o sursă arterială de la artera hepatica (25%). Procentul de alimentare de la vena portă este deci de trei ori mai mare decât procentul de alimentare de la artera hepatică deci ce structură din ficat care va fi alimentată din sursa arterială înseamnă că nu este structura hepatocitara normala. Pe măsură ce observați că o sursă de natură arterială crește într-un nodul hepatic, printr-o imagistică de foarte înaltă performanță putem să definim foarte clar cauza sursei de alimentare arterială. Această sursă de alimentare are și un impact terapeutic. Ficatul este obișnuit să trăiască într-un mediu fără prea mult oxigen, trei sferturi este sângele venos și doar un sfert este sânge arterial. Aceasta înseamnă că nodulul de hepatocarcinom va fi alimentat de sursă arterială, deci are nevoie de mult oxigen. Ca atare orice fel de mecanism prin care noi vom putea să blocăm sursa arterială și eventual să injectăm intraarterial un citostatic va fi extrem de eficient, deci mecanismul de chemoembolizare va fi eficient. Acasta schema ne ajută în secolul XXI să detectăm fără examen histologic nodulul de hepatocarcinom și să-l tratăm fără să facem neapărat o intervenție chirurgicală sau să facem chimioterapie sistemică.

Biomarkerii sunt foarte cunoscuți. Alfafetoproteina pe care o folosim foarte frecvent în screening din păcate nu este foarte sensibilă și nici foarte specifică. Adica pot fi creșteri de alfafetoproteină și la pacienții cu hepatită B sau C. fara hepatocarcinom sau doar cu ciroza hepatica. Din fericire mai sunt și alte teste dar acestea evident sunt mai costisitoare. Pot fi folosite de asemenea testul respirator, testele urinare.

Practic, ciroza este cel mai important factor de risc pentru hepatocarcinom, indiferent de etiologie. Ca atare 90% din cazurile de hepatocarcinom apar din ciroză la populatiile vestice deci merită să se facă un screening țintit pe pacienții cu ciroză hepatică.

Prevenția primară se poate realiza prin vaccinarea împotriva hepatitei B.

Ciroza hepatică fiind un factor de risc foarte important, preventia secundara priveste acest aspect Practic prevenirea evolutiei oricarei boli cronice hepatice prin tratamentul cauzei reprezinta alta modalitate de preventie. Azi putem trata eficient hepatita B, C dar mai putin co-infectia cu virus Delta. în lume sunt diverse elemente care trebuiesc luate în considerare ca factori de risc în functie de zona geografica. În regiunea în care trăim noi, Europa Centrală și de Est, aproape 50% factorii de risc sunt de etiologie alcoolică.

Hepatitele de tip B și C sunt în curs de rezolvare. Hepatita B este foarte importantă pentru că știm că fiind un virus ADN este cancerigen prin el însuși. El este integrat în genomul celular și în acest caz doar hepatita cronică presupune un risc de 100 de ori mai mare de a face cancer de ficat (non cirotic). Aceasta este una dintre puținele patologii care induc cancer pe ficat non cirotic și dacă apare și ciroza riscul este de 1000 de ori mai mare. Deci trebuie să fim foarte atenți sa tratam virusurile replicative și sa supraveghem hepatitele virale B ecografic.

Comparativ, hepatita C, la care desigur există un risc important acesta este doar de 20 de ori riscul de hepatocarcinom în cazul în care avem ciroză hepatică C.Ințelegem că virusul hepatitei C , fiind un virus ARN, nu are o implicație atât de importantă carcinogena directa.

Transplantul hepatic în cazuri selecționate poate fi făcut și la noi în țară, cu o eficacitate recunoscută iar metoda terapeutică a chemoembolizării este deja implementată și la noi în țară în centre dedicate.

