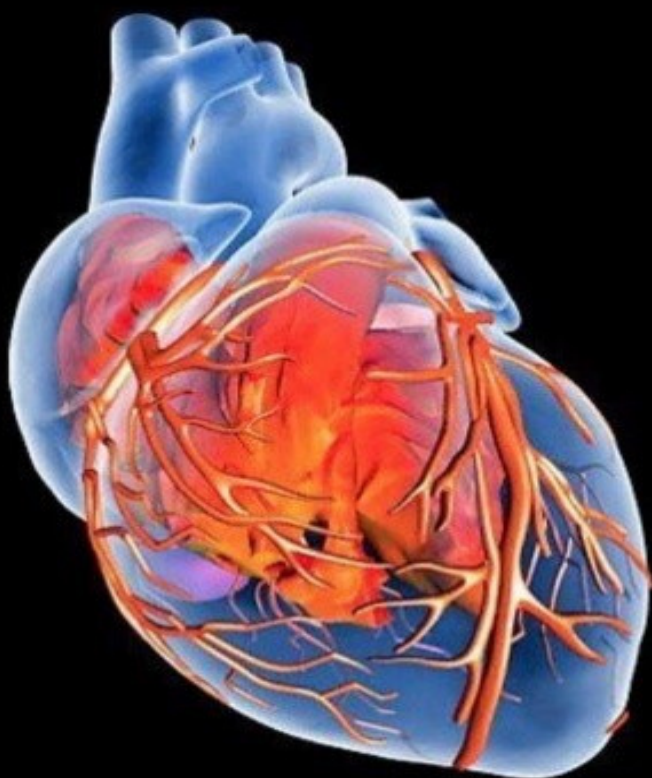


eAsistent.ro

Revista oficială a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - filiala Municipiului București



FEBRUARIE 2022

Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți?

Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,
Colectivul de redacție

EDITORIAL

Rolul de lider în îngrijirile medicale	4
--	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Boala Alzheimer – cercetătorii propun o abordare holistică a planului de tratament	8
--	---

EVENIMENT

Ziua mondială dedicată luptei contra cancerului: 4 februarie 2022	14
---	----

INTERVIU

COVID-ul lung (Long COVID) poate apărea și în cazul variantei Omicron, deși formele de boală provocate de aceasta sunt mai ușoare. Vaccinarea rămâne cea mai sigură protecție	21
---	----

ISTORIE

Ce știm astăzi despre ADHD	27
----------------------------	----

LUMEA MEDICALĂ

Relația bidirecțională dintre sănătatea cardiovasculară și cea cerebrală	33
--	----

CĂRȚI MEDICALE

Plan de acțiune pentru diabetul de tip 2: Un ghid pas cu pas cu rețete sănătoase și simple	39
--	----

Să înțelegem ADHD	40
-------------------	----

Clinica Mayo pe tema bolii Alzheimer și a altor forme de demență: Un ghid pentru pacienții cu Alzheimer și îngrijitorii lor (Ediția a 7a)	41
---	----

ECHIPA EDITORIALĂ	42
-------------------	----

Sursă foto copertă: NY Daily News



Rolul de lider în îngrijirile medicale

Ultimii doi ani au pus o presiune fără precedent asupra personalului medical de pretutindeni și au adus sistemele de sănătate în lumina reflectoarelor, mai mult decât oricând în

ultimul secol. Iar asistenții medicali s-au aflat în prima linie, alături de celelalte profesii medicale cu care colaborează pentru asigurarea serviciilor de sănătate necesare populației și pacienților, fie că a fost vorba despre asistența medicală primară, comunitară, ambulatorie sau spitalicească.

Chiar dacă uneori vorbim doar despre numărul de profesioniști necesari în sistemul de sănătate, în diverse sectoare ale acestuia, în realitate, în spatele acestor date, se află specialiști cu diverse niveluri de competență, dintre care cele de **leadership de nivel avansat și de management** se dovedesc a fi unele dintre cele mai importante în situații de criză.

Chiar și țări cu sisteme mai robuste de sănătate decât cel din România, cum este cel american, își pun problema cum să formeze și să asigure un număr cât mai constant de nurse cu competențe de leadership avansat și de management, pentru a nu-și destabiliza serviciile de îngrijire, pe termen mediu și lung. Pentru că ei previzionează că, în decurs de 8 ani, peste 1 milion de nurse înregistrate cu astfel de competențe se vor pensiona în USA, a devenit o provocare pentru sistemul de formare inițială și continuă cum să formeze aceste competențe la viitoarele nurse sau la cele care lucrează deja și vor să-și asume roluri de lider sau manager. Aceasta se întâmplă pentru că asistenții medicali lideri sau manageri sunt practic profesioniști care-și dezvoltă, pe lângă competențele profesionale, și o serie de abilități care să permită oferirea de îngrijire de top, dezvoltarea stilului propriu de leadership și a calităților de management, competențe care se formează în timp mult mai îndelungat.

Desigur că profesia de asistent medical este una pentru care calitățile de leadership sunt necesare la toate nivelurile. Toți asistenții medicali sunt pregătiți pentru a lua decizii și a îndeplini sarcini care au rolul de a menține starea de sănătate, dacă vorbim despre rolul preventiv al muncii noastre, rolul de a salva vieți sau de a asigura cea mai bună îngrijire, ori cea mai bună calitate a vieții. Însă domeniul oferă oportunități suplimentare și acelor asistenți medicali care vor să-și

Însușească cele mai bune competențe în a ghida și inspira alți colegi.

Din punct de vedere formal, leadership-ul în îngrijirile de sănătate înseamnă să te asiguri că asistenții medicali din echipă urmează protocoalele și procedurile care permit menținerea siguranței pacienților, asigură practici de îngrijire de înaltă calitate și folosesc modele avansate de îngrijire, înseamnă să fii capabil să aplici soluții inovative și să fii pregătit să influențezi modul în care sunt puse în practică îngrijirile de sănătate și, de ce nu, să participi la modelarea politicilor de sănătate.

Foarte sintetic spus, la patul pacientului, asistenții medicali cu rol de lider stabilesc obiective pentru îngrijirea pacienților lor și se asigură că acestea sunt atinse, prin corelarea obiectivelor echipei de îngrijire cu cele ale instituției care oferă servicii medicale acelui pacient. Practic, asistentul medical cu competențe de leadership se asigură că îngrijirile oferite pacientului integrează cele mai moderne metode prin: dezvoltarea planurilor de îngrijire sincronizate cu cele de tratament, gestionarea cu succes a echipelor care se ocupă de pacient și monitorizarea și raportarea rezultatelor tratamentului, pentru a atinge în final obiectivele stabilite pentru acesta. Acest asistent medical este și cel care este capabil să conducă eforturile de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, în baza unor planuri bine gândite. Pe măsură ce asistenții medicali dobândesc mai multă experiență de conducere, ei pot trece în poziții executive din ce în ce mai înalte, putând influența aspecte importante ale domeniului îngrijirilor de sănătate. Ei își pot folosi astfel experiența clinică la patul pacientului, iar experiența de management și leadership pentru a ghida politicile de sănătate.

Pentru noi, ca organizație, este esențial să contribuim la formarea și motivarea acestor elite ale profesiei noastre care, prin munca și exemplul lor, pot influența nu numai profesia de asistent medical ci și domeniul mai larg de îngrijire a sănătății în România.

Revista filialei este unul dintre instrumentele cu ajutorul cărora ne propunem să sprijinim acest demers și să promovăm către comu-

