



PUNCTUL DE VEDERE AL SOCIETĂȚILOR PROFESIONALE PRIVIND MODIFICAREA LEGII ANTIFUMAT



TOTUL PENTRU INIMA TA ! Prima Conferință dedicată publicului larg



CONFERINȚA NAȚIONALĂ A GRUPURILOR DE LUCRU 12-14 mai 2016, Sibiu



CONGRESUL NAȚIONAL DE CARDIOLOGIE 22-24 septembrie 2016, Sinaia



Redactor Șef
Prof. Dr. Carmen Ginghină

Secretar
Dr. Mihaela Rugină

Fondator
Prof. Dr. Eduard Apetrei

Redactor
Dr. Cosmin Călin

CUVÂNTUL PREȘEDINTELUI

Conferința Națională a Grupurilor de Lucru ale Societății Române de Cardiologie, Sibiu, 12-14 Mai 2016

Gazdele ediției din acest an sunt Grupurile de Lucru de Aterotromboză și Ateroscleroză, Cardiologie de Urgență, Cardiopatie Ischemică, Cardiologie Preventivă și Recuperare și Cardiologie Intervențională. Fiecare dintre aceste Grupuri s-au străduit să organizeze minim patru sesiuni științifice la nivelul cunoștințelor de ultimă oră în domeniul lor specific. În pregătirea acestora organizatorii au apelat la reprezentanți de marcă ai cardiologiei românești și internaționale. Acestor sesiuni se adaugă sesiunea celor cinci Grupuri de Lucru non-organizatoare, o sesiune la fel de atractivă ea fiind, practic, o sesiune de „Up-to-date” în specificul fiecăreia dintre cele 5 Grupuri. Programul va fi completat de sesiunea comună cu Societatea de Chirurgie Cardiovasculară, de sesiunile Clubului Tinerilor Cercetători și ale Secțiunii Asistenților Medicali și de patru cursuri pre-conferință (tradiționalele Cursuri de inițiere în Resuscitare Cardiorespiratorie și de Electrocardiografie pentru asistentele din USTACC la care se adaugă un curs de Lipidologie și de Insuficiență cardiacă).

Din punct de vedere organizatoric, încurajați fiind de buna experiență a anului trecut vom menține structura „în doua locații învecinate” (respectiv Hotel Ramada și Hotel Continental). Această soluție s-a dovedit a fi de natură să faciliteze accesul la sesiunile științifice, prin evitarea aglomerării participanților în spațiile limitate ale unei singure locații. Vom mai face încă un pas înainte în modernizarea ținutei științifice a evenimentului prin introducerea de noi programe electronice în suportului tehnic al sesiunilor. Aceste programe vor permite, pe de o parte, o interactivitate crescută în timpul sesiunilor și, pe de altă parte, evaluarea în timp real a fiecăreia dintre prezentări. Structura participanților la fiecare sesiune va putea fi cunoscută mai bine prin folosirea intensă a unui program bazat pe codul individual de bare. Aceste noi

facilități vor fi completate de reorganizarea „speakers corner”, de înregistrarea sesiunilor din sala principală, de studiul de înregistrare de interviuri cu personalitățile participante la Conferința studio asigurat de deja experimentații reporteri ai SRC, membri ai Clubului Tinerilor Cardiologi. Atât interviurile cât și înregistrările sesiunilor vor putea fi urmărite pe CARDIOPORTAL de către toți membri SRC după primele 24 de ore de la înregistrare.

Nu în ultimul rând, tradiționalul Cros al Cardiologilor (Sâmbătă, 14 Mai) șiCARDIOFEST!. În urmă cu un an am organizat cu oarecare emoții această primă reuniune a cardiologilor români al cărei scop este de a fi împreună, cu toții, câteva ore pe an într-o atmosferă complet informală și de deplină relaxare. CARDIOFEST-2015 se pare că a avut succesul pe care ni l-am dorit motiv pentru care repetarea acestui eveniment a fost solicitată quasiunanim. Deci... CARDIOFEST 2016 VĂ AȘTEAPTĂ!

Ca în fiecare an întregul program științific și organizatoric este rezultatul eforturilor unei echipe experimentate care reunește membri ai Comitetului Științific, ai secretariatul SRC și ai Companiei MediaMed cu sprijinului generos al unui număr mare de Companii Farmaceutice. Tuturor, Societatea Română de Cardiologie vă mulțumește și vă este recunoscătoare!.

Vă așteptăm cu drag!

Dr. Gabriel Tatu-Chițoiu
Președinte SRC

Prof. Dr. Antoniu Petriș
Secretar SRC

INIȚIATIVA DE MODIFICARE A LEGII PENTRU PREVENIREA ȘI COMBATerea EFECTELOR PRODUSELOR DIN TUTUN

Dragi Colegi,

Începând cu 17 martie 2016 suntem beneficiarii unei legi antifumat moderne al cărui obiectiv principal este protecția sănătății tuturor cetățenilor țării. Aplicarea legii se face firesc, fără probleme deosebite, dovadă și semnalele de mai jos:

[Bucurestenii au luat cu asalt aseara Centrul Vechi. Au asteptat si cate o jumătate de ora pentru a prinde un loc la masa](#)

<http://stirileprotv.ro/stiri/social/bucurestenii-au-luat-cu-asalt-aseara-centrul-vechi-au-asteptat-si-cate-o-jumatate-de-ora-pentru-a-prinde-un-loc-la-masa.html?ref=yfp>

[BILANȚ Legea antifumat nu a avut efectele scontate de patronii de restaurante înainte să intre în vigoare](#)

În totală discrepanță însă cu realitatea o parte a massmediei a declanșat o campanie sistematică împotriva acestei Legi declarată total nefondat și fals ca fiind "cea mai dură lege antifumat din Europa", o "lege care discriminează fumătorii", etc, etc, etc. Pe acest fond un grup de senatori ai Parlamentului României (între care, cu dezamăgire, îi regăsim pe Domnii Profesori Florian Popa și Marian Burlea, Președintele Societății Naționale de Pediatrie) au depus amendamente de modificare a Legii, amendamente care, în realitate, ținesc spre anularea Legii nr. 15/2016 și revenirea la situația anterioară.

În fața acestei stări de lucruri, Societățile Române de Cardiologie și de Pneumologie și Fundația Română a Inimii consideră că este de datoria lor să își prezinte punctul lor de vedere. Materialul de mai jos (aprobat de Biroul Executiv al SRC) va prezenta acest punct de vedere cu detalierea argumentelor științifice, inclusiv bibliografia. Argumentația din aceste materiale demontează atât toate argumentele prezentate de o parte a massmediei cât și amendamentele recent depuse.

Materialul rezumativ a fost postat și sub formă de petiție (link-ul îl puteți vedea mai jos).

Avem rugămintea de a "disemina" aceste materiale pe rețelele de socializare și de a semna textul depus sub formă de petiție prin accesarea link-ului de mai jos.

http://www.petitiononline.com/signatures/aparati_legea_antifumat_nu_p_ermiteti_intoarcearea_la_trecut/

Este momentul ca Societățile Profesionale Medicale și întreg corpul medical să iasă în față!
Vă mulțumim !

Dr. Gabriel Tatu-Chițoiu
Prof. Dr. Florin Mihăilăan
Prof Dr. Ioan Mircea Coman



DE CE NU TREBUIE SA FIE MODIFICATA LEGEA ANTIFUMAT NR.15/2016

PUNCTUL DE VEDERE AL SOCIETATILOR PROFESIONALE MEDICALE IN LEGATURA CU INITIATIVELE DE MODIFICARE A LEGII PENTRU PREVENIREA SI COMBATerea EFECTELOR PRODUSELOR DIN TUTUN

În opinia Societăților Române de Cardiologie (SRC) și Pneumologie (SRP) precum și a Fundatiei Române a Inimii (FRI) la baza acestei campanii se afla ignorarea adevăratei magnitudini a efectelor devastatoare ale fumului și a prevederilor Constituționale referitoare la garantarea dreptului la sănătate. Ca Societăți profesionale medicale intens implicate în tratarea victimelor fumului, SRC, SRP și FRI consideră că este de datoria lor să aducă la cunoștința opiniei publice punctul lor de vedere care este contrar tentativelor de modificare a Legii nr. 15/2016. Acest material sintetizează argumentația noastră.

FALS: - „Acesta lege este cea mai dură din Europa”

ADEVAR

Prevederile legilor similare din Anglia, Irlanda, Grecia, Finlanda, Franța, Ungaria, Croația, Lituania, Bulgaria, Moldova este mai severă comparativ cu legea românească. Spre exemplu în Anglia fumatul este permis la minim 100m de intrarea într-o clădire publică.



ERONAT: - „Acesta lege discriminează fumătorii”

ADEVAR

Constituția nu consacră dreptul la fum și nici alte drepturi specifice fumătorilor. Neexistând aceste drepturi acuzatia de discriminare nu are fundament (motivația Curții Constituționale (CC) nr. 29/27.01.2016). În realitate majoritatea de 74% de nefumători a țării a fost discriminată „în liniste” de către minoritatea fumătoare înainte de adoptarea acestei legi, prin încălcarea dreptului constituțional la sănătate.



