



PRECIPIO, RECUPERATIO

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CARDIOLOGIE GRUPUL DE LUCRU „CARDIOLOGIE PREVENTIVĂ”

Nr.3, Ianuarie-Februarie 2011

Stimați colegi,

În aria noastră de interes, evenimentul de semnalat, desfășurat la sfârșitul săptămânii trecute, l-a constituit aniversarea unui an de activitate a Fundației Române a Inimii și marcarea unei zile dedicate prevenției cardiovasculare, manifestare desfășurată sub impresionanta cupolă a Ateneului Român sub forma unui spectacol de gală, momentele artistice alternând cu alocuțiuni ale invitaților, personalități din lumea medicală, din sfera politicului (menționăm prezența domnului ministru al sănătății, dl. Attila Cseke) și din media. Discursurile prezentate au scos în evidență disponibilitatea și sprijinul forțelor grupate în Forumul Național de Prevenție, tonul general fiind unul optimist. Subliniem eforturile unei echipe întregi care a contribuit la desfășurarea acestui eveniment și în mod special contribuția colegilor noștri, profesorul Dan Gaiță, președintele anterior al grupului de lucru, în prezent Președintele amintitei Fundații a Inimii și de asemenea membru în boardul 2010-2012 EAPCR (Asociația Europeană de prevenție și recuperare) în funcția de tesorier, precum și sprijinul oferit cu generozitate de Dan Deleanu, Președintele SRC, unul dintre promotorii relansării tradiției activității de prevenție și a elaborării strategiei de prevenție a SRC. Mai multe detalii veți găsi în numărul viitor din Infocard într-o relatare “de la fața locului” realizată de președintele grupului nostru de lucru, profesorul Florin Mitu și din care vă prezentăm un scurt fragment : “Cu o zi înaintea celei a îndrăgostiților, **inima** a unit mai multe forțe: de la cele **politice**, la cele **medicale** și la cele care țin de **media** sau membrii de onoare ai FRI... După cum spunea unul dintre invitați, rezultatele acestor acțiuni se vor vedea peste 5, 10, 15 sau 20 de ani. Cineva trebuia să înceapă. Și iată că meritul îl au cardiologii. De altfel, dorința multora dintre noi, cei care activăm în domeniul prevenției, este să aliem cele trei forțe amintite care împreună pot realiza reducerea mortalității bolilor cardiovasculare în România. Va fi nevoie de timp, perseverență și încredere, astfel încât generațiile care vor veni să înțeleagă și să aplice dictonul hipocratic <Este mai ușor să previi decât să tratezi>”.

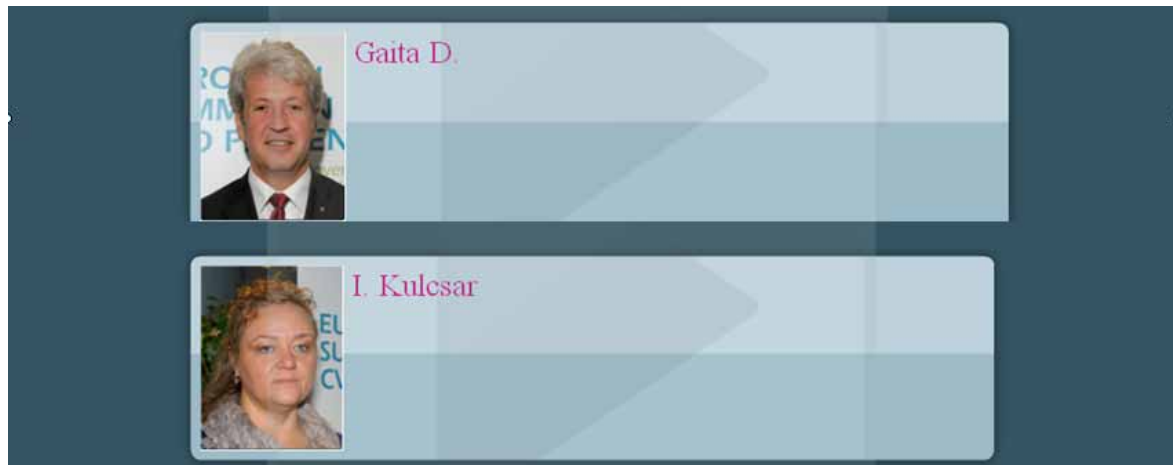




Și spre aducere aminte, vă prezentăm o imagine realizată în urmă cu 2 ani, cu ocazia constituirii Forumului Național de Prevenție.



