



ALFASIGMA

ewo pharma

IPSEN CONSUMER HEALTHCARE

Janssen Neuroscience

MagnaPharm

MEDIKA H&S

MERCK

Sanience

VEDRA

MEDICAL MARKET

Neurologie • Psihiatrie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022



Prof. Univ.
Dr. Doina Cozman

Președinte al Asociației Române de
Psihiatrie și Psihoterapie



Conf. Univ.
Dr. Cristina Tiu

Președinte al Societății Române
de Neurologie



Prof. Univ.
Dr. Catalina Tudose

Președintele Societății
Române Alzheimer



Prof. Univ.
Dr. Laura Nussbaum

UMFT „Victor Babeș”,
Președinte SNPCAR



Prof. Univ.
Dr. Dragos Catalin Jianu

UMFT „Victor Babeș”



Conf. Univ.
Dr. Ana Maria Buga

UMF Craiova



Asist. Univ.
Dr. Adriana Cojocaru

UMFT „Victor Babeș”



MERCK

Bine ati venit în călătoria
MAVENCLAD®

MAVENCLAD® este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu scleroză multiplă (SM) recurentă foarte activă, definită prin caracteristici clinice sau imagistice.



*MAVENCLAD® este prima terapie orală cu regim de dozare inovator pentru tratamentul SMRR formă foarte activă cu un program de administrare în 2 cicluri: maxim 20 de zile de tratament timp de 2 ani, fără a fi necesar un nou tratament cu MAVENCLAD® în următorii 2 ani.

MAVENCLAD®
cladribină comprimate

SIMPLIȚATE
INOVATOARE*

MAVENCLAD (cladribină) Rezumatul Caracteristicilor Produsului – prescurtat

Denumirea comercială a medicamentului: MAVENCLAD 10 mg comprimate. Compoziția cantitativă și calitativă: Fiecare comprimat conține cladribină 10 mg. Indicații terapeutice: MAVENCLAD este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu scleroză multiplă (SM) recurentă foarte activă, definită prin caracteristici clinice sau imagistice. Doze și mod de administrare: Doza Doza cumulativă recomandată de MAVENCLAD este de 3,5 mg/kg greutate corporală pe parcursul a 2 ani, administrată într-un ciclu de tratament a 1,75 mg/kg pe an. Fiecare ciclu de tratament constă din 2 săptămâni de tratament, una la începutul primului și una la începutul celui de-a doua luni a anului de tratament respectiv. Fiecare săptămână de tratament constă din 4 sau 5 zile în care pacientului se administrează 10 mg sau 20 mg (1 sau 2 comprimate) sub forma unei doze zilnice unice, în funcție de greutatea corporală. După finalizarea celor 2 cicluri de tratament, nu mai este necesară continuarea tratamentului cu MAVENCLAD în anii 3 și 4. Dacă este necesar, ciclul de tratament din anul 2 poate fi amânat timp de până la 6 luni pentru a permite recuperarea limfocitelor. Dacă această recuperare durează mai mult de 6 luni, pacientului nu trebuie să i se mai administreze MAVENCLAD. Insuficiență renală - ușoară (clearanceul creatininei 60-89 ml/min): nu este considerată necesară ajustarea dozei; -moderată sau severă: MAVENCLAD este contraindicat. Insuficiență hepatică moderată sau severă: MAVENCLAD nu este recomandat. Vârșnici: se recomandă prudență. Copii și adolescenți: Nu sunt disponibile date. Mod de administrare: pe cale orală; comprimatele trebuie înghițite fără a fi mestecate. Pacienții trebuie să aibă mâinile uscate când manipulează comprimatele și să se spele cu apă și săpun după aceea. Contraindicații: hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți; infecție cu virusul imunodeficienței umane (HIV); infecție cronică activă (tuberculoză sau hepatită); inițierea tratamentului cu cladribină la pacienții cu imunitate deprimată, incluzând pacienții cărora li s-a administrat în prezent tratament imunosupresor sau mielosupresor; tumoare malignă activă; insuficiență renală moderată sau severă (clearanceul creatininei <60 ml/min; sarcină și alăptare. Atenționări și precauții speciale pentru utilizare: Efectul cladribinei asupra numărului de limfocite este dependent de doză. Numărul de limfocite trebuie determinat înaintea inițierii tratamentului cu MAVENCLAD. Infecția cu HIV, tuberculoza activă și hepatita activă trebuie excluse înainte de inițierea tratamentului cu cladribină. La pacienții cu infecții latente sau infecție acută trebuie avută în vedere amânarea inițierii tratamentului cu cladribină până când infecția este ținută pe deplin sub control. Se recomandă o atenție specială la pacienții fără antecedente de expunere la virusul varicelozei. Incidenta herpesului zoster a fost crescută la pacienții tratați cu cladribină. S-au raportat cazuri de leucoencefalopatie multifocală progresivă (LMP) la administrarea de cladribină pe cale parenterală la pacienții tratați pentru leucemie. Trebuie avută o atenție deosebită la pacienții care necesită transfuzii de sânge și la cei tratați anterior cu medicamente imunomodulatoare sau imunosupresoare. Nu se recomandă administrarea la pacienții cu hepatită moderată sau severă (scorul Child-Pugh > 5). Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune: Administrarea orală a oricărui alt medicament trebuie să se efectueze separat de administrarea MAVENCLAD, la interval de cel puțin 3 ore pe parcursul numărului limitat de zile în care se administrează cladribină. Utilizarea MAVENCLAD în asociere cu interferon beta duce la un risc crescut de limfopenie. Tratamentul concomitent nu este recomandat. La administrarea cladribinei înainte sau concomitent cu alte substanțe care afectează profilul hematologic (de exemplu, carbamazepină) se recomandă monitorizarea atentă a parametrilor hematologici. Tratamentul cu MAVENCLAD nu trebuie inițiat în interval de 4 până la 6 săptămâni după vaccinare cu vaccinuri cu virusuri vii sau cu vaccinuri cu virusuri vii atenuate, din cauza riscului de infecție cu virus activ. Se recomandă evitarea administrării concomente a inhibitorilor puternici ai EN1, CNT3 și BCRP în timpul tratamentului cu cladribină cu durata de 4 până la 5 zile. Trebuie avută în vedere o posibilă diminuare a expunerii la cladribină în cazul administrării concomente de inducitori puternici ai transportorilor BCRP (de exemplu rifamicină, sunătoare). Fertilitatea, sarcina și alăptarea: Măsurii contraceptive la bărbați și femei: Înainte de inițierea tratamentului, atât în anul 1, cât și în anul 2, femeile alifate la vârstă fertilă și bărbații care pot concepe un copil trebuie conștienți cu privire la posibilitatea unui risc sever pentru fat și la necesitatea utilizării unor măsuri contraceptive eficiente. Sarcină: MAVENCLAD este contraindicat la femeile gravide. Alăptare: alăptarea este contraindicată în timpul tratamentului cu MAVENCLAD și o perioadă de 1 săptămână după ultima doză. Fertilitatea: Pacienții de sex masculin trebuie să ia măsuri de precauție pentru a preveni apariția unei sarcini la parteneretele lor în timpul tratamentului cu cladribină și pentru o perioadă de cel puțin 5 luni după ultima doză. Reacții adverse: Reacțiile adverse raportate: foarte frecvente: limfopenie; frecvente: herpes oral, herpes zoster la nivelul unui dermatom; scădere a numărului de neutrofile; erupție cutanată; alopecie; foarte rare: tuberculoză. Tumori maligne: În studiile clinice și în cadrul urmăririi pe termen lung a pacienților tratați cu o doză cumulativă de 3,5 mg/kg de cladribină administrată pe cale orală, s-au observat mai frecvent evenimente asociate tumorilor maligne la pacienții tratați cu cladribină, comparativ cu pacienții cărora li s-a administrat placebo. Supradozaj: În mod special, se recomandă monitorizarea atentă a parametrilor hematologici la pacienții expuși unui supradozaj cu cladribină. Nu se cunoaște un antidot specific pentru supradozajul cu cladribină. Tratamentul constă în observarea atentă și inițierea măsurilor adecvate de susținere. Ambalaj: cutie cu 1, 4, 5, 6, 7 sau 8 comprimate. Este posibil ca nu toate mirile de ambalaj să fie comercializate. Păstrare: A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de umezime. Deținătorul autorizației de punere pe piață: Merck Europe B.V., Gustav Mahlerplein 102, 1082 MA Amsterdam, Olanda. Numărul autorizației de punere pe piață: EU/1/17/1212/001-006. Data primei autorizări: 22 August 2017. Data revizuirii textului: Ianuarie 2020.

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă PR. Acest material promotional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Înainte de a prescrie MAVENCLAD, vă rugăm să consultați RCP-ul medicamentului, în întregime. Data întocmirii materialului: Ianuarie 2021. RO-MAV-00029

EDIȚIA A XIV-A

14 - 17 IULIE 2021

EVENTIMENT VIRTUAL

Organizator:



Asociația Română de
Psihiatrie și Psihoterapie

Parteneri științifici:



Colegiul Psihologilor
din România



Universitatea de Medicină și Farmacie
„Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca



Academia de Științe Medicale
din România

CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE PSIHIATRIE

cu participare internațională

Sănătate mintală - Neuroștiințe - Societate
Perspective post-pandemice



www.congrespsihiatrie.ro



facebook.com/CongresPsihiatrie



instagram.com/congrespsihiatrie



Management Eveniment
RALCOM EXHIBITIONS SRL
T: +40 21 - 210 58 14 | +40 21 - 210 65 40
F: +40 21 - 212 27 02 | www.ralcom.ro

**DOVEDIT
CLINIC** ⁽¹⁻⁶⁾

Arlevert®

Sinergie pentru un echilibru perfect

cinarizină 20 mg și dimenhidrinat 40 mg



DENUMIREA COMERCIALĂ: ARLEVERT®

COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ: Un comprimat conține cinarizină 20 mg și dimenhidrinat 40 mg. **INDICAȚII TERAPEUTICE:** Vertij de diferite etiologii. **DOZE ȘI MOD DE ADMINISTRARE:** Doza zilnică recomandată este de câte un comprimat Arlevert de 3 ori pe zi, administrat după mese, fără a fi mestecat, cu o cantitate suficientă de lichid. La începutul tratamentului și în cazurile grave, doza poate fi crescută până la maximum 5 comprimate Arlevert pe zi. Administrarea Arlevert poate fi necesară o perioadă îndelungată. **CONTRAINDICAȚII:** Administrarea Arlevert este contraindicată în caz de: intoxicații acute, convulsii, suspiciunea existenței unor formațiuni intracraniene înlocuitoare de spațiu, glaucom cu unghi închis, adenom de prostată ce determină retenție urinară, consum de etanol, tratament cu antibiotice aminoglicozidice, prematuri sau nou-născuți, sarcină, alăptare. **ATENȚIONĂRI ȘI PRECAUȚII SPECIALE:** Administrarea Arlevert la pacienții cu boală Parkinson trebuie făcută cu precauție. **INTERACȚIUNI CU ALTE PRODUSE MEDICAMENTOASE, ALTE INTERACȚIUNI:** Arlevert nu trebuie administrat în asociere cu inhibitorii monoaminooxidazei. Reacțiile adverse anticolinergice sunt potențate de administrarea concomitentă a antidepresivelor triciclice și a parasimpatoliticilor. Medicamentele cu acțiune deprimantă asupra sistemului nervos central și etanolul pot potența efectele deprimante centrale ale Arlevert. Administrarea concomitentă a medicamentelor ce cresc tensiunea arterială sau a antihipertensivelor trebuie făcută cu precauție. Sunt necesare monitorizarea tensiunii arteriale și ajustarea dozei administrate. Efectul procarbazinei este potențat. Efectele glicocorticoizilor și heparinei pot fi diminuate. Arlevert diminuează tulburările de motilitate induse de fenotiazină (sindrom extrapiramidal). **REAȚII ADVERSE:** În timpul administrării Arlevert pot să apară, mai puțin frecvent, sedare, tulburări neurologice centrale, xerostomie, micțiune dificilă, tulburări vizuale, glaucom (glaucom cu unghi îngust) precum și reacții de hipersensibilitate (de exemplu reacții cutanate), rareori, tulburări gastro-intestinale, cefalee și transpirații și, foarte rar, lupus eritematos și lichen plan. În cazuri izolate pot să apară agranulocitoză și leucopenie reversibile. În cazuri rare pot să apară tulburări ale mișcărilor automate (ale sistemului extrapiramidal) precum tremor, creșterea tonusului muscular, hipokinezie; acestea apar mai ales la vârstnici, după administrarea unor doze mai mari, de exemplu peste 150 mg cinarizină pe zi (doza zilnică maximă recomandată de 5 comprimate Arlevert conține 100 mg cinarizină). În acest caz tratamentul trebuie întrerupt și medicul va decide dacă va fi reluat ulterior cu o doză redusă. La copii, mai ales în caz de supradozaj, pot să apară semne de excitație centrală. **RAPORTAREA REACȚIILOR ADVERSE SUSPECTATE** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. **DETINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIATĂ:** Hennig Arzneimittel GmbH & Co. KG Liebigstrasse 1-2, 65439 Flörsheim am Main, Germania NUMĂRUL APP: 11458/2019/01-02-03-04-05-06 **DATA AUTORIZĂRII SAU A ULTIMEI REAUTORIZĂRI:** Reautorizare, Februarie 2019 **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** Februarie 2019

Acesta este un medicament care se eliberează cu prescripție medicală P-RF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul sau contactați reprezentantul local al DAPP – EWOPHARMA AG ROMANIA cu datele de contact alăturate. Protecția datelor personale: Ewopharma AG Reprezentantă în România prelucrează datele de caracter personal furnizate de profesioniștii din domeniul sănătății pentru scopuri legate de promovare directă și menținerea contactelor, în baza unui interes legitim. În acest context, puteți accesa mai multe informații la adresa <https://www.ewopharma.ro/politica-de-confidentialitate/> sau vă puteți adresa la adresa gdpr@ewopharma.ro cu orice solicitare legată de protecția datelor.

1. Arne-Wulf Scholtz, Justus Ilgner, Benjamin Loader, Bernd W. Pritschow, Gerhard Weisshaar - Cinnarizine and dimenhydrinate in the treatment of vertigo in medical practice. Wien Klin Wochenschr (2016) 128:341-347; 2. A.W. Scholtz, A. Hahn, D. Medzhidievac, B.W. Pritschow, G. Weisshaar - Treatment of Peripheral-Vestibular Vertigo Associated with Meniere's Syndrome: Fixed Combination Product of Cinnarizine and Dimenhydrinate versus Betahistine. ENT Clinic, Medical University of Innsbruck, Innsbruck, Austria; bENT Clinic, Charles University, Prague, Czech Republic; cENT Clinic, Medical University of Sofia - St. Ivan Rilski Hospital, Bulgaria; Hennig Arzneimittel, Flörsheim, Germany. Kongress der DGN 21.-24. Sept. 2016, Abstracts IP435; 3. Ćirek Z, Schwarz M, Baumann W, Novotny M. - Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate versus betahistine in the treatment of otogenic vertigo – A double-blind, randomised clinical study. Clin Drug Invest 2005; 25: 1-11; 4. Keßler L, Bogner-Steinberg I, Baumann W, Skurczyński, W - Treatment of vestibular vertigo. Archives of Sensology and Neurology in Science and Practice volume 7, 2012; 5. Scholtz, A et al. - Efficacy and safety of a fixed combination of cinnarizine 20 mg and dimenhydrinate 40 mg vs betahistine dimesylate 12 mg in patients with acute vestibular vertigo. A randomized, double-blind, active-controlled, parallel-group, single-centre clinical study. Clin Drug Investig 2012; 32 (6): 387-399; 6. Schremmer D, Bogner-Steinberg I, Baumann W, Pytel J. Efficacy and tolerability of a fixed combination of cinnarizine and dimenhydrinate in treatment of vertigo – Analysis of data from five randomised, double-blind clinical studies. Clin Drug Invest 1999; 18 (5): 355-368

Revista profesioniștilor din sistemul sanitar!