ERONAT: - „Acesta lege nu ar respecta art. 26 din Constituția României care garantează dreptul individual de a dispune de propria persoană” (formulari: „dreptul de a se sinucide”, „dreptul de a face ce vreau eu”, „dreptul nefumătorului (sic!) de a sta langa un fumator”)

ADEVAR

Art 26 specifica „...persoana fizică are dreptul să dispună de ea însăși, dacă nu încalca drepturile și libertățile altora...”. În consecință dreptul de a dispune de propria persoană este limitat pentru fumători în situațiile în care aceștia creează condiții prin care încalca dreptul constituțional la sănătate al celor din jurul lor (motivația CC).

ERONAT: - „Legea nr. 15/2016 nu ar respecta dreptul de asociere al fumătorilor”

ADEVAR

„Obiceiul de a fuma sau dorința de a degusta produse din tutun... nu este de natură să determine calificarea persoanelor care fumează ca alături de o asociație” (citată din motivația CC).



ERONAT: - „Implementarea acestei legi ar conduce la un impact economic national negativ”

ADEVAR

Această afirmație se sprijină pe datele statistice care arată că industria tutunului este al doilea contribuitor la bugetul de stat. NU industria tutunului este al doilea plătitor la bugetul de stat ci victimele ei care plătesc pentru produsele acestei industrii. Bugetul niciunui stat (inclusiv al statului român) nu este dependent de comercializarea acestui drog. Dovada faptului că nimeni dintre țările care au implementat o lege antifumat nu a intrat în colaps economic. În plus nici un calcul economic nu poate justifica încălcarea articolelor constituționale nr. 22, 34, 35, 49 referitoare la apărarea sănătății cetățenilor țării.

ERONAT: - „Legea nr. 15/2016 nu ar fi avut la baza un studiu de impact economic”

ADEVAR

Acest studiu exista și a fost discutat în Comisiile parlamentare în perioada de pregătire a textului Legii.



**... și nu s-au oprit aici ...
un grup de Senatori ai Parlamentului României au depus,
recent, amendamente având drept scop „relaxarea”
prevederilor acestei Legi.**

Cititi aici amendamentele depuse de domnul senator Daniel Fenechiu si de domnul senator Sorin Bota

www.cardiportal.ro/nu-fuma



SRP

Societatea Română de PNEUMOLOGIE

FUNDAȚIA ROMÂNĂ A INIMII
FUNDAȚIA CARDIOLOGILOR ROMANI

DE CE NU TREBUIE SA FIE MODIFICATA LEGEA NR.15/2016

PUNCTUL DE VEDERE AL SOCIETATILOR PROFESIONALE MEDICALE IN LEGATURA CU INITIATIVELE DE MODIFICARE A LEGII PENTRU PREVENIREA SI COMBATAREA EFECTELOR PRODUSELOR DIN TUTUN (text prescurtat)

I. Introducere.

Sustinuta de 80% din populatia tarii implementarea legii nr. 15/2016 pentru prevenirea si combaterea efectelor produselor din tutun se desfasoara, incepand cu 17 Martie 2016, in mod responsabil, fara incidente notabile. In totala discrepanta cu aceasta realitatea o campanie impotriva acestei Legi a fost declansata de catre o parte a presei. Pe acest fond un grup de Senatori ai Parlamentului Romaniei au depus, recent, amendamente avand drept scop „relaxarea” prevederilor acestei Legi. In opinia Societatilor Romane de Cardiologie (SRC) si Pneumologie (SRP) precum si a Fundatiei Romane a Inimii (FRI) la baza acestei campanii se afla ignorarea adevaratei magnitudini a efectelor devastatoare ale fumatului si a prevederilor Constitutionale referitoare la garantarea dreptului la sanatate. Ca Societati profesionale medicale intens implicate in tratarea victimelor fumatului, SRC, SRP si FRI considera ca este de datoria lor sa aduca la cunostinta opiniei publice punctul lor de vedere care este contrar tentativelor de modificare a Legii nr. 15/2016. Acest material sintetizeaza argumentatia noastra.

II. Impactul dramatic al fumatului asupra sanatatii.

Fumatul este un drog prin faptul ca induce dependenta (prin nicotina) si afecteaza grav starea de sanatate fizica si psihica a fumatorului. Prin actiunea celor peste 4000 de compusi dintre care minim 50 sunt cancerigeni fumatul afecteaza toate organele fumatorului. Spre deosebire de drogurile legalizate fumatul este insa singurul drog care ii afecteaza si pe cei aflati in preajma fumatorului. Fumatul **omoara anual mai multi oameni decat accidentele de circulatie, sinuciderile, crimele, excesul de alcool sau consumul de droguri ilegale la un loc!**

Anual, 42.000 de romani mor prin boli cauzate de fumat (respectiv peste 80/zi). Fumatul omoara in special prin cancer si prin boli cardiovasculare. Aproximativ 90% dintre cancerele pulmonare sunt datorate fumatului. Riscul de cancer pulmonar este de 26 de ori mai mare pentru fumatori un barbat fumator. Costurile tratamentului unui pacient cu cancer pulmonar sunt de 10.000-15.000 euro/luna. Fumatul accelereaza procesul de ateroscleroza. Drept urmare arterele fumatorului sunt cu 10 ani mai „batrane” decat cele ale nefumatorului. Din acest motiv riscul unui fumator de a avea un infarct de miocard sau un accident vascular cerebral este echivalent cu cel al unui nefumator cu 10 ani mai in varsta. Pana la

varsta de 55-60 de ani fumatul este raspunzator de inducerea a 70% dintre infarctele de miocard in populatia Romaniei. Urmare a celor de mai sus speranta de viata a fumatorilor este cu 10 ani mai redusa decat cea a nefumatorilor.

Nefumatorii sunt expusi actiunii fumului de tigara prin fumat pasiv, respectiv prin inhalarea fumului produs de fumatori (fumat „la mana a doua”) si/sau fumat involuntar respectiv prin efectul reziduurilor de tutun depuse pe hainele fumatorilor sau in interiorul locuintelor lor (fumat „la mana a treia”). Pentru o singura tigara fumata intr-o camera sunt necesare 2 ore pentru ca nivelul particulelor de tutun respirabile sa ajunga la nivelul minim de siguranta. Nefumătorul care se află în aceeași încăpăre cu cel care fumează, inhalează, după o ora, cantități egale de nitrozamine cu cele existente în 15 țigări filtrate. Riscul bolilor cardiace crește cu 25-35% la angajații nefumatori ai caror colegi sunt fumatori. In 2010 fumatul pasiv a omorat aproximativ 600.000 de oameni in Marea Britanie.

Fumatul inafara locuintei/locului de munca nu protejeaza complet expunerea celorlalti nefumatorilor la fumat pasiv/involuntar. Aproximativ 89% dintre locuintele de nefumatori sunt contaminate cu produse de tutun provenite de la locuintele de fumatori aflate in aceeasi cladire. Efectul reziduurilor de tutun depuse in interiorul unei case persista si dupa 2 luni de la parasirea acesteia de catre fumatori. La copii fumatul pasiv sau involuntar provoaca semnificativ mai frecvent boli bronhopulmonare cronice. Fatul unei femei fumatoare fumeaza inainte de nastere in aceeasi masura ca si mama sa. In consecinta riscul de prematuritate, greutate redusa la nastere, deces la nastere sau moarte subita in perioada de nou nascut este semnificativ mai mare.

III. Critica criticilor formulate in massmedia la adresa Legii nr. 15/2016.

– „Acesta lege este cea mai dura din Europa”.

Fals: prevederile legilor similare din Anglia, Irlanda, Grecia, Finlanda, Franta, Ungaria, Croatia, Lituania, Bulgaria, Moldova este mai severa comparativ cu legea romaneasca. Spre exemplu in Anglia fumatul este permis la minim 100 m de intrarea intr-o cladire publica.

– „Acesta lege discrimineaza fumatorii”.

Eronat. Constitutia nu consacra dreptul la fumat si nici alte drepturi specifice fumatorilor. Neexistand aceste drepturi acuzatia de discriminare nu are fundament (motivatia Curtii Constitutionale (CC) nr. 29/27.01.2016). In realitate majoritatea de 74% de nefumatori a tarii a fost discriminata „in liniste” de catre minoritatea fumatoare inainte de adoptarea acestei legi, prin incalcarea dreptului constitutional la sanatate.

– „Acesta lege nu ar respecta art. 26 din Constitutia Romaniei care garanteaza dreptul individual de a dispune de propria persoana” (formulari: „dreptul de ma sinucide”, „dreptul de a face ce vreau eu”, „dreptul nefumatorului (sic!) de a sta langa un fumator” .

