



ALFASIGMA

BAUSCH Health

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

CYTOGENOMIC
MEDICAL
LABORATORY

GEROT LANNACH

Clinica Medicală
NEUROPTICS CAIS



SANADOR
Sănătatea ca artă de viață!

Sanience



MEDICAL MARKET



Conf. Univ.
Dr. Cristina Tiu

Președinte viitor ales
al Societății Române
de Neurologie



Prof. Univ.
Dr. Cătălina Tudose

Președinte Asociația Română
de Psihiatrie și Psihoterapie



Prof. Univ.
Dr. Mirela Manea

Medic Primar Psihiatru,
UMF „Carol Davila”



Prof. Univ.
Dr. Dana Craiu

Președinte Societatea Română
Împotriva Epilepsiei



Dr. George Țăranu

Medic primar chirurgie
Cardiovasculară



Dr. Daiana Popa

Medic Primar
Reabilitare Medicală



Dr. Anca Mocanu

Medic specialist
genetică medicală

• Neurologie • Psihiatrie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2019 - 2020

Thiossen® 600
acid alfa lipoic 600 mg

Reduce durerea și readuce
sensibilitatea picioarelor!



Publicație adresată
cadrelor medicale



THS/03.16/072

SKUDEXA[®]

Tramadol Hydrochloride + Dexketoprofen

75 mg/25 mg

**Analgezie multimodală eficientă
și reducere rapidă a durerii acute,
disponibile într-un singur comprimat^{1, 3, 4}**

NOU

**Combinatie orală în doză fixă între
analgezic opioid (tramadol)/AINS
(dexketoprofen)²**

**Pentru tratamentul pe termen scurt al
durerii acute, moderate sau severe²**



¹ Moore RA, McQuay HJ, Tomaszewski J, Raba G, Tutunaru D, Lietuviene N, et al. BMC Anesthesiol. 2016 Jan 22;16:9.

² SKUDEXA[®], rezumatul caracteristicilor produsului - mai 2017.

³ McQuay HJ, Moore RA, Berta A, Gainutdinovs O, Fülesdi B, Porvaneckas N, et al. Br J Anaesth. 2016 Feb;116(2):269-76.

⁴ Moore RA, Gay-Escoda C, Figueiredo R, Tóth-Bagi Z, Dietrich T, Milleri S, et al. J Headache Pain. 2015;16:60.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare consultați RCP-ul medicamentului. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Berlin-Chemie A.Menarini SRL. Floreasca Business Park Calea Floreasca 169A,
Corp A1, Etaj 7. Sector 1, București, Tel/Fax +4021 232 34 32 / 233 08 26
www.berlin-chemie.ro



ACTOVEGIN®

HEMODERIVAT DEPROTEINIZAT DIN SÂNGE DE VIȚEL

O ȘANSĂ LA LIBERTATE

INDICAT ÎN TULBURĂRILE
CIRCULATORII CEREBRALE ȘI
PERIFERICE



Takeda Pharmaceuticals SRL
Strada Buzești, Nr. 76-80
Corp C, Etaj 7, Sector 1
Bucharest, Romania
Tel: +40 21.335.03.93
Fax: +40 21.335.03.92

Acest material se adresează
profesioniștilor din domeniul sănătății.

O ȘANSĂ PENTRU O
NOUĂ VIAȚĂ



RO/AVG/1804/0004



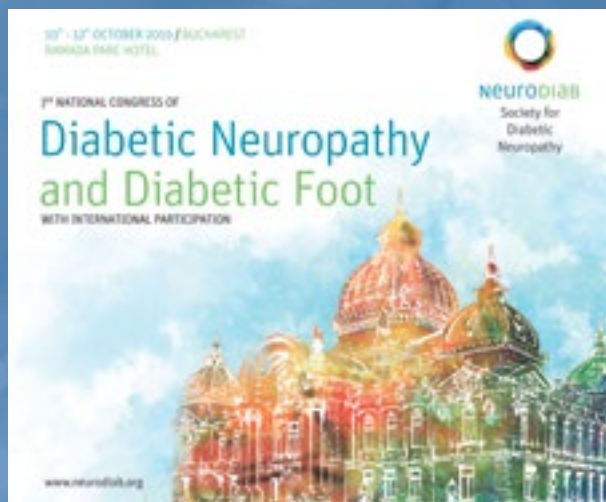
„La nivel european există un proiect, Planul de Acțiune pentru AVC în Europa 2018-2030 (Stroke Action Plan for Europe 2018-2030)”
Interviu cu conf. Univ. dr. Cristina Tiu

5



„Asistența medicală în psihiatrie, în toată lumea, este 80% ambulatorie și 20% spitalicească – așa ar trebui să fie și la noi”
interviu cu prof. univ. dr. Cătălina Tudose

8



Depresia și comorbiditățile somatice
Prof. univ. dr. Mirela Manea

14



Epilepsia
Prof. univ. dr. Dana Craiu

16



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



Promisiunile testării genetice în epilepsie
Dr. Anca Mocanu

17

Importanța revascularizării carotidiene de urgență în evenimentul ischemic cerebral acut,
Dr. George Țăranu

20

Contribuția tehnologiilor avansate în reabilitarea după un accident vascular cerebral
Dr. Daiana Popa

24

„La nivel european există un proiect, Planul de Acțiune pentru AVC în Europa 2018-2030 (Stroke Action Plan for Europe 2018-2030)”

Interviu realizat cu doamna Conf. Univ. Dr. Cristina Tiu, Președinte viitor ales al Societății Române de Neurologie.

Stimată doamnă conferențiar, ce noutăți și speranțe aduce Programul Național de Scleroză Multiplă în anul 2019 pentru bolnavii cu scleroză multiplă?

Până la sfârșitul anului 2019 avem speranțe să dispunem de medicamente noi, unele care sunt de curând lansate pe piața mondială (cum ar fi Ocrelizumab), dar și unele care sunt utilizate de mai mulți ani pe plan internațional, dar nu au fost disponibile până acum în țara noastră, și mă refer aici în special la Fingolimod. Există și alte medicamente pentru care se fac demersuri pentru a fi disponibile pentru pacienții cu scleroză multiplă, o afecțiune cu o mare variabilitate și cu mecanisme fiziopatologice complexe, ce impun existența unor terapii cu mecanisme diverse de acțiune. Poate că vechiul dicton ”nu există boli, ci bolnavi” își găsește una dintre cele mai bune exemplificări în cazul acestei afecțiuni. Ne-am bucura să putem oferi pacienților noștri toate tipurile de imunomodulatoare disponibile la ora actuală în Uniunea Europeană.



Care este rolul medicului de familie în depistarea precoce a sclerozei multiple?

Rolul medicului de familie este să identifice existența unor semne neurologice și să îndrume pacientul către me-

dicul neurolog. Nu putem pretinde ca un medic de familie, covârșit oricum de birocrăția din sistem, să cunoască atât de bine patologia neurologică încât să poată el însuși să stabilească diagnosticul. Dacă este un debut tipic și mai ales dacă a mai avut astfel de cazuri, ar putea să ridice suspiciunea unui debut de scleroză multiplă, dar mai important este să știe, atunci când examinează un pacient, că semnele și simptomele pe care acesta le prezintă sunt determinate de o afectare neurologică și să îndrume pacientul către medicul specialist. Diagnosticul necesită o serie de investigații paraclinice, dintre care examenul prin rezonanță magnetică este obligatoriu.

Există anumite condiții externe care pot determina apariția acestei boli, sau există persoane cu un risc crescut pentru această boală?

Condițiile externe au fost foarte mult studiate pentru că există în mod clar o diferență a prevalenței bolii în funcție de latitudine, și anume în emisfera nordică există o frecvență mai mare a cazurilor cu cât ne aflăm mai în

nord. În această situație se pune problema dacă acest lucru ține de un bagaj genetic al populației respective sau de factori externi, de mediu, de climă. A fost studiată în special expunerea solară și legat de aceasta, nivelul seric de vitamina D. Acum știm că acest nivel nu este un factor cauzal sau declanșator al bolii, dar se poate asocia cu o predispoziție de a face mai ușor recăderi ale bolii. Fumătorii pot de asemenea să facă mai frecvent recăderi ale bolii. Există și o componentă genetică, dar nu este o transmitere genetică de tip autozomal dominant sau recesiv, ci mai degrabă o predispoziție genetică. Au fost identificate câteva haplotipuri HLA mai frecvente la pacienții cu scleroză multiplă (HLADR2 și, mai puțin frecvent -DR3, -B7, și A3). Niciunul dintre haplotipuri nu este suficient și nici esențial în declanșarea bolii. Studiile efectuate arată că în cazul unei persoane cu scleroză multiplă există un risc de apariție a bolii de 3% pentru părinții acesteia, 5% pentru fiice, 4% pentru frați și 1% pentru descendenții de sex masculin. Afecțiunea este mai frecventă la femei, raportul fiind de 2-3:1.

Având în vedere diversitatea bolilor neurologice, se poate vorbi de medici neurologi specializați pe o anumită patologie?

În momentul în care se încheie perioada de pregătire în specialitate (rezidențiatul), trebuie ca medicul neurolog să fie apt să examineze un pacient și să recomande investigațiile necesare pentru a putea încadra suferința pacientului într-o categorie de afecțiuni neurologice (o afecțiune cerebro-vasculară, o boală degenerativă, inflamatorie etc.). Lucrurile au evoluat foarte mult, neurologia a beneficiat de investiții mari pentru cercetare, s-au făcut progrese foarte mari, astfel încât nu mai pot fi acoperite perfect toate mijloacele de diagnostic sau cele terapeutice pentru toate afecțiunile. S-au creat astfel așa-zisele supraspecializări deși termenul nu este foarte mult agreat, un termen care este mai corect ar fi cel de studii complementare, care să permită aprofundarea cunoștințelor într-un anumit domeniu.

În special în clinicile universitare, în spitalele mari, fiecare și-a creat un domeniu de expertiză, a lucrat mai mult, a văzut mai mulți pacienți cu o anumită afecțiune, astfel încât putem spune că suntem specializați, fie în domeniul bolilor cerebro-vasculare, fie în domeniul epilepsiei, al tulburărilor cognitive, al tulburărilor de mișcare (cum este boala Parkinson), al neuropatiilor periferice sau al sclerozei multiple. În Clinica de Neurologie a Spitalului Universitar de Urgență București, există pentru fiecare dintre aceste domenii medici care au cunoștințe aprofundate și o bogată experiență în domeniul lor de expertiză. Domnul profesor Băjenaru, creatorul școlii moderne de neurologie din România ne-a îndrumat pe fiecare, ne-a încurajat să ne alegem domeniul "de suflet" și ne-a sprijinit să căpătăm expertiză, fiecare în domeniul pe care l-am ales.

Există date statistice care afirmă că AVC este a doua cea mai comună cauză de deces în România, după infarctul miocardic. Este numărul de AVC în creștere la noi în țară? Considerați că se poate reduce acest număr prin anumite măsuri care pot fi luate?

La un moment dat aceasta a fost chiar prima cauză de deces în România, am fost printre țările în care mortalitatea prin accidente vasculare cerebrale o depășea pe cea prin infarct de miocard. În ultimii ani lucrurile s-au mai schimbat, odată cu inițierea de către Ministerul Sănătății a unui Program de Acțiuni Prioritare pentru tratamentul acut al pacienților cu afecțiuni considerate urgențe medico-chirurgicale în care se încadrează și infarctul miocardic și accidentele vasculare cerebrale. Acest program (AP- AVC acut) a început în 2015 cu 10 spitale în care se putea face tromboliză în accidentul vascular cerebral acut, iar anul acesta programul s-a extins în încă 33 de spitale, astfel încât în prezent sunt 43 de spitale în care se va primi finanțare pentru a se efectua tratament intervențional de revascularizare

prin tromboliză în accidentul vascular cerebral acut. Sunt doar câteva spitale județene care nu sunt acoperite încă și doar patru centre din cele 43 care pot efectua și tratament de revascularizare pe cale endovasculară (trombectomie sau trombaspirație), dar sperăm ca numărul centrelor să crească, pentru a corespunde nevoilor reale ale populației.

Ce se așteaptă să se pot iniția pentru a realiza nivel de populație prevenția în cazul AVC?

La nivel european există un proiect, denumit „Planul de Acțiune pentru AVC în Europa 2018-2030 (Stroke Action Plan for Europe 2018-2030)”. În acest proiect au fost stabilite anumite obiective, dintre care, prevenția în AVC este un obiectiv foarte important. Educația populației pentru un stil de viață sănătos, cu o alimentație echilibrată și mai multă mișcare, educația pentru recunoașterea rapidă a semnelor unui accident vascular cerebral, reducerea poluării sunt măsuri ce necesită implicarea mai multor structuri, inclusiv guvernamentale. Pe lângă acestea, sunt necesare măsuri pentru creșterea procentului de pacienți cu accident vascular cerebral ischemic care pot fi tratați prin tromboliză, ținta europeană fiind de 15% din totalul pacienților cu AVC. Este necesară de asemenea creșterea numărului de unități sanitare ce pot oferi servicii de recuperare neurologică. Planul de acțiune pentru AVC 2018-2030 reunește în fapt câteva obiective mari, care cuprind toți pașii începând de la prevenție, tratamentul în acut, și recuperarea neurologică post-acută, iar Societatea de Neurologie din România este pe deplin implicată în elaborarea unor protocoale pentru creșterea calității îngrijirilor acordate pacienților cu accidente vasculare cerebrale, precum și în consilierea autorităților privind măsurile necesare pentru prevenția primară și secundară a acestui grup de afecțiuni cu consecințe de cele mai multe ori devastatoare.

Multumim pentru timpul acordat.