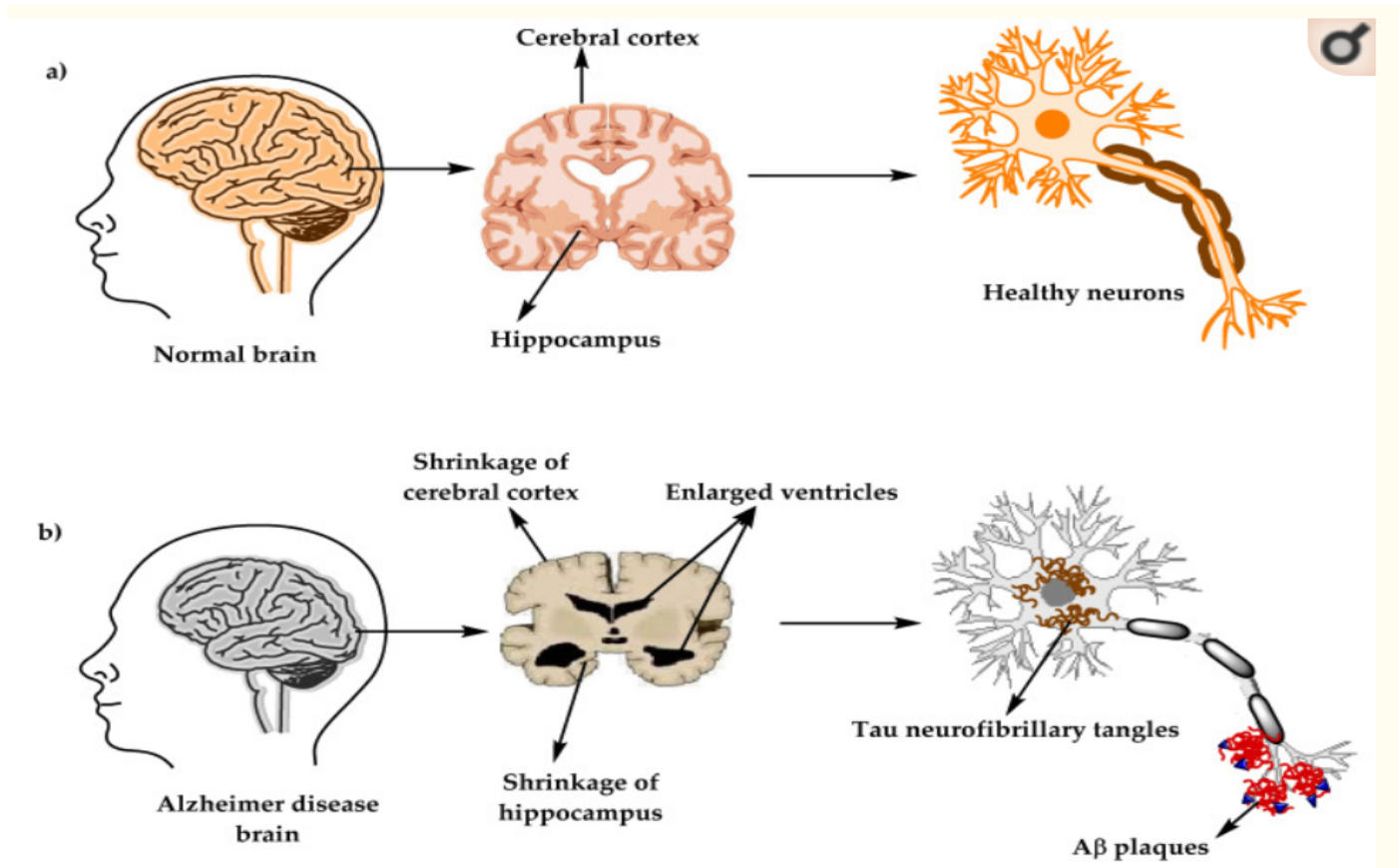
nitatea profesională, dar și în afara acesteia, cele mai importante noutăți din domeniul nostru de interes.

Vă invităm, așadar, să-i parcurgeți paginile care ne aduc mai aproape de evenimentele importante ale lunii, în articole precum: 1. **Ziua mondială dedicată luptei contra cancerului: 4 februarie 2022;** 2. **Boala Alzheimer – cercetătorii propun o abordare holistică a planului de tratament;** 3. **COVID-ul lung (Long COVID) poate apărea și în cazul variantei Omicron, deși formele de boală provocate de aceasta sunt mai ușoare. Vaccinarea rămâne cea mai sigură protecție;** 4. **Ce știm astăzi despre ADHD;** 5. **Relația bidirecțională dintre sănătatea cardiovasculară și cea cerebrală.**

De asemenea, ea cuprinde și o serie de recomandări editoriale: 1. Plan de acțiune pentru diabetul de tip 2: Un ghid pas cu pas cu rețete sănătoase și simple; 2. Să înțelegem ADHD; 3. Clinica Mayo pe tema bolii Alzheimer și a altor forme de demență: Un ghid pentru pacienții cu Alzheimer și îngrijitorii lor (Ediția a 7a).

Ca în fiecare lună, echipa editorială vă dorește o lectură instructivă și sănătate deplină!

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Boala Alzheimer – cercetătorii propun o abordare holistică a planului de tratament

(8 minute, timp de lectură)



În prezent, boala Alzheimer este considerată o problemă de sănătate la nivel mondial.

Una din trei persoane de peste 80 de ani trăiește cu Alzheimer. În prezent, boala nu poate fi vindecată și nu există niciun tratament

care să încetinească semnificativ progresia ei.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că peste 55 de milioane de persoane din întreaga lume trăiesc cu boala Alzheimer sau cu o formă de demență înrudită.

Pe măsură ce îmbătrânim, prevalența acestei boli se dublează la fiecare 5 ani după vârsta de 65 de ani.

În prezent, cercetările se concentrează pe înțelegerea patologiei bolii, vizând mai multe mecanisme, cum ar fi metabolismul anormal al *proteinei tau*, acumularea de *beta-amiloid*, *răspunsul inflamator* sau *disfuncțiile colinergice*. În această privință, cercetătorii lucrează în principal cu două clase majore de ipoteze - *ipoteza colinergică* și *ipoteza acumulării de beta-amiloid*. De asemenea, ipoteza alterării și acumulării proteinei tau alterate este și ea pe ecranul radar al cercetătorilor, dar nu este încă clar dacă acest proces este cauza principală, o cauză secundară sau dacă doar există o corelație puternică între cele două.

Ipoteza colinergică a fost prezentată inițial în urmă cu peste 20 de ani și sugerează că o disfuncție a neuronilor din creier care conțin acetil colină contribuie în mod substanțial la declinul cognitiv observat la persoanele cu vârstă înaintată care au boala Alzheimer. De atunci, această ipoteză a stat la baza dezvoltării majorității tratamentelor medicamentoase, precum terapia cu inhibitori ai colinesterazei (enzimă care scindează acetil colina), care urmărește să mențină o activitate crescută a neuro-transmiterii colinergice inter-neuronale.

Studii recente ale creierelor pacienților care prezentau o deficiență cognitivă ușoară sau un stadiu incipient al bolii Alzheimer, care au arătat că activitatea neuro-transmiterii colinergice nu era afectată, i-au determinat pe unii cercetători să pună la îndoială validitatea ipotezei colinergice.

Cu privire la ipoteza a doua, este cunoscut de câteva decenii că există o corelație puternică între acumularea de beta amiloid și demență, ceea ce a dus la cristalizarea acestei ipoteze cu privire la patogeneza

bolii Alzheimer. Cu toate acestea, există numeroase studii care arată că plăcile amiloide se depun și în creierile sănătoase, odată cu îmbătrânirea, ceea ce a ridicat întrebarea dacă aceste depuneri sunt sau nu responsabile de apariția bolii Alzheimer.

Acumularea intra neuronală de beta-amiloid joacă în mod sigur un rol în accelerarea progresiei bolii Alzheimer prin promovarea neurodegenerării. Boala este asociată cu dezvoltarea angiopatiei amiloide, în care beta amiloidul se acumulează pe pereții arterelor cerebrale, ceea ce duce la accelerarea dezvoltării bolii vasculare cerebrale.

Boala vasculară cerebrală favorizează, la rândul ei, depunerea de beta amiloid și dezvoltarea bolii Alzheimer prin dereglarea echilibrului dintre producția de beta amiloid și eliminarea acestuia. Cu toate acestea, nu este încă demonstrat în mod concludent dacă acumularea de beta amiloid este o cauză sau o consecință a bolii. De asemenea, interacțiunea dintre boala Alzheimer și boala vasculară cerebrală este un subiect de considerabil interes pentru lumea medicală.

Toate tratamentele aprobate în prezent pentru boala Alzheimer sunt agenți "simptomatici" care au ca scop îmbunătățirea simptomelor cognitive și comportamentale, fără a modifica evoluția bolii. Pe de altă parte, majoritatea programelor actuale de dezvoltare a unor terapii medicamentoase pentru boala Alzheimer vizează prevenirea sau întârzierea apariției sau încetinirea progresiei bolii.

Un studiu apărut în ianuarie 2022 *Journal of Molecular Neuroscience* a urmărit înțelegerea mai bună a neurodegenerării care apare în boala Alzheimer, cu scopul de a facilita dezvoltarea de opțiuni eficiente de tratament. În acest context, este important de menționat că inhibitorii agregării tau reprezintă acum o direcție terapeutică promițătoare. Neuronii conțin o proteină specializată numită tau, care este responsabilă pentru transportul nutrienților și al altor substanțe dintr-o parte a neuronului în alta. Cercetătorii au identificat disfuncții tau în mai multe boli neuro-degenerative ale creierului uman.

Astfel, o modificare a conformației proteinei tau are ca rezultat agregarea toxică. Prin urmare, prevenirea agregării tau devine o abordare interesantă pentru descoperirea de medicamente în vederea reducerii progresiei bolii Alzheimer. Studiile efectuate pe șoareci au arătat că agregările toxice ale proteinei tau cauzează leziuni mitocondriale, întreruperea semnalizării neuronale, pierderea sinaptică și afectarea memoriei.

Cercetătorii studiului publicat în *Journal of Molecular Neuroscience* au notat că degenerarea începe într-un singur loc și se transmite de la o celulă la alta, răspândindu-se în tot creierul și provocând daune și pierderi de țesut cerebral pe scară largă. Oamenii de știință consideră că, în cazul bolii Alzheimer, *acumularea proteinei beta-amiloid* sau leziunile la nivelul creierului pot duce la malformații ale *proteinei tau*. Pe măsură ce *tau* patogen se răspândește de la o celulă la alta, provoacă formarea unei rețele de încâlciri neurofibrilare care duc la moartea neuronală observată în boala Alzheimer.

Studiul a investigat modul în care *tau* malformat se transmite dintr-o parte a creierului în alta.

O mare parte din cercetările precedente pe această temă au abordat problema din punctul de vedere al modului în care celulele absorb *proteina tau* tipică în mod diferit față de modul în care absorb *tau* malformat, căutând o enzimă sau o proteină responsabilă în mod specific pentru absorbția de *tau* malformat. Identificarea unei asemenea enzime sau proteine ar permite apoi dezvoltarea unei tehnici terapeutice specifice care să o țintească, oprind astfel absorbția de *tau* malformat.

