

INFO Congres

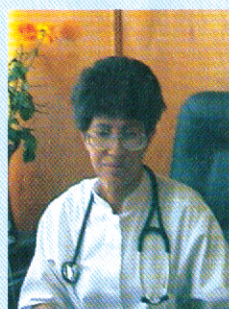


Al 43-lea Congres Național de Cardiologie, Poiana Brașov

An I. Nr. 4 - sâmbătă 18 septembrie 2004

EDITORIAL

AZI – FOCUS: TESTUL DE EFORT - o explorare clasică și modernă



Se poate afirma că testarea de efort în cardiologie sunează conceptual și practic abordări **clasice** și **moderne**.

Fără nici o îndoială rămân **clasice** datele fundamentale de **fiziologie** care privesc efectul efortului asupra aparatului cardiovascular normal și cele de **fiziopatologie** pe baza cărora interpretăm rezultatele testelor de stress în bolile cardio-vasculare (cu corecția că interpretarea patofiziologică a progresat în timp — mergând dincolo de datele hemodinamice — în profunzimea proceselor celulare și subcelulare...).

În perimetrul **clasic** se încadrează și tipul de **informații** pe care le așteptăm de la testare: diagnostice, de decizie privind explorarea ulterioară și tratament, prognostice.

Datele **moderne** sunt reflectate în

- **diversificarea indicațiilor** (de la cele tradiționale de tip durere toracică, cardiopatie ischemică la hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, dispnee, aritmii, transplant, urmărirea efectelor recuperării...);

- **varietatea modalităților de explorare**: efort fizic, farmacologic, utilizarea tehnicilor de tip EKG, ecografie, izotopi, rezonanță magnetică;

- **populația testată**: femei, copii, batrâni (cu interpretarea adecvată științific subsetului analizat).

Dacă urmărim ghidurile societăților savante (ACC AHA) privind testul de efort constatăm la compararea ultimelor două ediții (1997-2002) schimbări radicale (trecuri de la clasic la **modern!**). De pildă în versiunea penultimă nu existau pentru valvulopatii indicații de clasa I și IIa, în timp ce astăzi bolnavii cu insuficiență aortică cronică cu simptome echivoce sau cei care vor participa la activități atletice sau cei asimptomatici - minim simptomatici cu disfuncție VS se încadrează în această grupă de indicații.

Combinarea testelor de efort într-o secvență prestabilită, aprecierea faptului că și discordanța testelor poate oferi informații — sunt deasemenea câștiguri ale gândirii medicale **moderne**.

În sfârșit — modul de formulare a rezultatului evaluării de către cardiologul care supraveghează testul și mai departe interpretarea acestuia la patul bolnavului de clinician va sintetiza obligator cunoștințele de cardiologie **clasică** și **modernă** la cazul în speță — în ideea că existențele solitare nu fac din grupuri sau din clase ...

Prof. Dr. Carmen Ginghină, președinte SRC

Am încercat să învățăm din "Colaborarea" cu...



chirurgul
cardiovascular



neurologul



nefrologul

...dar și din "Controverse"



Simpozion
Româno-Francez



Transmisie "Live"
din cadrul sesiunii
de cardiologie
intervențională

Cardiologia românească "Live" se dorește la nivel european.... iar Simpozionul româno-francez de ieri și cel româno-italian de azi sunt exemple de "Cardiologie fără frontiere"



Azi Închiderea Congresului și festivitatea de acordare a premiilor se va desfășura în sala I începând cu ora 13.00

VĂ AȘTEPTĂM LA AL 44-LEA CONGRES DE CARDIOLOGIE LA POIANA BRAȘOV, ÎN PERIOADA 21-24 SEPTEMBRIE 2005 !

ÎNTREBAREA ZILEI

Ce accesibilitate la tratamentul invaziv al tahiaritmiilor credeți că există în România (din perspectiva experienței clinice personale)?