Două decenii de la apariția primului anuar al spitalelor



ABONAMENT ANUAL LA REVISTA MEDICAL MARKET

Rugăm cei interesați să trimită o solicitare pe adresa: redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021.321.61.23 Vă mulțumim!



Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 01, et. 1, cam. 4
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443



„Metodele terapeutice sunt cu atât mai eficiente cu cât timpul scurs de la primele semne de debut ale accidentului vascular cerebral până la aplicarea metodei terapeutice este mai scurt”

Interviu realizat cu doamna Conf. Dr. Cristina Tiu

6

Terapia în Scleroza multipla. O perspectivă de viitor
Dr. Ana Maria Buga

8

„Cu ajutorul tehnologiei, s-au putut face evaluări și diagnosticări și ale cazurilor cu simptomatologie nou apărută, datorate mai ales pandemiei Covid-19”

Interviu realizat cu doamna Prof. Univ. Dr. Doina Cozman

10

Particularități ale demenței în timpul pandemiei cu COVID-19
Prof. Univ. Dr. Cătălina Tudose

12

Pandemia Covid-19 - predictor al agravării simptomatologiei emoționale și comportamentale la copiii și adolescenții cu condiții de sănătate mintală preexistente
Prof. Univ. Dr. Laura Nussbaum
Asist. Univ. Dr. Adriana Cojocaru

18

Eficacitatea extractului standardizat de Ginkgo biloba (EGb761®) la pacienții cu declin cognitiv ușor (MCI)
Dr. Dragos Catalin Jianu

22

Disfuncția cognitivă la pacienții cu diabet zaharat
Dr. Viviana Elian

26

Primul Holter Doppler transcranian

Monitorizare de lungă durată pentru detectarea emboliei cu o sondă robotizată și un înregistrator / recorder portabil.

Producător: *Atys Medical, Franța*

TCDx, UN SISTEM UNIC ȘI INOVATIV

- Fixarea sondei este ușoară și confortabilă.
 - Sonda este robotizată și cu auto-reglare.
 - Recorderul TCDx este mic, ușor și funcționează pe bază de baterie cu un timp de înregistrare mai mare de 5 ore.
 - Pacientul nu mai este atașat de un TCD. Acesta își poate desfășura activitățile zilnice și chiar să practice sport.
 - Post-procesarea semnalului TCD pentru detectarea emboliei este automată și rapidă.
- Fiecare eveniment embolic este etichetat, iar operatorul are acces atât la semnătura spectrală cât și la caracteristicile acustice.

FUNCȚII AUTOMATE PENTRU O MAI BUNĂ EFICIENȚĂ

- La montarea sondei pe capul pacientului, TCDx este conectat la computerul echipat cu software-ul pentru Doppler.
- Sonda robotizată este plasată pe fereastra acustică.
- Semnalul Doppler este optimizat prin modulul software de auto-căutare și stocat pe un card de memorie.
- Sistem de calitate: certificare ISO 13485



Looki

Doppler Transcranian digital pentru detectarea emboliei cu program avansat de diagnosticare și modul de monitorizare.

- DISPLAY MOD M - include reducerea timpului necesar pentru localizarea ferestrei transcraniene. Permite de asemenea o identificare mai ușoară a vaselor de sânge și reduce timpul de pregătire.
- DESIGN UNIC PENTRU O MOBILITATE MAI MARE ȘI O SUPRAFAȚĂ OCUPATĂ REDUSĂ.
- FUNCȚIONARE UȘOARĂ
- RAPORT COLOR COMPLET
- PROTOCOALE DE EXAMINARE ȘI CONFIGURARI DE MONITORIZARE DISPONIBILE
- MODUL DE MONITORIZARE AVANSAT - Sesiunile de monitorizare pot fi înregistrate sau salvate.
- DETECTAREA EMBOLIEI folosește tehnologia multi-gate pentru o diferențiere optimizată a emboliei și artefactelor.
- TESTE FUNCȚIONALE
- PULS: Doppler-ul Atys este un doppler transcranian unic pe piață. Acesta poate fi echipat cu un monitor de puls non-invaziv, caracteristică extrem de folositoare în Urgențe sau la Sala de operații. Permite medicului să verifice pacientul global hemodinamic cu un singur aparat, adică foarte repede.

Looki este disponibil în diferite configurații pentru nevoi specifice:
LOOKI TCD: Doppler transcranian unilateral cu modul de diagnosticare
LOOKI 1TC: Doppler transcranian unilateral cu modul de diagnosticare și monitorizare
LOOKI 2TC: Doppler transcranian bilateral cu modul de diagnosticare și monitorizare
 Producător: *Atys Medical, Franța*

WAKI[®] Doppler transcranian portabil din clasa premium care oferă software avansat atât pentru diagnostic cât și pentru aplicații de monitorizare.

WAKI[®] este disponibil în diferite configurații:

WAKI[®] TCD: Doppler transcranian unilateral cu modul de diagnosticare

WAKI[®] 1TC: Doppler transcranian unilateral cu module de diagnostic și de monitorizare

WAKI[®] 2TC: Doppler transcranian bilateral cu module de diagnostic și de monitorizare

- Afișaj M-mode reduce timpul necesar pentru a localiza fereastra transcraniană. De asemenea, permite o identificare mai ușoară a vaselor de sânge și a redus timpul de instruire.
- PORTABIL ȘI ROBUST
- AFIȘAJ CLAR
- UȘOR DE UTILIZAT
- RAPORT CULOARE CARACTERISTICĂ COMPLET
- MODUL DE MONITORIZARE AVANSATĂ
- DETECTARE EMBOLIEI
- TESTE FUNCȚIONALE
- DEBITUL CARDIAC



WAKI[®] Doppler transcranian

este unic pe piață: poate fi echipat cu un monitor cardiac non-invaziv. Această caracteristică este extrem de utilă în terapie intensivă și OR.

„Metodele terapeutice sunt cu atât mai eficiente cu cât timpul scurs de la primele semne de debut ale accidentului vascular cerebral până la aplicarea metodei terapeutice este mai scurt”

Interviu realizat cu doamna Conf. Dr. Cristina Tiu, Șef Clinică Neurologie din cadrul Spitalului Universitar de Urgență București, Președinte al Societății Române de Neurologie.



Congresul din acest an cuprinde multe subiecte noi și de interes pentru tinerii medici neurologi și nu numai. Vă rog să ne spuneți în câteva cuvinte despre principalele tematici abordate în cadrul Congresului.

Congresul Național al Societății de Neurologie din acest an are loc în perioada 16-19 noiembrie având două teme pe care le considerăm foarte importante: terapiile asistate de dispozitive și neuroinfecțiile.

Noțiunea de terapie asistată de dispozitive a apărut ca urmare a marilor progrese realizate în ceea ce privește terapia bolilor neurologice. Aș începe cu bolile cerebro-vasculare. În acest domeniu avem procedura de trombotemie în acut, adică extragerea trombilor din artere cu ajutorul unor dispozitive. De asemenea avem procedura de angioplastie cu implantare d stent, care previne recurența accidentelor vasculare prin introducerea de stenturi pe arterele cervico-cerebrale. Tot în cadrul afecțiunilor cerebro-vasculare, în cazul anevrismelor, acestea pot fi embolizate pe cale endo-vasculară prin introducerea unor spire în anevrism. Un alt domeniu este cel al epilepsiei,

la ora actuală se practică chirurgia focarului epileptogen prin tehnici foarte sofisticate de identificare și cartografiere a focarului epileptogen prin implantarea unor electrozi, după care se poate face intervenția neurochirurgicală, sub controlul encefalografic, astfel încât să poată fi rezolvate epilepsiile rezistente la tratament. Boala Parkinson și alte tipuri de tulburări de mișcare pot beneficia de implantarea unor stimulatoare cerebrale care prin influențarea transmiterii sinaptice la nivelul ganglionilor bazali pot ameliora hipokinezia sau tremorul.

Cea de-a doua temă principală este privitoare la neuroinfecții. Am ales această temă din două motive: unul este pandemia cu SARS-CoV-2, pe care încă o traversăm. Mulți dintre pacienți au avut complicații neurologice datorate infecției cu SARS-Cov-2, fie legate de creșterea riscului de tromboze, având drept consecință apariția d accidente vasculare cerebrale, fie prin tropism direct asupra sistemului nervos central sau periferic, având drept rezultat encefalite sau poliradiculonevrite.

În afară de pandemie, din cauza faptului că spitalele de boli infecțioase au fost dedicate aproape în exclusivitate doar pacienților cu Covid-19, ne-am

confruntat cu un număr crescut de cazuri de meningo-encefalite sau alte boli bacteriene sau virale, pe care în mod obișnuit nu le tratăm noi. Adesea ne confruntăm cu asemenea cazuri când, de exemplu avem pacienți cu encefalită care se prezintă la camera de gardă cu o criză epileptică, cu cefalee, cu un deficit motor focal, dar odată diagnosticat, noi transferăm acești pacienți. În situația pandemiei, acești pacienți au fost tratați în secții de neurologie. Pe lângă foarte mulți pacienți cu encefalite pe care i-am tratat, am tratat și pacienți cu tetanos, precum și o serie de alte patologii infecțioase.

Vă rog să ne spuneți ce evoluție a avut în timpul perioadei de pandemie numărul de pacienți cu probleme neurologice, care s-au prezentat la secția de primiri-urgente a spitalului?

Anul acesta au fost câteva elemente diferite. Ar trebui să facem o distincție între prima parte a pandemiei, în care a fost decretată starea de urgență, din martie până aproximativ în iunie, când a fost o adresabilitate foarte scăzută, față de lunile ulterioare, când adresabilitatea a crescut foarte mult. În prima

parte aveam practic doar urgențe majore, pacienți în stare foarte gravă, dar mai puțini. Au fost foarte multe accidente vasculare cerebrale care nu s-au prezentat la spital, au preferat să stea acasă de frica Covid-19.

Eu sunt coordonatorul național al Acțiunii Prioritare pentru tratamentul intervențional al pacienților cu accident vascular cerebral acut. Toate datele legate de numărul de accidente vasculare cerebrale, numărul de tromboliză și trombectomii sunt înregistrate în fiecare trimestru. Comparând datele din 2020 cu cele din 2019, am constatat o reducere cu 25% a numărului de accidente vasculare spitalizate. Acest lucru se datorează pandemiei cu Covid-19, pentru că incidența AVC nu a scăzut. Prolungirea unui acces limitat al pacienților la spital sau la medic a dus la o degradare destul de importantă a stării de sănătate a populației. În partea a doua a intervalului ne-am confruntat cu o afluență mare de pacienți la camera de gardă (vorbesc aici în special despre spitalul în care îmi desfășor activitatea) determinată pe de o parte de menținerea unui număr important de spitale strict pentru pacienții depistați pozitivi la infecția cu SARS-Cov-2 și pe de altă parte crearea în alte unități sanitare (cum a fost și cazul spitalului nostru) de circuite care au permis internarea atât a pacienților pozitivi cât și negativi.

Ce s-a întâmplat cu pacienții cu scleroză multiplă în această perioadă de pandemie?

În cazul pacienților cu scleroză multiplă situația nu este la fel. În acest caz este o distribuție de medicație în farmacii cu circuit închis, iar pacienții se prezintă din 3 în 3 luni la spital. În prima etapă a pandemiei noi am venit în întâmpinarea lor pentru că un bolnav cu o boală autoimună se expune mai mult fiind nevoit să se deplaseze. Am creat anumite proceduri și facilități, încât au putut să se prezinte membri ai familiei pentru ridicarea medicației, am oferit consultații online. După această fază, am creat un circuit epidemiologic separat, am mutat activitatea aceasta în ambulatoriu, am făcut programări pe zile, pe ore astfel încât să nu se creeze aglomerație.

Se cunoaște faptul că pacienții cu accident vascular cerebral (AVC) necesită un management medical multidisciplinar. Care este situația protocolului de comunicare între specialitățile care sunt implicate în managementul pacientului cu AVC, pe care l-ați elaborat?

Acest protocol pentru tratamentul intervențional al pacienților cu accident vascular cerebral acut a fost publicat în 11 ianuarie 2019 și este conținut în Ordinul ministrului sănătății nr. 17/2019.

După publicare, s-au efectuat instructaje, la ora actuală toate centrele care sunt în Acțiunea Prioritară utilizează protocolul.

În cadrul Acțiunii Prioritare pentru AVC-uri aveți pregătit înainte de începerea pandemiei, un parteneriat între Ministerul Sănătății și serviciile de ambulanță. Care este stadiul acestui proiect?

A fost aprobată o procedură operațională pilot privind prenotificarea în cazul pacienților cu accident vascular cerebral acut. Procedura a fost aprobată prin Ordin al ministrului Sănătății și publicat în 29 octombrie 2020, care este ziua mondială pentru lupta împotriva a AVC-ului și se va implementa la nivelul unităților sanitare din București care deținează AP-AVCac.

Practic, acest ordin preia o parte din protocolul pre-spital despre care am vorbit. Pentru București, unde există 7 spitale care pot să acorde acest tratament, protocolul pune la punct etapele în care personalul serviciilor de ambulanță identifică corect accidentul vascular cerebral și din momentul în care ei constată că pacientul este eligibil pentru tratamentul trombolitic prenotifică spitalul. Practic, personalul medical de ambulanță sună la spitalul la care intenționează să ducă pacientul și îi anunță că vine un posibil caz de tromboliză/trombectomie. Scopul acestei acțiuni este scurtarea timpului de intervenție în spital. Metodele terapeutice sunt cu atât mai eficiente cu cât timpul scurs de la primele semne de debut ale accidentului vascular cerebral până la aplicarea me-

toadei terapeutice este mai scurt. Dacă se depășesc 4,5 ore pentru tromboliză sau 6 ore pentru procedurile endo-vasculare (trombectomie), acestea nu mai pot fi aplicate, în marea majoritate a situațiilor. Există unele excepții dar acestea necesită o dotare tehnologică mai specială.

În momentul în care pacientul vine la o cameră de gardă, un centru de primiri urgențe, aglomerat, cum e cel din Spitalul Universitar, există riscul ca nefiind identificat la timp ca un pacient eligibil pentru una din aceste metode să iasă din ferestra terapeutică. Demersul nostru este legat de faptul că în momentul în care se pre-notifică o tromboliză, neurologul preia imediat pacientul. Un astfel de pacient necesită o tomografie și alte investigații pentru confirmarea diagnosticului.

