



Stariji vozači —
veći rizik za
prometnu nesreću

str. 50

II. hrvatski ehokar-
diografski kongres

str. 52

Djelotvornost i
sigurnost primjene
simvastatina

str. 54

Simpozij »Akutni
koronarni sindrom«

str. 56



Nove europske smjernice o prevenciji kardiovaskularnih bolesti

Željko Reiner

Klinički bolnički centar Zagreb

Na Europskom kardiološkom kongresu u Beču su 3. rujna 2007. godine prikazane po prvi puta nove **Europske smjernice o prevenciji kardiovaskularnih bolesti** (KVB). Cijeli tekst smjernica (113 stranica) objavljen je u suplementu 2 rujanskog broja *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, dok će sažetak smjernica biti objavljen u istom časopisu ali i u *European Heart Journalu* te rujanskom broju časopisa *Atherosclerosis*.

Što je u njima novo, odnosno po čemu se one razlikuju od smjernica iz 2003. godine? Jedna od novosti je još veći naglasak na potrebu procjene ukupnog kardiovaskularnog rizika, a ne samo obraćanje pozornosti na jedan čimbenik rizika, primjerice samo hipertenziju ili samo hiperlipidemiju i sl. Naglašeno je da SCORE karte rizika nisu namijenjene za izračunavanje rizika onih koji sigurno imaju izrazito veliki rizik: bolesnika s dokazanom koronarnom bo-

lešću (KB) ili preboljelim infarktomi miokarda, dijabetičara tipa 2 ili one tipa 1 s mikroalbuminurijom te osoba s izrazitom hiperlipidemijom (porodična hiperkolestrolemija i sl.). Dodana je još jedna karta relativnog rizika koja služi da se mladim ljudima s manjim ukupnim rizikom pokaže da su ipak jače ugroženi od njihovih vršnjaka. To bi moglo pomoći liječnicima da ih motiviraju za prestanak pušenja, zdraviju prehranu i redovitu tjelesnu aktivnost. Općenito je načinu života i njegovoj važnosti za KVB posvećeno mnogo više pozornosti no u ranijim smjernicama. To se posebno odnosi na psihosocijalne čimbenike: socijalno-ekonomski status, društvenu izolaciju, depresiju i stres kao važne rizike koji pak potiču i druge čimbenike rizika kao što su pušenje, nezdrava prehrana, nekretanje i sl. Iz toga proističe potreba intenzivnijeg djelovanja liječnika na promjenu nezdravih načina života osoba koje im se obraćaju.



Istaknuto je da žene, iako u reproduktivnom razdoblju života imaju manji rizik, ukupno više umiru zbog KVB pa prevenciji u njih treba posvetiti daleko veću pozornost nego što se sada čini. Važan naglasak dan je na prevenciju periferne arterijske bolesti i cerebrovaskularne bolesti i jasno je rečeno da ti bolesnici zaslužuju jednaku pozornost glede prevencije, osobito liječenja statinima, kao i bolesnici s KB. Budući je doživotni rizik dijabetičara podjednak onome u nedijabetičara s dokazanom kardiovaskularnom bolešću, poglavito ako imaju još neki čimbenik rizika ili imaju mikroalbuminuriju, u njih je obvezatno neophodno mnogo intenzivnije provoditi prevenciju, navlastito liječenje statinima.

Kod svakih novih smjernica obično najveću pozornost (osobito farmaceutske industrije zbog njihovog izravnog interesa, a onda i posljedičnog pritiska na liječnike) izazivaju nove ciljane vrijednosti liječenja. Što se toga tiče, nije došlo do značajnijih promjena osim što je uz već ranije postavljeni cilj smanjenja ukupnog kolesterola u osoba s izrazito velikim rizikom na 4,5 mmol/L, a LDL kolesterola na 2,5 mmol/L, naznačeno da bi u tih bolesnika bilo dobro,

ako je to ikako moguće, smanjiti ukupni kolesterol na manje od 4 mmol/L, odnosno LDL kolesterol na manje od 2 mmol/L. To se temelji na rezultatima novijih kliničkih istraživanja, ali ograda "ako je to moguće" odnosi se na različitost kulturoloških, prehrambenih, gospodarskih i inih prilika u različitim zemljama pa ovu preporuku valja shvatiti isključivo u tom kontekstu. Što se pak arterijske hipertenzije tiče, u bolesnika s izrazito velikim rizikom (oni s dokazanom KVB, dijabetičari i bolesnici s bolestima bubrega ili nekog drugog "ciljnog" organa) arterijski bi tlak valjalo sniziti do 130/80 mmHg, ako je to ikako moguće.

