

NACO se întrerup cu 2 zile înaintea intervenției la bolnavii cu funcție renală normală. Având în vedere intrarea rapidă în acțiune, timpul de înjumătățire scurt, precum și lipsa unui antagonist eficient, reinițierea acestora se va face la cel puțin 48 de ore postintervențional. După oprirea NACO, nu este necesar tratament cu heparină [1].

Concluzii

Așadar, managementul corect al pacientului cu tratament antitrombotic și risc de sângerare digestivă este deseori o provocare ce impune o colaborare strânsă între cardiolog și gastroenterolog. Majoritatea explorărilor endoscopice pot fi efectuate în siguranță la pacienții cu tratament antitrombotic.

Bibliografie

1. Andrew M. Veitch, Geoffroy Vanbiervliet, Anthony H. Gershlick et al. *Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline*. In: *Endoscopy*, 2016; nr. 48, p. 1–18.
2. Cristian Balahura, Gabriel Constantinescu. *Hemoragiile digestive și tratamentul antitrombotic. Ghid practic pentru clinicieni*. In: *Stetoscop Cardio*, 2015, nr. 5.
3. Diana Cimpoeșu, Antoniu Petriș, Ana-Maria Miclașanu et al. *Ghid de tratament antiplachetar în urgență*. În: *Recomandări și protocoale în anestezie, terapie intensivă și medicină de urgență*, 2012, p. 39-52.
4. Friedland S., Sedehi D., Soetikno R. *Colonoscopic polypectomy in anticoagulated patients*. In: *World J. Gastroenterol.*, 2009; nr. 15, p. 1973–1976.
5. *Ghid de medicație RLS*. - http://www.rlsnet.ru/books_book_id_2_page_172.htm
6. Leonida Gherasim, Șerban Bălănescu, Adriana Ilieșu. *Tratamentul anticoagulant în practica medicală*. Comisia de Medicină Internă, p. 89-126. http://www.usmf.md/Infomedica/documente/Alre%20resurse/Ghiduri%20medicale/trat_anticoag.pdf
7. Ruben D. Acosta, Neena S. Abraham et al. *The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy*. In: *Gastroint. Endosc.*, 2016, vol. 83, no. 1.

Anastasia Nani, medic-rezident,
Medicina Internă, anul I,
Catedra Cardiologie,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 069755343
E-mail: nastea_18@mail.ru

SINCOPA DE ORIGINE CARDIACĂ LA PACIENȚII VÂRSTNICI

A. SOROCEANU¹, L. GRIB¹, N. CAPROȘI¹,
A. TCACIUC¹, M. DUMANSCAIA¹, S. SOROCEANU²,
A. DANILOV³, V. CEAICHIȘCIUC¹, E. FUSA¹,
N. DANILOV³, O. CENUȘĂ⁴, V. ȚURCANU¹, L. CARDANIUC¹,
I. CARDANIUC⁵, N. SUMARGA⁵, O. ROTARI¹, A. NANI¹,

¹USMF Nicolae Testemițanu,

²Spitalul Militar Central,

³Universitatea de Medicină Iuliu Hațiegheanu,

Cluj-Napoca, România,

⁴Institutul de Cardiologie,

⁵SCM Sfânta Treime

Summary

Cardiac syncope in elderly patients

Cardiovascular pathology at the elderly represents a theme of particular interest, this is the main cause of morbidity and mortality in this segment of population, but also the fact that in the last century the population over 60 years (this be ingarbitrary limit laid down by the OMS from which a person is considered older) has double dandis expected to increase over the years. To tackele syncopes of origin cardiac which are based on aortic stenosis, mitral stenosis and insufficient combined valvular. It hasbeen a clinical study retrospectively in the premises of the Clinic Municipal Hospital no. 3 “Sfânta Treime”, on a lot of 50 patients (selection based on the criteria defined – primordial tothe status of syncope). Prognosis variants of the patients with syncope cardiac remain reserved, being influenced by the etiology syncopes, the evolution of the disease, treatment continuously, surgical treatment and at the post-surgery treatment.