Dupa al 3-lea val de pandemie, am realizat împreună cu doamna doctor Alice Grasu un instructaj în care am cuprins 400 de angajați ai serviciului de ambulanță București-Ilfov legat de acest protocol, de accidentul vascular și au început să apară primele prenotificări.

Noi monitorizăm din 2014 trombolizele – avem Registrul Național de Trombolize. Fiecare pacient trombolizat e monitorizat cu toți timpii. Este un indicator care se numește „door to needle” în engleză, adică intervalul de timp din momentul în care pacientul a intrat pe ușa spitalului până la momentul aplicării tratamentului. Acest parametru este foarte strict monitorizat, cu toți timpii intermediari ca să determinăm unde se depășesc intervalele recomandate (analize, CT etc). Pentru România, „door to needle” pentru toate centrele de AVC este de aproximativ 53 de minute, suntem sub 1 oră în medie. Avem centre care au deja „door to needle” de aprox. 30 minute. Este foarte bine căci am pornit de la 70 de minute.

Care este situația unităților medicale din țară, care pot efectua tromboliza intravenoasă, o intervenție salvatoare de viață?

În februarie 2019 a fost dat un ordin de extindere a acțiunii prioritare. Anterior existau doar 14 centre. La momentul actual sunt 44 de centre dintre care 2 nu sunt active.

Mulțumim pentru timpul acordat, vă dorim succes în continuare.

Terapia în Scleroza multiplă. O perspectivă de viitor

Scleroza multiplă este o una dintre afecțiunile neurologice ce afectează cu precădere adultul tânăr. Astăzi sunt raportate 1 milion de cazuri în Uniunea Europeană și aproximativ 3 milioane de cazuri în întreaga lume. Este o afecțiune cronică cu „multiple fațete” ce are o evoluție imprevedibilă și afectează diferite funcții ale sistemului nervos central de manieră multifocală. Datorită heterogenității bolii este necesară o abordare complexă, multimodală și o strategie flexibilă de monitorizare.



Conferențiar universitar
dr Ana Maria Buga

UMF Craiova
Medic specialist neurologie

Pacienții afectați de această boală necesită un suport permanent și o terapie personalizată care să fie continuu adaptată nevoilor specifice fiecărui pacient în parte. În contextul actualei pandemii COVID-19, accesul la servicii medicale de calitate și infrastructura de suport în ceea ce privește reabilitarea medicală, suportul psihologic și reintegrarea socială a acestor pacienți cu boli cronice a trecut pe plan secundar, cu un impact semnificativ asupra calității vieții acestor pacienți. În această perioadă dificilă o parte din nevoile pacienților cu boli cronice au fost preluate de asociațiile de pacienți care au încercat, prin intermediul platformelor on-line să asigure un real suport în consilierea persoanelor afectate de lipsa de acces la serviciile medicale, precum și lipsa de suport psihologic în ceea ce privește gestionarea stărilor de depresie și anxietate generate de imprevedibilitatea consecințelor asupra evoluției stării de sănătate.

În perioada post pandemie este de o crucială importanță reevaluarea întregului sistem de sănătate publică și analiza pragmatică a capacității acestui sistem de a răspunde nevoilor pacienților cu boli cronice printr-o abordare holistică. Scleroza multiplă este o afecțiune a cărei evoluție poate fi întârziată prin diagnostic și terapie în stadii precoce și o monitorizare multimodală permanentă. Pentru acești pacienți lipsa uneia dintre componentele programului de terapie poate avea consecințe negative semnificative asupra întregii strategii terapeutice.

Pe termen mediu și lung lipsa implemen-

tării unor strategii menite să asigure continuitatea serviciilor medicale specializate pentru pacienți cu boli cronice în timpul unor situații de urgență, are un impact semnificativ negativ asupra calității vieții acestor pacienți și a sistemului asigurărilor de sănătate. În era tehnologiei, pandemia COVID-19 va schimba profilul pacientului care va accesa din ce în ce mai mult resurse de comunicare electronice (teleHealth) pentru a beneficia de un acces facil la informații legate de terapii de ultimă generație, support psihologic și automanagement în ceea ce privește îngrijirea medicală.

Telemedicina este una din prioritățile viitorului în ceea ce privește asistența medicală pe termen lung necesară în bolile cronice. Prin intermediul acestui sistem pacienții au acces la servicii de îngrijire medicală într-o echipă multidisciplinară care să asigure o abordare holistică a acestor patologii din confortul casei pacientului, fără să fie nevoie de deplasări multiple în locuri diferite pentru astfel de intervenții. Scleroza multiplă debutează la 20-40 de ani, afectând astfel populația activă care este nevoită să gestioneze această boală în deceniile următoare. Accesul la telemedicină este o punte importantă între pacient și serviciile medicale care înlătură bariera geografică, mai ales pentru pacienții din medii defavorizate care datorită distanței nu pot avea un acces facil la serviciile de sănătate. Astfel de sisteme de e management electronic al pacientului cu scleroză multiplă funcționează cu succes în diferite regiuni ale Uniunii Europene.

O astfel de platformă este Multiple Sclerosis Documentation System (MSDS3D) disponibilă în Germania, care permite evaluarea pacienților de la distanță folosind diverse instrumente (ex. touch screen). Diferite alte platforme sunt disponibile în alte țări precum: MS PATHS în UK sau MSmonitor în Olanda.

Deși în ultima decadă este unanim acceptat faptul că evaluarea sclerozei multiple

bazată pe frecvența recăderilor, progresia dizabilității și imagistica RMN este incompletă și insuficientă pentru evaluarea pacienților cu răspuns terapeutic suboptimal. Un instrument util în managementul sclerozei multiple este evaluarea calității vieții în strânsă legătură cu starea de sănătate. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește calitatea vieții prin prisma percepției vieții în strânsă legătură cu contextul cultural și sistemul de valori, obiective și așteptări. Acest aspect face greu de implementat și integrat un instrument de evaluare universal valabil în întreaga lume, fiecare țară având nevoie de un instrument valid în funcție de contextul cultural specific.

În ciuda numeroaselor instrumente de analiză a calității vieții valide în diferite țări, România nu are încă un instrument valid de analiză complexă a calității vieții pacienților cu scleroză multiplă. Acest lucru face imposibil de evaluat în mod complex și corect toate aspectele legate de evoluția acestei patologii și de impactul real asupra calității vieții, cunoscut fiind faptul că adesea există o divergență între percepția medicului curant și cea a pacientului. Astfel, noul context post pandemie va impune schimbări importante în ceea ce privește accesul la sisteme de telemedicină și va schimba focusul dinspre percepția medicului față de boala pacientului spre percepția pacientului referitoare la calitatea vieții în contextul patologiei cronice.

Referințe

- Eisele J, Kern R, Suhrbier A, Großmann L, Schultheiss T, Ziemssen T. Multiple Sclerosis Documentation System MSDS3D - Innovative Management of Patients with Multiple Sclerosis. *Neurology* 2014, 82 (10 Supplement) 18-1.003;
- Ysrraelit MC, Fiol MP, Gaitán MI, Correale J. Quality of Life Assessment in Multiple Sclerosis: Different Perception between Patients and Neurologists. *Front Neurol*. 2018 11;8:729. doi: 10.3389/fneur.2017.00729. PMID: 29375468; PMCID: PMC5769192.
- Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven; (1996). p. 11-24
- Lysandropoulos AP, Havrdova E. 'Hidden' factors influencing quality of life in patients with multiple sclerosis. *ParadigMS Group. Eur J Neurol*. 2015 t; 22 Suppl 2():28-33.
- Schleimer, E.; Pearce, J.; Barnecut, A.; Rowles, W.; Lizee, A.; Klein, A.; Block, V.J.; Santaniello, A.; Renschen, A.; Gomez, R.; et al. A precision medicine tool for patients with multiple sclerosis, (the open MS BioScreen): Human-centered design and development. *J. Med. Internet Res*. 2020, 22, e15605.
- Schol M, Haase R, Schriefer D, Voigt I, Ziemssen T. Electronic Health Interventions in the Case of Multiple Sclerosis: From Theory to Practice. *Brain Sciences*. 2021; 11(2):180. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020180>

S-A LANSAT PLATFORMA DEDICATĂ 100% MEDICILOR:

ACADEMIA PORTALMED

Academia PortalMed e o platformă digitală creată special pentru medicii din România. Cu o interfață prietenoasă și funcții versatile, platforma este foarte ușor de folosit, iar membrii beneficiază de un program de loialitate creat special pentru medici.

Pe Academia PortalMed:

- se poate interacționa cu întreaga comunitate, dar și prin mesaje private, ca pe orice platformă de social media, dar numai pentru medici
- se pot crea grupuri, cu acces general sau privat, pe specialitate sau locație
- există un flux de știri relevante, validate de comunitatea științifică medicală
- este disponibilă o bibliotecă de articole de specialitate și se pot publica articole
- comunicare video, în timp real, direct din platformă
- acces la conferințe, sesiuni de informare, simpozioane medicale
- membrii beneficiază de un program de loialitate exclusiv, prin care punctele profilului se pot transforma în obiecte de utilitate medicală

Cu ocazia lansării oficiale, platforma a găzduit Simpozionul Național "Imunitatea pacientului în contextul medical actual". Prof. Univ. Dr. Victoria ARAMĂ, și Dr. Rodica TĂNĂSESCU au susținut prezentări științifice și pot fi vizionate pe platformă, sub eticheta Evenimente.

Înscrierea și accesul în platformă, la un click distanță: academie.portalmed.ro
Pe platforma Academia PortalMed se pot înscrie exclusiv medici. Academia PortalMed oferă sprijinul și suportul digital necesare dezvoltării comunității medicale din România.



proiect
susținut de



&

WALMARK®
STADA GROUP



„Cu ajutorul tehnologiei, s-au putut face evaluări și diagnosticări și ale cazurilor cu simptomatologie nou apărută, datorate mai ales pandemiei Covid-19”

Interviu realizat cu doamna Prof. Univ. Dr. Doina Cozman Președinte al Asociației Române de Psihiatrie și Psihoterapie, Președinte v-CNP 2020 și Președinte al Alianței Române de Prevenție a Suicidului

Stimată doamnă profesor, în acest an, al doilea în care Conferința Națională de Psihiatrie se desfășoară în format virtual, tematica este foarte generoasă “Sănătate Mintală - Neuroștiințe - Societate. Perspective postpandemice”. Ce ne puteți spune despre noutățile care vor fi prezentate?

Inventarul prezentărilor conferinței este generos. Astfel avem incluse în program 4 cursuri, 4 conferințe plenare, 12 conferințe tematice, 18 simpozioane, 10 simpozioane ale companiilor farmaceutice, 4 sesiuni de comunicări orale și 2 sesiuni de e-postere. Tradiția includerii dezbaterilor pe probleme de practică clinică psihiatrică se menține în cadrul celor 3 Forumuri ARPP, și de asemenea se mențin și studiourile matinale cu VIP-uri din lumea medicală și artistică.

Printre subiectele deosebit de importante și interesante care se vor dezbate, va fi și Conferința - “COH-FIT- cel mai mare studiu mondial privind efectele psihoe emoționale în pandemia COVID-19” - Vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre acest studiu.

Studiul COH-FIT-este un studiu internațional desfășurat în 40 de țări, care prin 200 de investigatori evaluează starea psihoe emoțională a populației generale din respectivele țări. Poate fi accesat liber pe site-ul: www.coh-fit.com. Studiul este condus de 2 prestigioși psihiatrii, anume de Profesorul Christoph Corell (SUA) și Profesorul Marco Solmi (Italia). În România stadiul este coordonat de Dr. Ovidiu Alexinschi. În România, conform prelucrării a mai mult de 2200 chestionare, cele mai mari valori s-au



obținut la stres (40% din respondenți) și singurătate (29% din respondenți). Se constată, mai ales la femei creșterea timpului petrecut în mediul online (70% din respondenți). Până la încheierea lui (adică a pandemiei) studiul va aduce foarte multe date obiective despre starea mintală și emoțională a populației din țările investigate.

La conferința din acest an se va aborda subiectul telepsihiatriei, foarte utilizată în timpul pandemiei. Cum s-au familiarizat medicii psihiatri cu acest tip de consultații?

Imediat după emiterea Ordonanței de Guvern din 31 martie 2020 medicii psihiatrii din ambulatoriile de specialitate psihiatrică au adoptat cu entuziasm acest mod de dispensarizare activă a cazurilor deja diagnosticate. În plus, cu ajutorul tehnologiei, s-au putut face evaluări și diagnosticări și ale cazurilor cu simptomatologie nou apărută, datorate mai ales pandemiei Covid-19.

După un an de pandemie, ce ne puteți spune despre numărul de pacienți cu afecțiuni psihiatrice

România, considerați că există o creștere a numărului acestora?


Nu pot să răspund la această întrebare cu date exacte. Ceea ce s-a comunicat se referă doar la indicatorii de spitalizare (DRG), dintre care cei mai importanți sunt reprezentați de: numărul de internări și durata spitalizării. Din datele raportate în anul 2020 s-a observat că a scăzut numărul de internări în toate tipurile de secții de psihiatrie (acuți, cronici, psihiatrie pediatrică), în timp ce a crescut semnificativ numărul zilelor de internare, ceea ce atestă severitatea cazurilor care au ajuns la internare în timpul pandemiei din 2020.

Ceea ce încă nu putem aprecia, este rata de morbiditate prin tulburări psihice care încă nu a fost comunicată de INS sau INSP.

Există un model sau un ghid de bune practici care să ofere medicului psihiatru cele mai bune soluții pentru pacienții care suferă de stări de anxietate datorate situației pandemiei mondiale, având în vedere că această situație la care trebuie să se adapteze și medicul și pacientul nu a mai fost întâlnită până în 2020?

În România, psihiatrii apelează la ghidurile internaționale: APA (American Psychological Association), NICE (Guide to the National Institute of Clinical Excellence), CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments), MAUDSLEY (Ghid de terapie psihiatrică - Spitalul Maudsley) etc, în lipsa unor ghiduri ale specialității noastre aprobate de Ministerul Sănătății.

Mulțumim pentru timpul acordat și vă dorim succes în continuare.

OMNi
BiOTiC[®]
MIGRA 

 **VEDRA**
INTERNATIONAL

**SPUNE STOP
MIGRENELOR CU
OMNI-BIOTIC MIGRA!**



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

Reprezentant autorizat: **SC VEDRA INTERNATIONAL REPREZENTANTA**
Strada Doctor Ion Ghiulamila nr 19, sector 5 Bucuresti, Romania
vedrainternational.eu


Institut
AllergoSan

Particularități ale demenței în timpul pandemiei cu COVID-19

În această lucrare vor fi analizate particularitățile evolutive ale tulburărilor psihiatrice în general, și a demenței Alzheimer în mod special, în timpul pandemiei cu COVID-19. Astfel, au fost analizate date statistice furnizate de către Raportul național al stării de sănătate privind starea de sănătate a populației din punct de vedere al sănătății mintale, datele cele mai recente fiind din anul 2017.