Važno je još spomenuti da je jasno rečeno da bi svi bolesnici koji su hospitalizirani zbog akutnog koronarnog sindroma svakako trebali započeti s liječenjem statinima još tijekom boravka u bolnici.

Kontakt:

E-mail: zreiner@kbc-zagreb.hr

Članak zaprimljen: 9. 9. 2007.

Stariji vozači - veći rizik za prometnu nesreću?

Vjeran Nikolić Heitzler¹, Zdravka Eremić Heitzler², Mario Ivanuš³

¹Klinička bolnica Sestre milosrdnice, Zagreb

²Specijalistička ordinacija medicine rada mr. sc. Zdravka Eremić Heitzler, Zagreb

³Opća bolnica Bjelovar, Bjelovar

U zemljama Europske unije u cestovnim prometnim nesrećama s fatalnim posljedicama godišnje strada 43.000 ljudi¹. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske, obrađenim od Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2006. godini broj smrtno stradalih osoba od prometnih nesreća u našoj zemlji iznosi 659 (stopa 14,85/100.000) i predstavlja 35 % svih nesretnih slučajeva te godine². Proteklih smo mjeseci putem javnih medija gotovo svakodnevno obasipani vijestima o teškim prometnim nesrećama s naglaskom da su osnovni krivci vozači mlađe životne dobe.

Je li je to baš tako?

Prije nekoliko dana u austrijskom dnevnom listu "Kurier" objavljen je članak koji nas je potaknuo na ovo razmišljanje. Opisuje se teška prometna nesreća

sa dvije poginule i jednom teškom ozlijeđenom osobom koju je izazvao 78-godišnji vozač. Činjenica je da je u protekle dvije godine u Austriji na 580.000 stanovnika starijih od 75 godina u cestovnim prometnim nesrećama poginulo 92 ljudi, u odnosu 88 smrtno stradalih na 610.000 stanovnika u dobi od 20 do 24 godine³. Prema dostupnim podacima za Republiku Hrvatsku⁴ od ukupno 56.025 prometnih nesreća tijekom 2005. god., vozači u dobi 65 i više godina prouzročili su 2.358 (4,2 %) svih prometnih nesreća, od čega 35 s poginulima i 611 s ozlijeđenima. Udio osoba u dobi 65 i više godina kao vozača koji su prouzročili prometnu nesreću s poginulima tijekom 1996. god. iznosio je 4,7 %, a u 2005. godini porastao je na 7,3 %. Kod prometnih nesreća s ozlijeđenim osobama, udio populacije iste životne dobi



porastao je s 2,6 % tijekom 1996. na 4,2 % u 2005. godini.

Svjesni smo, a na to upućuje i statistika, da su vozači mlađe životne dobi ipak najčešći krivci cestovnih nesreća (brzina, sklonost riziku), međutim životna dob se produljuje, pa je i sve veći udio starijih vozača. Ovim se otvara vrlo osjetljiva rasprava da li se može dopustiti da se zdravstvena sposobnost vozača A i B kategorije od dobivanja vozačke dozvole s 18 godina ne provjerava sve do 80 godine života? Austrija, Slovenija, Hrvatska i svega još pet zemalja Europe uvrstili su se u iznimke među razvijenim zemljama jer su se odrekle zdravstvenog nadzora vozačke sposobnosti osoba starije životne dobi. Za Hrvatsku ovo vrijedi od 2004. godine. Potrebno je ipak istaknuti susjednu nam Mađarsku gdje su vozači obvezni već po navršenoj 40. godini života pristupiti zdravstvenom pregledu, radi produljenja valjanosti vozačke dozvole.

Naravno, slažemo se da starenje nije bolest. Procesom starenja neminovno dolazi i do promjena zdravstvenih sposobnosti koje mogu utjecati na sigurno upravljanje motornim vozilom. Neke su jednostavne za prepoznati (npr. slabljenje vida, poremećaji motorike), dok druge poput kardiovaskularnih bolesti zahtijevaju medicinski nadzor i odgovarajuće liječenje.