DIN PROGRAMUL ZILEI

SIMPOZION ROMÂNNO-ITALIAN

Actualități în evaluarea și tratamentul stenozei aortice
Sala I, ora 9-10.30

Cu: F. Faletta, C. Macarie, C. Gînghină, R. Galloti

TESTE DE EFORT ÎN CARDIOLOGIE

Sala I, ora 11-12.30

Cu: C. Gînghină, I. Bruckner, C. Tănăseanu, D. Gherasim, C. Stănescu, G. Aron

CONFERINȚE

Sala II, ora 9-10.30

Cu: M. D. Datcu, A. Ilieșiu, M. Dînea, D. Filipescu

De la evaluare la tratament în practica cardiologică

Sala II, ora 11-12.30

Cu: G. A. Dan, S. Bălănescu, M. Henein, H. Moldovan

COMUNICĂRI ORALE

Hipertensiune arterială

Sala III, ora 11-12.30

Chirurgie vasculară II

Sala V, ora 11-12.30

Aritmii

Sala VI, ora 9-10.30

Varia

Sala VI, ora 11-12.30

ATELIER LUCRU

Monitorizarea hemodinamică non-invazivă - o alternativă în actualitate (bioimpedanța toracică)

Sala III, ora 9-10.30

Cu: D. Tulbure, C. Sinescu, I. Coman, S. Bubenek

Hipertensiunea arterială pulmonară la granița dintre specialități

Sala V, ora 9-10.30

Cu: I. Bruckner, D. Isacof, A. Gurghean, D. Spătaru

ȘEDINȚA GRUPULUI DE LUCRU

Electrofiziologie și pacemakeri

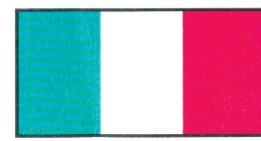
Sala IV, ora 9-10.30

Cardiologie pediatrică

Sala IV, ora 11-12.30



SIMPOZIONUL ROMÂNNO-ITALIAN DE ECOCARDIOGRAFIE



Inițiator al acestei colaborări româno-italiene, dl. prof. dr. **Eduard Apetrei** a avut amabilitatea să ne dezvăluie câte ceva despre începuturile acestor întâlniri: "Colaborarea a început cu mulți ani în urmă, în 1993, când dr. Tomaso Pilato din Milano, conducătorul unei asociații nonguvernamentale ne-a oferit 12 burse de ecocardiografie cu durata de o lună la Spitalul Niguarda - Milano. Ulterior, în același an, am organizat împreună cu prof. dr. A. Pezzano primul Simpozion Româno-Italian de eco-doppler care s-a desfășurat la Timișoara. Simpoziunile s-au repetat apoi la București unde am fost moderator împreună cu Prof. A. Faletta. Colaborarea cu colegii din Italia a continuat de-a lungul anilor, întâlnirile fiind organizate în cadrul congreselor de cardiologie. Temele dezbătute au fost legate de evaluarea ecocardiografică a bolnavilor cu valvulopatii și proteze valvulare, cardiomiopatii precum și aspecte legate de ecocardiografia de stress și tridimensional. Este de dorit continuarea acestei colaborări în viitor, conform tradiției Societății Române de Cardiologie de a organiza frecvente întâlniri comune cu bogată participare internațională (Franța, Ungaria, Israel și alte țări)"

Referitor la invitații din acest an și tematica abordată am adresat câteva întrebări dl-ului prof. dr. **Cezar Macarie**, moderatorul simpozionului și am aflat că "invitații de astăzi ai simpozionului sunt medici de la Spitalul Fundației Humanitas din Milano condus de Prof. Dr. Faletta. Se va aborda patologia aortei mai precis stenoza aortică, subiect de actualitate dată fiind frecvența stenozei aortice degenerative în special la persoanele vârstnice cu comorbidități asociate ceea ce creează importante probleme de evaluare, supraveghere și tratament. Noutățile aduse de prezentările de astăzi vor fi legate de evaluarea riscului la bolnavii cu

stenoza aortică asimptomatică precum și de stabilirea strategiei terapeutice specifice fiecărei categorii de risc, de abordarea bolnavului cu stenoza aortică și funcție deprimată de VS precum și de problemele legate de tratamentul chirurgical al stenozei aortice la bolnavii cu risc crescut."

