

I.O.S.U.D. - Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" din Arad  
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE MEDICALE

# TEZĂ DE DOCTORAT REZUMAT

**Doctorand: Narcisa Carmen Mladin**

**Conducător de doctorat: Prof. Univ. Dr. Maria Pușchiță**

**ARAD, 2017**





I.O.S.U.D. - Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" din Arad  
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE MEDICALE

# TEZĂ DE DOCTORAT REZUMAT

**Doctorand: Narcisa Carmen Mladin**

**Conducător de doctorat: Prof. Univ. Dr. Maria Pușchiță**

**ARAD, 2017**





I.O.S.U.D. - Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" din Arad  
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE MEDICALE

**ARAD, 2017**



TEZĂ DE DOCTORAT

**Cercetări privind influența bolilor  
cardiovasculare legate de profesie asupra  
capacității de muncă a pacienților internați în  
secția de Medicina Muncii**

Doctorand: **Narcisa Carmen Mladin**

Conducător de doctorat: **Prof. Univ. Dr. Maria Pușchiță**



PhD THESIS

**Research on work related cardiovascular diseases influence over work ability of hospitalized patients in occupational medicine department**

PhD Student: **Narcisa Carmen Mladin**

Scientific supervisor: **Prof. Univ. Dr. Maria Pușchiță**



## CUPRINS

CUPRINS .....	6
LISTA DE ABREVIERI.....	10
INTRODUCERE .....	1
PARTEA GENERALĂ.....	2
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII.....	2
CAPITOLUL I .....	3
HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ- IMPORTANT FACTOR DE RISC CARDIOVASCULAR.....	3
1.1. DEFINIȚIE ȘI CLASIFICARE .....	3
1.4. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ SECUNDARĂ .....	8
1.5. EVALUAREA DIAGNOSTICĂ.....	9
1.5.1. Măsurarea tensiunii arteriale.....	9
1.5.1.1. Tensiunea arterială în cabinet și clinică .....	9
1.5.1.2. Măsurarea tensiunii arteriale în afara cabinetului.....	10
1.5.1.3. Hipertensiunea de "halat alb" .....	11
1.5.1.4. Hipertensiunea ambulatorie sau "mascată" .....	12
1.5.1.5. Măsurarea TA în timpul efortului și stresului indus în laborator.....	12
1.5.2. Anamneza.....	13
1.5.2.1. Istoricul familiei .....	13
1.5.2.2. Examenul fizic.....	15
1.5.2.3. Investigațiile de laborator .....	16
1.5.3. Cordul .....	17
1.5.3.1. Electrocardiografia .....	17
1.5.3.2. Ecocardiografia.....	18
1.5.3.3. Imagistica cardiacă prin rezonanță magnetică .....	18
1.5.4. Vasele sanguine.....	18
1.5.4.1. Arterele carotide .....	18
1.5.4.2. Velocitatea undei de puls.....	19
1.5.4.3. Indexul gleznă-braț.....	19
1.5.4.4. Alte metode de diagnosticare .....	19
1.5.5. Rinichiul.....	20
1.5.6. Examenul fundului de ochi.....	20
1.5.7. Creierul.....	21
1.6. RECOMANDĂRI TERAPEUTICE.....	22
1.6.1. Modificarea stilului de viață.....	22
1.6.2. Îmbunătățirea controlului TA.....	22
1.6.3. Tratamentul farmacologic .....	23
CAPITOLUL II.....	24