Roche

▼ OCREVUS®

Prima și singura terapie aprobată pentru ambele indicații SMPP și SMR^{1,2}



EFICACITATE DOVEDITĂ CLINIC²

Impact unic asupra progresiei bolii dovedit în 2 studii identice vs Rebif® (44 µg) OPERA I și OPERA II



PROFIL DE SIGURANȚĂ FAVORABIL²

Comparabil cu Rebif® (44 µg) administrat în doză mare



SIMPLITATEA ADMINISTRĂRII¹

Administare la 6 luni, nu sunt necesare analize de rutină între administrări

OCREVUS®
LA ORICE SEMN
CLINIC SAU SUBCLINIC
AL ACTIVITĂȚII BOLII^{1,2}

OCREVUS® 300 mg concentrat pentru soluție perfuzabilă. Fiecare flacon conține ocrelizumab 300 mg în 10 ml, la o concentrație de 30 mg/mL. Concentrația finală a medicamentului după diluare este de aproximativ 1,2 mg/mL. Ocrelizumab este un anticorp monoclonal recombinant umanizat anti-CD20, produs pe celule ovariene de hamster chinezesc, prin tehnologie ADN recombinant. **Formă farmaceutică:** Concentrat pentru soluție perfuzabilă. Soluție limpede până la ușor opalescentă și incoloră până la maro deschis. **Indicații terapeutice:** Ocrevus este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu forme recurente de scleroză multiplă (SMR), cu boală activă definită prin caracteristici clinice sau imagistice. Ocrevus este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu scleroză multiplă primară progresivă (SMPP), incipientă în ceea ce privește durata bolii și nivelul de dizabilitate și cu caracteristici imagistice ale activității inflamatorii. **Doze și mod de administrare:** Tratamentul cu Ocrevus trebuie inițiat și supravegheat de către un medic specialist cu experiență în diagnosticarea și tratamentul afecțiunilor neurologice, care are acces la suport medical adecvat pentru abordarea terapeutică a reacțiilor adverse severe, cum sunt reacțiile legate de administrarea perfuziei (RAP). **Premedicația pentru reacțiile asociate perfuziei:** Următoarele două medicamente trebuie administrate înaintea fiecărei perfuzii cu Ocrevus, pentru a reduce frecvența și severitatea RAP: metilprednisolon (sau un echivalent) în doză de 100 mg, administrat intravenos cu aproximativ 30 minute înaintea fiecărei perfuzii cu Ocrevus; antihistaminic, cu aproximativ 30-60 minute înaintea fiecărei perfuzii cu Ocrevus; În plus, poate fi luată în considerare administrarea ca premedicație și a unui antitermic (de exemplu, paracetamol), cu aproximativ 30-60 minute înaintea fiecărei perfuzii cu Ocrevus. **Doze: Doza inițială:** Doza inițială de 600 mg se administrează sub formă a două perfuzii intravenoase separate; prima perfuzie cu doza de 300 mg, urmată după 2 săptămâni de a doua perfuzie cu doza de 300 mg. **Dozele ulterioare:** Ulterior, dozele următoare de Ocrevus se administrează sub formă unei singure perfuzii intravenoase cu doza de 600 mg, la interval de 6 luni. Prima doză ulterioară de 600 mg trebuie administrată la șase luni după prima perfuzie cu doza inițială. Trebuie menținut un interval de minim 5 luni între administrarea dozelor de Ocrevus. **Grupe speciale de pacienți:** Adulți cu vârsta peste 55 de ani și pacienți vârstnici. Pe baza datelor limitate disponibile nu este necesară ajustarea dozelor la pacienți cu vârsta peste 55 de ani. Pacienții înrolați în studiile clinice aflate în desfășurare vor fi tratați în continuare cu ocrelizumab în doză de 600 mg, la interval de șase luni, după ce depășesc vârsta de 55 de ani. **Insuficiență renală:** Siguranța și eficacitatea Ocrevus la pacienții cu insuficiență renală nu au fost studiate oficial. Au fost incluși în studii clinice pacienți cu insuficiență renală ușoară. Nu există experiență la pacienți cu insuficiență renală moderată și severă. Ocrevus este un anticorp monoclonal care se elimină prin catabolism (de exemplu, prin descompunere în peptide și aminoacizi), așadar nu este de așteptat ca la pacienții cu insuficiență renală să fie necesară o modificare a dozei. **Insuficiență hepatică:** Siguranța și eficacitatea Ocrevus la pacienții cu insuficiență hepatică nu au fost studiate oficial. Au fost incluși în studii clinice pacienți cu insuficiență hepatică ușoară. Nu există experiență la pacienți cu insuficiență hepatică moderată și severă. Ocrevus este un anticorp monoclonal care se elimină prin catabolism (și nu prin excreție hepatică), așadar nu este de așteptat ca la pacienții cu insuficiență hepatică să fie necesară o modificare a dozei. **Copii și adolescenți:** Siguranța și eficacitatea Ocrevus la copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani nu au fost încă stabilite. Nu sunt disponibile date. **Mod de administrare:** După diluare, Ocrevus se administrează sub formă de perfuzie intravenoasă, folosind o linie de perfuzie destinată doar acestui medicament. Perfuzia cu Ocrevus nu trebuie administrată intravenos rapid sau în bolus. Soluțiile de Ocrevus pentru perfuzie intravenoasă sunt preparate prin diluarea medicamentului într-o pungă de perfuzie conținând soluție de clorură de sodiu 0,9%, până la concentrația finală de 1,2 mg/mL. Pacienții trebuie supravegheați pe durata administrării perfuziei și timp de cel puțin o oră după

terminarea perfuziei. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții. Infecție activă curentă. Pacienți cu imunodepresie severă. Malignități active cunoscute. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** În scopul îmbunătățirii trasabilității medicamentelor biologice, denumirea comercială și seria de fabricație a medicamentului administrat trebuie înregistrate clar. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Femeile aflate la vârsta fertilă: Femeile aflate la vârsta fertilă trebuie să utilizeze măsuri contraceptive în timpul tratamentului cu Ocrevus și încă 12 luni după administrarea ultimei perfuzii de Ocrevus. **Sarcina:** Ocrevus este un anticorp monoclonal umanizat al unui subtip de imunoglobulină G1 și se cunoaște faptul că imunoglobulinele traversează bariera placentară. Există date limitate privind utilizarea Ocrevus la femeile gravide. Nu au fost colectate date referitoare la numărul limfocitelor B la sugarii expuși la ocrelizumab și nu se cunoaște durata posibilă a depleției limfocitelor B la sugari. **Reacții adverse:** Cele mai importante și frecvente reacții adverse raportate (RA) au fost RAP și infecțiile. Pentru detalii suplimentare, vezi pct. 4.4 și pct. 4.8 din RCP. Profilul general de siguranță al Ocrevus în indicația de scleroză multiplă se bazează pe datele obținute de la pacienții din studiile clinice pilot cu privire la SM (SMR și SMPP). **Perioada de valabilitate:** Flacoane sigilate: 18 luni. Soluția diluată pentru perfuzie intravenoasă: Stabilitatea chimică și fizică a fost demonstrată pentru 24 ore, la temperaturi de 2-8°C și, ulterior timp de 8 ore la temperatura camerei. Din punct de vedere microbiologic, soluția pentru perfuzie preparată trebuie utilizată imediat. Dacă nu este utilizată imediat, responsabilitatea privind durata și condițiile de păstrare înainte de utilizare revine utilizatorului și nu trebuie să depășească 24 ore la temperaturi de 2-8°C și, ulterior timp de 8 ore la temperatura camerei, cu excepția cazului când diluarea a fost realizată în condiții de aseptie controlate și validate. În cazul în care o perfuzie intravenoasă nu poate fi finalizată în aceeași zi, soluția rămasă trebuie aruncată. **Precauții speciale pentru păstrare:** A se păstra la frigider (2°C-8°C). A nu se congela. A se păstra flacoanele în cutie, pentru a fi protejate de lumină. Natura și conținutul ambalajului: 10 ml concentrat în flacon din sticlă. Cutie cu 1 sau 2 flacoane. Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate. **Deținătorul Autorizației de Punere pe Piață:** Roche Registration GmbH, Emil-Barell-Strasse 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Germania. Numărul autorizației de punere pe piață: EU/1/17/1231/001-002. **Data primei autorizări:** 08 ianuarie 2018. **Data ultimei revizurii a textului:** 31 octombrie 2018. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală restrictivă. Înainte de prescriere vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat profesioniștilor în domeniul sănătății. Vă rugăm să raportați evenimentele adverse apărute în timpul tratamentului cu medicamente Roche la romania.drug_safety@roche.com și www.anm.ro.

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru vă permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse.

Referințe:

1. Rezumatul Caracteristicilor Produsului; 2. Safety of Ocrelizumab in Multiple Sclerosis: Updated Analysis in Patients With Relapsing and Primary Progressive Multiple Sclerosis SL Hauser, L Kappos, X Montalban, H Koendgen, C Chognot, C Li, C Marcillat, A Pradhan, D Wormser, JS Wolinsky.

Roche

Roche România S.R.L.

Piața Presei Libere, nr. 3-5, Clădirea City Gate, Turnul de Sud,
Et. 4A, 5 și 6, sector 1, București, cod poștal 013702

www.roche.ro; www.e-roche.ro; tel.: +40 21 206 47 01; fax: +40 21 206 47 00

OCREVUS®
ocrelizumab



„Asistența medicală în psihiatrie, în toată lumea, este 80% ambulatorie și 20% spitalicească – așa ar trebui să fie și la noi”

Interviu realizat cu doamna Prof. Univ. Dr. Cătălina Tudose, Președinte Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie, Președinte Congresul Național de Psihiatrie 2019

Stimată doamnă profesor, printre alte teme, conferința de anul acesta are o tematică legată de necesitatea înființării unui departament dedicat tinerilor specialiști. Va exista o componentă de cercetare în cadrul acestui departament, la nivel național ?

Vom încerca, dar nu considerăm ca avem condițiile necesare în prezent. În București a funcționat Institutul de psihiatrie și neurologie, din păcate desființat în 1990; era un institut cu un reprezentativ colectiv de cercetători psihiatri, psihologi, neurologi, geneticieni care au realizat studii de cercetare fundamentală și clinică, studii epidemiologice, studii cost/eficiență, proiecte pilot de asistență în domeniul psihiatriei și sănătății mintale. **În majoritatea țărilor există institute de psihiatrie, al căror principal domeniu de activitate este cercetarea, iar implicarea tinerilor este un deziderat. Cercetări și mai ales studii de psihofarmacologie s-au efectuat și la noi, ele erau spon-**



sorizate de companii farmaceutice care desfășoară activitate de cercetare implicând cercetători din mari laboratoare internaționale de cercetare și care elaborează protocoalele de cercetare. Mulți psihiatri români au fost antrenați în aceste studii, dar din păcate majoritatea dintre noi au renunțat și la acestea. În principal pentru că avem de făcut prea multe lucruri în același timp. Pentru această activitate cercetare ar trebui să existe timp special destinat - e imposibil să facem în același timp și cursuri, și consultații și cercetare. Ar trebui să existe personal angajat, spații și dotare

adecvate. În acest moment sunt preocupări – de exemplu în domeniul demențelor, suicidologiei, adicției, sunt derulate proiecte, majoritatea din fonduri europene și se efectuează cercetări, dar ele nu se reflectă în intervenții coerente și structurate, în servicii la nivel național; nu pot înlocui o structură consolidată pe care numai o politică de stat o poate dezvolta. Cercetările privind terapiile non-farmacologice sunt foarte puține, deși ele se dovedesc a fi foarte utile. Acestea ar presupune personal calificat în psihoterapie, consiliere, psihoeucație. Este o problemă valabilă în toată lumea, aceste studii negăsind ușor finanțare, deoarece lipsesc sponsorii interesați.

Care sunt provocările majore pentru un medic psihiatru la noi în țară?

În spital medicii desfășoară, conform educației lor profesionale și competențelor dobândite, examinări complete care includ alături de examinarea medicală generală, intervenții psihiatrice specifice, respectiv interviul psihiatric, examinarea funcțiilor psihice, interviuri cu familia sau alte persoane apropiate pacientului, ade-seori întâlniri cu reprezentanți ai

autorităților publice – reprezentanți ai poliției, judecătorilor etc. Din nefericire majoritatea acestor activități nu sunt recunoscute ca activitate specifică psihiatricii, în consecință organizarea și finanțarea serviciilor de psihiatricie nu ia în considerare nici abilitățile psihiatricului nici timpul necesar pentru realizarea acestor activități, în absența cărora nu se poate realiza un diagnostic corect și complet. Sistemul DRG (Diagnosis Related Groups) conform căruia ne este evaluată activitatea profesională este inadecvat psihiatricii. De exemplu, o durată medie de spitalizare de 11-13 este foarte redusă, în condițiile în care spitalizarea nu poate fi continuată prin altă formă de îngrijire semi-ambulatorie sau ambulatorie (spitalizări de zi de tip staționar de zi, centre comunitare de sănătate mintală etc). În tulburările psihice majore, primele 14 zile sunt necesare evaluării efectului terapeutic al medicației inițiate, fie că vorbim de antidepressive fie de neuroleptice; și atunci suntem în situația de a externa pacientul tocmai în acest moment, când, nu rareori constatăm că efectele terapeutice nu sunt mulțumitoare. Desigur ma referi aici la situații clinice severe, care, în psihiatricie, necesită perioade mai lungi de timp pentru ameliorare și vindecare – episoade depresive severe, episoade psihotice etc.

Pe de altă parte durata scurtă de spitalizarea admisă de CNAS pentru tulburările psihiatrice, ca și lipsa echipei de intervenții terapeutice non-farmacologice nu ne permit intervențiile de reabilitarea psiho-socială pentru pacienții noștri.