Dovezile găsite de echipa de cercetători a profesorului Robinson par a indica că o astfel de premiză este greșită. "*Există de fapt mai multe căi prin care tau poate intra în celule. În timp ce tau patogen poate fi preluat puțin mai rapid decât tau normal, neuronii și alte celule din creier preiau ambele forme relativ repede (în câteva minute)*", explică profesorul Robinson. "*Aceasta înseamnă că pentru a face ca neuronii să absoarbă tau sănătos, mai degrabă decât tau malformat,*

ne va trebui o abordare mult mai nuanțată a tratamentului”, posibil cu ajutorul unui amestec de medicamente pentru a aborda diferite elemente ale bolii. Aceste concluzii sunt în contrast cu ipotezele din studiile anterioare că o singură tehnică terapeutică care să anihileze proteina sau enzima responsabilă de absorbția tau malformat va fi eficace în a preveni apariția sau încetini progresia bolii.

În timp ce rezultatele acestui studiu construiesc o imagine mai clară a modului în care boala Alzheimer se formează și se răspândește în creier, profesorul Robinson a menționat că sunt necesare cercetări suplimentare. ”Următorul pas este studierea aprofundată a absorbției tau și a căilor celulare ale acestuia, fie în felii de creier de la subiecți de origine animală, fie cu tau izolat din diferite mostre de creier, cum ar fi creier al subiecților umani sănătoși comparate cu mostre de creier de la pacienți cu Alzheimer”, a declarat conducătorul studiului, profesorul Robinson.

Înțelegerea mai bună pe care studiile ulterioare o vor aduce va fi deosebit de importantă cel puțin pentru a înțelege cum să prevenim progresia bolii Alzheimer și a bolilor conexe.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Comprehensive Review on Alzheimer’s Disease: Causes and Treatment (nih.gov) (și sursa foto)
2. Alzheimer’s disease may require a more holistic treatment plan (medicalnewstoday.com)
3. New approaches to symptomatic treatments for Alzheimer’s disease | Molecular Neurodegeneration | Full Text (biomedcentral.com)
4. The cholinergic hypothesis of age and Alzheimer’s disease-re-

lated cognitive deficits: recent challenges and their implications for novel drug development - PubMed (nih.gov)

5. Is Beta-Amyloid Accumulation a Cause or Co-sequence of Alzheimer's Disease? (nih.gov)

Ziua mondială dedicată luptei contra cancerului: 4 februarie 2022

(7 minute, timpul de lectură)

Cancerelor le sunt atribuite 10 milioane de decese în fiecare an. Din acest motiv, cancerele sunt a doua cauză de deces la nivel mondial, iar 1 din 4 decese la nivelul Europei au această cauză. În plus, tot la nivelul Europei, cancerele reprezintă a doua cauză de moarte prematură. Totodată, efortul luptei cu cancerul înseamnă un cost economic global total estimat la 1.16 trilioane US\$.

Pentru că o treime din cancerele comune pot fi prevenite, milioane de vieți ar putea fi salvate anual, dacă ar fi gândite măsuri eficiente de prevenire, detectare timpurie și de tratament.

De aceea se fac eforturi de informare și educare, inclusiv de tipul campaniilor de conștientizare cu prilejul zilei dedicate cancerului, care pot salva vieți.

Iată de ce, cu prilejul acestei zile vom reaminti câteva repere importante care ne pot ajuta semnificativ, dacă sunt cât mai larg cunoscute.



Pe scurt, ce este cancerul? Este o boală care apare atunci când la un grup de celule normale din organism apar o serie de modificări ce duc la o creștere necontrolată, anormală, denumită nodul sau tumoră. Acest lucru se întâmplă la toate tipurile de cancer, mai puțin în cazul leucemiei (cancerul sângelui). Dacă sunt lăsate netratate, prin fluxul sanguin și sistemele limfatice, tumorile se pot dezvolta și se pot răspândi în țesutul normal din jur sau în alte părți ale organismului și pot afecta sistemele digestiv, nervos și circulator sau pot elibera hormoni care pot afecta funcția corpului.

Care sunt cauzele cancerului?

Ca în cazul multor altor boli, majoritatea cancerelor sunt rezultatul expunerii la diferiți factori. Este important de reținut că, deși unii dintre aceștia nu pot fi modificați, aproximativ o treime din cazurile de cancer pot fi prevenite prin reducerea riscurilor comportamentale și

alimentare.

Factorii care pot fi controlați sunt:

Consumul de alcool - Alcoolul poate crește riscul de apariție a șase tipuri de cancer, inclusiv la intestin (colo rectal), sân, gură, faringe și laringe, esofag, ficat și stomac. Dovezile sugerează că, în general, cu cât consumul de alcool este mai ridicat, cu atât crește riscul de cancer și că, chiar și consumul moderat de alcool, crește riscul de cancer.

Excesul de greutate sau obezitatea - este asociat cu un risc crescut de a dezvolta 12 tipuri diferite de cancer, inclusiv cancerul de colon și cancerul pancreatic. În general, creșterea în greutate, în special la adulți, este asociată cu riscuri mai mari de cancer.

Dieta și nutriția - Experții sugerează că dietele și aportul nutrițional, în special dietele bogate în carne roșie, carne procesată, alimente sărate și cele sărace în fructe și legume au un impact asupra riscurilor de cancer, în special asupra celor de colon, rinofaringe și stomac.

Activitate fizică regulată nu doar că ajută la reducerea excesului de grăsime corporală și a riscurilor de cancer asociate cu aceasta, dar a fi activ fizic poate ajuta la reducerea riscurilor de a dezvolta cancer de colon, sân și endometru.

Tutun - Fumul de tutun conține cel puțin 80 de substanțe diferite care cauzează cancer (agenți cancerigeni). Când fumul este inhalat, substanțele chimice intră în plămâni, trec în fluxul sanguin și sunt transportate în tot corpul. Acesta este motivul pentru care fumatul sau tutunul de mestecat nu numai că produc cancer pulmonar și bucal, dar sunt legate de multe alte tipuri de cancer. Cu cât o persoană fumează mai multe țigări, de la vârste foarte fragede și cu cât continuă să fumeze mai mult timp pe parcursul vieții, cu atât crește și mai mult riscul de cancer. În prezent, consumul de tutun este responsabil pentru aproximativ 22% din decesele cauzate de cancer.

Radiații ionizante – Sursele de radiații artificiale pot provoca cancer și reprezintă un risc pentru oameni. Acestea includ radon, raze X, raze gamma și alte forme de radiații de înaltă energie. Expunerea prelungită și neprotejată la radiațiile ultraviolete de la soare, lămpile solare și paturile de bronzat pot duce la melanom și afecțiuni maligne ale pielii. Persoanele cu pielea deschisă la culoare, persoanele cu multe alunițe sau care au antecedente familiale de melanom sau cancer de piele non-melanom sunt cele mai expuse riscului. Cu toate acestea, persoanele cu toate nuanțele de piele pot dezvolta cancer de piele, inclusiv persoanele cu pielea mai închisă la culoare.

Pericole legate de mediul profesional - Unii oameni riscă să fie expuși la o substanță care cauzează cancer din cauza muncii pe care o desfășoară. De exemplu, lucrătorii din industria coloranților chimici s-au dovedit a avea o incidență mai mare decât cea normală a cancerului de vezică urinară. Azbestul este o cauză bine-cunoscută a cancerului profesional - în special un cancer numit mezoteliom, care afectează cel mai frecvent plămâni.

Infecțiile - agenții infecțioși sunt responsabili pentru aproximativ 2,2 milioane de decese anuale prin cancer. Aceasta înseamnă, de exemplu, că un virus poate provoca modificări în celule care le fac mai susceptibile de a deveni canceroase. Aproximativ 70% dintre cancerurile de col uterin sunt cauzate de infecțiile cu papilomavirus uman (HPV), în timp ce cancerul hepatic și limfomul non-Hodgkin pot fi cauzate de virusul hepatitei B și C, iar limfoamele sunt legate de virusul Epstein-Barr. În trecut, infecțiile bacteriene nu au fost considerate agenți cauzatori de cancer. Studii mai recente au arătat, însă, că persoanele care au infecție cu *Helicobacter pylori* a stomacului dezvoltă inflamația mucoasei stomacului, ceea ce crește riscul de cancer de stomac.

Factorii care nu pot fi controlați sunt:

Vârsta - Cu cât oamenii trăiesc mai mult, cu atât crește expunerea

la agenții cancerigeni și crește intervalul de timp în care schimbările genetice sau mutațiile pot să apară în celule.

Substanțe care cauzează cancer (carcinogene) - sunt substanțe care modifică modul în care se comportă o celulă, crescând șansele de a dezvolta cancer. Genele sunt mesajele codificate din interiorul unei celule care îi spun acesteia cum să se comporte (adică ce proteine să producă), iar mutațiile sau modificările genei, cum ar fi deteriorarea ei, pot modifica modul în care acea celulă se comportă, făcând-o mai probabil să devină canceroasă.