Eronat. Art 26 specifica „...persoana fizică are dreptul să dispună de ea însăși, dacă nu încalcă drepturile și libertățile altora...”. In consecinta dreptul de a dispune de propria persoana este limitat pentru fumatori in situatiile in care acestia creeaza conditii prin care incalca dreptul constitutional la sanatate al celor din jurul lor (motivatia CC).

– „Legea nr. 15/2016 nu ar respecta dreptul de asociere al fumatorilor”

Eronat. „Obiceiul de a fuma sau dorința de a degusta produse din tutun... nu este de natură să determine calificarea persoanelor care fumează ca alcătuind o asociație” (citad din motivatia CC).

-„Implementarea acestei legi ar conduce la un impact economic national negativ”.

Aceasta afirmatie se sprijina pe datele statistice care arata ca industria tutunului este al doilea contributor la bugetul de stat.

Eronat. NU industria tutunului este al doilea plătitor la bugetul de stat ci victimele ei care platesc pentru produsele acestei industrii. Bugetul niciunui stat (inclusiv al statului roman) nu este dependent de comercializarea acestui drog. Dovada faptul ca niciuna dintre tarile care au implementat o lege antifumat nu a a intrat in colaps economic. In plus nici un calcul economic nu poate justifica incalcarea naintea articolelor constitutionale nr. 22, 34, 35, 49 referitoare la apararea sanatatii cetatenilor tarii.

-„Legea nr. 15/2016 nu ar fi avut la baza un studiu de impact economic”

Fals. Acest studiu exista si a fost discutat in Comisiile parlamentare in perioada de pregatire a textului Legii.

IV. Critica amendamentelor depuse de unii senatori in vederea modificarii Legii nr. 15/2016

IV.1. Amendamentele depuse de domnul senator Daniel Fenechiu

IV.1.1. Definitia spatiului public inchis existenta in Legea nr. 15/2016 (respectiv „acel spatiu care are minim doi pereti si un acoperis”) ar fi necorespunzatoare. Definitia propusa: „spatiu inconjurat cu pereti de jur imprejur”.

Raspuns:

-definitia spatiului public inchis inclusa in legea nr. 15/ 2016 este identica cu definitia recomandata de Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS) in Conventia Cadru pentru Controlul Tutunului, tratat ratificat de Romania. Este definitia standard adoptata de legile antifumat ale altor state.

-Definitia propusa de domnul Fenechiu nu poate fi acceptata nici din punct de vedere stiintific si nici din punct de vedere tehnic si juridic, astfel:

Din punct de vedere stiintific singura modalitate dovedita stiintific a fi eficienta impotriva expunerii nefumatorilor la fumat pasiv este ca fumatorii sa fumeze strict in aer liber. In oricare alta situatie imaginata (spatii semideschise, cu 2/3 pereti si un acoperis), NU poate fi evitata agresiunea la adresa sanatatii nefumatorilor prin fumat pasiv nici in cadrul acestui spatiu si nici inafara lui (detalii in paragraful V.1.1. al textului extins). Din acest motiv in Anglia este interzis fumatul la o distanta mai mica de 100 de metri de un spatiu public inchis.

Din punct de vedere tehnic definitia domnului Fenechiu creeaza premiza aparitiei, spre exemplu, de spatii care sa aiba doi/trei pereti si un acoperis si care sa fie considerate drept spatii publice (semi)deschise. In consecinta toate terasele restaurantelor, cluburilor, discotecilor care ar indeplinii aceste criterii ar deveni spatii cu fumat permis. Fiind declarate, astfel, spatii deschise ar urma ca nefumatorii sa fie din nou siliti sa fumeze pasiv indiferent unde ar dori sa stea: pe terasa sau in interiorul stabilimentului.

Din punct de vedere juridic aceasta definitie ar anula obiectivul central al unei legi antifumat, respectiv protectia atat a nefumatorilor cat si a fumatorilor. Intr-un spatiu semiinchis gradul de expunerea la fumat ar creste si pentru fumatori. Practic aceasta definitie conduce la incalcarea articolelor 22, 34, 35 si 49 din Constitutia Romaniei referitoare la asigurarea dreptului la sanatate.

IV.1.2. Ar trebui create „camere special amenajate care să servească exclusiv fumatului și activităților asociate fumatului, cum ar fi de exemplu consumul de cafea, băuturi calde sau băuturi răcoritoare, etc.”.

Raspuns:

-Acest amendament, intentionat ambiguu, este de neacceptat deoarece:

1. Lasa la latitudinea oricui sa inteleaga ce doreste din mentiunea „etc”. In consecinta prin aceasta mentiune se poate intelege „bauturi alcoolice”. Altfel spus se preconizeaza crearea de cafenele, baruri, restaurante, cluburi „unicamerale” (nu se specifica dimensiunea lor) exclusiv destinate fumatorului.

2. Desi aceste „camere” ar fi exclusiv destinate fumatorilor acest amendament nu interzice accesarea lor de catre nefumatori. Si nici nu o poate face deoarece ar discrimina nefumatorii, incalcandu-le dreptul de acces in toate spatiile publice. In consecinta, spre exemplu, orice fumator va putea intra in aceste stabilimente insotit de membrii nefumatori ai familiei, incalcandu-le acestora dreptul la sanatate. Orice mica aniversare organizata de un grup va avea acelasi efect. Alternativa ar fi ca, in momentul in care in stabiliment intra nefumatori, fumatorii sa fie obligati sa stinga imediat tigara. Cum am specificat mai sus aceasta actiune nu inlatura expunerea nefumatorului la fumat pasiv/involuntar. In plus, deoarece nefumatorii sunt majoritari este de presupus ca fumatorii vor fi obligati permanent sa NU fumeze in acel spatiu comercial dat fiind prezenta permanenta a nefumatorilor (ONG-urile se pot organiza in acest sens!), ceea ce anuleaza din start aceasta „initiativa”. De retinut: Legea actuala NU restrictioneaza accesul fumatorilor in nici un spatiu ci doar le impune sa nu fumeze in aceste spatii.

3. Nu respecta dreptul constitutional la sanatate a personalului stabilimentului respectiv, discriminat astfel sa fumeze pasiv/involuntar. Angajarea strict a fumatorilor este nefezabila, ea conducand la comportament discriminatoriu fata de eventualii candidati nefumatori.

4. Nici o camera inchisa nu poate asigura raspindirea particulelor aflate in fumul de tigara spre spatiile nefumatorilor, indiferent de sistemul de ventilatie al acestor camere. In consecinta particulele toxice produse in camerele destinate exclusiv fumatorului s-ar raspandi si in spatiile ocupate de nefumatori (detalii in textul extins, paragraful V.1.2).

In consecinta acest amendament nu este acceptabil din aceleasi puncte de vedere (stiintific, tehnic, juridic) pe care le-am mentionat pentru respingerea primului amendament.

In realitate nu este nevoie de o analiza aprofundata a amendamentelor domnului Fenechiu pentru a sesiza ca, de fapt, acceptarea acestora conduce la revenirea la situatia anterior existenta, care permitea fumatul in orice spatiu public, fara separarea completa a fumatorilor de nefumatori. Efectul evident va fi expunerea nefumatorilor la fumat pasiv si a fumatorilor la fumat excesiv. Ori Statul are obligatia de a proteja sanatatea cetatenilor sai. Practic obiectivul acestor amendamente ne apare ca fiind acela de anulare a Legii nr. 15/2016 sub pretextul modificarii ei intr-o forma mai relaxata. In consecinta aceste amendamente sunt anticonstitutionale efectul lor fiind amenintarea la adresa dreptului la sanatate a tuturor cetatenilor tarii, atat nefumatori cat si fumatori.

IV.1.3. Permisivitatea ca fumătorii să se constituie în asociații sau cluburi de fumători care pot amenaja spații destinate exclusiv fumatorului și activităților asociate fumatorului.

Raspuns: Curtea Constitutionala a decis ca obiceiul de a fuma nu se inscrie intre criteriile fezabile pentru crearea unei asociatii. In plus toate comentariile de mai sus (inclusiv protectia personalului) raman valabile si la acest punct.

IV.2. Amandamentele depuse de domnul senator Sorin Bota

IV.2.1. Permisivitatea de a fuma în cazinouri.

Cităm: *“Am lucrat mai mulți ani într-un mare cazinou din sudul Floridei-US. Deși compania a făcut eforturi deosebite pentru limitarea efectelor nocive ale fumatului în spațiul de joc unde aveam și eu loc de muncă, am avut neașteptat unei operații pe cord deschis, medicii implantându-mi patru bypass-uri ca să-mi salveze viața”*

Este evident că acest amendament încalcă dreptul la sănătate al personalului cazinoului. O eventuală angajare strict a fumătorilor este discriminatorie.

IV.2.2. Permisivitatea de a fuma pe terase (în spații cu maxim 3 pereți).

Răspuns: de neacceptat. A se urmări comentariile pe marginea amendamentului similar al domnului Fenechiu.