Keywords: *syncope, valvulopathy, aortic stenosis, mitral stenosis, cardiac doppler ultrasound*

Резюме

Синкопа сердечного происхождения у пожилых пациентов

Сердечно-сосудистая патология у пожилых людей представляет особый интерес. Она представляет собой основную причину заболеваемости и смертности в этой категории населения. За последнее столетие население старше 60 лет (это произвольная граница, установленная ВОЗ с достижения которой человек считается пожилым) удвоилось и ожидается, что увеличится впоследствии с годами. Исследуя синкопы сердечного происхождения, в основе которых лежат аортальный стеноз, митральный стеноз и комбинированная клапанная недостаточность, было произведено ретроспективное клиническое исследование на базе Городской клинической больницы № 3 «Sfânta Treime» на группе, состоящей из 50 пациентов (подобранных по четко определенным критериям, основным их которых является синкопальное состояние). У пожилых пациентов с кардиогенными синкопами прогноз остается сомнительным, обусловленный этиологией синкопов, эволюцией заболевания, постоянным лечением, хирургическим и послеоперационным лечением.

Ключевые слова: *синкопа, валвулопатия, аортальный стеноз, митральный стеноз, эхокардиография Доплер*

Introducere

Patologia cardiovasculară la vârstnici este o temă de interes deosebit, deoarece aceasta reprezintă principala cauză de morbiditate și mortalitate în acest segment de populație, dar și datorită faptului că, în ultimul secol, populația peste 60 de ani (aceasta fiind limita arbitrară stabilită de OMS de la care o persoană este considerată vârstnică) s-a dublat și se estimează că va crește pe parcursul anilor.

Studiile de cohortă și cele populaționale sugerează că aproximativ 40% din populația adultă a avut cândva o sincopă (descriș, de obicei, ca „leșin” sau „colaps”), iar probabilitatea semnalării unui astfel de episod este mai mare la femei. Odată cu înaintarea în vârstă, crește și incidența unor asemenea evenimente, precum și cea a aritmiilor. La ora actuală, medicii-specialiști se ocupă de îngrijirea pacienților dirijați către ei pe baza diagnosticului de sincopă, însă sincopa nu este o afecțiune exclusivă a persoanelor vârstnice, ea putând apărea la orice vârstă.

Sincopa este definită ca o pierdere de conștiență, cu imposibilitatea de a menține tonusul postural, urmată de recuperarea spontană. Sincopa este o tulburare întâlnită cu o frecvență de 1-3% în serviciile de urgență. Aproximativ 50% din populație a trecut printr-un episod sincopal de-a lungul vieții. Sunt luate în considerare o multitudine de etiologii ale sincopelor. În prezent, în funcție de studii și prognostic, sincopa poate fi: cardiacă, noncardiacă, idiopatică. Studiile arată că sincopelile de cauză cardiacă sunt asociate cu o morbiditate și o mortalitate mai crescute și sunt mai frecvent la vârste înaintate, spre deosebire de sincopelile noncardiace, care sunt mai frecvente la populația tânără.

Cauzele cardiace ale sincopelor pot fi afecțiuni care nu oferă un flux sangvin adecvat cerințelor organismului, făcând o perfuzie slabă a țesutului cerebral: stenoza aortică, stenoza mitrală, insuficiența mitrală, insuficiența combinată, blocurile atrioventriculare, cardiomiopatia obstructivă, infarctul miocardic, cardiopatiile congenitale cianogene, tulburările de ritm cardiac, hipotensiunea.

Sincopa este cauzată de hipoperfuzia cerebrală, mai exact de scăderea perfuziei cerebrale în teritoriile responsabile de conștiență, care includ SRAA, trunchiul cerebral și cortexul cerebral, de aceea o scădere a perfuziei cerebrale de doar 3-5 secunde poate cauza sincopa. Perfuzia cerebrală este menținută relativ constantă de un complex de feed-back-uri (cardiac, rezistența vasculară, presiune arterială, volum intravascular). O alterare a acestor sisteme poate cauza sincopa.