În sistemul ambulator în principal reprezentat de rețeaua de cabinete psihiatrice private în contract cu CNAS, de cele mai multe ori activitatea se rezumă la evaluări clinice și prescrieri de terapii medicamentoase. Intervențiile sociale, psiho-sociale, serviciile de terapie ocupațională, de care au nevoie marea majoritate a persoanelor cu suferințe psihiatrice cu caracter cronic sau cu reveniri periodice ale tulburărilor nu pot fi oferite la nivelul cabinetelor de psihiatricie. Ele ar necesita spații special amenajate, echipă înalt calificată și susținere financiară. Asistența de tip comunitar

în domeniul psihiatricii și sănătății mintale nu s-a dezvoltat în România. În majoritatea țărilor – asistența medicală în psihiatricie este 80% ambulatorie și 20% spitalicească. La noi este invers. Soluția pentru România, găsită de altfel încă din 2006 și prevăzută în Planul de reformă în Sănătatea Mintală din 2007 era aceea de înființare de centre de sănătate mintală, la nivelul întregii țări. Din păcate acest plan de reformă nu a fost aplicat. Un centru de sănătate mintală ar fi oferit asistență complexă – prevenție, psihoeucație, diagnosticare, evaluări periodice, reabilitare psiho-socială, intervenții terapeutice integrate și adaptate nevoilor persoanelor suferinde, inclusiv echipe mobile de intervenție la domiciliu și asistență în cazurile de psihiatricie forensică. Echipa unui centru de sănătate mintală este amplă, incluzând psihiatri, psihologi, asistenți medicali specializați în psihiatricie și psihiatricie socială, psihoterapeuți, consilieri juridici, asistenți sociali, logopezi, kinetoterapeuți. Aceste tipuri de servicii sunt dezvoltate în toată lumea în ultimii 20-30 de ani pentru ca au un dublu avantaj: pe de o parte permit îngrijirea oamenilor cu menținerea lor în mediile familiare (ex. nimeni nu se internează pentru atacuri de panică, tulburări de alimentație, fenomene fobice, tulburări de adaptare, consum abuziv de alcool, tulburări psihice de intensitate ușoară și medie etc.) și de multe ori cu continuarea activității profesionale, iar pe de altă parte degrează foarte mult sistemul sanitar spitalicesc, mult mai costisitor, care desigur este necesar dar ar trebui să fie destinat cazuisticii de urgență.

Care sunt perspectivele îmbunătățirii situației sociale a bolnavilor psihici?

Se fac eforturi în prezent pentru modificarea Legea Sănătății Mintale, Legea 487/2002, completată în 2012, astfel încât să poată fi prevăzute servicii integrate de intervenții terapeutice (medicale și sociale, individualizate, adecvate deci nevoilor fiecărei persoane).

De asemenea programele actuale de sănătate mintală orientate spre prevenție sperăm să aibă unele rezultate

Altfel, o perspectivă optimistă s-ar corela cu un nivel ridicat de educație a populației generale, cu scăderea stigmatului față de persoanele cu tulburări psihice ca și față de psihiatricii, astfel încât întreaga societate să susțină dezvoltarea unui sistem eficient de asistență psihiatrică și pentru sănătate mintală; aceasta reprezintă elementul esențial a stării de sănătate al unei persoane. Atât timp cât nu se recunoaște acest lucru, pentru că noi constatăm dezinteresul manifestat față de sănătatea mintală de către publicul larg, mass media, sistemul de educație, autoritățile publice, atâta timp cât boala psihică este considerată o rușine, nu credem că situația socială a bolnavilor psihici se poate îmbunătăți în mod semnificativ.

În toată lumea serviciile acestora, exceptând internarea (urgența), sunt servicii integrate, în care nu asigură doar Ministerul Sănătății ci și Ministerul Muncii, Familiei, Finanțelor, Justiției, sunt foarte multe instituții implicate în aceste situații. De aici, la noi, provine un blocaj, Ministerul Sănătății nu poate să asigure decât proceduri medicale. Multe proceduri nu sunt medicale – să faci asistență socială, să găsești o locuință protejată, să faci instruire cu familia.

Cum considerați că evoluează interesul medicilor tineri în a alege această specialitate medicală?

Numărul medicilor care aleg această specialitate a crescut progresiv în ultimii 10 ani, practic este una dintre primele specialități alese la examenul de rezidențiat. Cred că acest lucru se datorează faptului că sunt atrași de psihiatricie (de altfel o specialitate foarte frumoasă); de obicei devin entuziasmați de domeniul sănătății mintale după ce efectuează stagiul de psihiatricie (din păcate programat foarte târziu în curricula academică, în anul VI de studiu).

În ultimii ani am remarcat calitatea deosebită a tinerilor care aleg psihiatria la rezidențiat. Sunt dedicați, interesați, au o bază de cunoștințe medicale solide.

Urmează programul de educație din rezidențiat, cu durată de 5 ani.

Noi, colectivele cadrelor de psihiatrie responsabile de formarea acestor tineri, încercăm să respectăm curriculumul european, care prevede însă pe lângă asistența spitalicească, de urgență - stagii de psihiatrie comunitară, psihiatrie de legătură, psihogeriatrică, psihoterapii, psihoterapie forensică. Din păcate însă datorită lipsei serviciilor, majoritatea informațiilor pe care le oferim sunt teoretice, ei petrecându-și majoritatea timpului în spital, singura structură medicală publică care oferă asistență în psihiatrie. Cum încercăm? Colaborând de ex. în București cu colegii din departamentul de psihiatrie de Legătură al Spitalului Universitar de Urgență (care nu este acreditat de Ministerul Sănătății pentru a forma rezidenți), cu colegii de la Institutul de medicină Legală Mina Minovici, cu colegii din organizații nonguvernamentale care practică psihiatrie comunitară, cu ar fi Fundația Estuar, Liga Română de Sănătate Mintală etc. Toți acest profesioniști desfășoară muncă voluntară, ceea ce nu este ușor în condițiile supraaglomerării cu sarcini a fiecăruia dintre noi. Dar satisfacția vine tot de la tineri, ei beneficiază din plin de aceste inițiative. Trist este însă că mulți aleg să părăsească România după terminarea rezidențiatului. Noi însă considerăm că ne-am făcut datoria față de ei.

Ce probleme există la ora actuală la noi în țară legate de activitatea în centrele în care sunt instituționalizați copiii cu probleme psihice ?

Nu este domeniul meu de expertiză și nu am informații precise legate de activitatea acestor centre. Am aflat însă că sunt multe discuții referitoare la tratamentul psihotrop considerat a fi aplicat abuziv în aceste instituții.

Cu siguranță aceste aspecte trebuie remediate foarte rapid.

Dar în opinia mea lucrurile sunt mult mai profunde și vor fi necesare intervenții complexe și pe termen lung. În primul rând populația de copii instituționalizați este foarte mare, România continuă, după 30 de ani, să aibă un număr foarte mare de copii și adolescenți instituționalizați, comparativ celelalte țări europene.

Mă întreb unde sunt familiile acestor copii, de ce nu pot fi ele susținute pentru a-și îngriji copiii?

Pe de altă parte consider că serviciile și instituțiile disponibile în prezent pentru îngrijirea și educarea copiilor cu tulburări psihice nu sunt tocmai adecvate și poate de aceea se și înregistrează acest abandon. Mă refer la faptul că de cele mai multe ori, aceste centre nu sunt planificate și organizate pentru a răspunde nevoilor de reabilitare medicală, psiho-socială, de educație și formare profesională a acestora.

Am constatat o violentă atitudine antipsihiatrică în cadrul acestor discuții.

În fața unei simptomatologii clinice manifeste, cu tulburări grave de comportament se pare că sunt solicitați psihiatrului care prescrie medicație. Pentru a exclude această abordare, ceea ce recomandabil, trebuie instituite intervenții non-farmacologice continue și în momente de criză.

Pentru aceasta însă instituția trebuie gândită de la bun început ca o unitate al cărei principal obiectiv este recuperarea acestor copii; acest lucru presupune spații, dotări, și mai ales personal calificat și fonduri substanțiale. Echipa unor asemenea centre trebuie să fie una amplă. În afara personalului de curățenie, din bloc alimentar, pază și în cel mai bun caz a unor psihologi debutanți, echipa ar trebui să cuprindă psihologi clinicieni cu experiență în domeniu, psihoterapeuți specializați pe diferite tehnici, aplicate individual și în grup, pedagogi cu formare specială, logopezi, kinetoteapeuți, asistenți medicali specializați, cei care ar fi într-adevăr calificați pentru a dezvolta programe speciale de psihoterapii, activități, supraveghere, programe educaționale adaptate, programe de formare pro-

fesională adaptate la dizabilitățile handicapurilor lor specifice.

Trebuie înțeles și acceptat că recuperarea acestor copii înseamnă costuri mari; ca să lucrezi cu un copil cu handicap ai nevoie de calificare, multă experiență și devotație. Dacă ai resurse materiale și echipă calificată, nevoia de medicamente și scăderea simțitor. Același lucru este valabil și pentru îngrijirea vârstnicilor în instituții. Dacă nu ai echipă, totul e eșec, și instituția rămâne doar un spațiu în care se asigură cazarea și hrănirea unor persoane.

Ce ne puteți spune de modul în care este abordată problema îngrijirii persoanelor adulte cu probleme psihice în centre specializate la noi în țară?

S-au făcut multe eforturi pentru modernizarea și diversificarea instituțiilor de îngrijire de lungă durată, aflate sub coordonarea Ministerului Muncii; din păcate nu sunt legături funcționale optime cu sectorul medical, fără de care nu este posibilă recuperarea psiho-socială a pacienților cu suferințe psihice cronice.

Disociația aceasta dintre îngrijirile medicale și sociale, lăsând pacienții "descoperiți" între servicii rămânând principala noastră problemă.

Desigur există modele de burse practice în diverse zone, dar din nou ele nu reprezintă strategii de îngrijire unitare și valabile în toată țara.

Este adevărat că și regimul anterior, în comunism se făcea o departajare între patologia acută, curabilă care intra în atribuțiile Ministerului Sănătății suferințele cronice, invalidante de care se ocupa Ministerul Muncii. Treptat, aceste instituții "de cronic" s-au demedicalizat, iar personalul calificat a părăsit și evitat aceste instituții.

După anii '90, am preluat din țările occidentale modelul îngrijirii predominant sociale a cazurilor cu suferințe cronice. Ei au ajuns însă la acest stadiu după 40-50 de ani de dezvoltare a asistenței psihiatrice comunitare,

milgamma®

Lasă în urmă durerile de spate!



Cu referire la durerea ce însoțește radiiculpatiile,
conform RCP-urilor milgamma NA fiole și milgamma N capsule.

rețelilor de servicii specializate care asigură integrarea serviciilor medicale cu cele sociale.

Și în felul acesta s-a menținut.

A existat un proiect guvernamental de colaborare cu Olanda, în perioada 2004 -2006, pentru a stabili direcțiile de reformă în psihiatria românească. Îmi amintesc că propunerile profesioniștilor români se refereau cu precădere la crearea de centre moderne de intervenție și cercetare, în timp ce colegii din Olanda antrenau în a gândi holistic problematica persoanelor cu suferințe psihice aveau cu totul alte opinii. Prioritatea nr. 1 pentru psihiatria olandeză ar fi fost, în 2006, oferirea de locuințe protejate pentru cei aprox. 10.000 de persoane cu boli psihice severe, considerați la ei la risc de a ajunge „oamenii străzii”. Pentru că, spuneau ei, înaintea oricărui tratament, oricărui om trebuie să i se asigure nevoile de bază: locuință, hrană”

Neexistând susținere financiară integrată a acestor servicii atât de complexe, așa cum sunt de fapt nevoile oamenilor, s-a produs un blocaj. Și e adevărat că Ministerul Sănătății nu poate susține nevoile pur sociale ale acestor suferinzi (hrană, cazare, deplasări) dar nici instituțiile Ministerului Muncii nu pot coordona, în absența specialiștilor, recuperarea biologică - medicală și psiho-socială a pacienților noștri. Și acest lucru este valabil și pentru copii și pentru adulți și pentru vârstnici.

Ce perspective are un bolnav psihic să se recupereze după un episod de boală, acut?

În condițiile în care avem mulți specialiști în psihiatrie, majoritatea tineri, bine pregătiți și de asemenea sunt disponibile multiple intervenții terapeutice atât medicamentoase cât și nemedicamentoase șansele de ameliorare și vindecare sunt astăzi foarte mari.

Trăim într-o epocă în care în tulburările psihice severe, considerate în trecut invalidante – schizofrenie, tulburări psihotice diverse, tulburare bipolară, depresiile severe etc. se obțin

remisiuni totale sau de foarte bună calitate. Ele permit reintegrarea socială și profesională perfectă. Și în țara noastră sunt disponibile preparatele medicamentoase cele mai eficiente și cu efecte adverse minime.

De asemenea sunt mulți specialiști în psihoterapie, care oferă alternative terapeutice sau care sunt de cele mai multe ori integrate cu intervențiile farmacologice, în funcție de stadiul clinic și intensitatea psihopatologică a manifestărilor.

Singura condiție este aceea de a se ajunge la psihiatru, fie la recomandarea medicului de familie, fie din proprie inițiativă, fie la solicitarea familiei, colegilor, prietenilor în cazul situațiilor grave, de urgență, în care critica persoanei aflate în suferință este minimă sau absentă. În acest sens cunoașterea prevederilor Legii de Sănătate Mintală de către populație ar fi foarte utilă. Și nu în ultimul rând combaterea stigmatului, a jeniei, a rușinii pe care oamenii încă o manifestă față de tulburările psihice, astfel că în loc să intervină și să ajute, preferă să nu se implice, ceea ce are serioase repercusiuni asupra evoluției tulburărilor.

Există prevenție în cazul bolii Alzheimer? Ce boli mai pot determina demența în afară de boala Alzheimer? Cum se stabilește diagnosticul diferențiat?

În cazul bolii Alzheimer se poate vorbi de prevenție, respectiv de un stil de viață sănătos, alimentație echilibrată, evitarea traumatismelor cerebrale, tratarea corectă a depresiei; deci de evitarea factorilor de risc și considerarea celor protectivi. Prevenirea suferințelor cardio-vasculare, a hipertensiunii arteriale, a celor metabolice – dislipidemii, diabet zaharat, îndeosebi în decada a V-a de vârstă s-a dovedit a avea un efect semnificativ prin scăderea peste 70 de ani a prevalenței demenței din Alzheimer.