V. Concluzii:

1. Campania împotriva proaspăt adoptatei Legi nr. 15/2016 și inițiativele parlamentare de „relaxare” a acesteia se bazează pe ignorarea datelor științifice și a prevederilor constituționale referitoare la dreptul fundamental la sănătate;

2. Amendamentele propuse în vederea modificării legii nr. 15/2016 în sensul aparent de creare de facilități minorității fumătoare conduc, de fapt, la anularea completă a prevederilor acestei Legi. Practic obiectivul acestor amendamente este de revenire la starea de fapt anterioară în care majoritatea de 74% de nefumători a țării era discriminată în raport cu dreptul ei la sănătate de către minoritatea fumătoare, fiind silită la fumat pasiv/involuntar.

4. Prin crearea cadrului pentru fumat pasiv al majorității nefumătoare și pentru fumat excesiv a minorității fumătoare aceste amendamente reprezintă o amenințare la adresa sănătății tuturor cetățenilor țării. În felul acesta ele conduc la încălcarea articolelor nr. 22, 34, 35 și 49 din Constituția României.

4. În consecință nu există nicio motivație reală, obiectivă, care să impună modificarea acestei legi.

VI. Comentariu final.

Dreptul la sănătate este un drept fundamental. Acest drept nu este negociabil, sub nici o formă, și se află înaintea oricărui interes individual sau de grup. În consecință este inadmisibil să fie prevăzute norme juridice în vederea manifestării unui obicei particular al unor cetățeni, care, în plus, contravine și prevederilor constituționale care obligă Statul să apere sănătatea cetățenilor săi.

Eforturile întregii comunități trebuie să fie îndreptate spre educație care să conducă la descurajarea fumatului, în special în rândul tinerilor. Reducerea numărului celor care „consumă” acest drog nu poate avea decât efecte benefice asupra stării de sănătate a întregii populații precum și efecte economice benefice majore prin reducerea substanțială de îmbolnăviri datorate tutunului și, prin aceasta, reducerea enormului efort bugetar destinat, în prezent, îngrijirii victimelor fumatului. Prin urmare efortul parlamentarilor ar trebui să se desfășoare în acest sens, de protecție a sănătății celor care i-au trimis în Parlament și nu împotriva lor, prin inițiative anti-sănătate.

Dr. Gabriel Tatu Chitoiu

Presedinte, Societatea Romana de Cardiologie

Prof. Dr. Florin Mihaltan

Presedinte, Societatea Romana de Pneumologie

Prof. Dr. Ioan Mircea Coman

Presedinte, Fundatia Romana a Inimii

Dragi Colegi,

Societatea Română de Cardiologie a pornit (în parteneriat cu Societatea Română de Pneumologie) o contraofensivă împotriva tentativelor unor senatori și a unei părți a massmediei de a "relaxa" tânăra lege antifumat (a cărei implementare a început la 17 Martie 2016).

Vă informăm că am început producția unor clipuri video care vor fi diuzate pe canalele de televiziune naționale în conformitate cu prevederile legii antifumat (fiecare stație TV trebuie să acorde minim 30 de min. pentru difuzarea la ore de maximă audiență a materialelor educative antifumat). Primul clip îl puteți vizualiza accesând link-ul de mai jos

<http://www.cardioportal.ro/clip-pentru-ca-imi-pasa/>



Vă rog diseminați acest link către toți cei apropiați dumneavoastră. Facem eforturi pentru mediatizarea lui pe toate căile.

Acest lucru este necesar deoarece vor trece aproximativ 2 săptămâni până ce CNA va da aprobarea de distribuire a lui sub forma de "Mesaj de interes public".

Între timp lucrăm la înregistrări "testimoniale" cu pacienți.

Vă mulțumim!

Dr. Gabriel Tatu Chițoiu

WEBINAR AL ASOCIAȚIEI EUROPENE DE IMAGISTICĂ CARDIOVASCULARĂ PE TEMA CARDIOMIOPATIEI HIPERTROFICE

18 aprilie 2016, București

Recent, pe 18 aprilie 2016, membrii Asociației Europene de Imagistică Cardiovasculară (EACVI) au putut viziona online Webinar-ul interactiv care a avut drept temă Cardiomiopatia hipertrofică (CMH), manifestare organizată și moderată de Prof. Dr. Bogdan A. Popescu, președinte-ales al EACVI și autor al ghidului european referitor la rolul imagisticii cardiace multimodale în managementul pacienților cu cardiomiopatie hipertrofică.

În cadrul acestui eveniment au vorbit Dr. Ruxandra Jurcuț, președinte al Grupului de Lucru de Ecocardiografie și alte Metode Imagistice al Societății Române de Cardiologie și coordonator al unui important centru de referință din registrul European de cardiomiopatii, și Dr. Monica Roșca, prim-autor al mai multor studii originale/review interesante pe tema CMH, citate inclusiv în ghidurile europene și americane.

Toți cei trei vorbitori sunt cadre didactice la UMF "Carol Davila" și medici cardiologi la IUBCV "Prof. Dr. C. C. Iliescu" din București.

Dr. Monica Roșca a abordat subiectul cardiomiopatiei hipertrofice sarcomerice ilustrând cazul unei paciente diagnosticate cu cardiomiopatie hipertrofică obstructivă. Prin acest caz, Dr. Monica Roșca a exemplificat dificultatea estimării riscului de moarte cardiacă subită la 5 ani cu ajutorul calculatorului disponibil online, elaborat de O'Mahony și propus de autorii ghidului de diagnostic și management al cardiomiopatiei hipertrofice. Modificarea subtilă a unui singur parametru din calculatorul de risc poate duce la variația riscului calculat de moarte subită, ceea ce are uneori consecințe asupra deciziei de a implanta un cardiodefibrilator. În cadrul screeningului familial au fost evaluați și descendenții pacientei. Primul dintre aceștia a fost diagnosticat ecocardiografic, cu ocazia screeningului, cu o formă neobstructivă de cardiomiopatie hipertrofică caracterizată prin hipertrofie severă a ventriculului stâng. Cel de-al doilea fiu al pacientei prezenta pereți

ventriculari cu grosime sub limita de diagnostic pentru cardiomiopatie hipertrofică, însă prin evaluarea parametrilor ecografici de doppler tisular și speckle tracking s-a dovedit că acesta prezenta o formă subclinică de cardiomiopatie. Evaluarea ecocardiografică în cazul celui de-al treilea descendent nu a evidențiat elemente patologice sugestive pentru cardiomiopatie hipertrofică.

Această suită de cazuri demonstrează atât heterogenitatea expresiei fenotipice intrafamiliale a cardiomiopatiei hipertrofice sarcomerice, cât și importanța tehnicilor de imagistică avansată în tranșarea diagnosticului fenotipic de cardiomiopatie hipertrofică.

În continuare, Dr. Ruxandra Jurcuț a abordat subiectul larg al cardiomiopatiilor hipertrofice non-sarcomerice. Prezentarea a inclus două cazuri clinice cheie.

Primul a fost un caz de boală Fabry, care a amintit de "red flag-urile" acestei patologii. În boala Fabry se întâlnește tipic forma neobstructivă de CMH cu hipertrofie ventriculară stângă simetrică, deși au fost descrise și forme atipice de hipertrofie asimetrică și chiar forme obstructive de CMH.

Funcția sistolică VS este normală, dar disfuncția diastolică și reducerea vitezelor tisulare miocardice sunt prezente încă din stadiile inițiale ale bolii. Imagistica prin speckle tracking poate ajuta în evaluarea indirectă a prezenței fibrozei, deși de multe ori se pot vizualiza chiar și prin ecografie bidimensională convențională zone de hiperecogenitate la nivelul segmentului bazal al peretelui inferolateral, locul în care apare cu predilecție fibroza miocardică. Angiokeratoamele, hipohidroza și durerile cronice la adolescenți și proteinuria, insuficiența renală inexplicată și accidentul vascular cerebral criptogenic la adulți sunt manifestări extracardiace care trebuie să ridice suspiciunea de boală Fabry.

Cel de-al doilea caz prezentat a fost un caz tipic de amiloidoză AL cu afectare cardiacă care a amintit că hipovoltajul electrocardiografic

asociat unei hipertrofii ventriculare stângi cu aspect granular strălucitor al miocardului ventricular trebuie să sugereze un diagnostic de amiloidoză cardiacă. Aceasta este confirmată de obicei prin evidențierea amiloidului care are o birefrință galben-verzuie în lumina polarizată la colorația cu Roșu de Congo a fragmentelor de biopsie tisulară.

Aceste cazuri ilustrează diversitatea formelor de cardiomiopatie hipertrofică nonsarcomerică și importanța puzzle-ului diagnostic în cazul unei forme nonsarcomerice pentru că ambele forme prezentate au un tratament specific, destinat patologiei sistemice cu impact cardiac, capabil să modifice dramatic istoria naturală a bolii și prognosticul acestor pacienți.