Stenoza aortică cu disfuncție de VS este subiectul pe care îl va aborda în cadrul simpozionului d-na prof. **Carmen Gînghină**. Domnia sa apreciază: "cred că toți cardiologii se tem în fața unui pacient cu valvulopatie aortică de posibilă depășire a momentului optim operator, pacienții cu stenoza aortică și gradient transvalvular scăzut, fracție de ejeție joasă, fără rezervă inotropică intrând în grupul restrâns al cazurilor la care înlocuirea valvulară nu mai e indicată, dar încadrarea bolnavului în această categorie trebuie făcută cu maximă rigurozitate științifică. Ecocardiografia reprezintă un instrument de evaluare extrem de util atât prin utilizarea parametrilor convenționali dependenți de flux care nu de puține ori subestimează severitatea stenozei cât și prin calcularea unor indici adiționali (rezistența valvulară, parametri corecți pentru funcție sau pentru presiune), răspunsul inotrop la testarea cu dobutamină."

Valoarea măsurătorilor ecocardiografice se validează însă în cadrul unui algoritm complex care tinde să țină seamă de toate celelalte elemente clinice și paraclinice și în care accentul cade pe evaluarea parametrilor anterior menționați în timp, în dinamică, după săptămâni de terapie care are ca scop ameliorarea pre și post sarcinii, prin îmbinarea preceptelor medicinei hipocratice cu tehnicile anului 2004."

Dr. Carmen Beladan

Astăzi, între orele 11.00-12.30, sala I va găzdui simpozionul cu tema "Teste de efort în cardiologie", avându-i ca moderatori pe d-na prof. dr. Carmen Gînghină și dl. prof. dr. I. Bruckner.

O imagine de ansamblu asupra acestui subiect ne-a oferit dl. Prof. **Bruckner** într-un scurt interviu. Acesta apreciază că "testele de efort, o etapă obligatorie în evaluarea ischemiei miocardice" ocupă un loc esențial în cadrul celorlaltor mijloace de diag-nostic în ciuda dezvoltării rapide a tehnicilor invazive corona-rografice. "Ele permit o evaluare inițială, o stratificare a riscului, preced și indică testele invazive, teste scumpe care nu pot fi aplicate de primă intenție tuturor pacienților". În ceea ce

privește ierarhizarea testelor de stress din punct de vedere al frecvenței utilizării lor și al accesibilității dl. prof. I. Bruckner apreciază că "testele de stress sunt utile atât pentru evidențierea ischemiei silențioase, cât și pentru a evalua viabilitatea miocardică (miocard

D. Gherasim unul dintre participanții la simpozion. Testul de efort EKG, apreciază dl. dr. **Gherasim**, "continuă să reprezinte o metodă de investigare de „primă linie”, mai ales pentru bolnavul coronarian și asta datorită unor avantaje pe care le are față de alte metode: costul redus,

EVALUAREA CAPACITĂȚII DE EFORT - ÎN ACTUALITATE CONTINUĂ

hibernant). Acest ultim aspect poate fi evaluat prin ecografie de stres. Din punct de vedere al accesibilității evident cel mai accesibil este testul electrocar-diografic de stress, care permite însă numai evaluarea unei eventuale ischemii (silențioase, atipic simptomatice, etc)".

O introducere în subiectul pe care îl va aborda - "Valoarea și limitele testului ECG de efort" - ne-a fost oferită de dl. dr.

accesibilitatea metodei (poate fi efectuată în ambulator), poate fi efectuat și fără prezența unui cardiolog, este o metodă sigură, rata evenimentelor nedorite fiind foarte mică. Volumul de teste de efort efectuate în serviciile de cardiologie este foarte mare și crește de la un an la altul, ceea ce spune foarte mult despre valoarea metodei (numai în Institutul nostru, „Prof. Dr. C.C. Iliescu”, s-au realizat anul trecut peste 4000 de teste)". În ceea ce privește noutățile aduse de ultimii ani în explorarea prin test ECG de efort dl. dr. Gherasim apreciază că "accentul s-a mutat de pe simpla interpretare a unui test ca fiind pozitiv/negativ sau neconcludent, pe identificarea unor elemente, semnificative statistice, care să poată orienta evaluarea ulterioară a bolnavului. Un alt element de noutate îl reprezintă, atenția sporită ce se acordă fazei de revenire (după oprirea efortului) - monitorizarea tensiunii arteriale, a pulsului, semnificația pognostică a ectopiilor ventriculare postefort precum și preocupările pentru creșterea sensibilității testului - folosirea derivațiilor drepte, identificarea derivațiilor cu puterea predictivă cea mai mare ș.a.m.d."

