

atraumatice la rudele pacientelor 22%, alte antecedente de fracturi 24%, fumatul 11%, tratamentul de durată cu glucocorticosteroizi 4%, episoade de diaree cronică 4%, abuzul de alcool 2%.

Concluzii. Fracturile atraumatice în regiunea proximală a femurului apar la vârsta medie de $77,3 \pm 7,5$ ani, la bărbați cu 7 ani mai devreme. Fiecare al 4-lea pacient decedează în decursul primului an de după apariția fracturii. Practic la 95% din toți bolnavii este prezentă asociația a câtorva maladii cronice, cea mai frecvent întâlnită este patologia cardiacă: cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut, hipertensiunea arterială. Nici un pacient nu a fost diagnosticat cu osteoporoză anterior fracturii femurale. Practic toți pacienții au prezentat factori de risc pentru osteoporoză anterior fracturii și au apelat frecvent la medicii de familie și la alți specialiști – ginecologi, urologi, endocrinologi.

STRATEGII TERAPEUTICE ÎN FIBRILAȚIA ATRIALĂ

Grosu Aurel,

Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained cardiac arrhythmia encountered in everyday clinical practice. Our understanding of the pathophysiology of AF has increased dramatically over the past few decades. Recent treatment guidelines have heightened our awareness of the challenges involved in the treatment of AF and provided useful recommendations for its diagnosis and management. Because AF is usually associated with multiple comorbid conditions, greater emphasis must be placed on individualizing treatment. This review focuses on current treatment guidelines for patients with AF, assessing the benefits and shortcomings of current pharmacologic options and discussing new agents and trials that may provide better opportunities to improve and individualize patient management.*

Orientările terapeutice majore în fibrilația atrială (FA) urmăresc tratamentul nemijlocit al aritmiei și prevenirea complicațiilor tromboembolice. Pentru bolnavii cu FA persistentă există două strategii fundamentale de tratament: 1) restabilirea și menținerea ritmului sinusal; 2) controlul frecvenței ventriculare în cazurile în care tahiaritmia rămâne cronică. Aceste abordări terapeutice au generat numeroase controverse, care în prezent sunt rezolvate numai parțial. Întrucât FA este o aritmie complexă sub raportul aritmogenezei și heterogenă din punctul de vedere al expresiei clinice, există mai multe opțiuni terapeutice, în raport cu tipul și durata FA, precum și cu existența unei afecțiuni cardiace subiacente. Decizia terapeutică, pentru fiecare caz de FA, nu poate fi de-

cât individuală, cântărindu-se avantajele și riscurile fiecărui tip de strategie; uneori opțiunile terapeutice suferă modificări pe parcursul supravegherii pacientului. Strategiile terapeutice și algoritmul de tratament trebuie să fie bazate doar pe evidențele atestate la moment. Se pare că informațiile despre prevenirea complicațiilor tromboembolice în FA sunt mai bogate, de aceea recomandările respective sunt mai argumentate.

Recomandările Ghidului Societății Europene de Cardiologie (ESC) 2010 privind tratamentul diferențial al FA

Experții Societății Europene de Cardiologie (European Society of Cardiology – ESC) au încercat să clasifice utilitatea sau eficiența tratamentelor de rutină recomandate și nivelul de evidență pe care se bazează aceste recomandări. Utilitatea sau eficiența unui tratament recomandat este prezentată după cum urmează:

clasa I = evidențe și/sau acord general în confirmarea faptului că tratamentul este benefic, util și eficient;

clasa II = dovezi discordante și/sau divergență de opinii cu privire la eficiența tratamentului;
IIa: majoritatea dovezilor/ opiniilor pledează în favoarea utilității/ eficienței;
IIb: utilitatea/ eficiența sunt mai puțin argumentate de dovezi/ opinii;

clasa III = dovezi sau acord general care indică faptul că tratamentul nu este util/eficient și în unele cazuri poate fi dăunător.

Nivelul de evidență va fi clasificat astfel:

nivelul A – date derivate din cel puțin două trialuri clinice randomizate;

nivelul B – date derivate dintr-un singur trial clinic randomizat și/sau metaanaliză, sau din studii nerandomizate;

nivelul C – consens de opinie al experților, bazat pe trialuri și pe experiența clinică.