Programul Societății Române de Cardiologie în ceea ce privește strategia de prevenție, activitățile desfășurate până în prezent și proiectele propuse sau în derulare au constituit „miezul” prezentărilor realizate de Dan Gaiță și de Iulia Kulcsar la Summitul de Prevenție desfășurat la sfârșitul lunii noiembrie, în anul ce a trecut, la Casa Europeană a Inimii. Prezentările participanților la această importantă manifestare pot fi vizualizate pe site-ul societății europene de cardiologie. Pentru informarea d-vs vă prezentăm programul manifestării și comunicatul de presă. Țara noastră a fost singura invitată a-și exprima punctul de vedere prin intermediul a doi reprezentanți și măcar pentru această performanță, ca să nu mai vorbim de calitatea discursului, cei doi colegi ai noștri trebuie felicitați.



European Summit on CVD Prevention

Closing the loop between guidelines, clinical practice and political action



The 2010 **European Summit on CVD Prevention** held in November 2010 at the European Heart House gathered a broad cross-section of medical experts, health care organisations, national societies, regulators and representatives from the European Union (EU) to encourage concerted action towards a harmonised strategy for the prevention of cardiovascular disease (CVD) in Europe.

European summit agrees that lifestyle change is the only answer to heart disease

Press Release - Embargo: None

Sophia Antipolis, 6 December 2010: 'Some progress, but the big challenges remain'. This was the verdict after the European Society of Cardiology (ESC) hosted the 2010 European Summit on CVD Prevention on 30 November. The summit was attended by a broad cross-section of medical experts, healthcare organisations, national societies, regulators and representatives from the European Union (EU). The aim of this bi-annual event is to encourage concerted action towards a harmonised strategy for the prevention of cardiovascular disease (CVD) in Europe. Much of the debate centred on how the EU and national governments should respond to overwhelming evidence that shows how lifestyle factors such as poor diet, lack of exercise, alcohol abuse and smoking have turned CVD into an epidemic that medical science alone cannot treat.

Professor Ian Graham, Professor of Cardiovascular Medicine at Trinity College, Dublin, organised the summit on behalf of the ESC's European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR). He accepts that the scale of political and regulatory change required is a massive challenge, but points to the stark reality of the situation. "It is shocking that the vast majority of the four million or so deaths in Europe each year from CVD can be attributed to lifestyle issues rather than underlying medical conditions. We are ready to support the EU and other public bodies in any way we can to take bold action."

The ESC argues that complete alignment is needed between guidelines, clinical practice and public health policies before the problem can even begin to be addressed. This will inevitably mean that sensitive and difficult issues have to be debated and radical measures proposed, notes Professor Lars Rydén, a former President of ESC and a speaker at the summit. "There are no new medical techniques that can control the CVD epidemic," he says. "The ESC has consistently presented data to governments and institutions to illustrate the urgency of the situation. We now look to the EU and other bodies to move beyond data, reports and abstract plans into a far-reaching legislative programme that ensures public health."

Speakers at the summit included representatives of the EU and World Health Organization (WHO), who were invited to give their perspectives on how political actions could help deliver the social changes necessary to reduce the impact of CVD. Doctor Lars Møller of the WHO Regional Office for Europe recognises the pressure to move away from campaigns to a more policy-oriented approach. "Public awareness and education campaigns have not been successful," he says. "The WHO is now in the process of drafting action plans on alcohol and on non-communicable diseases for implementing adopted strategies. Such plans give guidance to member states on evidence-based policy measures for decreasing the burden of CVD and other non-communicable diseases. This can include subsidies to favour healthy diet choices, increasing taxation, limiting availability of alcohol and tobacco, and promoting the benefits of exercise more widely."

Cristian Busoi is a Member of the European Parliament (MEP) from Romania and an influential member of the MEP Heart Group. He is under no illusions of the seriousness of the CVD epidemic. In his address to the summit, he emphasised that action is needed in relation to the lifestyle factors that cause cardiovascular diseases, namely unhealthy diet, lack of exercise, tobacco consumption and alcohol abuse. He concluded, "We have seen that cardiovascular diseases are a serious threat to public health. There is evidence that urgent action is needed to prevent such diseases. It is time to do something more than just talking about it. The EU, as well as national authorities, needs to take concrete steps in this direction and promote healthy lifestyles through all the relevant policies in a coordinated manner, so that the measures have the utmost level of effectiveness."

Around 90 people representing 45 organisations attended the summit, which was held at Heart House, the ESC headquarters in Sophia Antipolis. Delegates heard that excellent progress has been made by member countries of the ESC in adopting the European Heart Health Charter (EHHC) and in implementing the 4th JTF Guidelines, and were given an overview of best practice by speakers from UK, Italy and Bosnia-Herzegovina. The work in updating the guidelines for 2011 was also covered at the summit, with presentations on new techniques for assessing risk factors and a short review of lessons learnt.

