HELCOR · ALFASIGMA · AMELITE · Pulmed · ASCENSIA Diabetes Care · DIRECT PHARMA · FRESENIUS MEDICAL CARE
FORTA · GEROT LANNACH · MEDIKA H&S · Medisal dispozitive medicale · MEDOCHEMIE · MERCK · MITI Dedicated to health
Nutridiab Medical · P · Sanience · SANOFI · BioNike · PHARMA

MEDICAL MARKET

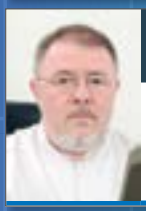
Diabet

20 DE ANI
20 de ani de presă medicală sub egida Fin Watch

Revista profesioniștilor din Sănătate 2019

Prof. Dr. Romulus Timar

Președintele Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice



Prof. Univ. Dr. Cristian Serafinceanu

Președintele Comitet de Organizare INTERDIAB

Prof. Dr. Gabriela Radulian

Președintele Societății de Neuropatie Diabetică

Dr. Anca Cerghizan

Medic Primar, Secretar General al FRDNBM

Dr. Viviana Elian

Medic primar diabet INDNBM N.C.Paulescu, Lector UMF Carola Davila Bucuresti

Conf. Univ. Dr. Florina Ligia Popa

UMF "Lucian Blaga", Sibiu, Facultatea de Medicina „Victor Papilian",Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Dr. Camelia Diaconu

Medic primar medicină internă, Spitalul Clinic de Urgență București

As. Univ. Dr. Raluca Popescu

UMF „Grigore T. Popa" Iași, medic primar nutriție și boli metabolice

Sanofi Romania SRL
Strada Gara Herăstrău, nr. 4, Clădirea B, Etajele 8-9, Sector 2,
București 020334, România
Tel: +40 21 317 31 36; Fax: +40 21 317 31 34
Acest material este dedicat exclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății.

SANOFI

Vessel Due® F

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

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

ALFASIGMA

Stinge durerea neuropată!

DURERE ACUTĂ

1 /zi

4 săptămâni

DURERE CRONICĂ

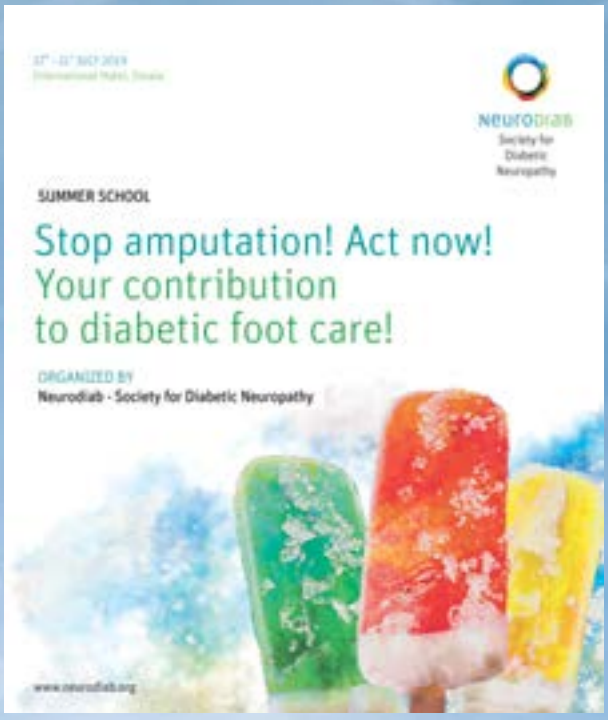
1 /zi

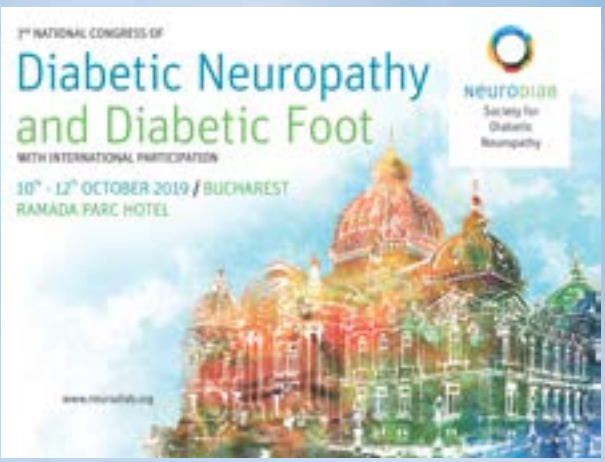
6-8 săptămâni

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

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

ALFASIGMA





„Make science together for present and future” **Interviu Prof. dr. Romulus Timar**	6
„Interdisciplinaritatea stă la baza conferinței INTERDIAB și este cel mai important lucru în abordarea pacientului cu diabet zaharat” **Interviu Prof. Univ. Dr. Cristian Serafinceanu**	11
Diagnosticul și abordarea terapeutică a neuropatiei diabetice **Prof. Univ. Dr. Radulian**	14
Particularitățile Managementului Diabetului zaharat tip 2 la vârstnici **Dr. Anca Cerghizan**	18
Noi tehnologii în managementul diabetului de tip 1 **Lector Univ. Dr. Viviana Elian**	24
Bilant și perspective NEURODIAB 2019 **Prof. Univ. Dr. Radulian**	27
Boala Alzheimer și Diabetul zaharat **Dr. Raluca Maria Popescu**	28
Legătura dintre diabetul zaharat și cancer **Dr. Camelia Diaconu**	30
Mijloace de reabilitare medicală în neuropatia diabetică **Dr. Florina Popa**	34

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

ISSN 2286 - 3443

FIN WATCH

Neurossen® 300 mg

Benfotiamină

Eliberează-te din capcana neuropatiei diabetice!

WPH/01.17/091

WÖRWAG PHARMA

Congresul Național al Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice din 2019 se va desfășura sub sloganul:

„Make science together for present and future"

Interviu cu domnul Prof. Univ. Dr. Romulus Timar, decanul Facultății de Medicină din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" din Timișoara, șeful Clinicii de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice - Spitalului Județean de Urgență Timișoara, Președinte al SRDNBM

Care sunt noutățile pe care le-ați pregătit la cel de-al 45-lea Congres Național al Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice?

Al 45-lea Congres Național al Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice face parte din noua strategie SRDNBM orientată pe trei direcții și anume: Educație, Colaborare și Dezvoltare Durabilă.

Ediția de anul acesta a Congresului Național al Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice cu titlul „Diabetul în contextul anului 2019-provocări și perspective", desfășurat sub conceptul general „Diabetologie românească –Diabetologie europeană" dorește să ofere participanților o nouă perspectivă. O perspectivă îmbunătățită a programului cu sesiuni în premieră precum și multiple interacțiuni între speakeri și participanți . Astfel pe lângă speakerii români am invitat în premieră la congres, KOL (key opinion leaders) internaționali care vor aduce un plus de valoare programului științific. Se vor prezenta ultimele noutăți științifice din domeniu, dar vom avea și prezentări și dezbateri de cazuri clinice, deoarece toată munca noastră din cadrul unor evenimente științifice trebuie să se regăsească în abordarea clinică a persoanelor cu diabet. Sloganul pe care îl propunem acestui eveniment e „Make science together for present and future", așadar vă aștept între 22 și 25 mai la o manifestare științifică de amploare, unde pe lângă colegii din diabet, sunt așteptați și colegii din alte specialități, precum cardiologie, nefrologie, endocrinologie, medici de familie, chirurgie, oftalmologie. Vom avea workshopuri tematice, conferințe invitate, precum și lucrări „state of the Art" susținute de experți din domeniu.

Cum considerați că se poate realiza în mod cât mai eficient creșterea calității îngrijirii persoanelor cu diabet zaharat?

Diabetul este o boală care presupune multe complicații, care pot conduce, printre altele, la boli cardiovasculare, pierderea vederii, insuficiența renală și amputarea membrelor inferioare.

În acest sens, Societatea are în vedere organizarea periodică a manifestărilor științifice adresate medicilor diabetologi și celor din specialitățile conexe în scopul educației medicale cât mai eficiente pentru publicul participant. Pentru ca o persoană cu diabet să fie cât mai eficient îngrijită trebuie să avem la dispoziție cele mai moderne tratamente existente și aici vă mărturisesc că există, dar trebuie să realizăm și acea echipă multidisciplinară care îngrijește persoana cu diabet. Este nevoie de asemenea de o creștere a numărului de diabetologi, precum și de o împărțire cât mai eficientă a acestora la nivel național. De asemenea, trebuie îmbunătățit accesul, pentru cazurile în care se impune, la pompe de insulină și senzori pentru monitorizarea continuă a glicemiei.

Există la ora actuală cercetări avansate în domeniul tratamentului diabetului zaharat?

Știința înseamnă și cercetare. Progresul în medicină înseamnă bineînțeles și cercetare. În diabetul zaharat, având în vedere prevalența la nivel mondial a acestei afecțiuni, este imperios să se facă o cercetare cât mai adecvată. În cadrul Societății punem accentul pe cercetare

PERRY BAROMEDICAL
Hyperbaric Oxygen Therapy Systems

MTI®
Dedicated to health.