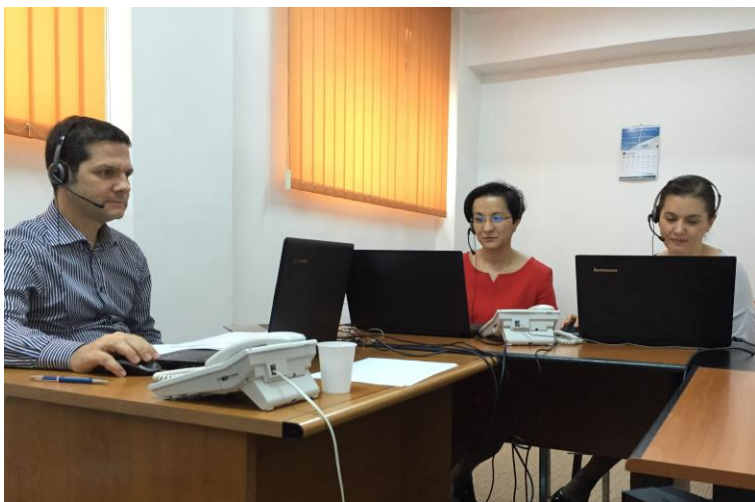
Prof. Popescu a comentat prezentările și a preluat din multe întrebări ale participanților la webinar. Astfel, el a discutat, împreună cu cele două vorbitoare, aspecte legate de rolul testului de efort în stratificarea riscului, diferențierea dintre CMH și cardiopatia hipertensivă sau

cordul atletului, prognosticul în CMH atunci când există și afectare ventriculară dreaptă, rolul și locul testării genetice, rolul imagisticii prin rezonanță magnetică în diferențierea diferitelor tipuri etiologice de hipertrofie, aspecte legate de diagnosticul sindromului Noonan și aspecte tehnice/dificultăți legate de reproductibilitatea măsurătorilor imagistice avansate.

Cei 190 de participanți activi (din 28 de țări), majoritatea cardiologi, au apreciat în mod deosebit evenimentul, peste 90% declarând în cadrul evaluării posteveniment că acest webinar le-a satisfăcut pe deplin așteptările.

Webinar-ul a fost transmis în direct din sediul Societății Române de Cardiologie din București în condiții tehnice excelente, fiind prima astfel de manifestare transmisă din sediul Societății Române de Cardiologie.

Dr. Monica Chivulescu



CURS

URGENȚE CARDIOVASCULARE LA PACIENTUL DEZECHILIBRAT

1 aprilie 2016, Baia Mare

În data de 01 aprilie 2016, a avut loc la Baia Mare cursul organizat de Grupul de Lucru de Cardiologie de Urgență intitulat „Urgențe cardiovasculare la pacientul dezechilibrat”. Acest curs și-a propus să aducă în atenția medicilor de diferite specialități, implicați în managementul medical al pacientului cu urgență cardiovasculară, diferite cazuri clinice dificile din situația reală.

Cursul a fost deschis de secțiunea dedicată pacientului cu dezechilibru metabolic. Dificultățile de tratament medicamentos și intervențional ce apar în tratamentul pacienților cu insuficiență renală cronică în stadiul de dializă au fost subliniate în prima prezentare de caz de către **Conf. dr. Diana Țiț** de la Spitalul de Cardiologie Clinico din Brașov.

Nu putea lipsi, bineînțeles pacientul cu afecțiune cardiacă acută și diabet zaharat, iar despre capcanele și dificultățile tratamentului unui asemenea pacient am aflat din prezentarea d-nei **Conf. dr. Katalin Babeș** de la Spitalul Clinic Județean din Oradea.

Furtunile electrice sunt evenimente cu care ne confruntăm din ce în ce mai des, pe măsură ce terapia cu cardiovertere-defibrilatoare devine din ce în ce mai utilizată și în țara noastră. Pacienții care prezintă furtună electrică sunt uneori dificil de tratat, iar despre modul de abordare al unui astfel de pacient am învățat din prezentarea d-nului **dr. Sorin Micu** de la Spitalul de Cardiologie Clinico din Brașov.

Lecția de ECG a fost ținută ca de obicei de d-nul **dr. Gabriel-Tatu Chițoiu** care, cu farmecul și talentul didactic cu care ne-a obișnuit, a prezentat trasee ECG interesante care au suscit discuții vii. Sesiunea dedicată pacienților cu



dezechilibru electrolitic a fost deschisă de d-na **Conf. dr. Diana Cimpoeșu** de la Spitalul Sf. Spiridon din Iași, care ne-a prezentat diagnosticul și abordarea practică a pacienților cu tulburări de conducere, din perspectiva medicului de urgență.

Investigarea complexă și rezolvarea cazului unui tânăr cu aritmii maligne pe fondul unei hipopotasemii severe a fost prezentat de către **d-nul dr. Gabriel Cismaru** de la Spitalul Clinic de Recuperare din Cluj-Napoca, iar un caz interesant de cardiomiopatie dilatativă cu insuficiență cardiacă și hipersodemie, rezolvat de către colegii de la Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș” din Baia Mare a fost prezentat de d-na **dr. Delia Dan**.

Ultima sesiune a fost dedicată pacientului dezechilibrat hemodinamic și a adus în discuție cazuri cu patologie diversă și complexă. D-na **dr. Rodica Dan**, a prezentat cazul unui pacient coronarian cu o complicație tromboembolică pulmonară, rezolvat și urmărit împreună cu colegii de la Institutul de Boli Cardiovasculare din Timișoara.

O prezentare cu titlu incitant și patologie pe măsură a fost susținută de d-nul **Conf. dr. Antoniu Petriș** de la Spitalul Sf. Spiridon din Iași. Cazul prezentat a adus în discuție diagnosticul și tratamentul uneori foarte dificil al pacientului cu endocardita infecțioasă și deteriorare hemodinamică.

D-nul **dr. Valentin Chioncel** de la Spitalul Clinic de Urgență “Bagdasar Arseni” din București, ne-a oferit

un exemplu de rezolvare intervențională a unei paciente cu leziuni vasculare complexe, subliniind rolul judecății clinice și a interpretării cazului dincolo de imaginea vizuală angiocoronarografică. Această ultimă sesiune a fost încheiată de



Mulțumim colegilor din Baia Mare, și în mod special d-nului **Conf. Dr. Călin Pop** pentru implicarea în reușita acestui curs, iar pe Dumneavoastră, dragi colegi, vă așteptăm în continuare alături de noi la cursurile și activitățile organizate de Grupul de Lucru de Cardiologie de Urgență.

Conf. dr. Diana Ținț
Președintele Grupului de Lucru de Cardiologie de Urgență

Dr. Valentin Chioncel
Secretarul Grupului de Lucru de Cardiologie de Urgență

prezentarea a două cazuri cu șoc cardiogen post infarct miocardic acut. Prezentarea lor a aparținut d-nului **dr. Filip Dan** de la Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” din Baia Mare.

Am încheiat cursul cu sala plină, numărul total al participanților fiind 120 - medici cu specialități diverse. Am rămas cu impresia că aceste sesiuni de cazuri clinice dificile sunt extrem de interesante și utile și că, dincolo de pretextul abordării ultimelor noutăți în domenii diverse, ele creează cadrul de interacțiune medicală și schimb de informații care pot conduce în final la ameliorarea calității actului medical.



A 16 a CONFERINȚĂ ANUALĂ DE ATEROTROMBOZĂ

15 aprilie 2016, București

Ateroscleroza un proces universal al ființei umane, se întâlnește pe toate meridianele globului începând cu mumiile egiptene.

Este bine cunoscut faptul că bolile cardiovasculare aterosclerotice reprezintă cauza principală de morbiditate și mortalitate în țările cu potențial economic crescut

Ateroscleroza este o boala inflamatorie cronică ce începe în copilărie prin apariția striurilor lipidice în peretele arterial și poate rămâne tăcută ani de zile. Factorii predispozanți ce grăbesc formarea plăcii de aterom și apoi fisurarea /ruperea ei pot fi modificabili și ne modificabili. Dintre factorii modificabili notam hipertensiunea arterială, dislipidemia, diabetul zaharat, obezitatea, fumatul, sedentarismul, stilul de viață; factorii nemodificabili sunt ereditatea, vârsta, sexul. Etiologia formării plăcii de aterom este multifactorială.

În acest an la a 16-a conferință anuală de aterotromboză s-au discutat mai multe aspecte ale aterosclerozei dar tema principală a fost relația aterotrombozei cu diabetul zaharat.

Îngrijorător este faptul că diabetul zaharat (DZ) are o prevalență de proporții epidemice în ultimii ani, fenomen ce nu poate fi încă stăpânit iar previziunile sunt alarmante. Bolnavii cu DZ tip 2 au afectare coronariană de 2 ori mai mare și de 2-4 ori mai mare mortalitatea prin cardiopatie ischemică și accident vascular cerebral față de bolnavii fără DZ. Aproximativ 2/3 din decesele survenite la bolnavii cu DZ tip 2 au drept cauză afectarea cardiovasculară. Mai mult, strategiile de tratament ale DZ s-au mutat de la tratamentul hiperglicemiei la tratamentul multifactorial (identificarea și tratarea factorilor de risc cardiovasculari).