Genetica - Din păcate, unii oameni se nasc cu un risc ridicat moștenit genetic de a dezvolta un anumit cancer („predispoziție genetică”). Acest lucru nu înseamnă că dezvoltarea cancerului este garantată, dar o predispoziție genetică face ca boala să fie mai probabilă. De exemplu, femeile care poartă genele cancerului de sân (BRCA 1 și BRCA 2) au o predispoziție mai mare de a dezvolta această formă de cancer decât femeile cu un risc normal de cancer de sân. Cu toate acestea, se știe că mai puțin de 5% din toate cancerurile de sân se datorează genelor. Deci, deși femeile cu una dintre aceste gene sunt mai susceptibile de a dezvolta cancer de sân, cele mai multe îmbolnăviri nu sunt cauzate de o greșeală genetică moștenită. Acest lucru este valabil și pentru alte tipuri de cancer obișnuite în care unii oameni au o predispoziție genetică - de exemplu, cancerul de colon.

Sistemul imunitar - Un sistem imunitar slăbit crește riscul de a dezvolta anumite tipuri de cancer. În această situație pot fi persoanele care au avut transplant de organe și iau medicamente pentru a diminua riscul ca sistemul imunitar să respingă organul nou, sau persoanele care au HIV sau SIDA sau alte afecțiuni medicale care le reduc imunitatea la boli.

Așadar, cum poate fi prevenit cancerul?

Cum spunem la început, o treime din toate tipurile de cancer pot fi prevenite. Acest lucru se poate face, în primul rând, prin reduce-

rea expunerii fiecăruia dintre noi la factori de risc precum tutunul, obezitatea, inactivitatea fizică, infecțiile, alcoolul, poluarea mediului, agenții cancerigeni profesionali și radiațiile.

În al doilea rând, pentru o serie de cancere, vaccinarea este soluția. Astfel, vaccinarea împotriva virusului hepatitei B (HBV) ajută la protejarea împotriva cancerului de ficat, iar vaccinarea împotriva virusului papiloma uman (HPV) previne cancerul de col uterin.

Cum poate fi detectat la timp cancerul?

Există o serie de tipuri de cancer care, dacă sunt identificate devreme, cresc șansele ca tratamentele să dea rezultate, adesea la costuri mai mici și cu efecte secundare mai puține (sau mai puțin semnificative) pentru pacienți. Există examene care ajută la detectarea precoce a cancerului colo rectal, de sân, de col uterin și oral, sau a altor tipuri de cancer.

Consultați-vă medicul de familie pentru a vă da cele mai bune recomandări cu privire la vaccinurile disponibile, la testele și programele de screening pe care le puteți realiza.

Nimic nu este mai important decât prevenirea unei îmbolnăviri grave. Iar **acest moment este cel mai bun să acționați în acest sens.**

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.uicc.org/news/countdown-world-cancer-day-2022>
2. What is cancer? | World Cancer Day
3. CERVICAL CANCER / HPV VACCINE
4. Cancer statistics - Statistics Explained (europa.eu)

5. What to know about cervical cancer's diagnosis and its cells
6. <https://www.wcrf.org/dietandcancer>

COVID-ul lung (Long COVID) poate apărea și în cazul variantei Omicron, deși formele de boală provocate de aceasta sunt mai ușoare. Vaccinarea rămâne cea mai sigură protecție

(6 minute, timp de lectură)

În cadrul unui interviu acordat publicației *Spectrum News*, la finalul anului trecut, Dr. Anthony Fauci (foto), directorul Institutului Național pentru Alergii și Boli Infecțioase din SUA, vorbește despre pericolul efectelor pe termen lung ale bolii COVID-19, chiar și în cazul variantei Omicron și a formelor mai ușoare de boală.

De asemenea, acesta amintește că, pentru o adevărată protecție prin vaccinare în fața noii variante, aceasta ar putea să implice automat doza de rapel, iar speranța sa pentru anul 2022 este că o rată de vaccinare mai mare o să ajute prin faptul că se va instala o așa numită "pătură de protecție" asupra populației Statelor Unite ale Americii.

Tot în cadrul aceluși interviu, Dr. Fauci vorbește despre faptul că, dacă oamenii se vaccinează în număr suficient de mare, deși COVID-19 nu



va dispărea niciodată complet, cel mai probabil, protecția care se va instala va face ca acesta să nu mai perturbe cu adevărat societatea.

"Când vine vorba despre simptomele persistente (n.a. – cunoscute și sub numele de COVID lung), acestea se pot întâmpla indiferent de varianta de virus. Nu există nicio dovadă că există vreo diferență între delta sau beta sau, acum, omicron." a spus dr. Fauci.

„Ar trebui să fim întotdeauna conștienți de faptul că atunci când oamenii fac infecție simptomatică... între 10 și până la 30% din aceștia vor continua să aibă simptome persistente”, a adăugat el, menționând că și cazurile ușoare sunt incluse în această posibilitate.

Simptomele persistente includ, de obicei, dificultăți de respirație, oboseală, dificultăți de concentrare, insomnie și ceață cerebrală.

Dr. Fauci a menționat și speranța pe care o are pentru 2022, în care, la o rată de vaccinare suficient de mare, vor fi reduse odată pentru totdeauna infecțiile cu COVID.

Aceasta era, în decembrie 2021, opinia expertului care a fost șef al Institutului Național de Alergii și Boli Infecțioase din SUA mai bine de 35 de ani și în ultimii ani, consilierul principal al președintelui ameri-

can.

Pe de altă parte, pe tot parcursul ultimilor 2 ani, **cercetătorii au încercat să înțeleagă COVID-ul de lungă durată**, pentru a determina care pacienți sunt expuși unui risc mai mare și pentru a găsi tratamente adecvate, cum ar fi terapia antivirală.

Un nou studiu a descoperit patru factori asociați cu viitoarele simptome persistente ale COVID, inclusiv virusul Epstein-Barr (EBV) – un tip de virus herpes – care este reactivat la începutul bolii, dar și anumiți autoanticorpi, care sunt prezenți și în afecțiunile autoimune și diabetul de tip 2.

Mult timp COVID-ul a fost în mare parte un mister pentru oamenii de știință. Inițial s-a crezut că simptomele persistente (COVID-ul lung) apar doar în cazurile foarte severe de COVID-19, dar ele au fost prezente și la pacienții cu cazuri ușoare. El poate fi caracterizat printr-o amalgamare a simptomelor persistente mult timp după infecția acută. Aceste simptome sunt adesea respiratorii sau fizice, dar există rapoartări tot mai multe de simptome gastrointestinale și neurologice.

Într-un studiu recent (apărut în revista Cell), cercetători de la mai multe universități și centre, inclusiv Universitatea din Washington, Institutul de Biologie a Sistemelor (ISB) și Centrul Medical Suedez din Seattle, au descoperit că patru factori biologici ar putea ajuta să prezică dacă un pacient va dezvolta COVID lung.

Cei 4 factori care cresc riscul de COVID pe termen lung sunt: 1. nivelul de ARN coronavirus din sângele pacientului; 2. prezența anumitor autoanticorpi; 3. reactivarea EBV și 4. diabetul de tip 2.

Dintre pacienții care au avut trei sau mai multe simptome, 95% au avut cel puțin unul dintre acești patru factori care cresc riscul.

Simptomele dezvoltate pot fi grupate astfel:

- simptome virale respiratorii - tuse, oboseală, dificultăți de respirație, febră sau frisoane, dureri musculare sau de corp, greață;
- gastrointestinale - diaree, dureri abdominale;

- neurologice - anxietate, vedere încețoșată, depresie, probleme de memorie, dificultăți de concentrare, dificultăți de somn, amețeli, dureri de cap;
- anosmie/disgeuzie —pierderea mirosului, pierderea gustului.

Pacienții de sex feminin sau pacienții cu boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC) au avut un risc mai mare de a prezenta cel puțin trei simptome ale COVID-ului lung.

Alte cercetări au descoperit și că **persoanele care suferă de COVID-19 sever tind să aibă disbioză intestinală** (bacteriile din tractul gastrointestinal suferă un dezechilibru).

În 2020, cercetătorii de la Centrul pentru Cercetarea Microbiotei Intestinale, parte a Universității Chineze din Hong Kong, au găsit un indiciu. Ei au descoperit că persoanele cu COVID-19 au avut modificări distincte în comunitatea de microorganisme care trăiesc în intestinul lor, în comparație cu persoanele sănătoase. Probele de fecale de la persoanele cu COVID-19 au conținut mai mulți agenți patogeni oportuniști sau organisme cauzatoare de boli și mai puține bacterii „prietenoase”. Această perturbare a echilibrului organismelor care trăiesc în intestin, cunoscută sub numele de disbioză intestinală, părea a fi mai extremă la persoanele cu boli mai severe. Deoarece intestinul joacă un rol major în reglarea sistemului imunitar, tulburările microbiotei intestinale nu numai că pot exacerba COVID-19, dar pot provoca și simptome persistente ca urmare a tulburărilor imune continue.

Acestea au fost primele dovezi ale disbiozei intestinale la persoanele cu COVID prelungit până la 6 luni după infecția lor inițială cu SARS-CoV-2. Oamenii de știință au descoperit și legături între anumite grupuri de bacterii și anumite simptome. La momentul internării în spital, persoanele care au continuat să dezvolte COVID cu simptome persistente au avut tendința de a avea un microbiom mai puțin divers, în comparație cu persoanele care și-au revenit complet sau cu persoanele sănătoase.

Prin urmare, studiile clinice viitoare ar putea investiga probioticele,

modificările dietetice, evitarea antibioticelor, acolo unde este posibil, sau transplanturile de microbiotă fecală ca potențiale tratamente pentru COVID-ul de lungă durată.