U Hrvatskoj su kardiovaskularne bolesti vodeći uzrok smrtnosti². Obzirom da ne postoje detaljni statistički podaci o prometnim nesrećama čiji su sudionici osobe starije dobi koje boluju od kardiovaskularnih bolesti, vrijedno je citirati članak kolega iz Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba³ prema kojemu uvidom u zdravstvene kartone 314 pregledanih vozača starijih od 65 godina, patološke promjena na kardiovaskularnom sustavu nađene su kod 75 % pregledanih. Dobro je poznato da iznad 60 godine života preko 60 % osoba imaju povišene vrijednosti arterijskog tlaka koje zahtijevaju odgovarajuće liječenje i kontrole. Prilikom vožnje nerijetko smo izloženi stresnim situacijama koje mogu rezultirati značajnim skokovima arterijskog tlaka i potaknuti poremećaje srčanog ritma, provocirati anginozne tegobe sve do srčanog infarkta i moždanog udara.

Namjera ovog osvrtu nije bila nikako da ograniči slobodu i nezavisnost starijih osoba u upravljanju motornim vozilom. Starijim ljudima je automobil često neophodan, ali nužno je da u prometu ne predstavljaju opasnost za sebe i druge.

Konačno, jedna naizgled smiješna opaska iz već prije spomenutog "Kuriera", ako u prometu zamijetite starijeg vozača sa šeširom ili kapom na glavi bježite od njega. Poznato je da "pokrivalo" na glavi

obično ne nosimo kod kuće, a niti u automobilu gdje bi se trebali također osjećati kao kod kuće.

Literatura

1. European Road Safety Observatory. Annual Statistical Report 2006. Based on data from CARE/EC. Dostupno na: http://ec.europa.eu/transport/roadsafety_library/care/doc/safetynet/2006/sn-1-3-asr-2006_final.pdf (pristup 7. 9. 2007.)
2. Ćorić T, Mihel S. Izvješće o umrlim osobama u Republici Hrvatskoj u 2006. godini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2007. Dostupno na: http://www.hzjz.hr/publikacije/Umrl_i_2006.pdf (pristup 7. 9. 2007.)
3. Schreiber D. Senioren: Gefährdet und gefährlich. Kurier 243:9;2007. Dostupno na: <http://www.kurier.at/>
4. Republika Hrvatska. Ministarstvo unutarnjih poslova. Bilten o sigurnosti cestovnog prometa 2005. Zagreb, 2006. Dostupno na: <http://policija.hr/mup.hr/UserDocImages/Bilten%20o%20sigurnosti%20cestovnog%20prometa.PDF> (pristup 11. 9. 2007.)
5. Ražić D, Bratinčević M. Kardiovaskularne bolesti i stanja kod vozača starije životne dobi kao mogući čimbenici rizika u prometu. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2006;2(8). Dostupno na <http://www.hcjz.hr/pr.php?id=13021> (pristup 7. 9. 2007.)

Kontakt:

E-mail: vjeran.nikolic-heizler@zg.htnet.hr

Članak zaprimljen: 11. 9. 2007.

Uredništvo *Kardio lista* prima sljedeće priloge iz područja kardiologije: kratka znanstvena i stručna priopćenja, osvrte, pisma uredništvu, vijesti, zanimljivosti, najave i izvješća sa skupova. Regularna duljina teksta napisanog prema uputama International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>) je najviše do 3.500 znakova s razmacima. Uredništvo ima pravo kraćenja tekstova. Svi objavljeni članci predstavljaju stavove i mišljenje njihovih autora koji preuzimaju punu odgovornost za sve što je iznešeno u radu, bez obzira na recenziju.

Sastavni dio oglašenog promotivnog materijala lijekova predstavljaju i cjelokupni odobreni sažetak svojstava lijeka te cjelokupna odobrena uputa, sve sukladno članku 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima (Narodne novine br. 62./05.). Uredništvo i izdavač ne snose odgovornost, niti jamče za bilo koji od proizvoda ili oglašanih usluga.

Objavljeni materijal smije biti reproduciran uz pisanu suglasnost izdavača.



II. hrvatski ehokardiografski kongres s međunarodnim sudjelovanjem Opatija, 11. - 13. listopada 2007.

Viktor Peršić u ime Organizacijskog odbora

*Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma
Thalassotherapia, Opatija*

Sa željom za prerastanjem u tradicionalnu stručnu i znanstvenu manifestaciju, organizirali smo II. hrvatski ehokardiografski simpozij s međunarodnim sudjelovanjem. Skupom obilježavamo pedeset godina *Thalassotherapije* iz Opatije te ukazujemo na razvojni put ustanove i postignute dosege sažete simbolom inauguracije akutnog kardiološkog odjela.