Boala poate fi diagnosticată prin mai multe examene corelate: examinare clinică complexă și periodică

– psihiatrică, neurologică, geriatrică, examinare neuro imagistică, neuro-psihologică. Evaluarea clinică generală și investigațiile vor exclude celelalte cauze, în primul rând a celor de pot produce deficite cognitive reversibile (anemii, hipotiroidie, hematom cerebral și alte tumori benigne, hidrocefalie cu presiune normală etc). Există multe forme de demență de tip cortical sau subcortical, dar cele mai frecvente după demența din boala Alzheimer sunt demențele vasculare și de tip mixt (vascular și Alzheimer), apoi demențele cu corpi Lewy, demențele fronto-temporale, demența din boala Parkinson, boala Huntington, paralizia progresivă supranucleară, degenerescența cortico-bazală etc.

Problema dependențelor de substanțe psihoactive sau de alcool – considerați că este abordată corespunzător la noi în țară? A crescut numărul cazurilor?

Nu avem date epidemiologice precise, dar cu siguranță valorile incidenței și prevalenței tulburărilor determinate de consum de substanțe au crescut. Iar și mai evident este faptul că nu beneficiem decât de foarte puține servicii specializate pentru prevenția, diagnosticul și mai ales pentru aplicarea strategiilor terapeutice de reabilitare, pe termen lung. Pe de altă parte dependențele de substanțe psihoactive sau de alcool nu reprezintă numai o problemă a psihiatriei, ci a întregii societăți.

Sunt larg și în mod esențial implicate familiile, sistemul educativ, nivelul general de educație a populației ca și interesul guvernanților prin politici de sănătate și susținerea lor financiară. Atâta timp însă cât părinții sunt tentați din ce în ce mai mult să le ofere copiilor bunuri materiale în locul afecțiunii și atenției, iar școala oferă un mediu de risc înalt, nu se pot schimba prea multe lucruri. Soluția o reprezintă implicarea tututor și o strategie națională.

Mulțumesc pentru timpul acordat.

Convulex / Neurotop

acid valproic 150 mg, 300 mg, 500 mg / carbamazepină 300 mg, 600 mg
capsule moi gastrorezistente / comprimate cu eliberare prelungită

Pentru tratamentul tuturor
formelor de epilepsie

Calitate austriacă



Pentru echilibrul de zi cu zi

G.L. PHARMA GMBH Reprezentanța în România

GEROT  **LANNACH**

a business unit of G.L. Pharma GmbH

Depresia și comorbiditățile somatice

Tulburările depresive se întâlnesc din ce în ce mai frecvent în cabinetele medicale de orice specialitate, în general, și la medicul psihiatru, în special. Boala este de o gravitate majoră care perturbă starea afectivă și intervine asupra modului de acțiune a persoanei. Depresia include tristețea în diverse grade de intensitate și anhedonia. Alături de acestea se pot manifesta sentimentul de vid interior, scăderea inițiativei, fatigabilitate precoce, toleranță scăzută la frustrare, insomnia, scăderea apetitului și bineînțeles scăderea ponderală. Pacientul nu se mai bucură, este retras, are performanțe profesionale scăzute, îi scade stima de sine, ideea este congruentă cu starea afectivă. Conform statisticilor OMS în anul 2004 depresia se situa pe locul 3 pe plan mondial în cadrul cauzelor importante de dizabilitate și pe locul întâi în țările dezvoltate economic. Tot OMS consideră că în anii 2020 depresia se va afla pe locul 2, respectiv după bolile cardiovasculare, surclasând cancerul, hepatopatiile, bolile pulmonare sau diabetul zaharat.



Prof. Univ. Dr.
Mirela Manea

Medic Primar Psihiatru,
UMF „Carol Davila”

Debutul depresiei poate începe în jurul vârstei de 20 de ani, fără o limită superioară, cu o medie la 40 de ani. Simptomatologia diferă de la o perioadă de viață la alta cu semnificație deosebită către vârsta a treia. În această perioadă a vieții există riscul major de subdiagnosticare datorită caracteristicilor activității psihosociale ale acestora: retragerea, limitarea implicării în viața socială și a familiei, scăderea apetitului, tulburările de somn. Nediagnosticarea corectă și la timp a tulburării depresive precipită recăderile și acutizările bolilor somatice preexistente, dar în același timp ajută la declanșarea unora noi, așa cum este Diabetul Zaharat sau Demența.

Din nefericire însă, depresia nu evoluează singură, ci în mod frecvent ea se asociază cu bolile somatice. Afec-

țiunile psihice și somatice se potențează în sens negativ una pe cealaltă, netratarea adecvată a tuturor bolilor determină o agravare a lor. În România, Marinescu V. în urma unei cercetări efectuate în 2015 pe un lot de peste 20.000 de persoane cu diagnosticul de Tulburare depresivă majoră a găsit că 73% dintre acestea au avut cel puțin o comorbiditate somatică. Pe plan mondial, studiul realizat de National Health Interview Survey, pe un lot de 30.801 pacienți (citată de Enătescu V. R.), furnizează următoarea situație privind prevalența pe 12 luni: depresia asociată cu insuficiența cardiacă s-a întâlnit într-o proporție de 7,9%, cu HTA în 8,0%, Boala coronariană în 9,3%, Diabetul Zaharat în 9,3%, AVC în 11,4%, Boala pulmonară cronică obstructivă în 15,4%, Boala renală în stadiul terminal în 17,0%.

Depresia și Afecțiunile Cardiovasculare

Depresia nu este o boală care se limitează doar la nivelul sistemului nervos și a sufletului, ci afectează majoritatea sistemelor organismului. În privin-

ța sistemului cardiovascular depresia are un rol important. Ea acționează la nivelul axului hipotalamo-hipofizo-adrenocortical și a sistemului simpato-adrenergic, determină efecte hemodinamice și produce vasoconstricție, hipertensiune arterială, are loc creșterea frecvenței cardiace. Pacienții depresivi prezintă anomalii de coagulare: hiperreactivitatea plachetară și disfuncția endotelială cu rol în apariția și progresia aterosclerozei cu risc de status trombotic. Depresia poate conduce la dereglări ale sistemului inflamator prin creșterea citokinelor proinflamatorii: IL-1, IL-6 sau TNF- α asociate cu un risc crescut ce determină formarea plăcilor endoteliale cu rol în apariția aterosclerozei, boala coronariană ischemică, diabetul sau alte boli imune.

Urmările evoluției depresiei netratate comorbidă cu bolile cardiovasculare sunt dintre cele mai severe. Astfel, depresia și HTA crește de 3 ori riscul de complicații cardiovasculare, depresia și Angina Instabilă crește de aproximativ 3 ori riscul de deces. În cazul asocierii depresiei cu Infarctul de Miocard riscul de mortalitate este de 4 până la 6 ori mai mare decât în cazul pacienților care nu au depresie.

Depresia și Diabetul Zaharat

În cazul acestei asocieri vorbim de două afecțiuni în care se întâlnesc multe asemănări așa cum sunt de exemplu: nivelul crescut de cortizol plasmatic, subdiagnosticarea lor, nivelul crescut de dizabilitate ale celor două entități, costurile crescute la nivel mondial. Problema foarte importată o reprezintă evoluția, care în ambele cazuri, este una de lungă durată ceea ce necesită un tratament adecvat pe toată perioada coexistenței celor două afecțiuni.

În cazul în care tulburarea depresivă majoră nu este tratată corect ea poate precipita decompensarea DZ prin scăderea controlului glicemiei. Menținerea unei hiperglicemii scade probabilitatea recuperării și crește probabilitatea recurenței. În situații rare însă, există posibilitatea riscului iatrogen de creștere a glicemiei în urma administrării de medicamente psihotrope cum sunt unele antidepressive sau antipsihotice atipice.

Depresia și afecțiunile neoplazice

În practica medicală, depresia și afecțiunile neoplazice sunt două afecțiuni severe, asocierile lor se potentiază reciproc, iar prognosticul este unul defavorabil. Cancerul este un stimul stresor de rangul 1 și cu un impact sever pentru viața persoanei. Prezența depresiei, care apare la pacienții cu afecțiuni neoplazice duce la slăbirea sistemului imunitar și implicit la creșterea riscului de a asocia diverse complicații.

Această asociere reduce aderența la tratament prin refuzul administrării medicației și scade calitatea vieții. În cazul acestei situații se descriu câteva faze parcurse de pacientul cu neoplazie: refuzul sau negarea bolii, revolta, sau perceperea bolii ca o pedeapsă, furia, resemnarea, sindromul depresiv-anxios în care se poate refuza tratamentul. Uneori este destul de dificil în a diagnostica depresia datorită

simptomelor care pot fi interpretate ca parte dintre caracteristicile ambelor boli: inapetența, insomniile, oboseala precoce, tendința de retragere socială, lipsa bucuriei și optimismului, reflexie negativă și catastrofică.

Depresia și Demența Alzheimer

Această asociere de tulburări reprezintă o situație specială, aici ne întâlnim cu două afecțiuni psihice în care legătura este foarte strânsă, uneori fiind dificil de a sesiza granița dintre acestea. Depresia la vârsta înaintată constituie un factor predictor, declanșator al demenței. În faza depresiei netratate funcția cognitivă este alterată. La vârsta înaintată, se poate manifesta tendința de a interpreta orice deteriorare cognitivă ca fiind o demență. În aceste condiții, anamneza direcționează diagnosticul și tratamentul adecvat. După o perioadă de timp suficient de

lungă, atunci când administrarea medicației se face corect alături de ameliorarea stării afective se îmbunătățește și cogniția. În funcție de simptomatologia cognitivă reziduală se poate afirma sau nu prezența demenței.

Din punct de vedere neurochimic, atât în depresie cât și în demență, există o implicare crescută ale Gutamatului cu rol excitotoxic și activarea mecanismelor apoptotice și moarte neuronală. Tratarea corectă a ambelor afecțiuni care țintește îmbunătățirea neuroplasticității și a supraviețuirii celulare, prelungește gradul de autonomie al persoanei cu o calitate a vieții cât mai aproape de normalitate.

Logo: **REGIA** (part of the Association of Romanian Psychologists)

Logo: **HOUSTON** (HO PROBLEM. ACTION)

CONFERINȚA REGIONALĂ - EDIȚIA 8

STRESUL ANXIETATEA DEPRESIA

La ce pot duce netratate, ce maschează și ce ascund?

Coordonator științific al evenimentului:
Prof. univ. dr. Mirela Manea

21-22 Iunie 2019
Băile Herculane, Hotel Afrodita

Eveniment adresat:

- Medicilor
- Farmaciștilor
- Psihologilor, psihoterapeuților
- Asistenților medicali/de farmacie

Eveniment creditat EFC, EMC și CPR

Persoana de contact pentru înscrieri:
ANDREI LIPET | andrei.lipet@houston.ro
0758.030.372 / 021.317.09.43

Epilepsia

Prevalența epilepsiei în populație este de cca 1%. Aceasta înseamnă că în România există în jur de 180.000 de pacienți cu epilepsie, dintre care aproximativ 20.000 sunt copii. Aproximativ 30% dintre pacienți sunt rezistenți la medicamentele anti criză și au nevoie de alte tipuri de tratament, de exemplu dieta cetogenică, stimulare vagală sau chirurgia epilepsiei. Evaluarea pentru chirurgia epilepsiei necesită expertiză înaltă și aparatură performantă.



Prof. Dr Dana Craiu

Președinte Societatea
Română Împotriva
Epilepsiei

Centrul de Expertiză de Neurologie Pediatrică Obregia face parte din Rețeaua de epilepsii rare și dificil de tratat, EpiCARE. Aici sunt îngrijiți copii veniți din toate colțurile țării, cu epilepsii rare, cu etiologii diverse. Cele mai dificile cazuri se internează în clinica Obregia, sunt investigate după protocoale europene și se inițiază tratamente așa cum se procedează oriunde în Europa. Cei 11 medici ai clinicii au expertiză în diverse ramuri neurologice pediatrice și tratează epilepsii de diverse cauze – structurale, infecțioase, metabolice, autoimune, genetice. Cazurile cele mai dificile se discută pe platforme virtuale, cu experți din celelalte centre Europene de expertiză, membri EpiCARE, permițând diagnosticarea și oferirea tratamentelor corecte acestor pacienți care nu mai necesită să călătorească în alte țări.

De asemenea, acești pacienți cu epilepsii complexe și având multiple probleme medicale, sunt îngrijiți conform standardelor Europene, în echipa multidisciplinară din care nu lipsesc alături de neurologul pediatru – pediatru, neuroimagingistul, neurofiziologul, psihologul, psihiatru, etc. Datorită progreselor tehnologice și descoperirilor accelerate din cercetare din ultimii ani, a fost ne-

cesar, pentru obținerea performanței, ca medicii să se supraspecializeze în domeniul înguste ale neurologiei pediatrice.

Chirurgia epilepsiei la copii este în prezent efectuată cu dificultăți majore datorită resurselor insuficiente, aparatului care este suprasolicitată, insuficientă. Există pacienți copii de vârstă mică care necesită evaluare cu electrozi montați în profunzimea creierului pentru depistarea exactă a zonei de pornire a crizelor, precum și stimulare cerebrală pentru efectuarea unui mapping funcțional, pentru evitarea lezării zonelor funcționale cerebrale. Aceasta evaluare permite chirurgului să excizeze complet aria de debut a excitației electrice, cu obținerea controlului complet al crizelor fără consecințe funcționale negative. Luptăm de asemenea pentru compensarea investigațiilor complexe a pacienților cu epilepsie, de exemplu copensarea PET-CT pentru indicație – epilepsia focală rezistentă la tratament

Ultima întâlnire față în față a specialiștilor Europeni în domeniul chirurgiei epilepsiei, U-Task meeting a fost în urmă cu 10 zile, între 29 aprilie și 3 mai. Echipa română a discutat cazurile investigate în Clinică cu experți din Anglia, Franța, Italia, Olanda, Austria, etc. și mai multe cazuri și-au găsit rezolvarea.