CARDIOPATIA ISCHEMICĂ - GENERALITĂȚI .....	24
2.1. DEFINIȚIE ȘI CLASIFICARE .....	24
2.2. EPIDEMIOLOGIE .....	25
2.2.1. Prevalența .....	25
2.2.2. Incidența .....	25
2.2.3. Mortalitatea .....	25
2.3. ETIOLOGIE .....	26
2.3.1. Ateroscleroza coronariană .....	26
2.3.2. Cardiopatia ischemică de cauză nonaterosclerotică .....	26
2.3.2.1. Anomaliile congenitale ale arterelor coronare .....	26
2.3.2.2. Aneurismele coronariene .....	27
2.3.2.3. Emboliile coronariene .....	27
2.3.2.4. Disecția coronariană .....	27
2.3.2.5. Vasculitele coronariene .....	27
2.3.2.6. Proliferarea intimală .....	27
2.3.2.7. Tromboza coronariană primară .....	27
2.3.2.8. Abuzul de cocaină .....	28
2.3.2.9. Boala vaselor coronare mici .....	28
2.4. FIZIOPATOLOGIE .....	28
2.4.1. Consecințele ischemiei miocardice .....	28
2.4.1.1. Modificări bioclinice și ultrastructurale .....	28
2.4.1.2. Modificările funcției contractile .....	29
2.4.1.2.1. Funcția diastolică .....	29
2.4.1.2.2. Funcția sistolică .....	29
2.4.1.3. Consecințele electrice ale cardiopatiei ischemice .....	30
2.4.1.3.1. Modificările fazei de repolarizare .....	30
2.4.1.3.2. Aritmogeneză .....	30
2.4.1.3.2.1. Creșterea automatismului .....	30
2.4.1.3.2.2. Fenomenul de reintrare .....	30
2.4.1.3.2.3. Combinarea ambelor mecanisme .....	31
2.4.1.4. Durerea .....	31
2.5. DIAGNOSTICAREA CARDIOPATIEI ISCHEMICE .....	32
2.5.1. Generalități .....	32
2.5.1.1. Prima etapă .....	32
2.5.1.1.1. Electrocardiograma de repaus .....	32
2.5.1.1.2. Radiografia toracică .....	32
2.5.1.1.3. Ecocardiografia transtoracică .....	33
2.5.1.2. În a doua etapă .....	33
2.5.1.2.1. Ecocardiografia de stres .....	33
2.5.1.2.2. Scintigrama de perfuzie miocardică cu test de efort .....	33
2.5.1.2.3. Rezonanța magnetică nucleară de stres (RM) .....	33

2.5.1.2.4. Tomografia cu emisie de pozitroni (PET).....	33
2.5.1.3. Tehnici invazive pentru diagnosticare bolii cardiace.....	34
2.5.1.3.1. Angiografia coronariană.....	34
2.5.1.3.2. Ecografia Doppler intracoronariană.....	34
CAPITOLUL III .....	35
STRESUL ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE LEGATE DE PROFESIE.....	35
3.1. INTRODUCERE ȘI DEFINIȚIE .....	35
3.2. MODELELE STRESULUI.....	41
3.2.1. Modelul patogen .....	41
3.2.2. Modelul fiziologic .....	41
3.2.3. Modelul cauzal și teoria stimulilor .....	42
3.2.4. Teoria evenimentelor stresante de viață .....	42
3.2.5. Modelul interacțional al stresului, teoria tranzacțională.....	42
3.3. IMPLICAȚIILE STRESULUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII.....	43
3.3.1. Stresul primar, secundar, acut și cronic .....	43
PARTEA SPECIALĂ .....	48
CONTRIBUȚII PERSONALE .....	48
CAPITOLUL IV 4.1. SCOPUL ȘI OBIECTIVELE CERCETĂRII.....	49
4.2. MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU .....	50
4.2.1. Loturi de studiu.....	50
4.2.2. Locația, desfășurarea studiului și metode de cercetare .....	51
4.2.2.1. Locația.....	51
4.2.2.2. Desfășurarea studiului .....	51
4.2.3. Instrumente utilizate .....	52
4.2.3.1. Scala de percepție a stresului.....	52
4.2.3.2. Scala adaptării la stres .....	52
4.2.3.3. Scala strategiilor de coping (COPE).....	53
4.2.3.3.1. Strategiile active .....	53
4.2.3.3.2. Strategiile pasive .....	53
4.3. ANALIZA DATELOR STATISTICE .....	55
4.3.1. Etica studiului.....	56
CAPITOLUL V .....	57
CONOTAȚII JURIDICE PRIVIND SĂNĂTATEA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ. DINAMICA BOLILOR PROFESIONALE LA NIVELUL JUDEȚULUI ARAD ÎN PERIOADA ANILOR 2010-2013 .....	57
5.1.1. Scurt istoric privind sănătatea și securitatea în muncă .....	57
5.1.2. Exemple edificatoare de-a lungul secolelor .....	58
5.1.3. Semnalarea bolilor profesionale .....	59
5.1.4. Evidența bolilor profesionale .....	59
5.2. SCOPUL CERCETĂRII.....	59
5.3. MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU .....	60