Nu vă dezvăluim mai mult invitându-vă astfel să participați la un simpozion care se anunță extrem de interesant.

Dr. Monica Hirșu

Dr. Monica Hirșu, dr. Carmen Beladan

HIPERTENSIUNEA PULMONARĂ - LA GRANIȚA DINTRE SPECIALITĂȚI

- Mai degrabă un dezavantaj fiindcă fiecare specialist își urmărește interesul și cunoștințele și nu neapărat știe și poate aprecia situația clinică reală.

- **Cum apreciați colaborarea dintre diversele specialități în încercarea de abordare cât mai eficientă diagnostică și terapeutică a pacienților cu HTP?**

- Colaborarea ar trebui să fie bună, dar cred că aceasta este încă un deziderat pentru care mai trebuie luptat.

- **Care este rolul medicului cardiolog în evaluarea bolnavului cu HTP?**

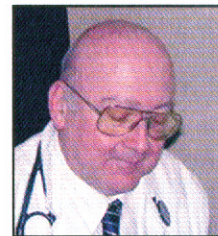
- În afara evaluării cauzelor cardiace ale HTP cardiologul este cel care apreciază răsunetul cardiac drept al afecțiunii și trebuie să participe la îngrijirea ei (mai ales a formelor nepulmonare sau hipoxice).

- **Ce ne puteți spune despre implicarea medicilor cardiologi în crearea unui program național de management al bolnavilor cu HTP?**

- Evident sunt implicați și manifestarea organizată în curând la Iași este o dovadă în această direcție. (n.r — la sfârșitul lunii septembrie la Iași va avea loc al doilea simpozion de HTP, numit generic "INSPIR")

- **Care sunt posibilitățile terapeutice ale acestor bolnavi astăzi în România și care credeți că sunt perspectivele?**

- Deocamdată posibilitățile terapeutice sunt limitate dar trebuie să sperăm că se vor dezvolta.



Dialog cu domnul prof. Ion Bruckner

În cursul acestei dimineți, în sala V, între orele 9-10.30 va avea loc Atelierul de Lucru cu tema "Hipertensiunea pulmonară", moderator prof. I. Bruckner. Venind în întâmpinarea prezentării pe care o va susține, dl. prof. I. Bruckner a avut amabilitatea de a răspunde la câteva întrebări care sperăm va vor suscita interesul și vă vor determina să fiți prezenți în sală la ora menționată.

- **Domnule profesor credeți că plasarea HTP la granița dintre specialități reprezintă un dezavantaj sau dimpotrivă un avantaj pentru pacient?**



MONITORIZAREA HEMODINAMICĂ NONINVAZIVĂ

**- O ALTERNATIVĂ ÎN ACTUALITATE
(BIOIMPEDANȚA TORACICĂ)**

În sala III, între orele 9.00 – 10.30 se va desfășura Atelierul de Lucru cu tema anterior enunțată, moderator **dr. D. Tulbure**. Bioimpedanța toracică, o tehnică puțin cunoscută și utilizată în România, reprezintă o formă de pletismografie cu ajutorul căreia se poate monitoriza randamentul cardiac prin măsurare noninvasivă a parametrilor hemodinamici. Câteva date referitoare la acest subiect ne-a oferit unul dintre participanții la discuțiile de astăzi, **dl. dr. I. Coman** (foto). Sperăm că întrebările următoare vor anticipa unele din nelămuririle dumneavoastră iar răspunsurile vor crește interesul pentru această temă.

- Domnule doctor, credeți că utilizarea BT este o metodă accesibilă spitalelor românești? Ce dotare tehnică presupune?