Excelența în Terapia cu Oxigen Hiperbaric

Camerele Sigma 34, Sigma 36, Sigma 40 – ***Inovație, Siguranță, Calitate***

Confort sporit pentru pacient

- Cel mai spațios și mai lung tub acrilic existent (până la 103 cm diametru intern)
- Cea mai bună calitate a materialului – vizibilitate superioară către exterior

Nivel maxim de fialibitate și siguranță

- Sistem superior de comunicare bidirecțională
- Panou de control pneumatic – operează sistemul în siguranță, în cazul unei pene de curent
- Fluxul intern de oxigen poate fi reglat de către pacient
- Depresurizare de urgență de la 3 ATA la 1 ATA în 100 sec sau 120 sec, în funcție de model
- Compatibile cu utilizarea conectorilor pentru monitorizarea tensiunii arteriale a pacientului / monitorizare EKG
- Economie de spațiu - cea mai mică amprentă la sol
- Proiectare tehnică inteligentă – panoul de comandă organizat logic, ușor accesibil, permite funcționalitatea fără incidente
- Program complet de pregătire asigurat pentru tehnicieni și medici
- Serviciul clienți – 24 / 7 / 365 zile pe an
- Disponibilitate - Marca CE

Terapia cu oxigen hiperbaric sprijină vindecarea pentru că:

- Saturează plasma cu oxigen
- Crește aportul de oxigen în zonele ischemice
- Îmbunătățește activitatea leucocitelor din sânge în distrugerea bacteriilor
- Reduce edemul prin vasoconstricție, fără deprivare de oxigen
- Stimulează angiogeneza
- Stimulează producerea celulelor stem CD34+ pentru accelerarea vindecării
- Crește randamentul oxigenului în pereții celulari ai țesutului ischemic
- Îmbunătățește efectul unor antibiotice

Distribuit în România exclusiv de către Medical Technologies International
office@mt-intl.ro | +40 21.330.11.30 | www.mt-intl.ro

și dorim să realizăm un hub de cercetare intern, în care să aducem tineri medici diabetologi și pe care sper să-i putem sprijini să desfășoare proiecte de cercetare.

Cum se pot preveni complicațiile în cazul persoanelor cu diabet zaharat?

Persoana cu diabet trebuie în primul rând să fie diagnosticată, diagnosticarea precoce este un prim pas în prevenirea sau întârzierea instalării complicațiilor. Ulterior, persoana cu diabet, medicul diabetolog și să nu uităm de educatorul în diabet trebuie să facă împreună „#BestTeaminDiabetesControl".

Controlul diabetului trebuie să se facă tot timpul, zi de zi și cu responsabilitate. Pentru a evidenția cât mai bine importanța controlului în diabet „Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice" a derulat și va derula și în 2019 campania națională „Controlează-ți diabetul", o manifestare complexă cu evenimente dedicate profesioniștilor, publicului larg, persoanelor cu diabet, autorităților și mass-media în vederea conștientizării problematicii diabetului și a controlului eficient al acestei afecțiuni. Deci vă așteptăm la ediția de anul acesta: „Controlează-ți diabetul"

Care considerați că sunt cele mai mari provocări pentru un tânăr medic diabetolog, în primii ani de activitate?

Medicii diabetologi care se află la început de drum reprezintă viitorul acestui domeniu și au menirea de a contribui la dezvoltarea specialității de diabet, la progresul științific în domeniul diabetului. Ei trebuie să fie ghidați în parcursul lor profesional, iar aici noi, profesioniștii cu experiență, Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, ca organizație reprezentativă pentru medicii diabetologi, avem responsabilitatea să fim alături de ei și să îi susținem. În cadrul noii strategii de dezvoltare a SRDNBM, un capitol prioritar îl reprezintă chiar sprijinirea tinerilor medici, atât prin proiecte de educație medicală continuă, cât și prin proiecte complementare, care să îi ajute în realizarea proiectelor de cercetare. Un astfel de proiect, lansat anul acesta este Diabetes Science School, un eveniment de tip training intensiv prin care ne propunem pregătirea tinerilor medici diabetologi, implicați sau viitori implicați în cercetarea științifică medicală din aria de interes a diabetului zaharat, nutriției și a bolilor metabolice din România.

Puteți să ne furnizați câteva cifre privind evoluția cazurilor de diabet la nivel mondial, european si național? Există o creștere accelerată?

Datele oficiale arată că aproximativ 425 de milioane de persoane suferă de diabet, la nivel global, iar estimările arată o tendință de creștere a numărului cazurilor de diabet în următorii circa 25 de ani. Federația Internațională de Diabet anticipează o creștere medie cu aproape 50% a numărului de persoane adulte care au diabet, până în 2045, ceea ce este foarte îngrijorător. Tendința aceasta este una generală, însă în țările slab dezvoltate sau în curs de dezvoltare, impactul diabetului zaharat este mult mai puternic, iar creșterile preconizate sunt și mai mari. În Europa ritmul de creștere este mult mai scăzut, estimările spun că până în 2045 numărul persoanelor cu diabet zaharat s-ar putea mări cu 16 procente.

Dacă ne referim la situația de la nivel, avem o prevalență care depășește media europeană, potrivit ultimului studiu epidemiologic de specialitate (PREDATORR), derulat de către SRDNBM. Aproape 2 milioane de români, adulți, au diabet zaharat, arată PREDATORR însă nu toți dintre aceștia sunt diagnosticați. Prin comparație, dacă ne raportăm la numărul celor incluși în Programul național de diabet, care sunt practic diagnosticați și luați în evidența medicilor, vorbim de doar peste 800 de mii de persoane. În ceea ce privește evoluția cazurilor și tendința de creștere se păstrează și în România. Este, de altfel, și o consecință firească a creșterii speranței de viață, cumulată cu factorii de risc comportamentali asociați cu instalarea diabetului de tip 2 și care afectează tot mai mulți oameni.

Ce proiecte există pentru țara noastră în ceea ce privește îmbunătățirea calității vieții pacienților cu diabet, atât adulți cât și copii?

Vreau să pun accentul pe un aspect foarte important, acela că vorbim despre persoana cu diabet nu despre pacientul cu diabet, întrucât diabetul este o boală care necesită îngrijire pe întreaga durată a vieții.

Îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu diabet depinde de un cumul de aspecte, de aceea mă voi referi strict la partea medicală. În acest sens, îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu diabet este un obiectiv principal, care se bazează direct pe calitatea îngrijirii medicale. La acest capitol, Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice va intensifica proiectele de educație medicală pentru specialiștii implicați în îngrijirea persoanelor cu diabet, atât diabetologi, cât și medici din specialități conexe, pentru a sprijini dezvoltarea practicii clinice, pentru a le facilita asimilarea ultimelor actualizări în relație cu recomandările din ghidurile clinice internaționale în domeniu. Cursurile SRDNBM sunt alături de Congresul Național principalele proiecte în această direcție, implementate de către Societate. Aceste cursuri, desfășurate la nivel regional, oferă medicilor din zonele respective acces la „know-how-ul" experților SRDNBM, dar și din alte specialități implicate în managementul diabetului, care aduc în prim-plan teme de actualitate și cazuri clinice axate pe prevenția, depistarea precoce și tratamentul diabetului și al complicațiilor bolilor metabolico-nutriționale.

Glucophage® XR

Peste 60 de ani de experiență clinică pentru o viață mai bună Glucophage®

MERCK

Cu Glucophage® XR, mai mulți pacienți beneficiază de eficacitatea metforminei originale[1-2] în condiții de tolerabilitate gastrointestinală superioară[3-5]

- **Mai puține efecte adverse gastrointestinale[6]**
- **Aderență crescută la tratament[7]**
- **Eficiență crescută a tratamentului prin creșterea complianței și a aderenței la tratament[8]**

RO/GLUX/0219/0004

1. Pasic C , Glucophage, serving diabetology for 40 years, Paris 1997; **2.** Canamed Noiembrie 2018; **3.** RCP Glucopahage XR 750 mg, Octombrie 2017; **4.** RCP Glucopahage XR 1000 mg, Octombrie 2017; **5.** RCP Glucophage XR 500 mg, Iunie 2015; **6.** Blonde L, Dailey GE, Jabbour SA, Reasner CA, Mills DJ. Gastrointestinal tolerability of extended-release metformin tablets compared to immediate-release metformin tablets: results of a retrospective cohort study. Curr Med Res Opin. 2004 Apr;20(4):565-72. **7.** Donnelly LA, Morris AD, Pearson ER. Adherence in patients transferred from immediate release metformin to a sustained release formulation: a population-based study. Diabetes Obes Metab. 2009 Apr;11(4):338-42. **8.** Scarpello JH, Howlett HC. Metformin therapy and clinical uses. Diab Vasc Dis Res. 2008 Sep;5(3):157-67