În prezent se lucrează la protocoalele de practică clinică în epilepsii pornind de la protocoalele internaționale și având ca scop lupta pentru compensarea investiției genetice, care a evoluat exponențial în ultimii ani, introducerea pe listele de compensare a medicamentelor de ultimă generație înregistrate în

țară și care ar putea asigura controlul crizelor într-un număr de cazuri, dar și creșterea fondurilor pentru dotări și specializarea neurologilor pentru programele de chirurgie epilepsiei.

Este foarte importanta creșterea numărului specialiștilor neurologi și neurologi pediatri care să cunoască epilepsia, iar acest lucru se realizează prin programe educaționale în domeniul epileptologiei, realizate în concordanță cu recomandările Ligii Internaționale Împotriva Epilepsiei (ILAE). În acest an, Societatea Română Împotriva Epilepsiei (SRIE) va desfășura în perioada 11-13 iulie la Sucevița – Școala de Vară a SRIE în strânsă colaborare cu ASNER și în conjuncție cu Cursul Est European de Epilepsie, ediția a V-a. Tematica de anul acesta este legată în primul rând de investigarea în epileptologie. Cursul aduce la aceeași masă numeroși experți Europeni și români în domeniul epilepsiei, care vor discuta aspecte practice despre investigarea epilepsiei pe baza cazurilor clinice, prezentate într-o manieră interactivă.

De asemenea SRIE va continua Masterclass de Epilepsii Rezistente, pe 2 Octombrie 2019, vizând crearea unei Rețele de medici Neurologi și Neurologi Pediatri din România care să discute împreună cazuri și să crească împreună nivelul epileptologiei în România.

Nu în ultimul rând, între 14-16 noiembrie se va desfășura la București Conferința Anuală SRIE vizând discutarea ultimelor noutăți în domeniul epileptologiei și a protocoalelor de tranziție de la îngrijirea copilului la serviciile de neurologie adulți.

Promisiunile testării genetice în epilepsie



Acum cca. 4000 de ani, un text akkadian descria o boală denumită „anta-subbû” sau „mâna păcatului”, considerată a fi adusă de furia zeului Lunii, cei suferind de ea fiind „inconștienți, răsucindu-și picioarele la stânga, încordate, ca și mâinile, având ochii larg deschiși și spumă curgându-le din gură”. Acesta este prima descriere a epilepsiei, denumirea actuală fiind apărută spre sfârșitul secolului al XVI-lea, preluată în terminologia latină a vremurilor din grecesul „epilambánein” = a fi apucat, a fi atacat. Afecțiune neurologică eterogenă și comună ce afectează aproximativ 1% din populație, epilepsia a fost extrem de studiată de-a lungul istoriei, privită cu spaimă, respect, considerată sacră dar, finalmente, afectând drastic viața celor care suferau de ea și a celor apropiați.



Dr. Anca Mocanu

Medic specialist
genetică medicală

Dr. Biol. Andreea Țuțulan-Cuniță

Dr. Danae Stambouli

Epilepsiile pot fi afecțiuni de sine-stătătoare sau pot fi asociate cu alte manifestări clinice în cadrul tabloului clinic al unor sindroame complexe, cum ar fi X-fragil, Angelman, Wolf-Hirschhorn, Miller-Diecker, Pitt-Hopkins, Mowat-Wilson, de deleție 1p36 sau al sclerozei tuberoase, pentru a enumera numai câteva exemple. La 30-40% din pacienții cu epilepsie este identificat un defect genetic, a cărui cunoaștere poate oferi informații valoroase despre evoluția, prognosticul afecțiunii, terapiile cele mai potrivite și riscul de recurență.

Modificările genetice asociate cu apariția epilepsiei pot fi anomalii cromozomiale, mutații genice sau defecte epigenetice. Numeroase studii dedicate mecanismelor patologice ale epilepsiei au arătat că, în general, câștigurile sau pierderile de material genetic asociază manifestări clinice precum dizabilitatea intelectuală, întârzierea în dezvoltare, trăsăturile dismorfice, malformații congenitale

etc. Cele peste 900 de gene implicate în apariția epilepsiei pot fi încadrate în 3 categorii: gene pentru epilepsie, gene asociate cu malformații cerebrale și epilepsie, gene cauzative pentru sindroame genetice ce asociază epilepsie și alte manifestări clinice. Modificările epigenetice în epilepsie sunt încă puțin înțelese și, deocamdată, se limitează la gene precum *SCN3A*, *KCNQ3*, *GABRG2*, *GABRA1*, *GABRB2*.

Domeniu în plin avânt, genetica epilepsiei contribuie în mod substanțial la elucidarea manifestărilor clinice asociate genei sau chiar mutației specifice, la estimarea evoluției și prognosticului afecțiunii, la calcularea riscului de a avea copii afectați, în cazul cuplurilor în care un partener suferă de epilepsie și, finalmente, deschid orizontul către opțiunile de testare prenatală sau preimplantațională. Mai mult, cele mai recente studii sugerează posibilitatea stabilirii unor strategii terapeutice în funcție de defectul genetic depistat.

Progresele farmacogenomicii, care au făcut deja posibilă dezvoltarea medicinei personalizate bazată pe terapii țintite în cazul distrofiei musculare Duchenne ori atrofiei musculare spinale, vizează și anumite tipuri de epilepsie. Astfel, este din ce în ce mai posibilă alegerea *per primam* a terapiei potrivite scăzând incidența efectelor adverse și ameliorând evoluția pacienților.

În 1954, Hunt & colab. au descris epilepsia dependentă de piridoxină, cauzată de mutații homozigote sau heterozigote compuse în gena *ALDH7A1* (primele fiind identificate de către Mills & colab. în 2006); detectarea markerilor

biochimici specifici și/sau a defectului genetic permite inițierea tratamentului cu piridoxină și a terapiei nutriționale adjuvante. Dilena & colab. au publicat în revista *Neurotherapeutics*, în 2018, un studiu dedicat tratamentului cu quinidină al pacienților cu epilepsie infantilă cu crize focale migratoare cauzate de mutații autozomal dominante cu câștig de funcție în gena *KCNT1*; tratamentul a condus la reducerea cu cca. 90% a crizelor epileptice, îmbunătățind astfel calitatea vieții pacienților, deși nu a avut niciun efect asupra retardului de dezvoltare. În același an, Papa & colab. au raportat în *Clinical Dysmorphology* reducerea frecvenței crizelor epileptice și ameliorarea deficienței cognitive la o pacienta de 8 ani purtătoare a unei mutații heterozigote în gena *GRIN1*, codificatoare a unei subunități a receptorului pentru N-metil-D-aspartat; activitatea acestui receptor, alterată la pacienții cu boală Alzheimer, este controlată prin tratament cu memantină, tratament demonstrat a fi eficient și pentru pacienta cu epilepsie.

Tot în 2018, Reddy & colab. au publicat în *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* un studiu experimental pe animale și pe țesut cerebral obținut de la pacienți cu rezecție chirurgicală pentru epilepsie farmacorezistentă indicând rezultate promițătoare privind potențialul terapeutic al inhibitorilor de histon deacetilază (HDAC), enzimă implicată în mecanismele reglării epigenetice. De perspectivă este, de asemenea, continua cercetare pentru dezvoltarea unor terapii genice.

În acest context, Cytogenomic Medical Laboratory se aliniază direcțiilor de ultimă oră din domeniul epilepsiei, oferind consult genetic și investigații genomice precum cariotipul molecular realizat prin SNP microarray și secvențierea de ultimă generație. Aceste tehnologii pot fi utilizate în diagnosticul postnatal, pentru investigarea prenatală în cazul părinților purtători ai unor defecte genetice asociate epilepsiei și, mai mult, pentru testarea genetică preimplantatorie a embrionilor obținuți prin fertilizare *in vitro*, oferind astfel atât șansa unui management optim al afecțiunii, cât reducerea semnificativă a riscului de a avea copii afectați, în circumstanțele epilepsiilor cu transmitere familială.

**Cytogenomic Medical Laboratory
Molecular Genetics Department**

35 Calea Floreasca, Sect. 1

Bucharest, Romania

Tel: +40212331354-6

Fax: +40212331357

Web: www.cytogenomic.ro



Ataxia mersului la o pacientă vârstnică: polineuropatie nutrițională sau hidrocefalie activă?

- Prezentare de caz -

Vă prezentăm cazul unei femei de 76 de ani care prezintă tulburare de mers și echilibru cu agravare lent progresivă debutată cu aproximativ 3 luni anterior prezentării. Pacienta este cunoscută cu hipotiroidie și hipertensiune arterială în tratament cronic la domiciliu cu inhibitor de enzimă de conversie, diuretic tiazidic-like și tratament de substituție hormonală.



Dr. Andreea Tohănean

Medic specialist Neurologie
www.sanador.ro

La examenul neurologic se remarcă hipoestezie tactilă la nivelul membrilor inferioare distal bilateral, afectarea sensibilității profunde atât mioartrokinetice cât și vibratorii la nivelul membrilor inferioare bilateral, absența reflexelor osteotendinoase la membrele inferioare, acestea fiind diminuate la membrele superioare, reflexul cutanat plantar indiferent bilateral, ataxia mersului, dismetrie la proba călcâienunchi bilateral, fără deficit motor, fără afectarea nervilor cranieni, fără tulburări sfincteriene, pacienta fiind conștientă, cooperantă, orientată temporo-spațial și allopsihic.

Având în vedere afectarea severă a sensibilității profunde cu abolirea reflexelor osteotendinoase la membrele inferioare și ataxia mersului, intră în discuție ca posibile cauze o patologie medulară, afectare de nervi periferici

sau o diselectrolitemie, pacienta urmând tratament cronic cu diuretic tiazidic, dar nu se poate exclude nici o cauză cerebro-vasculară, motiv pentru care se efectuează și examen CT cerebral.

Biologic se evidențiază hiponatremie Na 126mmol/L, hipopotasemie K 2,5 mmol/l, nivel seric de vitamină B12<150pg/ml, hemoglobină 11.9 mg/dl, hematocrit 33.2%, ac anti factor intrinsec și anti celulă parietală pozitivi. De asemenea, prezintă dislipidemie cu colesterol total 231mg/dl, LDL 129mg/dl și sindrom de citoliză hepatică GGT 73U/L, AST 43U/L.

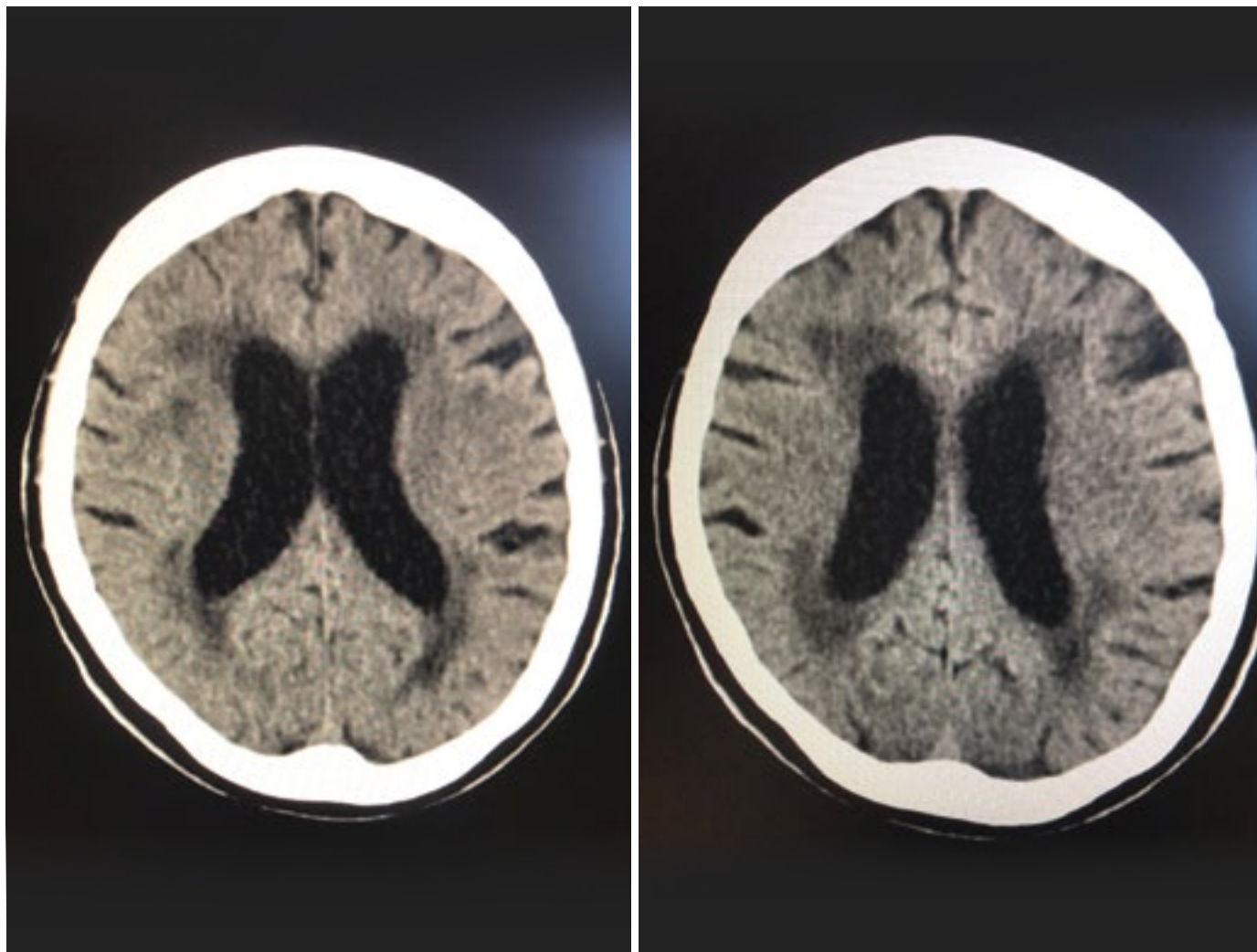
Examenul CT cerebral evidențiază plaje hipodense imprecise delimitate în substanța albă supratentorial și creștere în volum a ventriculului lateral și ventriculului III cu decalibrare la nivelul unui apeduct Sylvius de volum redus, ridicând suspiciunea unei hidrocefalii interne triventriculare cu semne de resorbție transependimară.