Astfel, în Ghidurile de practică medicală (GPM), elaborate de către grupurile de lucru, indicațiile de obicei sunt împărțite în trei clase, în funcție de oportunitatea lor. Puterea dovezilor legate de un anumit tratament depinde de datele disponibile și este ierarhizată după trei niveluri. Însă trebuie să se țină cont că pacienții sunt diferiți prin unele caracteristici clinice, fapt care impune abordarea individuală a fiecăruia, cu judecată clinică, experiență și bun simț. Mai mult, așa cum se întâmplă cu orice ghiduri, ele nu sunt imprescriptibile.

Ghidurile de practică nu trebuie utilizate în mod dogmatic și nu presupun schimbarea comportamentului profesional. Atitudinea față de ghiduri este bine expusă în două declarații ale instituției-

lor care promovează GPM. În opinia Organizației Mondiale a Sănătății, „ghidurile trebuie să furnizeze informații extensive, bine echilibrate și critice despre beneficiile și limitele diferitelor intervenții de diagnostic și tratament, astfel încât medicul să-și poată exercita judecata cea mai potrivită în fața cazurilor individuale”, iar Comitetul Executiv al „National Health System” din Marea Britanie precizează că „ghidurile clinice pot numai să ajute practicianul și pot fi folosite pentru a mandata, a autoriza sau a prescrie opțiunile de tratament” și „oricât de convingătoare ar fi o dovadă sau alta pe care o invocă ghidul, practicianul trebuie să interpreteze aplicarea acesteia pe responsabilitate proprie”. Judecata clinică adesea depășește sursele explicite de informație, adăugând considerente de bun simț, atitudine și valoare, astfel încât temerea unora că GPM le-ar putea leza aptitudinile clinice și ar compromite raționamentul lor, impunând o „medicină de carte de bucate”, nu se susține. Oricât de bazată pe dovezi ar fi medicina, sâmburele său de „artă” rămâne prezent. Medicul rămâne suveran în libertatea de a lua decizii, acceptând totuși ghidurile ca acte normative.

Controlul ritmului sau controlul frecvenței ventriculare

Restabilirea și menținerea ritmului sinusal la pacienții cu FA este soluția ideală, întrucât permite ameliorarea stării clinice a bolnavului, înlătură simptomele generate de tahiaritmie, sporește debitul cardiac și toleranța la efort fizic, în special la bolnavii cu insuficiență cardiacă, reduce riscul evenimentelor embolice și al dezvoltării cardiomiopatiei. Deși conversia FA (în contrast cu controlul frecvenței ventriculare) urmărește rezolvarea mai multor probleme conjugate cu prezența aritmiei, la moment nu există suficiente dovezi care ar demonstra eficiența acestei căi. Restabilirea și menținerea ritmului sinusal oferă avantaje teoretice în reducerea riscului tromboembolic și, prin urmare, a necesității prescrierii tratamentului antitrombotic cronic. Totodată, medicamentele folosite pentru controlul frecvenței ventriculare sunt, în general, considerate mai sigure în comparație cu agenții antiaritmici. Valoarea relativă a acestor două strategii terapeutice constituie subiectul mai multor studii care deocamdată sunt în derulare. Datele disponibile în prezent nu confirmă cu certitudine avantajul unei sau altei strategii, de aceea rămânem în așteptarea unui răspuns mai clar.

Mijloacele antiaritmice utilizate actualmente nu satisfac necesitățile medicinei practice în restabilirea și menținerea ritmului normal la bolnavii cu FA. Chiar și după convertirea la ritm sinusal prin aplicarea șocului electric, durata menținerii ritmului sinusal descrește continuu. Cardioversiile repetate (seriate) doar amână transformarea FA în forma per-

manentă. Așadar, una dintre problemele centrale în tratamentul FA constă în luarea deciziei de restabilire a ritmului sinusal (numită „control al ritmului”) sau acceptarea strategiei controlului frecvenței cardiace prin administrarea beta-blocanților, antagoniștilor canalelor de calciu, digoxinei (numită „control al frecvenței”).