Navedena svečanost, uz predstavljanje monografije ustanove i prigodan umjetnički program, održat će se u nazočnosti Predsjednika Republike **Stjepana Mesića**, ministra zdravstva prof. dr. sc. **Nevena Ljubi-**

čića, dužnosnike lokalne samouprave i strukovnih udruga, te VAS dragi kolege, u sklopu otvaranja Simpozija, 11. listopada 2007. s početkom u 18 h.

Radujemo se Vašem dolasku!

Sve informacije o kongresu dostupne su na službenim web stranicama kongresa (<http://www.thalassotherapia-opatija.hr>) ili portalu *Kardio.hr*.

Kontakt:

E-mail: viktor.persic@ri.t-com.hr

Članak zaprimljen: 10. 9. 2007.

CARDIOVASCULAR ULTRASOUND: FROM IMAGING TO KNOWLEDGE IN THE PRACTICE OF CLINICAL CARDIOLOGY

Wednesday, October 10, 2007 — Thursday, October 11, 2007

ECHOCARDIOGRAPHIC WORKSHOP FOR BEGINNERS

Thursday, October 11, 2007

15.00 - 18.00 **REGISTRATION**
18.00 **OPENING CEREMONY**

SCIENTIFIC PROGRAM

Friday, October 12, 2007

9.00 - 10.30 **PLENARY SESSION I**
Chairpersons: N. Nanda (Birmingham), I. Sokol (Zagreb), Ž. Mavrić (Rijeka)

9.00 - 9.10 *Wellcome and Announcement*
V. Peršić (Opatija), D. Miličić (Zagreb)

9.10 - 9.30 *Echocardiography today: State of the Art*
N. Nanda (Birmingham)

9.30 - 9.50 *Echocardiography in Cardiac Resynchronization Therapy: State of the Art and Future Directions*
J. Gorcsan (Pittsburgh)

9.50 - 10.10 *The Role of Echo in the Assessment of LV Filling Pressures*

F. J. Pinto (Lisbon)

10.10 - 10.30 *Stress Echo and Sustainability of Cardiovascular Imaging*

E. Picano (Pisa)

10.30 - 11.00 Refreshment Break

SCIENTIFIC SESSION # 1

11.00 - 13.00 **VALVULAR HEART DISEASES**

Chairpersons: F. J. Pinto (Lisbon), V. Peršić (Opatija), J. Vincelj (Zagreb)

11.00 - 11.20 *Comprehensive Evaluation of Aortic Stenosis*

V. Peršić (Opatija)

11.20 - 11.40 *Aortic Regurgitation: Moderate or Severe - How Can I Be Sure?*

J. Gorcsan (Pittsburgh)



- 11.40 - 12.00 *Prognostic Value of Echocardiography in Assessing Mitral Regurgitation*
F. J. Pinto (Lisbon)
- 12.00 - 12.20 *Stentless versus Superstentless Aortic Bioprostheses in Terms of Survival Advantage*
I. Sokol (Zagreb)
- 12.20 - 12.40 *Echocardiography in Tricuspid Valve Disease*
D. Planinc (Zagreb)
- 12.40 - 13.00 *Echocardiography in Valvular Endocarditis*
J. Vincelj (Zagreb)
- 13.00 - 15.00 Lunch

SCIENTIFIC SESSION # 2

- 15.00 - 16.20 **LEFT AND RIGHT VENTRICULAR FUNCTION**
Chairpersons: I. Vlasseros (Athens), V. Nikolić-Heitzler (Zagreb), L. Zaputović (Rijeka)
- 15.00 - 15.20 *Echocardiographic Assessment of Left Ventricular Long Axis Function*
G. Bajraktari (Prishtina)
- 15.20 - 15.40 *2D and 3D Transthoracic Echo Diagnosis and Assessment of Left Ventricle - non compaction*
N. Nanda (Birmingham)
- 15.40 - 16.00 *The Diagnosis of Right Ventricular Failure by Echocardiography*
I. Vlasseros (Athens)
- 16.00 - 16.20 *Echocardiography in Pulmonary Embolism*
V. Nikolić-Heitzler (Zagreb)
- 16.20 - 16.40 Refreshment Break