S-a efectuat examen electromiografic care evidențiază polineuropatie senzitivo-motorie tetramelică cu afectare severă la nivelul membrilor inferioare:

- nu se obține Snap nervi sural și peronier superficial bilateral
- nu se obține Cmap nerv tibial drept, amplitudine scăzută sever în stânga
- nu se obține Cmap nerv peronier comun la culegerea din EDB, la culegerea din TIB ANT valoare normală, cu VCM normală
- Snap nervi median, ulnar și radial dreapta scăzut ușor, cu VCS normală
- Cmap nervi ulnar și median dreapta la limita inferioară, cu VCM și latență distală cu valori normale
- nu se obține unda F

Nu s-a putut efectua examen IRM medular din cauza prezenței unei tije metalice femurale, pacienta neputând furniza date despre natura acesteia.

La endoscopia digestivă superioară se evidențiază multipli polipi sesili la nivelul corpului gastric, ectomizați cu ocazia biopsierii. De asemenea, prezintă eritem în treneuri la nivel antral ce converg către pilor. Pilorul și duodenul au un aspect normal.



S-a stabilit în baza anamnezei și a examenului clinic, a valorii scăzute a nivelului seric de vitamină B12 <150pg/ml, dar și a modificărilor evidențiate la examenul electromiografic diagnosticul de ataxie a mersului prin polineuropatie senzitivo-motorie secundară deficitului de vitamină B12. Alte cauze ale tulburării de mers pot fi hiponatremia severă la o pacientă vârstnică în tratament cronic cu diuretic tiazidic, dar și hidrocefalia activă evidențiată la examenul CT cerebral. Însă, având în vedere absența tulburărilor sfincteriene și a afectării cognitive, este mai puțin probabil ca acestea să fie cauzele principale ale simptomatologiei actuale.

Se inițiază tratament cu soluții de reechilibrare hidroelectrolitică și vitaminoterapie – Vitamină B12 1000mcg/zi, având o evoluție favorabilă cu ameliorarea semnificativă a tulburării de

mers și echilibru în decursul primei săptămâni de tratament.

Discuții

Vitamina B12 este o vitamină hidrosolubilă care se găsește în alimentele cu origine animală, având rol în eritropoieză, în sinteza și întreținerea tecii de mielină, dar și în sinteza acidului deoxiribonucleic. Mecanismele prin care se produce deficitul de vitamină B12 includ malabsorbție, malnutriție sau defcît genetic de metilmalonil Coa mutază.

Deficitul de vitamină B12 se manifestă cel mai frecvent prin afectare hematologică și anume anemie macrocitară, dar și manifestări neuropsihiatrice variate printre care amintim demența reversibilă, depresia, degenerescența subcută combinată a măduvei spinării și polineuropatie periferică, aceasta

din urmă reprezentând aprox 30-50% din manifestările neurologice asociate cu deficitul de vitamină B12 și fiind în general o polineuropatie axonală cu afectare simetrică senzitivă sau uneori senzitivo-motorie.

Chiar dacă manifestările neuropsihiatrice debutează cel mai frecvent după instalarea anemiei, de cele mai multe ori severitatea acesteia este invers proporțională cu gradul de afectare neurologică.

Bibliografie

1. B12 deficiency with neurological manifestations in the absence of anemia-Dissanayake Mudiyanelage Priyantha Udaya Kumara Ralapanawa et al.
2. Sensory Neuronopathy Revealing Severe Vitamin B12 Deficiency in a Patient with Anorexia Nervosa: An Often-Forgotten Reversible Cause- Jérôme Franques , Laurent Chiche and Stéphane Mathis 3

Importanța revascularizării carotidiene de urgență în evenimentul ischemic cerebral acut

Revascularizarea carotidiană reprezintă la ora actuală unul dintre cele mai dinamice capitole din chirurgia vasculară, fiind un domeniu în care se regăsesc atât elemente ale cercetării fundamentale (spre exemplu studii care corelează structura plăcii de aterom cu manifestările clinice și riscul intervențiilor de revascularizare) cât și un domeniu în care întâlnim cele mai recente device-uri și materiale (dacă ne referim la stentarea carotidiană) precum și o permanentă optimizare a indicațiilor de revascularizare în special privind atitudinea terapeutică în evenimentul ischemic cerebral acut. Nu în ultimul rând toate aceste lucruri s-au întâmplat în ultimii 65 de ani, atunci când Michael DeBakey a deschis acest nou capitol al chirurgiei vasculare prin realizarea în anul 1953, la Houston, a primei intervenții de endarterectomie carotidiană așa cum o cunoaștem astăzi (caz publicat însă tardiv în literatura de specialitate, primul caz publicat fiind raportat de către Felix Eastcott, în 1954, la Londra).



Dr. Georget Tăranu

Medic specialist chirurgie cardiovasculară,
medic primar chirurgie vasculară,
doctor în științe medicale, Spitalul
Clinic Județean de Urgență Timișoara
Clinica de Chirurgie Vasculară

În anii care au urmat, revascularizarea carotidiană a cunoscut o dezvoltare exponențială datorită unui cumul de factori:

- perfecționarea metodelor de diagnostic: introducerea pe scară largă a angiografiei Seldinger, dezvoltarea tehnicilor de ecografie Doppler vascular (care au permis un diagnostic rapid, neinvaziv și repetabil al leziunilor carotidiene cu o sensibilitate și o specificitate care aproape că au exclus la ora actuală necesitatea explorării angiografice) precum și introducerea tehnicilor de angiografie neinvazivă (angio CT, angio RMN)
- optimizarea tehnicilor și materialelor chirurgicale cu scăderea continuă a riscului de accident vascular cerebral pe-

riprocedural: utilizarea endarterectomiei cu patch sau prin eversie în funcție de tipul leziunii, utilizarea selectivă a șuntului (posibilă prin dezvoltarea permanentă a tehnicilor de monitorizare a ischemiei cererale pe perioada clampării – măsurarea retrogradă a presiunii în carotida internă, ecografia Doppler transcraniană, monitorizarea EEG sau a presiunii parțiale a oxigenului prin metoda INVOS), controlul angiografic intraoperator, etc

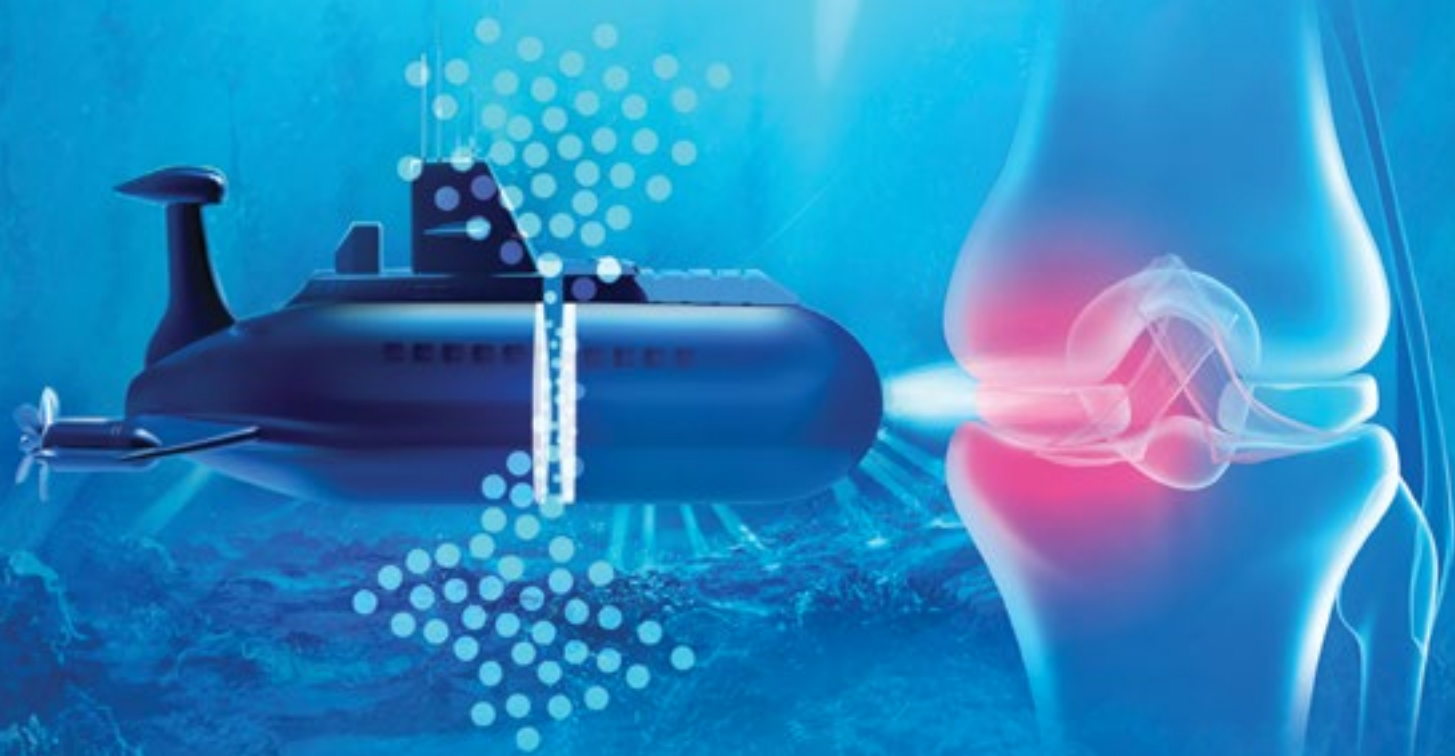
- perfecționarea tehnicilor anestezeice, un rol important având folosirea anesteziei loco-regionale (blocul de plex cervical) cu monitorizarea neurologică a pacientului treaz
- introducerea terapiei antiagregante ca terapie standard în boala carotidiană, pre și post revascularizare, în special a dublei antiagregări
- nu în ultimul rând dezvoltarea tehnicilor endovasculare de stentare carotidiană (prin introducerea filtrelor de protecție pentru prevenirea emboliei distale, abord arterial cât mai aproape de leziune sau folosirea tehnicilor de inversare a fluxului prin artera carotidă

internă) au făcut posibilă revascularizarea intervențională carotidiană cu rezultate apropiate de cea chirurgicală, metoda fiind utilă în special în rândul pacienților considerați a fi cu “risc chirurgical ridicat”.

Toate aceste aspecte menționate mai sus au făcut posibilă realizarea revascularizării carotidiene pe scară largă și în condiții de siguranță astfel încât, spre exemplu, în Statele Unite se realizează aproximativ 150.000 revascularizări carotidiene pe an, cu o rată combinată AVC-deces la 30 de zile sub 4%.

Ultimii 10 ani au consemnat însă și un alt aspect – mutarea “centrului de greutate” privind indicația de revascularizare carotidiană de la pacientul asimptomatic la revascularizarea cât mai rapidă a pacientului cu eveniment ischemic cerebral acut (accident vascular cerebral constituit sau accident ischemic tranzitor). Astfel, o serie de studii recente au arătat că prognosticul pe termen lung al pacientului cu boala carotidiană asimptomatică nu diferă fundamental după revascularizare carotidiană versus “best medical treatment”, ceea ce a condus și la

O călătorie spre centrul durerii articulare



Alege un partener loial,
pentru un drum fără durere!

Dicloream 150mg

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Dicloream® 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală - P6L. 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.ro@alfasigma.com sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

recomandarea ca revascularizarea carotidiană a acestor pacienți să se facă în centre în care rata combinată AVC-deces la 30 de zile să fie sub 3% iar durata estimată de viață a pacientului să fie peste 5 ani¹ (conform guideline-ului ESVS din 2017 privind management-ul bolii aterosclerotice carotidiene și vertebrale).

Pe de altă parte, constatarea că după un eveniment ischemic cerebral acut rata de recurență a episoadelor cerebrale ischemice este maximă în primele 14 zile de la eveniment (în special după un accident ischemic tranzitor)², chiar sub tratament medicamentos maximal, a condus la ideea necesității realizării cât mai precoce a revascularizării carotidiene ca singura metodă eficace de optimizare a prognosticului în acest grup de pacienți. Deși inițial controversată (mai ales datorită unei rate crescute de AVC și deces periprocedural comparativ cu pacienții asimptomatici) revascularizarea carotidiană “de urgență” s-a dovedit a fi singura în măsură să reducă riscul recurenței episoadelor ischemice și automat să reducă rata de AVC și deces la această categorie de pacienți.

În realizarea revascularizării carotidiene la pacientul simptomatic trebuie luate în calcul o serie de elemente dintre care cele mai importante sunt:

1. Timpul scurs de la debutul simptomelor - consensul actual, consemnat ca și recomandare de gradul I A în ghidul ESVS 2017 al bolii carotidiene, este ca intervenția să fie efectuată până în 14 zile de la debut.

Un subiect încă în dezbateri îl constituie intervenția în primele 48 de ore, la ora actuală existând opinii contrare - Nordanstig și colaboratorii raportează, într-un studiu publicat în septembrie 2017, o rată crescută a complicațiilor pentru intervențiile realizate în primele 48 de ore versus intervalul 48 de ore -14 zile³ în timp ce Rantner și colaboratorii, în februarie 2015, consemnează diferențe nesemnificative privind riscul endarterectomiei carotidiene realizate în primele 48 de ore versus >48 de ore⁴.

Pentru a face însă posibilă realizarea unei revascularizări carotidiene la sub două săptămâni de la debutul simptomatologiei ischemice cerebrale este necesară o colaborare eficientă și rapidă între medicii de familie, neurologi, radiologi, anesteziști și chirurghi vasculari. La ora

actuală doar patru țări europene au făcut publice date privind intervalul de timp scurs, în medie, de la debutul simptomelor la revascularizare carotidiană: Suedia - 7 zile; Germania - 9 zile; Norvegia - 11 zile; Marea Britanie - 12 zile⁵. Se observă cu ușurință că este vorba despre țări cu un sistem medical bine finanțat și funcțional, condiții absolut necesare pentru realizarea acestui deziderat.