(N. Red.: text rezumat din prezentarea profesorului Diculescu la conferința "Abordări interdisciplinare în Patologia Hepatică" de la Hotel Pullman, 29 februarie 2019)

Entecavirum

Entecavir Sanience 0,5 mg
comprimate filmate

Alegerea eficientă și sigură pentru tratamentul hepatitei B cronice

Fabricat în Spania

- Preț de referință pe sublista C1, coplată ZERO pentru pacienții asigurați
- Studiu de Bioechivalență cu design ,,cross-over" realizat în Spania

Denumirea comercială a medicamentului: **Entecavir 0,5 mg comprimate filmate**. DCI – **entecavir. Compoziția**: un comprimat conține 0,5 mg entecavir. **Grupa farmacoterapeutică**: antivirale de uz sistemic, inhibitori nucleozidici și nucleotidici ai reverstranscriptazei, codul ATC: J05AF10. **Indicații terapeutice**: este indicat pentru tratamentul infecției cronice cu virusul hepatitei B (VHB) la **adulți** cu: **boală hepatică compensată** și dovezi de replicare virală activă, valori serice persistent crescute ale alanin aminotransferazei (ALT) și dovezi histologice de inflamație activă și/sau fibroză; **boală hepatică decompensată** la pacienți netratați anterior cu nucleozide cu infecție cu VHB cu AgHBe pozitiv și AgHBe negativ. De asemenea, Entecavir Sanience este indicat pentru tratamentul infecției cronice cu VHB la pacienți **copii și adolescenți** netratați anterior cu nucleozide, cu **vârsta între 2 și <18 ani** și boală hepatică compensată care au dovezi de replicare virală activă și valori serice persistent cres- cute ale ALT sau dovezi histologice de inflamație moderată până la severă și/sau fibroză. **Doze și mod de administrare**: *Boală hepatică compensată* Pacienți netratați anterior cu nucleozide: **doza recomandată la adulți este 0,5 mg o dată pe zi**, cu sau fără alimente. Pentru pacienții care nu răspund la tratament cu lamivudină: doza recomandată la adulți este de 1 mg în priză unică zilnică, care trebuie administrată în condiții de repaus alimentar. *Boală hepatică decompensată* Doza recomandată pentru pacienții adulți cu boală hepatică decompensată este de 1 mg o dată pe zi, care trebuie luată fără alimente. Copii și adolescenți La pacienții copii și adolescenți cu greutatea corporală de cel puțin 32,6 kg trebuie să se administreze un comprimat de 0,5 mg, o dată pe zi, cu sau fără alimente. Vârstnici: nu este necesară ajustarea dozei în funcție de vârstă. Doza trebuie ajustată în conformitate cu funcția renală a pacientului. **Contraindicații** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare***Insuficiența renală*: se recomandă ajustarea dozelor. *Exacerbarea hepatitei*: în cazul hepatitei cronice B, exacerbarea prin creșteri tranzitorii ale valorilor serice ale ALT. *Pacienții cu boală hepatică decompensată*: în special la cei cu boală Child-Turcot- te-Pugh (CTP) clasa C, s-a observat o frecvență mai mare a evenimentelor adverse hepatice grave (indiferent de cauzalitate), comparativ cu frecvența la pacienții cu funcție hepatică compensată. *Acidoza lactică și hepatomegalia* severă cu steatoză: în cazul utilizării analogilor nucleozidici, s-a raportat producerea acidozei lactice (în lipsa hipoxemiei), asociată, de regulă, cu hepatomegalie și steatoză hepatică. *Rezistența și precauții specifice la pacienții care nu răspund la tratamentul cu lamivudină*: Răspunsul virusologic trebuie monitorizat frecvent la populația care nu a răspuns la lamivudină și trebuie efectuate teste adecvate de rezistență. *Copii și adolescenți*: S-a observat o rată mai mică de răspuns virusologic. În cazul pacienților infectați concomitent cu HIV/VHB, tratamentul cu entecavir nu trebuie utilizat în lipsa administrării HAART. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** nu există date adecvate privind utilizarea entecavir la gravide. nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazurilor în care este absolut necesar. Nu există date privind efectul entecavirului asupra transmisiei VHB de la mamă la nou-născut. Ca urmare, trebuie utilizate măsuri adecvate pentru a preveni infectarea neo-natală cu VHB. Alăptarea trebuie întreruptă în timpul tratamentului cu Entecavir Sanience. Data primei autorizări: aprilie 2018.

