

UN NOU CONCEPT DE PATOLOGIE CARDIO-TORACICĂ

Interviu cu Prof. Dr. Miron Bogdan

Medic primar pneumolog

Co-Fondator Clinica B52 Cardio-Thorax Center, București

MEDICAL BUSINESS



PNEUMOLOGIE

PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE PNEUMOLOGIE



Domnule Profesor, ce ne puteți spune despre noul concept de patologie cardio-toracică?

Noul concept poate fi caracterizat ca fiind un mod de a practica medicina într-o cheie de eficiență superioară. În mod normal, în torace, funcția plămânului și cea a inimii sunt întretesute în actul care se cheamă respirație. La fel cum există această interferență funcțională, plămân-cord, cord-plămân, așa există și o asociere în condiții de boală. Plămânul bolnav are repercusiuni asupra inimii, iar inima bolnavă are repercusiuni asupra plămânului. Astfel, conceptul pe care îl susținem și promovăm este acela al unei medicini în care specialiștii în cardiologie interacționează cu specialiștii în pneumologie, cu scopul unei abordări cât mai eficiente a diagnosticului și a tratamentului bolnavilor.

În ce constă această interacțiune?

În acest context, primii care sunt implicați sunt cardiologii și pneumologii și viceversa în funcție de patologia primară. Avem nevoie de pneumologi care sunt supraspecializați în patologia somnului,

în sindromul de apnee în somn, fenomen în care respirația se oprește în timpul somnului (câteodată nepermis de mult). Apneea în somn reprezintă un factor de risc cardiovascular semnificativ. Sunt favorizate boli precum angina pectorală, infarctul miocardic, aritmiile inimii, accidentele vasculare cerebrale. Ignorarea și nontratarea SASO (sindromul de apnee în somn obstructiv) induce pericolul sporit al acestor boli. De asemenea, o boală tipic respiratorie precum BPOC (bronhopneumopatia cronică obstructivă) se asociază în peste 25% din cazuri cu boli cardiovasculare. De-seori, bolile cronice ale plămânului și inimii se asociază cu tulburări ale metabolismului, în primul rând tulburări de tip glucidic (diabet zaharat), dar și tulburări de tip lipidic (dislipidemiile).

Sindromul de apnee în somn este o afecțiune specifică adultului sau se poate întâlni și în cazul copiilor?

Sindromul de apnee în somn este substanțial mai cunoscut la adulți. Aproximativ 1 din 20 de persoane suferă de apnee în somn și, uneori, în forme severe, cu unele consecințe foarte grave. Una dintre aceste consecințe foarte grave constă în faptul că oamenii care suferă de sindrom de apnee în somn prezintă somnolență pe timpul zilei. În acest context, se estimează că aproximativ 25% până la 30% dintre accidentele de circulație sunt cauzate de adormirea la volan. Revenind la întrebare, sindromul de apnee în somn se întâlnește și la copii. Cel mai frecvent este întâlnit la copiii obezi. Însă, există și tulburări care sunt primitive ale coordonării respirației și în care se produce sindromul de apnee în somn de tip central. Astfel vorbim de copii cu diverse afecțiuni ale sistemului nervos central.

Ce schimbări a adus pandemia COVID-19 în actul medical?

Pandemia COVID-19 a afectat într-o mare măsură populația de



pretutindeni. Oamenii s-au speriat și au trăit cu teama a ceea ce se întâmpla. Tot în acest context s-a produs mari transformări în sistemul de sănătate. Accentul a fost pus mult mai mult pe pacienții care sufereau de infecția cu virusul SARS-CoV-2 și multe servicii de medicină cu diverse specialități s-au transformat în servicii de COVID-19, considerate o urgență a momentului, a perioadelor de manifestare severă a epidemiei. Astfel, medicina altor bolnavi non-COVID-19 cu boli cronice, a avut de suferit. Servicii întregi au fost reduse ca funcționalitate sau închise în totalitate. Vorbim de o proporție în acest sens de aproximativ 20-25%. Acum, însă, trebuie să existe un efort foarte mare de a readuce capacitatea sistemului de sănătate la abilitatea de a primi și de a îngriji așa cum prevăd protocoalele foarte mulți bolnavi, care în ultimii doi ani au fost neglijați. Bolnavi cu boli cronice cardiovasculare, pulmonare, adesea bolnavi cu tumori maligne au fost considerați că nu erau o urgență în contextul COVID-ului, dar care au evoluat cu unele consecințe grave. A fost un „cutremur” în sistemele de sănătate ale lumii dar și în România. De aceea, este nevoie actualmente de reconstrucție, reorganizare, redotare, refuncționalizare care să facă din sistemul românesc de sănătate un sistem eficient.