SCIENTIFIC SESSION # 3

- 16.40 - 17.40 **STRESS ECHO IN ISHEMIC HEART DISEASE**
Chairpersons: G. Miličević (Zagreb), D. Planinc (Zagreb), D. Žagar (Rijeka)
- 16.40 - 17.00 *Role of Stress Echo in Patient Management*
G. Miličević (Zagreb)
- 17.00 - 17.20 **ECHO DIAGNOSTICS OF CARDIAC MASSES**
Cardiac Tumors
D. Žagar (Rijeka)

Saturday, October 13, 2007

8.30 - 9.10 **PLENARY SESSION II**

- Chairpersons: D. Miličić (Zagreb), J. Gorcsan (Pittsburgh), A. Matana (Rijeka)
- 8.30 - 8.50 *Incremental Value of 3D Echo over 2D Echo/Doppler in the Assessment of Valvular Regurgitation*
N. Nanda (Birmingham)
- 8.50 - 9.10 *Clinical Uses of Tissue Doppler*
J. Gorcsan (Pittsburgh)

SCIENTIFIC SESSION # 4

- 9.10 - 10.30 **AORTIC DISEASE AND DISSECTION, HEART FAILURE**
Chairpersons: D. Miličić (Zagreb), J. Gorcsan (Pittsburgh), A. Matana (Rijeka)
- 9.10 - 9.30 *Echocardiography in the Assessment of Aortic Dissection*
D. Miličić (Zagreb)
- 9.30 - 9.50 *Aneurysm of Sinus Valsalva*
A. Matana (Rijeka)
- 9.50 - 10.10 *Echo-Doppler Prognosis in Heart Failure*
J. Gorcsan (Pittsburgh)
- 10.10 - 10.40 Refreshment Break

SCIENTIFIC SESSION # 5

- 10.40 - 12.00 **ECHO TECHNIQUES AND THERAPEUTIC MODALITIES**
Chairpersons: J. Šeparović (Zagreb), J. Mirat (Zagreb), R. Bernat (Krapinske Toplice)
- 10.40 - 11.00 *Echo Techniques for CRT Patient Selection and Device Optimization*
J. Šeparović (Zagreb)
- 11.00 - 11.20 *Monitoring of Patients with Implanted Devices*
J. Mirat (Zagreb)
- 11.20 - 11.40 *Echo-Based Non Invasive Cardiac Angiogenesis Therapy*
I. Vlaseros (Athens)
- 11.40 - 12.00 *Percutaneous Closure of Patent Foramen Ovale and Atrial Septal Defect - the Role of Transesophageal Echocardiography*
R. Bernat (Krapinske Toplice)
- 12.00 Lunch



Djelotvornost i sigurnost primjene simvastatina (Vasilip) u visokorizičnih bolesnika s hiperlipidemijom neovisno o tome boluju li od bolesti srca i krvnih žila ili ne: rezultati meta-analize*

Željko Reiner¹, Breda Barbič-Žagar²

¹Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb

²Krka, d. d., Novo Mesto, Slovenija

Cilj studije: Cilj studije bilo je utvrditi djelotvornosti i sigurnosti primjene simvastatina (Vasilip) u 1.637 visokorizičnih bolesnika s hiperlipidemijom neovisno o tome boluju li od bolesti srca i krvnih žila (BSKŽ) ili ne.

Metode i bolesnici: U meta-analizu ukupno je uključeno 1.637 visokorizičnih bolesnika s hiperlipidemijom iz 11 kliničkih pokusa neovisno o tome boluju li od BSKŽ-a ili ne. Klinički pokusi provedeni u deset država bili su istovjetno oblikovani, kratkotrajni (12 tjedana), otvoreni i neusporedni. Bolesnici su bili liječeni s 10 do 40 mg Vasilipa kako bi se postigla ciljna razina LDL-kolesterola. Glavne ishodišne mjere bile su promjena koncentracije LDL-kolesterola i drugih ispitivanih parametara, sigurnost primjene različitih doza simvastatina te odnos između simvastatina i istovremene primjene drugih lijekova za koje se zna da uzrokuju klinički značajne neželjene učinke.