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

sanience

Sanience S.R.L.
Str. Fr. Chopin nr. 1A, Sect 2, București
info@sanience.ro

Riscul cardiovascular în artrita psoriazică

Artrita psoriazică (APs) este o boală inflamatoare cronică seronegativă asociată cu psoriazisul [1]. Acesta a fost clasificată ca o formă de spondilartrită [2], deoarece poate prezenta unele elemente clinice comune acestui grup nosologic, anume sacroiliita, dactilita, entesita și uveita.

Conf. Dr. Cătălin Codreanu

Centrul Clinic de Boli Reumatismale „Dr. Ion Stoia" UMF București, Președinte SRR

Dr. Claudiu C. Popescu

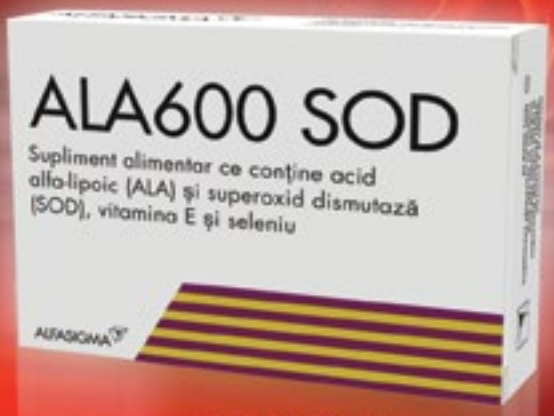
Centrul Clinic de Boli Reumatismale „Dr. Ion Stoia" UMF București

În comparație cu populația generală, pacienții cu APs au rate de morbiditate și mortalitate semnificativ mai mari [3,4] și un risc cardiovascular crescut [5]. De fapt, mai mult de o treime din decesele pacienților cu APs sunt cauzate de factori cardiovasculari [6]. Acest exces de mortalitate cardiovasculară poate fi explicat prin asocierea APs cu ateroscleroza [7], așa cum demonstrează și analizele sistematice [8] și meta-analizele, care raportează un risc de morbiditate cardiovasculară și cerebrovasculară cu 43% și respectiv cu 22% mai mare în cazul pacienților cu PsA comparativ cu populația generală [9]. Astfel, în comparație cu indivizii normali, pacienții cu APs au o prevalență mai mare a bolii cardiace ischemice [4], a hipertensiunii arteriale [10], a sindroamelor coronariene acute [11], a insuficienței cardiace și a bolii vasculare periferice [8], a obezității și a sindromului metabolic [12], a dislipidemiei [4], a diabetului zaharat de tip 2 și a hiperglicemiei a jeun [13]. În plus, s-a observat că APs este echivalentă cu artrita reumatoidă și cu diabetul zaharat de tip 2 în ceea ce privește creșterea riscului cardiovascular [14]. În definitiv, APs poate fi

Tabel. Recomandările EULAR pentru managementului riscului cardiovascular (RCV) în bolile reumatice inflamatoare (BRI) [21]