Prima alegere este strategia de convertire a FA și restabilirea ritmului sinusal. Latura slabă și dezavantajul acestei strategii constă în posibilitatea redusă de menținere ulterioară a ritmului sinusal. Rezultatul ar putea fi îmbunătățit prin utilizarea agenților antiaritmici după cardioversia electrică, însă apare problema reacțiilor adverse, inclusiv a efectelor proaritmice.

Cealaltă alegere constă în strategia controlului frecvenței cardiace, care poate fi obținută cu ușurință, deși deocamdată nu este destul de clar dacă aplicarea acestei strategii nu influențează mortalitatea și morbiditatea.

Una dintre problemele fundamentale ale tratamentului FA la momentul depistării acesteia constă în căutarea răspunsului la întrebarea: cât de rațională este încercarea de restabilire a ritmului sinusal? Cu alte cuvinte, ne aflăm în fața unei dileme: cărei strategii să-i dăm prioritate? Soluția acestei probleme în mare măsură va depinde de faptul, care dintre variantele posibile – controlul frecvenței sau controlul ritmului – va asigura o profilaxie mai eficientă a complicațiilor tromboembolice, va reduce mortalitatea, va ameliora simptomatologia sau va îmbunătăți calitatea vieții bolnavului cu FA. Altă problemă clinică importantă este dacă anumite categorii de pacienți, cum ar fi femeile, hipertensivii sau bolnavii cu insuficiență cardiacă, persoanele tinere cu boală structurală a cordului ar beneficia de aplicarea unei sau altei strategii.

Au fost realizate câteva studii mari, având drept scop compararea beneficiului și a riscului posibil al celor două strategii: controlul frecvenței vs controlul ritmului. Aceste cercetări au înrolat bolnavi cu vârsta de peste 65 de ani, dar femeile, pacienții tineri cu boli cardiace și cu FA paroxistică au fost mai puțin numeroși.

Este de menționat că majoritatea persoanelor încadrate în trialurile analizate au fost de vârstă înaintată, predominând bărbații, iar mulți aveau factori de risc pentru AVC (hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, cardiopatie ischemică). Totodată, unele subgrupuri de pacienți cu FA, cum ar fi cei tineri, fără boli structurale cardiace sau cu FA paroxistică, nu au fost prezenți în aceste studii. Prin urmare, rămâne neclar dacă și aceste subloturi ar putea beneficia în urma controlului ritmului sau a controlului frecvenței cardiace obținute cu insis-

tență. Astfel, a fost demonstrat că în FA controlul frecvenței cardiace este o strategie acceptabilă, de alternativă controlului ritmului sinusal la bolnavii cu recurențe frecvente de FA.

Așadar, controlul frecvenței cardiace în asociere cu terapia anticoagulantă cronică este strategia recomandată pentru majoritatea bolnavilor cu FA. Controlul ritmului nu s-a dovedit a fi superior controlului frecvenței cardiace (în asociere cu anticoagularea cronică) în reducerea morbidității și mortalității și ar putea fi chiar mai dezavantajos în unele subgrupuri de pacienți. Strategia controlului ritmului sinusal este dictată de unele situații speciale, cum ar fi simptomele prost tolerate, toleranța la efort fizic redusă, preferințele pacientului.

Pentru pacienții cu FA simptomatică, prost tolerată, controlul ritmului sinusal este inevitabil. Metoda cea mai eficientă și inofensivă de menținere a ritmului sinusal trebuie să reducă morbiditatea, să amelioreze simptomatologia prin diminuarea palpitațiilor induse de FA. În plus, studiile randomizate au arătat că controlul ritmului sinusal nu a fost superior în prevenirea complicațiilor tromboembolice. Prin urmare, una dintre lecțiile importante obținute din rezultatele studiilor realizate este că anticoagularea trebuie continuată la toți pacienții cu factori de risc, chiar și la cei care rămân în ritm sinusal sub tratament antiaritmice.