Rezultati: Od bolesnika uključenih u meta-analizu 29 % je bilo starije od 64 godine, dok ih je 37 % bilo u dobi od 55 do 64 godine. Među visokorizičnim bolesnicima njih 45,6 % nije bolovalo od BSKŽ-a, dok ih je 54,4 % bolovalo od BSKŽ-a. Čimbenici rizika kao što su hipertenzija, šećerna bolest i pušenje bili su zastupljeni velikom učestalošću (72,4 %, 23,5 % odnosno 25,7 %). Prosječna završna doza Vasilipa bila je 21,3 mg i dovela je od relativnog sniženja LDL-kolesterola od 35 %, ukupnog kolesterola od 26 %, triglicerida od 12 % te relativnog porasta HDL-kolesterola od 10 %. Sistolički krvni tlak bio je smanjen za 7 mmHg, dok je dijastolički krvni tlak bio smanjen za 4 mmHg. Stotinu pedeset i pet bolesnika (9,5 %) imalo je jednu ili više neželjenih pojava vjerojatno prouzročenih lijekom. Dvadeset i dva bolesnika (1,3 %) zbog neželjenih su pojava prekinula pokus. Niti jedan od njih nije zadovoljio dijagnostičke odrednice miopatije. Meta-analiza ovih podataka nije pokazala postojanje povećanog rizika u

bolesnika pridruženih različitim dozama Vasilipa (38 bolesnika - 10 % na 10 mg Vasilipa, 76 bolesnika - 8 % na 20 mg Vasilipa i 31 bolesnik - 10,6 % na 40 mg Vasilipa). Nakon 12 tjedana liječenja koncentracija alanin aminotransferaze (ALT) bila je dvaput veća od gornje granice normalnih vrijednosti u samo 7 bolesnika (0,5 %), dok je koncentracija aspartat aminotransferaze (AST) u 2 bolesnika (0,1 %) i kreatin kinaze (CK) u 4 bolesnika (0,3 %) bila triput veća od gornje granice normalnih vrijednosti. Nije zabilježen niti jedan slučaj kod kojega bi ALT i AST bili ≥ 3 puta veći ili CK ≥ 10 puta veći od gornje granice normalnih vrijednosti. Uporabom χ^2 -testa razmotrili smo korelacije između najčešćih neželjenih pojava i istovremene primjene drugih lijekova tijekom pokusa. Meta-analiza je pokazala statistički značajnu korelaciju između opstipacije i mijalgije te uzimanja dihidropiridinskih antagonista kalcija; dispnejsije i uzimanja beta blokatora; glavobolje i uzimanja diltiazema; opće slabosti i uzimanja nitrata i perifernih vazodilatatora.

Zaključci: Meta-analiza je potvrdila terapijsku djelotvornost simvastatina (Vasilip) u 1.637 visokorizičnih bolesnika s hiperlipidemijom neovisno o tome imaju li bolest srca i krvnih žila ili ne. Dvije trećine bolesnika dosegle su ciljnu razinu LDL-kolesterola manju od 3 mmol/L. Očekivane neželjene pojave bile su blage i slabile su se tijekom pokusa. Liječenje Vasilipom bilo je sigurno, a stopa prekida liječenja bila je usporediva s podacima objavljenim za simvastatin.

Kontakt:

E-mail: zreiner@kbc-zagreb.hr

Članak zaprimljen: 7. 9. 2007.

*Rad prikazan na 5. hrvatskom kongresu o aterosklerozi, Zadar, 21. - 24. rujna 2005. godine i prvi puta objavljen u *Liječ Vjesn* 2005;127 Suppl 3;62-3.