Rezumatul Caracteristicilor Produsului prescurtat pentru medicamentele: GLUCOPHAGE XR 750 mg comprimate cu eliberare prelungită şi GLUCOPHAGE XR 1000 mg comprimate cu eliberare prelungită GLUCOPHAGE XR 750 mg - fiecare comprimat cu eliberare prelungită conţine 750 mg clorhidrat de metformină, corespunzător la 585 mg metformină. GLUCOPHAGE XR 1000 mg - fiecare comprimat cu eliberare prelungită conţine 1000 mg clorhidrat de metformină, corespunzător la 780 mg metformină. **Indicaţii terapeutice:** Tratamentul diabetului zaharat de tip 2 la adulţi, în special la cei supraponderali, atunci când regimul dietetic şi exerciţiile fizice nu mai pot asigura controlul adecvat al nivelului glicemiei. Glucophage XR poate fi folosit în monoterapie sau în combinaţie cu alte antidiabetice orale sau cu insulină. La pacienţii adulţi supraponderali cu diabet zaharat de tip 2 cărora li se administrează metformină ca terapie de primă linie după ce regimul alimentar nu a asigurat un control adecvat al glicemiei, s-a demonstrat o reducere a complicaţiilor diabetului. **Doze şi mod de administrare**: *Adulţi cu funcţia renală normală* (RFG ≥ 90 ml/min): *Administrarea în monoterapie şi în combinaţie cu alte antidiabetice orale*: Glucophage XR 750 mg trebuie administrat pacienţilor care sunt deja în tratament cu metformină (comprimate cu eliberare prelungită sau cu eliberare imediată). Doza de Glucophage XR 750 mg trebuie să fie echivalentă cu doza zilnică de metformină (comprimate cu eliberare prelungită sau eliberare imediată), până la maximum 1500 mg. După 10-15 zile, această doză trebuie ajustată în funcţie de nivelul glicemiei. Glucophage XR 1000 mg trebuie administrat o dată pe zi cu doza maximă recomandată de 2 comprimate pe zi. Glucophage XR 1000 mg se administrează ca tratament de întreţinere pentru pacienţii cărora li se administrează fie 1000 mg sau 2000 mg clorhidrat de metformină. La pacienţii aflaţi deja sub tratament cu metformină comprimate cu eliberare imediată, se recomandă ca doza iniţială de Glucophage XR să fie echivalentă cu doza zilnică de metformină sub formă de comprimate cu eliberare imediată. La pacienţii cărora li se administrează clorhidrat de metformină la doze mai mari de 2000 mg pe zi, **trecerea la Glucophage XR nu se recomandă**. La pacienţii la care se iniţiază, doza de iniţiere pentru Glucophage XR este de 500 mg o dată pe zi. După 10-15 zile, această doză trebuie ajustată în funcţie de nivelul glicemiei. O creştere lentă poate îmbunătăţi tolerabilitatea. Dacă controlul glicemic nu se realizează la administrarea o dată pe zi a Glucophage XR la o doză unică maximă de 2000 mg pe zi, trebuie luată în considerare o schemă de administrare de două ori pe zi, ambele doze fiind administrate cu alimente, în timpul meselor de dimineaţă şi de seară. Dacă controlul glicemic nu este încă atins, pacienţii pot fi trecuţi la metformină - comprimate cu eliberare imediată - până la o doză maximă de 3000 mg zilnic. Dacă se intenţionează înlocuirea altui medicament antidiabetic, ajustarea dozei trebuie efectuată cu Glucophage XR 500 mg înainte de administrarea Glucophage XR 1000 mg. *Asocierea cu insulină*: Asocierea metforminei cu insulină se poate utiliza pentru obţinerea unui control mai bun al glicemiei. La pacienţii cărora li se administrează tratament cu insulină şi metformină, doza de Glucophage XR 750 mg trebuie să fie echivalentă cu doza zilnică de metformină cu eliberare imediată, până la un maximum 1500 mg, în timp ce doza de insulină trebuie ajustată în funcţie de valorile glicemiei. Doza uzuală iniţială recomandată de Glucophage XR este 500 mg o dată pe zi, cu masa de seară, în timp ce doza de insulină este ajustată în funcţie de valorile glicemiei. Apoi poate fi luată în considerare administrarea Glucophage XR 1000 mg. *Vârstnici*: Datorită posibilităţii ca la vârstnici funcţia renală să fie afectată, doza de metformină va fi ajustată în funcţie de valorile investigaţiilor funcţiei renale. Este necesară o evaluare periodică a funcţiei renale. *Insuficienţă renală*: RFG trebuie evaluată înainte de iniţierea tratamentului cu medicamente care conţin metformină şi cel puţin anual după aceea. La pacienţii cu risc crescut de evoluţie ulterioară a insuficienţei renale şi la vârstnici, funcţia renală trebuie evaluată mai frecvent, de exemplu o dată la 3-6 luni. RFG < 30 - Metformina este contraindicată. *Copii şi adolescenţi*: În absenta datelor clinice disponibile, Glucophage XR nu trebuie utilizat la copii. Mod de administrare: Comprimatul nu trebuie sfărâmat în gură sau supt. Se va înghiţi cu un pahar cu apă. **Contraindicaţii**: Hipersensibilitate la clorhidrat de metformină sau la oricare dintre excipienţi. Orice tip de acidoză metabolică acută (de exemplu acidoză lactică, cetoacidoză diabetică). Precomă diabetică. Insuficienţă renală severă (RFG < 30ml/min). Afecţiuni acute cu posibilă alterare a funcţiei renale, cum sunt: deshidratare, infecţii severe, şoc. Afecţiuni care pot determina hipoxie tisulară (în special afecţiuni acute sau agravarea celor cronice), cum sunt: insuficienţa cardiacă decompensată, insuficienţa respiratorie, infarct miocardic recent, şoc. Insuficienţă hepatică, intoxicaţie alcoolică acută, alcoolism. **Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare**: Acidoza lactică: Acidoza lactică, o complicaţie metabolică foarte rară, dar gravă, survine cel mai adesea în caz de deteriorare acută a funcţiei renale, de boală cardiorespiratorie sau sepsis. Acumularea de metformină survine la deteriorarea acută a funcţiei renale şi creşte riscul de acidoză lactică. În caz de deshidratare (diaree severă sau vărsături, febră sau aport redus de lichide), administrarea metforminei trebuie întreruptă temporar şi se recomandă contactarea unui profesionist din domeniul sănătăţii. Funcţia renală: RFG trebuie evaluată înainte de iniţierea tratamentului şi periodic după aceea. Metformina este contraindicată la pacienţii cu RFG < 30 ml/min şi administrarea acesteia trebuie întreruptă temporar în prezenţa afecţiunilor care influenţează funcţia renală. Funcţia cardiacă: Pacienţii cu insuficienţă cardiacă au un risc mai crescut de hipoxie şi insuficienţă renală. Metformina poate fi administrată pacienţilor cu insuficienţă cardiacă cronică stabilă, cu monitorizarea regulată a funcţiei cardiace şi renale. Este contraindicată administrarea de metformină la pacienţii cu insuficienţă cardiacă acută şi instabilă. Administrarea de substanţe de contrast iodate: Administrarea intravasculară de substanţe de contrast iodate poate duce la nefropatie indusă de substanţa de contrast, ceea ce determină acumularea de metformină şi creşterea riscului de acidoză lactică. Administrarea metforminei trebuie întreruptă înainte de procedura de imagistică sau la momentul acesteia şi nu trebuie reluată decât la cel puţin 48 ore după procedură, cu condiţia ca funcţia renală să fi fost reevaluată şi să se fi constatat că este stabilă. Intervenţie chirurgicală: Administrarea metforminei trebuie întreruptă la momentul intervenţiei chirurgicale, sub anestezie generală, spinală sau epidurală. Tratamentul poate fi reluat după cel puţin 48 ore de la intervenţia chirurgicală sau la reînceperea hrănirii pe cale orală şi cu condiţia ca funcţia renală să fi fost reevaluată şi să se fi constatat că este stabilă. Alte precauţii: Toţi pacienţii trebuie să-şi respecte regimul alimentar, cu distribuirea eşalonată a carbohidraţilor pe toată perioada zilei. Pacienţii supraponderali trebuie să-şi continue regimul alimentar hipocaloric. Testele uzuale de laborator pentru monitorizarea diabetului trebuie efectuate periodic. Metformina nu determină singură hipoglicemie, este necesară totuşi precauţie în cazurile în care se asociază cu insulină sau alte antidiabetice orale (de exemplu derivaţi de sulfoniluree sau meglitinide). Învelişul comprimatelor poate fi prezent în materiile fecale. Pacienţii trebuie atenţionaţi că acest lucru este normal. **Interacţiuni cu alte medicamente şi alte forme de interacţiune**: *Utilizarea concomitentă nu este recomandată: Alcool*: Intoxicaţia cu alcool etilic se asociază cu un risc crescut de acidoză lactică mai ales în caz de repaus alimentar, malnutriţie sau insuficienţă hepatică. *Substanţe de contrast iodate*: Administrarea metforminei trebuie întreruptă înainte de procedura de imagistică sau la momentul acesteia şi nu trebuie reluată decât la cel puţin 48 ore după procedură, cu condiţia ca funcţia renală să fi fost reevaluată şi să se fi constatat că este stabilă. *Asocieri care necesită prudenţă la utilizare*: Unele medicamente pot avea efecte adverse asupra funcţiei renale, ceea ce poate creşte riscul de acidoză lactică, de exemplu AINS, inclusiv inhibitori selectivi de ciclooxigenază (COX) II, inhibitori ECA, antagonişti ai receptorilor de angiotensină II şi diuretice, în special diuretice de ansă. La iniţierea administrării sau la utilizarea acestor medicamente concomitent cu metformină, este necesară monitorizarea atentă a funcţiei renale. *Medicamente cu activitate hiperglicemiantă intrinsecă (de exemplu glucocorticoizi (administraţi sistemic sau local) şi simpatomimetice)*. Poate fi necesară o monitorizare mai frecventă a glicemiei, în special la începutul tratamentului. Dacă este cazul, se va ajusta doza de metformină în timpul tratamentului cu medicamentul respectiv şi după întreruperea lui. *Transportori de cationi organici* (OCT): Metformina este un substrat pentru ambii transportatori OCT1 şi OCT2. Dacă este necesar, poate fi luată în considerare ajustarea dozei de metformină, deoarece inhibitorii/inductorii de OCT pot afecta eficacitatea metforminei. **Fertilitatea, sarcina şi alăptarea**: Sarcina: Date limitate referitoare la utilizarea metforminei la gravide nu indică un risc crescut de anomalii congenitale. Studiile la animal nu au arătat efecte nocive legate de sarcină, dezvoltarea embrionară şi fetală, naştere şi dezvoltare postnatală. Dacă pacienta intenţionează să rămână gravidă şi pe parcursul sarcinii, se recomandă ca diabetul zaharat să nu fie tratat cu metformină, ci să se folosească insulină, pentru a menţine valoarea glicemiei la valori cât mai apropiate de normal, în vederea reducerii riscului de apariţie al malformaţiilor la făt. Alăptare: Metformina se excretă în laptele matern. Nu se observă reacţii adverse la nou-născuţii/copii alăptaţi. Totuşi, deoarece sunt disponibile numai date limitate, alăptarea nu este recomandată în timpul tratamentului cu metformină. Fertilitate: Nu s-a observat afectarea fertilităţii la şobolani masculi sau femele, în cazul administrării de metformină în doze de până la 600 mg/kg/zi, care reprezintă de aproximativ trei ori doza maximă recomandată la om pe baza comparării ariilor de suprafaţă corporală. **Efecte asupra capacităţii de a conduce vehicule şi de a folosi utilaje**: Metformina utilizată în monoterapie nu determină hipoglicemie şi, de aceea, nu are efecte asupra capacităţii de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cu toate acestea, pacienţii trebuie avertizaţi asupra riscului de apariţie a hipoglicemiei în cazul asocierii metforminei cu alte medicamente antidiabetice (de exemplu sulfoniluree, insulină sau meglitinide). **Reacţii adverse**: La iniţierea tratamentului, cele mai frecvente reacţii adverse sunt greaţă, vărsături, diaree, durere abdominală şi pierderea apetitului, care dispar spontan în majoritatea cazurilor. Tulburări metabolice şi de nutriţie: *Foarte rare*: acidoza lactică, scăderea absorbţiei intestinale de vitamina B12 însoţită de scăderea concentraţiei plasmatice de vitamina B_{12}, în cazul utilizării metforminei pe o perioadă îndelungată. Acest fapt trebuie luat în considerare dacă pacientul prezintă anemie megaloblastică. Tulburări ale sistemului nervos: *Frecvente*: modificarea gustului. Tulburări gastro-intestinale: *Foarte frecvente*: tulburări gastro-intestinale cum ar fi greaţa, vărsăturile, diareea, durerile abdominale şi scăderea apetitului. Aceste reacţii adverse apar cel mai adesea la începutul tratamentului şi în majoritatea cazurilor se rezolvă spontan. Tulburări hepatobiliare: *Foarte rare*: cazuri izolate de valori anormale ale testelor funcţiei hepatice şi de hepatită remise la întreruperea terapiei cu metformină. Afecţiuni cutanate şi ale ţesutului subcutanat: *Foarte rare*: reacţii cutanate cum sunt eritem, prurit, urticarie. **Supradozaj**: Hipoglicemia nu a fost observată la doze de metformină de până la 85 g, dar în asemenea situaţii s-au raportat cazuri de acidoză lactică. Administrarea de doze mari de metformină sau coexistenţa unor factori de risc, poate duce la acidoză lactică. Această constituie o urgenţă medicală şi trebuie tratată în spital. Cea mai eficientă metodă de eliminare a lactatului şi a metforminei este hemodializa. **Perioada de valabilitate**: 3 ani. **Precauţii speciale pentru păstrare**: Acest medicament nu necesită condiţii speciale de păstrare. **Natura şi conţinutul ambalajului**: Glucophage XR 750 mg- cutie cu 2 blistere din PVC/PVDC/ Aluminiu a câte 15 comprimate cu eliberare prelungită. Glucophage XR 1000 mg - cutie cu 3 blistere din PVC/PVDC/Aluminiu a câte 10 comprimate cu eliberare prelungită. **Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă**: Merck Santé s.a.s. 37 rue Saint-Romain, 69008 LYON, Franţa. **Numărul autorizaţiilor de punere pe piaţă**: 10260/2017/01-04 şi 10261/2017/01-04. **Data primei autorizări**: Octombrie 2017. **Data revizuirii textului**: Octombrie 2017. Aceste medicamente se eliberează pe bază de prescripţie medicală-P6L.