Aceste aspecte au fost prezentate în conferințe, prezentări de cazuri și mai ales în dezbateri libere la care au participat cardiologi diabetologi bine cunoscuți. S-a acordat o atenție cuvenită dezbaterilor libere la care au participat și cei prezenți în sală

S-a subliniat (N. Hâncu) faptul că tratamentul unui bolnav cu DZ constă într-un tratament multifactorial ce cuprinde în afara controlului glicemiei controlul



TA, a dislipidemiei, oprirea fumatului, scăderea ponderală, activitate fizică, și un stil de viață potrivit. Despre fumat s-a ținut o conferință specială (Dr. G.Tatu-Chitoiu) În legătură cu controlul glicemiei s-a subliniat de mai mulți vorbitori (Maria Moța, Gabriela Radulian, Daniela Bartoș, D.Zdrenghea) faptul că atingerea valorilor țintă a hemoglobinei glicozilate (HbA1c) <6% crește mortalitatea de orice cauză la 3,5 ani și are un efect neutru asupra evenimentelor de tip IM non-fatal, AVC non-fatal, insuficiența cardiacă congestivă și a decesului de cauză cardiovasculară. În același timp controlul intensiv al glicemiei a dovedit un efect benefic asupra complicațiilor microvasculare și retinopatiei diabetice la pacienții cu DZ de tip 2. În studiul ORIGINE suplimentarea cu acizi grași omega 3 s-a dovedit fără beneficii CV.

În cadrul conferinței s-a discutat prin prezentări de cazuri (Cornela Bala), conferințe (M.Vintilă, G.A.Dan) și dezbateri libere (D.Vinereanu, D.Gaiță, R.Timar, Anca Crăciun) despre dislipidemie în general și mai ales despre dislipidemia familială.

S-a subliniat ca mortalitatea CV și mortalitatea

generală este direct proporțională cu scăderea LDLc. Scăderea cu 1 mmol/L (~38 mg/dL) scade cu 22% mortalitatea CV și cu 12% mortalitatea generală la 5 ani.

Intoleranța la statine a fost privită prin prisma rezultatelor publicate. Intoleranța reală, obiectivă la statine e infrecventă comparativ cu placebo.

Discontinuarile tratamentului cu statine și placebo sunt egale. Se apreciază ca și influențele extrinseci (mai ales masmedia) determină non-aderența la tratamentul cu statine însoțită de creșterea morbi-mortalității CV.

Dislipidemia (hipercolesterolemia) familială (are 2 forme: forma heterozigotă cu o prevalență de 1:500 și forma homozigotă, mult mai rară 1:1 milion) producea, înainte de statine, o mortalitate de 100 ori mai mare, la oamenii tineri în comparație cu populația generală. Astăzi tratamentul cu statine a redus mult mortalitatea iar în ultimii ani prin descoperirea inhibitorilor monoclonali (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9) ai receptorilor LDLc speranțele sunt foarte mari.

În unele studii se arată că tratamentul cu PCSK9 înainte de debutul unei boli CV (la aceasta categorie de bolnavi) poate duce la o perioadă de supraviețuire similară cu cea a populației generale.

S-a aratat că și la bolnavii cu dislipidemei non-familială, fără răspuns bun la statine, se poate folosi acest tratament (sunt și studii în desfășurarea cu peste 15.000 de bolnavi). 2 din aceste produse au fost aprobate de FDA

În studiile în curs de desfășurare se încearcă să se răspundă la câteva întrebări: cât putem scădea LDLc, dacă 25-35 mg % (cât s-a obținut în unele din studiile de până acum) este sigură; la ce categorie de bolnavi; ce efecte secundare așteptăm.

La conferința s-au mai discutat și ce metode să folosim pentru diagnosticul aterosclerozei precoce, înainte de apariția manifestărilor clinice (Maria Dorobantu, C.Matei). O dezbatere ce s-a bucurat de multă atenție a fost cea legată de tratamentul bolnavului cu localizări multiple ale aterosclerozei. Aici s-au ținut 2 conferințe scurte (S.Balanescu, B Popescu) urmate de ample discuții (Cristina Tiu, M.Coitoru, R.Lichiardopol). Pacientul multivascular (cca 1/4 din pacienții cu aterotromboză) are risc

crescut de accidente vasculare majore. Riscul cel mai mare este cel de evenimente neurologice. Tratamentul intervențional de aplicat mai ales la categoria de pacienți cu risc înalt (comorbidități multiple). Tratamentul (hibrid: intervențional și chirurgical) se decide în echipă (Heart Team).

Secvența revascularizării la pacientul cu localizări în mai multe teritorii vasculare se recomandă să fie următoare: carotide, coronare, boala arterială periferică, +/- abordul arterelor splanhnice.

Conferința s-a bucurat de o largă participare: peste 800 participanți și a fost urmărită online de 2000 utilizatori. Conferința a fost coordonată de E.Apetrei, N.Hancu

Sponsori științifici ai consfătuirii: Societatea Română de Cardiologie, Societatea Română de Diabet și Boli de Nutriție, Academia de Științe Medicale.

Organizarea conferinței a fost realizată de Societatea Română de Cardiologie cu sprijinul Companiei Farmaceutice Sanofi-Zentiva.

Prof.Dr. E.Apetrei



IMAGISTICA SECȚIONALĂ ÎN CARDIOLOGIE

21 aprilie 2016, București

Clinica de Cardiologie a Institutului de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. C.C. Iliescu" și-a condus din nou ascultătorii pe calea noutăților în "Imagistica secțională în Cardiologie" – în 21 aprilie 2016.

Manifestarea a fost deschisă de Președintele Societății Române de Cardiologie Dr. Gabriel Tatu-Chițoiu. În deschidere au vorbit și directorul Institutului Prof. Șerban Bubenek, directoarea medicală Prof. Daniela Filipescu și președinta Grupului de Lucru de Imagistică Șef Lucrări Ruxandra Jurcuț.



Inițial s-au tratat teme generale: Prof. Eduard Apetrei a făcut o istorie a imagisticii, Prof. Carmen Ginghină a discutat locul competențelor naționale/internaționale și rolul radiologilor/cardiologilor, Prof. Bogdan Alexandru Popescu a prezentat ecocardiografia 3D ca factor de noutate în ecografie.

Apoi s-au prezentat pe rând cele trei metode

secționale cu care lucram mereu – respectiv CT cardiac, RM cardiac și Medicină Nucleară.

La CT-ul cardiac au prezentat Dr. Silviu Stanciu și Dr. Dragos Cuzino – angio-CT-ul cardiac – Doamna Prof. Ioana Lupescu a discutat despre CT în bolile aortei și Dr. Razvan Capșa despre CT în bolile vasculare periferice. Sesiunea s-a încheiat prin prezentări de cazuri cu durată de 5 minute excelent expuse de rezidenții clinicii: doctorii Daniela Anghelina, Leonard Mandes, Viviana Iancu, Gabriela Andrei și Adriana Bălan. Discuțiile au fost "aprînse".

La capitolul RM cardiac – sesiunea a fost deschisă de Prof. Ioan Mircea Coman care a făcut o introducere în RM cardiac. Au urmat apoi doi invitați străini, fosti studenți și rezidenți ai Clinicii: Anca Florian (Manchester) și Sorin Giușcă (Heidelberg) care au prezentat cardiomiopatiile, respectiv cardiopatia ischemică văzută prin această tehnică. Dr. Ruxandra Jurcuț a vorbit despre bolile infiltrative ale miocardului evidențiate prin RM. Sesiunea s-a încheiat prin alte cazuri prezentate concis din tinerii noștri rezidenți: doctorii Cristina Gavrilă, Magda Gurzun, Șerban State, Oana Năstase Popa.

Partea de Medicină Nucleară a beneficiat de o introducere a doctorului Claudiu Stan după care au discutat despre testarea ischemiei și a viabilității doctorul Daniel Gherasim (testul de efort ECG), Monica Roșca (testul de efort ecografic) și Ana Gabriela Frunțelata (SPECT). Discuțiile au fost excelent conduse de moderatori.

În pauze – participanții au comunicat cu cei ce și-au adus aparatele ecocardiografice și s-au schimbat opinii privind temele cursului...

Ne-am bucurat de o sesiune excelentă pe o temă actuală în cardiologie...

Prof. Dr. Carmen Ginghină

BEST OF EUROECHO IMAGING 2015

Membrii Asociației Europene de Imagistică Cardiovasculară (EACVI) au putut viziona online Webinarul dedicat Congresului European de Ecocardiografie și Imagistică (EuroEcho Imaging) desfășurat între 7 și 10 decembrie 2015 la Sevilla, în Spania.