All delegates are expected to sign-up to a set of principles agreed at the summit, while the Cardiac Societies of ESC member countries will be asked to commit to a series of actions to promote prevention. Summarising the outcome of the summit, Professor Graham said, "I was very pleased to see so many influential people at Heart House contributing to the discussions. We cannot allow the strong consensus we achieved to be ignored just because the political challenges of active prevention are difficult. The danger from silence on this issue is that CVD and other chronic diseases will continue to cause many unnecessary deaths while the cost of treatment will drain healthcare budgets."

ENDS

Authors:

Contact:

Celine Cola

Session 1: Did we influence clinical care?	
Evaluating the implementation of the 4th JTF Guidelines on CVD Prevention – Benchmarking of surveys in 12 European countries	H. McGee
Audit: New data from EUROASPIRE on risk factor management in clinical practice in primary and secondary prevention	D. Wood
Examples of best practices: MyAction (NHS) in UK	Susan Connolly
Examples of best practices: Projecto Cuore in Italy	S. Giampaoli
Examples of best practices: Bosnia & Herzegovina	M. Dilic
Session 2: Informing the 5th JTF European Guidelines on CVD Prevention - Prevention Implementation Programme for 2010-2011	
» Part I: Prevention in practice	
Introducing new SCORE risk functions: BMI, Older people, HDL-Chol and Diabetes - Integration of SCORE II into HeartScore®	I. Graham
SURF: a pilot study of a simplified audit of risk factor management	I. Graham
» Part II: Informing future preventive efforts	
Cost effectiveness of achieving optimal prevention in Coronary Patients	L. Annemans
Consensus document summarising key steps and modalities to deliver all components of cardiovascular prevention and highlight key differences and exceptions for specific cardiac manifestations: translating strongest clinical evidence into practice (How-to Manual)	P. Giannuzzi
HeartQoL study – Development of a core heart disease instrument for patient-perceived health-related quality of life	H. Saner
A registry initiative: European Electronic Database for Cardiac Rehabilitation Outcomes Measurement and Quality Assurance	W. Benzer
Lessons learned from the assessment to inform the 2011 Prevention Guidelines	J. Perk
Session 3: Supporting an EU public health cooperative approach on CVD prevention	
EU Commission perspective	M. Hübel
World Health Organization perspective	L. Møller
CVD prevention – experiences from a decade of collaboration at the European stage	L. Rydén
The political impact of EuroHeart	Simon Capewell
Addressing risk factors: a unified prevention approach	K. Andersen
The MEP Heart Group call for action: stimulating action from the EU in heart health promotion	C. Busoi
Member States strike back: their voices matter! Ireland	S. Jennings
Member States strike back: their voices matter! Romania	D. Gaita
Member States strike back: their voices matter! Romania	I. Kulcsar
International experience: Canada	G. Tremblay
Concluding remarks	
Political call to commitment for countries to mobilise forces at national level through the nomination of a dedicated National Coordinator	I. Graham

În săptămâna imediat următoare, între 2 și 4 decembrie, se desfășura lângă Porto cel de al „VI-lea Congres Iberoamerican de recuperare cardiacă și prevenție secundară”, rolul decisiv în aducerea acestei manifestări la Porto avându-l colaboratorul și prietenul nostru, profesorul Antonio Rui Leal. Din partea grupului nostru de lucru a fost prezentă dna doctor Mihaela Suceveanu, care a ținut o prelegere cu stadiul actual al activității de recuperare în țara noastră, insistând, bineînțeles, pe modelul Covasna și rolul factorilor naturali. O notă în plus pentru efortul Mihaelei de a ajunge la Porto în condițiile meteo grele de la începutul lunii decembrie, când multe curse aeriene au fost anulate datorită ninsorilor abundente.



Pagina de prezentare a fundației Sanitus, a cărei activitate este coordonată de A.Rui Leal