Prof. Univ. dr.
Cătălina Tudose

Președintele Societății
Române Alzheimer

Încă din acel moment se observa o tendință de creștere a incidenței tulburărilor psihice și de comportament, raportările fiind făcute de la nivelul cabinetelor medicilor de familie. În perioada 2007-2016 se constată o creștere de la 1005,5/000 locuitori în 2007 la 1181,6/000 locuitori în 2016, cu un vârf în 2011 de 1494,2/000 locuitori și în 2012 de 1495,6/000 de locuitori. Din 2013, valorile ratei oscilează puțin de la un an la altul. Astfel la nivel național sunt zone în care incidența este mai ridicată, peste medie, ca de ex. județele Tulcea, Harghita, Covasna, Mureș, Alba, Hunedoara, Vrancea, Mehedinți, centrul și vestul țării înregistrând valori mai ridicate ale incidenței bolilor psihice. Dacă ținem cont de mediul de proveniență, în mediul urban incidența este mai crescută, respectiv 1229/000 față de 1126,5/000, în rândul femeilor, incidența bolilor psihice și inclusiv boala Alzheimer, fiind mai ridicată.

Referitor la prevalență, cifrele arată că între anii 2007 și 2016, aceasta aproape s-a dublat, valorile crescând de la 1143,4/000, la 2272,6/000 de locuitori. Din punct de vedere al prevalenței, județele cu un număr mai ridicat de cazuri sunt: Argeș, Vâlcea, Timiș, Hunedoara, Buzău. Aceste informații ar trebui să conducă la dezvoltarea de

servicii de specialitate cu precădere în aceste zone.

Cu privire la populația generală, din analizele și studiile efectuate în această perioadă, rezultă că s-a înregistrat o frecvență mult mai mare a simptomelor de tip depresiv, anxios, dar și modificări comportamentale de genul cumpărăturilor iraționale, viziunea excesivă a programelor TV, expunere crescută pe rețelele de socializare. Regimul de lock-down și carantina au contribuit de asemenea la apariția tulburărilor dispoziționale, în special iritabilitatea, labilitatea emoțională, disforia și creșterea comportamentelor la risc, cum sunt jocurile de noroc online, consumul ridicat de băuturi alcoolice (acesta fiind dovedit și de creșterea importanță a vânzărilor în foarte multe țări), toate aceste comportamente la risc ducând la rândul lor la o creștere a riscului de abuz fizic și sexual. Iar în contextul limitării accesului la serviciile medicale de sănătate mintală, oricum, intervențiile terapeutice în condițiile de mai sus au fost reduse. Studiile care s-au efectuat, de exemplu, în China, constând în chestionare aplicate online în perioada ianuarie-februarie 2020, au dovedit o prevalență a simptomatologiei anxioase de intensitate moderată până la severă la 29% dintre persoanele evaluate și o prevalență a depresiei moderate până la severe la 19% dintre persoanele evaluate, concluziile fiind acelea că în această perioadă riscul de dezvoltare a unei tulburări anxioase sau depresive este crescut, iar acest risc este mult mai ridicat la persoanele vârstnice, la persoanele cu o imunitate scăzută, la cei ce suferă de boli cronice și

cei ce trăiesc în comunități confruntate cu situații speciale, precum conflictele armate sau crizele umanitare.

Un studiu efectuat în Statele Unite ale Americii de către mental Health America, a arătat faptul că în perioada 15 februarie - 31 mai 2020, au fost completate cu 88.405 mai multe chestionare de screening cu rezultat pozitiv pentru depresie (54.093) și anxietate (34.312) comparativ cu perioada noiembrie 2019-ianuarie 2020. La tineri, aceste efecte asupra sănătății mintale sunt mai accentuate, cu o 1 persoană cu depresie din 10 respectiv 2 persoane cu anxietate din 10.

O altă categorie de persoane, aflate la risc pentru a dezvolta o tulburare psihiatrică de tip dispozițional sau comportamental, este reprezentată de cei ce au trecut prin infecția COVID-19. Desigur, cu cât simptomatologia infecțioasă a fost mai intensă, cu atât consecințele referitoare la sănătatea mintală au fost proporționale, mai semnificative. Pentru persoanele infectate cu virusul SARS-CoV-2, lipsa de contact cu familiile și/sau cu cei dragi în timpul perioadei de carantină a produs instabilitate emoțională. Au fost raportate rate ridicate ale simptomelor de tip tulburare de stres posttraumatic la persoanele externate din spital, acolo unde în condiții de izolare specială, deși nu prezentau complicații severe ale bolii, însăși faptul că nu puteau vedea fața medicului sau ale celorlalte cadre medicale care îi trata, a oamenilor care erau în jurul lor, a dus la soluția ca personalul medical să-și afișeze o fotografie portret precum și numele vizibil, astfel încât, cel pe care îl trata

să aibă un reper, lucru foarte important din punct de vedere psiho-emoțional. În urma sindromului respirator acut au debutat tulburări anxioase, în special atacuri de panică, dar și depresii și tulburări de stres post-traumatic. Pentru cei internați la ATI, care au avut o simptomatologie gravă, sau au fost intubați pentru o durată lungă, au fost raportate tulburări cognitive, neurologice dar per global, cel mai frecvent, sindromul de depresie și stres post-traumatic.

Conform unor studii publicate în SUA și China în anul 2020, 25% dintre pacienții infectați cu SARS-CoV-2 au avut manifestări ale sistemului nervos central, principalele fiind: amețeli, cefalee, tulburări de conștientă. Pacienții spitalizați cu sindrom de detresă respiratorie acută din cauza COVID-19 au prezentat: agitație (69%), confuzie (65%), semne ale afectării tractului corticospinal (67%). În mare parte toate aceste simptome sunt reversibile în timp. Pe de altă parte, trebuie să ținem cont de o serie de factori psiho-sociali, referitori la starea emoțională și consecințele psihologice ce pot apărea. În primul rând sunt frecvența și gradul de expunere la boală, teama de a nu îi infecta pe ceilalți membri ai familiei. A fost o perioadă lungă în care nu a existat un acces la testare și la asistență medicală generală. Distanțarea fizică, izolarea, singurătatea, toate acestea au avut un impact semnificativ asupra sănătății mintale. De asemenea au contat și mesajele și directivele, de multe ori neconforme cu privire la măsurile de sănătate publică – oamenii nu înțelegeau exact despre ce este vorba. Creșterea volumului de muncă, trecerea la sistemul online, modificări în stilul de muncă, greutățile economice și nesiguranța financiară ale acestei perioade, lipsa resurselor disponibile și a echipamentelor de protecție, sau a altor resurse, alimente, medicamente, toate acestea au dus la creșterea stresului zilnic și la nesiguranță. Diminuarea libertăților personale, au fost suportate greu de unele persoane, și nu în ultimul rând informații permanente și neclare despre pandemie din partea mass-mediei care au indus o stare de profundă incertitudine. În concluzie, aproximativ 20 până la 40% dintre pacienții care au fost infectați cu COVID-19, au avut simptome neuro-psihice asociate mai ales stărilor

confuzionale, deci stărilor de delirium. Vorbim despre persoane cu forme mai grave de boală, care au necesitat spitalizare, acestea prezentând frecvent insomnie, tulburări prosexice, anxietate, tulburări mnezice, stări confuzionale.

O altă categorie la care e bine să ne gândim când ne referim la factori de risc pentru tulburări psihice, este reprezentată de personalul care a îngrijit acești pacienți și în rândul cărora, conform unor studii colective a unor cercetători din Italia și China, s-au înregistrat simptome psihice moderate până la severe într-o proporție mai mare comparativ cu populația generală: anxietate 15-20%, depresie 15-25%, insomnie 8% și tulburare de stress post traumatic 35-49%, ceea ce e foarte mult. Aceasta înseamnă că a fost destul de traumatizant pentru un personal care nu este pregătit în domeniul psihiatriei, care s-au confruntat cu cazuri grele, cu situații dramatice, în primul rând imprezvizibile. Revizuirea a 59 de studii cu privire la infecția cu virusul SARS-CoV-2 au identificat mai mulți factori de risc dar și factori de protecție pentru problemele psihice din rândul personalului medical. Contactul prelungit cu pacienții infectați, antecedentele de afecțiuni medicale generale, tulburările psihice sau simptomele de COVID 19, petrecerea unui timp prelungit în carantină, lipsa sprijinului organizațional, și anume a instituțiilor de care aparțin și stigma socială îndreptată împotriva acestora reprezintă principalii factori de risc în rândul acestei categorii profesionale. Pe de altă parte, printre factorii de protecție, se numără: accesul la echipamente de protecție, existența unor grupuri de suport, accesul la consiliere psihologică, nivelul ridicat al încrederii în măsurile de control pe care instituția le ia și de asemenea siguranța acordată de instituția respectivă. Toate acestea pot proteja și au protejat în anumite situații personalul medical implicat direct în tratarea și monitorizarea pacienților infectați cu virusul SARS-CoV-2.

Nu trebuie uitat de persoanele cu tulburări psihice preexistente, aceștia reprezentând o categorie vulnerabilă în fața unei pandemii. De la debutul pandemiei COVID-19, persoanele cu tulburări de sănătate mintală preexistente au raportat accentuarea simptomelor în

condițiile reducerii accesului la serviciile medicale. Infecția cu SARS-CoV-2 ar putea provoca, de asemenea, dezvoltarea sau exacerbarea tulburărilor psihiatrice preexistente. Externările timpurii (sau refuzarea internării, dacă nu reprezentau urgențe) din unitățile psihiatrice, urmate și de întreruperea îngrijirii psihiatrice în condițiile ambulatorii au avut drept consecințe negative recăderea, comportamentul suicidar, sporirea dificultăților de îngrijire din partea familiei. Regimul de carantină și izolarea la domiciliu, întreruperea rutinelor zilnice, au afectat în special persoanele cu probleme de sănătate mintală preexistente determinând exacerbarea simptomatologiei și o nevoie crescută de îngrijire și de servicii de sănătate adecvate. În același timp, distanțarea socială a redus, în unele situații, disponibilitatea sprijinului familial, social și medical. Persoanele cu tulburări de sănătate mintală preexistente ar putea avea un risc mai mare de infecție cu SARS-CoV-2 decât cele fără tulburări de sănătate mintală. Factorii de risc pentru infecția cu SARS-CoV-2 și/sau o evoluție severă a COVID-19 sunt: tulburări psihice, consumul abuziv de alcool sau substanțe, lipsa suportului social de bază, prezența comorbidităților. Persoanele cu tulburări mintale prezintă un risc crescut de infecții în general (și, prin urmare, pot avea un risc crescut de infectare cu COVID-19 și sunt mai predispuse să dezvolte o formă severă de boală). Persoanele cu tulburări psihice severe și dificultăți sociale și financiare grave (absența domiciliului/unui venit minim) sunt deosebit de expuse riscului efectelor directe, cât și ale celor indirecte ale pandemiei. În mod similar, în timpul pandemiei cu COVID-19, au fost raportate agravarea simptomatologiei și vulnerabilitate crescută pentru tulburări alimentare, suferințe din spectrul autist, demență, precum și dizabilități cognitive. Anumite studii transversale efectuate de colective de cercetători din China și din SUA, au arătat că 20-25% dintre pacienții cu diferite tulburări psihice consideră că s-au descurcat foarte greu și că prognosticul lor s-a înrăutățit în perioada pandemiei. Un sondaj online din China de autoevaluare a pacienților cu tulburări psihice preexistente a raportat o rată a decompensării de până la 21% cu comorbidități psihiatri-

ce precum anxietatea, depresia, insomnia, atribuite fricii de boală, restricțiilor de deplasare, izolării la domiciliu. Un sondaj online efectuat pe pacienți cu tulburări afective, precum anxietatea, depresia, tulburarea bipolară, a relevant o îngrijorare specifică cu privire la posibilele efecte ale pandemiei asupra sănătății lor mintale, prin agravarea bolii, prin incapacitatea de a primi tratamentul adecvat, prin epuizarea rezervelor de medicamente pe care le aveau până la data izbucnirii pandemiei.

În consecință, dacă vorbim în general despre modul în care această pandemie a dus la debutul dar și agravarea unor tulburări psihice preexistente sau nu, sunt moduri profunde și în evoluție pe care le vom putea cunoaște doar în timp. Atât pacienții psihiatrici cât și populația generală s-au confruntat cu izolare, singurătate, doliul brusc, lipsa accesului la ritualul de înmormântare, pierderea veniturilor, teama de a-și pierde propria viață. Cei cu antecedente sunt mai vulnerabili, prin riscul decompensărilor, recăderilor, prin capacitatea scăzută de adaptare. Aceasta ar impune necesitatea adaptării continue a serviciilor de asistență psihiatrică la această dinamică.

Cum sunt afectați vârstnicii cu tulburări neuro-degenerative?

Persoanele în vârstă prezintă un risc crescut de a fi infectate cu virusul SARS-CoV-2, iar consecințele legate de sănătatea mintală ar putea fi foarte severe, în prezența unui proces de neuro-degenerare preexistent și ne-diagnosticat în multe situații.

Pentru persoanele diagnosticate, pandemia are un dublu efect, un risc mare de infecție cu evoluție nefavorabilă – acest risc este de 3 ori mai mare la persoanele cu demență, mortalitate crescută, ceea ce a condus la luarea unor măsuri de protecție foarte stricte. Spre deosebire de vârstnicii fără tulburări cognitive, suferinzi de demență sunt în mod special vulnerabili la consecințele psiho-sociale ale pandemiei prin: neînțelegerea situației, respectarea cu dificultate a regulilor de igienă și a distanțării, stări confuzionale și probleme comportamentale, folosirea excesivă a medicației în

absența altor servicii, probleme speciale de comunicare, singurătate, sentimentele de abandon pe care le-au trăit mulți pentru care familia nu a fost disponibilă să se deplaseze, absența activității și a stimulării. Impactul asupra persoanelor cu demență și a familiilor acestora este tradus prin creșterea mortalității în primul rând, urmată de izolarea socială și depresia, tulburările de comunicare tot mai deficitare. De asemenea pentru persoanele cu demență există un risc ridicat de creșterea prevalenței tulburărilor psihice și de comportament, a anxietății, depresiei, stării confuzionale, folosirea excesivă a tratamentului medicamentos, scăderea îngrijirii medicale per-global, creșterea stigmatizării datorită incapacității acestor persoane de a înțelege și de a respecta măsurile de igienă. Dificultatea până la incapacitatea a acestor oameni de a-și putea satisface nevoile specifice adică menținerea unui contact social, continuarea activităților care erau plăcute, stimularea cognitivă și activitățile fizice, menținerea unor servicii de îngrijire de bună calitate, toate acestea asociază o scădere într-o manieră brutală a calității vieții persoanelor cu tulburări cognitive majore. Nu în ultimul rând este esențial asigurarea sprijinului juridic pentru reglementarea spectrelor pe care familiile le au precum și sprijinul specific acordat îngrijitorilor și familiilor pacienților ce suferă de tulburare neurocognitivă majoră.

Ce soluții ar putea fi?

În primul rând furnizarea de informații clare, concise și precise, referitoare la aceste perioade de carantină, la ratele de infectare. Transmiterea de mesaje cât mai oneste și corecte care să reducă incertitudinea și să crească nivelul de psiho-educație. Educația, îngrijirea personală și sprijinul familiei ar trebui să facă parte din strategiile de prevenire a tulburărilor care privesc modificarea sănătății mintale. Aceasta presupune colaborarea între mai multe ministere care să poată permite ca împreună să mobilizeze rețelele de sprijin social și să colaboreze cu comunitățile locale. De asemenea aplicarea de strategii diferite de sensibilizare comunitară așa încât să se vină în ajutorul oamenilor acolo unde ei trăiesc și se confruntă cu greutăți.