Materiale și metode

Abordând sincopelile de origine cardiacă care au la bază stenoza aortală, stenoza mitrală și insuficiența valvulară combinată, s-a efectuat un studiu clinic

retrospectiv în incinta Spitalului Clinic Municipal nr. 3 *Sfânta Treime*, pe un lot de 50 de pacienți (selecția având la bază criteriile bine definite, primordial fiind starea de sincopă). Pentru acest studiu au fost utilizate metode clinice și instrumentale (ecocardiograma, ecografia cardiacă Doppler) în diagnosticul sincopelor.

Rezultate obținute

Lotul de 50 de pacienți, în urma investigațiilor, a fost divizat în 2 grupuri: 1 – insuficiența valvulară combinată, 45 pacienți (64%); 2 – stenoza aortală și stenoza mitrală, 25 pacienți (36%). În ambele grupuri predomină sexul feminin față de cel masculin. În insuficiența valvulară combinată, 62% erau femei, 38% – bărbați; în stenoza aortală și stenoza mitrală – raportul: 60% – femei, 40% – bărbați.

În funcție de vârstă, am obținut următoarele rezultate: stenoza aortală și stenoza mitrală sunt prezente la pacienții > 50 de ani (67% din lotul total), iar insuficiența valvulară combinată la cei < 50 de ani (54% din lotul de pacienți). Grupele de vârstă a pacienților cu stenoza aortală și stenoza mitrală: <20 ani – 0; 21-65 ani – 16 (64%); >65 ani – 9 (36%). Grupele de vârstă a pacienților cu insuficiență valvulară combinată: <20 ani – 0; 21-65 ani – 32 (71%), >60 ani – 13 (29%). În grupul de pacienți cu stenoze valvulare: 8 persoane (32%) – stenoza aortală; 8 (32%) – stenoza mitrală; 9 pacienți (36%) – stenoza aortală și mitrală.

În grupul de bolnavi cu insuficiență valvulară: 44 pacienți (98%) – insuficiență mitrală; 13 (30%) – insuficiență aortală, 44 (98%) – insuficiență tricuspidiană și 30 pacienți (66%) – insuficiență valvulară pulmonară.

Discuții

Pacienții cu sincopelile de origine cardiacă clinic sugerate sunt supuși unor investigații paraclinice, care tranșează și nuanțează diagnosticul: ECG, radiografie cardiotoracică și ecocardiografie cardiacă. Dintre acestea, studiul ecocardiografic, M-mode, bidimensional, Doppler confirmă, stadializează și urmărește leziunea în evoluție.

Pentru a putea preciza cauzele și a diferenția sincopelile cardiace, noncardiace și idiopatice, sunt necesare și alte investigații, precum electroencefalograma, dozarea glucozei în sânge, ionograma, electrocardiograma pe 24 sau 48 de ore (Holter), examenul Doppler al arterelor carotide, tomografia computerizată.

Concluzii

Studiul a constatat incidența diferitelor tipuri de boli cardiace valvulare: cu insuficiență valvulară combinată – 45 pacienți (64%); stenoza aortală și

stenoza mitrală – 25 pacienți (36%). Majoritatea defectelor au fost detectate la sexul feminin.

Prognosticul pacienților vârstnici cu sincope cardiogene rămâne rezervat, fiind influențat de etiologia sincopelor, evoluția bolii, tratamentul continuu, tratamentul chirurgical și cel postoperatoriu.