În cadrul acestui “webinar premium” (audio-video), transmis în direct dintr-un studio de televiziune de la Sophia Antipolis, au fost rezumate cele mai interesante lucrări și prezentări de la Sevilla.

Acest webinar a fost susținut de Prof. Dr. Bogdan Alexandru Popescu, președintele ales al EACVI, director al comitetului de program științific al Euroecho Imaging 2015, profesor la UMF “Carol Davila”, director Euroecolab, Institutul de Boli Cardiovasculare “Prof. Dr. C. C. Iliescu” din București și de Prof. Dr. Gilbert Habib, președinte în exercițiu al EACVI, profesor de cardiologie la Universitatea din Marsilia, Franța, Centre Hospitalier Universitaire de la Timone.

Temele principale ale congresului au fost “cardiomiopatiile” și “diagnosticul precoce al bolilor cardiovasculare”, însă congresul a acoperit desigur și alte teme de interes pentru participanții activi, cum ar valvulopatiile, imagistica prin Doppler tisular și speckle tracking, bolile sistemice și evaluarea funcției sistolice.

Insuficiența cardiacă a fost un subiect de mare interes la Euro Echo Imaging 2015. Printre abstractele remarcabile a fost și cel al Denisei Muraru și colectivul de la Padova (Italia), care au utilizat ecocardiografia tridimensională și echo-PIV (echo particle image velocimetry), o tehnică nouă care studiază dinamica fluxului ventricular pentru a evalua atât răspunsul la MPP (multipoint pacing) cât și la pacing-ul biventricular, ca metode alternative de resincronizare cardiacă. Investigatorii au obiectivat o îmbunătățire rapidă a funcției sistolice ventriculare stângi (FEVS) și a dinamicii fluxului în cazul MPP în comparație cu pacing-ul biventricular.

Multe dintre abstractele selectate în 2015 pentru secțiunea referitoare la bolile valvulare au studiat

relația dintre intervenția de implantare percutană a valvei aortice (TAVI) și regurgitarea mitrală sau tricuspidiană concomitentă. Alte abstracte s-au focalizat pe rolul strain-ului global longitudinal (GLS) al ventriculului stâng (VS) la pacienții cu stenoză aortică severă și fracție de ejeție a VS preservată.

Autorii unui alt studiu au concluzionat că histotripsia - o tehnică ce folosește ultrasunete de intensitate înaltă pentru a crea leziuni tisulare - poate fi folosită cu succes pentru secționarea cordajelor mitrale în tensiune, aceasta fiind o metodă non-invazivă de tratament a regurgitării mitrale funcționale.

Printre progresele ecocardiografiei tridimensionale s-a remarcat și conceperea unui soft capabil să construiască un model al geometriei și dinamicii aparatului valvular mitral specific fiecărui pacient. Acest model a fost dezvoltat și validat pentru a prezice dinamica aparatului valvular mitral în diferite condiții hemodinamice.

Dr. Magda Gurzun și colectivul de la Euroecolab din București au analizat geometria tridimensională a inelului mitral la pacienții cu regurgitare mitrală organică datorată deficienței fibroelastice arătând importanța modificărilor geometriei tridimensionale a inelului mitral în înțelegerea fiziopatologiei diferitelor forme de prolaps. Aceste demersuri ar putea fi utile în rafinarea tehnicilor de reparare valvulară.

Abstractele privind imagistica prin rezonanță magnetică cardiacă (CMR) s-au focalizat pe metodologia acestei investigații și pe valoarea sa prognostică. De exemplu, a fost arătat că secvențele T1 de CMR pot identifica afectarea cardiacă subclinică secundară terapiei oncologice cu antracicline și de asemenea că pot cuantifica volumul extracelular miocardic (ECV) - un marker a fibrozei interstițiale și deci al remodelării ventriculare stângi în bolile valvulare.

În ceea ce privește rolul prognostic al CMR, fracția de ejeție a ventriculului drept evaluată prin rezonanță magnetică s-a dovedit a fi un predictor independent al mortalității la pacienții supuși intervenției chirurgicale

pentru regurgitare tricuspidiană funcțională severă izolată. Printre temele cele mai importante cu privire la bolile cardiace congenitale au fost dilatarea aortei asociată bicuspidiei aortice sau tetralogiei Fallot, evaluarea multimodală după repararea malformațiilor congenitale și planificarea intervenției chirurgicale la copiii și adulții cu ventricul unic.

Studiile dedicate cardiologiei nucleare și tomografiei computerizate cardiace s-au axat pe îmbunătățirea tomografiei computerizate cu emisie de foton unic (SPECT) pentru a obține o acuratețe mai bună în detectarea ischemiei miocardice la pacienții cu suspiciune de boală coronariană. Printre alte subiecte de interes a fost detectarea inflamației în cardiomiopatii precum sarcoidoza cardiacă cu ajutorul tomografiei cu emisie de pozitroni (18F-FDG PET). Totodată, evoluția tehnologică a dus și la reducerea expunerii la radiații în timpul angiografiei coronariene neinvazive prin tomografie computerizată (CT). Au fost aduse dovezi științifice în sprijinul conceptului că o angiografie coronariană normală prezice un risc foarte

mic de evenimente adverse cardiovasculare majore în următorii 6 ani, în timp ce prezența bolii coronariene non-obstructive diagnosticată angiografic se asociază cu o creștere semnificativă a riscului de evenimente adverse cardiovasculare. Printre alte aplicații relevante ale imagisticii de tip CT cardiac ar fi caracterizarea anatomiei atriului stâng înainte de ablația pe cateter cu radiofrecvență.

În plus, a fost subliniată încă o dată reproductibilitatea superioară a angiografiei CT în măsurarea dimensiunilor aortei, dar și rolul important al CT în evaluarea drenajului venos pulmonar parțial aberant la pacienții cu sindrom Turner.

Astfel, cei 460 de participanți la webinarul Best of EuroEcho Imaging 2015 au beneficiat de un interesant rezumat al titlurilor esențiale cuprinse în programul științific și educațional al celui mare mare congres de imagistică din lume.

Dr. Monica Chivulescu





Stimați colegi,

Vă rugăm să țineți cont de reglementarea din Statutul SRC referitoare la îndatorirea statutară de a sprijini Societatea de Cardiologie prin **achitarea cotizației** pe anul 2015 și 2016. Va reamintim faptul ca achitarea acestei obligații bănești trebuia efectuată până la data de **31 Martie 2016** pentru anul precedent (<http://www.cardioportal.ro/membri/plata-online/>). Conform prevederilor din Statut, neplata acestei cotizații în termenul specificat are ca rezultat suspendarea automată până la plata restantelor.

Cu ocazia îndeplinirii acestei îndatoriri puteți actualiza datele personale în spațiul care vă este dedicat pe **CARDIOPORTAL**.

Vă mulțumim pentru susținere !

Societatea Română de Cardiologie



T[♥]utul pentru inima ta!

Prima conferință educativă
destinată publicului larg în scopul
prevenirii bolilor cardiovasculare!



Cu sprijin necondiționat





Orarul Conferinței

	Joi, 12 mai	Vineri, 13 mai	Sambata, 14 mai
Secretariat Conferință - Înscrieri	09.00-19.30	08.00-20.00	08.30-15.30
Centrul de Servicii Speakeri	10.00-19.30	09.00-20.30	09.00-15.30
Expoziție	10.00-19.30	09.00-20.30	09.00-15.30
Program științific	10.00-19.30	09.00-20.30	09.00-15.30
Program social	20.30	21.00	
Acordarea diplomelor			15.30

Joi, 12 mai

Vineri, 13 mai

Sambata, 14 mai

Click aici pentru **PROGRAMUL ȘTIINȚIFIC** al Conferinței!

Programul include și la această ediție o serie de cursuri practice, sesiuni adresate tinerilor cercetători și asistentelor medicale:

- Curs ECG pentru asistentele medicale din USTACC
- Sesiunea Asistentelor Medicale
- Sesiunea Tinerilor Cercetători
- Electrocardiogram comentat
- Curs de resuscitare cardiopulmonară
- Școala de insuficiență cardiacă
- Școala hiperlipidemie

Descarca aplicatia **Conferinta GL 2016!**

Scaneaza codul QR pentru a descarca programul Conferintei pe telefonul mobil sau pe tableta! Ai acces la:

- Program științific actualizat
- Notificări în timp real
- Motoare de căutare pe zile, săli și sesiuni
- Program social

Nou!**My Conference**

Creează-ți programul personalizat adăugând sesiunile de interes în

<http://www.conferintagl.ro/informatii-generale/>

22-24 septembrie 2016
Sinaia - ROMÂNIA



SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE CARDIOLOGIE



AL-55-LEA CONGRES NAȚIONAL DE CARDIOLOGIE

www.congrescardiologie.ro



SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE CARDIOLOGIE

Pentru informații:

Secretariatul Societății Române de Cardiologie
Tel/Fax: 021 250 01 00
E-mail: office@cardioportal.ro
www.cardioportal.ro / www.cardioinfo.ro

Management Congres:



www.mediamed.ro

Congresul National de Cardiologie 22-24 septembrie 2016, Sinaia

ÎNSCRIERE PARTICIPARE

Termen limită: 30 iunie 2016

Rezidenți – 100 lei
Membri SRC – 170 lei
Non-membri SRC – 500 lei
Profesii conexe* – 300 lei
*Specialitate: psihologie, kinetoterapie, bioinginerie etc.
Însoțitori – 240 RON

Termen limită: 30 iulie 2016

Rezidenți – 150 lei
Membri SRC – 220 lei
Non-membri SRC – 600 lei
Profesii conexe* – 300 lei
*Specialitate: psihologie, kinetoterapie, bioinginerie etc.
Însoțitori – 240 RON

Dupa data de 30 iulie se fac inscrieri doar in perioada Congresului, în număr limitat, fără a garanta primirea materialelor.