2. Revascularizare chirurgicală sau endovasculară?

Datele existente în momentul de față converg spre recomandarea endarterectomiei carotidiene în dauna stentării carotidiene la pacienții cu eveniment ischemic cerebral acut¹ (recomandare I A)

3. Starea clinică a pacientului - se consideră că un AVC masiv, cu afectarea a peste 1/3 din teritoriul arterei cerebrale medii și/sau cu alterarea conștienței constituie contraindicație pentru endarterectomie carotidiană¹ (recomandare grad I C). Pe de altă parte AVC în evoluție sau AIT-urile „in crescendo” ar putea fi o indicație de revascularizare de urgență, chiar sub 24 de ore¹ (recomandare IIa C)

4. Revascularizarea după tromboliza intravenoasă - realizarea în prealabil a unei trombolize intravenoase crește riscul unei hemoragii intracerebrale după reperfuzia cerebrală prin revascularizare chirurgicală. În această situație endarterectomia carotidiană după tromboliză se recomandă dacă există o recuperare neurologică rapidă, aria de infarct este sub o treime din teritoriul arterei cerebrale medii, dacă trunchiul ACM a fost recanalizat și dacă nu există hemoragie sau edem cerebral¹ (recomandare IIa C)

5. Patologia asociată - dacă pacientul se încadrează în categoria “risc chirurgical înalt” (incomplet însă definită la ora actuală!) se consideră că stentarea carotidiană poate constitui o alternativă¹ (recomandare IIa B).

6. Disponibilitatea unei echipe multidisciplinare care să ofere o abordare integrată, unitară și mai ales rapidă pentru pacientul cu eveniment ischemic cerebral acut.

Ca atare se impun o formare profesională adecvată, o dotare materială corespunzătoare și implementarea de protocoale moderne, măsuri care trebuiesc aplicate tuturor verigilor unui lanț care

include medicii de familie, personalul medical de pe ambulanțe și din serviciile de urgență, medicii neurologi, medicii radiologi/neuroradiologi intervenționali, medicii anesteziști și, bineînțeles, medicii chirurghi vasculari.

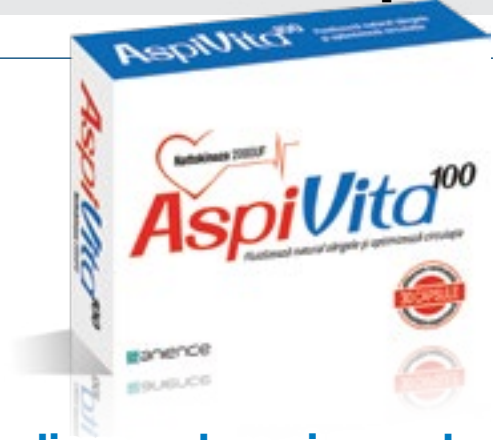
Din toate elementele prezentate până acum reiese cu certitudine că revascularizarea carotidiană, fie ea chirurgicală sau intervențională, joacă rolul cheie la pacientul cu eveniment cerebral ischemic acut. Aceasta este singura în măsură să ofere maximum de șanse pentru limitarea consecințelor nefaste ale acestei boli, consecințe traduse adesea printr-un handicap psihomotor major sau chiar deces.

Bibliografie

1. Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease: 2017 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS)
A.R. Naylor, J.-B. Ricco, G.J. de Borst, S. Debus, J. de Haro, A. Halliday, G. Hamilton, J. Kakisis, S. Kakkos, S. Lepidi, H.S. Markus, D.J. McCabe, J. Roy, H. Sillesen, J.C. van den Berg, F. Vermassen; European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2018; 55:3-81
2. Clinical and Imaging Features Associated with an Increased Risk of Early and Late Stroke in Patients with Symptomatic Carotid Disease
A.R. Naylor, H. Sillesen, T.V. Schroeder; European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2015;49:513-23
3. Very Urgent Carotid Endarterectomy is Associated with an Increased Procedural Risk: The Carotid Alarm Study
A. Nordanstig, L. Rosengren, S. Strömberg, K. Österberg, L. Karlsson, G. Bergström, Z. Fekete, K. Jood; European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2017;54:278-86
4. Very Urgent Carotid Endarterectomy Does Not Increase the Procedural Risk
B. Rantner, C. Schmidauer, M. Knoflach, G. Fraedrich; European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2015;49:129-36
5. Something old, something new, something borrowed and something blue - editorial
Naylor A.R.; European Journal of Vascular and Endovascular Surgery 2017;54:413-14

AspiVita¹⁰⁰

Nattokinaza 100 mg (2000UF)



Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita¹⁰⁰ o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogen și prin profilul de siguranță.

AspiVita¹⁰⁰ 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 fibrinolitice activă după administrare orală

AspiVita¹⁰⁰ 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 administrării, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC¹. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici² și dializați³

Motivele includerii cu succes a AspiVita¹⁰⁰ 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 treptat⁴ 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 luni⁷
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer⁶
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată⁵** la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita¹⁰⁰ asigură:

- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita¹⁰⁰ cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore
- Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP



¹Shah AB, An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinases as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets in acute ischemic stroke, 2004; ²Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure in patients with lifestyle diseases, 2014; ³Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII in human subjects, 2009; ⁴Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 2015 Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; ⁵Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; ⁶Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; ⁷Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017

Contribuția tehnologiilor avansate în reabilitarea după un accident vascular cerebral - experiența spitalului clinic de recuperare medicală Băile-Felix

Cu toate că incidența accidentelor vasculare cerebrale este în scădere în majoritatea țărilor dezvoltate datorită controlului mai eficace al factorilor de risc modificabili, cum sunt hipertensiunea arterială și fumatul, numărul total al acestora continuă să crească datorită, pe de o parte, îmbătrânirii populației, iar pe de alta, reducerii mortalității provocate de AVC ca urmare a eficientizării medicinei de urgență. Din statisticile OMS rezultă că anual se înregistrează 15 milioane de accidente vasculare cerebrale, iar aproximativ jumătate dintre supraviețuitori prezintă dizabilități considerabile, cu incapacitate de a performa activități cotidiene, ceea ce le afectează acestora independența funcțională și calitatea vieții⁽¹⁾. Chiar dacă se aplică un tratament medical și un program de reabilitare optim, refacerea completă este de cele mai multe ori imposibilă⁽²⁾.



Dr. Daiana Popa

Spitalul Clinic de Recuperare
Medicală Baile Felix
Secretar General Societatea
Română de Reabilitare Medicală

Nevoia unei reabilitări eficiente după un accident vascular cerebral rămâne un aspect esențial al continuumului de îngrijiri medicale necesare pentru acești pacienți. Datorită faptului că accidentul vascular cerebral este în mod fundamental o afecțiune cronică și procesul de reabilitare se presupune că ar trebui aplicat pe termen lung, din faza de spitalizare acută și până la reintegrarea în comunitate. Ca urmare, serviciile de reabilitare reprezintă principalul mecanism prin intermediul căruia este promovată refacerea funcțională și dobândirea independenței la pacienții afectați de AVC. De vreme ce o parte semnificativă a costurilor accidentului vascular cerebral o reprezintă managementul dizabilității, reabilitarea țintită și eficientă ar putea teoretic să reducă această povară, dar se pune adesea întrebarea dacă reabilitarea funcționează într-adevăr?

În mod ideal, serviciile de reabilitare presupun intervenția unei echipe multi-profesionale cu experiență în neurorea-

bilitare, compusă din asistentul medical, fizioterapeut, terapeutul ocupațional, terapeutul specializat în tulburări de vorbire și limbaj / logoped, sub coordonarea unui medic specialist de medicină fizică și reabilitare⁽³⁾.

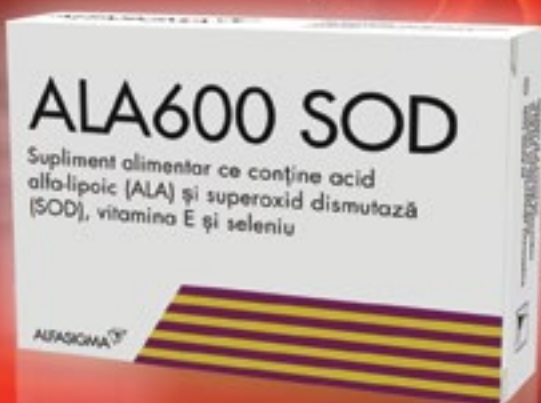
Inițial, reabilitarea pacienților cu AVC se baza pe metode manuale de fizioterapie cu scopul de a învăța pacienții cum să compenseze deficitul dobândit. În prezent, aceste noțiuni au fost abando-

nate în favoarea modalităților bazate pe noile teorii ale neuroplasticității. Neuroplasticitatea reprezintă proprietatea sistemului nervos central de a se adapta la injurii, leziuni sau noi solicitări din partea mediului înconjurător. După un AVC, sistemul nervos central încearcă să rezeveze alte conexiuni și căi nervoase care să le substituie pe cele lezate. Elementul cheie al neuroreabilitării în AVC este considerat astăzi, plasticitatea dependen-
tă de utilizare, care exprimă capacitatea



Terapia
Lokomat

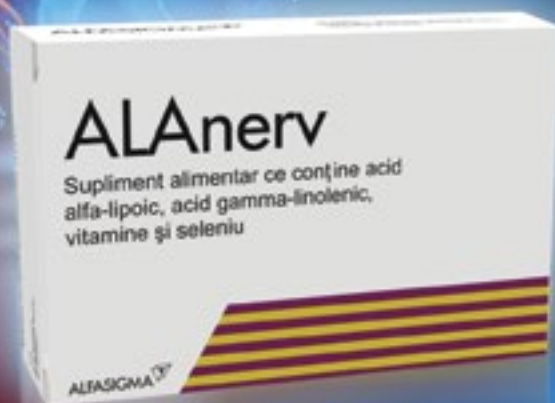
Stinge durerea neuropată!



**DURERE
ACUTĂ**

1 /zi

4 săptămâni



**DURERE
CRONICĂ**

1 /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.ro@alfasigma.com.



Tehnologia Reo-Go

creierului de a învăța comportamente motorii pierdute ca răspuns la reabilitare^(4, 5). Pentru a fi eficace în achiziția de abilități funcționale, programul de reabilitare trebuie să îndeplinească câteva condiții cruciale; exercițiile trebuie să fie orientate pe sarcini funcționale, care au un anumit scop, pentru a genera modificări semnificative de neuroconectivitate; există un nivel critic de repetiții necesar pentru a dobândi și menține achizițiile motorii; există de asemenea o fereastră de oportunitate pentru a stimula în mod optim neuroplasticitatea, context în care intervenția precoce este crucială și nu în ultimul rând contează motivația care încurajează angajarea individului în performarea unor activități care se finalizează cu succes și recompense⁽⁶⁾. Dacă neuroplasticitatea reprezintă mecanismul care stă la baza refacerii funcționale după AVC, atunci obiectivul principal al reabilitării este acela de a dirija în mod eficace procesele de neuroplasticitate.

Există studii atât pe modele animale cât și umane care demonstrează importanța instituirii precoce a pro-

gramului de reabilitare după accidentul vascular cerebral. Momentul inițierii terapiei reprezintă un subiect aflat încă în dezbatere; studiul AVERT a demonstrat că mobilizarea precoce, în primele 24 de ore de la debutul unui AVC, este sigură și eficace în reducerea disabilităților pe termen lung⁽⁷⁾. În mod tradițional se considera că refacerea neurologică are loc în cea mai mare parte în primele 4 luni după AVC, dar studiile recente care au evaluat tehnici mai noi, precum terapia indusă prin constrângere și antrenamentul robotic, au demonstrat ameliorări importante chiar și la intervale mai mari, de până la 56 de luni de la debutul afecțiunii. Un alt factor crucial pentru un prognostic favorabil îl reprezintă intensitatea reabilitării. Studiile efectuate pe subiecți umani arată că o intensitate crescută îmbunătățește prognosticul funcțional. Mai recent, s-a descris noțiunea de „adaptabilitate a paradigmei de reabilitare” care se referă la ajustarea tratamentului pe măsură ce performanțele de îmbunătățesc. Acest aspect impune o reevaluare permanentă folosind instrumente de mare precizie

⁽⁸⁾. Există la ora actuală suficiente studii de calitate care au demonstrat că terapia ținută, ghidată, executată în mod repetitiv, îmbunătățește funcția motorie și scade riscul complicațiilor.

Fizioterapie reprezintă o componentă majoră a acestei reabilitări fiindcă are capacitatea de a contracara reducerea funcțiilor motorii care influențează negativ capacitatea pacienților de a performa activități cotidiene și are o serie de consecințe negative, ortopedice, cardio-respiratorii și comportamentale. Principalele obiective ale acesteia sunt reducerea deficitului motor, scăderea spasticității, refacerea schemelor normale de mișcare și antrenamentul repetitiv. În mod tradițional, această terapie presupunea o interacțiune de 1 la 1 între terapeut și pacient. În aceste condiții terapia era greu de standardizat și de evaluat în studii clinice. De asemenea, activitatea intensivă, crucială pentru a stimula neuroplasticitatea, este greu de realizat și adesea pare obositoare, neinteresantă și lipsită de motivație pentru pacienți. Tehnologiile avansate de care dispunem azi în reabilitare, cum sunt robotica și realitatea virtuală pot depăși aceste bariere, făcând reabilitarea interesantă, provocatoare și chiar adictivă, condiții, se pare obligatorii, pentru reînvățarea deprinderilor motorii după o leziune neurologică. Reabilitarea robotică reprezintă în acest context una dintre metodele cele mai sofisticate, disponibile la ora actuală pentru a conduce în mod precis și eficace exercițiul terapeutic, precum și pentru a măsura obiectiv rezultatele. Principala avantaj al reabilitării robotice este capacitatea de a realiza un antrenament de mare intensitate, care se poate institui precoce și este bine tolerat de către pacient. La ora actuală, reabilitarea asistată robotic pentru accidentul vascular cerebral se găsește într-o fază dinamică de dezvoltare și dispune de un număr semnificativ de cercetări care demonstrează eficacitatea clinică și impactul economic favorabil pe termen lung⁽⁹⁾. Dacă ne referim la fazele inițiale ale reabilitării după AVC, tehnologia robotică ne pune la dispoziție mijloace de mobilizare precoce, chiar în cazul pacienților cu tulburări al stării de conștiință sau toleranță redusă la poziția ridicată, cum este masa de verticalizare robotică care aduce progre-

Energie. Rezistență. Concentrare

Neurergin[®]

NADH 12,5 mg - Coenzima E1



- Coenzima E1 îmbunătățește regenerarea celulară a sistemului nervos
- Crește producția de energie celulară (ATP)
- Contribuie la funcția de reparare ADN



Compania Farmaceutică AC HELCOR[®]
Divizia de Vitamine și Suplimente alimentare BIOSUNLINE[®]
www.biosunline.ro



Acesta este un supliment alimentar. Citii cu atenție informațiile de pe ambalaj.