Rezultatele tuturor acestor studii ne arată că lumea medicală este mult mai pregătită decât în anul 2020 să gestioneze provocările aduse de noul coronavirus și îmbolnăvirile pe care acesta le generează.

Totuși, este important să realizăm că **putem să ne apărăm de pericolele unei îmbolnăviri și de suferința adusă de aceasta dacă ne protejăm și ne pregătim sistemul imunitar pentru întâlnirea cu virusul**. Astfel, un studiu devenit public în luna ianuarie 2022 a analizat modul în care sistemul imunitar răspunde, atât în urma infecției cu SARS-CoV-2, cât și în urma vaccinării cu vaccin COVID-19. Dat fiind că atât de mulți oameni, inclusiv persoane complet vaccinate sau cu rapel, contractează SARS-CoV-2, cercetătorii doresc să înțeleagă modul în care combinația dintre vaccinare și infecție ar putea influența răspunsul imun.

Acest studiu, realizat de Universitatea de Sănătate și Știință din Oregon (OHSU), SUA, care apare în Science Immunology, explorează această problemă. De asemenea, investighează răspunsul anticorpilor persoanelor care au fost nevaccinate în momentul infecției, dar care au fost ulterior vaccinate.

Rezultatele lui sugerează că „imunitatea hibridă”, rezultată din vaccinare și infecție, implică cel mai puternic răspuns imunitar. Acesta este numit de mulți „**super imunitate**”.

Cercetătorii au stabilit că nu contează dacă cineva a primit vaccinul mai întâi sau a contractat infecția mai întâi. Sistemul imunitar a răspuns similar. *„Nu contează dacă te infectezi și apoi te vaccinezi sau dacă te vaccinezi și apoi apare o infecție”,* spune Dr. Fikadu Tafesse, co-autor principal al studiului și profesor asistent de microbiologie moleculară și imunologie la OHSU. *„În oricare dintre cazuri, veți obține un răspuns imunitar cu adevărat robust – uimitor de ridicat.”* Cercetătorii au mai stabilit că răspunsul imunitar „hibrid” este pu-

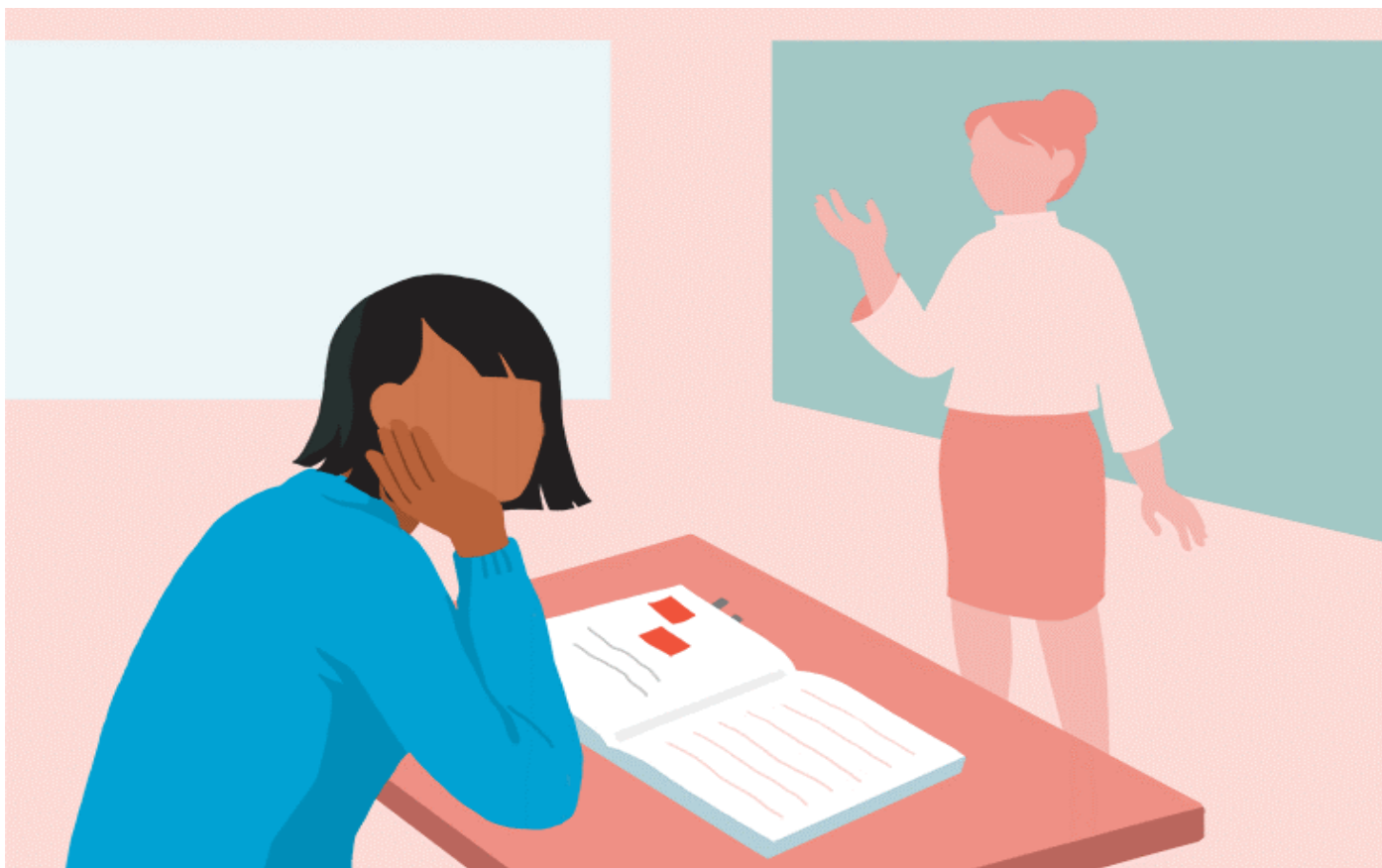
ternic, indiferent de vârstă, în timp ce răspunsul dat doar de vaccin tinde să scadă odată cu vârsta.

Deși răspunsul imun hibrid este puternic indiferent de modul în care oamenii au obținut această imunitate, recomandarea experților implicați în studiu este **să vă vaccinați mai întâi și să luați măsuri pentru a preveni infecția**. „*Ne apărăm cel mai bine prin vaccinare*”, explică dr. Tafesse. „*Și dacă vine virusul, vom avea o boală mai blândă și vom obține această super imunitate, fără suferință în plus.*”

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. <https://www.ny1.com/nyc/all-boroughs/news/2021/12/29/fauci-interview-long-covid-still-a-risk-with-milder-omicron-cases> (inclusiv sursa foto)
2. Predicting long COVID: Study finds 4 risk factors (medicalnewstoday.com)
3. Long COVID: Gut bacteria may be key (medicalnewstoday.com)
4. Who develops 'super immunity'? (medicalnewstoday.com)



Ce știm astăzi despre ADHD

(9 minute, timp de lectură)

Descoperirea a ceea ce astăzi numim tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) este legată de numele unui medic scoțian, Sir Alexander Crichton.

În anul 1798, el observa că unii oameni erau mult mai neatenți și mai incapabili să se concentreze asupra activităților lor decât alți semeni de-ai lor. Tot el este cel care nota că aceste simptome își au debutul în copilărie.

Într-o serie de prelegeri din 1902, ADHD a fost menționat pentru prima dată.

Pediatrul britanic Sir George Frederic Still menționa atunci că unii copii nu își puteau controla comportamentul așa cum ar face un copil obișnuit, dar erau totuși inteligenți. Acești copii erau mai impulsivi și aveau probleme cu atenția și autocontrolul. El a descris aceasta drept „un defect anormal de control moral la copii”. Studiul lui a cuprins observarea a 15 cazuri la băieți și cinci la fete.

Ponderea indicată este în concordanță cu cunoștințele moderne care indică faptul că bărbații sunt mai susceptibili de a fi diagnosticați cu ADHD decât femeile.

Inițial, ADHD a fost numită reacție hiperkinetică a copilăriei. În 1932, medicii germani Franz Kramer și Hans Pollnow descriau o afecțiune numită boală hiperkinetică. Copiii cu această afecțiune nu puteau sta nemișcați. Pentru că nu puteau respecta regulile, aveau probleme la orele de la școală și să se înțeleagă cu alți copii. Afecțiunea debuta la acești copii în jurul vârstei de 3 sau 4 ani și atingea apogeul la vârsta de 6 ani. Până la vârsta de 7 ani, neliniștea lor devenea mai puțin intensă. La majoritatea, situația s-a îmbunătățit pe măsură ce îmbătrâneau.

Abia în anii 1960, Asociația Americană de Psihiatrie (APA) a recunoscut-o oficial ca o tulburare mintală. ADHD fost inclus în „Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale” (DSM) al Asociației Americane de Psihiatrie abia la cea de-a doua ediție, cea din 1968. Atunci, această condiție a fost identificată drept reacție hiperkinetică a copilăriei. În cea de-a treia ediție, lansată în 1980, APA a redenumit condiția *tulburare cu deficit de atenție* (ADD) și a creat două variante: *ADD cu hiperactivitate* și *ADD fără hiperactivitate*. În 1987, APA a schimbat numele în *tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție* (ADHD), care combina neatenția, impulsivitatea și hiperactivitatea într-un singur tip. În 1994, APA a lansat o a patra ediție a DSM. Aici a enumerat trei tipuri de ADHD: în cea mai mare parte neatent; preponderent hiperactiv și impulsiv; și un tip combinat care include

toate cele trei simptome. Această ediție a recunoscut, de asemenea, că simptomele ADHD nu dispar întotdeauna când copiii devin adulți. În cea mai recentă ediție, publicată în 2013, APA a desemnat cele trei tipuri drept cele trei „prezentări” ale ADHD. Aceasta înseamnă că tulburarea poate afecta oamenii, dar acest lucru se poate schimba în timp.