Principii generale
A. Clinicienii ar trebui să fie conștienți de riscul crescut de boli cardiovasculare (BCV) la pacienții cu poliartrită reumatoidă (PR) în comparație cu populația generală. Acest lucru se poate aplica și pentru spondilita anchilozantă (SA) și APs.
B. Reumatologul este responsabil pentru managementul riscului de BCV la pacienții cu PR și alte BRI.
C. Utilizarea AINS și a glucocorticoizilor trebuie să fie în conformitate cu recomandările specifice de tratament ale organizațiilor internaționale (EULAR și ASAS).
Recomandări
1. Activitatea bolii trebuie controlată optim pentru a reduce riscul de BCV la toți pacienții cu PR, SA sau APs.
2. Evaluarea RCV este recomandată tuturor pacienților cu PR, SA sau APs cel puțin o dată la 5 ani și trebuie reconsiderată în urma unor modificări majore în terapia antireumatică.
3. Estimarea RCV pentru pacienții cu PR, SA sau APs trebuie efectuată în conformitate cu instrucțiunile naționale și trebuie utilizat modelul SCORE de estimare a RCV dacă nu există recomandări naționale.
4. Colesterolul total și HDL ar trebui utilizate în evaluarea RCV în PR, SA și APs, iar lipidele ar trebui măsurate în mod ideal când activitatea bolii este stabilă sau în remisiune. Măsurătorile lipidelor fără repaus prandial sunt, de asemenea, perfect acceptabile.
5. Modelele de predicție a riscului de BCV trebuie adaptate pentru pacienții cu PR printr-un factor de multiplicare de 1,5, dacă acesta nu este deja inclus în model.
6. Screening-ul pentru plăcile aterosclerotice asimptomatice prin utilizarea ecografiei carotidiene poate fi considerat ca parte a evaluării riscului de BCV la pacienții cu PR.
7. Recomandările privind stilul de viață ar trebui să pună accentul pe beneficiile unei diete sănătoase, al exercițiilor regulate și al renunțării la fumat pentru toți pacienții.
8. Gestionarea riscului de BCV trebuie efectuată în conformitate cu liniile directoare naționale din PR, SA sau APs; anti-hipertensivele și statinele pot fi utilizate ca și în populația generală.
9. Prescripția AINS pacienților cu PR și APs trebuie să fie făcută cu prudență, în special pentru pacienții cu BCV documentate sau în prezența factorilor de risc ai BCV.
10. Glucocorticoizii: pentru tratamentul prelungit, doza de glucocorticoizi trebuie menținută la un nivel minim și scăderea dozelor trebuie să fie încercată în cazul remisiunii sau a activității scăzute a bolii; motivele pentru continuarea terapiei cu glucocorticoizi trebuie verificate în mod regulat.
AINS - anti-inflamatoare ne-steroidiene; APs - artropatie psoriazică; ASAS - Assessment in SpondyloArthritis international Society; BCV - boli cardiovasculare; BRI - bolile reumatice inflamatoare; EULAR - European League Against Rheumatism; HDL - high-desity lipoproteins; PR - poliartrită reumatoidă; RCV - risc cardiovascular; SA - spondilita anchilozantă; SCORE - Systematic Coronary Risk Evaluation.

Stinge durerea neuropată!



DURERE ACUTĂ

1 /zi

4 săptămâni

DURERE CRONICĂ

1 /zi

6-8 săptămâni

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALA 600-SOD și ALAnerv sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la aceste produse la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani, Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București,
Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28,
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

considerată un factor de risc cardiovascular independent [6], cu implicații majore pentru practica medicală reumatologică.

Bunele practici clinice necesită o aproximare a riscului cardiovascular al pacienților cu APs, incluzând o evaluare periodică a markerilor surogați de risc cardiovascular [15] (d. ex. presiunea arterială, circumferința abdominală, indicele de masă corporală, lipidograma, proteina C-reactivă, fumatul). Se indică detectare precoce a factorilor de risc cardiovascular și managementul multidisciplinar al acestor pacienți [16], întrucât există dovezi că factorii de risc cardiovascular sunt prezenți chiar dinaintea diagnosticului de APs [17]. Există mai multe instrumente utilizate pentru estimarea riscului cardiovascular pe termen lung în practica medicală curentă, cum ar fi diagramele SCORE („Systematic Coronary Risk Evaluation") [18]. Trebuie precizat ca importanța riscului cardiovascular în APs este subliniată și de incapacitatea scorurilor uzuale (inclusiv SCORE [19]) de a estima corect ateroscleroza subclinică din această populație de pacienți, valorile fiind frecvent subevaluate [20].