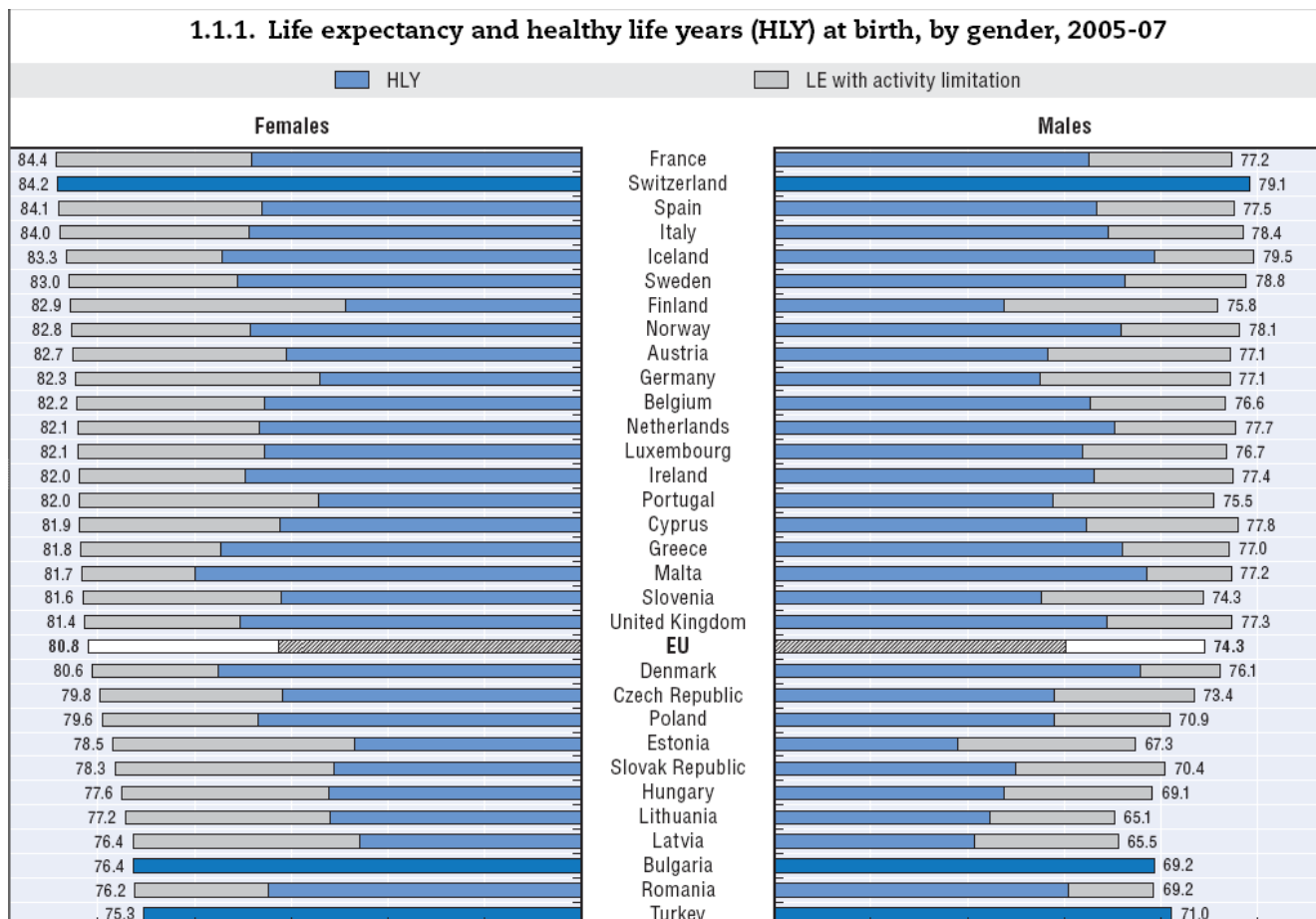
În centrul imaginii, dna dr.Suceveanu alături de Antonio Rui Leal



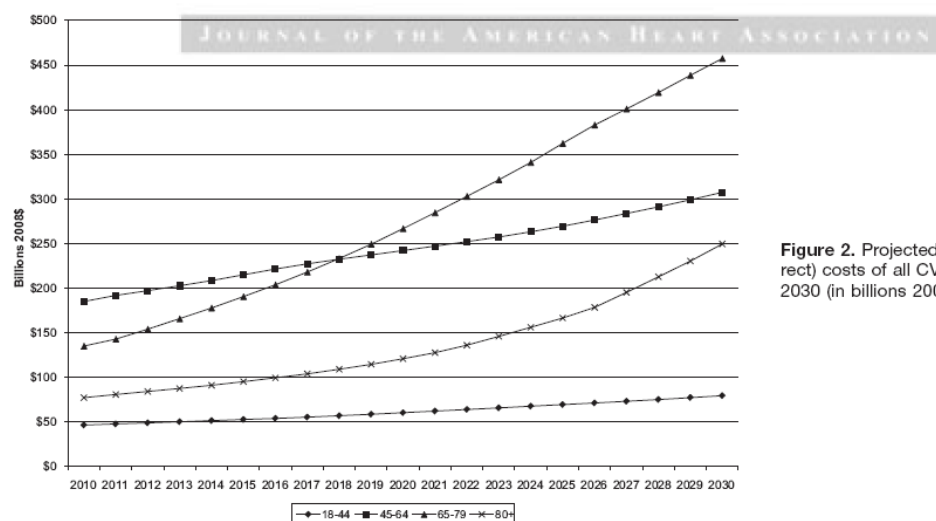
Imagine din timpul lucrărilor (courtesy Raquel Paula, Vita Clinic Porto)