În concluzie, pe parcursul pandemiei, la nivel mondial, sistemele de sănătate s-au confruntat cu o criză sanitară fără precedent, acestea nefiind pregătite să asigure servicii psihiatrice și psihologice pentru persoanele afectate și pentru familiile lor.

Referințe bibliografice:

1. Raportul național al stării de sănătate a populației – 2017
2. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic, Jonathan P Rogers*, Edward Chesney*, Dominic Oliver, Lancet, May 2020
3. Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li W, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017
4. Tang W, Hu T, Hu B, Jin C, Wang G, Xie C, et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders* 2020
5. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology* 2020
6. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *New England Journal of Medicine* 2020
7. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Internal Medicine* 2020
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020
9. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic, Jonathan P Rogers*, Edward Chesney*, Dominic Oliver, *The Lancet Psychiatry*, May 2020
10. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2015.
11. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, di Lorenzo G, di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Network Open* 2020
12. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed)* 2020
13. Zhou J, Liu L, Xue P, Yang X, Tang X. Mental health response to the COVID-19 outbreak in China. *American Journal of Psychiatry* 2020
14. Costa M, Pavlo A, Reis G, Ponte K, Davidson L. COVID-19 Concerns Among Persons With Mental Illness. *Psychiatric Services* 2020

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 răspunde 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 fibrinolică 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 fibrinolic prelungit.

• Mecanism fibrinolic și antiagregant plachetar cunoscut

Nattokinaza are un mecanism fibrinolic 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

Rasagilina ratiopharm 1 mg comprimate. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ. Fiecare comprimat conține 1 mg rasagilină (sub formă de mesilat). **FORMA FARMACEUTICĂ** Comprimat. Comprimate de culoare albă până la aproape albă, rotunde, plate, cu margini aplatizate, marcate cu <<GIL>> și <<1>> pe o față și nemarcate pe cealaltă față. **Indicații terapeutice:** Rasagilina ratiopharm este indicată la adulți în tratamentul bolii Parkinson idiopatică ca monoterapie (fără levodopa) sau ca adjuvant (în asociere cu levodopa) la pacienții cu fluctuații de sfârșit de doză. **Doze și mod de administrare.** Doze. Doza recomandată de rasagilină este de 1 mg (un comprimat de Rasagilina ratiopharm) o dată pe zi, care va fi administrată cu sau fără levodopa. Vârșnici. Nu sunt necesare modificări ale dozei la pacienții vârșnici. Insuficiența hepatică. Rasagilina este contraindicată la pacienții cu insuficiență hepatică severă. La pacienții cu insuficiență hepatică moderată utilizarea rasagilinei trebuie evitată. La pacienții cu insuficiență hepatică ușoară este necesară prudența la inițierea tratamentului cu rasagilină. În cazul progresiei insuficienței hepatice de la ușoară la moderată, administrarea rasagilinei trebuie oprită. Insuficiența renală. Nu sunt necesare precauții speciale la pacienții cu insuficiență renală. Copii și adolescenți. Siguranța și eficacitatea. Rasagilina ratiopharm la copii și adolescenți nu a fost stabilită. Rasagilina ratiopharm nu prezintă utilizare relevantă la copii și adolescenți în indicația bolii Parkinson. **Mod de administrare.** Pentru administrare orală. Rasagilina ratiopharm poate fi administrat cu sau fără alimente. **Contraindicații.** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Administrarea concomitentă de inhibitori de monoaminoxidază (MAO) (incluzând medicamente și remedii naturiste eliberate fără prescripție medicală, de exemplu sunătoare) sau petidină. Trebuie păstrată o pauză de cel puțin 14 zile între întreruperea administrării rasagilinei și începerea tratamentului cu inhibitori MAO sau petidină. Insuficiență hepatică severă. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare.** Administrarea concomitentă de rasagilină cu alte medicamente. Trebuie evitată administrarea concomitentă de rasagilină cu fluoxetină sau fluvoxamină. Este necesară o perioadă de cel puțin cinci săptămâni între oprirea tratamentului cu fluoxetină și inițierea tratamentului cu rasagilină. Întreruperea administrării rasagilinei și inițierea tratamentului cu fluoxetină sau fluvoxamină este necesară o pauză de cel puțin 14 zile. Nu este recomandată administrarea concomitentă de rasagilină cu dextrometorfan sau simpatomimetice cum sunt cele prezente în decongestionantele nazale și orale sau în medicamentele pentru tratamentul răcelilor, care conțin efedrină sau pseudoefedrină. Administrarea concomitentă de rasagilină cu levodopa. Întrucât rasagilina potențează efectele levodopa, reacțiile adverse determinate de levodopa pot fi amplificate, iar dischinezia preexistentă exacerbată. Scăderea dozei de levodopa poate ameliora această reacție adversă. Au existat rapoartări privind efecte hipotensive atunci când rasagilina este administrată concomitent cu levodopa. Pacienții cu boală Parkinson sunt în mod particular vulnerabili la reacții adverse cum este hipotensiunea arterială, din cauza tulburărilor de mers existente. **Efecte dopaminergice.** *Somnolența excesivă în timpul zilei (SEZ) și episoade de debut brusc al somnului (DBS).* Rasagilina poate cauza moleșală și somnolență în timpul zilei și, ocazional, în special dacă este utilizată împreună cu alte medicamente dopaminergice – adormire în timpul activităților cotidiene. Pacienții trebuie informați despre acest lucru și trebuie să li se recomande să manifeste prudență atunci când conduc vehicule sau folosesc utilaje, în timpul tratamentului cu rasagilină. Pacienții care au manifestat somnolență și/sau un episod de debut brusc al somnului trebuie să nu conducă vehicule și să nu folosească utilaje. *Tulburările de control al impulsurilor (TCI).* TCI pot să apară la pacienții tratați cu agonști dopaminergici și/sau tratamente dopaminergice. Pacienții trebuie monitorizați în mod regulat pentru depistarea tulburărilor de control al impulsurilor. Pacienții și îngrijitorii acestora trebuie înștiințați asupra simptomelor comportamentale ale tulburărilor de control al impulsurilor care au fost observate la pacienții tratați cu rasagilină, incluzând cazuri de compulsii, ideeație obsesivă, dependență patologică de jocurile de noroc, creșterea libidoului, hipersexualitate, comportament impulsiv și dependență compulsivă de a cheltui sau de a cumpăra. **Melanom.** Orice suspiciune de leziune tegumentară trebuie evaluată de către specialist. **Insuficiență hepatică.** Este necesară prudența în cazul inițierii tratamentului cu rasagilină la pacienții cu insuficiență hepatică ușoară. Trebuie evitată utilizarea rasagilinei la pacienții cu insuficiență hepatică moderată. În cazul progresiei insuficienței hepatice de la ușoară la moderată, trebuie oprită administrarea rasagilinei. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune.** **Inhibitori de MAO.** Rasagilina este contraindicată concomitent cu alți inhibitori de MAO, (incluzând medicamente și remedii naturiste eliberate fără prescripție medicală, de exemplu sunătoare), deoarece poate exista un risc pentru inhibarea neselectivă a MAO care poate determina crize de hipertensiune arterială. **Petidină.** Utilizarea concomitentă de rasagilină și petidină este contraindicată. **Simpatomimetice.** Pentru inhibitorii MAO, s-au raportat interacțiuni medicamentoase în cazul utilizării concomitente cu simpatomimetice. Nu se recomandă administrarea concomitentă de rasagilină și simpatomimetice cum sunt cele conținute în decongestionantele nazale și orale sau în medicația pentru tratamentul răcelii, care conține efedrină sau pseudoefedrină. **Dextrometorfan.** Există rapoartări privind interacțiunile medicamentoase în cazul utilizării concomitente de dextrometorfan și inhibitori neselectivi de MAO. Nu este recomandată administrarea concomitentă de rasagilină și dextrometorfan. **IRSN/ISRS/antidepressive triciclice și tetraciclice** Utilizarea rasagilinei concomitent cu fluoxetina sau fluvoxamina trebuie evitată. Antidepressivele trebuie administrate cu prudență. **Medicamente care afectează activitatea CYP1A2.** **Inhibitori ai CYP1A2.** Administrarea concomitentă de rasagilină și ciprofloxacina (inhibitor al CYP1A2) crește ASC de rasagilină cu 83%. Administrarea concomitentă de rasagilină și teofilină (substrat al CYP1A2) nu afectează farmacocinetica nici una dintre cele două produse. Deci, inhibitorii puternici ai CYP1A2 pot modifica concentrația plasmatică a rasagilinei și trebuie administrați cu prudență. **Inductori ai CYP1A2.** Există un risc de scădere a concentrației plasmatică de rasagilină la fumători, prin inducerea enzimei de metabolizare CYP1A2. **Alte izoenzime ale citocromului P450.** Este puțin probabil ca rasagilina, la concentrații terapeutice, să producă orice interferență semnificativă clinic cu substratul enzimelor. **Levodopa și alte medicamente utilizate în tratamentul bolii Parkinson.** Nu au existat efecte clinice semnificative ale tratamentului cu levodopa asupra clearance-ului rasagilinei. Administrarea concomitentă de rasagilină și entacaponă crește cu 28% clearance-ul rasagilinei administrată pe cale orală. **Interacțiuni tiramină/rasagilină.** Rasagilina poate fi utilizată în siguranță fără dietă cu restricție de tiramină. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea.** **Sarcina.** Datele provenite din utilizarea rasagilinei la femeile gravide sunt inexistente. Ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea rasagilinei în timpul sarcinii. **Alăptarea.** La om, nu se știe dacă rasagilina se excretă în laptele matern. Este necesară prudența în cazul administrării medicamentului mamei care alăptează. **Fertilitatea.** Nu sunt disponibile date privind efectele rasagilinei asupra fertilității la om. Datele non-clinice indică faptul că rasagilina nu are efecte asupra fertilității. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje.** Pacienții trebuie avertizați despre riscul de a folosi utilaje și conduce vehicule, până când sunt absolut siguri că rasagilina nu le afectează această capacitate. Pacienții aflați sub tratament cu rasagilină și care prezintă somnolență și/sau episoade de debut brusc al somnului trebuie informați să nu conducă vehicule și să nu se angajeze în activități pentru care afectarea vigilenței poate crea riscuri de vătămare gravă sau deces pentru ei înșiși sau pentru alte persoane (de exemplu folosirea de utilaje) până când nu au dobândit suficientă experiență privind administrarea rasagilinei și a altor medicamente dopaminergice. Dacă se manifestă somnolență crescută sau episoade noi de adormire în timpul activităților cotidiene, în orice moment din timpul tratamentului, pacienții nu trebuie să conducă vehicule sau să participe la activități care pot fi periculoase. Pacienții nu trebuie să conducă vehicule, să folosească utilaje sau să lucreze la înălțime în timpul tratamentului dacă au manifestat anterior somnolență și/sau au dormit fără niciun semn de atenționare înainte de a utiliza rasagilină. Pacienții trebuie avertizați despre posibilele efecte cumulative ale medicamentelor sedative, ale alcoolului sau ale altor medicamente (de exemplu benzodiazepine, antipsihotice, antidepressive) în asociere cu rasagilină sau atunci când sunt administrate medicamente concomitente care determină creșterea concentrației plasmatică de rasagilină (de ex. Ciprofloxacina). **Reacții adverse.** **Rezumatul profilului de siguranță.** În studiile clinice efectuate la pacienții cu boala Parkinson, reacțiile adverse cel mai frecvent raportate au fost: cefalee, depresie, vertij și stare gripală (gripă și rinită) atunci când medicamentul a fost administrat în monoterapie; dischinezie, hipotensiune arterială ortostatică, cădere, dureri abdominale, greață și vărsături, precum și xerostomie, când medicamentul a fost administrat ca terapie adjuvantă la tratamentul cu levodopa; dureri musculo-scheletice, cum sunt durerile de spate și de gât, și artralgie, în ambele scheme de tratament. Aceste reacții adverse nu au fost asociate cu o creștere a ratei de întrerupere a tratamentului. **Raportarea reacțiilor adverse suspectate.** Este importantă raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului. Raportarea reacțiilor adverse suspectate. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România <http://www.anm.ro>. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478- RO.Tel: + 4 0757 117 259, Fax: +4 0213 163 497, e-mail: adr@anm.ro. **Supradozaj.** **Simptome.** Simptomele raportate ca urmare a supradozajului de rasagilină în doze ce au variat de la 3 mg la 100 mg au inclus hipomanie, criză de hipertensiune arterială și sindrom serotoninergic. **Management.** Nu există un antidot specific. În caz de supradozaj, pacienții trebuie monitorizați și este necesară instituirea unui tratament corespunzător simptomatic și de susținere. **Date preclinice de siguranță.** Datele non-clinice nu au evidențiat niciun risc special pentru om pe baza studiilor convenționale farmacologice privind evaluarea siguranței, toxicitatea după doze repetate, genotoxicitatea, carcinogenitatea, toxicitatea asupra funcției de reproducere și dezvoltării. **Perioada de valabilitate.** Blistere: 3 ani. Flacoane: 3 ani. Precauții speciale pentru păstrare. A nu se păstra la temperaturi peste 30 C. **DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ.** Teva B.V. Swensweg 5 2031 GA Haarlem Olanda. **DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI.** Data primei autorizări: 12 ianuarie 2015. Data ultimei reînnoiri a autorizării: **DATA REVIZUIRII TEXTULUI.** Octombrie 2020. **Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală (PRF). Înainte de prescriere vă rugăm consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului, disponibil la www.anm.ro.**

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

teva



MagnaPharm
One Team. One Solution.

MagnaPharm Marketing & Sales ROMANIA SRL

Str. Av. Popișteanu, nr. 54A, Clădirea 2, în incinta Expo Business Park, etaj 7, Sector 1, București, Cod poștal 012095

Tel: +4 0372 502 200, Fax: +4 0372 502 255

www.magnapharm.eu

Rasagilină ratiopharm

Eficacitate dovedită
încă din stadiile incipiente
în boala **Parkinson idiopatică**¹



MagnaPharm
One Team. One Solution.

Pandemia Covid-19 - predictor al agravării simptomatologiei emoționale și comportamentale la copiii și adolescenții cu condiții de sănătate mintală preexistente

Infecția cu COVID-19 s-a răspândit cu rapiditate pe întreg globul la începutul anului 2020, fiind declarată în data de 30 ianuarie 2020 de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) ca urgență de sănătate publică internațională^[1,2]. În perioada pandemiei, au fost impuse o serie de restricții menite să combată răspândirea virusului, precum distanțarea socială, limitarea relațiilor sociale și a activităților fizice și profesionale. Aceste restricții au avut efecte negative asupra indivizilor din toate categoriile de vârstă, inclusiv asupra copiilor și adolescenților și au condus la un declin în funcționarea familială, socială și școlară^[3].