Rezumatul Caracteristicilor Produsului prescurtat pentru medicamentul: Glucophage XR 500 mg comprimate cu eliberare prelungită Compoziţie: Fiecare comprimat cu eliberare prelungită conţine 500 mg clorhidrat de metformină echivalent cu 390 mg metformină bază. **Indicaţii terapeutice**: Tratamentul diabetului zaharat de tip 2 la adulţi, în special la cei supraponderali, atunci când regimul dietetic şi exerciţiile fizice nu mai pot asigura controlul adecvat al nivelului glicemiei. Glucophage XR poate fi folosit în monoterapie sau în combinaţie cu alte antidiabetice orale sau cu insulină. La pacienţii adulţi supraponderali cu diabet zaharat de tip 2 cărora li se administrează metformină ca terapie de primă linie după ce regimul alimentar nu a asigurat un control adecvat al glicemiei, s-a demonstrat o reducere a complicaţiilor diabetului. **Doze şi mod de administrare**: *Administrarea în monoterapie şi în combinaţie cu alte antidiabetice orale* Doza iniţială recomandată este de un comprimat/zi, administrat în timpul meselor sau la sfârşitul acestora. După 10-15 zile, această doză trebuie ajustată în funcţie de valorile glicemiei. O creştere treptată a dozei poate îmbunătăţi tolerabilitatea gastro-intestinală. Doza maximă zilnică recomandată este de 4 comprimate/zi. Creşterea dozelor trebuie să se realizeze cu 500 mg la 10-15 zile, până la maxim 2000 mg o dată pe zi în timpul cinei. Dacă nu se realizează controlul glicemiei cu Glucophage XR administrat în doză de 2000 mg pe zi, trebuie să se ia în considerare administrarea de comprimate Glucophage cu eliberare imediată. La pacienţii aflaţi deja sub tratament cu metformină comprimate, se recomandă ca doza iniţială de Glucophage XR să fie echivalentă cu doza zilnică de metformină sub formă de comprimate cu eliberare imediată. Pentru pacienţii aflaţi sub tratament cu comprimate de metformină cu eliberare imediată în doze peste 2000 mg/zi, trecerea la Glucophage XR nu este recomandată. *Asocierea cu insulină* Asocierea metforminei cu insulină se poate utiliza pentru obţinerea unui control mai bun al glicemiei. Doza uzuală iniţială recomandată de Glucophage XR 500 mg este de un comprimat/zi, cu masa de seară, în timp ce doza de insulină este ajustată în funcţie de valorile glicemiei. Pentru pacienţii la care se administrează deja metformină concomitent cu insulină, doza de Glucophage XR 500 mg trebuie să fie echivalentă cu doza de metformină cu eliberare imediată până la maximum 1500 mg respectiv până la 2000 mg administrată la cină, în timp ce doza de insulină va fi ajustată în funcţie de glicemia a jeun. *Vârstnici* Datorită posibilităţii ca la vârstnici funcţia renală să fie afectată, doza de metformină va fi ajustată în funcţie de valorile investigaţiilor funcţiei renale. Este necesară o evaluare periodică a funcţiei renale. Copii şi adolescenţi În absenta datelor clinice disponibile, Glucophage XR nu trebuie utilizat la copii. Mod de administrare Comprimatul nu trebuie sfărâmat în gură sau supt. Se va înghiţi cu un pahar cu apă. **Contraindicaţii**: hipersensibilitate la clorhidrat de metformină sau la oricare dintre excipienţii; cetoacidoză diabetică, precomă diabetică; insuficienţă sau disfuncţie renală (clearance-ul creatininei <60 ml/min); afecţiuni acute cu posibilă alterare a funcţiei renale, cum sunt: deshidratare, infecţii severe, şoc; afecţiuni acute sau cronice ce pot determina hipoxie tisulară, cum ar fi: insuficienţă cardiacă sau respiratorie, infarct miocardic recent, şoc; insuficienţă hepatică, intoxicaţie alcoolică acută, alcoolism. **Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare**: Acidoza lactică este o complicaţie metabolică rară, dar serioasă (cu o mortalitate ridicată în lipsa unui tratament rapid instituit), ce poate apărea ca urmare a acumulării de metformină. Cele mai frecvente cazuri la bolnavii trataţi cu metformină, au apărut la pacienţii cu insuficienţă renală severă. Incidenţa acidozei lactice poate şi trebuie să fie scăzută prin evaluarea şi a altor factori de risc asociaţi cum sunt: diabetul zaharat insuficient controlat, cetoză, dietă restrictivă prelungită, deshidratare (diaree severă sau vărsături), abuzul de alcool etilic, insuficienţă hepatică şi orice afecţiune asociată cu hipoxie (cum ar fi insuficienţă cardiacă acută, infarct miocardic acut). *Diagnostic* Riscul de acidoză lactică trebuie luat în considerare în cazul apariţiei unor simptome nespecifice precum crampe musculare însoţite de tulburări digestive, durere abdominală şi astenie severă. Dacă se suspectează prezenţa acidozei lactice, se va opri tratamentul cu metformină, iar pacientul va fi internat imediat. Funcţia renală Deoarece metformina se excretă prin rinichi, se va măsura clearance-ul creatininei atât la începerea tratamentului, cât şi periodic în cursul tratamentului. Administrarea de substanţe de contrast iodate Tratamentul cu metformină trebuie întrerupt cu 48 ore înaintea examinării la pacienţii cu clearance -ul creatininei sau RFG <45 ml/min cărora li se administrează intravenous şi la cei cu clearance -ul creatininei sau RFG <60 ml/min cărora li se administrează intra-arterial. Metformina se va administra din nou, nu mai devreme de 48 ore după aceea şi numai după ce funcţia renală a fost re-evaluată şi nu este deteriorată mai mult. Intervenţiile chirurgicale Tratamentul cu metformină trebuie întrerupt cu 48 ore înaintea intervenţiilor chirurgicale efectuate sub anestezie şi nu trebuie reluat mai devreme de 48 ore după aceste intervenţii. **Interacţiuni cu alte medicamente şi alte forme de interacţiune**: *Utilizare concomitentă nerecomandată: Alcool*: Intoxicaţia acută cu alcool etilic se asociază cu un risc crescut de acidoză lactică mai ales în caz de post alimentar sau malnutriţie, insuficienţă hepatică. Se recomandă evitarea consumului de alcool sau administrarea de medicamente ce conţin alcool. *Substanţe de contrast iodate*: Administrarea de metformină trebuie oprită înainte de efectuarea examenului radiologic, iar reluarea tratamentului se va face după 48 ore, dar numai după ce funcţia renală a fost reevaluată şi s-a dovedit a fi neafectată. *Asocieri ce necesită precauţii*: Medicamente cu activitate hiperglicemiantă intrinsecă (de exemplu glucocorticoizi (administraţi sistemic sau local) şi simpatomimetice); diuretice, în special diuretice de ansă. **Fertilitatea, sarcina şi alăptarea**: Dacă pacienta intenţionează să rămână gravidă şi pe parcursul sarcinii, se recomandă ca diabetul să nu fie tratat cu metformină, ci cu insulină. **Efecte asupra capacităţii de a conduce vehicule şi de a folosi utilaje**: pacienţii trebuie avertizaţi asupra riscului de apariţie a hipoglicemiei în cazul asocierii metforminei cu alte medicamente antidiabetice (de exemplu sulfoniluree, insulină sau meglitinide). **Reacţii adverse**: *Foarte frecvente* Tulburări gastro-intestinale cum ar fi greaţa, vărsăturile, diareea, durerile abdominale şi scăderea apetitului. Aceste reacţii adverse apar cel mai adesea la începutul tratamentului şi în majoritatea cazurilor se rezolvă spontan. *Frecvente* Modificarea gustului. *Foarte rare* Acidoza lactică; scăderea absorbţiei intestinale de vitamina B_{12}, însoţită de scăderea concentraţiei plasmatice de vitamina B_{12}, în cazul utilizării metforminei pe o perioadă îndelungată; cazuri izolate de valori anormale ale testelor funcţiei hepatice şi de hepatită remise la întreruperea terapiei cu metformină; reacţii cutanate cum sunt eritem, prurit, urticarie. **Supradozaj**: Supradozajul sau prezenţa unor factori de risc pot determina acidoză lactică. **Precauţii speciale de păstrare**: Acest medicament nu necesită condiţii speciale de păstrare. **Ambalaj**: Cutie cu 3 blistere Al/PVC-PVDC a câte 10 comprimate cu eliberare prelungită. **Deţinătorul Autorizaţiei de Punere pe Piaţă**: MERCK SANTE S.A.S., 37 Rue Saint-Romain, 69008 Lyon, Franţa. **Data ultimei reînnoiri a autorizaţiei**: Decembrie 2014. **Data revizuirii textului**: Iunie 2015. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripţie medicală P6L.

Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii. **Data întocmirii materialului**: Februarie 2019. Înainte de prescriere, vă rugăm să consultaţi RCP-ul medicamentelor.

„Interdisciplinaritatea stă la baza conferinței INTERDIAB și este cel mai important lucru în abordarea pacientului cu diabet zaharat"

Interviu realizat cu domnul Prof. Univ. Dr. Cristian Serafinceanu,
Președintele Comitetului de Organizare a INTERDIAB,
Președinte al Asociației pentru Studii Reno-Metabolice și Nutriționale

Stimate domnule Profesor Cristian Serafinceanu, cea de-a 5-a ediție INTERDIAB are ca tematică "Diabetul în Medicina Internă". Ce subiecte de actualitate ați pregătit pentru această ediție?

Aceasta este a V-a ediție a Conferinței internaționale INTERDIAB. Tema este Diabetul în medicina interna. În acest context am încercat și am reușit să aducem împreună la aceeași masă de discuții colegi din majoritatea specialităților de medicină internă, pe lângă diabetologi am adus și endocrinologi, cardiologi, nefrologi, pneumologi, nutriționiști, cercetători din cercetarea fundamentală, biologie moleculară, nutriție, genetică. Ideea centrală a evenimentului INTERDIAB este de a ne întâlni de pe poziții egale specialiști din diferite domenii și să discutăm despre pacientul cu diabet zaharat din toate unghiurile, să realizăm interdisciplinaritatea care stă la baza conferinței INTERDIAB și este cel mai important lucru în abordarea pacientului cu diabet zaharat. Este foarte important ca la o asemenea conferință să interacționeze specialiștii din diverse domenii.

Ce invitați străini participă și care sunt temele abordate de aceștia?

Colegii care vin din străinătate sunt pe de o parte cei care vin în fiecare an, cu care colaborăm în diferite proiecte, de exemplu cei din Serbia, Croația, Bulgaria, Ungaria, Cehia, Slovenia, dar avem și invitați, personalități ale cercetării din diferite domenii ale diabetologiei și ale medicinei interne legate de diabetul zaharat cum sunt profesorul Antonio Ceriello din Italia, profesorul Guntram Schernthaner din Austria care sunt personalități fiecare în domeniul său de activitate, biologia moleculară a insulinei, în complicațiile renale ale diabetului zaharat, profesorul Ian Campbell din Marea Britanie care participă pentru prima dată la INTERDIAB. Încercăm să avem un nivel al discuției cât se poate de ridicat din punct de vedere științific și în același timp să fie accesibil pentru toți colegii care sunt practicieni.

Ce noutăți sunt în domeniul tratamentelor pentru bolnavii de diabet?

Sunt noutăți foarte importante în ultimii ani. Au fost publicate câteva studii legate de noile clase de antidiabetice, respectiv au fost finalizate studii mari, prospective, randomizate legate de inhibitorii cotransportorilor sodiu-glucoză. În 2017 a fost finalizat studiul EMPA-REG OUTCOME, în toamna anului 2018 studiul DECLARE. Rezultatele sunt extraordinare, în cea mai fierbinte zonă din managementul diabetului zaharat și anume reducerea riscului cardiovascular al pacientului. De asemenea studiul LEADER care este cu agoniști ai receptorilor GLP-1. Mai sunt și alte achiziții noi, importante în diabetologie, în nutriție legate de microbiomul intestinal. De asemenea avem câteva prezentări deosebite, una a doamnei academician Maya Simionescu, altele ale unor cercetători de la Institutul de Biologie Celulară și ale unor nutriționiști cu mare experiență în domeniu.

Ce campanii sunt programate pentru copiii bolnavi de diabet?

Campaniile trebuie să aibă o finalitate practică. Copiii cu diabet zaharat sunt tot timpul în atenția și în centrul preocupărilor noastre, pentru că sunt o zonă foarte vulnerabilă. Acești copii și familiile lor se află ca în mijlocul unei furtuni – diabetul de tip 1. Există și o creștere în termeni reali a diabetului de tip 2 în rândul copiilor, nu este o creștere catastrofală dar este o creștere graduală. Există această campanie cu sprijinul Ministerului Sănătății și al Guvernului, de a pune la dispoziția copiilor pompe de insulină și pompe augmentate cu senzori glicemici. Avem chiar la INTERDIAB un curs special pentru colegii noștri, de management al pompelor cu insulină și al pompelor cu senzori pentru a fi în stare să implementăm aceste posibilități pe care le avem acum la dispoziție.

Ca masură de prevenție a diabetului de tip 2 la copil și adolescent trebuie în primul rând prevenită obezitatea. Este foarte rar diabetul de tip 2 fără obezitate. De obicei evoluția este obezitate, sindrom metabolic, diabet de tip 2. În prevenție este foarte important exercitiul fizic. Educația alimentară este de asemenea foarte importantă, aceasta trebuie făcută la nivelul întregii familii, alegerea alinemtelor sănătoase, evitarea supra-

alimentării, a alimentelor dense energetic fără a se trece în partea cealaltă, cu excese cu diete incomplete, dezechilibrate. Aceasta este o zonă foarte delicată, în care va trebui să ne implicăm tot mai mult – educația alimentară. Trebuie să venim cu informația corectă despre diete pentru a combate informațiile nocive care circulă despre diete.

Putem considera boala renală ca o complicație a diabetului?

După ultimele informații și studii din ultimii 2-3 ani, boala renală nu mai este considerată exclusiv o complicație a diabetului zaharat, este mai degrabă o asociere. În acest moment se vorbește despre complexul cardio- reno-metabolic, adică este de fapt o singură boală care afectează metabolismul celular și se ajunge la diabet. Afectează și funcția renală, dar evoluția este asincronă, nu neapărat în același timp și sunt două afecțiuni care se asociază foarte frecvent: boala renală și diabetul zaharat. Nu este neapărat o complicație a diabetului, ele se asociază din diferite motive, sunt multe mecanisme prin care se asociază. Chiar înainte să facă diabet, riscul de boală renală crește din momentul în care apare obezitatea și apare sindromul metabolic. Diabetul și boala renală împreună, poate chiar și separat dar mai ales împreună cresc foarte mult riscul de boală cardiovasculară. În această situație vorbim de acest complex cardio – reno – metabolic care trebuie tratat ca un tot unitar. Acesta este și scopul INTERDIAB – acești pacienți nu pot fi tratați "pe felii" – un cardiolog să trateze boala cardio-vasculară, alt medic să-i trateze rinichii, altul diabetul. Toți trei trbuie să colaboreze. Eu de exemplu sunt diabetolog și nefrolog, mai am colegi care au dublă specialitate, de exemplu cardiologi și diabetologi. Oricum colaborarea interdisciplinară la nivel de populație este extrem de importantă

Acest Complex cardio – reno – metabolic apare la toți bolnavii de diabet?

Din păcate majoritatea bolnavilor de diabet au acest complex dar sunt puțini cei care știu că îl au. Diabetul de tip 2, după o anumită perioadă de evoluție, în mod categoric, majoritatea pacienților au o afectare crdio-vasculară, probabil și o leziune renală mai mult sau mai puțin evidentă pentru că din nefericire și diabetul zaharat și boala cronică de rinichi si boala cardio-vasculară evoluează foarte mult timp asimptomatic. Ele nu se manifestă în nici un fel, trebuie investigații, trebuie făcut un screening. Medicul de familie ar trebui să facă un fel de screening, adică ar trebui să sesizeze când pacientul crește in greutate, ajunge supraponderal sau obez, când apare o tensiune crescută, chiar dacă nu este foarte gravă, 145 – maxima deja pune probleme, cand apare o dislipidemie – colesterolul, trigliceridele crescute, când apare o hiperuricemie – trebuie luat în evidență și trimis pentru investigații și screening.

Ce proiecte aveți pentru Asociația pentru Studii Reno-Metabolice și Nutriționale?

INTERDIAB-ul este un proiect important al Asociației pentru Studii Reno-Metabolice și Nutriționale. Am editat de curând o carte "Diabet Zaharat, Nutriție și Boli Metabolice. Compendiu". Avem un cabinet medical în care avem colegi care oferă consultații gratuite pacienților defavorizați, precum și alte proiecte.

Vă mulțumim și dorim succes lucrărilor INTERDIAB.