Recomandările EULAR („European League against Rheumatism") pot fi utile în acest sens (vezi detalii in tabel), întrucât au fost alcătuite pe baza recomandarilor formulate de experții din domeniu și a dovezilor științifice disponibile la momentul publicării [21]. La nivel internațional există date care arata că terapia farmacologică pare să fie implementată (d. ex. Utilizarea de anti-hipertensive, statine, anti-agregante etc.), însă măsurile de modificare a stilului de viață în vederea scăderii riscului cardiovascular par a fi insuficient aplicate [22]. În contextul din România, în care populația are deja un grad ridicat al riscului cardiovascular, managementul pacienților cu APs necesită îmbunătățiri majore în vederea prevenției cardiovasculare. Rolul reumatologului în această misiune este reprezentat de controlul strâns al activității bolii, depistarea și reducerea factorilor de risc cardiovascular și, nu în ultimul rând, colaborarea interdisciplinară cu specialiști din domeniul cardiologiei, bolilor de nutriție, medicinei interne în vederea atingerea obiectivelor generale de management eficient al bolii.

Referințe

1. Tillett W. et al., J Rheumatol. 2012;39(1):154-6.
2. Dougados M. et al., Arthritis Rheum. 1991;34(10):1218-27.
3. Gladman D. D. et al., Arthritis Rheum. 1998;41(6):1103-10.
4. Wong K. et al., Arthritis Rheum. 1997;40(10):1868-72.
5. Tobin A. M. et al., J Rheumatol. 2010;37(7):1386-94.
6. Boehncke W. H. et al., Curr Rheumatol Rep. 2012;14(4):343-8.
7. Kimhi O. et al., Semin Arthritis Rheum. 2007;36(4):203-9.
8. Jamnitski A. et al., Ann Rheum Dis. 2013;72(2):211-6.
9. Polachek A. et al., Arthritis Care Res (Hoboken). 2017;69(1):67-74.
10. Husted J. A. et al., Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63(12):1729-35.
11. Gladman D. D. et al., Ann Rheum Dis. 2009;68(7):1131-5.
12. Mok C. C. et al., Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63(2):195-202.
13. Tam L. S. et al., Rheumatology (Oxford). 2008;47(5):718-23.
14. Jamnitski A. et al., Ann Rheum Dis. 2011;70(5):875-6.
15. Peluso R. et al., Rev Recent Clin Trials. 2018;13(3):199-209.
16. Boehncke W. H. et al., J Rheumatol. 2011;38(3):567-71.
17. Gulati A. M. et al., RMD Open. 2018;4(1):e000630.
18. Piepoli M. F. et al., Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81.
19. Martinez-Vidal M. P. et al., Joint Bone Spine. 2018;85(3):327-32.
20. Shen J. et al., J Rheumatol. 2018;45(2):218-26.
21. Agca R. et al., Ann Rheum Dis. 2017;76(1):17-28.
22. Sinnathurai P. et al., BMC Rheumatol. 2018;2:25.

O călătorie spre centrul

durerii articulare

Alege un partener loial, pentru un drum fără durere!

Dicloreum 150mg

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Dicloreum® 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală - P6L. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L., Strada Ciuceru Udricani, Nr. 18, parter, etaj 1 și etaj 4, sector 3, București, Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28, E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Despre obezitate

În aparență, ecuația obezității este simplă: aportul caloric depășește consumul. Excesul caloric ingerat se depozitează sub formă de țesut gras. Supragreutatea mergând până la obezitate are consecințe variate, începând cu cele cu mecanism simplu, ca cele osteo-articulare și continuând cu cele cu mecanisme mai complicate, ca diabetul sau hipertensiunea arterială

Prof. Dr. Mircea Cinteză

Cardiologie,
Spitalul Universitar
de Urgență, București

În realitatea observațiilor științifice din ultimile decenii, obezitatea este de fapt o tulburare endocrină complexă, cu consecințe uneori neașteptate și cu rezolvări terapeutice mai complicate decât simpla inversare a balanței aport caloric – consum caloric.