Tot la sfârșitul anului trecut a fost publicat un interesant raport, „Health at a glance.Europe 2010”, document elaborat de Organizația pentru cooperare economică și dezvoltare (OECD), în parteneriat cu Comisia Europeană și cu sprijinul OMS. Sunt prezentate o serie de indicatori ai sistemelor de sănătate din cele 27 de state membre ale Uniunii Europene, la care se adaugă Elveția, Islanda, Norvegia și Turcia. În privința speranței de viață, România figurează înaintea doar a Turciei, cu 76,2 ani pentru femei, în vreme ce bărbații, cu 69,2 ani, stau ceva mai bine, depășindu-i pe cei din țările baltice. Stăm , de asemenea, mai bine doar decât Turcia la numărul de medici la mia de locuitori : 2,2 și împărțim cu alte state din Est ultimele locuri ale ierarhiei europene într-o serie de statistici importante : mortalitate generală (964 la 100 000 de locuitori în 2008, față de 490 în Elveția), mortalitate prin boală ischemică coronariană și AVC. Documentul, cu date interesante, poate fi consultat pe site-ul http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance.

Table of Contents	
Acronyms	7
Executive Summary	8
Foreword	15
Introduction	21
Chapter 1. Health Status	25
1.1. Life expectancy and healthy life expectancy at birth	26
1.2. Life expectancy and healthy life expectancy at age 65	28
1.3. Mortality from all causes	30
1.4. Mortality from heart disease and stroke	32
1.5. Mortality from cancer	34
1.6. Mortality from transport accidents	36
1.7. Suicide	38
1.8. Infant mortality	40
1.9. Infant health: Low birth weight	42
1.10. Self-reported health and disability	44
1.11. Incidence of selected communicable diseases	46
1.12. HIV/AIDS	48
1.13. Cancer incidence	50
1.14. Diabetes prevalence and incidence	52
1.15. Dementia prevalence	54
Chapter 2. Determinants of Health	57
2.1. Smoking and alcohol consumption among children	58
2.2. Nutrition among children	60
2.3. Physical activity among children	62
2.4. Overweight and obesity among children	64
2.5. Supply of fruit and vegetables for consumption	66
2.6. Tobacco consumption among adults	68
2.7. Alcohol consumption among adults	70
2.8. Overweight and obesity among adults	72
Chapter 3. Health Care Resources, Services and Outcomes	75
3.1. Practising physicians	76
3.2. Practising nurses	78
3.3. Childhood vaccination programmes	80
3.4. Influenza vaccination for older people	82
3.5. Medical technologies: CT scanners and MRI units	84



Analize similare, vizând starea de sănătate, modificarea factorilor de risc și impactul economic, au fost realizate și peste ocean și unul dintre articolele recent apărute pe această temă a fost publicat la începutul acestui an în *Circulation*. Dincolo de îngrijorarea legată de previziunea că în mai puțin de 20 de ani, peste 40% din populația Statelor Unite va prezenta o formă de boală cardiovasculară, vă invit să observați propoziția care încheie concluziile : „ Effective prevention strategies are needed if we are to limit the growing burden of CVD”.



AHA Policy Statement

Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States

A Policy Statement From the American Heart Association

Paul A. Heidenreich, MD, MS, FAHA, Chair; Justin G. Trogdon, PhD; Olga A. Khavjou, MA; Javed Butler, MD, MPH, FAHA; Kathleen Dracup, RN, DNSc; Michael D. Ezekowitz, MBChB, DPhil, FRCP, FAHA; Eric Andrew Finkelstein, PhD, MHA; Yuling Hong, MD, PhD, FAHA*; S. Claiborne Johnston, MD, PhD, FAHA; Amit Khera, MD, MSc; Donald M. Lloyd-Jones, MD, MSc, FAHA; Sue A. Nelson, MPA; Graham Nichol, MD, MPH, FRCP(C), FAHA; Diane Orenstein, PhD*; Peter W.F. Wilson, MD, FAHA; Y. Joseph Woo, MD, FAHA; on behalf of the American Heart Association Advocacy Coordinating Committee, Stroke Council, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Nursing, Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research

Background—Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death in the United States and is responsible for 17% of national health expenditures. As the population ages, these costs are expected to increase substantially.

Methods and Results—To prepare for future cardiovascular care needs, the American Heart Association developed methodology to project future costs of care for hypertension, coronary heart disease, heart failure, stroke, and all other CVD from 2010 to 2030. This methodology avoided double counting of costs for patients with multiple cardiovascular conditions. By 2030, 40.5% of the US population is projected to have some form of CVD. Between 2010 and 2030, real (2008\$) total direct medical costs of CVD are projected to triple, from \$273 billion to \$818 billion. Real indirect costs (due to lost productivity) for all CVD are estimated to increase from \$172 billion in 2010 to \$276 billion in 2030, an increase of 61%.