5.4. DETERMINĂRI .....	61
5.5. REZULTATE.....	62
5.6. DISCUȚII.....	66
5.7. CONCLUZII.....	69
CAPITOLUL VI IDENTIFICAREA FACTORILOR DE RISC ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE LEGATE DE PROFESIE .....	71
6.2. DETERMINĂRI .....	71
6.3. REZULTATE.....	73
6.3.1. Factori de risc modificabili .....	73
6.2.2. Factori de risc nemodificabili .....	73
6.2.3. Factori de risc psiho-profesionali.....	74
6.4. PREZENTARE COMPARATIVĂ A REZULTATELOR CELOR DOUĂ LOTURI STUDIAȚE .....	75
6.4.1. Factori de risc modificabili .....	75
6.4.2. Factori de risc nemodificabili .....	76
6.4.3. Factori de risc psiho-profesionali .....	83
6.5. ANALIZA DATELOR STATISTICE .....	95
6.5.1. STATISTICA DESCRIPTIVĂ PE DATE.....	98
6.6. ANALIZA RISCULUI .....	101
6.6.1. REPREZENTARE GRAFICĂ .....	105
6.6.3. ANALIZA RISCULUI.....	112
6.7. DISCUȚII .....	114
6.8. CONCLUZII .....	115
CAPITOLUL VII .....	116
IDENTIFICAREA STRESULUI ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE LEGATE DE PROFESIE.....	116
7.1. IPOTEZELE CERCETĂRII.....	116
7.2. REZULTATE.....	117
7.2.1. Rezultate privind percepția stresului.....	117
7.2.2. Rezultate privind adaptarea la stres.....	118
7.2.3. Rezultate privind stilurile de coping .....	118
7.3. DISCUȚII .....	123
7.4. CONCLUZII .....	130
CAPITOLUL VIII .....	132
NOCIVITATEA ALCOOLISMULUI ȘI TABAGISMULUI ÎN PATOLOGIA BOLILOR CARDIOVASCULARE LEGATE DE PROFESIE ȘI PERSPECTIVA UNEI TERAPII SPIRITUALE.....	132
8.1. FUMATUL.....	133
8.2. ALCOOLUL .....	134
8.3. TERAPIA SPIRITUALĂ .....	135
CAPITOLUL IX.....	141

CONCLUZII FINALE .....	141
BIBLIOGRAFIE.....	142
ANEXE.....	158

# STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII

## Introducere

Potrivit studiilor de specialitate, incidența bolilor cardiovasculare legate de profesie este într-o continuă creștere în România. Bolile cardiovasculare (BCV) prezintă o importanță medicală deosebită și au un impact major asupra sănătății și activității profesionale.

Prezenta lucrare se dorește a fi o cercetare privind influența pe care bolile cardiovasculare legate de profesie o au asupra capacității de muncă a pacienților implicați în studiu.

Actualitatea temei de cercetare se oglindește în opiniile contradictorii și unele demersuri în legislativul românesc, în vederea declarării, cercetării și legiferării BCV legate de profesie, cât și includerea lor în prevederile legii 319/2006 privind securitatea și sănătatea în muncă.

Motivația cercetării se regăsește în actul medical desfășurat pe secția de Boli Profesionale a spitalului Clinic Județean de Urgență Arad, ceea ce a determinat pentru început inițierea unei statistici pe o perioadă de 4 ani, care cuprinde un număr considerabil de pacienți diagnosticați cu patologie cardiovasculară legată de profesie.

# CONTRIBUȚIA PERSONALĂ

## Considerații generale

Incidența crescută de la an la an a BCV a determinat emiterea unor necunoscute:

- Câți din cei diagnosticați își continuă activitatea în muncă și câți se pensionează;
- Câte din cazurile BCV sunt legate de profesie;
- Care sunt factorii de risc și în ce măsură influențează aparția și dezvoltarea acestei patologii;
- Dacă stresul este sau nu factor de risc în BCV legate de profesie și care este influența lui.

Studiul urmărește atingerea următorului scop:

Identificarea, evaluarea și obiectivizarea la timp a factorilor de risc în BCV legate de profesie, precum și atragerea pacientului către un tip de comportament sănătos în vederea diminuării impactului agresiv asupra capacității de muncă.

Studiile realizate sunt:

- *Studiul statistic privind dinamica bolilor profesionale la nivelul Județului Arad în perioada anilor 2010-2013;*
- *Studiul statistic de identificare a factorilor de risc în bolile cardiovasculare legate de profesie;*
- *Studiul comparativ de identificare a implicațiilor stresului în bolile cardiovasculare legate de profesie;*
- *Perspectiva unei terapii spirituale privind nocivitatea alcoolismului și tabagismului în patologia cardiovasculară.*

# Analiza datelor statistice

Pentru o determinare cât mai exactă a rezultatelor prezentului studiu, toate informațiile au fost transpuse în scris și stocate într-o bază de date Microsoft Excel, diagnosticul a fost codificat pentru a putea fi comparat cu datele statistice existente. S-a folosit reprezentarea grafică a rezultatelor prin histograme, variabilele continue au fost exprimate ca medie DS, iar variabilele discrete ca număr și proporții. S-a folosit metoda Pearson pentru analiza raportului dintre parametrii liniari cu distribuție normală și metoda Spearman pentru distribuția neparametrică. Distribuția datelor a fost verificată prin testul Kolmogorov.

Testele statistice utilizate au fost:

$\chi^2$  pentru compararea loturilor privind variabilele demografice (sex, vârstă, nivel educațional și starea civilă);

**T** Student pentru eșantioane independente pentru comparațiile dintre lotul control și lotul caz;

**Indicele de corelație r Pearson** pentru asocierile dintre stresul perceput, adaptarea la stres și strategiile de coping active și pasive;

**ANCOVA**, pentru măsurarea efectelor variabilei independente lotului asupra adaptării la stres, în condițiile controlării variabilei percepția stresului și asupra strategiilor de coping prin controlul variabilei adaptarea la stres.

Analiza datelor s-a făcut folosind programele SPSS v17 și EpiInfo v7. Statistica descriptivă și reprezentările grafice s-au făcut în

programul Microsoft Excel. Baza de date este prezentată în două fișiere folosind programul Microsoft Excel. Pentru testele de normalitate: pentru determinarea normalității datelor s-a folosit programul SPSS. Tabelul returnat de programul SPSS afișează rezultatele de la două teste: testul Kolmogorov-Smirnov și testul Shapiro-Wilk. Testul Kolmogorov-Smirnov se aplică în cazul în care se testează seturi mari de date în timp ce testul Shapiro-Wilk este mai potrivit pentru un eșantion mai mic ( $N \leq 50$ , unde  $N$  este volumul eșantionului). În cazul în care pe coloana „Sig”  $p$  – valoarea testului este mai mare decât 0.05, obținem concluzia că datele sunt normal distribuite, pentru oricare dintre cele două teste.

Analiza riscului s-a realizat în programul Epi Info v7. Studiul de față este un studiu de tip cohortă prospectivă (follow up), pacienții fiind urmăriți pe o perioadă de 4 ani. Avem două loturi egale ca volum ( $N=60$ ), atât lotul control cât și lotul caz având un număr de 60 de subiecți. Pentru testele neparametrice, atunci când am comparat 2 valori medii independente, am aplicat Testul Mann-Whitney; atunci când am comparat 2 valori medii dependente am aplicat Testul Wilcoxon signed Ranko; atunci când am comparat  $n$  valori medii dependente (în cazul nostru  $n=3$ , adică cele trei momente de timp în care s-a măsurat tensiunea arterială) am aplicat Testul Friedman.



# **STUDIUL 1. CONOTAȚII JURIDICE PRIVIND SĂNĂTATEA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ. DINAMICA BOLILOR PROFESIONALE LA NIVELUL JUDEȚULUI ARAD ÎN PERIOADA ANILOR 2010-2013**

**Scopul.** Realizarea unui studiu epidemiologic al bolilor profesionale înregistrate și declarate .

**Obiective.** Stabilirea evoluției bolilor profesionale în perioada de referință; evidențierea diagnosticului determinat de vechimea în muncă și profesie în bolile declarate.

**Material și metodă de lucru.** În realizarea prezentei cercetări s-au folosit evidențele DSP- Arad obținute în baza solicitării cu nr. 2.781 din 26.06.2015, pentru perioada anilor 2010-2013, precum și rezultatele obținute prin urmărirea îndeaproape a pacienților internați pe secția de Boli Profesionale și Medicina Muncii a Spitalului Clinic Universitar Arad. Datele de referință au fost introduse într-o bază de date Excel, apoi prelucrate în tabele și grafice și comparate cu datele oficiale înregistrate la nivel național. S-a stabilit o dinamică a bolilor profesionale care cuprinde: etiologia, diagnosticul bolilor profesionale declarate și vechimea în muncă.

**Rezultate.** Se evidențiază o dinamică în apariția bolilor profesionale în raport cu vechimea în muncă, atât la nivel național, cât și la nivelul Județului Arad, în perioada de referință, astfel: o creștere graduală între 1 și 25 de ani vechime în muncă pe scara de la 1-7 și o creștere semnificativă între 26 și 30 de ani vechime în muncă. Acest aspect scoate în evidență faptul că vechimea în muncă crește riscul apariției și dezvoltării bolilor profesionale.

Incidența bolilor profesionale este diferită în perioada de referință și se prezintă astfel: în perioada anilor 2010-2012 incidența bolilor profesionale în Județul Arad este mai mare decât incidența medie la nivel național. Județul Arad se situează pe locul 9 în topul județelor cu incidență crescută în boli profesionale. În anul 2013 însă incidența bolilor profesionale în județ este mai mică decât cea la nivel național cu 6.67%.

**Concluzii.** Scăderea incidenței bolilor profesionale în perioada de referință se poate datora îmbunătățirii condițiilor de muncă, dezvoltării noilor tehnologii și eliminării factorilor de risc. O altă cauză a incidenței scăzute a cazurilor de boală profesională poate fi neraportarea situațiilor reale din unitățile medicale sau omiterea efectuării controalelor anuale periodice.

## **STUDIUL 2. IDENTIFICAREA FACTORILOR DE RISC ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE LEGATE DE PROFESIE**

**Obiective.** Identificarea factorilor de risc care generează bolile cardiovasculare legate de profesie, printr-o prezentare comparativă a rezultatelor obținute din cercetarea subiecților celor două loturi și impactul lor asupra capacității de muncă.

**Material și metodă de lucru.** Studiul a fost efectuat asupra ambelor loturi: control și caz, individual și comparativ. S-a urmărit clasificarea factorilor de risc pe categorii: modificabili, nemodificabili, psihoprofesionali și stresul ca factor de risc. Au fost analizate atât foile de observație a subiecților cât și dosarele medicale. S-au recoltat probe biologice pentru glicemia a jeune, colesterol, trigliceride. S-au aplicat interviuri și chestionare.

**Rezultate.** Analiza datelor demonstrează că șansa de a dezvolta patologie cardiovasculară este semnificativ mai mare la subiecții din lotul caz (fig.47). Hipertensiunea arterială este un factor de risc major pentru lotul caz, fapt dovedit prin formula Mantel-Haenzel  $p=0,028$ ,  $RR=1,461$ ,  $RR\epsilon (1,033; 2,069)$ . În lotul caz există diferențe semnificative în aproape toate momentele de timp studiate (fig.48). Analiza ambelor loturi prezintă rezultate importante în ceea ce privește valoarea tensiunii arteriale diastolice TAD (tab.27).

Studiul subliniază o sensibilitate mai mare a TAD față de tensiunea arterială sistolică TAS pentru toți cei 120 de subiecți. Lotul control studiat prezintă un IMC mai crescut decât lotul caz, ceea ce demonstrează că și subiecții considerați sănătoși la începutul studiului prezintă factori de risc majori pentru patologia cardiovasculară (fig.44,45).

**Concluzii.** În acest studiu corelațiile importante între factorii de risc și boala cardiovasculară explică apariția modificărilor cardiace la ambele loturi studiate. Tensiunea arterială diastolică are o importanță mare în prevenirea complicațiilor hipertensive. Glicemia a jeune este unul din cei mai importanți indicatori de urmărit în prevenția cardiovasculară (fig.55,56).

# STUDIUL 3. IDENTIFICAREA STRESULUI ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE LEGATE DE PROFESIE

**Ipoteză.** Inferăm că între lotul control și lotul caz există diferențe semnificative atât la nivelul stresului perceput, al capacității de adaptare la stres, cât și al strategiilor de coping utilizate.

**Material și metodă de lucru.** S-au aplicat chestionare ambelor loturi. Analiza statistică a diferențelor dintre loturi s-a interpretat prin testul Levene.

**Rezultate.** Lotul caz prezintă niveluri mai ridicate ale stresului perceput comparativ cu lotul control. Lotul II prezintă o mai bună capacitate de adaptare la stres comparativ cu lotul I. Strategiile de coping active sunt dominante în cazul lotului control, în timp ce pentru lotul caz predomină strategiile de coping passive (tab.48).

## **Concluzii.**

- ❖ Subiecții cu BCV în antecedente percep un stres mai intens sub acțiunea diversilor stimuli comparative cu cei fără BCV în antecedente.
- ❖ Boala cardiovasculară poate fi un factor de vulnerabilitate față de stres, dar poate constitui și o consecință a unor niveluri de stres perceput mai intense.
- ❖ Antecedentele de boală cardiovasculară asociază o frecvență și o intensitate mai ridicată de activare a strategiilor de coping passive centrate pe reducerea distresului emotional.

## **STUDIUL 4. NOCIVITATEA ALCOOLISMULUI ȘI TABAGISMULUI ÎN PATOLOGIA BOLILOR CARDIOVASCULARE LEGATE DE PROFESIE ȘI PERSPECTIVA UNEI TERAPII SPIRITUALE**

În principiu, orice dorință neconformă naturii umane, precum și excesele de tot felul, au fost considerate din cele mai vechi timpuri ca fiind vicii sau patimi înrobitoare, prin insașiabilitatea lor. În special *stoicii* considerau că viciile, numite de ei “κακία”, sunt boli ale sufletului, “νόσοι τ ης ψυχης”, încât vindecarea, adică, “θεραπεία”, vizează, în principal și cu prioritate, partea sufletească a persoanei umane, mai ales factorul rațional, socotit a fi divinul din om. Această viziune integrală, holistă, psiho-somatică, aplicată în practica medicală antică, devine tot mai actuală pentru epoca noastră, când stresul și angoasa fac să prolifereze boli de care altădată abia se auzea, precum diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, diferite tipuri de tumori sau accidentele vasculare; iar fumatul, consumul de droguri și alcoolismul, fac tot mai multe victime, inclusiv depresia, care declanșează, prin dezechilibrul energetic specific, o multitudine de patologii somatice.

## CONCLUZII FINALE

- ✓ Se impune obligatoriu cunoașterea și respectarea de către angajator și angajat a normelor stabilite prin Legea 319/2006 privind securitatea și sănătatea în muncă.
- ✓ Adaptarea muncii la fiziologia omului, promovarea sănătății angajatului și consilierea angajatorului în scopul identificării și evaluării riscului profesional.
- ✓ Colaborarea strâns legată între medicul de Medicina Muncii și angajator. Exercițarea actului medical în afara subordunii angajatorului pentru a elimina eventualele principii subiective condiționate de beneficii financiare.
- ✓ Bolile cardiovasculare legate de profesie reduc capacitatea de muncă.
- ✓ Necesitatea cercetării, legiferării și declarării bolilor cardiovasculare legate de profesie.
- ✓ Inițierea și aplicarea unor strategii privind reducerea orelor de muncă, a prestației în mai multe locuri de muncă, eliminarea flexibilității programului de lucru care atrag după sine sentimentul de nesiguranță, insatisfacție, stres și inutilitate profesională. Dirijarea pacientului către un comportament favorabil, sănătos, în scopul diminuării impactului agresiv în terapia BCV.

## **PROPUNERI**

- ❖ Continuarea studiului epidemiologic al bolilor profesionale la nivel internațional
- ❖ Realizarea unor studii statistico-clinice comparative la nivelul secțiilor și departamentelor de Medicina Muncii privind semnalare și declararea bolilor profesionale
- ❖ Aprofundarea analizei capacității de muncă a pacienților diagnosticați cu boală cardiovasculară printr-o colaborare cu serviciile de expertiză medicală, atât la nivelul județului Arad cât și în țară.



## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

2. **Alexander Leber, Andreas Knez.** Quantification of obstructive and no obstructive coronary lesions by 64-slice Computed Tomography. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46:147-154
14. **Bobrie G, Clerson P, Menard J, Postel-Vinay N, Chatellier G, Plouin PF.** Masked hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2008; 26:1715–1725
37. **Ducimetiere P, Ruidavets JB, Montaye M, Haas B, Yarnell J.** Five-year incidence of angina pectoris and other forms of coronary heart disease in healthy men aged 50-59 in France and Northern Ireland: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME) Study. *Int J Epidemiol* 2001;30:1057-1062
49. **Fox K, Garcia MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, Daly C, De Backer G, Hjelm Dahl P, Lopez-Sendon J, Marco J, Morais J, Pepper J, Sechtem U, Simoons M, Thygesen K, Priori SG, Blanc JJ, Budaj A, Camm J, Dean V, Deckers J, Dickstein K, Lekakis J, McGregor K, Metra M, Morais J, Osterspey A, Tamargo J, Zamorano JL.** Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2006;27:1341-1381
63. **Groppelli A, Omboni S, Parati G, Mancina G.** Blood pressure and heart rate response to repeated smoking before and after beta-blockade and selective alpha 1 inhibition. *J Hypertens* 1990; 8 (Suppl 5):S35–40
79. **Kirchhof P, Bax J, Blomstrom-Lundquist C, Calkins H, Camm AJ, Cappato R et al.** Early and comprehensive management of atrial fibrillation: executive summary of the proceedings from the 2nd AFNET-EHRA consensus conference 'research perspectives in AF'. *Eur Heart J* 2009; 30:2969–2977c
97. **Maier, R.** Stres, stres, stres. Editura Gutenberg Univers, Arad, 2011
107. **Miclea Alexandru, Popescu Andrei, Tufan Constantin, Michindelean Marioara, Minca Ovidiu,** Dreptul muncii, Editura Rosetti, București, 2004, p. 26-37

118. **Ong P, Athanasiadis A, Borgulya G, Mahrholdt H, Kaski JC, Sechtem U.** High prevalence of a pathological response to acetylcholine testing in patients with stable angina pectoris and unobstructed coronary arteries. The ACOVA Study (Abnormal COronary VAsomotion in patients with stable angina and unobstructed coronary arteries). *J Am Coll Cardiol* 2012; 59:655-662
127. **Redon J, Cea-Calvo L, Lozano JV, Marti-Canales JC, Llisterri JL, Aznar J, Gonzalez-Esteban J.** Differences in blood pressure control and stroke mortality across Spain: the Prevencion de Riesgo de Ictus (PREVICTUS) study. *Hypertension* 2007; 49:799-805
140. **Steg PG, Greenlaw N, Tardif JC, Tendera M, Ford I, Kaab S, Abergel H, Fox KM, Ferrari R.** Women and men with stable coronary artery disease have similar clinical outcomes: insights from the international prospective CLARIFY registry. *Eur Heart J* 2012; 33:2831-2840
146. **Sytkowski PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB.** Secular trends in long-term sustained hypertension, long-term treatment and cardiovascular mortality. The Framingham Heart Study 1950 to 1990. *Circulation* 1996; 93:697-703
148. **Tatu-Chitoiu GP, M. Opreșan, O. Cismara, R. Marinescu, A. Marinescu.** Streptokinase and Enoxaparin in the Pre-hospital Management of the ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction, *Rom J Intern Med* 2002, 40 (1-4):11-25
164. **Yao SS, Qureshi E, Sherrid MV, Chaudhry FA.** Practical applications in stress echo-cardiography: risk stratification and prognosis in patients with known or suspected ischemic heart disease, *J Am Coll Cardiol* 2003; 42:1084-1090
167. **Zanchetti A, Grassi G, Mancia G.** When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 2009; 27:923-934