- Este o metodă accesibilă, cu un raport cost-eficiență favorabil față de cel al tehnicilor de monitorizare invazivă. În România ar fi accesibilă financiar, însă cu toate acestea este prezentă din păcate în foarte puține zone.

- Care sunt datele ce se pot obține prin această metodă comparativ cu celelalte tehnici?

- Se pot obține date hemodinamice cu o acuratețe remarcabilă privind debitul cardiac, metoda având două avantaje importante: lipsa invazivității și obținerea datelor în timp real.

- Este necesară o pregătire specială a medicilor pentru utilizarea acestei tehnici?

- Ca orice tehnică nouă prezintă capcane și limite, fiind necesară fără îndoială o pregătire prealabilă a personalului medical. Folosirea unui dispo-

zitiv de BT nu presupune însă un training de lungă durată al utilizatorului.

- Care credeți că va fi impactul în timp al acestei metode și locul său în cadrul celorlalte tehnici de monitorizare hemodinamică?

- Este greu să apreciez ponderea pe care această tehnică o va avea în viitor în serviciile de terapie intensivă și nu numai. Cred că utilizarea metodei este în creștere.

- Ce viitor credeți că va avea utilizarea BT în România?

- Experiența acumulată pe plan internațional cât și criteriul financiar vor fi cele care vor decide introducerea tehnicii în spitalele românești.

Dr. Monica Hirșu

INDICAȚIILE UTILIZĂRII BIOIMPEDANȚEI TORACICE

1. Monitorizarea pacienților cu boală cardiovasculară (suspicionată/cunoscută)
2. Diferențierea cauzelor dispneei acute (cardiace/pulmonare)
3. Optimizarea intervalului A-V la pacienții cu pace-maker bicameral
4. Monitorizarea terapiei inotrope continue la pacienții cu insuficiența cardiacă terminală, la domiciliu
5. Evaluarea rejetului la pacienții cu transplant cardiac ca alternativă la biopsia miocardică
6. Optimizarea managementului lichidelor la pacienții cu insuficiență cardiacă congestivă
7. Managementul hipertensiunii arteriale esențiale rezistentă la tratament

- Cât credeți că este subiectivism și cât decizie bazată pe date obiective în alegerea unei anumite terapii?

- Din punct de vedere propriu decizia de explorare și tratament se bazează pe date provenite din "evidence based medicine" în proporție de 60%, restul de 40% fiind bazată pe experiența clinică personală. Aceste procente pot varia în funcție de tipul de patologie cu care mă întâlnesc, ținând cont că în unele situații există ghiduri de explorare și tratament în timp ce în alte situații acestea nu există. De asemenea, în unele condiții patologice în care am experiență personală redusă mă bazez în proporție mult mai mare pe ghidurile în vigoare. De altfel, ghidurile de explorare și tratament se recunosc a fi numai linii directoare și nu neapărat legi medicale, ce trebuie adaptate fiecărui caz în parte în funcție de experiența medicului și preferințele pacientului.

- Referitor la tema pe care o veți aborda în cadrul congresului care ar fi câteva criterii de alegere a utilizării stenturilor active farmacologice?

Recomand pacientului un DES pe vase native:

- a. atunci când am de a face cu leziuni coronariene lungi (>15 — 20 mm);
- b. calibrul < 3.5 mm;
- c. la diabetici;
- d. ținând cont de riscul major de restenoză al leziunilor de IVA proximală sau ostială cred că există beneficiu de la un DES în

această situație.

Dupa cum se poate lesne observa cred că utilitatea DES pe vase native apare atunci când riscul de restenoză este foarte mare (> 30 — 40%) la 6 luni. Recomand pacientului cu restenoză constituită după PTCA simplă sau cu balon un

promovat mediatic printr-o campanie de marketing prea șarjată, lucrurile încep să se așeze în realitatea zilnică a laboratorului de angiografie. Există foarte multe noutăți și linii de cercetare în această privință ținând cont de imperfecțiunile actuale ale

Acest polimer, de obicei bazat pe acid lactic, poate fi suportul pentru adsorbția substanței antiproliferative, astfel încât stentul se degradează complet după eliberarea prelungită a medicamentului citostatic. Se speră ca în acest fel reacția inflamatorie din peretele vascular generată în prezent de polimerul neresorbabil și de stentul metalic va dispărea.