Conclusions—These findings indicate CVD prevalence and costs are projected to increase substantially. Effective prevention strategies are needed if we are to limit the growing burden of CVD. (*Circulation*. 2011;123:00-00.)

În „Lancet” găsiți rezultatele a trei studii din proiectul „Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group”, schimbările în ceea ce privește indexul de masă corporală, valorile tensiunii arteriale sistolice și colesterolul total seric, date evolutive din intervalul 1980 -2008, obținute din 199 de țări și teritorii (vă prezentăm mai jos editorialul de însoțire).

Editor's Choice



Article

National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: excess bodyweight is an important risk factor for cardiovascular disease, diabetes, and cancer, and is estimated to cause nearly 3 million deaths worldwide each year.



See [Comment](#) page 529
See [Articles](#) pages 557, 568, and 578

For the MMWR papers see http://www.cdc.gov/mmwr/mmwr_wk/wk_cvol.html

For the study on detection of high cholesterol see <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/2/10-079947.pdf>

For Dietary Guidelines for Americans see <http://www.cnpp.usda.gov/DGAs2010-PolicyDocument.htm>

An epidemic of risk factors for cardiovascular disease

Rarely are findings as stark and as far-reaching as those from the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group that are published in today's *Lancet*. The three Articles analyse trends over the past generation in body-mass index (BMI), systolic blood pressure, and serum total cholesterol. The inescapable conclusion is that an epidemic of premature cardiovascular mortality is developing, the brunt of which will be borne by low-income and middle-income countries. Because each risk factor is modifiable, the studies are essential reading for health professionals at all levels in all countries, so that action can be taken to avoid catastrophic outcomes.

Led by Majid Ezzati, the investigators compared mean values between 1980 and 2008 across 199 countries and territories. The first study showed that BMI has increased in almost all countries. 1.46 billion adults had a BMI in excess of 25 kg/m² in 2008 and more than 500 million were obese, especially in Oceania. The second paper gives a split picture of systolic blood pressure, which has decreased in wealthy countries and increased in many low-income and middle-income countries. Similarly, the final Article showed that serum concentrations of total cholesterol are converging. Levels were highest in wealthy nations, but decreasing; in developing countries, particularly in Asia, they were rising.

The findings add to concerns about cardiovascular risk factors and population health. On Feb 1, 2011, *Morbidity and Mortality Weekly Report* published two studies on control of hypertension and hypercholesterolaemia in the USA. In both examples, access to medical care was a barrier to effective control of risk factors, and only a minority of people diagnosed achieved targeted outcomes. The challenge of control is even greater in middle-income countries, such as Thailand, where diagnosis lags behind prevalence, according to a study by Gregory Roth and colleagues in the *Bulletin of the World Health Organization*, also published on Feb 1. Taken together, the results imply that only a fraction of those identified at cardiovascular risk in today's *Lancet* Articles will have received effective treatment.

What can be drawn from these observations? First, the potential costs in terms of mortality and health-care expenditure are massive. Cardiovascular disease is the major cause of death worldwide and accounts for 17% of

health spending in the USA. Second, BMI, hypertension, and raised cholesterol (like glucose levels and smoking) can be modified by lifestyle and other interventions. Hence, consequences can be mitigated by effective actions. Third, these data present an early warning of trends that, without swift and effective interventions, will probably intensify—particularly if growing affluence in China and India increases their populations' exposure to risk factors, a pattern seen in wealthier countries.

Developing countries have not only the double burden of communicable and chronic disease, but many also experience the simultaneous challenge of health-system reform. Without universal access to care, well-integrated health services, and strong leadership in public health, response to the above findings will be hampered. In such circumstances, the greatest health gains could come from preventive strategies, as Sonia Anand and Salim Yusuf point out in a Comment.

One example of such an approach is the 2010 Dietary Guidelines for Americans, released on Feb 1, that recommends balancing of calories, reduction of salt, and decrease of cholesterol intake. The 2010 revision emphasises the importance of education and the influence of communities to enable and encourage healthy choices. However, any interventions will need active implementation and careful evaluation to assess benefit and transferability between populations.

How can researchers respond to these findings? There might be a temptation to improve data collection. Although welcome, the experience of Japan (which provided the most complete longitudinal data to the Collaborating Group) was that collection of data did not necessarily improve outcomes. For this reason, data for risk factors will be of greatest value when embedded in well-designed research to test risk-reduction strategies.