În apariția obezității au contribuție, în afară de nutriție și factorii socio-economici, următorii factori:

- factorii genetici: unii indivizi sunt predispuși la depozitare mai amplă de grăsimi; unii autori consideră că între 40 și 70% dintre obezi ar avea predispoziție genetică pentru această condiție
- programarea fetală: după naștere, hrana cu lapte matern rezultă într-o proporție mai mică de obezi la maturitate
- microbiota intestinală, din ce în ce mai implicată în patologia generală, ar avea și rol în dezvoltarea și menținerea obezității

Între efectele obezității pe patologia generală și, în special, cardiovasculară roluri importante au rezistența la insulină promovată de obezitate, inflamația generală și stres-ul oxidativ.

Desoperirea leptinei în 1994 a constituit momentul în care obezitea a început să fie considerată o boală cu componentă generală, de tip endocrin. Leptina este produsă de adipocite și acționează pe hipotalamus, reducând drastic apetitul. Din păcate, nici una din medicațiile introduse ulterior nu au fost obținute pe bază de leptină.

Adiponectina, un alt biomarker important, are efecte antioxidante și antiaterosclerotice

Aciizi grași liberi și citokinele, de asemeni crescuți/crescute în obezitate, contribuie substanțial în creșterea rezistenței la insulină. În acest fel toate mecanismele menționate fac ca obezii să fie predispuși la diabet zaharat. Pe de altă parte o consecință majoră este aceea că reducerea obezității și, implicit, a biomarkerilor enunțați poate conduce la diminuarea și, în cazuri bine documentate, la dispariția diabetului zaharat tip II la foștii obezi.

Dintre medicamentele folosite, orlistatul și lorcaserina sunt folosite de mai mult timp, cu rezultate variabile.

Liraglutidul, un antidiabetic din familia agoniștilor de receptori de peptide 1 glucagon-like (GPL-1) – reduc atât greutatea corporală, cât și glicemia. Este unul din puținele antidiabetice care ameliorează morbiditatea cardiovasculară acționînd pe glicemie.

Combinația naltrexone/ bupropion este cel mai puternic reductor de greutate dintre medicamentele actuale.

Operațiile chirurgicale pe stomac, dincolo dee efectul direct mecanic, reduc obezitatea și prin acțiune indirectă, odată cu reducerea substanțelor de tip hormonal din țesuturile excizate.

În concluzie, prin înțelegerea mecanismelor patologce care provoacă obezitatea sau induse de obezitate, ne aflăm în perioada în care terapia obezității a trecut de simpla acțiune pe ameliorarea balanței aport/consum caloric și cunoaște un spectru larg de intervenții terapeutice.

SOFT, SERVICII ȘI COMUNITATE

Tot timpul online!

icMED este unicul sistem informatic medical din România, care nu necesită instalare, are o interfață prietenoasă și este ușor de folosit. La nevoie colegii noștri competenți din centrul de suport tehnic și reprezentanții teritoriali, stau cu drag la dispoziția utilizatorilor pentru a oferi asistență și detalii despre noutăți.

Made in Romania

icMED este 100% gândit și realizat în România de Syonic, o firmă privată independentă. După 11 ani în care și-a dedicat creativitatea și eforturile pentru a dezvolta și îmbunătăți continuu infrastructura icMED, comunitatea reunește peste **10.000 de utilizatori din peste 1.000 de localități din toată țara**.

Fiți Supererou pentru pacienți

Când ați visat să deveniți medic, visul nu era despre cum să semnați cu cardul și să validați cu tokenul, ci despre cum să vindecați pacienții. icMED vă înlesnește birocrația și vă oferă tehnologie și cunoaștere cu care să puteți face mai mult pentru pacienți, **să fiți supereroul care are grijă de sănătatea lor**.