Prof. Univ. Dr.
Laura Nussbaum

UMFT „Victor Babeș”, Șef Secție – Clinica Psihiatrie Pediatrică, Timișoara, Președinte al Societății de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România (SNPCAR)



Asist. Univ. Dr.
Adriana Cojocar

UMFT „Victor Babeș”, Medic Specialist Psihiatrie Pediatrică, Secretar General al Societății de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România (SNPCAR)

Afost demonstrat faptul că stresul a crescut pentru copii și părinții acestora, din cauza școlarizării la domiciliu și a restricționării accesului la activitățile de grup^[4].

Un studiu efectuat în Italia la copii cu vârsta între 2-14 ani și familiile acestora a arătat că unii părinți au întâmpinat dificultăți în îndeplinirea atribuțiilor parentale și în școlarizarea la domiciliu, de asemenea nu au beneficiat de sprijin social, psihologic și pedagogic, considerând că aceste dificultăți au avut un impact negativ asupra relației lor cu copiii și asupra stării emoționale

a copiilor^[5]. S-a constatat și faptul că stările emoționale ale copiilor depind de modul în care părinții au putut să se adapteze la restricțiile impuse de către autorități și să aibă grijă de propria sănătate mintală.

Primele studii observaționale asupra impactului psihologic al pandemiei și al restricțiilor asociate au arătat creșteri ale nivelurilor de stres, ale stărilor depressive dar și iritabilitate, anxietate, insomnie, epuizare și altele^[6].

Copiii cu tulburări mentale preexistente s-au dovedit vulnerabili la restricțiile impuse, legate de rutinele zilnice, școlarizare și furnizarea de servicii de sănătate mintală^[7].

Scopul studiului a fost acela de a evalua nivelurile de simptome emoționale și comportamentale la copii și adolescenți cu condiții de sănătate mintală preexistente, în faza incipientă a pandemiei COVID-19 în 2020-2021.

Materiale și metode

Studiul a fost realizat în Clinica de Psihiatrie Pediatrică din cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Turcanu” Timișoara, pe un eșantion format din 120 de copii și adolescenți și părinții acestora, în perioada martie 2020-mai 2021, perioadă în care au fost impuse diferite restricții, precum distanțarea socială, școlarizarea la domiciliu, adunările în grupuri restrânse de persoane sau restricționarea deplasărilor.

Criteriile de includere în studiu au fost reprezentate de: copii și adolescenți, cu vârsta cuprinsă între 5 și 18 ani, cunoscuți cu o afecțiune de sănătate mintală preexistentă diagnosticată. Au fost excluși copiii cu dizabilități de neurodezvoltare severe și cei care nu au avut o afecțiune mintală preexistentă.

Au fost aplicate: interviul semi-structurat K-SADS pentru evaluarea episoadelor psihopatologice curente și cele din trecut, DSM 5 și un chestionar de auto-raportare a părinților și tinerilor pentru a colecta date din eșantionul de studiu, de 120 de copii și adolescenți.

Chestionarul a fost distribuit într-un sondaj electronic către părinți și copii pentru a-l completa după ce au fost informați despre studiu. Părinții și copiii au fost informați cu privire la scopul studiului și la faptul că participarea la studiu este voluntară. Au fost incluși doar cei care sunt de acord. Consimțământul informat a fost solicitat de la fiecare participant.

Sondajul asupra coronavirusului privind sănătatea mintală a populației clinice de copii și adolescenți adresat părinților sau tutorilor a cuprins întrebări care au evaluat: statusul expunerii copilului și familiei la COVID 19 și starea de sănătate, emoțiile și preocupările copilului, schimbările relaționale ale copilului din cauza crizei COVID-19, impactul emoțiilor și comportamentelor asupra relațiilor copilului, experiența îngrijirii sănătății mintale a copilului, despre viață și familie, mediul familial, echilibrul muncă-familie, despre părintele care completează chestionarul și partenerul de viață, schimbările relaționale datorate crizei COVID-19 și problemele familiale.

Sondajul asupra coronavirusului privind sănătatea mintală a populației clinice de copii și adolescenți destinat copiilor/tinerilor a cuprins întrebări, care au evaluat experiențele copilului/tânărului pe durata COVID-19, problemele sau simptomele importante legate de sănătatea mintală, inclusiv cele cu care se află sub observație cum s-au schimbat comparativ

**Ajută la funcționarea normală a sistemului nervos!
De primă intenție pentru tulburările
de atenție și concentrare!**



**Omega - 3 - EPA/
acid
eicosapentanoic**

**Omega-3-DHA/
acid
docosahexaenoic**

**Ulei de Luminița-
noptii /Omega-6-GLA/
acid gamma-linolenic**

Magneziu

Zinc

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

Tulburare de deficit de atenție / hiperactivitate (ADHD)	25 (20,83)
Tulburarea spectrului autist (TSA)	11 (9,16)
Intelect liminar	4 (3,33)
Tulburare de anxietate	14 (11,66)
Tulburare depresivă	10 (8,3)
Tulburare anxios-depresivă	7 (5,8)
Tulburare de comportament / opoziționist-sfidătoare	10 (8,33)
Tulburare psihotică	13 (10,83)
Ticuri	5 (4,16)
Tulburare obsesiv-compulsivă (TOC)	10 (8,33)
Anorexia nervoasă	2 (1,6)
Tulburare mintală nespecificată	9 (7,5)

cu ianuarie 2020, impactul emoțiilor și comportamentelor asupra relațiilor, experiența îngrijirii sănătății mintale, educația și viața zilnică.

Rezultate

Principalele condiții preexistente de sănătate mintală ale copiilor incluși în studiu (Tabel I) au fost: ADHD, tulburare de anxietate, tulburare depresivă, tulburare psihotică, tulburare de comportament, tulburare obsesiv-compulsivă.

Rezultatele studiului au arătat că în cazul a 68% dintre copiii și adolescenții participanți la studiu, s-a înrăutățit principalul simptom psihiatric prezent în comparație cu ianuarie 2020. Pe baza auto-raportului tinerilor, în 79% dintre cazuri s-au agravat problemele emoționale și pentru 65,6% cele comportamentale. Îngrijirea legată de COVID, dificultățile emoționale ale părinților și relațiile părinte-copil au apărut ca unii dintre cei mai relevanți predictorii pentru niveluri mai ridicate de dificultăți emoționale și comportamentale.

COVID-19 a crescut incertitudinea cu privire la viitor reprezentând un factor stresant pentru copii, a schimbat modul în care aceștia și-au petrecut timpul, a fost afectată îngrijirea și educația copiilor, a fost perturbat semnificativ sistemul de învățământ, a fost solicitată notabil viața de familie, a pus multă presiune financiară asupra economiei naționale și a unor familii, a schimbat experiența de școală și educație. De asemenea, clinicile și spitalele au fost nevoite să facă multe schimbări în modul în care au furnizat serviciile, etc. Emoțiile și comportamentele în contextul acestor schimbări în viața de zi cu zi, familială, școlară și socială au fost perturbate, iar condițiile mintale preexistente au fost accentuate. Au crescut tendințele de auto-vătămare și tentativele suicidare/parasuicidare.

Discuții

În pandemia COVID-19, toate categoriile de vârstă, din întreaga lume s-au confruntat cu efectele negative ale pandemiei asupra sănătății mintale. Copiii și adolescenții au resimțit efecte substanțiale ale pandemiei asupra funcționării lor psihosociale, iar schimbările în școlarizare au afectat accesul la educație adecvată, interacțiune socială și activitate fizică^[6,8,9].

Problemele emoționale și comportamentale ale copiilor apar din interacțiunea copil, familie și mediu înconjurător, în perioada pandemiei fiind afectate diverse aspecte ale vieții copilului și familiei, accentuându-se problemele emoționale și comportamentale.

Tinerii cu condiții psihologice/psihopatologice predispozante s-au dovedit a avea un risc mai mare de a avea consecințe negative suplimentare ale pandemiei^[6]. Un număr tot mai mare de studii au demonstrat consecințele nefavorabile ale pandemiei asupra sănătății mintale a copiilor. Accesul la sprijinul pentru sănătatea mintală a fost întrerupt sau a devenit dificil și au devenit predispuși la simptome psihologice/psihopatologice crescute^[10].

Consecințele negative ale restricțiilor legate de COVID-19 au fost găsite la copiii diagnosticați cu tulburare de deficit de atenție / hiperactivitate (ADHD), copiii și adolescenții cu tulburări comportamentale, anxioase, depresive, psihotice, obsesiv-compulsive, anxios-depresive.

Rezultatele noastre sunt în conformitate cu declarația OMS (OMS, 2020) conform căreia impactul psihologic negativ al COVID-19 crește cererea de îngrijire a sănătății mintale, iar copiii și adolescenții sunt mai puțin susceptibili de a primi sprijinul necesar, contribuind în continuare la rezultatele mentale adverse ale pan-

demiei. Pe de altă parte, copiii înșiși au indicat că emoțiile și comportamentele lor s-au înrăutățit comparativ cu perioada dinaintea pandemiei.

Îngrijirea legată de COVID, dificultățile emoționale ale părinților și relațiile părinte-copil au apărut ca unii dintre cei mai relevanți predictorii pentru niveluri mai ridicate de dificultăți emoționale și comportamentale. Este evident că adolescenții și copiii necesită o atenție specială, cu precauții serioase, în ceea ce privește problemele de sănătate mintală pentru a preveni dezvoltarea unor tulburări psihiatrice sau intensificarea celor deja existente.

Concluzii

Acest studiu confirmă faptul că pandemia COVID-19 a influențat emoțiile și comportamentele copiilor și adolescenților. Schimbările din viața copiilor și a părinților lor au condus la un procent ridicat de copii puternic afectați de pandemie, în ceea ce privește înrăutățirea condițiilor lor preexistente de sănătate mintală sau apariția unor psihopatologii și diagnostice psihiatrice.

Bibliografie:

1. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020;76. doi:10.1016/j.ijsu.2020.02.034
2. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, 29.7.2020, <https://eur-lex.europa.eu>
3. Adriana Cojocaru, Laura Nussbaum, Efectele psihiatrice și neurologice ale pandemiei COVID-19, <http://revistamedicalmarket.ro/articol/effectele-psihiatrice-i-neurologice-ale-pandemiei-covid-19>, 4 noiembrie 2020
4. Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J., & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *Lancet* (London, England), 395(10231), e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
5. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol*. 2020;11(July):1-7. doi:10.3389/fpsyg.2020.01713
6. G. Wang, Y. Zhang, J. Zhao, J. Zhang, F. Jiang mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak *Lancet*, 395 (2020), pp. 945-947, 10.1016/S0140-6736(20)30547-X
7. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2020;4(6):421. doi:10.1016/S2352-4642(20)30109-7
8. E. Golberstein, H. Wen, B.F. Miller Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents *JAMA Pediatr*. (2020), 10.1001/jamapediatrics.2020.1456
9. Su L, Ma X, Yu H, et al. The different clinical characteristics of coronavirus disease cases between children and their families in China—the character of children with COVID-19. *Emerg Microbes Infect*. 2020;9(1):707-713. doi:10.1080/22221751.2020.1744483
10. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carreter E, Minassian S, Benoit L, Moro MR. Adolescent psychiatric disorders during the covid-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*. 2020;291:e113264.

VIRTUAL NeuroGASTRO 2021

Biennial Meeting of the European Society
of Neurogastroenterology and Motility

September 2nd to 4th, 2021



Societatea de Neurologie și Psihiatrie a
Copiilor și Adolescentului din România

Al XXI-lea Congres SNPCAR și a 43-a Conferință Națională de Neurologie-Psihiatrie și Profesiuni Asociate Copii și Adolescenți cu participare internațională 2021

22 - 25 Septembrie 2021 - Exclusiv online

www.snpcar.ro



**Conectați la viitor
Psihologie și Tehnologie
11-14 noiembrie 2021
Conferința Asociației Psihologilor din România
2021**

44

**CONGRES NATIONAL ANUAL
DE REABILITARE MEDICALA**

- ON LINE -

23 - 25 septembrie 2021

Eficacitatea extractului standardizat de Ginkgo biloba (EGb761®) la pacienții cu declin cognitiv ușor (MCI)

Declinul cognitiv ușor (MCI – Mild cognitive impairment) este un termen utilizat pentru a descrie acel stadiu intermediar dintre statusul cognitiv normal și demența incipientă. Este cunoscut și ca prodrom al demenței și poate evolua spre: remisiune (recuperarea anumitor funcții cognitive), stabilizare (nu se ameliorează dar nici nu se agravează), instabilitate (fluctuații între normalitate și MCI) sau progresie (evoluție treptată către demență).



Dragos Catalin Jianu,
M.D., Ph. D., Dr. Habil

Profesor Universitar Disciplina Neurologie
UMF "Victor Babes", Director al Centrului
de Cercetare Cognitivă în Patologia
Neuropsihiatrică (Neuropsy-cog) din cadrul
UMF "Victor Babes", Timisoara

Prevalența MCI la nivel global este încă necunoscută, preconizându-se în prezent un procent de 16-20%.^[1-3]

Grupul de lucru al US National Institute on Aging-Alzheimer's Association a formulat o clasificare a MCI și anume: MCI amnezică (a-MCI: cu alterarea aproape exclusivă a memoriei) și MCI non-amnezică (na-MCI: cu alterarea altor domenii cognitive decât memoria: atenția, limbajul, funcțiile executive și vizuo-spațiale), fiecare în parte având câte două subtipuri: a-MCI – domeniu unic, a-MCI – domenii multiple, na-MCI – domeniu unic, na-MCI – domenii multiple.^[4,5] Majoritatea pacienților cu a-MCI evoluează în mai puțin de 6 ani spre boală Alzheimer, riscul de a dezvolta această maladie fiind net superior la pacienții cu MCI (rată de progresie anuală de 10-15%) față de vârstnicii cu status cognitiv normal (rată anuală de progresie 1-2%).^[6,7]

Datele epidemiologice recente preconizează că numărul pacienților cu demență va crește până la o valoare de aproximativ 63 milioane în anul 2030 și la peste 114 milioane în anul 2050. [8] Identificarea pacienților cu MCI

și stabilirea unei conduite terapeutice precoce pot reprezenta soluții cheie în modificarea acestei previziuni sumbre. Până în prezent, strategiile de management al patologiilor neurodegenerative sunt lacunare, necesitând aprofundare științifică suplimentară.