Ce este, de fapt, ADHD și care este prevalența?

Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) este o tulburare comună de neurodezvoltare care are cauze neurobiologice și care este diagnosticată cel mai frecvent la copii.

Potrivit Centrului pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (CDC), ADHD este cel mai adesea diagnosticat în anii de școală elementară. Cu toate acestea, adulții pot manifesta simptome și pot fi, de asemenea, diagnosticați.

În ceea ce privește prevalența, la nivel global, s-a estimat că aproximativ 5% dintre copii și adolescenți sunt afectați de ADHD.

Odată cu înaintarea în vârstă, atât prevalența ADHD persistent la adulți (care a debutat în copilărie), cât și ADHD simptomatic la adulți (indiferent de debutul în perioada copilăriei), au scăzut. Prin ajustarea pentru structura demografică globală în 2020, prevalența ADHD persistent în rândul adulților a fost de 2,58%, iar cea a adulților simp-tomatici ADHD a fost de 6,76%. Aceasta înseamnă 139,84 milioane, respectiv, 366,33 milioane de adulți afectați în 2020, la nivel global.

Anii 1990 au adus și o creștere semnificativă a numărului de cazuri. Explicațiile sunt legate de capacitatea crescută de diagnosticare la nivelul sistemului medical, precum și faptului că din ce în ce mai mulți părinți au recunoscut și raportat simptomele și din ce în ce mai mulți copii au manifestat simptome.

Pe măsură ce numărul cazurilor de ADHD a crescut, din ce în ce mai multe medicamente pentru tratarea tulburării au devenit disponibi-

le. De asemenea, medicamentele au devenit mai eficiente, iar multe dintre ele au beneficii pentru persoanele care au nevoie de ameliorarea simptomelor pe termen lung.

Ce ne spun o serie de cercetări recente despre ADHD și legătura cu alte comportamente la adolescenți și tineri sau sindroame la adulți?

Deși există diverse ipoteze despre cauzele genetice ale acestei tulburări, printre care unele care vorbesc despre afectarea creierului copilului în timpul dezvoltării fetale, ori în timpul sau după naștere, sau unele care spun că reprezintă urmări ale unor traumatisme, leziuni sau infecții, sau că sunt afecțiuni congenitale, acestea nu sunt clar dovedite. Tocmai această nesiguranță privitoare la cauzele exacte ale ADHD face ca studiile să continue să-i analizeze pe cei care par să joace cel mai important rol și anume genetica, factorii de mediu și neurotransmițătorii, cum ar fi dopamina.

Pe de altă parte, sunt analize care arată și că persoanele cu ADHD sunt expuse riscului de a dezvolta tulburări legate de consumul de substanțe. O astfel de analiză de literatură menționează că, în comparație cu populația generală, adolescenții cu tulburări de consum de substanțe au mai multe șanse de a avea și ADHD. De exemplu, într-un studiu privind tulburările legate de consumul de cannabis, 38% dintre participanți aveau ADHD. Un alt studiu a arătat că 23% dintre adulții tineri cu tulburări legate de consumul de substanțe au și această afecțiune. Probabilitatea apariției tulburărilor legate de consumul de substanțe este aproape de două ori mai mare în rândul persoanelor cu ADHD și de patru ori mai mare în rândul celor cu ADHD și tulburări de conduită. În tulburarea de conduită, indivizilor pare că le face plăcere să se comporte inadecvat și să-i rănească pe alții.

Deși experții nu au ajuns la o concluzie clară cu privire la motivele

exacte din spatele conexiunii, există mai multe teorii care leagă ADHD și consumul de substanțe. Ei spun, de exemplu, că trăsăturile ADHD, inclusiv impulsivitatea, problemele de concentrare și provocările școlare care rezultă pot crește probabilitatea ca un tânăr să înceapă să consume substanțe. De asemenea, poate să existe o legătură genetică între ADHD și riscul de a dezvolta o tulburare legată de consumul de substanțe. În plus, persoanele care trăiesc cu ADHD se pot simți tentate să încerce medicamente psihoactive, pentru a autotrata simptomele ADHD. Mai mult, creierul persoanelor cu ADHD și al celor cu adicții poate împărtăși caracteristici structurale similare, inclusiv un cortex frontal și un cerebel mai mici.

De asemenea, fumatul pare să influențeze probabilitatea dezvoltării tulburărilor legate de consumul de substanțe la copiii și adolescenții cu ADHD. De exemplu, unele cercetări arată că mai mult de 50% dintre adolescenții care fumează și au ADHD dezvoltă tulburări legate de consumul de substanțe ca adulți tineri. Studiul sugerează că acest lucru se poate datora faptului că prietenii care fumează ar putea folosi și alte substanțe. Autorii sugerează, de asemenea, că utilizarea nicotinei modifică creierul în curs de dezvoltare.

Există și o veste bună: se pare că acei copii care primesc tratament ADHD la o vârstă mai mică sunt mai puțin susceptibili de a dezvolta tulburări legate de consumul de substanțe decât cei care încep tratamentul mai târziu. În plus, tratarea problemelor de sănătate mintală, cum ar fi anxietatea și depresia, care apar adesea alături de ADHD, este esențială și ar putea reduce șansele unui individ de a dezvolta acest risc.

Toate indică faptul că legătura dintre ADHD și consumul de substanțe la tineri este complexă, iar cercetările ulterioare pot sprijini explicația completă a acesteia.

O altă conexiune studiată este cea dintre tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) și sindromul picioarelor neliniștite (SPN). Numită și boala Willis-Ekbom, SPN provoacă sentimente sau senzații inconfortabile la nivelul picioarelor și o dorință copleșitoare

de a le mișca. Simptomele afecțiunii apar de obicei seara și adesea se agravează noaptea, atunci când persoana este în repaos. Medicii clasifică SPN drept o tulburare de somn, deoarece odihna declanșează simptomele. Ei o pot considera, de asemenea, o tulburare de mișcare, deoarece oamenii trebuie să își miște picioarele pentru a ameliora simptomele. Cu toate acestea, unii experți consideră că este o tulburare senzorială neurologică, deoarece creierul produce simptomele.

Practic, o serie de studii raportează o legătură puternică dintre problemele de somn, precum SPN și insomnia la persoanele cu ADHD.

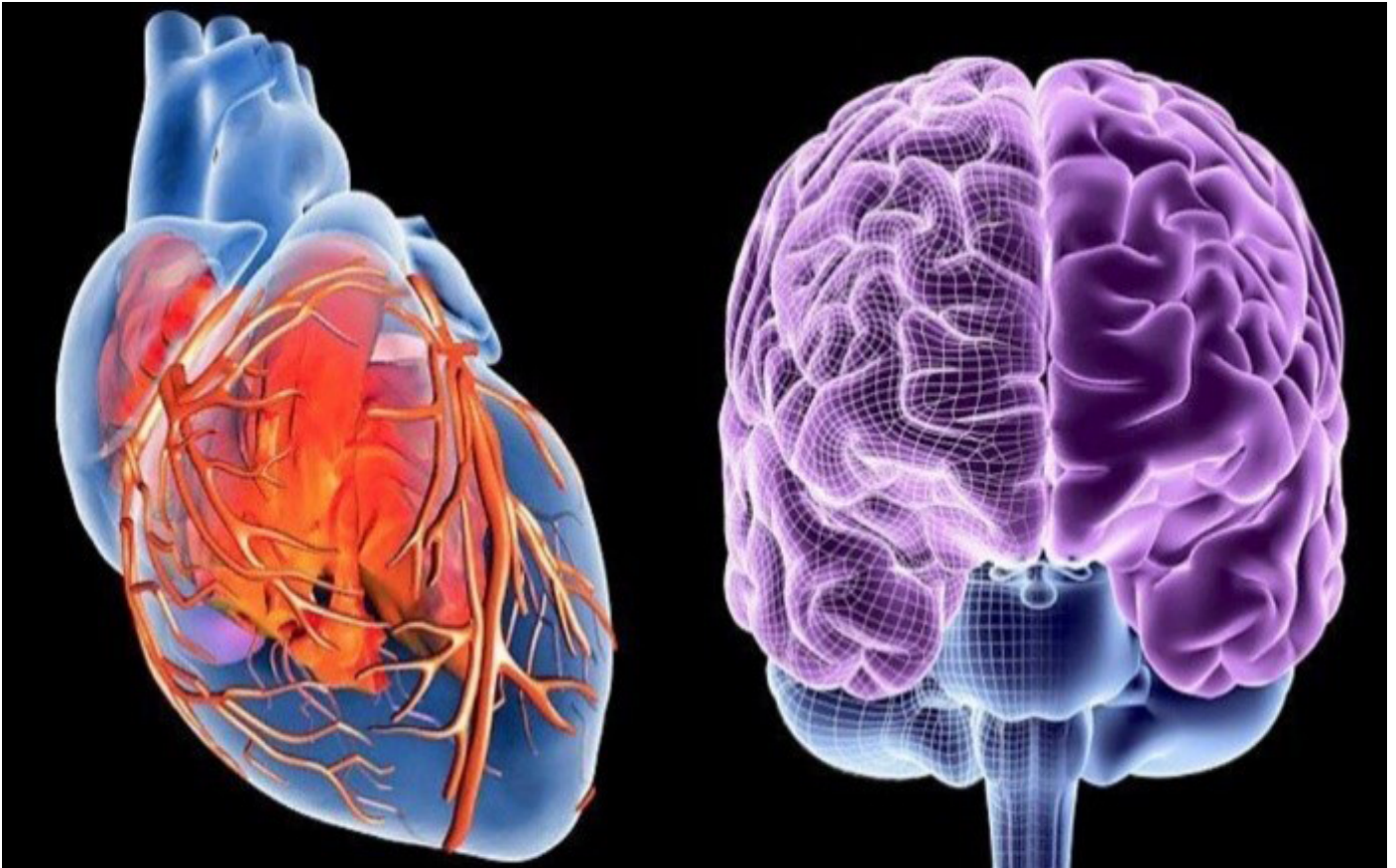
Cercetările sugerează că persoanele cu ADHD pot avea mai puțini receptori de dopamină în lobii frontali. O scădere a receptorilor de dopamină, în combinație cu o cantitate redusă de dopamină circulatorie, ar putea fi motivul pentru care persoanele cu ADHD experimentează SPN.