- Cât sunteți de "liber" în luarea unei decizii terapeutice în contextul economic al României de astăzi?

Libertatea de a alege decizia terapeutică este completă dar trebuie moderată de experiența centrului în care lucrez și de disponibilitățile materiale ale laboratorului, care sunt ca peste tot destul de reduse. Nu pot propune pacientului o procedură cu care nu am suficientă experiență, cum ar fi brahiterapia pentru restenoză; aleg în schimb implantarea unui DES cu criteriile enumerate mai sus. Dacă cred că pacientul beneficiază de pe urma unei proceduri terapeutice pentru care nu am fonduri în laborator, solicit ca și mulți alți colegi să își procure singur materialul necesar, care urmează a fi folosit la noi. Concluzia este clară: am libertatea de decizie absolută, dar care trebuie ponderată în funcție de disponibilități și de experiența proprie.

Dr. Monica Hirșu

DE LA EVALUARE LA TRATAMENT ÎNTRE TRADIȚIE ȘI NOUȚATE

În încercarea de a alege conduita optimă de evaluare, urmărire și tratament, medicul se confruntă cu o serie de probleme mai mult sau mai puțin obiective. Aflat mereu prins între tradiție și noutate (de la clasicul examen clinic la evaluări paraclinice sofisticate adeseori invazive), tentat de apariția unor noi metode terapeutice și limitat de condițiile economice ale locului în care își desfășoară activitatea, medicul trebuie să ia cele mai bune decizii în abordarea cât mai eficientă a fiecărui pacient. Dl. dr. S. Bălănescu, moderator al conferinței cu titlul enunțat mai sus, ce se va desfășura astăzi în sala II, între orele 11.00-12.30, a avut amabilitatea de a răspunde la câteva întrebări pe această temă, cu referiri directe și la subiectul pe care îl va aborda - "Stenturile active farmacologice în practica zilnică".

DES dacă nu este vorba de restenoza malignă (restenoza care depășește stentul implantat inițial și se extinde la vasul considerat inițial sănătos, în afara stentului). Tipul de DES (rapamicină sau paclitaxel) nu este semnificativ în avantajul vreunuia, astfel încât plantez stentul pe care pacientul îl poate obține.

- Ce noutăți ne puteți dezvălui în legătură cu această temă și ce credeți că ne va oferi viitorul?

După entuziasmul inițial excesiv privind succesul DES,

DES (exces de tromboze tardive, etc). Se tresetază în prezent medicamente antiproliferative noi, se preconizează ameliorarea biocompatibilității polimerilor pe care se adsoarbe medicamentul activ și mai ales se utilizează stenturi noi, unele dintre ele biodegradabile. Din punct de vedere teoretic soluția ideală este cea din urmă prin care stentul este constituit din polimeri biodegradabili complet resorbabili din peretele vascular după un interval de timp variabil de 3- 6 luni.

GRUPUL DE LUCRU

CARDIOLOGIE PEDIATRICĂ

Despre activitatea Grupului de Lucru Cardiologie Pediatrică am discutat cu președintele acestuia, d-na dr. Rodica Togănel. După cum ne-a precizat, activitatea sa a fost orientată în două direcții majore: 1. ameliorarea cunoștințelor în materie de cardiologie pediatrică la nivelul rețelei de medicină generală; 2. creșterea eficienței îngrijirii pacienților, prin interconectarea centrelor de cardiologie pediatrică și chirurgie cardiovasculară pediatrică într-o relație de cunoaștere, colaborare, schimb de experiență cu centre similare din străinătate, și mai ales conlucrare cu teritoriul.