FORA® Diamond

Sistem de monitorizare a glicemiei

Diamond GD50 | Diamond GD50 cu FORA® My Dongle | FORA® Diamond Teste

EU SUNT GD50

Model cu un singur buton | Lentilă convexă | Universal Tone

- ✓ Funcționez cu un singur buton
- ✓ Am un ecran mare, cu lentilă convexă, pentru a-ți oferi rezultate vizibile
- ✓ Cu ajutorul funcției UNIVERSAL TONE îți comunic rezultatul măsurării prin semnale acustice, ușor de înțeles

Dispozitiv Bluetooth My Dongle | Aplicația iFORA BG | Evacuare test

- ✓ Prin accesoriul opțional FORA® My Dongle, mă asociez cu telefonul tău mobil și-ți trimit valorile măsurate prin Bluetooth
- ✓ Descarcă gratuit aplicația iFORA BG pe telefonul tău mobil și te voi ajuta să-ți controlezi mai bine glicemia
- ✓ Am un buton special pentru evacuarea sigură și igienică a testelor folosite

450 rezultate | Preprandial (AC) / Postprandial (PC) | Media pe zile

- ✓ Pot să păstrez 450 rezultate în memorie, cu data și ora
- ✓ Pot memora separat valorile măsurate înainte de masă (AC) de cele măsurate după masă (PC)
- ✓ Îți ofer oricând acces la valorile medii ale glicemiei, calculate pe 7, 14, 21 și 28 zile

Teste necodate | Probă mică de sânge | Atenționare cetone

- ✓ Funcționez cu teste de glicemie necodate
- ✓ Am nevoie de o picătură foarte mică de sânge (0,5 µl), pentru a-ți oferi un rezultat corect
- ✓ În caz că valoarea glicemiei depășește 275 mg/dl, afișez o atenționare de cetone odată cu rezultatul

Designed by FORA

Conceput pentru un stil de viață simplu și igienic

În România prin ESTRADE DISTRIBUTION SRL tel: +40 234 574668 fax: +40 234 584911 e-mail: sales@estrade.ro www.estrade.ro

Diagnosticul și abordarea terapeutică a neuropatiei diabetice

Neuropatia diabetică reprezintă un grup heterogen de tulburări neurologice cu manifestări clinice diverse. Mai mult de 50% din neuropatiile periferice sunt asimptomatice. Recunoașterea, diagnosticarea și tratarea precoce a neuropatiei diabetice îmbunătățește semnificativ simptomatologia, diminuează durerea și crește calitatea vieții.

Irina Calma[1], Gabriel Draghici[1], Gabriela Radulian[1,2]

1. Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "N.Paulescu" București, România

2. Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București, România

Neuropatia diabetică senzitivo-motorie simetrică distală

Indicații pentru evaluare: pacienții cu diabet zaharat tip 1 de cel puțin 5 ani și cei cu diabet zaharat tip 2 la momentul diagnosticului.

Diagnosticul se pune pe baza examenului clinic și a testelor paraclinice.

A.Prezentare clinică: Simptomatologia diferă în funcție de tipul de fibre nervoase afectate. Cele mai frecvente simptome sunt reprezentate de durere și disestezie (senzație neplăcută de arsură sau furnicături). Implicarea fibrelor nervoase lungi poate cauza "amorțeală "și pierderea senzației protective. Pierderea senzației protective sugerează prezența polineuropatiei senzitivo-motorii distale și reprezintă un important factor de risc pentru apariția ulcerației.

B.Examenul neurologic presupune evaluarea:

- sensibilității tactile, termice, presionale (cu monofilament), mio-atro-kinetice, vibratorii (cu diapazon 128 Hz);
- reflexelor proprioceptive (achiliene, rotuliene);
- forței musculare segmentare;
- studiul electrofizologic.

Electroneurografia (ENG) evaluează conducerea impulsurilor nervoase în nervii periferici motori și senzitivi. Constă în aplicarea unui stimul electric pe traseul nervului și înregistrarea potențialului rezultat cu electrozi de suprafață plasați pe mușchi (pentru conducerea motorie) și pe traseul nervului (pentru conducerea senzitivă).

Electromiografia (EMG) se realizează prin înregistrarea activității electrice cu ajutorul unui electrod ac plasat în mușchi.

În mod normal, examenul electroneurografic se completează cu cel electromiografic, dar în unele situații nu mai este nevoie de acesta din urmă. Cu ajutorul electroneurografiei se evalueaza conducerea nervoasă; vitezele scăzute semnifică o disfuncție a nervului; viteza poate fi mult scăzută (în neuropatiile demielinizante) sau puțin redusă față de normal (în neuropatii axonale).

De asemenea, în neuropatii axonale, se mai pot observa scăderi ale amplitudinilor răspunsurilor senzitive și motorii. La examenul EMG cu electrod ac, prezența unei activități spontane, alterarea parametrilor morfologici și de recrutare a potențialelor de unitate motorie, analiza traseului obținut la contracție maximă oferă date privind natura neurogenă (axonală) sau miogenă a modificărilor evidențiate.

C. Biopsia nervoasă (de obicei din nervul sural) este o metodă invazivă, rezervată atunci când etiologia neuropatiei este neclară sau în cazul neuropatiilor atipice la pacienții diabetici.

D. Diagnosticul diferential cu alte cauze de neuropatie:

- Medicație neurotoxica;
- Alcool;
- Deficitdevitamina B12;
- Hipotiroidism;
- Boală renalăcronică;
- Neoplazii:mielomul multiplu;
- Infecții:HIV;
- Neuropatia demielinizantă;.
- Vasculite.

Neuropatia diabetică autonomă

Severitatea neuropatiei autonome variază semnificativ între diabetul zaharat tip1 și tipul 2. Semnele disfuncțiilor autonome suntprezentela 16-20% dinpacienții cu diabet zaharat. Pattern similar de neuropatie au tonomăseîntâlnește și în rândulpacienților cu toleranțăalterată la glucoză.

Neuropatia autonomă cardiacă

Este asociată cu mortalitate crescutăindependent de existența altor factori de risc cardiovasculari. În stadiile incipiente, neuropatia cardiacăautonomă poate fi complet asimptomatică, aceastaputând fi detectată doar printr-o scădere a frecvenței cardiace în inspirul profund. Formele avansate pot asocia și:

- Hipotensiune ortostaticădefinităprin scaderea Tasistolicesaudiastolice cu 20 sau 10 mmHg în ortostatism- măsurătăla 2 minute de la trecerea din clino în ortostatim;
- Tahicardie de repaus >100 bpm;
- Denervarea cardiacă/Ischemie miocardică silentioasă;
- Fenomen de tip non-dipping.

Diagnostic:Reflexele cardiovasculare reprezintă gold standard. Sunt standardizate, sensibile, specifice, non-invazive, reproductibile și usor de efectuat.

Cele mai utilizate teste pentru evaluarea funcției cardiace parasimpatice suntreprezentate de:

- evaluarea frecvenței cardiace in inspir profund- cea mai mare specificitate (80%);
- Manevra Valsalva;
- evaluarea tensiunii arteriale in clino și ortostatism.

Evaluarea se face la momentul diagnosticului diabetului zaharat tip 2 și la 5 ani de la debutul diabetului zaharat tip 1, in special la pacientul cu risc cardiovascular înalt datorat unui control glicemic neadecvat, existenței factorilor de risc cardiovasculari, a complicațiilor micro și macrovasculare.

Cele mai frecvente semne și simptome sunt reprezentate de: creșterea frecvenței cardiace în repaus, hipotensiune ortostatică, scăderea toleranței la efort.

Diagnostic:

- Prezența unui singur test vagal anormal sugerează posibilitatea existenței cardiopatiei autonome .
- Cel puțin 2 teste vagale anormale confirmă diagnosticul de cardiopatie autonomă.

Neuropatia gastrointestinală

Funcțiile senzitivă, motorie și secretorie ale tractului gastrointestinal sunt modulate de interacțiunea dintre sistemul nervos autonom (simpatic și parasimpatic) și sistemul nervos enteric. Evaluarea funcției gastrointenstinale autonome la om este dificilă, motiv pentru care diagnosticul de gastropatie autonomă este unul de excludere. Rata de evacuare gastrică reprezintă cel mai important factor pentru modificările glicemiei postprandiale.

MEDIKA H&S

430274 BAIA MARE STR. 9 MAI 23 C
TEL. / FAX: +40 262 216 641, MOBIL: +40 723 571 252
medika@medika.ro, www.medika.ro

InBody770
sistem multifrecvență de analiză a compoziției corporale

Un diagnostic corect reprezintă baza unui tratament eficace.
Tehnologia InBody (metoda DSM-BIA) este patentată ca tehnologie originală în țări avansate din întreaga lume, printre care SUA, Japonia și Uniunea Europeană. Folosind metoda cu electrod tactil în 8 puncte, 9 nivele de frecvență, InBody scanează corpul pe segmente și deține o tehnologie de analiză a compoziției corporale care nu duce la estimări empirice ca sex sau vârstă.
Măsoară rezistența, reactanța și unghiul de defazaj. Puncte de măsurare: braț drept, braț stâng, picior drept, picior stâng. Tehnică de măsurare segmentală. Determină: grăsimea viscerală, masa totală a grăsimilor, lichid intra și extracelular, total lichide, edem, edem segmental, masa musculară scheletală, echilibru stâng/drept, evaluare nutrițională (proteine, minerale, grăsime), rezistența organismului, greutatea țintă, controlul greutății, controlul grăsimii, controlul mușchilor, gradul de obezitate, istoricul compoziției corporale (rezultatele a 10 măsurători).

InBody 270
sistem multifrecvență de analiză a compoziției corporale, portabil

Determină: greutate, masă musculară scheletală, masă țesuturi grase, masă totală lichide (TBW), greutate fără țesuturi grase (FFM), indice de masă corporală (BMI), procent grăsime corporală (PBF), raport talie – șold (WHR), distribuție grăsime segmentală (braț stâng/drept, picior stâng/drept, trunchi), distribuție masă musculară segmentală, rata metabolică (BMR), control mușchi – grăsime.