Toate acestea demonstrează clar că este nevoie de cercetări suplimentare, pentru a determina cauzele ADHD și cele ale comportamentelor și altor afecțiuni cu care aceasta se corelează.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. What's the History of ADHD? (webmd.com)
2. The History of ADHD: A Timeline (healthline.com) (și sursa foto)
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7916320/4>. ADHD and addiction: Relationship, signs, and treatment (medicalnewstoday.com)
5. ADHD and restless leg syndrome: Is there a connection? (medicalnewstoday.com)



Relația bidirecțională dintre sănătatea cardiovasculară și cea cerebrală

(10 minute, timp de lectură)

O statistică recent publicată de *American Heart Association* privind bolile de inimă și accidentele vasculare cerebrale subliniază relația bidirecțională dintre sănătatea creierului și cea

a inimii.

De asemenea, patru studii desfășurate în SUA au constatat că persoanele cu insuficiență cardiacă au un risc cu 80% mai mare de a dezvolta demență.

La nivel mondial, numărul cazurilor de demență și al deceselor a crescut alarmant în ultimele 3 decenii, mai mult decât cel al bolilor de inimă. Astfel, demența este una dintre cele mai frecvente afecțiuni în rândul populației vârstnice și, cu toate acestea, patogeniza bolii este în mare parte necunoscută.

Totuși, cercetările din domeniu evidențiază din ce în ce mai concludent importanța legăturii dintre inimă și creier în patogeniza și evoluția tulburărilor cognitive.

La persoanele sănătoase, mecanismele sofisticate de control cerebrovascular asigură corelația dintre alimentarea cu sânge a creierului și cerințele sale energetice. Aceste cerințe cresc în timpul activității neuronale și sunt satisfăcute printr-o creștere locală puternică a fluxului sanguin. Reactivitatea vasomotorie cerebrală menține fluxul sanguin cerebral relativ constant în timpul schimbărilor tensiunii arteriale, protejând creierul de oscilațiile nedorite. Totuși, acest mecanism nu este întotdeauna capabil să compenseze provocările serioase precum oprirea fluxului sanguin cerebral din cauza unui stop cardiac sau ocluzia unei artere cerebrale mari.

Ateroscleroza, hipertensiunea arterială sau diabetul reprezintă și ele provocări demne de subliniat. Studiile au arătat că, în general, reducerea fluxului sanguin cerebral este corelată cu o prevalență în creștere a disfuncției cognitive. Mai multe dovezi în favoarea ipotezei că alimentarea insuficientă cu sânge a circulației cerebrale poate duce la afectarea cognitivă provin din observațiile la pacienții cu arterele carotide interne blocate.

Studiile arată că disfuncția unității neurovasculare care formează bariera hemato-encefalică (BHE) joacă un rol central în conexiunea inimă-creier, inducând scurgerea de constituenți plasmatici și infiltrarea

celulelor inflamatorii în țesutul înconjurător. Stresul oxidativ induce disfuncția endotelială, deschiderea BHE și producția de citokine, iar inflamația, la rândul său, sporește stresul oxidativ prin creșterea expresiei enzimelor producătoare de specii reactive de oxigen și prin scăderea nivelului de apărare împotriva stresului oxidativ.

În plus, stresul oxidativ și inflamația compromit mecanismul de regenerare a materiei albe deteriorate. Diminuarea factorilor de creștere neuronală, care a fost observată în cazul bolii Alzheimer, de exemplu, compromite și mai mult acest mecanism de regenerare.

Compromiterea BHE duce ulterior la absorbția neuronală a proteinelor neurotoxice derivate din sânge și la diminuarea micro vasculară și reducerea fluxului sanguin cerebral. S-a observat că defectele vasculare s-au dezvoltat înainte de apariția modificărilor și disfuncțiilor neuronale, ceea ce sugerează că defectele vasculare pot iniția modificări neurodegenerative.

În concluzie, există dovezi din ce în ce mai clare și numeroase care susțin o legătură între afectarea hemodinamică cerebrală și funcția cognitivă. Insuficiența cardiacă, ateroscleroza, bolile steno-occlusive și ale arterelor mici deteriorează alimentarea cu sânge a creierului, afectând cel mai probabil funcția unității neurovasculare și a BHE, care, la rândul lor, provoacă inflamație, stres oxidativ și expune neuronii la proteine neurotoxice. Mecanismele fiziopatologice exacte și relațiile cauzale rămân însă să fie investigate mai profund.

Toate aceste mecanisme, si nu numai, fac parte din obiectul de studiu al neurocardiologiei. Neurocardiologia se referă astfel la interacțiunea bi-direcțională dintre sistemul nervos și sistemul cardiovascular, căci nu numai sistemul cardiovascular afectează sistemul nervos, relația cauzală acționând și în celălalt sens, dinspre sistemul nervos și creier spre inimă.

Astfel, influențele creierului asupra inimii pot include markeri cardiaci crescuți, aritmii sau necroză miocardică.

De asemenea, cardiomiopatia Takotsubo sau sindromul inimii frân-

te este un exemplu perfect al relației profunde dintre creier și inimă. Acesta imită un sindrom coronarian acut și poate duce chiar la moarte subită. Este un exemplu de patologie cardiacă majoră cauzată de catastrofe emoționale și neurologice. Rolul central al sistemului nervos autonom în reglarea funcției cardiace a dus, de asemenea, la introducerea neuromodulării pentru a îmbunătăți în mod eficient funcția cardiacă. La nivel general, neuromodularea, care acționează direct asupra nervilor, este procesul prin care activitatea acestora este schimbată – sau modulată – prin furnizarea de impulsuri electrice sau agenți farmacologici direct spre zona țintă.

Legătura dintre disfuncția inimii și cea a creierului ar putea deveni o problemă foarte importantă de sănătate publică în viitorul apropiat, deoarece atât disfuncția cardiacă, cât și pierderea progresivă a funcțiilor cognitive, sunt caracteristici ale îmbătrânirii.

Cercetătorii din domeniul neurocardiologiei îi îndeamnă pe clinicienii cardiologi și neurologi să adopte o abordare integratoare asupra sănătății inimii și creierului.

Într-un număr recent al revistei *Journal of Alzheimer's Disease*, Dr. Jack de La Torre, Profesor de psihologie la Universitatea din Texas, SUA, și expert renumit în boala Alzheimer, a declarat că *"asocierea semnificativă dintre bolile cardiovasculare și un risc crescut de boală Alzheimer oferă posibilitatea de a reduce în mod semnificativ incidența demenței prin identificarea timpurie și gestionarea medicală adecvată a factorilor de risc și a bolilor cardiovasculare. Acest lucru ar putea reprezenta un pas înainte gigantic în reducerea prevalenței demenței la nivel mondial, care va crește de la 35 milioane de persoane în prezent la 60 de milioane în 2030"*.

În 1993, Dr. de la Torre a avansat pentru prima dată conceptul bolii Alzheimer ca fiind o afecțiune vasculară cu consecințe neurodegenerative. Ipoteza vasculară a bolii Alzheimer a avut o influență profundă asupra studiilor care implică epidemiologia, neuroimagistica, neuropatologia și terapia acestei boli, în încercarea de a-i defini fiziopatologia și patogenеза.

Pe un plan mai general, viitorul abordărilor terapeutice în neurocardiologie constă atât în tratamente noi, cât și în aplicarea unor idei medical-științifice integrative care să ia în considerare tulburările degenerative și vasculare cronice concomitente și interacțiunile multiplelor tratamente medicamentoase și non-medicamentoase. În acest sens, neurostimularea electrică, terapia prin muzică și, recent, denervarea renală au devenit opțiuni interesante în tratamentul anginei pectorale, al insuficienței cardiace și al hipertensiunii arteriale.