FIBRILAȚIA ATRIALĂ ȘI COMPLICAȚIILE TROMBOEMBOLICE

Grosu A., Gratii C., Diaconu N.,
Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *Atrial fibrillation is associated with high risk of thromboembolic complications and is responsible of approximately 20% of ischemic stroke, which has more severe evolutions and prognosis. The risk of development of embolic events can be reduced with optimal antithrombotic therapy.*

Actualitate. Fibrilația atrială (FA) este asociată cu un risc înalt de complicații tromboembolice și este responsabilă de cca 20% din accidentele vasculare cerebrale (AVC) ischemice. Ictusul cauzat de FA are o evoluție severă și un prognostic rezervat. Riscul dezvoltării evenimentului tromboembolic din FA poate fi redus printr-o terapie antitrombotică adecvată.

Scopul lucrării: studierea ponderii FA în dezvoltarea AVC ischemic și estimarea gravității afectării neurologice și a ratei de deces la bolnavii cu stroke și FA.

Material și metode. În studiu au fost incluși 735 de pacienți cu AVC ischemic acut, admiși în secțiile de neurologie și de terapie intensivă din Spitalul Clinic Municipal „Sf. Treime” pe parcursul anului 2004. În funcție de ritmul cardiac apreciat, bolnavii au fost divizați în 2 loturi: lotul I – cu FA și lotul II – cu RS.

Rezultate. Dintre pacienții înrolați în cercetare – 28,4% aveau FA (lotul I) și 71,6% erau în RS (lotul II). În urma aprecierii tipului de AVC, s-a constatat că ictus ischemic constituit au dezvoltat 77% dintre bolnavii, preponderent printre cei din lotul I (84% vs 74,3%, $p < 0,05$), pe când AVC minor, lacunar și accident ischemic tranzitoriu (AIT) a fost determinat cu o frecvență mai mare la pacienții cu RS. La spitalizare o rată mare de bolnavii cu FA au prezentat semne clinice de leziune cerebrală severă (79% vs 37%, $p < 0,01$), starea generală a acestor bolnavi era mai gravă, fiind prezentată printr-o rată înaltă de plegii, pareze, disfazii și de afectarea mai profundă a stării de conștiință. O treime (29,4%) dintre bolnavii înrolați au relatat prezența evenimentelor tromboembolice în antecedente: pacienții cu FA mai des au suportat AVC recurente (4,4 % vs 2,6%, $p < 0,05$) și embolii periferice (1,5% vs 0%, $p < 0,05$), iar bolnavii cu RS – AIT (3,8 % vs 1,9%, $p < 0,05$). Rata deceselor intraspitalicești a fost de 18,1%, mai mare fiind printre subiecții cu FA (30,6% vs 13,2%; $p < 0,001$).

Concluzie. Prezența FA a fost apreciată la 1/3 dintre bolnavii cu AVC ischemic acut. Bolnavii cu FA au avut o evoluție mai severă a patologiei neurologice, prezentând o rată mai înaltă de recurențe tromboembolice cerebrale în antecedente și o frecvență mai mare de mortalitate intraspitalicească.

EFICIENȚA TRATAMENTULUI MEDICAMENTOS CU PROPRANOLOL ȘI FLUOXETINĂ LA PACIENȚII CU SINCOPE MEDIATE NEURAL

Grosu A., Raducan A., David L.,
Institutul de Cardiologie, Chișinău, Republica Moldova

Summary. *The optimal medical therapy of patients with NMS is still controversial. The aim of study was to compare the therapeutic efficacy of propranolol and fluoxetine in the treatment of these patients.*

Scopul lucrării: aprecierea eficienței tratamentului medicamentos cu propranolol și fluoxetină a pacienților cu sincope mediate neural.

Material și metode. În studiu au fost incluși 107 pacienți (67 femei, 40 bărbați) cu vârsta medie de $39,4 \pm 1,6$ ani, care prezentau sincope/presincope, cu răspuns pozitiv la testul tilt (TT). Pacienții au fost divizați în 2 subloturi, pentru aprecierea eficienței tratamentului medicamentos cu beta-blocantul neselectiv propranolol și cu inhibitorul selectiv al recaptării serotoninei fluoxetină, evaluând dinamic recurența sincopală/presincopală timp de 6 luni. Astfel, 41 pacienți (38,3%) au fost selectați pentru tratament cu propranolol în doză medie $24,0 \pm 2,2$ mg/zi (sublotul 1), iar celorlalți 66 (61,7%) li s-a recomandat fluoxetină 20 mg într-o priză matinală (sublotul 2).