10 godina Krkinih statina
5 godina Atorisa

*Krkinii statini -
vjerodostojan partner
danas i sutra*



ATORIS®

atorvastatin
Tablete od 10 mg, 20 mg, 40 mg

Siguran put do cilja



ATORIS® atorvastatin
tablete od 10 mg, 20 mg, 40 mg

Indikacije: Primarna hiperlipidemija tipa IIa i IIb, uključujući poligeniku hiperkolesterolemiju, heterozgotnu i homozgotnu porođicu hiperkolesterolemiju i mješavnu hiperlipidemiju. Doziranje i način uporabe: Preporučena početna doza iznosi 10 mg na dan. Najveća doza iznosi 80 mg. **Kontraindikacije:** Preosjetljivost na bilo koji sastojak lijeka. Aktivna bolest jetre. Nerazapinjeno trajno povišenje transaminaza u serumu. Bolesti skeletnih mišića. Trudnoća i dojenje. **Interakcije:** Istodobno uzimanje Atorisa i ciklospolina, antibiotika (eritromicina, klaritromicina, kloramfenikola i dalofipristina), inhibitora proteaze, derivata fibrične kiseline, niacina, azolnih antimikotika ili nefazodona može uzrokovati povišenje razine atorvastatina u serumu, što može dovesti do pojave mioopatije s rhabdomiolizom i bubrenom insuficijencijom. Opaziti je potreban kada se atorvastatin daje istodobno s digoksinom i varfarinom. **Nuspojave:** Većina bolesnika dobro podnosi atorvastatin. Od nuspojava najčešće se javljaju gastrointestinalni poremećaji, glavobolja, mišićni bolovi i poremećaji spavanja. Značajno, no vrlo rijetko skupina nuspojava predstavljaju mišićni poremećaji (mioopatija) u obliku bolova i slabosti mišića te povišenja vrijednosti mišićne frakcije kreatin-kinaze (CK). **Precaziranje:** Potrebno je praćenje i održavanje vitalnih funkcija te onemogućavanje daljnje uporabe lijeka. **Način izdavanja:** Samo na liječnički recept. **Oprema:** 30 film-tableta od 10 mg, 20 mg ili 40 mg atorvastatina. Datum pripreme teksta: srpanj 2007.

Vasilip® simvastatin
tablete od 10 mg, 20 mg i 40 mg

Indikacije: Koronarna bolest srca, hiperlipidemija. **Doziranje:** Preporučena početna doza je 10 ili 20 mg. Najveća dnevna doza je 80 mg. Za bolesnike s presadenim organima koji uzimaju ciklosporin preporučena doza je 10 mg. **Kontraindikacije:** Aktivna bolest jetre. Nerazapinjeno trajno povišenje vrijednosti transaminaza u serumu. Preosjetljivost na bilo koji sastojak lijeka. Porfirija. Trudnoća i dojenje. **Interakcije:** Istodobno uzimanje simvastatina i ciklospolina, derivata fibrične kiseline, niacina, eritromicina, klaritromicina, ketokonazola, itakonazola, nefazodona i ritonavira može imati za posljedicu mioapatiju s rhabdomiolizom i otkazivanjem bubrega. Istodobno uzimanje simvastatina i varfarina može pojačati učinak varfarina na zgrušavanje krvi i time povećati rizik od krvarenja. U bolesnika koji istodobno uzimaju simvastatin i digoksin može porasti razina digoksina u serumu; zbog toga te bolesnike treba posebno pratiti. **Nuspojave:** Većina bolesnika dobro podnosi simvastatin. Njegove nuspojave obično su blage i prolazne. Mogu se javiti zatvor, mučnina, flatulencija, dispepsija, bol u trbuhu, proljev, povećanje, glavobolja, poremećaji spavanja i povišenje razine jetrenih enzima, a rjeđe vrtoglavica, amot, mišićna slabost, svrbež i pretrgano ispadanje kosu. Značajno, no vrlo rijetko skupini nuspojava simvastatina predstavljaju mišićni poremećaji (mioopatija) koji se očituju bolovima i krutošću mišića te povišenjem vrijednosti kreatin-fosfokinaze (mišićne frakcije) u krvi. Iznimno se može razviti rhabdomioliza koja može dovesti čak do otkazivanja bubrega. **Oprema:** 20 i 28 tableta po 10 mg i 20 mg; 28 tableta po 40 mg. Datum pripreme teksta: srpanj 2007.

Vasilip®

simvastatin
Tablete od 10 mg, 20 mg, 40 mg

Vasilip. Prijatelj Vašeg srca



Cjelokupni odobreni sažetak svih statina lijeka te cjelokupna odobrena uputa, nalaze se u članku 15 i 22. Priznanje o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvodima ("Narodne novine" broj 62/05)

KRKA

Detaljnije informacije možete dobiti od firme:
Krka-Farma d.o.o., Radnička 48/II, p.p. 205, Zagreb 10002
Telefon (01) 63 12 100, Telefaksa (01) 61 76 739,
E-mail: krka-farma@zg.htnet.hr



Simpozij »Akutni koronarni sindrom - od primarne i hitne medicine do županijske i kliničke bolnice«