Despite great progress and success in improvement of cardiovascular outcomes, the gains of recent years are likely to be overshadowed by the sheer volume of cardiovascular disease that will accrue from untreated risk factors. Because BMI, systolic blood pressure, and serum cholesterol are modifiable, and as forewarning of the potential burden of disease has now been given, failure to make population-based cardiovascular health a greater priority, particularly in low-income and middle-income countries, is unconscionable ■ [TheLancet](#)

O carte care până la urmă se constituie într-un instrument de lucru în activitatea de prevenție și în recuperare, lansată în toamna anului trecut la congresul european, este prezentată în ultimul număr din 2010 a lui "European Heart Journal": „The European Cook Book. Healthy diets, healthy hearts”, apărută din inițiativa profesorului Ferrari, fostul președinte al Societății Europene de Cardiologie („Ferrari is passionate about the central role of food in human culture. He points out that the history of medicine shows that although evidence-based, scientific medicine ameliorates disease, major socioeconomic changes can have a much larger effect. In short, the culture of food in the twenty-first century should be regarded like fresh water was in the nineteenth century.”, se arată în prezentarea din EHJ). Cartea cuprinde rețete primite de la 44 din cele 52 societăți naționale de cardiologie, dar și capitole referitoare la controlul factorilor de risc (nivelul și tipul activității fizice, renunțarea la fumat, principii de dietă sănătoasă), tabele cu valori nutriționale pentru diferite alimente, etc. O lucrare pe care trebuie să o avem și să o consultăm fiecare dintre noi.



Referitor la dietă, un studiu publicat de asemenea în "European Heart Journal" în acest an, arată - analizând date din European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Heart Study - că persoanele care consumă cel puțin 8 porții de fructe și vegetale pe zi au un risc de deces prin boală cardiacă ischemică cu 22% mai scăzut decât cei care consumă mai puțin de 3 porții pe zi (o porție cântărește 80 de grame, putând fi echivalată cu o banană mică, un măr mediu sau un morcov).



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehq465

CLINICAL RESEARCH

Fruit and vegetable intake and mortality from ischaemic heart disease: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Heart study

Alături de schimbările în dietă este necesar a se interveni și asupra altor factori de risc. Mai puțin investigată până în prezent, relația dintre timpul static, în care ne aflăm așezați, la cabinet, la birou sau în canapea și markerii cardiometabolici a fost pusă într-o nouă lumină în primul mare studiu populațional care analizează relația dintre "sedentary time" și markeri de risc metabolic cum ar fi diabetul, markerii inflamatori sau trigliceridele. Chiar la cei care în timpul liber sunt activi fizic

(„moderate to vigorous exercise”), șederea prelungită se asociază cu o evoluție proastă a indicatorilor funcției cardio-metabolice. Studiul („Sedentary time and cardiovascular biomarkers in US adults: NHANES 2003-2006” a apărut, de asemenea, în EHJ.

Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003–06

Genevieve N. Healy^{1,2*}, Charles E. Matthews³, David W. Dunstan^{1,2},
Elisabeth A.H. Winkler¹, and Neville Owen^{1,2}

În încheiere, vă reamintim programul cursului grupului nostru de lucru, CardioFem (Particularități ale bolilor cardiovasculare la femei):



11 martie- la Târgu Mureș, **27 mai** (data anunțată inițial era 20 mai) la Constanța și **21 octombrie** la Craiova.

De asemenea, pe 31 martie, la Călimănești, în cadrul Congresului de medicină internă continuă minicursul coordonat de dl.profesor Apetrei referitor la efortul fizic, de această dată ca metodă de tratament (în prima parte, în toamnă, s-a discutat despre efortul fizic ca metodă de diagnostic), programul fiind următorul: Fiziologia antrenamentului și decon condiționării fizice; Infarctul miocardic și angina pectorală – locul antrenamentului fizic; Insuficiența cardiacă și antrenamentul fizic; Bolile pulmonare și antrenamentul fizic.



Pe plan extern, ediția din acest an a cursului european „Practicum on Clinical Exercise Testing” se va desfășura între 14 și 17 septembrie în Germania, la Potsdam, gazdă fiind profesorul Franz Kleber. Reamintim, ediția de anul trecut s-a desfășurat la București, bucurându-se de un succes deosebit, cursul fiind coordonat de însuși profesorul Karlman Wasserman, ajutat de specialiști de prestigiu din State, Europa și din Australia.

Pentru cei interesați, care nu au putut participa anul trecut sau pentru cei care doresc să se perfecționeze, adresa de legătură este fxkleber@klinikumeb.de.



Vă reamintim, EuroPrevent în acest an este găzduit de Geneva, având ca temă „Cardiovascular prevention a global challenge – from science to practice”.