Ginkgo biloba este una din cele mai longevive specii de copaci din întreaga lume, fiind utilizat în medicina tradițională chineză de peste 5000 de ani. Extractul standardizat (EGb761®) obținut din frunzele acestui copac conține: 22,0 - 27,0% glicozide flavonoide (quercetin, kaempferol și isorhamnetin) și 6% terpenoide (2,6 - 3,2% bilobalide și 2,8 - 3,4% ginkgolide A, B, C) ca și constituenți activi și reprezintă unul din cele mai cunoscute remedii naturale utilizate pentru efectele sale neuroprotective.^[9] Proprietățile farmacologice ale EGb761® includ puternicul caracter antioxidant și capacitatea de eliminare a radicalilor liberi, conferind astfel protecție împotriva deteriorării ADN-ului mitocondrial asociat îmbătrânirii precum și inhibiția apoptozei celulare. În esență, Ginkgo biloba stimulează neurogeneza și plasticitatea sinaptică.^[10,12] Deși nu sunt pe deplin cunoscute infomațiile referitoare la structura și activitatea sa moleculară, EGb761® exercită proprietăți neuroprotective prin mecanisme diverse, precum acela de modificare a sistemul neurotransmițător (în special cel colinergic), de amplificare a nivelului de factori neurotrofici derivați din creier (BDNF - brain-derived neurotrophic factors) sau de modulare a activității genelor și factorilor transcripatori.^[10] Mai mult decât atât, EGb761® are o acțiune directă doză-dependentă, asupra β-amiloidului și a caspazelor, molecule cunoscute ca fiind implicate în apariția leziunilor cerebrale din boala Alzheimer și MCI.^[11-14]

În trialurile clinice, Ginkgo biloba s-a dovedit a fi eficientă în prevenirea declinului cognitiv la vârstnicii sănătoși; de asemenea, s-a dovedit a încetini progresia bolii la pacienții cu declin cognitiv ușor (MCI). În prezent, extractul standardizat de Ginkgo biloba (EGb761®) este aprobat, în România, pentru tratamentul simptomatic al afecțiunilor cognitive la adulți.^[15]

În perioada 2010-2014, în cadrul a 12 centre din România, a fost condus un studiu prospectiv, longitudinal, non-intervențional (Nr: A-38-00240-136), în conformitate cu recomandările Declarației de la Helsinki (2008), ale Ghidurilor Internaționale de Etică pentru Studiile Epidemiologice precum și ale Consiliului pentru Organizațiile Internaționale ale Științelor Medicale (CIOMS), cu scopul de a evalua efectele extractului standardizat de Ginkgo biloba EGb761® asupra funcțiilor cognitive la pacienții diagnosticați cu MCI-formă amnezică (a-MCI).

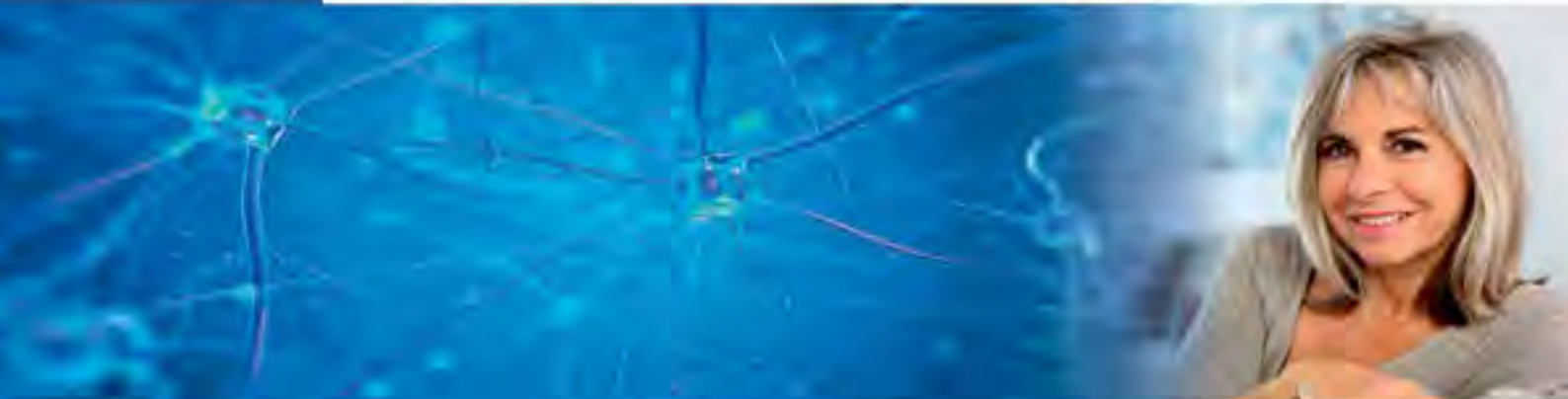
Un număr de 500 de pacienți, având vârsta peste 50 de ani și îndeplinind criteriile pentru diagnosticul MCI, au fost tratați cu EGb761® 120 mg/zi (40 mg de 3 ori pe zi) și urmăriți timp de 24 luni. Pacienții au fost evaluați utilizând scale pentru cogniție, memorie, activități cotidiene și depresie: MMSE, FAQ, CGI, HAM-D la introducerea în studiu (baseline) și ulterior la fiecare 6 luni până la încheierea perioadei de urmărire (24 luni de la baseline).

Criteriile de includere au fost: pacientul acuza tulburări de memorie confirmate de către membrii familiei; rezultate depreciate la testele de memorie efectuate periodic, fără alterarea însă a activităților cotidiene și cu menținerea funcțiilor cognitive, cu un scor MMSE de cel puțin 24 puncte; neîndeplinirea



tanakan® EGb 761®

RĂMÂI CONECTAT!



Extractul standardizat de ginkgo biloba cu eficacitate și siguranță **demonstrate științific**



Preparat original, patentat GMP/GLP*



27 etape de producție, incluzând 18 faze succesive de purificare și îmbogățire*

tanakan®

**neurotrofic, neurotropic,
antiischemic, antioxidant**



- Reduce evoluția **declinului cognitiv** pe termen lung¹
- Scade intensitatea și frecvența zgomotelor în **tinitus**^{2,3}
- Reduce intensitatea, frecvența și durata **vertijului**^{4,5}
- Îmbunătățește **fluxul sanguin cerebral**⁶
- Are efecte protectoare asupra **metabolismului celular, neuronilor cerebrali și celulelor neurosenzoriale**⁶

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

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

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



criteriilor DSM-IV pentru demență.

Obiectivul studiului a fost acela de a urmări abaterile mediane valorilor MMSE la 24 luni de la introducerea pacienților în studiu.

Rezultatele studiului au evidențiat o creștere semnificativă, cu 2 puncte, a mediane scorului MMSE. La pacienții cu alte disfuncții cognitive concomitente, îmbunătățirea scorului MMSE a fost nesemnificativă. Tratamentul cu EGb761® a determinat îmbunătățirea memoriei (utilizând testul delayed recall), a abilităților de a îndeplini activitățile cotidiene uzuale (media scorului FAQ: 1.7) și de asemenea a diminuat severitatea depresiei (media scorului HAM-D: 2.4) până la finalul studiului. Un procent de peste 80% dintre pacienți a prezentat îmbunătățirea stării generale, condiție cuantificată utilizând CGI- Improvement Scale (doi:10.2174/1871527320666210208125524).

În concluzie, deteriorarea cognitivă trebuie conștientizată precoce atât de către pacient cât și de către aparținători (sub atenta urmărirea și informarea medicilor de familie și a medicilor

neurologi), astfel încât diagnosticul corect să conducă la instituirea cât mai precoce a tratamentului și la încetinirea evoluției declinului cognitiv spre demență. O strategie pe termen lung implică identificarea de către medicii de familie a pacienților de peste 50 de ani care acuză alterarea memoriei, tulburări ale atenției și concentrării, anxietate, apatie sau chiar depresie și direcționarea către medicii neurologi și psihiatri în vederea evaluării complete și stabilirii conduitei terapeutice de specialitate. De asemenea, trebuie identificați factorii de risc cardio-cerebro-vascular și modificați, fiind binecunoscut faptul că aceștia intervin în patologia tulburărilor neurocognitive.

1. Roberts R, Knopman DS. Classification and epidemiology of MCI. *Clin Geriatr Med* 2013; 29(4): 753-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.003> PMID: 24094295
2. Ward A, Arrighi HM, Michels S, Cedarbaum JM. Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimers Dement* 2012; 8(1): 14-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2011.01.002> PMID: 22265588

3. Sachdev PS, Lipnicki DM, Kochan NA, et al. Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC). The prevalence of mild cognitive impairment in diverse geographical and ethnocultural regions: the COSMIC collaboration. *PLoS One* 2015; 10(11)
4. Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001; 58(12): 1985-92. <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.58.12.1985> PMID: 11735772.
5. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med* 2004; 256(3): 240-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x> PMID: 15324367.
6. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *J Intern Med* 2014; 275(3): 214-28. <http://dx.doi.org/10.1111/ijom.12190> PMID: 24605806.
7. Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol* 2009; 66(12): 1447-55. <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.2009.266> PMID: 20008648.
8. Ihl R. Effects of Ginkgo biloba extract EGb 761® in dementia with neuropsychiatric features: review of recently completed randomised, controlled trials. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2013; 17 (Suppl. 1): 8-14. <http://dx.doi.org/10.3109/13651501.2013.814796> PMID: 23808613
9. Shi C, Liu J, Wu F, Yew DT. Ginkgo biloba extract in Alzheimer's disease: from action mechanisms to medical practice. *Int J Mol Sci* 2010; 11(1): 107-23. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms11010107> PMID: 20162004.
10. McKeage K, Lyseng-Williamson KA. Ginkgo biloba extract Egb761® in the symptomatic treatment of mild-to-moderate dementia: a profile of its use. *Drugs Ther Perspect* 2018; 34(8): 358-66. <http://dx.doi.org/10.1007/s40267-018-0537-8> PMID: 30546253
11. Ren C, Ji YQ, Liu H, et al. Effects of Ginkgo biloba extract EGb761 on neural differentiation of stem cells offer new hope for neurological disease treatment. *Neural Regen Res* 2019; 14(7): 1152-7. <http://dx.doi.org/10.4103/1673-5374.251191> PMID: 30804240
12. Tan MS, Yu JT, Tan CC, et al. Efficacy and adverse effects of ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 2015; 43(2): 589-603. <http://dx.doi.org/10.3233/JAD-140837> PMID: 25114079.
13. Jansen WJ, Ossenkoppele R, Knol DL, et al. Amyloid Biomarker Study Group. Prevalence of cerebral amyloid pathology in persons without dementia: a meta-analysis. *JAMA* 2015; 313(19): 1924-38. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.4668> PMID: 25988462
14. Jansen WJ, Ossenkoppele R, Tijms BM, et al. Amyloid Biomarker Study Group. Association of cerebral amyloid-beta aggregation with cognitive functioning in persons without dementia. *JAMA Psychiatry* 2018; 75(1): 84-95. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3391> PMID: 29188296.
15. EMA (European Medicines Agency). Community herbal monograph Ginkgo biloba L. folium 2015. https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-monograph/final-european-union-herbal-monograph-ginkgo-biloba-l-folium_en.pdf

Disfuncția cognitivă la pacienții cu diabet zaharat

Disfuncția cognitivă, incluzând afectarea cognitivă ușoară precum și demența, este în prezent recunoscută ca o importantă comorbiditate dar și o complicație a diabetului care afectează atât calitatea vieții pacienților cât și managementul bolii. Prin urmare, ghidurile recente recomandă screening-ul pentru afectarea cognitivă la pacienții vârstnici cu diabet zaharat. În plus tratamentul antidiabetic ar trebui să fie adaptat pacienții diagnosticați cu tulburări cognitive pentru a reduce riscul de hipoglicemie și pentru a îmbunătăți aderența la tratament.



Lector Univ.
Dr. Viviana Elian

UMF „Carol Davila” Medic primar
diabet, INDNBM N.C. Paulescu,
București

În momentul de față, la nivel mondial, prevalența estimată a diabetului la persoanele peste 65 de ani este de 20%. Această cifră se așteaptă să se dubleze în următoarele trei decenii, în primul rând datorită creșterii numărului persoanelor în vârstă [1]. În ceea ce privește demența, tendințele în populației sunt similar. Prevalența mondială a demenței la persoanele peste 60 de ani este de 6-7% [2]. Conform estimărilor din 2015, în acel moment trăiau 46,8 milioane de oameni cu demență în întreaga lume. Date de la un mare registru al veteranilor din SUA a arătat că, în rândul persoanelor cu diabet, prevalența demenței și a tulburărilor cognitive a fost de 13,1% pentru cei cu vârste cuprinse între 65-74 de ani și 24,2% pentru cei cu vârsta de peste 75 de ani [3].

Atât pentru diabetul zaharat tip 1 cât și pentru diabetul zaharat tip 2, factorii de risc incriminați în apariția demenței și a pierderii performanței cognitive sunt: un control glicemic prost (hipoglicemia, hiperglicemia, variabilitatea glicemică mare), vârsta, depresia și complicațiile macrovasculare.

Alterarea cognitivă se referă la o disfuncție suficient de severă pentru a fi clasificată ca „anormală” la nivel individual

pe baza valorilor normative ale testelor cognitive precum și a unor forme mai subtile de disfuncție în care performanța medie a persoanelor este mai mică dar nu îndeplinește criteriile formale pentru scorurile anormale ale testelor.

Demența este cea mai severă dintre stadiile de clasificare a disfuncției cognitive, cu afectarea obiectivă a mai multor domenii cognitive (memoria, învățarea, orientarea, percepția, judecata etc) afectând, prin definiție, activitățile de zi cu zi. Din studiile publicate până în prezent, datele sugerează că la nivel populațional pacienții cu diabet zaharat au un risc de 40-60% mai mare de a dezvolta o formă de demență.

Deficitul cognitiv ușor (MCI)

Este definit sub forma unor alterări minime ale funcției cognitive (cel mai frecvent, a capacității de memorare) observate de către pacient, familie sau medic, al cărei grad de severitate poate fi măsurat prin teste validate de evaluare a statusului mintal și care se însoțesc de conservarea independenței funcționale. O meta-analiză care a inclus 393 pacienți cu diabet zaharat tip 2 a demonstrat o creștere a riscului la acești pacienți de a dezvolta MCI de 20% [4]. Studiile au arătat de asemenea ca la pacienții cu diabet zaharat tip 2 se remarcă o progresie mai accelerată de la MCI spre demență decât în populația generală [5].

Alterările cognitive specifice diabetului zaharat au fost definite ca devieri de la normal ale funcției cognitive dar care

nu întrunesc criteriile de severitate a unui deficit cognitiv ușor. Aceste modificări (memorie, execuție etc) apar de obicei ca deviații standard în jos față de normal în rezultatele testelor cognitive la pacienții cu diabet față de cei fără diabet [6].

Toate aceste modificări ale funcției cognitive pot influența viața de zi cu zi a pacienților noștri și le modifică comportamentul inclusiv cel care vizează diabetul. Astfel le poate fi dificil să urmeze scheme complexe de monitorizare a glicemiei, de titrare a dozelor de insulină, de regim alimentar sau chiar să respecte schema de administrare a medicației orale. Greșeli sau omisiuni în tratamentul zilnic pot duce la apariția hiper- sau hipoglicemiilor și chiar la complicații acute: coma hipoglicemică, cetoacidoza, starea hiperglicemică hiperosmolară care, la rândul lor agravează un deficit cognitiv preexistent.

În acest context, societățile profesionale ale medicilor diabetologi și endocrinologi au inclus managementul diabetului la pacienții vârstnici cu deficit cognitiv în recomandările ghidurilor [7] [8] [9] [10]. Există două direcții de acțiune: în primul rând se recomandă depistarea activă a disfuncției cognitive prin screening specific și, la fel de important, diagnosticarea ei trebuie să ducă la o schemă terapeutică individualizată în funcție de abilitățile pacientului cu simplificarea tratamentului și relaxarea țintelor terapeutice pentru o mai bună compliance și pentru evitarea complicațiilor acute.