Propunerile de viitor se vor concretiza probabil după acest congres, continuând cu certitudine tradiția începută, a elaborării de instrumente de lucru pe baza unui limbaj comun (protocoale). Simpozionul Național de Cardiologie Pediatrică va deveni un obicei anual. "Ceea ce avem în vedere pe termen scurt - a subliniat în continuare doamna doctor - este inițierea demersurilor pentru elaborarea Registrului Național al Malformațiilor Cardiace Congenitale care va necesita, cu siguranță, multă muncă, colaborare între membrii Grupului de Lucru, medici de alte specialități și mai ales, Ministerul Sănătății, însă acest obiectiv se conturează tot mai mult drept o necesitate.

În ceea ce privește subiectul abordat astăzi în sesiunea "Situații limită în cardiologia pediatrică", domnia sa ne-a declarat: „Îngrijirea postoperatorie a copilului operat pe cord este cel puțin la fel de importantă și dificilă ca și intervenția însăși. Pe lângă abordarea diagnostică și terapeutică a problemelor ridicate de aparatul cardiovascular: aritmii, funcția cardiacă, pericard, vom discuta despre problemele digestive, renale, pulmonare, neurologice, hematologice etc. care pun medicul în fața unor decizii limită. Acest referat se dorește baza pentru elaborarea unui nou set de protocoale de diagnostic și tratament pentru noi și colegii noștri cardiologi pediatrii, medicii de terapie intensivă sau chirurgii cardiovasculari pediatri. Nu mi rămâne decât să păstrez surpriza până la capăt și să vă invit să participați la sesiunea Grupului de Lucru de Cardiologie Pediatrică", în sala IV, începând cu ora 11.00.

ÎNTREBAREA ZILEI

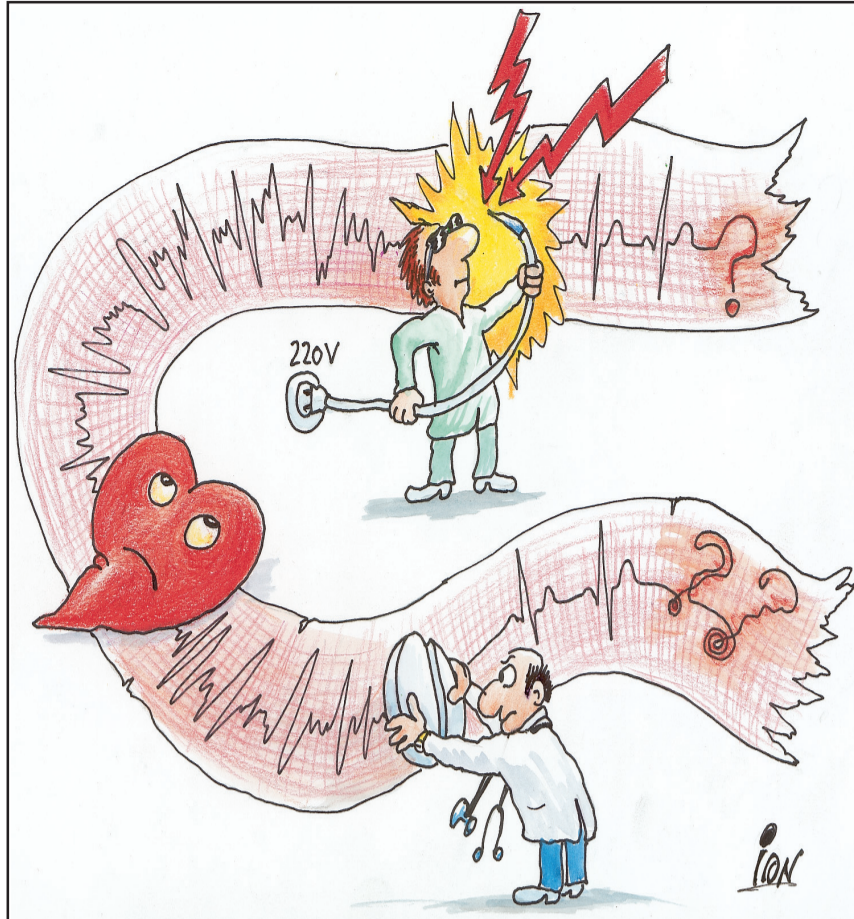
Ce accesibilitate la tratamentul invaziv al tahiaritmiilor credeți că există în România (din perspectiva experienței clinice personale)?

Dr. Radu Roșu - medic specialist cardiolog - Clinica de Recuperare Cluj- Napoca: Experiența noastră în tratamentul intervențional al tahiaritmiilor este destul de scurtă, având în vedere că abordăm acest tip de terapie de aproximativ 1 an și jumătate. Numărul de cazuri pe lună este de aproximativ 4-5, fiind vorba, în general, de flutter atrial istmo-dependent. Obținerea blocului istmic bidirecțional se realizează la aprox 85% din cazuri, cu o rată a recidivelor de 20%.

Prof. dr. I Bruckner: Tratamentul invaziv al tahiaritmiilor a început să devină accesibil, mai ales prin relații personale (din păcate). Este evident că el trebuie extins și că sunt necesare mai multe centre bine dotate.

Dr. Radu Ciudin - Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu": Accesibilitatea este bună și în continuă creștere. În cadrul Institutului de boli cardiovasculare "C. C. Iliescu" se efectuează aproximativ 250 de ablații și 450 de implanturi de pacemaker anual. Este nevoie de oameni tineri și de utilizarea sistemelor care există în mai multe centre și care nu sunt folosite pe deplin. În acest scop sunt necesare programe speciale de pregătire a tinerilor specialiști în electrofiziologie.

Prof. Dr. Marius Vintilă - Spitalul "Sf. Pantelimon" București: Gradul de accesibilitate al pacienților cu tahiaritmii la tratamentul intervențional este extrem de redus. Din experiența personală pot spune că adresez acestui tip de tratament în medie 2-3 cazuri pe lună, cel mai frecvent fibrilații atriale cronice cu alură ventriculară înaltă, pentru ablații de nod atrioventricular și mult mai puțin pentru alte tipuri de intervenții.



SPONSORI PRINCIPALI

- SANOFI-SYNTHELABO
- NOVARTIS
- PFIZER
- LES LABORATORIES SERVIER
- BERLIN-CHEMIE
- SOLVAY PHARMA
- BRISTOL MYERS SQUIBB
- BOEHRINGER INGELHEIM
- SICOMED
- MERK SHARP & DOHME
- KRKA
- AVENTIS
- CHIMIMPORTEXPOR
- PLURIMEX
- ASTRA ZENECA
- BAYER
- ABBOTT LABORATORIES

MULȚUMIM SPONSORILOR NOȘTRI!

SPONSORI

- BIOMEDICA MEDIZIM PRODUKTE
- BTL
- EGIS PHARMACEUTICALS
- HEXAL
- IVAX
- LABORATORIES FOURNIER
- LABORMED PHARMA
- LANNACHER
- MEDICREDIT LEASING SA
- MEDROM MEDICAL SYSTEMS
- 3 M MEDICAL ROMANIA
- PRISUM INTERNATIONAL TRADING
- RICHTER GEDEON
- ROMAR
- S&T ROMANIA
- SC E-SYBION-GUIDANT CORPORATION USA
- SC SANO SIB
- TERAPIA CLUJ
- TOP DIAGNOSTICS



Geamantanele s-au epuizat în timp record



Anul acesta Expoziția a avut răSUNET!



Au fost peste 1200 de participanți. Vi-l prezentăm pe cel mai mic dintre acestia.



Cel mai așteptat moment al zilei



Fără comentarii



Cea mai bună reclamă programului "Inimi pentru inimi" a fost asigurată de... DIVERTIS



Alexandra, Monica și Carmen sunt "fetele de la pagina 4", adică redactorii executivi de astăzi

Colectivul de redacție. Redactori șefi: dr. Corina Siminiceanu, dr. Cosmin Călin. Redactori executivi pentru nr. 1: dr. Monica Hârșu, dr. Carmen Beladan, dr. Alexandra Gherghina
Coordonator: profesor dr. Carmen Ginghină

TIMPUL PROBABIL 18 septembrie 2004
 temperatură minimă 7°C
 temperatură maxima 19°C



Se distribuie gratuit. Tiraj: 1500 exemplare.