Medicul cu icMED știe mai mult

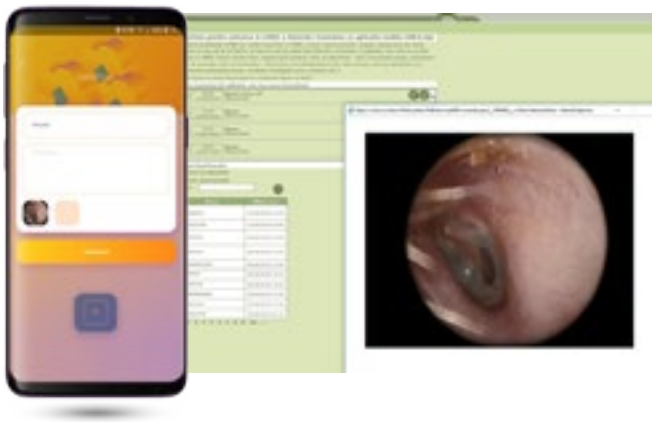
În icMED **puteți accesa rezumatul istoricului pacientului cumulat** de la întreaga comunitate icMED: medici de familie, medici de alte specialități, clinici, spitale, rezultate ale investigațiilor. Peste **50%** din populația României are deja un istoric în icMED.

RAPID SIGUR SMART PRIETENOS

NOUTĂȚI CU CARE VĂ ÎNTÂMPINĂM

Trimiteți SMS-uri pacienților, folosind șabloane de text predefinite, pentru a reaminti pacienților programarea sau pentru a nu uita să aducă documentele cerute. Controlați și sincronizați **programările** cu icMED folosind **aplicația icMED. Plan** de pe telefon.

Cu ajutorul modulului de transfer **icMED.Up!** beneficiați de o aplicație de mobil cu care **orice document sau imagine de pe telefon poate fi transferată instant în fișa pacientului.** În plus, primiți și o cameră digitală de investigații a căror **imagini le puteți vizualiza direct de pe telefon sau calculator.**



Cu **icMED PneumoScreen** beneficiați de un pachet pentru depistarea și managementul **pacienților cu astm și BPOC**. Pachetul conține un spirometru smart, portabil, turbine de unică folosință și aplicația de telefon icMED PneumoScreen, cu ajutorul căreia se poate face spirometria cu 6 parametri și transferul în modulul icMED, pentru interpretare și tipărire rezultate.

Cu **icMED EcoScreen** vă punem la dispoziție un pachet de **ecografe** liniare și convexe **portabile,** de mărimea unei telecomenzi, o tabletă performantă, aplicație de ecografie pentru vizualizare și măsuratori, o aplicație de transfer de imagini în icMED și una specială pentru ecografia de tiroidă. În pachet este inclus și un **curs de ecografie** de două zile, unde medicii își pot însuși noțiuni teoretice și multă practică, facută chiar cu aceste ecografe, pe cazuistica tipică de cabinet.

Semnarea, validarea și raportarea serviciilor la CAS de către icMED se face cu **o rată de succes de peste 99%**. Cu icMED nu vă mai bateți capul dacă aveți servicii nevalidate sau rețete offline neurcate, pentru că **icMED se ocupă automat, fără să vă implice, să valideze serviciile în SIUI și să urce rețetele în SIPE**. De asemenea, atât icMED prin mecanismele de verificare cât și colegii din centrul de suport urmăresc să nu rămână nimic nesemnat, nevalidat sau neraportat și vă avertizează în timp util. Astfel, **medicii câștigă semnificativ mai mult, după ce trec pe icMED**.

icMED®

GRIGORE T. POPA, NR. 81
TIMISOARA, RO 300291
www.icmed.ro

- 0720 005 212
- 0722 399 779
- 0728 844 020
- 0256 256 256

G.L. PHARMA GmbH Reprezentanţa în România

GEROT LANNACH

a business unit of G.L. Pharma GmbH

Partener pe viaţă

Thrombo ASS®

acid acetilsalicilic 50 mg, 75 mg, 100 mg

comprimate gastrorezistente

Vessel Due® F

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Vessel Due F 250 ULS capsule moi și Vessel Due F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L., Strada Ciuceru Udricani, Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București.
Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28.
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA