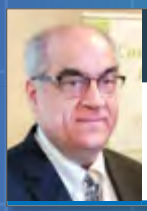
ALFASIGMA
ewo pharma
IPSEN Innovation for patient care | CONSUMER HEALTHCARE
Medisal dispozitive medicale
Nestlé HealthScience OptiFibre
Pharma Nord
Sanience
BioNike HEALTH AND BEAUTY
TZMO Romania
WÖRWAG PHARMA

MEDICAL MARKET

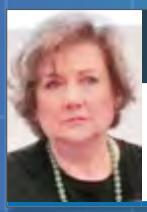
Geriatrie / Gerontologie

Revista profesioniștilor din Sănătate 2020 - 2021



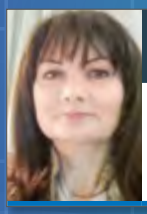
Prof. univ. dr. Gabriel Ioan Prada

Președintele Societății Naționale de Gerontologie și Geriatrie



Prof. univ. dr. Cătălina Tudose

Președintele Societății Române Alzheimer



Dr. Rozeta Drăghici

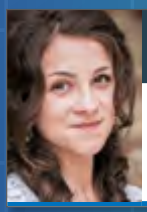
Doctor în Psihologie, Președinte ARPC, Medic psihiatru, coordonator ambulatoriu INGG „Ana Aslan"

Dr. Traian Purnichi

Medic psihiatru, coordonator ambulatoriu INGG Ana Aslan

Conf. Univ. Dr. Carmen Adella Sîrbu

Universitatea Titu Maiorescu București, SUUMC „dr Carol Davila" București, secția neurologie



As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală și Gastroenterologie, medic specialist Gastroenterologie

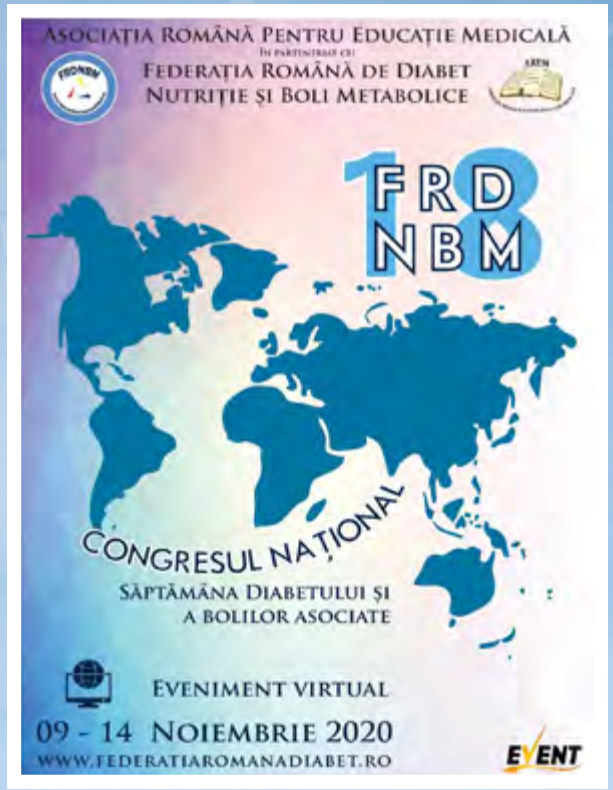
Publicație adresată cadrelor medicale

Sinergie pentru echilibru
Eficacitate, Siguranță, Tolerabilitate[1-6]

DENUMIREA COMERCIALĂ: ARLEVERT®
COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ: Un comprimat conține cinarizină 20 mg și dimenhidrinat 40 mg. **INDICAȚII TERAPEUTICE:** Vertij de diferite etiologii. **DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE:** Doza zilnică recomandată este de câte un comprimat Arlevert de 3 ori pe zi, administrat după mese, fără a fi mestecat, cu o cantitate suficientă de lichid. La începutul tratamentului și în cazurile grave, doza poate fi crescută până la maximum 5 comprimate Arlevert pe zi. Administrarea Arlevert poate fi necesară o perioadă îndelungată. **CONTRAINDICAȚII:** Administrarea Arlevert este contraindicată în caz de: intoxicații acute, convulsii, suspiciunea existenței unor formațiuni intracraniene înlocuitoare de spațiu, glaucom cu unghi închis, adenom de prostată ce determină retenție urinară, consum de etanol, tratament cu antibiotice aminoglicozidice, prematuri sau nou-născuți, sarcină, alăptare. **ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE:** Administrarea Arlevert la pacienții cu boală Parkinson trebuie făcută cu precauție. **INTERACȚIUNI CU ALTE PRODUSE MEDICAMENTOASE, ALTE INTERACȚIUNI:** Arlevert nu trebuie administrat în asociere cu inhibitorii monoaminooxidazei. Reacțiile adverse anticolinergice sunt potențate de administrarea concomitentă a antidepresivelor triciclice și a parasimpatoliticelor. Medicamentele cu acțiune deprimantă asupra sistemului nervos central și etanolul pot potența efectele deprimante centrale ale Arlevert. Administrarea concomitentă a medicamentelor ce cresc tensiunea arterială sau a antihipertensivelor trebuie făcută cu precauție. Sunt necesare monitorizarea tensiunii arteriale și ajustarea dozei administrate. Efectul procarbazinei este potențat. Efectele glucocorticoizilor și heparinei pot fi diminuate. Arlevert diminuează tulburările de motilitate induse de fenotiazină (sindrom extrapiramidal). **REACȚII ADVERSE:** În timpul adminstrării Arlevert pot să apară, mai puțin frecvent, sedare, tulburări neurologice centrale, xerostomie, micțiune dificilă, tulburări vizuale, glaucom (glaucom cu unghi îngust) precum și reacții de hipersensibilitate (de exemplu reacții cutanate), rareori, tulburări gastro-intestinale, cefalee și transpirații și, foarte rar, lupus eritematos și lichen plan. În cazuri izolate pot să apară agranulocitoză și leucopenie reversibile. În cazuri rare pot să apară tulburări ale mișcărilor automate (ale sistemului extrapiramidal) precum tremor, creșterea tonusului muscular, hipokinezie; acestea apar mai ales la vârstnici, după administrarea unor doze mai mari, de exemplu peste 150 mg cinarizină pe zi (doza zilnică maximă recomandată de 5 comprimate Arlevert conține 100 mg cinarizină). În acest caz tratamentul trebuie întrerupt și medicul va decide dacă va fi reluat ulterior cu o doză redusă. La copii, mai ales în caz de supradozaj, pot să apară semne de excitație centrală. **RAPORTAREA REACȚIILOR ADVERSE SUSPECTATE** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. **DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ:** Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG Liebigstrasse 1-2, 65439 Flörsheim am Main, Germania **NUMĂRUL APP:** 11458/2019/01-02-03-04-05-06 **DATA AUTORIZĂRII SAU A ULTIMEI REAUTORIZĂRI:** Reautorizare, Februarie 2019 **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** Februarie 2019
Acesta este un medicament care se eliberează cu prescripție medicala P-RF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul sau contactați reprezentantul local al DAPP – EWOPHARMA AG ROMANIA cu datele de contact alăturate. Protecția datelor personale: Ewopharma AG Reprezentanță în România prelucrează datele cu caracter personal furnizate de profesioniștii din domeniul sănătății pentru scopuri legate de promovare directă și menținerea contactelor, în baza unui interes legitim. În acest context, puteți accesa mai multe informații la adresa https://www.ewopharma.ro/politica-de-confidentialitate/ sau vă puteți adresa la adresa gdpr@ewopharma.ro cu orice solicitare legată de protecția datelor.

1.Scholtz AW, Ilgner J, Loader B, Pritschow BW, Weisshaar G. Cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo in medical practice. Wien Klin Wochenschr. 2016 May;128(9-10):341-7. doi: 10.1007/s00508-015-0905-5. Epub 2015 Dec 11. PMID: 26659910; PMCID: PMC4875047. 2.A.W. Scholtz, A. Hahnb, D. Medzhidievac, B.W. Pritschowd, G. Weisshaard - Treatment of Peripheral-Vestibular Vertigo Associated with Menière's Syndrome: Fixed Combination Product of Cinnarizine and Dimenhydrinate versus Betahistine. ENT Clinic, medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria; bENT Clinic, Charles University, Prague, Czech Republic; cENT Clinic, Medical University of Sofia - St. Ivan Rilski Hospital, Bulgaria; Hennig Arzneimittel, Flörsheim, Germany, Kongress der DGN 21.-24. Sept. 2016, Abstracts IP435; 3.Cirek Z, Schwarz M, Baumann W, Novotny M. Efficacy and Tolerability of a Fixed Combination of Cinnarizine and Dimenhydrinate versus Betahistine in the Treatment of Otogenic Vertigo - A Double-Blind, Randomised Clinical Study. Clin Drug Investig. 2005;25(6):377-89. doi: 10.2165/00044011-200525060-00003. PMID:17532678. 4.Ketler L, Bognar-Steinberg I, Baumann W, Skurczynski, W - Treatment of vestibular vertigo. Archives of Sonology and Neurotology in Science and Practice volume 7, 2012; 5. Scholtz AW, Hahn A, Steffova B, Medzhidieva D, Ryazantsev SV, Paschinin A, Kunelskaya N, Schumacher K, Weisshaar G. Efficacy and Safety of a Fixed Combination of Cinnarizine 20 mg and Dimenhydrinate 40 mg vs Betahistine Dihydrochloride 16 mg in Patients with Peripheral Vestibular Vertigo: A Prospective, Multinational, Multicenter, Double-Blind, Randomized, Non-inferiority Clinical Trial. Clin Drug Investig. 2019 Nov;39(11):1045-1056. doi: 10.1007/s40261-019-00858-6. PMID: 31571128; PMCID: PMC6800407. 6. Schremmer D, Bognar-Steinberg I, Baumann W, Pytel J: Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate in treatment of vertigo – Analysis of data from five randomised, double-blind clinical studies. Clin Drug Invest 1999; 18 (5): 355-368

ewo pharma
Ewopharma AG, Reprezentanța în România |
Bdul Primăverii Nr. 19-21, Etaj 1, sector 1, 011972 București |
T: +4021 260 1344 | Fax: +4021 202 9327|
Farmacovigilență: +40374 204 839
info@ewopharma.ro | pharmacovigilance@ewopharma.ro



„Trebuie să învățăm și din experiența sistemelor de îngrijire medico-sociale și din alte țări” **Interviu realizat cu Prof. dr. Gabriel Ioan Prada**	4
A X-a Conferință Națională Alzheimer - Actualități în domeniul demențelor	8
Depresia la persoanele vârstnice **Dr. Rozeta Drăghici**	12
Constipația cronică la adult și vârstnic: principii de abordare clinică **As. Univ. Dr. Oana Petrea, Prof. Univ. Dr. Anca Trifan, Șef Lucrări Dr. Cătălin Sfarti, Conf. Univ. Dr. Irina Gîrleanu Prof. Univ. Dr. Carol Stanciu**	16
Coenzima Q10: o mai bună calitate a vieții pe termen îndelungat **Dr. Mariana Dercaci**	20
Impactul pandemiei de SARS COV-2 asupra pacienților geriatrici din perspectiva psihiatrică **Dr. Traian Purnichi**	24
Deficitul cognitiv ușor și EGb761 **Conf. Univ. Dr. Carmen Adella Sîrbu**	29

Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443

FIN WATCH

„Trebuie să învățăm din experiența sistemelor de îngrijire medico-sociale și din alte țări"

Interviu realizat cu domnul Prof. dr. Gabriel Ioan Prada,
Președintele Societății Naționale de Geriatrie și Gerontologie

Stimate domnule profesor, congresul de anul acesta, care se ține într-o formă inedită (în mediul virtual) abordeaza o tema foarte " fierbinte" în condițiile pandemiei de COVID 19, și anume "Provocări ale Vârstnicului în Situații de Vulnerabilitate".

Care temele din congres care abordează această problemă, a vulnerabilității vârstnicului în fața unei pandemii?

Temele abordate sunt complexe reflectand specificul pacientului de peste 65 de ani. Anul acesta beneficiem de participarea unor personalitati ale lumii stiintifice medicale din domeniul geriatriei la nivel European, provenind dintr-o serie de tari cu traditie in ceea ce priveste serviciile medicale si cercetarea stiintifica adresata varstnicilor: Elvetia, Franta, Italia, Israel, Marea Britanie, Republica Moldova, Serbia, Suedia. Desigur ca vor participa cadre didactice si cercetatori stiintifici din toata tara noastra, ca in fiecare an. Principalele teme care vor fi abordate sunt: îngrijirea vârstnicilor cu multimorbidități, vârstnicul vulnerabil, screening-ul gerontopsihologic, singurătatea și distanțarea socială la vârstnici, geriatrie și îngrijirea paleativă, boală cronică de rinichi, dileme în abordarea demenței, managementul

pacientei osteoporotice in the contextul COVID-19, impactul fragilității asupra bolilor cardiovasculare, traumatismul prin cădere – impact și consecințe, calitatea vieții la vârstnic: particularități socio-cuturale, conexiunea dintre geriatrie si tehnologie, ecosistemul digital vINCI adaptat nevoilor vârstnicilor, impactul viitor al COVID-19 asupra căminelor pentru vârstnici - perspective arhitecturale, funcția cognitivă și tulburările dispoziției la vârstnici, abandonul psihologic al pacientului vârstnic, manifestări psihiatrice ale bolii Huntington, terapia de stimulare magnetica transcraniana (TMS) la pacientii geriatric, valoarea diagnostică a testării D-dimer la pacienții vârstnici, si multe altele.

În cadrul congresului aveți mulți invitați din străinătate. Care sunt principalele patologii pentru care ei vor împărtăși participanților rezultatele pozitive și experiențele lor?

Anul acesta, asa cum aratam anterior, avem 11 participanți de peste hotare. O serie de teme foarte importante vor fi dezbătute: pacienții vârstnici fragili, deces „datorită" sau „cu" infecție COVID-19, noi perspective asupra hipotensiunii ortostatice și a căderilor legate de medicație, provocări ale medicinei geriatrice și ale geriatrilor în Europa, Evaluarea Geriatrică Multidimensională pentru vârstnicul spitalizat, sedarea paleativă în practica geriatrică, aspectul multidimensional al sindromului de fragilitate la vârstnicii, spitalul prietenos pentru vârstnici, calitatea vieții: un nou marker pentru prognosticul insuficienței cardiace la vârstnici, vaccinurile ca determinanți ai îmbătrânirii sănătoase: elemente esențiale ale promovării sănătății, Alzheimer tipic și atipic - o provocare diagnostică. După cum se observă o tematică diversă și complexă.

De 100 de ori mai puternic pe stafilococ decât Pavidone Iodine

Procutase

Hidrogel ionic activ

Stimulează cicatrizarea de novo fără producere de cheloid

Scade durerea în plagă

Scade extravazarea de lichid celular

- Stimulează proliferarea și granularea formării de țesut
- Absoarbe exudatul plăgii și ține micro-mediu umed și hidratat
- Grăbește procesul de cicatrizare și reconstruiește matricea extracelulară
- Contracarează creșterea microbilor fără administrare de antibiotic
- Este perfect tolerat, nesemnalându-se efecte secundare.
- Și antiseptic și cicatrizant

Compozitie:
Polimeri hidrofili naturali
Soluție patentată de metale ionizate
Inhibitori ai metaloproteinazelor (MMP-1, MMP-3 si MMP-9)
Alcool denaturat
Acid lactic
Apă deionizată
Clorură de benzalconiu

PROXERA PSOMED

BioNike HEALTH AND BEAUTY

Tratament de curățare și întreținere pentru pielea xerotică.

1. Emulsie de corp
2. Cremă de duș
3. Cremă de mâini
4. Lipogel relipidizant
5. Balsam de buze
6. Strugurel de buze

Terra Distrimed SRL Str. Viitorului, nr. 180, Sector 2, Bucuresti
Tel: 0744 649 289 · office@bionike.ro · www.bionike.ro · www.medicalmagazin.ro

În această perioadă dificilă pentru toată populația, vârstnicii, mai ales cei instituționalizați, au reprezentat un procent mare din cei care au pierdut lupta cu boala. Credeți că se pot lua măsuri la nivel guvernamental astfel încât să li se asigure o protecție corespunzătoare împotriva contaminării cu noul coronavirus SARS CoV-2. Cum vedeți în viitor găsirea unor soluții în aceste situații?

Trebuie efectuate inițial niște studii amănunțite și atente care să pună în evidență toate aspectele problematicii specifice. Desigur, trebuie să învățăm și din experiența sistemelor de îngrijire medico-sociale și din alte țări.

Având în vedere că în Europa, numărul populației vârstnice este foarte mare, cum este abordată problema protejăriii persoanelor vârstnice în alte țări? Există anumite modele din care am putea să ne inspirăm?

Modelele sunt dificil de urmat datorită particularităților sociale, culturale și economice ale fiecarei țări. Mai important este să cunoaștem aceste modele, să le evaluăm critic și să le adaptăm la contextual specific fiecărei țări.

Ce proiecte de viitor aveți în perspectivă să dezvoltați împreună cu Societatea Națională de Geriatrie și Gerontologie ?

În perspectivă dorim să creștem colaborarea între toți colegii care se ocupă de îngrijirea pacienților vârstnici, atât specialiști geriatri, cât și profesioniști cu alte specializări, inclusiv păstrarea legăturii cu asistentele medicale și implicarea lor în echipa multidisciplinară deoarece reprezintă o componentă esențială a echipelor care asigură servicii medicale inclusiv la persoanele de peste 65 de ani.

Multumesc pentru timpul acordat, vă urez succes în continuare.

Disciplina de Geriatrie și Gerontologie U.M.F. „Carol Davila” București

Societatea Română de Gerontologie și Geriatrie

Al XII lea CONGRES NAȚIONAL DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE
– cu participare internațională –

„Provocări ale Vârstnicului în Situații de Vulnerabilitate”

LUCRĂRILE VOR FI PREZENTATE ON-LINE
sub auspiciile Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan”
București
22 octombrie – 25 octombrie 2020

Ne bucurăm să fiți alături de noi la Al XII lea Congres Național de Geriatrie și Gerontologie, cu participare internațională, care se va desfășura în perioada 22 octombrie – 25 octombrie 2020 lucrările vor fi prezentate ON LINE, sub auspiciile Institutului Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan”, București.

Medisal
dispozitive medicale

TÂRGU MUREȘ
STR. GHEORGHE DOJA NR. 234
TEL: 0265 211 411
FAX: +40 265 211 412

215 LEI

CADRU DE MERS PLIABIL

6.100 LEI

CÂNTAR ELECTRONIC SECA-956

DE LA 13.500 LEI

ELEVATOR CU ȘENILE PENTRU SCĂRI

4.600 LEI

ELEVATOR ELECTRIC GEMINI 150

138 LEI

INALȚĂTOR WC TICCO

1.995 LEI

LIFT PENTRU CADĂ

26.300 LEI

OSTEODENSIMETRU B.M.TECH OSTEOPRO

140 LEI

SCAUN PENTRU DUȘ-BAIE

420 LEI

SCAUN ROLATOR CU FRÂNE

732 LEI

TENSIOMETRU ROSSMAX X9 PARRPRO

PREȚURILE INCLUD TVA

ÎNTRE 2,60 ȘI 39 LEI

CALMAREA DURERII BIOFREEZE

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro

PESTE 3000 DE PRODUSE

CALITATE ȘI FIABILITATE

LIVRARE RAPIDĂ

Vă așteptăm cu drag în Showroom-ul Medisal din str. Gheorghe Doja, nr. 234, Târgu Mureș

www.medisal.ro

A X-a Conferință Națională Alzheimer - Actualități în domeniul demențelor

În perioada 19-22 februarie 2020 a avut loc la București cea de-a X-a ediție a Conferinței Naționale Alzheimer cu tematica Actualități în domeniul dementelor. Cu această ocazie, a fost organizată o conferință de presă. În deschiderea conferinței de presă, doamna profesor universitar dr. Cătălina Tudose – Președintele Societății Române Alzheimer, a realizat o trecere în revistă a principalelor subiecte abordate în cadrul celor 10 ediții ale Conferinței Naționale în perioada 2011-2020, precum și principalele probleme care se pun în legătură cu această patologie, atât la nivel național cât și la nivel mondial.

În acești ani, în domeniul demențelor, în special pentru boala Alzheimer, s-au schimbat foarte multe lucruri – după cum știm a apărut DSM – 5, a apărut o altă viziune, mai ales asupra acestei boli. Preocupările au mers în direcția creșterii gradului de recunoaștere a acestei patologii de către societate.

Foarte pe scurt, făcând o comparație între 2011 și 2020, avem următoarele concluzii:

În 2011, conform unor studii realizate de Asociația "Alzheimer Europe" în România existau aproximativ 270.000 de cazuri, din care diagnosticate și tratate erau aproximativ 10-15% , comparativ cu 50-60% în alte țări. În ultimii doi ani numărul persoanelor diagnosticate nu a crescut semnificativ.

În ultimii 10 ani nu s-a realizat nici un studiu epidemiologic în domeniul demențelor, în schimb ponderea populației vârstnice a crescut până la 17,2% în 2015 (16% in 2012)

În Europa, în 2011 se estima o creștere a numărului de persoane cu demență la 42,3 milioane în 2020 dar în prezent numărul a crescut mai mult, sunt 50 de milioane iar acesta se estimează că va ajunge până la 81,4 milioane în 2040.

La nivel mondial în 2017 se estima o creștere a numărului de persoane cu demență la 50 de milioane până la 80 de milioane în 2030 și 131,5 milioane in 2050. Numărul va crește foarte mult, peste tot în lume.

În ceea ce privește costurile de îngrijire – acestea au crescut, dar pentru România nu avem date. Datele pe care le avem sunt din SUA, costul mediu al îngrijirii pe persoană era estimat în 2011 la 12.000 USD anual, cel mai mic cost 4.400 USD în Africa, cel mai ridicat 26.000-36.000 USD (incluzând si îngriji informale) în 2015.

Costurile au crescut pentru că au crescut serviciile, costurile investigațiilor – diagnosticele se pun tot mai precoce datorită diversificării și perfecționării investigațiilor.

Privind fondurile alocate pentru îngrijirea pacienților cu boli neuro-degenerative – valoarea lor nu o știm. Se estimează totuși costul mediu al îngrijirii pe persoană ca fiind de 818 de miliare (pe persoană) în 2015 ceea ce reprezintă 1,09% din PIB-ul global, iar costul global al demenței s-a ridicat la un trilion de USD.

În 2012 România se afla pe penultimul loc între țările europene privind fondurile alocate pentru îngrijirea bolilor neurodegenerative, fenomen explicabil în absența serviciilor de îngrijire. Deși s-au întâmplat multe lucruri, în prezent nu sunt schimbări semnificative care să însemne structuri, strategii, sisteme.

În 2011 diagnosticul bolii de făcea în mod frecvent în stadii tardive, perioada de supraviețuire fiind de aproximativ 3 ani și jumătate față de durata de evoluție

seni®

RECOMANDAT DE ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE UROLOGIE

PREMIUM QUALITY · AIR BREATHABLE · EDS Extra Dry System · odour STOP · latex FREE

Gamă completă de produse pentru incontinență.

www.seni.ro

SeniRomania

www.e-motion.ro

a bolii de 8-12 ani. Noi ne situăm în stadiul mediu de punere a diagnosticului, conform studiului ALCOVE.

În continuare există un interes crescut din partea medicilor specialiști, a cercetătorilor, a catedrelor universitare, care au proiecte și educaționale, și de cercetare, integrați în colective internaționale, membri în conducerile asociațiilor europene și mondiale. La nivel de asistență, numărul persoanelor care se ocupă de demență este mic pentru că nu sunt servicii specializate și nu sunt consitutite echipe miltidisciplinare care să abordeze această patologie complexa (ex. centre ale memoriei). De asemenea, suportul din partea medicilor de familie este încă redus.

În privința normării de personal și a calificării acestui personal nu există o planificare și nu s-au produs schimbări semnificative, la nivel național, pe parcursul acestor ani; toruși în anumite centre din țară s-au făcut progrese.

În 2011 forța de muncă din sectorul serviciilor și instituțiilor de îngrijire din sectorul de stat era puțin sau deloc calificată și răspundea la aproximativ 10% din solicitări.

În ceea ce privește serviciile din comunitate, s-au dezvoltat numeroase instituții de îngrijire private dar ele nu sunt integrate într-un sistem național de îngrijire. De asemenea unele autorități locale au organizat centre pentru vârstnici, fără să dezvolte servicii sepcifice pentru personale cu demență din boala Alzheimer. Sunt totuși ONG-uri care fac numeroase proiecte în domeniu..

În 2011 demența Alzheimer era singura formă de demență recunoscută în România ca generând grade progresive de handicap fizic și psihic, în timp ce restul formelor de demență (vasculară, toxică, Parkinson, fronto-temporală etc) nu erau recunoscute ca handicap și nu beneficiau de nici un sprijin financiar din partea statului.

În 2020 au fot recunoscute toate formele de demență ca determinând grade progresive de handicap fizic și psihic (vasculară, toxică, Parkinson, fronto-temporală etc) pe măsura evoluției lor, și care beneficiază de sprijin financiar din partea statului.

În 2011 în România nu era încă recunoscut faptul că demența reprezintă o problemă de sănătate publică, situație care se menține, din nefericire, și în prezent deși pe plan internațional, în 2019 a fost lansat Planul Global de Acțiune al OMS privind răspunsul sănătății publice față de problematica demenței 2017-2025. Astfel există o directivă și recomandări specifice făcute de OMS.

Luând în considerare numai cazurile de demență Alzheimer, în care este dovedit faptul că alături de o persoană cu demență sunt implicate și suferă alte 3-4 persoane, rezultă că că cel puțin 1 milion de oameni vor avea o calitate a vieții profund perturbată. Îngrijitorii ar necesita sprijin prin informare permanentă, susținere morală, asigurarea continuității îngrijirii persoanei suferinde, în cadrul unei rețele de servicii specializate și adecvate evoluției boli și nevoilor de îngrijre.

Planul de Actiune al Societății Române de Alzheimer

În 2011 a fost prezentat raportul cu titlul „Necesitatea elaborării unei Strategii Naționale la nivel guvernamental privind asistența demenței", care cuprindea într-o primă fază, măsuri minime care să poată asigura un nivel decent de asistență medico-socială a bolnavului suferind decu demență, și anume:

- Registrul național al cazurilor cu demență;
- Înregistrarea cazurilor sociale/bâtrâni singuri;
- Centre de prim diagnostic/centre de memorie;
- Proiecte de evaluare a nevoilor;
- Programe de informare și educare a familiei;
- Destigmatizare;
- Asistență în comunitate realizată de asistentele comunitare de psihiatrie;
- Calificarea și normarea personalului.

În 2013 s-a înființat Alianța Națională Alzheimer, reunind asociații profesionale și ONG-uri, în cadrul căreia a fost elaborat raportul cu tema Accesul Pacientului cu Tulburări Cognitive la un diagnostic și tratament corect în România.

În 2014 s-a lansat proiectul Planului și Strategiei Naționale pentru Demență, care cuprindea toate măsurile discutate la Conferința din 2011;

2015 Conferința a dezbătut problematica legată de "viața după diagnostic" – ce urmeaza după diagnostic, atât pentru persoana bolnavă cât și pentru întreaga familie.

2016 Necesitatea de educare și informare a familiei a reprezentat tema conferinței "Pentru o familie informată și responsabilă. Educație și informare, elemente fundamentale în procesul de diagnostic și îngrijire în demențe". Discuțiile s-au concentrat asupra elaborării unei strategii naționale pentru demență.

În 2017 Societatea Română Alzheimer a lansat, împreună cu mai multe ONG-uri, un apel în vederea inițierii demersurilor în vederea elaborării unei strategii naționale privind demența; s-au strâns 4302 de semnături.

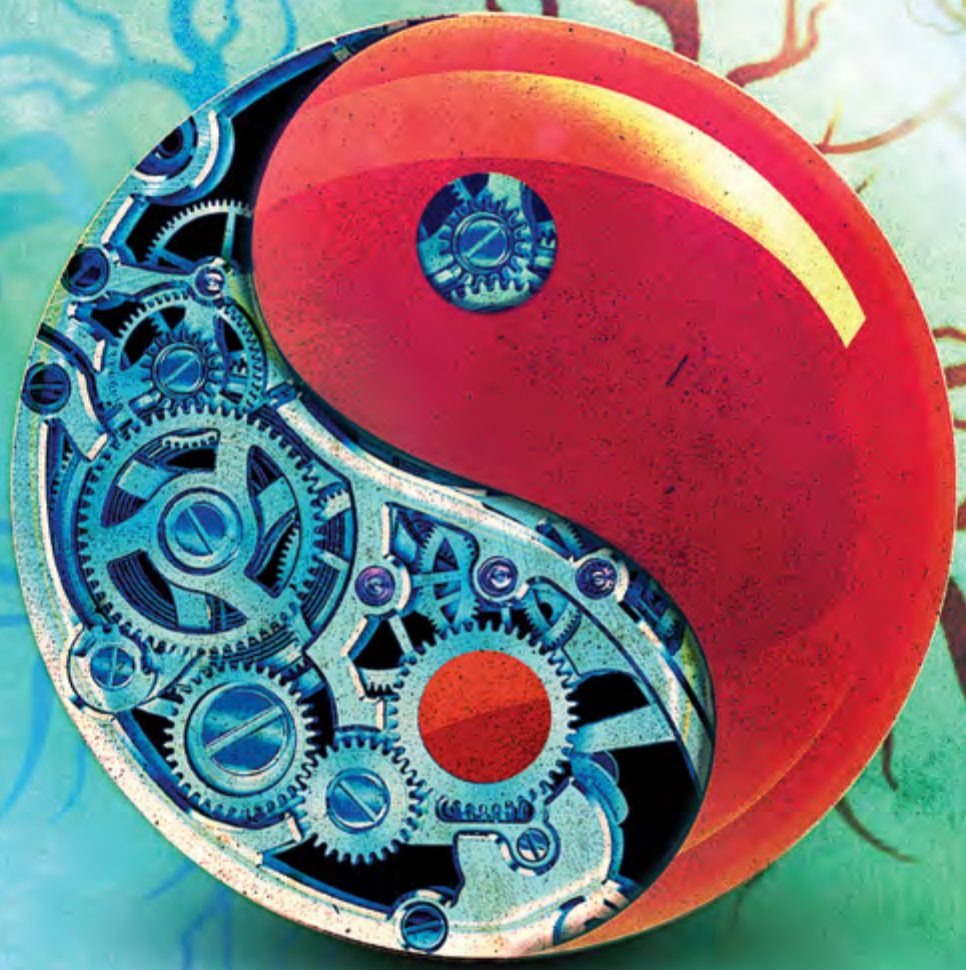
În 2018, s-a realizat evaluarea legislației privind standardele de îngrijire în instituțiile de îngrijire pe termen lung. S-au prezentat criteriile după care ar trebui să se orienteze o familie sau un pacient, atunci când își alege o instituție de îngrijire - ce fel de servicii ar trebui să fie oferite, ce servicii de asistență medicală, psihologică, susținere socială. S-au analizat posibilitățile de îmbunătățire ale legislației.

În 2019 a avut loc lansarea proiectului POCA "Sănătatea mintală – prioritate pe agenda publică cu accent pe demență" care se va finaliza în cursul anului 2020 și pe care ne dorim să-l continuăm, împreună cu toți partenerii noștri astfel încât acesta să ducă la schimbări în viața de zi-cu-zi a oamenilor care suferă de demență în România.

VESSEL DUE F

Produs biologic original

Redă echilibrul vascular!



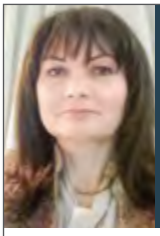
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Vessel Due F 250 ULS capsule moi și Vessel Due F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani, Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București, Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28, E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Depresia la persoanele vârstnice

Depresia la persoanele vârstnice este considerată în prezent o entitate clinică distinctă, tabloul clinic al depresiei prezentând multe aspecte diferite față de tabloul clinic al depresiei la adulți. Este considerată de mulți practicieni un proces normal și o consecință a îmbătrânirii. Dispoziția depresivă, simptomul principal al depresiei, poate fi mascată la vârstnici de tulburările de somn, pierderea apetitului, fatigabilitatea, care de obicei la persoanele tinere nu sunt atât de intense. Vârstnicii prezintă un tablou clinic mai sărac decât pacienții tineri, negând o serie de simptome importante, cum ar fi sentimente de culpabilizare, idei suicidare, chiar simptome psihotice.



Dr. Rozeta Drăghici

Cercetător Științific II – Psiholog PhD la Institutul Naţional de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan" București, lector asociat Universitatea București, Psiholog principal în psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie Cabinet Individual de Psihologie, președinte al Asociației Române de Psihologie Clinică

Întreaga gamă de simptome caracteristice depresiei majore este prezentă și la pacienții vârstnici (DSM-5, 2016). Câteva dintre simptomele depresive mai frecvent întâlnite la vârstnici sunt: anxietatea, simptomele somatice, deteriorarea cognitivă, agitația psihomotorie, simptomele psihotice. Dispoziția depresivă este simptomul principal al depresiei la orice vârstă, totuși poate lipsi la multe persoane vârstnice depresive. De obicei, depresivii vârstnici își mențin reactivitatea emoțională la evenimente pozitive, incapacitatea de a se bucura pentru lucruri care le făceau plăcere înainte este indicator de severitate.

Fatigabilitatea sau lipsa de energie reprezintă un simptom frecvent, fiind prezent la majoritatea pacienților vârstnici. Somnul la pacienții depresivi este superficial, fragmentat, mai scurt decât normal, fapt care le dă impresia că nu au dormit, în același timp vârstnicii au nevoie de mai puține ore de somn și se trezesc adesea în timpul nopții din cauza unor nevoi fiziologice. Ținuta neîngrijită, tulburările apetitului sau pierderea în greutate pot fi indicatori precoce ai depresiei, dar pot fi prezenți de asemenea și în tulburările neurocognitive majore.

Modificările cognitive la pacienții vârstnici depresivi nu trebuie niciodată omise, deoarece acestea pot indica o „pseudodemență", uneori secundară depresiei, reversibilă dacă este tratată la timp și corect. De cele mai multe ori se constată prezența simptomelor anxioase (sentimente de frică și nesiguranță, iritabilitate), dar care nu sunt suficiente pentru un diagnostic de anxietate, frica de moarte fiind caracteristică vârstei a treia. Anxietatea la depresivii vârstnici nu apare aproape niciodată singură, iar atunci când apare, unii autori au propus ca aceasta să fie considerată un semn al depresiei (Baldwin, 2014).

Simptomele somatice și delirul hipocondriac sunt destul de frecvente la depresivii vârstnici, în comparație cu cei tineri. Punerea în evidență a simptomelor somatice este dificilă, din cauza numeroaselor comorbidități care pot exista la vârstnici și, ca urmare, acestea nu trebuie întotdeauna atribuite unei tulburări mintale.

Frecvența tentativei de suicid crește odată cu înaintarea în vârstă, pacienții de gen masculin având risc crescut. Comorbiditățile (bolile neoplazice, accidentul vascular cerebral, infarctul miocardic, bolile renale, diferite dizabilități), singurătatea și sentimentul de inutilitate, izolarea socială și sentimentul de excludere din viața celor dragi, cresc riscul de elaborare a unui plan anume pentru comiterea suicidului. Aproximativ două treimi dintre pacienții depresivi vârstnici prezintă gânduri recurente de moarte, inclusiv ideații suicidare, care nu sunt ușor de identificat.

Blazer și colaboratorii (2012) au identificat un tablou clinic specific depresiei la vârsta a treia, caracterizat de: dispoziția depresivă, lentoare psihomotorie, hipoprosexie de concentrare, deficit cognitiv, constipație, autopercepție scăzută a stării de sănătate și boală somatică, tablou care nu corespunde criteriilor operaționale din DSM-5 și ICD-10 pentru episodul depresiv.

Depistarea depresiei este de un interes primordial în geriatrie, deoarece de multe ori ea provoacă reducerea sau pierderea autonomiei. Simptomatologia depresivă severă și prelungită tinde să se asocieze cu un risc crescut de declin cognitiv în populația vârstnică.

O evaluare psihodiagnostică trebuie să includă o istorie completă a simptomelor:

- când au început, cât au durat, cât de severe au fost, dacă pacientul le-a mai avut, ce tratament a urmat dacă au mai fost prezente;

- dacă pacientul consumă alcool sau droguri, a avut sau are gânduri de suicid;
- dacă au existat cazuri în familie, au fost tratate sau nu.

Dificultăţile de evaluare a depresiei la vârstnici includ: tendinţa de a nega sentimentele de depresie, predominanţa acuzelor somatoforme şi coexistenţa, într-o mare măsură, a tulburărilor cognitive.

Screening-ul pentru depistarea cazurilor de depresie la vârstnici poate fi facilitat de utilizarea scalelor standardizate, dar în practică mult mai utilizate sunt întrebările în cadrul interviului cu pacientul referitoare la dispoziţie, motivaţie, activităţi, energie, somn, interese etc. Scalele care evaluează dispoziţia depresivă fac acest lucru la un nivel simptomatic, pornind de la premisa că există o relaţie liniară între scorul obţinut şi severitatea bolii.

Diagnosticul depresiei la vârstnici trebuie să se bazeze atât pe istoricul clinic şi pe evaluarea psihiatrică şi psihologică amănunţită, cât şi pe investigaţiile somatice extensive, investigaţii ce pot depista cauze organice ce au precipitat sau întreţinut episodul depresiv.

Depresia asociată cu o afecţiune medicală este importantă la vârstnici având în vedere polipatologia frecventă şi cronicizarea unor boli, în contextul unei boli medicale este dificil de evaluat simptomatologia depresivă care

- poate reflecta stresul psihologic ce însoţeşte efortul de a face faţă bolii,
- poate fi cauzată de procesul patologic însuşi sau de medicaţia utilizată pentru tratarea lui,
- poate doar coexista în timp cu diagnosticul medical.

În funcţie de severitatea depresiei se impune intervenţia farmacoterapeutică cu recomandare de la medic psihiatru. Abordarea psihoterapeutică este eficace asupra depresiei uşoare sau moderate, cu efect pe termen scurt asupra dispoziţiei, interesului, anxietăţii şi simptomelor dureroase, asupra ratelor de recurenţă şi a calităţii vieţii pe termen lung. Terapia trebuie adaptată la capacitatea cognitivă a persoanei vârstnice, este important să avem în vedere activarea comportamentală prin planificarea şi organizarea zilnică, astfel încât persoana să fie scoasă din izolare şi pasivitate. Este stimulată implicarea în acţiuni plăcute, utile, care să redea bucuria şi sentimentul de a fi valoros, acceptat de cei din jur. Mediul online este din ce în ce mai agreat de persoanele vârstnice oferind posibilitate de a menţine relaţiile cu cei aflaţi departe şi în acelaşi timp fiind adaptat contextului actual în care se impune distanţarea fizică.

Bibliografie

1. Baldwin, R.C. (2014). Depression in Later Life. Second Edition, Oxford Psychiatry Library.
2. Blazer, D.G., Steffens D.C. (2012). Essentials of Geriatric Psychiatry, Second Edition, American Psychiatric Publishing, Inc.
3. Drăghici R. (2014). Depresia geriatrică – importanţa evaluării depresiei la persoanele vârstnice, în Popa C. & Ciobanu A.M. (coord), Tulburarea depresivă, Vol. II, Elemente de psihodiagnostic, terapii moderne şi studii de caz, ISBN 978-973-27-2478-1, Editura Academiei Române, Bucureşti, 45-54.
4. DSM-5, 2016, Manual de Diagnostic şi Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale - Ediţia a 5-a. Bucureşti: Editura Medicală Callisto, 155-188.
5. ICD-10, 1998. Clasificarea ICD-10 a tulburărilor mentale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic. Bucureşti: Editura ALL, 132-157.

Asociaţia **R**omână de **P**sihologie **C**linică organizează în colaborare cu
Institutul **N**aţional de **G**erontologie şi **G**eriatrie "Ana Aslan"
şi **S**ocietatea **R**omână de **G**erontologie şi **G**eriatrie

SIMPOZION NAŢIONAL de GERONTOPSIHOLOGIE - 6
ABORDAREA GERONTOPSIHOLOGICĂ ÎN CONTEXTUL ACTUAL
• Vineri, 13 Noiembrie 2020 • On-Line

PROGRAM ŞTIINŢIFIC	
09:00 – 09:30	**Înregistrare şi intrare participanţi on-line**
09:30 – 10:00	**Deschiderea oficială a Simpozionului Naţional** Dr. **Anca-Elena Ştefan** (Managerul INGG), Prof. Univ. Dr. **Gabriel-Ioan Prada** (Preşedintele SRGG), Dr. Psih. Pr. **Rozeta Drăghici** (Preşedintele ARPC)
10:00 – 12:00	**Sesiune CONFERINŢE I** Moderatori: Dr. Psih. Pr. **Cristina-Manuela Oprea,** Prof. Univ. Dr. Psih. Pr. **Cristian Vasile**
10:00 – 10:40	**Dinamica sănătăţii mintale, imunitate şi inflamaţie** Prof. Univ. Dr. Psih. Pr. **Cristian Vasile**[1] [1]Departamentul de Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Petrol-Gaze Ploieşti
10:40 - 11:20	**Anxietatea o comorbiditate a vârstnicului** Şef Lucr. Dr. Psihiatru **Mihnea Manea**[1,2] [1]Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alex. Obregia" [2]UMF "Carol Davila" Bucureşti
11:20 - 12:00	**Impactul vârstei şi nivelului educaţional asupra organizării vizuo-spaţiale la vârstnici** Dr. Psih. Pr. **Cristina Oprea**[1,2] [1]Depart. Psihologie, Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alex. Obregia" [2]UMF "Carol Davila" Bucureşti
12:15 – 14:15	**Sesiune CONFERINŢE II** **Moderatori:** Dr. Psih. Pr. **Liliana Enăchescu,** Dr. Psih. Spec. **Andreea-Georgiana Marin**
12:15 – 12:55	**O abordare comprehensivă asupra reabilitării psihiatrice în timpul pandemiei Covid** Dr. Psihiatru **Traian Purnichi**[1] [1]Institutul Naţional de Gerontologie şi Geriatrie "Ana Aslan", Bucureşti
12:55 – 13:35	**Terapia schemelor la populaţia vârstnică** Psih. Spec. **Ancuţa-Maria Neaga**[1] [1]Institutul Naţional de Gerontologie şi Geriatrie "Ana Aslan", Bucureşti
13:35 – 14:15	**Schimbarea socială şi limitarea libertăţii la vârstnic** Dr. Psih. Pr. **Liliana Enăchescu**[1] [1]Direcţia Protecţia Copilului, Persoanei şi Familiei, Serviciul Clubul Seniorilor, DGASPC1 Bucureşti
15:00 - 17:00	**Sesiune CONFERINŢE III** Moderatori**:** Lect. Univ. Dr. Psih. Pr. **Diana-Lucia Vasile,** Lect. Psih. Pr. Dr. **Rozeta Drăghici**
15:00 – 15:40	**Rezilienţa emoţională la vârstnici** Lect. Univ. Dr. Psih. Pr. **Lucia-Diana Vasile**[1,2] [1]Institutul pentru Studiul şi Tratamentul Traumei, Bucureşti [2]FPSE-Universitatea Bucureşti
15:40 – 16:20	**Suportul social ca factor moderator între experienţele traumatice şi calitatea vieţii la vârstnici** Psih. **Florentina Nicolescu**[1] [1]Institutul pentru Studiul şi Tratamentul Traumei, Bucureşti
16:20 – 17:00	**Tehnologii avansate pentru reabilitarea cognitivă la distanţă** Dr. Psih. Spec. **Andreea-Georgiana Marin**[1] [1]Spitalul Univ. de Urgenţă Elias, Clinica de Recuperare Neurologică, Bucureşti
17:15 – 18:45	**WORKSHOP: Model de Screening Gerontopsihologic** Moderatori: CSII Dr. Psih. Pr. **Rozeta Drăghici**, CS Psih. Pr. **Claudia Bălan**, CS Psih. Spec. **Ioana Găiculescu**, CS Drd. Psih. Pr. **Polixenia Stan**, CS Psih. Spec. **Alexandra Rusu**, Psih. Pr. **Nadia-Geanina Sîrbu** Institutul Naţional de Gerontologie şi Geriatrie "Ana Aslan", Bucureşti
18:45 – 19:00	**Închidere Simpozion – Discuţii finale**

www.ARPClinic.org *E-mail: contact@ropsiho.ro*

Coreflux
Sulodexide

Formula cu o experiență clinică de 30 de ani în Italia

Preț de referință pentru DCI Sulodexide, decontat pe lista B

Coreflux 250 ULS capsule moi și Coreflux 600 ULS/2 ml soluție inj. (i.v./i.m.) sunt medicamente biologice autorizate pe bază de sulodexide.

- Sulodexide este un antitrombotic marcant, activ la nivel arterial și venos cu un profil farmacologic deosebit susținut de efecte pleiotropice: inhibarea aderării plachetare și de activarea sistemului fibrinolitic tisular și circulator.

- Sulodexide normalizează parametrii alterați ai vâscozității sanguine, această acțiune se manifestă în special prin scăderea concentrațiilor plasmatice ale fibrinogenului.

- Profilul farmacologic al sulodexidei descris anterior este completat și cu acțiunea de normalizare a concentrațiilor plasmatice crescute ale lipidelor, realizată prin activarea lipoproteinlipazei.

Criteriile* de includere în tratamentul specific pentru Sulodexide/COREFLUX sunt:

- tromboza venoasă profundă (TVP) și în prevenția recurenței TVP,
- ameliorarea semnificativă a factorilor de risc pentru afecțiunile vasculare și progresia bolii vasculare, recurența unor episoade ischemice fatale și nonfatale,
- tratamentul insuficienței cronice venoase (IVC) în oricare din stadiile CEAP,
- tratament al unei leziuni ischemice,
- tratamentul bolii ocluzive arteriale periferice (BOAP), și în alte patologii care pot fi considerate ca o consecință a unui proces aterosclerotic,
- tratamentul simptomatic al claudicației intermitente, precum și tratamentul durerii de repaus.

- Prevenția și stoparea complicațiilor vasculare ale diabetului: nefropatia diabetică, retinopatia diabetică și **piciorul diabetic**.
- Prin administrarea de Sulodexide **poate fi evitată amputarea piciorului diabetic** și se poate opri evoluția retinopatiei și nefropatiei diabetice.

Denumirea comercială: COREFLUX 250 ULS capsule moi şi **COREFLUX 600 ULS / 2 ml soluţie injectabilă. Denumirea comună internaţională (DCI):** sulodexide. **Compoziţia:** Capsula moale: O capsulă moale conţine sulodexide 250 ULS (unităţi lipasemice sulodexide). Soluţie injectabilă: 2 ml soluţie injectabilă conţin sulodexide 600 ULS (unităţi lipasemice sulodexide). **Indicaţii terapeutice:** Tratamentul afecţiunilor vasculare cu risc de tromboză. **Doze şi mod de administrare: Capsule moi:** Doza recomandată este de 250 - 500 ULS (1 - 2 capsule moi) de 2 ori pe zi. **Soluţie injectabilă:** Doza recomandată este de 600 ULS (o fiolă soluţie injectabilă). În general, este indicat să se înceapă tratamentul cu soluţia injectabilă Coreflux 600 ULS şi, după 15 - 20 zile de tratament, să se continue cu capsule moi Coreflux 250 ULS timp de 30 - 40 zile. **Contraindicaţii:** Hipersensibilitate la: sulodexide, heparină, alte produse de tip heparinic sau la oricare dintre excipienţi. Diateză şi boli hemoragice. **Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare:** Când un tratament anticoagulant este în desfăşurare, se recomandă monitorizarea parametrilor coagulării. **Fertilitatea, sarcina şi alăptarea:** este de preferat să se evite administrarea Sulodexide în timpul sarcinii şi alăptării.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripţie medicală PRF.
Pentru informaţii complete consultaţi rezumatul caracteristicilor produsului.
Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii.

Sanience S.R.L.,
Str. Fr. Chopin nr. 1A, Sector 2, Bucureşti.
E-mail: office@sanience.ro

Siguranță la administrarea pe termen lung și în asocierile curente

Coreflux
Sulodexide

Tratamentul antitrombotic cu Sulodexide/COREFLUX este un tratament de lungă durată, fiind destinat unor afecțiuni cronice și de prevenție a complicațiilor diabetului.

Eficacitatea sulodexide, ca medicament biologic, nu depinde de: vârstă, sexul pacientului și nici de severitatea bolii, administrarea fiind benefică pentru toate aceste categorii de pacienți.

Acțiunea antitrombotică este datorată inhibării, dependente de doză, a unor factori ai coagulării, în principal factorul X activat. Interferența cu trombina rămâne însă la un nivel nesemnificativ, coagularea nefiind astfel influențată.

Astfel, antitromboticul Coreflux pe bază de sulodexide **nu prezintă efecte secundare hemoragice, când este administrat oral** și are un risc hemoragic redus comparativ cu alți glicozaminogligani terapeutici (GAGi, ca de ex. heparina și heparina cu greutate moleculară mică) când se administrează pe cale parenterală.

Aceasta este o consecință a unei interacțiuni mai reduse cu antitrombina III și a inhibiției simultane a cofactorului II al heparinei, obținându-se o inhibiție semnificativă a trombinei cu o anti-coagulare sistemică minimă.

Monitorizarea parametrilor sistemici ai hemocoagulării **nu este necesară la dozele sugerate. Terapia combinată cu medicamente cu potențial hemoragice** (AINS, antiagregante plachetare etc.) **este sigură**.

Datorită toleranței deosebite și a procentului foarte redus al efectelor secundare (sub 1%), nu sunt date publicate ce ar recomanda scăderea dozelor, față de dozele recomandate uzual.

SCHEMA DE TRATAMENT	
Doza inițială: o fiolă pe zi i.m. sau i.v.	**15 - 20 zile**
Doza de menţinere: 1 - 2 capsule de 2 ori pe zi	**30 - 40 zile**
Ciclul complet de tratament se va repeta cel puţin de două ori pe an.	

* În acord cu protocolul terapeutic Sulodexide (B014I) aprobat de Ministerul Sănătății, publicat în Monitorul Oficial al României.

Data APP/Revizuirii textului 08. 2014 RO/REV/03/2019

Inițierea tratamentului se face de către medicii specialiști care diagnostichează și tratează boli vasculare cu risc de tromboză.

Continuarea se face de către medicul de familie în baza scrisorii medicale emise de specialist.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripţie medicală PRF.
Pentru informaţii complete consultaţi rezumatul caracteristicilor produsului.
Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii.

sanience

Sanience S.R.L.,
Str. Fr. Chopin nr. 1A, Sector 2, Bucureşti.
E-mail: office@sanience.ro

Constipația cronică la adult și vârstnic: principii de abordare clinică

As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală și Gastroenterologie, medic specialist Gastroenterologie

Prof. Univ. Dr. Anca Trifan

Șef Lucrări Dr. Cătălin Sfarti

Conf. Univ. Dr. Irina Gîrleanu

Prof. Univ. Dr. Carol Stanciu,

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon" Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore. T. Popa" Iași

Considerații generale. Definiție

Spectrul tulburărilor de tranzit intestinal include o serie de manifestări subiective și obiective care apar ca urmare fie a încetinirii tranzitului intestinal și/sau a dificultăților de defecație, fie în contextul accentuării acestuia cu apariția scaunelor de consistență redusă și frecvență crescută.

Constipația reprezintă un sindrom clinic caracterizat printr-o serie de manifestări precum senzația de evacuare incompletă, necesitatea depunerii unui efort suplimentar pentru realizarea defecației, alături de dureri abdominale și eliminarea unui număr redus de scaune (sub trei/săptămână), cu o consistență crescută.

Constipația este una dintre cele mai frecvente acuze din sfera gastroenterologică, prevalența acesteia fiind între 10-30% din populația generală [1]. Totuși, deși prevalența constipației crește progresiv după vârsta de 60 de ani și este de trei ori mai frecventă la femei față de bărbați, se pare că aceasta este subestimată în condițiile în care peste 65% dintre pacienți nu se adresează unui clinician, ci preferă utilizarea tratamentului cu laxative din proprie inițiativă [2,3]. Cert este că impactul acestei afecțiuni asupra calității vieții pacientului cu constipație, atât din punct de vedere socio-economic, cât și psiho-emoțional este important.

Factori de risc

Pe lângă vârsta înaintată și sexul feminin, au fost raportați și alți factori de risc pentru dezvoltarea constipației, cum ar fi: sedentarismul, dieta săracă în fibre alimentare, obezitatea, istoricul familial de constipație, statusul socio-economic redus, precum și afecțiuni psihiatrice ca anxietatea și/sau depresia [4,5].

Fiziopatologie. Clasificare

Constipația reprezintă un simptom și nu o boală în sine, putând fi consecința a multiple alte afecțiuni. Astfel, constipația cronică secundară se poate asocia cu un spectru larg de boli, precum și cu utilizarea prelungită a unor medicații variate (Tabelul 1). În urma excluderii principalelor cauze de constipație secundară, se are în vedere așa-numita constipație primară sau idiopatică, consecință fiziopatologică a încetinirii tranzitului colonic și/sau a tulburărilor de defecație [6].

Constipația de tranzit (constipația cu tranzit colonic încetinit) se datorează reducerii mișcărilor propulsive ale colonului. Mecanismele care stau la baza acestui fenomen de încetinire a tranzitului colonic sunt: tulburări ale activității musculaturii netede și ale inervației autonome a colonului, disfuncții ale neurotransmițătorilor care reglează activitatea neuromusculară a colonului, leziuni ale sistemului nervos central, precum și alterarea absorbției/secreției la nivelul colonului și disbioza intestinală [2,6,7].

Constipația distală (tulburarea defecației) este cauzată de absența coordonării musculaturii planșeului pelvin în timpul efortului de defecație. Acest fenomen reprezintă de cele mai multe ori o consecință a alterării senzitivității rectale. În unele cazuri, tulburarea de defecație poate fi accentuată de un dezechilibru între activitatea sistemului nervos simpatic și parasimpatic, asociat cu o reducere a tonusului motor și a mișcărilor propulsive ale colonului [8-10].

Atât constipația de tranzit, cât și cea distală pot fi întâlnite ca entități separate sau pot coexista. Mai mult decât atât, în 24-58% dintre cazuri încetinirea tranzitului colonic și tulburările defecației pot coexista cu sindromul de intestin iritabil cu predominanța constipației [2].

Tabelul 1. Cauze de constipație cronică secundară (6,7)

MEDICAMENTE	AFECȚIUNI
Opioide	Diabet zaharat
Suplimente de fier	Hipotiroidism, hiperparatiroidism
Antiacide	Depresie, anxietate
Blocanți de canale de calciu, diuretice	Afecțiuni cerebro-vasculare
Antihistaminice	Neoplazii digestive
Antidepresive triciclice	Prolaps rectal, rectocel, disfuncție planșeu pelvin
AINS	Colită ischemică, BII, SII
Antiparkinsoniene, antiepileptice	Colagenoze, vasculite

AINS: antiinflamatoare non-steroidiene; BII: boală inflamatorie intestinală; SII: sindrom de intestin iritabil

OptiFibre®

Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.

Cui se recomandă OptiFibre®

- Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani
- Femei însărcinate sau care alăptează
- Vârstnici

	Număr de linguriițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
Ziua	Dimineața	Prânz	Seara	Dimineața	Seara
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 5/zi			Doză maximă 3/zi	

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut.
- OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- După ce consumați OptiFibre® nu este necesar un aport suplimentar de lichide, ca în cazul altor produse pe bază de fibre.

Avantajele OptiFibre®

- 100% origine vegetală
- Gust neutru
- Dozare ușoară
- Fără gluten

Peste 95% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.*

OptiFibre® nu conține gluten sau zaharuri adăugate.
Poate fi consumat și de către persoanele care suferă de diabet.

Nestlé HealthScience

www.nestlehealthscience.ro/optifibre

*Studiu efectuat în perioada februarie – martie 2019 pe un eșantion de 230 de persoane cu probleme de tranzit intestinal.

În cazul vârstnicilor, prevalența constipației ajunge la 43% din populația cu vârsta de peste 70 de ani. De asemenea, vârstnicii percep constipația ca o senzație de tensiune și dificultate în evacuarea scaunului [7]. Se pare ca apariția constipației la vârstnici se asociază cu alterarea senzitivității rectale și inhibarea senzației de evacuare a scaunului. Totodată, neuropatia autonomă din cadrul unor afecțiuni precum diabetul zaharat și boala Parkinson, sau utilizarea unor medicamente (opiozii, anticolinergicele) pot fi răspunzătoare pentru dezvoltarea constipației la vârstnici [7].

Nu de puține ori, pacienții vârstnici cu constipație se pot prezenta cu impactare de fecaloame și secundar cu ulcerații sau perforații colonice, alături de fenomene de ocluzie/subocluzie intestinală. Printre factorii de risc care predispun la aceste manifestări se numără imobilizarea prelungită la pat, leziunile medulare și tulburările cognitive [11,12]. De asemenea, se pare că efortul prelungit de evacuare al scaunului se asociază cu dezvoltarea hemoroizilor, a fisurilor anale sau a prolapsului rectal.

Diagnostic clinic

Anamneza și examenul fizic reprezintă etape cruciale în evaluarea pacientului cu constipație cronică. Prin intermediul unei anamneze complete și riguroase se urmărește obținerea unor date legate de debutul constipației, aspectul și consistența scaunului (scala Bristol), frecvența scaunelor, senzația de evacuare incompletă, simptome asociate precum meteorismul abdominal sau durerile abdominale, administrarea laxativelor, dietă, istoricul de intervenții chirurgicale sau de neoplazii.

Prezența simptomelor și a „semnelor de alarmă" (scădere ponderală, rectoragii/hematochezie, anemie feriprivă, constipație recent instalată mai ales la vârstnici, istoric familial de cancer colorectal sau boli inflamatorii intestinale, modificarea calibrului scaunului) impun excluderea prin examene paraclinice a cauzelor de constipație secundară.

În cazul pacienților vârstnici, anamneza trebuie să cuprindă și eventualele boli asociate precum și tratamentul acestora, alături de evaluarea nutrițională și cognitivă cât mai precisă.

Examenul fizic, atât al abdomenului, cât și al planșeului pelvin, completat cu efectuarea tușeului rectal pot oferi informații legate de prezența maselor tumorale abdominale, a prolapsului rectal, alături de identificarea hemoroizilor sau a fisurilor anale, precum și aprecierea tonusului sfincterului anal.

Necesitatea standardizării unor criterii de diagnostic pentru pacienții cu constipație cronică, precum și a managementului ulterior al acestor pacienți, a impus elaborarea unor criterii de diagnostic Roma IV, utile în practica clinică [13]. Aceste criterii trebuie să fie prezente în ultimele 3 luni, cu debutul simptomelor cu cel puțin 6 luni înaintea diagnosticului:

- Pacienții trebuie să îndeplinească cel puțin 2 din următoarele 6 criterii:
  - Efort prelungit, încordare în timpul a cel puțin 25% din defecații;
  - Scaune tari în timpul a cel puțin 25% din defecații;
  - Senzația de evacuare incompletă pentru cel puțin 25% din defecații;
  - Senzația de obstrucție ano-rectală
  - Manevre manuale de facilitare a evacuării scaunului (evacuare digitală, susținerea planșeului pelvin) a cel puțin 25% din defecații
  - <3 scaune/săptămână
- Evacuare dificilă a scaunelor în absența utilizării laxativelor
- Criterii insuficiente pentru diagnosticul de sindrom de intestin iritabil

Explorări paraclinice

Anamneza și examenul fizic rămân principalele instrumente utilizate în practica clinică cu scopul de a orienta necesitatea efectuării unor explorări diagnostice suplimentare. Astfel, realizarea testelor diagnostice specifice nu se indică de rutină dacă nu există suspiciunea unei patologii organice.

În cadrul evaluării inițiale a pacientului cu constipație se recurge la efectuarea unor teste de laborator precum: hemoleucogramă, glicemie, sideremie, sindrom inflamator nespecific, ionogramă serică, testul hemoragiilor oculte în scaun, alături de dozarea hormonilor tiroidieni, a calcemiei și a calprotectinei fecale.

Dacă anamneza și examenul obiectiv orientează către o patologie organică prin prezența simptomelor și a semnelor de alarmă se recomandă evaluarea endoscopică (rectosigmoidoscopie și/sau colonoscopie).

Odată cu utilizarea pe scară largă a colonoscopiei, irigografia și-a păstrat un rol limitat, fiind recomandată în principal pentru diagnosticul de megacolon sau megarect.

Explorările funcționale sunt indicate în cazul pacienților cu forme severe de constipație severă, non-responsivă la administrarea laxativelor, după excluderea unor patologii organice colonice sau extracolonice [14,15]. Aceste explorări suplimentare includ:

- Determinarea timpului de tranzit colonic prin utilizarea de markeri radioopaci;
- Defecografia (evaluează funcția de evacuare a rectului prin introducerea în rect a unei substanțe baritate cu urmărirea evacuării acesteia sub control radiologic);
- Manometria ano-rectală (identifică reflexele de defecație și tulburările de motilitate ale rectului și sfincterului anal intern prin urmărirea distensiei rectului cu un balonaș introdus intrarectal);
- Electromiografia sfincterului anal extern;
- Testarea sensibilității rectale la distensie.

Conduită terapeutică

Principiile de tratament în constipația cronică urmăresc adoptarea unor măsuri non-farmacologice de schimbare a stilului de viață și al dietei, alături de măsuri farmacologice, terapie de biofeedback, și în cazuri atent selecționate de intervenție chirurgicală.

Măsurile non-farmacologice au drept scop adoptarea unei diete bogate în fibre vegetale (20-35g/zi) prin introducerea în alimentație a fructelor, legumelor, cerealelor, alături de o hidratare corespunzătoare (minim 8 pahare de apă/zi), cu evitarea alimentelor procesate, sărace în fibre. De asemenea, se recomandă includerea în stilul de viață a exercițiilor fizice regulate, adaptate fiecărui pacient în parte, al unui orar zilnic al scaunului, precum și a prudenței în utilizarea excesivă a laxativelor [14,16,17].

Măsurile farmacologice sunt recomandate pentru tratamentul constipației cronice atunci când măsurile igieno-dietetice nu au dat rezultate [14,18]. Astfel, principalele categorii de laxative recomandate pentru o perioadă scurtă de timp, cu evitarea instalării dependenței sunt:

- Laxative osmotice – conțin polietilenglicol și polizaharide neabsorbabile (lactuloză, lactilol);
- Laxative de volum – includ fibre vegetale nedigerabile care acționează prin creșterea conținutului colonic și stimularea peristaltismului (meticeluloza, psyllium);
- Laxative emoliente – ulei de parafină, docusat sodic;
- Laxative stimulante – ulei de ricin, antrachinone (senna);
- Laxative saline – sulfatul de magneziu și hidroxidul de magneziu.

În cazul constipației prin tulburări de evacuare, un rol benefic îl poate avea și administrarea de supozitoare (glicerină, bisacodil) sau de clisme, care acționează prin distensie rectală și implicit prin stimularea receptorilor mucoasei ano-rectale.

Prokineticele pot fi utilizate în cazurile cu un răspuns inadecvat/refractare la administrarea de laxative. Cele mai utilizate prokinetice sunt metoclopramida și domperidona. Recent, ghidurile recomandă prucaloprid ca prokinetic în cazul femeilor cu constipație refractară la dieta bogată în fibre și la tratamentul convențional cu laxative [14,19].

Secretagogele intestinale (lubiprostone, linaclotide) acționează prin creșterea secreției de apă și electroliți în lumenul intestinal prin activarea canalelor luminale ale enterocitelor [20].

Terapia de biofeedback este recomandată pacienților diagnosticați cu constipație prin tulburarea defecației. Această metodă constă în realizarea de către pacient a unor exerciții de reeducare a musculaturii planșeului pelvin cu scopul obținerii relaxării în timpul defecației. Se pare că această metodă terapeutică se asociază cu o rată de succes care variază între 40-90% [21].

Tratamentul chirurgical este rezervat doar cazurilor de constipație secundară prin obstrucție. Astfel, prin intermediul intervenției chirurgicale se pot corecta prolapsul rectal, rectocelul sau invaginația asociată constipației, cu ameliorarea simptomatologiei locale. De asemenea, în cazuri excepționale se poate recurge la colectomie subtotală cu anastomoză ileorectală [14].

Complicații

Complicațiile determinate de constipația cronică pot fi colonice și extracolonice și în general nu se asociază cu un prognostic vital nefavorabil.

Una dintre complicațiile colonice importante, care survine la pacienții vârstnici cu constipație cronică este pseudo-obstrucția colonică acută sau sindromul Ogilvie. Această complicație se caracterizează prin apariția unui sindrom ocluziv la pacienții vârstnici, imobilizați la pat, cu istoric de administrare de narcotice/benzodiazepine.

Printre alte complicații colonice raportate se numără prolapsul rectal, impactul fecal și apariția hemoroizilor complicați cu tromboză și hemoragie.

Dintre complicațiile extracolonice, amintim dezvoltarea infecțiilor urinare de tract inferior, prostatoreea, alături de hernii inghinale și eventrații prin creșterea presiunii intraabdominale în timpul defecației [2].

Evoluție. Prognostic

Majoritatea pacienților cu constipație funcțională/primară au o evoluție favorabila în timp odată cu corectarea factorilor declanșatori și administrarea unui tratament individualizat. În cazul formelor de constipație secundară, prognosticul pacienților depinde de evoluția și răspunsul la tratament al afecțiunii cauzale.

Este important de reținut faptul că, în toate cazurile de evaluare a pacienților cu constipație, identificarea „semnelor de alarmă" printr-o anamneză și un examen obiectiv riguros pot influența radical diagnosticul, managementul și prognosticul pacienților.

Bibliografie

1. Prichard DO, Bharucha AE. Recent advances in understanding and managing chronic constipation. F1000Res 2018; 7:1640.
2. Vere C, Ciurea T. Constipația cronică. În Gastroenterologie și Hepatologie Clinică. București: Editura Medicală; 2018. p.221-233.
3. Mugie SM, Benninga M, di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2011;25:3-18.
4. Liu F, Kondo T, Toda Y. Brief physical inactivity prolongs colonic transit time in elderly active men. Int J Sports Med 1993;14:465-467.
5. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. BMC Gastroenterol 2008;8:5.
6. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, et al. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations. Gastroenterol Hepatol 2017; 40(3):132-141.
7. Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. Am Fam Physician 2011;84:299-306.
8. Andrews CN, Storr M. The pathophysiology of chronic constipation. Can J Gastroenterol 2011;25(suppl B):16B-21B.
9. Mertz H, Naliboff B, Mayer EA. Symptoms and physiology in severe chronic constipation. Am J Gastroenterol 1999;94:131-138.
10. Rao SSC, Mudipalli RS, Stessman M, Zimmerman B. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (anismus). Neurogastroenterol Motil 2004;16:589-596.
11. De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. Am J Gastroenterol 2000;95(4):901-905.
12. Gallagher P, O'Mahony D. Constipation in old age. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2009;23(6):875-887.
13. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. Gastroenterology 2016;150:1262-1279.
14. Sobrado CW, Neto IJ, Pinto RA, et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. J Coloproctol 2018;38:137-144.
15. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, et al. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol 2017;40(4):303-316.
16. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M,et al. Bowel disorders. Gastroenterology 2016;150:407–1393.
17. Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. Gut 2011;60:209–218.
18. Andresen V, Layer P. Medical therapy of constipation: current standards and beyond. Visc Med 2018;34:123-127.
19. Shin A, Camilleri M, Kolar G, et al. Systematic review with meta-analysis: highly selective 5-HT4agonists (prucalopride, velusetrag or naronapride) in chronic constipation. Aliment Pharmacol Ther 2014;39:239–253.
20. Andresen V, Camilleri M, Busciglio IA, et al. Effect of 5 days linaclotide on transit and bowel function in females with constipation-predominant irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2007;133:761–768.
21. Ba-Bai-Ke-Re MM, Wen NR, Hu YL, et al. Biofeedback-guided pelvic floor exercise therapy for obstructive defecation: an effective alterna¬tive. World J Gastroenterol 2014;20(27):9162-9169.

Coenzima Q10: o mai bună calitate a vieții pe termen îndelungat

Datele generale demografice arată că la nivel mondial numărul persoanelor vârstnice este în continuă creștere, determinând astfel existența unor preocupări serioase în satisfacerea multiplelor nevoi în plan financiar, social și medical. Lumea științifică internațională a fost și este preocupată în a cerceta fenomenul îmbătrânirii, pentru a fi descifrate mecanismele intime celulare ale acestui proces fiziologic și în a găsi modalitățile prin care poate fi încetinit.

Dr. Mariana Dercaci

Medic Primar Geriatrie
și Gerontologie

Coenzima Q10 (Ubiquinona, Ubidecarenona, Ubiquinol) deține un rol esențial în metabolismul celular- cofactor în lanțul respirator mitocondrial responsabil pentru fosforilarea oxidativă- unde funcționează ca un transportor pentru electroni și se comportă ca un antioxidant.

Această coenzimă a fost izolată pentru prima dată din fracțiunea mitocondrială/ inima bovină de către cercetătorul Frederick Crane în 1957; un an mai târziu a fost obținută prin fermentație de către cercetătorul Karl Folkers și colaboratorii. Începuturile anilor 80 marchează o accelerare a numărului de studii clinice urmată de producerea Coenzimei Q10 în cantitate mare de către companiile japoneze; a fost folosită în Japonia 1974 ca "medicament" pentru pacienții cu insuficiență cardiacă cronică.

Există cel puțin 10 tipuri de Coenzima Q, însă doar Coenzima Q10 se află în structura celulelor umane. Coenzima Q10 este o substanță liposolubilă, cu potențial reducător sensibil mai mare decât vitamina C și vitamina E dat de numărul ridicat de legături duble între atomii de carbon.

Se consideră că este antioxidantul din prima linie în apărarea împotriva efectelor radicalilor liberi și este un stabilizator optim al canalelor ionice membranare.

În mitocondrii se află sub două forme: oxidată (ubiquinona) și redusă (ubiquinol)- captează și neutralizează radicalii liberi transformându-i în molecule antioxidante.

La om este considerat un produs de biosinteză proces ce are loc în majoritatea țesuturilor. Valorile normale pot fi determinate în sânge și țesuturi; studiile recente sugerează că dozarea Coenzimei Q10 să se facă după normalizarea nivelului colesterolului și a lipidelor totale. O scădere cu 25% a valorilor normale poate fi un indicator de apariție a bolilor cronice.

Valorile normale ale Coenzimei Q10 sunt mai mari la bărbați decât la femei (0,4- 1,91micromol/L); ubiquinona– valori normale peste 1,45mg/L.

Sursa din alimentație e reprezentată de carne, pește, legume: mazăre, fasole, nuci, susan, fistic, uleiuri vegetale-soia.

Coenzima Q10 este necesară în dezvoltarea și buna funcționare a tuturor celulelor, fiind produsă în mod natural de organism în cantitate suficientă până la vârsta de 30 de ani; după această vârstă și în prezența și a unui deficit de vitamine, cantitatea se reduce semnificativ influențând funcția celulară printr-un proces prematur de îmbătrânire. Se găsește în toate membranele celulare și este transportată de lipoproteine în circulație; în proporție de 60% este asociată cu lipoproteine cu densitate scăzută (LDL), 25% cu lipoproteine cu densitate mare (HDL) și 15% cu alte lipoproteine.

Beneficiile Coenzimei Q10 pentru organism: susținerea sistemului imunitar, susținerea aparatului cardiovascular, rol anti-aging și beneficii in dermatologie (rol în protecția față de UV), contribuie la echilibrul glicemic, susține metabolismul organismului și producerea de energie celulară, susține activitatea fizică, psihică.

Într-un studiu dublu-orb, randomizat, placebo controlat, desfășurat în Suedia în perioada 2003-2010 și publicat în Jurnalul Internațional de Cardiologie, s-a dovedit că administrarea combinată de Seleniu și Coenzima Q10 la pacienți vârstnici (cu vârste cuprinse între 70-88 de ani) a determinat reducerea semnificativă a mortalității cardiovasculare în grupul tratat vs placebo. Au fost randomizati 443 de pacienți, timp de 5,2 ani. Pacienții din grupul activ au primit zilnic

Combinația de Seleniu și Coenzima Q10

Cheia sănătății inimii și longevității

Kisel-10 – Un studiu științific revoluționar

- O mai bună calitate a vieții
- Condiție fizică îmbunătățită
- Vitalitate crescută

Kisel-10: 1) „Mortalitatea cardiovasculară și N-terminal-proBNP reduse după suplimentarea cu Seleniu și Coenzima Q10: un studiu prospectiv randomizat, dublu-orb, placebo controlat, realizat în rândul cetățenilor suedezi vârstnici". Alehagen și colaboratorii; Revista Internațională de Cardiologie. e0141641. Doi: 10.1371 / journal.pone.0141641.
2) «Îmbunătățirea calității vieții legate de sănătate și mai multe zile în afara spitalului prin suplimentarea cu Seleniu și Coenzima Q10. Rezultatele unui studiu prospectiv dublu orb, placebo controlat». P. Johansson și colab., J Nutr Health Aging iunie 2015.

Pharma Nord
Tel. 021 316 06 54
consumator@pharmanord.com • www.pharmanord.ro

Bio-Seleniu+ Zinc și BioActive Q10 Gold, cele două produse administrate împreună în studiul Kisel-10, sunt produse de referință pe piața internațională a suplimentelor nutritive.

RO_SelenZinc_Q10_Ad_Cardiologie_210x295_0920

200 micrograme/ zi de seleniu (SelenoPrecise) și 200 mg de Coenzima Q10 (Bio-Quinone Q10) de la Pharma Nord.

Recomandări privind administrarea Coenzima Q10: în general doza este între 100-200mg/zi și trebuie adaptată nevoilor specifice pentru fiecare persoană în parte de către medic.

Deși nu există studii clinic extinse care să dovedească eficacitatea și siguranța administrării ca și medicament, se comercializează ca și supliment alimentar. Eficiența diferită a suplimentelor alimentare provine din biodisponibilitatea diferită a acestora, dovedită prin studiile științifice efectuate de-a lungul timpului.

Creșterea calității vieții persoanei vârstnice implică o multitudine de măsuri ce vizează alimentația, regimul de mișcare, starea emoțională, tratamentul afecțiunilor cronice, aportul de antioxidanți.

În acest context poate fi recomandată Coenzima Q10- Pharma Nord (30 și 100mg) ca urmare a existenței a peste 100 de studii științifice și a recunoașterii de către Asociația Internațională pentru Studiul Coenzimei Q10.

Bibliografie:

1. Alehagen U., Aaseth J., Johansson P. (2015). Reduced cardiovascular mortality 10 years after supplementation with selenium and coenzyme Q10 for four years: follow-up results of a prospective randomized double-blind placebo-controlled trial in elderly citizens. PLoS ONE 10:e0141641. 10.1371/journal.pone.0141641 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] .]
2. www.researchgate.net/publication/296951483_Coenzyme_Q10_and_ubiquinol_for_physical_performancelpi.oregonstate.edu/mic/dietary-Journal of Preventive
3. Bentinger M., Tekle M., Dallner G. (2010). Coenzyme Q–biosynthesis and functions. Biochem. Biophys. Res. Commun. 396, 74–79. 10.1016/j.bbrc.2010.02.147 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Desbats M. A., Lunardi G., Doimo M., Trevisson E., Salviati L. (2015a). Genetic bases and clinical manifestations of coenzyme Q10 (CoQ 10) deficiency. J. Inherit. Metab. Dis. 38, 145–156. 10.1007/s10545-014-9749-9 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Flowers N., Hartley L., Todkill D., Stranges S., Rees K. (2014). Co-enzyme Q10 supplementation for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst. Rev. CD010405. 10.1002/14651858.CD010405.pub2 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Gonzalez-Guardia L., Yubero-Serrano E. M., Delgado-Lista J., Perez-Martinez P., Garcia-Rios A., Marin C., et al. . (2015). Effects of the Mediterranean diet supplemented with coenzyme q10 on metabolomic profiles in elderly men and women. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 70, 78–84. 10.1093/gerona/glu098 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Hamilton S. J., Chew G. T., Watts G. F. (2009). Coenzyme Q10 improves endothelial dysfunction in statin-treated type 2 diabetic patients. Diabetes Care 32, 810–812. 10.2337/dc08-1736 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] / Johansson P., Dahlstrom O., Dahlstrom U., Alehagen U. (2015). Improved health-related quality of life, and more days out of hospital with supplementation with selenium and coenzyme Q10 combined. Results from a double blind, placebo-controlled prospective study. J. Nutr. Health Aging 19, 870–877. 10.1007/s12603-015-0509-9 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Mischley L. K., Allen J., Bradley R. (2012). Coenzyme Q10 deficiency in patients with Parkinson's disease. J. Neurol. Sci. 318, 72–75. 10.1016/j.jns.2012.03.023 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Mortensen S. A., Rosenfeldt F., Kumar A., Dolliner P., Filipiak K. J., Pella D., et al. . (2014). The effect of coenzyme Q10 on morbidity and mortality in chronic heart failure: results from Q-SYMBIO: a randomized double-blind trial. JACC Heart Fail. 2, 641–649. 10.1016/j.jchf.2014.06.008 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Shults C. W. (2003). Coenzyme Q10 in neurodegenerative diseases. Curr. Med. Chem. 10, 1917–192Silver M. A., Langsjoen P. H., Szabo S., Patil H., Zelinger A. (2004). Effect of atorvastatin on left ventricular diastolic function and ability of coenzyme Q10 to reverse that dysfunction. Am. J. Cardiol. 94, 1306–1310. 10.1016/j.amjcard.2004.07.121 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
11. Young J. M., Florkowski C. M., Molyneux S. L., Mcewan R. G., Frampton C. M., George P. M., et al. . (2007). Effect of coenzyme Q(10) supplementation on simvastatin-induced myalgia. Am. J. Cardiol. 100, 1400–1403. 10.1016/j.amjcard.2007.06.030 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
12. www.pharmanord.ro/ news/ sunteti- ingrijorati- de- inaintarea- in- varsta- acum- avetimai- putine- motive- sa- fiti-preocupati- de- acest- lucru-noutati www.pharmanord.ro/ news/ exista- o- formula- pentru- a- avea-o-calitate-ridicata-a-vietii-si-la-batranete
13. The Effect of Coenzyme Q10 on Morbidity and Mortality in Chronic Heart Failure.Results From Q-SYMBIO: A Randomized Double-Blind Trial.Svend A. Mortensen, Franklin Rosenfeldt, Adarsh Kumar, Peter Dolliner, Krzysztof J. Filipiak, Daniel Pella, Urban Alehagen, Günter Steurer, Gian P. Littarru and Q-SYMBIO Study Investigators

ZirComBi®

Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale la pacienții cu **sindrom de intestin iritabil**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536* (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg*).
*100% valoare nutritivă de referință.

Zir-Fos®

Sinbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale **post-antibioterapie sistemică**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* (5 miliarde per plic), fructo-oligozaharid Actilight și complex de vitamine B* (B1=1,1 mg; B2=1,4 mg; B6=1,4 mg; B12=2,5 µg).
*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și Zirfos sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com

---

Alfasigma România S.R.L.
Str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28
e-mail: contact@addenda.ro

ALFASIGMA

Impactul pandemiei de SARS COV-2 asupra pacienților geriatrici din perspectiva psihiatrică

Sănătatea mintală reprezintă capacitatea unui individ de a avea succes în viața familială, socială și profesională în prezența „stării de bine" (nu numai absența bolii, ci și lipsa stigmatizării). În opoziție cu sănătatea mintală, tulburările și bolile mintale constituie una dintre cauzele principale ale anilor pierduți de viață sănătoasă și a poverii bolii (DALY) în lume și în România.1,2 Din punct de vedere al vârstnicilor, deși a înregistrat o creștere, speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din UE din cauza comportamentelor nesănătoase, a inegalități socioeconomice dar și a anumitor deficiențe în furnizarea serviciilor de sănătate. Datele din România anului 2018, arătau ponderea pacienților cu tulburări mintale și de comportament, ca fiind de 2445 cazuri la 100.000 de locuitori. Prevalențe ce depășesc 3.000 de cazuri la 100.000 de locuitori au fost raportate de județele: Argeș, Vâlcea, Hunedoara, Olt, Buzău, Călărași, Gorj și Caraș-Severin.1

Dr. Traian Purnichi

Medic psihiatru, coordonator ambulatoriu INGG Ana Aslan

Din punct de vedere al medicului psihiatru din ambulatoriul INGG Ana Aslan, cazuistica este cel mai des reprezentată de tulburări afective, tulburări de somn și demențe. Dintre tulburările afective cele mai frecvente sunt depresia si anxietatea. Prevalența depresiei a fost de 9% în rândul bărbaților și de 17% în rândul femeilor din UE. 3 Prevalența depresiei pe grupe de vârstă la nivel UE, are un maxim la femeile adulte cu vârsta între 55-74 ani (7,5%), iar la bărbați, peste 5,5,%.3 Prevalența cazurilor de depresie pe grupe de vârstă în România, arată creșterea numărului cazurilor de depresie odată cu înaintarea în vârstă.1 Demența este un sindrom cronic și ireversibil, caracterizat de o afectare permanentă a funcției intelectuale, instalată progresiv ce afectează mai multe domenii: memoria, cogniția, limbajul, orientarea spațială, emoțiile sau personalitatea, iar acest lucru interferează cu activitățile vieții zilnice.4 Demența este a cincea cauză de mortalitate iar boala Alzheimer și demența vasculară sunt cele mai frecvente forme (90% din cazuri)1. În România, de demență suferă aproximativ 600.000 de persoane, cu o rată a diagnosticării ce se situează între 10-15% din populația geriatrică. Deoarece pentru fiecare persoană cu demență sunt implicate aproximativ 2-4 persoane, calitatea vieții a cel puțin 1 milion de oameni în țara noastră este profund perturbată.5

Conținut

Începând din luna martie a anului 2020, din cauza pandemiei de Covid-19, numărul de cazuri și structura acestora s-a schimbat, iar evoluția lor, mai ales în rândul pacienților care s-au infectat cu noul virus a fost mai imprevizibilă. Acest lucru m-a determinat să încep o cercetare mai aprofundată a fenomenului. Când colegul nostru Dr. Virgil Musta, șeful secției de Boli Infecțioase din cadrul Spitalului de Boli Infecțioase „Victor Babeș" din Timișoara, a dezbătut situația pacienților fără comorbidități, sub 50 de ani, care au decedat în urma infectării cu COVID-19 și a spus că aveau două lucruri în comun (depresie și anxietate, plus că s-au prezentat târziu la spital după o perioadă asimptomatică) lucrurile au început să prindă contur din punct de vedere neuro-biologic.7 Mai mult, combinația de eozinopenie și creșterea hs-CRP poate tria eficient pacienții suspectați de COVID-19 de alți pacienți care prezintă clinic febră sau simptome de IACRS, fiind și factor prognostic de mortalitate. 8 Deci din acest punct de vedere, știind că nivelurile ridicate de hs-CRP sunt asociate cu prezența depresiei la pacienții vârstnici și posibil cu anxietatea,, la pacienții infectați cu noul coronavirus, mai ales dacă sunt pacienți geriatrici, se impune un screening pentru tulburările afective deoarece prezența acestor tulburări afectează prognosticul și evoluția cazului. 9

Privind situația un pic inversată, într-un articol din luna iunie referitor la cazurile covid-19 din UK, 62% au suferit leziuni ale circulației cerebrale, cum ar fi accidente vasculare cerebrale și hemoragii, iar 31% au avut stări mentale modificate, cum ar fi confuzie sau inconștiență prelungită - uneori însoțită de encefalită. Zece persoane din lot au dezvoltat psihoză.10 Simptomele care afectează sistemul nervos central (SNC) au apărut mai rar la persoanele cu SARS (0,04%) și MERS(0,2%), față de persoanele infectate cu covid. Având în vedere că există în prezent 28,2 milioane de cazuri confirmate cu covid-19 la nivel mondial, acest lucru ar putea implica faptul că între 10.000 și 50.000 de persoane au suferit complicații ale SNC. 11 Dar o problemă majoră în cuantificarea cazurilor este că studiile clinice s-au concentrat în mod obișnuit pe persoanele cu covid-19 care au fost spitalizate, adesea pe cei care au necesitat terapie intensivă. Prevalența simptomelor SNC în acest grup ar putea fi „mai mare de 50%". 11 O echipă condusă de Mary Fowkes, anatomopatolog la UMF, Muntele Sinai din New York, a publicat la sfârșitul lunii mai, un articol ce descrie analiza post mortem a 67 de persoane infectate cu covid-19. „Am văzut virusul chiar în creier", spune Fowkes deși viremia a fost scăzută. Mai mult, dacă virusul invadează prin nervul olfactiv, regiunea creierului asociată ar trebui să fie prima afectată. „Pur și simplu nu vedem virusul implicat în bulbul olfactiv", spune Fowkes. Mai degrabă, spune ea, infecțiile din creier sunt mici și tind să se aglomereze în jurul vaselor de sânge.12

Concluzii:

Ținând cont de faptul că pacienții geriatrici sunt fragili, au de regulă multe comorbidități somatice, sunt polimedicați și au un status inflamator crescut, în perspectiva pandemiei de covid-19 și ținând cont de mecanismele neurobiologice implicate, se impune un screening activ al tulburărilor psihice ce pot fi factori de morbi-mortalitate semnificativi.

Referințe selective:

1. https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2020/02/Analiza-situatie-campanie-sanatate-mintala%C2%83-2020.pdf
2. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/
3. http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2017/3- out-of- 4-people-suffering-from-major-depression-donot-receive-adequate-treatment
4. Florin Tudose, Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi, 123-124.
5. http://www.healthdata.org
6. https://www.dcnews.ro/morti-de-covid-fara-comorbiditati-musta-explica-furtuna-au-doua-lucruri-in-comun_775037.html
7. https://www.dcnews.ro/morti-de-covid-fara-comorbiditati-musta-explica-furtuna-au-doua-lucruri-in-comun_775037.html
8. https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30119-X/fulltext
9. Purnichi T et all, High-sensitivity c-reactive protein, possible biomarker for depression in elderly population, Acta Endocrinol, . Apr-Jun 2019;15(2):215-220. doi: 10.4183/aeb.2019.215.
10. Varatharaj, A. et al. Lancet Psychiatry https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X (2020).
11. Ellul, M. A. et al. Lancet Neurol. 19, 767–783 (2020).
12. Bryce, C. et al. Preprint at medRxiv https://doi.org/10.1101/2020.05.18.20099960 (2020).

NORMIX

Rifaximină-α 200 mg

Antibioticul intestinal

Corectează disbioza prin modularea microbiotei intestinale!

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Normix® 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale

Alfasigma România S.R.L.
Str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28
e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro

ALFASIGMA

Redă libertatea mişcării!

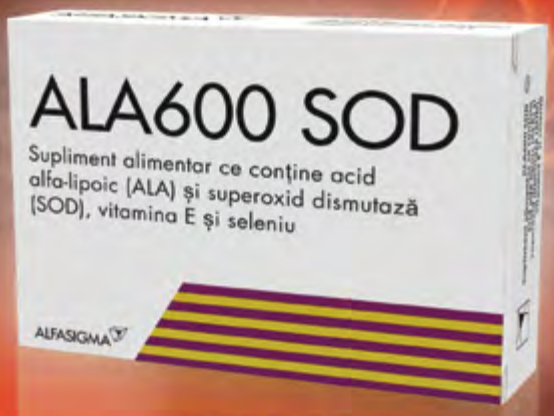
DICLOREUM 150 mg
diclofenac

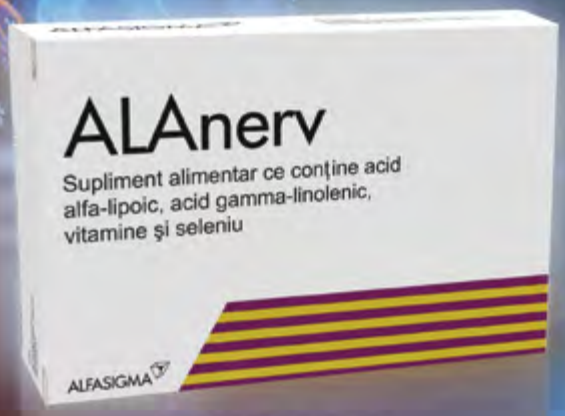
Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii. Dicloreum® 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripţie medicală - P6L. Pentru informaţii suplimentare vă rugăm să consultaţi rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniştii din domeniul sănătăţii sunt rugaţi să raporteze orice reacţie adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro sau la Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani, Nr. 18, Parter şi etajul 1, sector 3, Bucureşti, Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28, E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Stinge durerea neuropată!





DURERE ACUTĂ

1 /zi

4 săptămâni

DURERE CRONICĂ

1-2 /zi

6-8 săptămâni

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALA 600-SOD și ALAnerv sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la aceste produse la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani, Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București,
Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28,
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

AspiVita100

Nattokinaza 100 mg (2000UF)

Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita[100] o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogenic și prin profilul de siguranță.
AspiVita[100] raspunde nevoilor profilactice și terapeutice din afecțiunile cronice vasculare cu potențial trombotic ridicat, în hipertensiunea arterială și în bolile neurodegenerative printr-un cumul deosebit de avantaje:

• Este singura enzimă fibrinolitică activă după administrare orală

AspiVita[100] conține nattokinază încapsulată într-o formă cu eliberare controlată, care asigură protecția sa împotriva degradării gastrice și eliberarea treptată la nivel intestinal, pentru un efect fibrinolitic prelungit.

• Mecanism fibrinolitic și antiagregant plachetar cunoscut

Nattokinaza are un mecanism fibrinolitic dual: atât direct (asupra fibrinei), cât și indirect (prin activarea plasminei).
Profil de siguranță ridicat: nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei

• Siguranță la grupele de risc

Studiile clinice au demonstrat siguranța administrarii, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC[1]. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici[2] și dializați[3]

Motivele includerii cu succes a AspiVita[100] în planul de prevenție și tratament al pacienților cu risc de tromboze și accidente vasculare:

- **Eficacitate în dizolvarea trombilor:** nivelul produșilor de degradare ai fibrinei (PDF) crește treptat[4] cu până la 21,2% după administrarea orală a 2000 UF (unități fibrinolitice) de nattokinază
- **Protecție împotriva aterosclerozei arterei carotide:** reduce dimensiunile plăcii de aterom cu până la 36,6% la administrare timp de 6 luni[7]
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer[6]
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată**[5] la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita[100] asigură:

- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita[100] cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore

Certified Premium Quality · Swiss formula · GMP · EU Pharma • US-FDA nutra

• Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP

[1]Shah AB., An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinaseas as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets în acute ischeamic stroke, 2004; [2]Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure în patients with lifestyle diseases, 2014; [3]Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII în human subjects, 2009; [4]Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 20155Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [5]Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [6]Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; [7]Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017

Deficitul cognitiv ușor și EGb761

Conform unui raport OMS din februarie 2018, în intervalul 2015 - 2050 populația de 60 de ani se va dubla (de la 12% la 22%), iar în acest an, 2020, populația în vârstă de ≥ 60 ani va depăși numărul copiilor sub 5 ani. Așadar creșterea speranței de viață, îmbătrânirea populației și scăderea natalității au deja un impact major socioeconomic chiar și pentru țările dezvoltate. Efectele sunt cu atât mai mari cu cât în anii 90, din bugetul pentru sănătate al SUA, se aloca 90% pentru îngrijiri medicale și numai 1,5% pentru profilaxie, în condițiile în care reducerea mortalității este în primul caz de 11%, dar crește la 43% printr-o bună prevenire, care implică educația pentru sănătate pe scară largă [1]. Din păcate, această tendință se păstrează și astăzi în majoritatea țărilor dezvoltate. Vârsta cronologică este cel mai puternic factor de risc pentru demență și prevalența acesteia [2]. Diagnosticarea precoce a modificărilor cognitive este foarte importantă pentru reducerea impactului socioeconomic al demențelor.

Conf. Univ.
Dr. Carmen Adella Sîrbu

Universitatea Titu Maiorescu
București, SUUMC „dr Carol Davila"
București, secția neurologie

Sindromul de deficit cognitiv ușor (MCI-Mild Cognitive Impairment) a fost descris în 2001 de Petersen[3]. MCI poate evolua în 4 direcții: stabilitate (nu se ameliorează dar nici nu face conversia spre demență -26,84%), instabilă (cu fluctuații între MCI și normalitate - 18,13%), remisie (recuperarea unor funcții cognitive) și progresivă, către demență. Lipsa criteriilor asupra căror domenii cognitive ar trebui să fie evaluate și prin ce teste, sau asupra limitei dintre performanța normală cognitivă și cea patologică, explică inexistența unui consens internațional. La acestea se adaugă rezultatele fals (+) sau fals (-) ce țin de educație, deficite senzoriale, explorarea unei funcții cognitive unice etc. Apariția biomarkerilor specifici precum beta secretaza plasmatică 1 (BACE1) care crește semnificativ la pacienții cu MCI, cu risc de conversie după trei ani spre demența Alzheimer, reprezintă progrese importante[4].

În MCI amnezică (aMCI), pierderea de memorie este predominantă și este asociată cu un risc ridicat de conversie spre demența Alzheimer. Persoanele cu MCI nonamnezică (naMCI) au deficiențe în alte domenii cognitive decât memoria și au un risc mai mare de a dezvolta alte forme de demență, precum cea cu corpi Lewy[5]. Ambele tipuri de MCI pot fi clasificate în continuare în subtipuri cu un singur domeniu afectat sau mai multe.

Conform Manualului de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale, a cincea ediție (2013), abreviat ca DSM-5, criteriile de diagnostic pentru Tulburarea neurocognitivă ușoară (TNCU), sunt 4, de la A la D, cu două subcriterii A1, A2:

A= declin cognitiv usor față de un nivel anterior de performanță într-unul sau mai multe domenii; A1 = sesizat de pacient, aparținător sau clinician; A2 = o afectare ușoară a performanței cognitive (atât A1 cât și A2 trebuie îndeplinite simultan);
B= afectarea ușoară cognitivă nu intervine în activitatea de zi cu zi;
C= manifestările nu apar exclusiv în contextul delirului;
D= nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare mentală.

Foarte important este ca tulburările semnalate să nu se datoreze altor cauze tratabile, deci reversibile ale deficiților cognitive.

Tulburările neurocognitive ușoare se găsesc la capitolul 6D71 din noua Clasificare Internațională a Bolilor, ICD 11, care urmează să fie implementată în majoritatea țărilor începând cu luna ianuarie 2022.

Deficitul cognitiv ușor poate fi considerat deci ca prodrom al demenței, putând fi însoțit și de simptome non-cognitive, precum depresie, apatie, perturbări ale ritmului somn-veghe.

Conform ghidului terapeutic pentru tulburările psihiatrice majore publicat în 2014, în prezent nu există terapii standard pentru deficitul cognitiv ușor, existând premise teoretice ale unor beneficii terapeutice posibile care ar încetini progresia simptomelor cognitive, prin tratamentul factorilor de risc. MCI asociat vârstei înaintate ar putea fi ameliorat prin produse „anti-aging" ce conțin *ginkgo biloba*, trofice cerebrale, antioxidanți și un regim sănătos de viață.

Originar din China, arborele Ginkgo biloba, a apărut cu cca 200 mil. de ani în urmă. În Europa a ajuns în anul 1710 (la Utrecht, Olanda), plătindu-se pentru un pom suma de 40 de taleri de aur, de unde a derivat și denumirea populară de „arborele de 40 de taleri"[6]. El este recunoscut în domeniul farmaceutic. Produsele obținute din frunzele arborelui Ginkgo Biloba, trebuie să îndeplinească cerințele ambelor foruri internaționale, WHO Monographs și EU Herbal Monograph. Singurul extract standardizat recunoscut este EGb 761 („gold standard extract").

Această calificare s-a obținut prin respectarea condițiilor privind cultivarea, culegerea frunzelor de Ginkgo Biloba (la maturitate) și procesul de extracție[7,8].

Acțiunea farmacologică a EGb 761 se concentrează pe proprietățile vasculotrope și îmbunătățirea reologiei, pe acțiunea antioxidantă și de neuroprotecție. Se apreciază ca numărul total de celule neuronale din creier este de 86 bilioane, cu un număr aproximativ egal de celule nonneuronale. S-a constatat că noi dezvoltăm aproximativ 700-1000 noi neuroni în hipocamp zilnic, astfel că până la vârsta de 50 ani aici vom avea peste 12 milioane de neuroni noi, suficienți pentru a înlocui complet hipocampul, structura strategică în cogniție[10]. EGb 761 influențează cortexul cerebral, hipocampul, substanța neagră și măduva spinării, având rezultate bune în afecțiunile cerebrovasculare și boala Alzheimer[11,12].

Pentru ca extractul de Ginkgo biloba să aibă aceste proprietăți, el trebuie să fie standardizat, adică trebuie să conțină o anumită cantitate din anumiți constituenți:
• flavonoide (ginkgoflavonoide) 22-27%,
• terpene (ginkgoterpenoide) 5-7%, dintre care
► 2,8-3,4% ginkgolide (A, B, C, diterpene);
► 2,6-3,2% bilobalide (sesquiterpene);
• sub 5 ppm (părți per million, adică sub 0,5 mg/100 g extract vegetal) acizi ginkgolici, care au potential alergenic și toxic.

Biflavonoidele, care reduc absorbția intestinală a componentelor active, ducând la diminuarea acțiunii terapeutice, trebuie să lipsească din acest extract[13].

Preparatele nestandardizate care conțin doar flavonoide nu au efecte neurotrope, cele cu conținut ridicat de acizi ginkgolici induc reacții alergene puternice și toxicitate celulară, cele cu conținut mare de terpene interferă cu coagularea sângelui ducând la interacțiuni cu anticoagulantele și antiagregantele utilizate concomitent, cu risc crescut de sângerare[14]. Utilizarea suplimentelor alimentare botanice este larg răspândită dar complexitatea și variabilitatea lor prezintă multe provocări. Atât producătorii, cât și cei care aprobă sau recomandă aceste produse, sunt responsabili pentru siguranța celor cărora le sunt indicate. Medicii trebuie să le utilizeze după o bună și corectă informare[15].

Medicii de familie au rol esențial în selecția pacienților cu probleme cognitive incipiente. O grijă deosebită trebuie acordată pacienților peste 50 de ani care afirmă scăderea memoriei, probleme de atenție și concentrare, elemente de depresie, anxietate sau apatie. Dacă există antecedente heredocolaterale de tulburări cognitive, atenția trebuie să fie și mai mare. Când pacientul asociază și factori de risc vasculari, pe lângă identificatrea lor se încearcă și modificarea acestora, cunoscându-se faptul că ei intervin în patologia cognitivă. În cazul suspiciunilor de tulburare neurocognitivă incipientă, medicii de familie vor colabora cu medicii neurologi, psihiatri, cu psihologii, în vederea managementului optim medical.

Conform ghidului elaborat de Academia Americană de Neurologie, în 2018, privind declinul cognitiv ușor (MCI), recomandările sunt următoarele:
• pentru pacienții care acuză tulburări de memorie care nu pot fi atribuite îmbătrânirii fiziologice, se recomandă evaluare;
• dacă experiența în MCI lipsește, se recomandă ca pacienții să fie trimiși unui specialist;
• dacă pacientul este diagnosticat cu MCI, se încearcă decelarea factorilor de risc modificabili;
• se fac testări periodice pentru a se vedea tendința evoluției MCI;
• nu există medicamente aprobate de FDA pentru MCI, dar un program de exerciții fizice de 2 ori pe săptamană ar putea fi benefic[16].

Alte utilizări ale extractului standardizat de Ginkgo biloba, EGb 761 sunt în tratamentul simptomatic al tinitusului sau tratamentul adjuvant al vertijului. Datorită efectelor sale antiplachetare, vasodilatatoare, hemo-reologice și antioxidante, scade intensitatea și frecvența zgomotelor[17,18]. De asemenea, ameliorează simptomatologia vertiginoasă, reducând intensitatea, frecvența și durata vertijului[19,20]. În prezent, pe site-ul clinicaltrials.gov sunt finalizate sau în diferite stadii de desfășurare, 91 de studii clinice cu EGb 761 pentru diverse afecțiuni (cognitive, ORL, oculare, vasculare, psihiatrice, etc.), care vor aduce date noi privind indicațiile acestui extract standardizat, atât pentru declinul cognitiv cât și pentru alte afecțiuni medicale[21].

Bibliografie

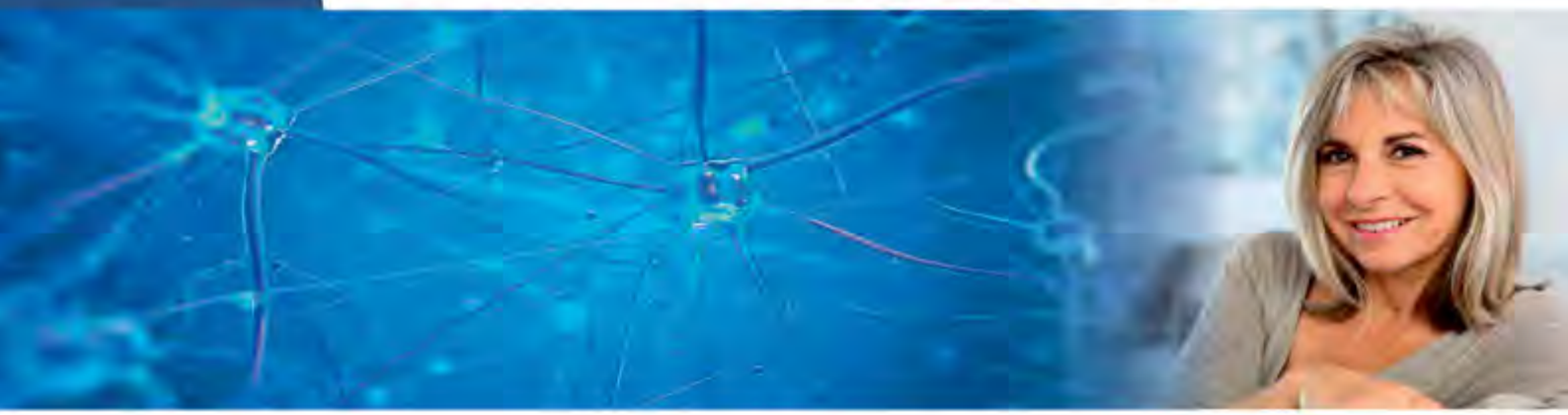
1. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. France: Nouvelles, 1995. ISBN-13: 978-2921696050;
2. Stephan et al. Journal of Psychiatric Research 2018;100:1–4;
3. Petersen et al. Arch Neurol. 2001;58(12):1985–1992;
4. Shen et al. Biol Psychiatry. 2018;83(5):447–455;
5. Grundman et al. Arch Neurol. 2004;61(1):59–66;
6. https://ro.wikipedia.org/wiki/Arborele_pagodelor [Online] [Cited: 29 02 2020];
7. European Union herbal monograph on Ginkgo biloba L., folium 28 January 2015, EMA/HMPC/321097/2012;
8. WHO Monographs on selected medicinal plants Folium Ginkgo, Volume 1,1999;
9. Azevedo et al. J Comp Neurol. 2009;513(5):532–541. doi:10.1002/cne.21974.
10. Spalding et al. Cell 2013;153(6):1219–1227;
11. Ren et al. Neural Regen Res. 2019;14(7):1152–1157;
12. Wąsik A, Antkiewicz-Michaluk L. Pharmacol Rep. 2017;69(5):851–860;
13. Grass-Kapanke et al. Neuroscience & Medicine 2011;2:48-56;
14. Garban, Florescu Ghid - Suplimentele Alimentare, Institutul National de Sanatate Publica – 2013, p 30;
15. Shipkowski et al. Food Chem Toxicol. 2018;118:963–971;
16. Petersen et al. Neurology, 2017:90(3):126–135;
17. Hilton et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;3:CD003852;
18. von Boetticher et al. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2011;7:441– 447;
19. Hamann K. The Internet Journal of Otorhinolaryngology 2006:6(2):1-7;
20. Sokolova et al. International Journal of Otolaryngology 2014;2014:682439;
21. https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=&term=EGb761&cntry=&state=&city=&dist=[Online] [Cited: 29 02 2020].

Denumirea comercială a medicamentului Tanakan, 40 mg, comprimate filmate. Tanakan 40 mg/ml, Tanakan picături orale, soluţie Compoziţia calitativă şi cantitativă: un comprimat filmat sau 100 ml picături orale, soluţie contin extract uscat de Ginkgo, rafinat și cuantificat DER 35-67:1 (conţinând 22,0 - 27,0% glicozide flavonice, 2,6 - 3,2% bilobalide și 2,8 - 3,4% ginkgolide A, B, C) 40 mg. **Indicaţii terapeutice** : Tratamentul simptomatic al afecțiunilor cognitive la adulți, cu excepția demenței confirmate, a bolii Parkinson și tulburărilor cognitive secundare depresiei, bolilor vasculare, metabolice sau de origine iatrogenică. Tratamentul adjuvant al vertijului de origine vestibulară, pe lângă reabilitarea vestibulară. Tratamentul simptomatic al tinitusului. **Doze şi mod de administrare** : doza obișnuită este de 3 comprimate filmate *Tanakan* (120 mg extract uscat de Ginkgo, rafinat și cuantificat DER 35-67:1) pe zi. Solutia ee administrează pe cale orală utilizand pipeta gradată: 1 doza = 1 ml picături orale, soluție = 40 mg extract standardizat de Ginkgo biloba. Doza recomandată este de 3 ml picături orale,(3 doze) pe zi, repartizate pe parcursul unei zile. Tanakan, picături orale,trebuie diluate intr-o jumatate de pahar de apa. Si comprimatele si solutia se administreaza in timpul meselor. **Contraindicaţii**: hipersensibilitate la extract uscat de Ginkgo, rafinat și cuantificat DER 35-67:1 sau la oricare dintre excipienţii produsului. Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare Acest medicament nu este un antihipertensiv si nu poate înlocui sau evita tratamentul hipertensiunii arteriale prin medicamente specifice. Deoarece medicamentul conţine lactoză, administrarea nu este recomandată la pacienţii cu intoleranţă ereditară la galactoză, deficit de lactază Lapp sau malabsorbţie de glucoză-galactoză. Se recomandă atenție la pacienții tratați concomitent cu medicamente, în special cele care metabolizează CYP3A4 și cu un index terapeutic îngust. Tanakan soluție orală conține 57% etanol (alcool) ce corespunde cu 450 mg/ml. Administrarea Tanakan soluție orală este dăunătoare la pacienții care suferă de alcoolism. Când se decide oportunitatea administrării Tanakan soluție orală, trebuie luate în considerare femeile care alăptează și cele gravide, copiii și grupurile cu risc ridicat, cum ar fi pacienții cu insuficiență hepatică sau epilepsie. Interacţiuni cu alte medicamente şi alte forme de interacţiune Rezultatele studiilor publicate de interacțiune cu EGb 761 sunt neconcludente; unele studii au raportat potențarea sau inhibarea izoenzimelor citocromului P450, inclusiv CYP3A4. În ciuda incertitudinii actuale, medicamentele metabolizate în principal de către CYP3A4 și cu un indice terapeutic îngust trebuie să fie administrate concomitent cu prudență. Conținutul de etanol (450 mg la o doză de 1 ml) ar trebui luat în considerare la asocierea acestui medicament cu alte medicamente: care determină un efect de tip disulfiram la alcool (senzatie de caldura, eritem, varsaturi, cresterea frecventei cardiace): disulfiram, cefamandol, cefoperazona, latamoxef (cefalosporine), cloramfenicol, clorpropamida, glibenclamida, glipizida, tolbutamida, (sulfamide antidiabetice hipoglicemiante), griseofulvina (fungicid), 5- nitroimidazoli (metronidazol, ornidazol, secnidazol, tinidazol), ketoconazol, procarbazina (citostatic). Deprimante ale sistemului nervos central. **Sarcina şi alăptarea**: Experimentele pe animale n-au evidentiat efecte teratogene. La om nu exista date epidemiologice certe. Totusi, până în prezent n-a fost raportat nici un efect malformativ. În absenta unor date complete, folosirea în timpul sarcinii si alaptarii nu este recomandata. Conținutul de etanol ar trebui luat în considerare la femeile gravide sau care alăptează. Există date limitate privind utilizarea de Tanakan la femeile gravide. Studiile pe animale nu au indicat efecte dăunătoare directe sau indirecte asupra funcției de reproducere. Ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea Tanakan în timpul sarcinii. Nu se cunoaște dacă Tanakan se excretă în laptele uman sau animal. Ar trebui luată o decizie în vederea alăptării la sân sau urmarea unui tratamentul cu Tanakan, ținând cont de beneficiile hrănirii nou-născutului cu lapte matern și beneficiul tratamentului cu Tanakan la femei. Efecte asupra capacităţii de a conduce vehicule şi de a folosi utilaje Nu are efecte asupra capacitatii de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cu toate acestea, amețeala poate afecta capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Reacţii adverse. **Reacțiile adverse** sunt prezentate în funcție de următoarele categorii de frecvență: frecvente (≥1/100 până la <1/10), mai puțin frecvente (≥1/1000 până la <1/100), rare (≥1/10000 până la 1/1000). Tulburări ale sistemului imunitar Frecvente: Hipersensitivitate, Dispnee, Mai puțin frecvente: Urticarie Rare: Angioedem. Tulburări ale sistemului nervos Frecvente: amețeală, durere de cap, sincopă. Tulburări gastro-intestinale Frecvente: Dureri abdominale, diaree, dispepsie, greață. Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat Frecvente: Eczemă, prurit, Mai puțin frecvente: Iritație. Raportarea reacţiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă si permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniştii din domeniul sănătăţii sunt rugaţi să raporteze orice reacţie adversă suspectată la Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1 Bucuresti 011478- RO Tel: +4 0757 117 259 Fax: +4 0213 163 497 e-mail: adr@anm.ro. **Supradozaj** Nu s-au semnalat cazuri de supradozaj. Conținutul de etanol ar trebui luat în considerare în caz de supradozaj **Lista excipienţilor** Comprimate nucleu lactoza monohidrat, celuloza microcristalina, amidon de porumb, dioxid de siliciu coloidal anhidru, talc, stearat de magneziu. film macrogol 400, hipromeloza, macrogol 6000, dioxid de titan (E 171), oxid roşu de fer (E 172). Solutie: zaharină sodică, ulei volatil solubil de portocale, ulei volatil solubil de lămâie, etanol, apă purificată Incompatibilităţi Nu este cazul. **Perioada de valabilitate** 3 ani. După prima deschidere a flaconului:3 luni **Precauţii speciale pentru păstrare** A nu se păstra la temperaturi peste 25ºC. Natura şi conţinutul ambalajului Cutie cu 2 sau 6 blistere din PVC/Al a câte 15 comprimate filmate, cutie cu 2 sau 6 blistere din PVC-PVDC/Al a câte 15 comprimate filmate. Flacon de sticlă brună, de tip III, închis cu capac cu stratul extern din PEJD; cutia conține și o pipetă gradată din polietilenă marcată la 1 ml. Instrucţiuni privind pregătirea produsului medicamentos în vederea administrării şi manipularea sa Nu sunt necesare **Precauţii speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerinţe speciale **Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă** Ipsen Consumer Healthcare 65, quai Georges Gorse 92650 Boulogne Billancourt Cedex, Franţa **Nr. APP** comprimate 6948/2006/01-04, soluție 12367/2019/01-04. **Data primei autorizări sau a reinnoirii autorizației** Comprimate Noiembrie/2006, Soluție August/2019. **Data revizuirii textului** Soluție Noiembrie/2019, Comprimate Februarie/2020. Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PRF.

TAN-RO-000046

tanakan® EGb 761®

RĂMÂI CONECTAT!



- **Extractul standardizat** de ginkgo biloba cu eficacitate și siguranță **demonstrate științific**
- **Preparat original, patentat GMP/GLP***
- **27 etape de producție,** incluzând 18 faze succesive de purificare și îmbogățire*

tanakan®

neurotrofic, neurotropic, antiischemic, antioxidant

- Reduce evoluția **declinului cognitiv** pe termen lung[1]
- Scade intensitatea și frecvența zgomotelor în **tinitus**[2,3]
- Reduce intensitatea, frecvența și durata **vertijului**[4,5]
- Îmbunătățește **fluxul sanguin cerebral**[6]
- Are efecte protectoare asupra **metabolismului celular,** neuronilor cerebrali și celulelor neurosenzoriale[6]

TAN-RO-000046

Acest material promoţional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

1.Amieva H et al. Ginko Biloba Extract and Long-Term Cognitive Decline: A 20-Year Follow-Up Population Based-Study. PLoS One 2013;8(1):e52755; 2. Hilton et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;3:CD003852; 3.von Boetticher et al. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2011;7:441– 447; 4.Hamann K. The Internet Journal of Otorhinolaryngology 2006:6(2):1-7; 5.Sokolova et al. International Journal of Otolaryngology 2014;2014:682439; 6.Tanakan cpr RCP 2019; Tanakan sol RCP 2019; *Data on file.

IPSEN Innovation for patient care | CONSUMER HEALTHCARE