SYSTOE
aparat pentru măsurarea tensiunii arteriale în degete

Metoda folosită: fotopletismografie (PPG).
Determină: presiunea sistolică în degete, coeficientul deget –braț.
Util pentru:
- Depistarea arteriopatiilor membrelor inferioare.
- Supravegherea arteriopatiilor la: diabetici, la persoane cu insuficiență renală, la vârstnici.

BASIC
Aparat complex pentru diagnosticarea vasculară periferică-doppler vascular, fotopletismograf, indice gleznă/braț

Toate funcțiile sunt complet integrate în aparat.
Modelul BASIC este intuitiv și ușor de folosit.
Doppler periferic: continuu bidirecțional arterial și venos de 4 Mhz & 8Mhz. Analiză spectrală color în timp real. Șase indecși afișați în timp real (Vs, Vd, Vm, Hr, RI, PI, S/D).
Fotopletismografie: senzori PPG ultrasensibili, înregistrarea formei de undă a pulsului. Diagnosticarea insuficienței venoase.
Tensiunea arterială: umflarea și dezumflarea automată a manșetelor, determinare indice gleznă/braț.

Neuropatia gastrointestinalăautonomă poate interesa orice segement al tubului digestiv cu manifestăricare includ:

- tulburari de motilitate esofagiană;
- gastropareza;
- constipație/diaree.

Diagnostic:

Clinic: In general pacientul se prezintă cu un control glicemic refractar și simptomatologie digestivă superioară: greață, vărsături, anorexie, senzație de sațietate precoce.

Paraclinic:

"Gold Standard"- ul pentru evaluarea gastroparezei: măsurarea timpului de golire gastrică cu ajutorul scintigrafiei cu Tehnețiu99 la intervale de 15 minute timp de 4 h de la ingestia alimentelor. Necesită obligatoriu excluderea altor cauze organice prin endoscopie digestiva superioară sau tranzit baritat.

Ecografie 2D sau 3D- necesită operator experimentat.

Unul dintre chestionarele propuse pentru identificarea simptomelor digestive este chestionarul simptomelor intestinale în cadrul diabetului.

Neuropatia genitourinară

Disfuncțiaerectilă:

Prevalența în rândul bărbaților cu diabet variazăîntre 35-90%, diferența depinzând în special de metodă de evaluare folosită. Neuropatia este unadintre cauzele disfuncției erectile alături de vasculopatia periferică, disfuncțiaendotelială, factorii psihologici, modificările hormonale șireacțiile adverse ale diferitelor medicamente.

Diagnostic:

"Gold-standard": anamneză minuțioasă cu istoric medical.

Utilizarea chestionarelor validate precum (International Index of Erectile Function și Sexual Encounter Profile).

Disfuncțiavezicii urinare se poate manifesta prin:

- incontinența urinară;
- nicturie;
- senzație de evacuare incompletă.

Tratamentul Neuropatiei Diabetice

1. Controlul glicemic: Un control glicemic adecvat inca de la diagnosticul diabetului zaharat a demonstrat o reducere netă a progresiei sau chiar prevenție in ceea ce priveste instalarea neuropatiei in diabetul zaharat tip 1. Nu aceleasi rezultate au fost raportate și in cazul diabetul zaharat tip 2- in acest caz s-a remarcat o reducere usoară a progresiei neuropatiei, insa fără refacerea fibrelor nervoase.

2. Tratamentul etiopatogenetic al PSSD:

- Antioxidante: VitaminaE, Acid alfa-lipoic
- Corectarea deficitului de vitamine din grupulB, Benfotiamină, Ciancobalamină, Piridoxină.

3. Tratamentul durerii neuropate:

Cele patru clase de medicamente folosite pentru ameliorarea durerii neuropate sunt:

- Anticonvulsivante: pregabalin, gabapentin, carbamazepin. Efecte adverse:amețeală, transpirații.
- Antidepresive triciclice: amitriptilina, desipramine și imipramine pot reduce durerea neuropată de intensitate mică pană la moderată. Efecte adverse: crestere in greutate, constipație, senzație de gură uscată, transpirații.
- Inhibitori ai recaptării serotoninei și noradrenalinei: duloxetine, venlafaxine. Efecte adverse: greață, somnolență, scăderea apetitului și constipație.
- Opioide.

Pregabalin, duloxetine și gabapentin reprezintă opțiunile terapeutice de primă linie (conform ghidului ADA 2019).

DCI	Administrare	Doza de start	Doza uzuala	Doza maximă
Pregabalin	2-3 x/zi	50-100 mg	300 mg	600 mg
Gabapentin	2-3x/zi	300 mg	900 mg	3600 mg
Duloxetina	1/zi	30 mg	60 mg	120 mg

Prima linie de tratment este reprezentată de : gabapentin, pregabalin, antidepresive triciclice și duloxetina. Alegerea unei clase depinde de comorbiditățile prezente și de efectele adeverse asociate.

Se recomandă titrarea maximală a fiecarui medicament , inainte de a-l schimba cu o alta clasă sau de a inița dublă terapie. Numai după ce toate variantele de tratament de linia 1 au eșuat, se recurge la linia a 2-a de tratament.

Linia a 2-a de tratament vizează utilizarea de:

Opiod și tramadol. Se recomandă cu precauție având în vedere efectele adverse, apariția dependenței și scăderea efectului farmacologic pe termen lung.

Alte opțiuni terapeutice: unguent cu capsaicina, Lidocaină , terapii alternative, stimulator electric spinal.

Tratamentul neuropatiei autonome

Hipotensiunea ortostatică:

Targetul în tratarea acetui tip de neuropatie este reprezentat de minimizarea simptomelor posturale, mai repede decât restabilirea normotensiunii. Majoritatea pacienților necesităatât tratament nonfarmacologic (aport adecvat de sare, utilizarea benzilor compresive la nivelul abdomenului și picioarelor, evitarea medicamentelor care pot agrava hipotensiunea) câtși farmacologic (midodirine și droxidopa) acesteafiind cele 2 medicamente aprobate de FDA pentru tratarea neuropatiei autonome cardiace.

Gastropareza:

Intervenție nutrițională: mese mici și dese cu cantități reduse de grăsimi.

In cazul gastroparezei severe- doar metoclopramidul- agent prokinetic- este aprobat de FDA.

Efecte adverse: sindrom extrapriamidal- reacții acute distonice, diskinezie tardivă, akatisie, Parkinson indus medicamentos.

Utilizarea lui maimult de 12 săptămâni nu este recomandată.

Alte opțiuni terapeutice: domperidone, eritromicină- efect benefic pe termen scurt datorat tahifilaxiei.

O altă opțiune aprobată de FDA este stimularea gastrică cu ajutorul unui device implantat chirurgical. Se recomandă doar în cazul pacienților cu gastropareza severă refractară la orice tip de medicație.

Disfuncția erectilă

Tratament: inhibitor de fosfodiesteraza 5, prostaglandină intrauretral sau dispositive de vaccum.

În asociere cu tratamentul pentru neuropatie, aceastămedicație nu schimbă substratul fiziopatologic aldisfuncției erectile, însăîmbunătățește semnificativ calitateavieții acestor pacienți.

Concluzii:

Neuropatia diabetică reprezintă una dintre cele mai întâlnite complicații cronice ale diabetului zaharat, având un impact important asupra calității vieții pacienților.Neuropatia diabetică ar putea fi depistată în stadii incipiente, prin intermediul unor programe de screening.

Un tratament optim încă de laînceputajută la îmbunătățireaevoluției bolii, intarzie rata de apariție a complicațiilorși reduce astfel impactul asupracalitățiivieții.

Bibiliografie la autor

BCM Body Composition Monitor

Body Composition Monitor

Inovație pentru un prognostic mai bun

1. Oferă date necesare pentru evaluarea nutrițională.
2. Acuratețe maximă a măsurătorii prin utilizarea bioimpedanței spectroscopice.
3. Software-ul Fluid Management Tool asigură monitorizarea pe termen lung a statusului nutrițional şi corelează rezultatele măsurătorilor BCM cu valorile de referință la subiecți sănătoşi.
4. Măsurătoare non-invazivă, rapidă şi uşor de realizat
5. Interfață simplă, intuitivă, cu grafice reprezentative, uşor de interpretat.

FRESENIUS MEDICAL CARE

Fresenius Medical Care Romania SRL

Şoseaua Bucureşti-Ploieşti nr. 19-21, sector 1, Bucureşti
Telefon: +40 (0) 21 233 42 68 · Fax: +40 (0) 21 233 42 20-21
www.fresenius.ro

Particularitățile Managementului Diabetului zaharat tip 2 la vârstnici

Un sfert dintre persoanele cu vârsta peste 65 de ani au diabet zaharat tip 2, și procentul crește odată cu înaintarea în vârstă [1]. Persoanele vârstnice au în general mai multe afecțiuni cronice concomitente, risc mai mare de îmbolnăvire și o rată mai mare de mortalitate. Din aceste motive, abordarea diabetului zaharat de tip 2 trebuie realizată diferit la această categorie de pacienți.

Dr. Anca Cerghizan

Medic Primar în Diabet Nutriție și Boli Metabolice, Secretar General al Federației Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice

Taxonomie

Există mai multe definiţii/clasificări ale noţiunii de vârstnic. Cea mai des utilizată, din punct de vedere medical, împarte vârstnicii în trei categorii [2]:

1. vârstnici „tineri", 65-74 de ani
2. perioada de bătrâneţe, „middle old",75-84 de ani
3. marea bătrâneţe, „oldest"- old, peste 85 de ani

Aspecte particulare ale diabetului zaharat tip 2 la vârstnici

A. Funcția cognitivă

Context

Afectarea cognitivă este mai frecventă după vârsta de 65 de ani, iar persoanele cu diabet zaharat, în special cei cu o durată mai lungă a diabetului, au o incidenţă mai mare a acestui tip de afecţiuni (de ex: depresie, demenţă, boala Alzheimer) decât vârstnicii fără disglicemie [3]. Nu există în acest moment studii care să demonstreze că prin reducerea glicemiei/menţinerea controlului glicemic se pot preveni disfuncţiile neurocognitive în diabetul zaharat tip 2.