Implementarea screeningului pentru întreaga populație diabetică deși pare necesară este totuși greu de realizat și



de aceea recomandarea ghidurilor este să evaluăm cu prioritate pacienții vârstnici (peste 60-65 de ani), fiind evidentă creșterea prevalenței disfuncției cognitive odată cu vârsta. În momentul de față ghidurile sugerează folosirea testelor validate cum sunt MMSE (Mini-Mental State Examination) sau MoCA (Montreal Cognitive Assessment). De asemenea se ia în considerare și autoevaluarea prin teste de screening specifice. Un rezultat negativ ar trebui urmat de reevaluări anuale (ADA Standards of Care). O eventuală modificare în sens patologic constatată în rezul-

tatele acestor teste ar trebui să conducă la investigații suplimentare pentru a putea pune diagnosticul de certitudine. Luând în considerare variabilitatea mare a riscului de apariție a demenței la persoanele vârstnice cu diabet zaharat intervalul de screening ar trebui adaptat în funcție de riscul individual.

Bibliografie

1. International Diabetes Federation (IDF) (2019) IDF diabetes atlas, 8th ed, 2017. Available from www.diabetesatlas.org/resources/ 2019-atlas.

html. Accesat 23.01.2021

2. Alzheimer's Disease International (2015) World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia. Available from www.alz.co.uk/research/world-report-2015. Accesat 23.01.2021
3. Feil DG, Rajan M, Soroka O, Tseng CL, Miller DR, Pogach LM (2011) Risk of hypoglycemia in older veterans with dementia and cognitive impairment: implications for practice and policy. *J Am Geriatr Soc* 59(12):2263–2272
4. Cheng G, Huang C, Deng H, Wang H (2012) Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Intern Med J* 42(5):484–491
5. Pal K, Mukadam N, Petersen I, Cooper C (2018) Mild cognitive impairment and progression to dementia in people with diabetes, prediabetes and metabolic syndrome: a systematic review and metaanalysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53(11):1149–1160
6. Biessels GJ, Strachan MW, Visseren FL, Kappelle LJ, Whitmer RA (2014) Dementia and cognitive decline in type 2 diabetes and prediabetic stages: towards targeted interventions. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2(3):246–255.
7. International Diabetes Federation (IDF) (2013) Global guideline for managing older people with type 2 diabetes. Available from www.idf.org/e-library/guidelines/78-global-guideline-for-managing-older-people-with-type-2-diabetes.html
8. American Diabetes Association (2021) Standards of medical care in diabetes-2021: section 12. Older adults. *Diabetes Care* 44 (Supplement 1):S168-S179.
9. LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS et al (2019) Treatment of diabetes in older adults: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 104(5):1520–1574.
10. Sinclair AJ, Hillson R, Bayer AJ (2014) Diabetes and dementia in older people: a best clinical practice statement by a multidisciplinary National Expert Working Group. *Diabet Med* 31:1024–1031

Managementul diabetului zaharat la pacienții diagnosticați cu disfuncție cognitivă

Acesta trebuie să urmărească ținte care să confere siguranță pacientului, fiind acceptate valori ale HbA1c de 7-8%. Scopul tratamentului trebuie să fie în primul rând evitarea complicațiilor acute, folosirea medicațiilor cu risc scăzut de hipoglicemie și simplificarea schemelor pentru o mai bună complianță. În momentul stabilirii intervenției optime este important să se țină cont de aptitudinile prezente ale pacientului, de suportul familial sau instituțional și de factorii de risc ce pot agrava patologia preexistentă.

Este foarte important să creștem conștientizarea acestei probleme de sănătate publică care impactează viața și activitatea atât a persoanelor afectate cât și a celor care se ocupă de managementul integral al bolii lor. Atât pacienții cât și medicii și îngrijitorii lor trebuie să conlucreze pentru o abordare personalizată, accesibilă și sustenabilă pe termen lung pentru un control glicemic optim cu evitarea complicațiilor.

Stinge durerea neuropată!



ALA600 SOD

Supliment alimentar ce conține acid alfa-lipoic (ALA) și superoxid dismutază (SOD), vitamina E și seleniu

ALFASIGMA

**DURERE
ACUTĂ**

1 /zi

4 săptămâni

ALAnerv

Supliment alimentar ce conține acid alfa-lipoic, acid gamma-linolenic, vitamine și seleniu

ALFASIGMA

**DURERE
CRONICĂ**

1-2 /zi

6-8 săptămâni

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

Redă libertatea mișcării!



DICLOREUM[®] 150_{mg}

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Diclorem[®] 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală P6L. Administrare orală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere sau pe site-ul www.anm.ro. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, DAPP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani,
Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București,
Telefon: 031 805 35 26, 031 805 35 27, Fax: 031 805 35 28
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA 

22nd JULY 2021
Online event



SUMMER SCHOOL

Actual Challenges in Diabetic Neuropathy

ORGANIZED BY
Neurodiab - Society for Diabetic Neuropathy



www.neurodiab.org

14th OCTOBER 2021
Online event



8th NATIONAL CONGRESS OF

Diabetic Neuropathy In 2021

WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION



www.neurodiab.org

Informații esențiale din Rezumatul caracteristicilor produsului SPRAVATO ▼

Spravato 28 mg spray nazal soluție. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ Fiecare dispozitiv de spray nazal conține clorhidrat de esketamină care corespunde la esketamină 28 mg. **Indicații terapeutice:** Spravato este indicat în asociere cu un SSRI sau un SNRI la adulții cu tulburare depresivă majoră rezistentă la tratament care nu au răspuns la cel puțin două tratamente diferite cu antidepresive în episodul depresiv curent moderat până la sever. Spravato, administrat în asociere cu terapie antidepresivă orală, este indicat ca tratament acut pe termen scurt pentru reducerea rapidă a simptomelor depresive în caz de urgență psihiatrică, conform evaluării clinice, la pacienții adulți cu un episod moderat până la sever de Tulburare Depresivă Majoră. **Doze și mod de administrare:** **Tulburare depresivă majoră rezistentă la tratament:** Decizia de a prescrie Spravato trebuie luată de un psihiatru. Spravato este destinat auto-administrării de către pacient sub supravegherea directă a unui profesionist din domeniul sănătății. O cură de tratament constă în administrarea nazală a Spravato și o perioadă de observație ulterioară administrării. **Dozele recomandate pentru Spravato la adulți cu vârsta <65 ani: Etapa de inducție:** Săptămânile 1-4: Doza de inițiere în ziua 1: 56 mg iar dozele ulterioare: 56 mg sau 84 mg de două ori pe săptămână. **Etapa de întreținere:** Săptămânile 5-8: 56 mg sau 84 mg o dată pe săptămână. Începând din săptămâna 9: 56 mg sau 84 mg la fiecare 2 săptămâni sau o dată pe săptămână. **Dozele recomandate pentru Spravato la adulți cu vârsta ≥65 ani: Etapa de inducție:** Săptămânile 1-4: Doza de inițiere în ziua 1: 28 mg iar dozele ulterioare: 28, 56 mg sau 84 mg de două ori pe săptămână, toate modificările de doză trebuie să fie în trepte de 28 mg. **Etapa de întreținere:** Săptămânile 5-8: 28 mg, 56 mg sau 84 mg o dată pe săptămână, toate modificările de doză trebuie să fie în trepte de 28 mg. Începând din săptămâna 9: 28 mg, 56 mg sau 84 mg la fiecare 2 săptămâni sau o dată pe săptămână, toate modificările de doză trebuie să fie în trepte de 28 mg. **Tratament acut pe termen scurt a Tulburării Depresive Majore în caz de urgență psihiatrică: Doza recomandată de Spravato pentru pacienții adulți (cu vârsta <65 de ani)** este de 84 mg de două ori pe săptămână timp de 4 săptămâni. Reducerea dozei la 56 mg ar trebui făcută în funcție de tolerabilitate. După 4 săptămâni de tratament cu Spravato, terapia cu antidepresive orale ar trebui continuată, conform evaluării clinice. În cazul acestor pacienți, tratamentul cu Spravato ar trebui să fie o parte a unui plan cuprinzător de îngrijire clinică. **Mod de administrare:** Spravato este exclusiv pentru uz nazal. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă, ketamină, sau la oricare dintre excipienții Spravato. Pacienți pentru care creșterea tensiunii arteriale sau a presiunii intracraniene prezintă un risc major: Pacienții cu boală vasculară anevrismală (inclusiv la nivel intracranian, toracic sau al aortei abdominale sau al arterelor periferice); Pacienții cu antecedente de hemoragie intracerebrală; Eveniment cardiovascular recent (în ultimele 6 săptămâni), inclusiv infarct miocardic. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare: Suicid/idee de suicid sau agravarea clinică:** Eficacitatea Spravato în ceea ce privește prevenirea suicidului sau reducerea ideii de suicidare sau a comportamentului suicidar nu a fost demonstrată. Utilizarea Spravato nu exclude nevoia de spitalizare conform indicațiilor clinice, chiar dacă pacienții experimentează o îmbunătățire după doza inițială de Spravato. La începutul tratamentului și după efectuarea unor modificări ale dozei, tratamentul trebuie să fie însoțit de o supraveghere atentă, în special la pacienții de mare risc. Pacienții (și îngrijitorii pacienților) trebuie să fie avertizați de necesitatea monitorizării oricărei agravări clinice, a comportamentului sau a ideii de suicidare și a modificărilor neobișnuite de comportament și trebuie să se prezinte imediat la medic dacă apar aceste simptome. **Afectări neuropsihiatrice și motorii:** În fiecare cură de tratament, pacienții trebuie monitorizați sub supravegherea unui profesionist în domeniul sănătății pentru a vedea dacă aceștia sunt considerați stabili în conformitate cu evaluarea clinică. **Deprimare respiratorie:** Utilizarea concomitentă de Spravato cu medicamente depresive ale sistemului nervos central poate crește riscul de sedare. Este necesară monitorizarea atentă pentru depistarea sedării și a deprimării respiratorii. **Efectele asupra tensiunii arteriale:** Spravato poate cauza creșteri trecătoare ale tensiunii arteriale sistolice și/sau diastolice, care ating valoarea maximă la aproximativ 40 de minute de la administrarea medicamentului și durează aproximativ 1-2 ore. După orice cură de tratament, poate apărea o creștere substanțială a tensiunii arteriale. Spravato este contraindicat la pacienții pentru care creșterea tensiunii arteriale sau a presiunii intracraniene prezintă un risc major. Înainte de a prescrie Spravato, pacienții cu alte boli cardiovasculare și cerebrovasculare trebuie să fie evaluați cu atenție pentru a stabili dacă potențialele beneficii ale Spravato depășesc riscurile. Dacă tensiunea arterială rămâne ridicată pe o perioadă prelungită de timp, trebuie solicitată asistență imediată de la experții în gestionarea tensiunii arteriale. Pacienții care prezintă simptome de criză hipertensivă trebuie trimiși imediat la serviciul de urgență. **Pacienți cu boli cardiovasculare sau respiratorii semnificative clinic sau instabile:** La pacienții cu boli cardiovasculare sau respiratorii semnificative clinic sau instabile, tratamentul cu Spravato se va iniția numai dacă beneficiul depășește riscul. La acești pacienți, Spravato trebuie administrat într-un cadru unde există echipament adecvat de resuscitare și profesioniști din domeniul sănătății instruiți în domeniul resuscitării cardiopulmonare. **Abuz de medicamente, dependență, sevraj:** Persoanele cu antecedente de abuz sau dependență de substanțe pot fi expuse unui risc mai mare de abuz sau utilizare incorectă a Spravato. Înainte de administrarea Spravato, trebuie evaluat riscul de abuz sau utilizare incorectă pentru fiecare pacient, iar pacienții cărora li se administrează esketamină trebuie monitorizați pentru a depista dezvoltarea comportamentelor sau a afecțiunilor de abuz sau utilizare incorectă, inclusiv comportamentul de căutare de medicamente pe durata tratamentului. **Alte grupe de pacienți la risc:** Spravato trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu următoarele afecțiuni: prezență sau antecedente de psihoză; prezență sau antecedente de manie sau tulburare bipolară; hipertiroidism care nu a fost suficient tratat; antecedente de leziuni cerebrale, encefalopatie hipertensivă, terapie intratecală cu șunturi ventriculare sau orice altă afecțiune asociată cu hipertensiune intracraniană. **Pacienți vârstnici (vârsta de 65 ani și peste):** Pacienții vârstnici tratați cu Spravato pot avea un risc mai mare de a cădea odată ce sunt mobilizați și, prin urmare, aceștia trebuie monitorizați atent. **Insuficiență hepatică severă:** Dacă fiind creșterea așteptată a expunerii și lipsa experienței clinice, Spravato nu este recomandat în cazul pacienților cu insuficiență hepatică (severă) Clasa C Child-Pugh. **Simptome la nivelul tractului urinar:** Au fost raportate simptome la nivelul tractului urinar și al vezicii urinare asociate cu utilizarea Spravato. **Reacții adverse: Foarte frecvente:** amețeală, disociere, greață, cefalee, somnolență, disgeuzie, vertij, hipoestezie și vărsături. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Spravato nu este recomandat în timpul sarcinii și la femeile aflate la vârsta fertilă și care nu utilizează metode contraceptive. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** Spravato are influență majoră asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. Înainte de administrarea Spravato, pacienții trebuie instruiți să nu desfășoare activități potențial periculoase care necesită vigilență mentală și coordonare motorie completă, cum ar fi conducerea de vehicule sau folosirea de utilaje, până în ziua următoare, după un somn odihnitor. **NUMĂRUL(ELE) AUTORIZĂȚIEI DE PUNERE PE PIĂȚĂ:** EU/1/19/1410/001-004. **DEȚINĂTORUL AUTORIZĂȚIEI DE PUNERE PE PIĂȚĂ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgia. **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** 02/2021 Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală specială și restrictivă: PS, PR. Pentru informații complete de prescriere, vă rugăm să citiți Rezumatul caracteristicilor produsului Spravato. Acesta este un material promoțional destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare: România, Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478- RO, Tel: + 4 0757 117 259, Fax: +4 0213 163 497, e-mail: a_dr@anm.r

Abrevieri: TDM, tulburare depresivă majoră; SNRI, inhibitor al recaptării serotoninei-norepinefrinei (*serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor*); SSRI, inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (*selective serotonin reuptake inhibitor*).

Referință: 1. Rezumatul caracteristicilor produsului SPRAVATO®, ultima versiune revizuită.

Johnson&Johnson Romania S.R.L.

Strada Tipografilor nr. 11-15
Clădirea S-Park, Corpul B3, Etaj 3, Camera 1,
Corpul B4, Etaj 3 și Corp LB, Etaj 3
Sector 1, 013714 București, România
Tel. 021 207 18 00; Fax 021 207 18 04

www.janssen.com/romania

Janssen  **Neuroscience**

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF **Johnson & Johnson**

Spravato[®]
(esketamină)
spray nazal

Antidepresiv inovator pentru pacienții cu tulburare depresivă majoră care încă suferă¹

SPRAVATO[®] este indicat în asociere cu un SSRI sau un SNRI la adulții cu tulburare depresivă majoră rezistentă la tratament care nu au răspuns la cel puțin două tratamente diferite cu antidepresive în episodul depresiv curent moderat până la sever.¹

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate. Pentru a avea sub control trasabilitatea medicamentelor biologice, numele și numărul lotului medicamentului administrat trebuie înregistrate cu atenție.

Janssen  Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*