**GABA
de origine
naturală**

Glisepan[®] +



- Combinație neuractivă echilibrantă UNICĂ:
 - GABA, glutamină, glicină, vitamina B₆ și B₉
- Menține durata și calitatea somnului
- Efect liniștitor
- Susține capacitatea de concentrare și memoria



Compania Farmaceutică AC HELCOR[®]
Divizia de Vitamine și Suplimente alimentare BIOSUNLINE[®]
www.biosunline.ro



Acesta este un supliment alimentar. Citii cu atenție informațiile de pe ambalaj.



Hand of Hope

siv pacientul în poziție verticală, mobilizându-i în același timp membrele inferioare pentru a împiedica scăderea tensiunii arteriale. Ultima variantă a acestui dispozitiv adaugă stimularea electrică funcțională care induce contracții musculare a membrilor inferioare, cu efecte favorabile în neuroplasticitate⁽¹⁰⁾.

Pierderea totală sau parțială a capacității ambulatorii reprezintă una dintre cele mai grave dizabilități în AVC, iar refacerea mersului rămâne un obiectiv principal ale reabilitării. Pot fi afectate nu doar mersul în sine ci și o serie de alte activități legate de acesta, cum sunt ridicarea și așezarea de pe scaun, transferurile, urcatul scârilor și chiar utilizarea fotoliului rulant. În mod secundar, deficitul de mers expune la un risc crescut de căderi și fracturi. Există la ora actuală o serie de studii care demonstrează că antrenamentul fizic intensiv, repetitiv, orientat spre sarcini funcționale îmbunătățește prognosticul legat de mers și activitățile conexe. Printre dispozitivele biomedicale care au schimbat în mod fundamental reabilitarea mersului după AVC, se numără tehnologiile avansate de care dispunem în clinica noastră. Utilizarea dispozitivelor

robotice cu asistență electromecanică a mersului, încorporează antrenamentul pe covor rulant cu susținerea greutății corporale și mobilizarea membrilor inferioare cu ajutorul componentelor tip exoskeleton, o formă de antrenament funcțional care poate fi instituit precoce, permițând mobilizarea membrului paretic după schema specifică din timpul mersului. Acest antrenament permite îmbunătățirea vitezei și distanței de mers pentru pacienții care sunt dependenți de asistență în timpul mersului. O recenzie sistematică Cochrane actualizată în 2012, pune în evidență că acest antrenament în combinație cu fizioterapia clasică are efecte favorabile în realizarea unui mers independent la pacienții cu deficite de mers datorate unui AVC și că acest tratament este mai eficient dacă se aplică în primele 3 luni de la debutul afecțiunii. Această terapie are și alte efecte favorabile adiacente asupra echilibrului, fitnessului cardiovascular, masei musculare și densității minerale osoase, dar acești parametri sunt încă insuficient studiați⁽¹¹⁾.

Majoritatea indivizilor care au fost afectați de un AVC înregistrează probleme de funcționare ale membrului supe-

rior și mai ales a mâinii, marea majoritate rămânând cu deficite motorii care determină limitări de activitate și restricții de participare⁽¹²⁾. Pentru a combate aceste deficite programul de reabilitare trebuie să conțină un antrenament specific al membrului superior orientat pe sarcini funcționale, asociat eventual cu stimulare electrică funcțională. Elementele cheie le constituie, și în acest caz, precocitatea instituirii terapiei, numărul mare de repetări și caracterul funcțional al antrenamentului. În clinica noastră dispunem de dispozitive robotice atât pentru membru superior în ansablu cât și un dispozitiv robotic complex de tip exoskeleton pentru antrenamentul mâinii. Printre avantajele terapiei robotice pentru membrul superior se remarcă posibilitatea practicării exercițiilor fizice pe o perioadă mai lungă de timp, cu un număr mare de repetiții, efectuarea de mișcări pasive, active-asistate sau rezistive. Mișcările efectuate cu ajutorul roboților sunt reproductibile, standardizate și programabile, permițând măsurarea și urmărirea performanțelor. Asocierea cu realitatea virtuală aduce un plus de atractivitate, crescând motivația dar și toleranța la terapie a pacienților.

Realitatea virtuală a pătruns profund în domeniul reabilitării din ultimele decenii. La ora actuală realitatea virtuală și video gaming-ul reprezintă metode accesibile prin intermediul cărora crește motivația și angajarea pacienților în programele de reabilitare, crește intensitatea antrenamentului și pot fi utilizate inclusiv pentru programe de telereabilitare⁽¹³⁾. Realitatea virtuală utilizează tehnologia computerizată care permite pacientului să se angajeze în activități specifice ce se desfășoară într-un mediu virtual generat de computer, foarte asemănător mediului natural. Acest mediu, atractiv pentru pacient, are capacitatea de a crește motivația de participare la programul de reabilitare, permițând practicarea unor exerciții cu intensitate și durată crescută și oferind un feedback vizual și auditiv care dă posibilitatea autocorectării performanțelor motorii. Inițial jocurile video pentru uzul general au fost testate la pacienții neurologici în studii clinice și au demonstrat eficacitatea mai ales în reabilitarea membrului superior și în reabilitarea

Neuromultivit

*combinație de
vitamine B1, B6 și B12*

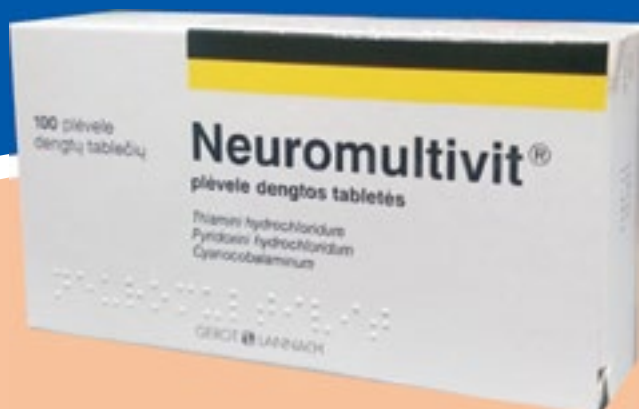
**Cele mai înalte concentrații de vitamine
B1, B6 și B12 pentru eficiența terapiei**



Calitate austriacă

**Doar vitamine hidrosolubile
pentru siguranța tratamentului**

Depășește-ți limitele !



G.L. PHARMA GMBH Reprezentanța în România

GEROT  **LANNACH**

a business unit of G.L. Pharma GmbH

posturală. Ulterior, s-au întreprins numeroase cercetări pentru elaborarea unor jocuri video dedicate reabilitării pacienților hemiplegici, îmbogățindu-se cu o serie de funcții noi, cum sunt componentele de inteligență artificială care permit adaptarea jocurilor la noile achiziții motorii ale pacientului. În ultimii ani, pacienții noștri dispun de un laborator de antrenare motorie prin intermediul Realității Virtuale. Realitatea virtuală deschide noi perspective în evaluarea pacientului și individualizarea terapiei. Datorită înregistrării automate a mișcărilor performate de către subiect există posibilitatea analizei cantitative și calitative a progreselor motorii ale acestuia. Deși majoritatea studiilor publicate se referă la efectele favorabile ale RV asupra funcției membrului superior există totuși o recenzie sistematică care sugerează că realitatea virtuală facilitează și îmbunătățirea parametrilor de mers la pacienții cu AVC^(13,14).

În toate aspectele reabilitării după AVC, regimul de antrenament trebuie să se caracterizeze prin precocitate, repetitivitate, gradarea progresivă a activităților și antrenamentul cu caracter funcțional. Orice program de exerciții trebuie să includă prescripții legate de frecvență, durată și intensitate, care se vor adapta întotdeauna capacităților funcționale ale individului, co-morbidităților și motivației. În permanență se va ține cont de recomandările de evaluare a capacității la efort, pentru a preveni complicațiile cardiovasculare⁽³⁾. Participarea activă la programul de exerciții trebuie inițiată repede după debutul unui accident vascular cerebral pentru a minimiza efectele defavorabile ale imobilizării la pat și inactivității, pentru a capitaliza și augmenta fenomenele de neuroplasticitate cu scopul de a recâștiga capacitatea de performarea activităților cotidiene, în vederea redobândirii independenței funcționale. Antrenamentul robotic asociat cu alte tehnologii avansate cum sunt realitatea virtuală și stimularea cerebrală non-invazivă permit un antrenament eficient ce se poate institui precoce, ducând atât la ameliorarea prognosticului funcțional dar și la o cuantificare obiectivă a funcțiilor cerebrale și motorii după un AVC. Chiar dacă cos-

tul actual al acestor tehnologii este considerabil, potențialul pe care îl au de a reduce costurile totale ale îngrijirilor pe termen lung și a posibilităților de evaluare standardizată le fac extrem de atractive pe plan mondial. La ora actuală, se remarcă în literatura de specialitate un număr tot mai mare de trailuri clinice menite să pună tehnologiile avansate din reabilitare pe baze științifice credibile, ceea ce permite recomandarea acestor terapii în ghidurile clinice.

Bibliografie:

1. World - Health - Organization: The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva, WHO; 2008.
2. Young J, Forster A. Review of stroke rehabilitation. *BMJ* 2007; 334: 86 - 90.
3. AHA/ASA Guideline. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery 2016. <http://stroke.ahajournals.org>.
4. Kwakkel G, Kollen B, Lindeman E. Understanding the pattern of functional recovery after stroke: facts and theories. *Restor Neurol Neurosci* 2004; 22: 281 - 299.
5. Nudo RJ. Mechanisms for recovery of motor function following cortical damage *Curr Opin Neurobiol*, 2006; 16: 638 - 44.
6. Kleim JA, et al. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage *J Speech Lang Hear Res*, 2008; 51: S225 - 39.
7. AVERT Trial Collaboration Group, Bernhardt J, Langhorne P, Lindley RI, Thrift AG, Ellery F, Collier J, Churilov L, Moodie M, Dewey H, Donnan G. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386:46-55.
8. Scott SH et. all. Potential of robots as next-generation technology for clinical assessment of neurological disorders and upper-limb therapy. *J Rehabil Res Dev*. 2011;48(4):335-53
9. Richard C Senelick. Technological Advances in Stroke Rehabilitation - High Tech Marries High Touch. *US Neurology*, volume 6, issue 2, extract.

10. Kuznetov AN et al. Early Post-stroke Rehabilitation Using a Robotic Tilt-Table Stepper and Functional Electrical Stimulation. *Stroke Research and Treatment Volume 2013* (2013)
11. Mehrholz J, Elsner B, Werner C, Kugler J, Pohl M. Electromechanical-assisted training for walking after stroke: updated evidence. *Stroke*. 2013;44:e127-e128
12. Mehrholz J, Hadrlich A, Platz T, Kugler J, Pohl M. Electromechanical and robot-assisted arm training for improving generic activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6
13. Laver KE, George S, Thomas S, Deutsch JE, Crotty M. Virtual reality for stroke rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011
14. Moreira MC, de Amorim Lima AM, Ferraz KM, Benedetti Rodrigues MA. Use of virtual reality in gait recovery among post stroke patients: a systematic literature review. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2013;8:357-362.
15. Page SJ, et al. Affected Arm Use and Cortical Change in Stroke Patients Exhibiting Minimal Hand Movement *Neurorehabil Neural Repair*, 2010; 24: 195 - 203
16. Edwards DJ, Krebs H, Rykman A, Zipse J, et al. Raised corticomotor excitability of M1 forearm area following anodal tDCS is sustained during robotic wrist therapy in chronic stroke. *Restor Neurol Neurosci*, 27(3), 199 - 207.
17. Nowak D, et al. Noninvasive brain stimulation and motor recovery after stroke. *Restor Neuro Neurosci*, 2010; 28: 531 - 44
18. Pascual - Leone A, et al. Modulation of muscle responses evoked by transcranial magnetic stimulation during the acquisition of new fine motor skills. *J Neurophysiol* 1995; 74: 1037 - 45.
19. Paulus W, et al. Transcranial magnetic stimulation and transcranial direct current stimulation. 1st ed. Amsterdam : Elsevier; 2003
20. Giacobbe V, et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) and robotic practice in chronic stroke: The dimension of timing. *Neuro Rehabilitation* 33(2011): 49 - 56.

Clinica Medicală Neuroptics

**Căutăm Medic
Neurolog colaborator**

**Corina Porohanski - Manager - 0727.898.815
e-mail: ilinca_corina@yahoo.com**

Abilify soluție orală 1mg/ 1ml

- **ABILIFY** este indicat pentru **tratamentul schizofreniei** la adulți și adolescenți cu vârsta de 15 ani și peste.
- **ABILIFY** este indicat pentru **tratamentul episoadelor maniacale** moderate până la severe în tulburarea bipolară I și pentru prevenirea unui nou episod maniacal la adulți care au avut episoade predominant maniacale și au răspuns la tratamentul cu aripiprazol.
- **ABILIFY** este indicat pentru tratamentul cu durată de până la 12 săptămâni al **episoadelor maniacale** moderate până la severe în tulburarea bipolară I la adolescenți cu vârsta de 13 ani și peste.