EuroPrevent 2011

14 Apr 2011 - 16 Apr 2011, Geneva - Switzerland



Legat de anotimpul alb, pe care tocmai l-am traversat, vă prezentăm două inserturi din presă : fotografia unui biciclist neintimidat de ninsoarea abundentă („din dragoste pentru mișcare” am putea numi instantaneul) și relatarea performanței unui tânăr îndrăgostit de mișcare, funcționar la o bancă, care reușește performanța de a alerga în același an un maraton la Polul Nord și un ultramaraton (100 km) la Polul Sud. Sigur, aceste performanțe necesită o pregătire temeinică și sfaturi de specialitate (antrenori, medicină sportivă), dar nu putem să nu remarcăm o oarecare tendință în rândul tinerilor de a crește nivelul performanței fizice și de a face cât mai multă mișcare, chiar la nivel de competiție (s-au înmulțit bicicliștii și cei care aleargă în parcuri sau practică diferite sporturi, cel puțin din ceea ce vedem în capitală), ceea ce până la urmă nu face decât să ne bucure, chiar dacă nu e vorba de un fenomen de masă.



A alergat 100 km în Antarctica

COMPETIȚIE Andrei Roșu, primul român care a participat la Maratonul Polului Nord, a reușit o nouă performanță

Bucureșteanul de 34 de ani, care lucrează la o bancă din Capitală, a alergat un maraton (42 de kilometri) și un ultramaraton (100 de kilometri) în doar două zile, la Polul Sud.

Sandra Scarlat
sandra.scarlat@bucuresti.ro

La doar opt luni de când a alergat în primul său maraton, la Polul Nord, Andrei Roșu a decis să-și testeze limitele și să se frustreze într-o cursă de 100 de kilometri, la Polul opus. „În prezenta plecării către Antarctica, decizia era deja luată”, povestește Andrei pe blogul său. Rămăneau însă două probleme „tehnice”: nu se antrenase pentru alergări pe distanțe mai mari de 43-44 de kilometri și nu avea deloc timp de recuperare, pentru că ultramaratonul era programat a doua zi după Maratonul Antarctic.

„În seunda doi, am dat search pe Google și am găsit

tehnici de antrenament și de alergare a curselor de ultramaraton. Am băgat la cap tot ce se putea într-un timp atât de scurt și am cumpărat rapid mici provizii care să susțină efortul”, explică maratonistul. Strategia lui a fost să-și imagineze că alergă, de fapt, 13 kilometri de încălzire, apoi câte trei antrenamente a câte 29 de kilometri și să pună toată cursa pe hârtie, ritmul, pauzele de hidratare și de masă.

CINCI CONCURENȚI, UN ABANDON

Cursa de 100 de kilometri a început la 16 decembrie, pe un circuit aflat la aproape 1.000 de metri altitudine, cu porțiuni în care zăpada era bătătorită, dar și altele în care alergătorii se aprofundau 10-15 centimetri. Pe parcursul cursei, temperatura a oscilat între -10 și -25 de grade, mai „cald” decât a fost la Maratonul Polului Nord, potrivit lui Andrei.



Rafalele de vânt l-au determinat însă pe cel de-al cincilea participant la ultramaraton să abandoneze, din cauza hipotermiei.

Andrei spune că a alergat într-un ritm mai lent decât o făcuse cu o zi înainte, la maraton. După primii 10-15 kilo-

metri ai cursei, s-a trezit singur, nu mai avea contact vizual cu niciunul dintre competitori. „Un asemenea sentiment de singurătate nu am mai avut în viața mea. Eram doar eu și Antarctica”, povestește el.

Problemele au început să apară între kilometri 70 și 75.

Avea dureri musculare atât de puternice încât a fost nevoit să se oprească de mai multe ori și să se întindă pe zăpadă.

„Ultimii 25 de kilometri au fost o combinație între meri, alergare ușoară și târât, cu o medie de 4-5 kilometri pe oră.” A trecut linia de sosire

Palmares

➤➤ După cursa de la Polul Nord din aprilie, Andrei Roșu și-a propus să alerge câte un maraton pe fiecare continent. În iulie a alergat în Australia, apoi în Europa, la Istanbul (17 octombrie). În America de Sud (5 decembrie) și în Antarctica. S-a înscris și la maratoanele din Sahara (28 februarie 2011), din Everest (29 mai 2011) și din Alaska (18 iunie 2011).

după 21 de ore și 22 de minute, ultimul dintre cei patru alergători rămași în competiție. Cu o zi înainte s-a clasat pe locul 11 la maraton, cursă pe care a terminat-o în 5 ore și 59 de minute, cu aproape două ore mai rapid decât la Maratonul Polului Nord. ☐

Vă dorim să vă bucurați de o primăvară cât mai frumoasă.

Președinte
Conf. Florin Mitu

Redactor revistă
Dr. Daniel Gherasim