Bibliografie

1. Peeters S.Y., Hoek A.E., Mollink S.M., Huff J.S. (April 2014). *Syncope: risk stratification and clinical decision making*. In: *Emergency medicine practice*, nr. 16 (4), p. 1–22; quiz 22–3. PMID 25105200.
2. Kenny R.A., Bhangu J., King-Kallimanis B.L. (2013). *Epidemiology of syncope/collapse in younger and older Western patient populations*. In: *Progress in cardiovascular diseases*, nr. 55(4), p. 357-363. doi:10.1016/j.pca.2012.11.006. PMID 23472771.
3. Ruwald M.H. (August 2013). *Epidemiological studies on syncope – a register based approach*. In: *Danish medical journal*, nr. 60 (8), B4702. PMID 24063058.
4. Kaufmann H., Bhattacharya K. (May 2002). *Diagnosis and treatment of neurally mediated syncope*. In: *The neurologist*, nr. 8 (3), p. 175-185. PMID 12803689.
5. Gaynor D., Egan J. (2011). *Vasovagal syncope (the common faint): what clinicians need to know*. In: *The Irish Psychologist*, nr. 37 (7), p. 176-179. hdl:10147/135366.
6. Bracha H.S. (July 2006). *Human brain evolution and the 'Neuroevolutionary Time-depth Principle': Implications for the Reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related posttraumatic stress disorder*. In: *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, nr. 30 (5), p. 827–853.

Ala Soroceanu

e-mail: ala.soroceanu@gmail.com
tel.: 069346444

ROLUL BIOMARKERILOR ÎN DIAGNOSTICUL SINDROMULUI CARDIORENAL TIP 2

Elena BIVOL,

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The role of biomarkers in the type 2 cardiorenal syndrome' diagnosis

Heart failure is a serious and expanding public health problem and it is one of the leading causes of mortality worldwide. Heart failure management is a challenging task within itself, but the presence of associated renal disorders can considerably increase mortality and morbidity. Early diagnosis and treatment may prevent re-hospitalizations and reduce healthcare costs. In the clinical setting of chronic heart failure the evaluation of renal dysfunction is essential.

Heart failure patients often develop renal function worsening, termed as cardiorenal syndrome. Biomarkers have been proven superior to conventional laboratory tests in heart failure and chronic kidney disease patients' diagnostic and prognostic.

Keywords: *heart failure, renal function worsening, biomarkers*

Резюме

Роль биомаркеров в диагностике кардиоренального синдрома 2 типа

Сердечная недостаточность является важной и распространенной проблемой общественного здравоохранения, одной из основных причин смертности в мире. Ведение больных с сердечной недостаточностью является сложной задачей, а сопутствующие почечные изменения могут значительно повысить риск заболеваемости и смертности. Ранняя диагностика и лечение могут предотвратить повторные госпитализации и снизить стоимость медицинского обслуживания. В клиническом контексте сердечной недостаточности, определение ренальной дисфункции является ключевым моментом, так как у пациентов с сердечной недостаточностью часто возникает нарушение функции почек, определяя появление кардиоренального синдрома. Было выявлено, что биомаркеры являются более информативными показателями чем лабораторные исследования в диагностике и прогнозе сердечной недостаточности и хронических заболеваний почек.

Ключевые слова: *сердечная недостаточность, почечная дисфункция, биомаркеры*

Introducere

Insuficiența cardiacă este o problemă importantă și răspândită a sănătății publice, una dintre principalele cauze ale mortalității pe globul pământesc. Managementul insuficienței cardiace este o adevărată provocare, iar patologiile concomitente asociate (diabetul zaharat, obezitatea, dislipidemia, patologia hepatică, afecțiunile renale) duc la creșterea considerabilă a morbidității, a mortalității și a incapacității de muncă.

În normă, între sistemele de organe există o conexiune de tip feedback informațional biologic, ce susține buna funcționare a întregului organism. În patologie însă, afectarea importantă a unui organ induce afectarea sau disfuncția unui alt organ, aflat în conexiune; un exemplu poate fi relația cord–rinichi. Disfuncția concomitentă cord–rinichi poate fi observată la mulți dintre pacienții spitalizați, mai ales la cei aflați în stare gravă. Această interacțiune patologică a fost descrisă și denumită *sindrom cardiorenal* încă din 1950-1951 de Ledoux, Rakhlin și alții [1], însă pe parcursul a 50 de ani, noțiunea a fost ignorată. În ultimii 10 ani, noi studii și-au concentrat atenția asupra acestui sindrom. Deși este intens studiată, interacțiunea