Care sunt afecțiunile respiratorii cele mai comune provocate de infecția cu SARS-CoV-2?

COVID-19 în varianta pulmonară induce un grad variabil de afectare a țesutului pulmonar. De la forme care uneori sunt ușoare, ele mimează o pneumonie obișnuită. Numai că atacul virusului SARS-CoV-2 are loc la nivelul vaselor pulmonare și mai ales a microvascularizației, la nivelul capilarelor pulmonare din pereții alveolelor pulmonare care mimează pneumonia. Aceste leziuni de tip pneumonic sunt foarte vizibile pe imagistică, pe radiografia standard și pe tomografia computerizată. Astfel de leziuni pot să afecteze 10%-40 din țesutul pulmonar iar când ajung la 75-85% viața omului este pusă în pericol, deoarece el dezvoltă o insuficiență respiratorie. De asemenea, aduce și pericolul unei suprainfecții cu alți germeni, cu alți microbi care stau la pândă și profită de detresa în care se află țesutul pulmonar pentru a-și crea ei înșiși un proces de infecție. Și știm foarte bine că, a ucis mulți oameni. Așadar, această insuficiență respiratorie este foarte greu de tratat. Dintre pacienții care ajungeau la intubație orotraheală și la ventilație mecanică numai 10% au scăpat cu viață. În plus, COVID-19

poate lăsa cicatrici chiar și la cei care se vindecă, ei pot rămâne cu un grad de insuficiență respiratorie de efort pentru tot restul vieții.

Când ar trebui să trimită un medic de familie un pacient la pneumolog?

O astfel de conduită ar trebui să fie una firească. Medicina bună este o medicină a comunicării între medici. Medicul de familie este un medic de neprețuit în sistemul de sănătate, fiindcă el știe foarte mult, pe o paletă largă de boli. Medicul specializat, superspecializat, cum ar fi, de exemplu, medicul pneumolog, cardiolog, gastroenterolog, nefrolog, hematolog - specialitățile medicinei interne - este medicul care și-a restrâns aria de practicare, dar care a aprofundat într-o măsură substanțială modul de diagnostic și modul de tratament al bolnavilor cu boli în specialitatea lui. Însă, când este nevoie de un plus de investigații, când medicul de familie nu este pe deplin edificat în ceea ce privește profilul, cauza suferinței respiratorii pulmonare și mai cu seamă soluțiile terapeutice, este bine să trimită pacientul la un consult specializat de pneumologie. A doua opinie în medicină nu este un semn de slăbiciune, este un semn de forță. Nu este decât o atitudine de laudă în care fiecare medic în specialitatea și cu competențele lui devine contributiv la rezolvarea unei probleme medicale. Un om poate greși, dar doi sau trei oameni este mai puțin probabil să facă posibil acest lucru. Îndemnul pe care îl fac este la deschiderea modului de a practica medicina, la o comunicare activă între specialiști iar eu consider medicina de familie o adevărată specialitate. Cred că acest aspect este un lucru care va transforma și va eficientiza sistemul de sănătate românesc.

Ce aduce în plus Clinica B52 în serviciile medicale din România?

B52 Cardio-Thorax Center este o clinică care reunește medici supraselecționați, cardiologi și pneumologi. Suntem toți educați în spiritul comunicării între practicieni și diverșii specialiști ai comunicării multidisciplinare. Din echipă mai face parte un medic nutriționist, un medic geriatru și un psiholog care poate să facă psihoterapie. În această orchestră de instrumente medicale, pacientul pe care îl consultă un specialist nu mai este pus pe drumuri pentru un alt specialist. Este o medicină bună pentru că oferă un consult interdisciplinar care este în favoarea pacienților.