Modalități de plată:

- prin virament bancar: COD IBAN: RO42 BTRL 0410 1205 M664 76XX, Banca Transilvania, Agentia pentru Medici, Cotroceni
- la sediul Societății Române de Cardiologie: Str. Avrig Nr. 63, Sector 2, București, www.cardioportal.ro; email: office@cardioportal.ro

ÎNREGISTRAREA PARTICIPANȚILOR SE FACE NUMAI ONLINE.

DUPĂ EFECTUAREA PLĂȚII, VĂ RUGĂM SĂ COMPLETAȚI FORMULARUL DE ÎNREGISTRARE

<http://www.cardioportal.ro/inregistrare-congresul-national-de-cardiologie-22-24-septembrie-2016-sinaia/>

Congresul Național de Cardiologie

22-24 septembrie 2016, Sinaia

ÎNSCRIERE REZUMATE

INSTRUCȚIUNI PENTRU COMPLETAREA ȘI REDACTAREA REZUMATELOR

Data limită de primire a rezumatelor este 1 Iunie 2016 (inclusiv). După această dată nu se mai acceptă rezumate.

Cerințe de redactare:

- Caractere: Times New Roman 12 puncte, un rând, fără spații libere între paragrafe
- Rezumat: în limba română (cu diacritice) și engleză (obligatoriu)
- Titlul: scris cu majuscule
- Numele autorilor: nu folosiți titluri profesionale/academice
- Afiliere: instituție, oraș, țară

Conținut rezumate:

- Textul propriu-zis va conține conform standardelor internaționale: scopul lucrării; material și metodă; rezultate; concluzii
- Nu se accepta în text tabele și grafice
- Este necesară precizarea modului de prezentare a lucrării (oral/poster). Comitetul științific al Congresului își rezervă dreptul de a schimba modul de prezentare în funcție de configurația programului științific.
- Pentru indexul de subiecte alegeți un index din lista de subiecte

Detalii importante:

- Rezumatele se trimit numai electronic (nu se acceptă trimiterea rezumatelor prin fax sau curier)
- În cazul în care doriți să trimiteți mai multe lucrări, se va completa câte un formular pentru fiecare lucrare
- Ca prim autor nu se acceptă decât maxim 2 lucrări
- Durata maximă de prezentare a lucrărilor orale este de 10 minute urmată de 5 minute de discuții
- Posterele au dimensiunea de 60 lățime/100 înălțime.
- Veți fi anunțat la timp de modul și programul prezentării dumneavoastră
- Este importantă corectitudinea datelor pentru corespondență: telefon, e-mail
- [Regulament SESIUNEA TINERILOR CERCETĂTORI](#)

Data limită de primire a rezumatelor este 1 Iunie 2016 (inclusiv). După această dată nu se mai acceptă rezumate.

<http://www.cardioportal.ro/inscriererezumat-la-congresul-national-de-cardiologie-2016/>

Leridip[®]

Lercanidipină 10 mg, 20 mg

**În tratamentul
hipertensiunii
arteriale¹**

1 comprimat pe zi



Sub licența RECORDATI

1. Rezumatul Caracteristicilor Produsului Leridip[®]

RO_LER_11_2014_ADV



zofenopril
7,5 mg; 30 mg

Infarct miocardic acut¹

Ziua 1 și 2: 7,5 mg la 12 ore
Ziua 3 și 4: 15 mg la 12 ore
Începând cu ziua 5 și ulterior:
30 mg la 12 ore



Hipertensiune arterială¹

15-30 mg în 1-2 administrări zilnice;
maxim 60 mg/zi



1. Rezumatul Caracteristicilor Produsului

RO_ZOF_11_2014_ADV

Hipertensiune arterială¹:

5 mg o dată pe zi



nebivolol 5 mg

Insuficiența cardiacă cronică (ICC)¹:

1,25 mg-10 mg crescute la
1-2 intervale săptămânale
în funcție de tolerabilitatea
pacientului.

* adițional cu terapiile standard la pacienți
cu vârsta >70 ani.

1. Rezumatul Caracteristicilor Produsului



RO_NEB_11_2014_ADV



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Aceste medicamente se eliberează
pe bază de prescripție medicală P6L.
Acest material promoțional este destinat
profesioniștilor din domeniul sănătății.

Berlin-Chemie A. Menarini SRL
Floreasca Business Park Corp A, Calea Floreasca 169A, sector 1, București
Tel./Fax: 021 2323432/ 021 2330826,
www.berlin-chemie.ro

Pentru informații suplimentare
vă rugăm consultați Rezumatul
Caracteristicilor Produselor.

AGENDA MANIFESTĂRILOR SOCIETĂȚII ROMÂNE DE CARDIOLOGIE 2016

MAI		
CONFERINȚA NAȚIONALĂ A GRUPURILOR DE LUCRU	12-14 mai	SIBIU
HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ – DE LA TEORIE LA PRACTICĂ, DE LA GHIDURI LA PACIENȚI <i>Directori de curs: Prof.Dr.D. Bartoș, Dr.E. Bădilă</i>	27 mai	CRAIOVA
IUNIE		
TROMBEMBOLISMUL PULMONAR IN SITUATII SPECIALE <i>Directori de curs: Conf.Dr.A.Petris, Dr.G.Tatu Chitoiu</i>	10 iunie	IAȘI
EXPERT MEETING CARDIODIAB	30 iunie-2 iulie	POIANA BRAȘOV
SEPTEMBRIE		
CONGRESUL NAȚIONAL DE CARDIOLOGIE	22-24 SEPTEMBRIE	SINAIA
OCTOMBRIE		
INIMA ȘI SPORTUL (curs de cardiologie sportivă) <i>Directori de curs: Prof. Dr.M.I.Popescu, Prof.Dr.D.Zdrenghea</i>	7 octombrie	TIMIȘOARA
NSTEMI - ABORDARE PRACTICA <i>Directori de curs : Dr.A.Mereuță, Prof.Dr.C.Ginghină</i>	14 octombrie	BUCUREȘTI
HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ – DE LA TEORIE LA PRACTICĂ, DE LA GHIDURI LA PACIENȚI <i>Directori de curs: Prof.Dr.D. Bartoș, Dr.E. Bădilă</i>	21 octombrie	BISTRIȚA
REVASCULARIZARE IN STEMI/NONSTEMI <i>Directori de curs: Dr.S.Mot, Dr.V. Popa</i>	21 octombrie	ORADEA
CAVITATI DREPTRE – CORELATII ANATOMO-CLINICE <i>Directori de curs: Dr.O. Chioncel, Prof.Dr. D. Vinereanu</i>	22 octombrie	BUCUREȘTI
CARDIOCOAG <i>Directori de curs: Prof.Dr.D. Lighezan, Prof.Dr. F.Mitu, Prof. Dr. D. Vinereanu</i>	28 octombrie	BRAȘOV
IMAGISTICA IN GHIDAREA TERAPIILOR CARDIOVASCULARE <i>Directori de curs: Dr. R. Jurcuț, Conf.Dr.Dr.B.A.Popescu</i>	28 octombrie	CRAIOVA
NOIEMBRIE		
TRATAMENTUL DE URGENTA AL PACIENTULUI DEZECHILIBRAT <i>Directori de curs: Conf.Dr. D.Țînt, Dr.V.Chioncel</i>	4 noiembrie	TIMIȘOARA
CAZURI CLINICE DIFICILE IN INSUFICIENȚA CARDIACĂ <i>Directori de curs: Prof.Dr. C.Macarie, Dr.O.Chioncel</i>	11 noiembrie	TÂRGU MUREȘ
PROVAS IV <i>Directori de curs: Prof. Dr. F. Mitu, prof. Dr. D. Vinereanu</i>	11 noiembrie	TIMIȘOARA
ACTUALITĂȚI ÎN ARITMOLOGIE (ARCA 4) <i>Directori de curs: Dr.A.Deutsch, Dr.M. Grecu</i>	18 noiembrie	TIMIȘOARA