De exemplu, în cazul tratamentului hipertensiunii arteriale prin denervarea arterelor renale, mecanismul este următorul. Nivelul tensiunii arteriale este citit de anumiți receptori din organism, trimițând apoi informația către creier, care apoi produce reglarea acesteia prin comenzile date anumitor organe. Orice citire greșită a nivelului tensiunii poate duce apoi la comenzi greșite din partea creierului, care, de exemplu, pot crește și mai mult tensiunea arterială când aceasta poate fi deja la un nivel destul de ridicat.

Receptorii care citesc nivelul tensiunii arteriale se află în principal la nivelul rinichiului. Denervarea arterelor renale urmărește ca receptorii aceștia să funcționeze corect, evitând apariția sau gestionând în mod eficace hipertensiunea arterială.

Înțelegerea deplină a mecanismelor care susțin relația bidirecțională dintre inimă și creier va permite adoptarea unor abordări terapeutice mai eficace atât pentru pacienții cu boli cardiovasculare, cât și pentru cei cu afecțiuni cerebrovasculare.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Neurocardiology - an overview | ScienceDirect Topics
2. The heart and the brain: an intimate and underestimated rela-

tion (nih.gov)

3. Neurocardiology: close interaction between heart and brain (nih.gov)

4. The heart-brain connection: mechanistic insights and models (nih.gov)

5. How does heart health affect brain health? (medicalnewstoday.com)

6. Editor - Jack C. de la Torre | Department of Psychology, University of California | 665 (omicsonline.org)

7. Hipertensiunea arteriala cu afectare renala | Centrele Ares | Radiologie Interventionala (medicina-interventionala.ro)

8. Sursa foto: How to Navigate the Heart - Mind Connection - Everyday Health

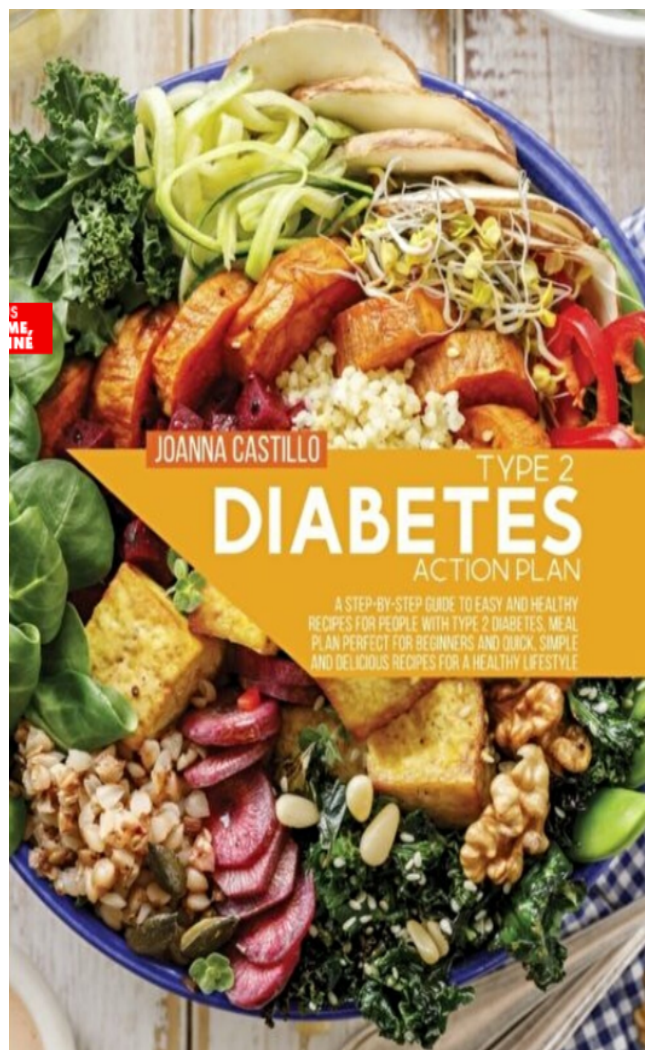
Plan de acțiune pentru diabetul de tip 2: Un ghid pas cu pas cu rețete sănătoase și simple

Autor: Joanna Castillo, Editura Joanna Castillo, 2021

Conform studiilor recente efectuate pe diferite grupuri de diabetici, alimentația are o importanță crescută pentru gestionarea diabetului de tip 2.

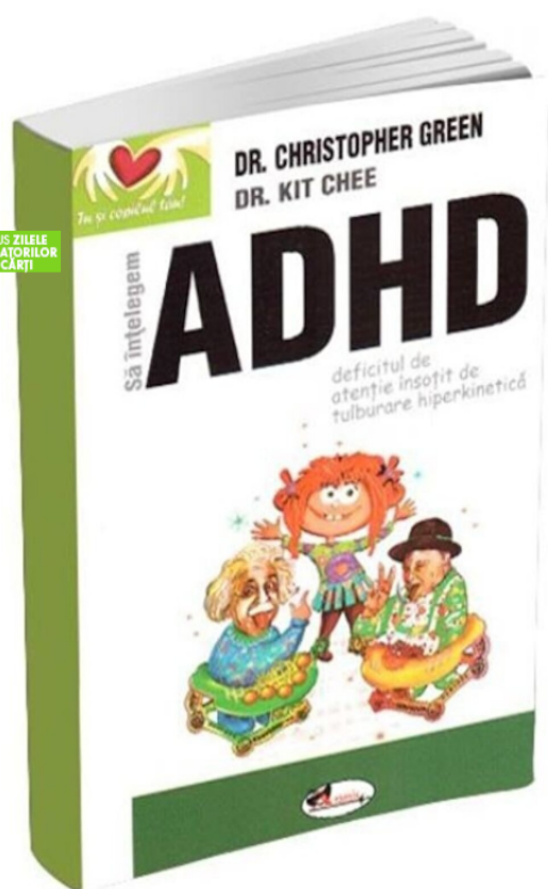
Lucrarea reprezintă un ghid util pentru pacienții cu diabet și nu numai, acoperind, de asemenea, și teme fundamentale din domeniu, precum:

- diabetul de tip 1 față de diabetul de tip 2,
- simptome și factori de risc,
- înțelegerea diabetului de tip 2,
- importanța insulinei,
- rețete pentru micul dejun,
- rețete pentru prânz,
- rețete pentru cină,
- Gustări,
- Deserturi.



Să înțelegem ADHD

Autor: Christopher Green, Kit Chee,
Editura Aramis, 2021



Bazată pe concluziile obținute după 15 ani de experiență și rezultate extraordinare în tratamentul ADHD pe care le-au înregistrat autorii, Dr. Christopher Green și Dr. Kit Chee,

lucrarea oferă părinților și pedagogilor, dar și altor grupuri interesate, răspunsuri la întrebările cheie legate de înțelegerea deficitului de atenție însoțit de tulburare hiperkinetică (ADHD).

Sunt abordate și metodele de colaborare dintre părinți și pedagogi pentru o gestionare de succes a manifestărilor ADHD, precum neatenția sau impulsivitatea.

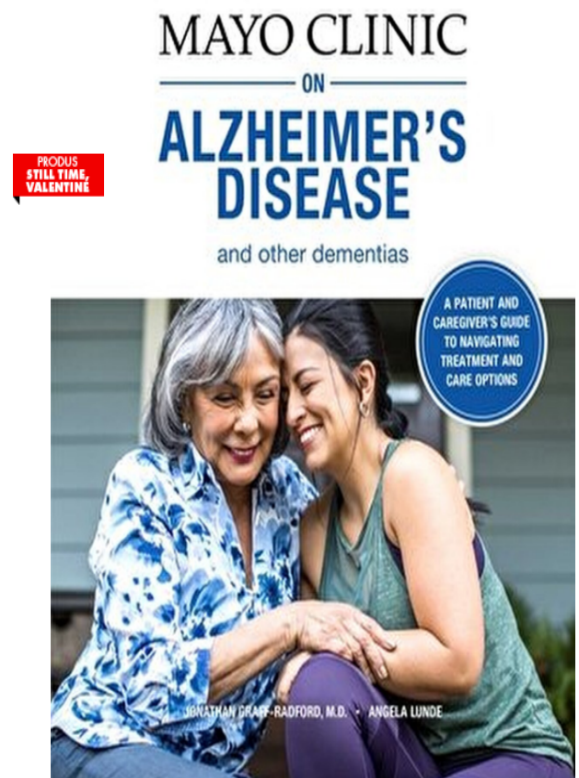
Clinica Mayo pe tema bolii Alzheimer și a altor forme de demență: Un ghid pentru pacienții cu Alzheimer și îngrijitorii lor (Ediția a 7a)

Autor: Jonathon Graff-Radford, Editura Mayo Clinic, 2021

O echipă de neurologi de la Clinica Mayo prezintă rezultatele noilor cercetări într-un ghid complet și ușor de parcurs, care oferă cele mai recente informații referitoare la această boală.

Dintre temele abordate, remarcăm:

- simptomele tipice asociate cu demența,
- descoperirile actuale privind cauzele comune ale bolii,
- metode eficiente de gestionare a provocărilor zilnice legate de îngrijirea unei persoane cu demență,
- modificările neurologice care pot apărea în creierul unui pacient cu demență,
- diferențierea între semnele îmbătrânirii normale și manifestările demenței,
- demența cu corpuri Lewy,
- tulburările cognitive vasculare.



Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammrbuc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR filiala Municipiului București din strada Avrig nr. 12, sector 2, București.