Mijo Bergovec, Boris Starčević, Miroslav Raguž, Dražen Šebetić, Hrvoje Vražić

Klinička bolnica Dubrava, Zagreb

U Kliničkoj bolnici Dubrava u Zagrebu održan je 6. srpnja 2007. godine Simpozij "Akutni koronarni sindrom — od primarne i hitne medicine do županijske i kliničke bolnice". Simpozij su organizirali Zavod za bolesti srca i krvnih žila Kliničke bolnice Dubrava u Zagrebu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske i Hrvatsko kardiološko društvo. Moderator Simpozija bio je prof. dr. sc. **Mijo Bergovec**, voditelji dr. sc. **Boris Starčević** i mr. sc. **Miroslav Raguž**, a tajnici su bili **Dražen Šebetić**, dr. med. i **Hrvoje Vražić**, dr. med. Na ukupno 20 predavanja, *pro et contra* raspravi te okruglom stolu na temu "Uspjesi, neuspjesi i problemi pilot projekta liječenja STEMI u sjeverozapadnoj Hrvatskoj" sudjelovali su akademik **Vladimir Goldner**, akademik **Željko Reiner**, prof. dr. sc. **Mijo Bergovec**, prof. dr. sc. **Velimir Božikov**, prof. dr. sc. **Davor Miličić**, prof. dr. sc. **Vjeran Nikolić-Heitzler**, prof. dr. sc. **Željko Romić**, prof. dr. sc. **Anton Šmalcelj**, doc. dr. sc. **Jure Mirat**, prim. dr. sc. **Inge Heim**; prim. dr. sc. **Vjekoslava Raos**; dr. sc. **Boris Starčević**; mr. sc. **Mirjana Jembrek Gostović**; mr. sc. **Miroslav Raguž**; **Mario Ivanuša**, dr. med., **Nevenka Krčmar**, dr. med., **Branko Ostrički**, dr. med., **Dražen Šebetić**, dr. med. i **Krešimir Šutalo**, dr. med. Ukupno je na Simpoziju sudjelovalo više od 320 liječnika različitih profila — liječnika obiteljske medicine, hitne medicinske pomoći, domova zdravlja, županijskih, općih i kliničkih bolnica — stažista, specijalizanata interne medicine, specijalista internista i subspecijalista kardiologa iz grada Zagreba, Zagrebačke županije te županija sjeverozapadne Hrvatske, ali i drugih županija te liječnika iz Slovenije i Bosne i Hercegovine.

U popodnevnom dijelu Simpozija u trajanju od dva sata održan je vrlo informativan, koristan i konstruktivan Okrugli stol na temu "Uspjesi, neuspjesi i



problemi pilot projekta liječenja STEMI u sjeverozapadnoj Hrvatskoj" na kojem su uz moderatora **M. Bergovca** sudjelovali **D. Miličić** (Zagreb), **V. Nikolić-Heitzler** (Zagreb), **B. Starčević** (Zagreb), **K. Šutalo** (Koprivnica), **M. Ivanuša** (Bjelovar), **R. Hranilović** i **N. Krčmar** (Čakovec), **D. Tršinski** (Varaždin), **I. Horvat** (Karlovac), **I. Jelić** (Sisak) i **K. Pešek** (Zabok). Na samom kraju u večernjim satima, sudionici Simpozija družili su se u vrtu KB Dubrava uz prigodni domjenak i koncert kvarteta Tuba XL Zagrebačke filharmonije. Simpozij je bodovan prema pravilniku Hrvatske liječničke komore.

Vrijedno je napomenuti da je Simpozij bio izuzetno dobro posjećen od početka do samog kraja, što s obzirom na vrijeme održavanja (cjelodnevni simpozij u petak, srpanj mjesec) uistinu pokazuje da postoji značajan interes i potreba za suvremenim informacijama današnjeg *state of the art*, prikazivanjem vlastitih iskustava i za kontinuiranom edukacijom iz ove važne teme akutnog koronarnog sindroma.

Ovim putem htjeli bismo zahvaliti i farmaceutskoj industriji, a posebno tvrtci **Krka**, generalnom pokrovitelju Simpozija, koja je materijalno poduprla njegovo održavanje.

Kontakt:

E-mail: vrazic@hi.htnet.hr

Članak zaprimljen: 14. 7. 2007.

KARDIO LIST • Nakladnik: Hrvatsko kardiološko društvo, 10000 Zagreb, Kišpatićeva 12, tel. 01 / 238 88 88 • Za nakladnika: **Davor Miličić** • Glavni urednik: **Mario Ivanuša** • Kontakt: kardio-list@kardio.hr, <http://www.kardio.hr> • Priprema i tisak: ČVOR d. o. o. Bjelovar, Matice hrvatske 24, tel. 043 / 244 050, www.cvor.hr • ISSN 1846-0836 (tiskano izdanje) • ISSN 1846-3231 (mrežno izdanje) • Naklada 1.100 primjeraka.