Recomandări

Screeningul disfuncţiilor cognitive şi al depresiei este recomandat la persoanele cu diabet zaharat după vârsta de 65 de ani, anual, sau mai des în cazul care apar dezechilibre glicemice datorate unor greşeli repetate de alimentare, luare a medicaţiei, sau identificarea unor dificultăţi de auto-îngrijire [1].

În cazul prezenţei unor astfel de afecţiuni este importantă simplificarea schemei terapeutice, deprescrierea unor anumite tipuri de medicamente, pentru evitarea polimedicaţiei şi a interacţiunilor medicamentoase. De asemenea, devine şi mai importantă implicarea familiei, a unor persoane apropiate în managementul diabetului.

B. Hipoglicemiile

Context

Persoanele vârstnice au un risc mai mare de hipoglicemii [4]. Aceasta datorită, în principal, modificărilor fiziologice renale şi hepatice – îmbătrânirea renală şi hepatică, care influenţează farmacocinetica şi farmacodinamica medicaţiei antihiperglicemiante. Se adaugă şi consecinţele unei durate mai lungi a diabetului – insulinosecreţie redusă care presupune terapie cu insulină, şi existenţa anumitor comorbidităţi – disfuncţiile cognitive. Consecinţele hipoglicemiilor la vârstnici sunt negative, cu impact asupra calităţii vieţii şi se asociază cu un risc crescut de evenimente cardiovasculare, evenimente microvasculare şi deces [5,6].

Recomandări

Hipoglicemiile trebuiesc evitate la pacienţii vârstnici cu diabet zaharat [1,2].

Este nevoie de adaptarea/individualizarea obiectivelor terapeutice glicemice şi alegerea medicaţiei cu risc redus de hipoglicemie – inhibitori de dipeptidilpeptidază 4 – iDPP4, inhibitori ai co-transportorilor sodiu-glucoză – iSGLT2, agonişti ai receptorilor glucagon-like peptid 1 – AR GLP1 [1,2].

Obiectivele glicemice recomandate se bazează pe numărul/tipul de comorbidităţi prezente precum şi de speranţa de viaţă [1]:

- Vârstnici cu mai puţin de trei complicaţii/comorbidităţi importante şi cu funcţie cognitivă păstrată – HbA1c < 7.5%
- Vârstnici cu trei sau mai multe complicaţii/comorbidităţi importante sau afectarea funcţiei cognitive – HbA1c < 8%

- Vârstnici cu speranţă redusă de viaţă – o complicaţie/comorbiditate în stadiu final sau afectare severă a funcţiei cognitive, dependenţi funcţional – HbA1c < 8.5%

C. Sindromul de fragilitate

Context

Sindromul de fragilitate este descris ca și un sindrom cu multiple cauze, caracterizat prin scăderea rezistenței și a rezervei funcționale, motive care conduc la creșterea vulnerabilității individuale, reducerea autonomiei și dependență funcțională precum și risc mai mare de deces (7,8). El este întâlnit mai frecvent după 75 de ani – în perioada de bătrânețe și mare bătrânețe.

Recomandări

La pacienții vârstnici cu diabet, mai ales la cei peste 75 de ani, managementul trebuie să aibă ca și prioritate evitarea apariției/încetinirea progresiei declinului funcțional (fizic și/sau cognitiv), manifestată clinic prin sindromul de fragilitate (2).

Evaluarea statusului funcțional (fizic și/sau cognitiv) precum și evaluarea capacității de auto-îngrijire trebuiesc realizate anual, sau mai des, la nevoie [1,2].

D. Polimedicația

Context

Pacienții vârstnici cu diabet zaharat tip 2 au în medie încă 7 afecțiuni cronice, care necesită medicație specifică [9]. Astfel, polimedicația este o problemă frecventă. Modificarea activității sistemului citocromului P450 – specifică înaintării în vârstă, alături de îmbătrânirea renală și hepatică, cresc mult riscul de interacțiuni medicamentoase și efecte secundare adverse [10,11].

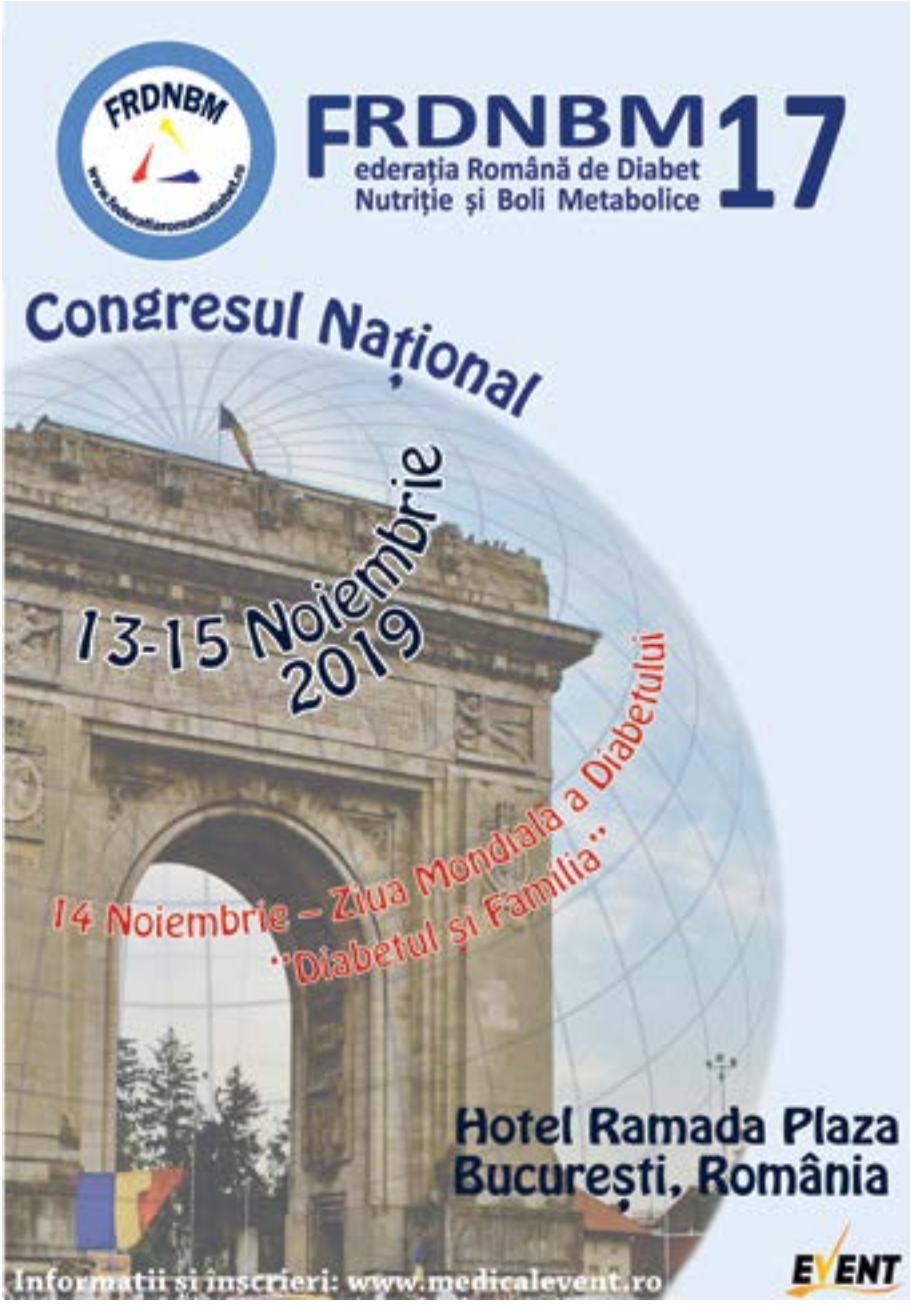
Recomandări

Se recomandă evaluarea planului terapeutic la fiecare consultație. Atunci când există multiple comorbidități și polimedicație, se recomandă deprescrierea (procesul de sistare supravegheată medical a acelor tipuri de medicamente care nu mai sunt necesare la un anumit moment dat) respectiv simplificarea schemei terapeutice, pentru evitarea efectelor secundare adverse asociate polimedicației [1,12].

Recomandări practice pentru managementul diabetului zaharat tip 2 la vârstnici [1,2]

1. Identificarea tuturor elementelor care ne influențează stabilirea obiectivelor terapeutice (aspecte sociale, familiale, medicale),
2. Stabilirea corectă a obiectivelor glicemice, tensionale, lipidologice,
3. Alegerea corectă a medicației,
4. Evaluarea la fiecare control a schemei terapeutice/deprescriere la nevoie.

5. ADA EASD Consensus Report, M Davies et al, Diabetes Care, 4 oct 2018; https://doi.org/10.2337/dci18-0033
6. AJ Sinclair et al, Diabetes in old age, Fourth Edition, Wiley-Blackwell, 2017
7. GE Simon et al, Gen Hosp Psychiatry, 2005; 27:344-351
8. KJ Lipska et al, JAMA, 2014; 174:1116-1124
9. K Kunti et al, Diabetes Care, 2015; 38:316-322
10. S Zoungas et al, NEJM, 2010; 363:1410-1418
11. JE Morley et al, J Am Med Dir Assoc, 2013; 14(6):392-397
12. J Apostolo et al, JBI Database System Rev Implement Rep, 2017; 15(4):1154–1208
13. B Guthrie et al, BMJ, 2012; 345:bmj.e6341
14. UM Zanger, M Schwab, Pharmacology & Therapeutics, 2013;138:103–141
15. K Tajiri, Y Shimizu, World J Gastroenterol, 2013; 19(46): 8459-8467
16. P Duncan et al, Eur J Hosp Pharm, 2017; 24:37–42



Caracteristici ale glucometrului CONTOUR®PLUS ONE:

- **Testare cu o precizie remarcabilă**
  Pentru a vă asigura că obțineți rezultate precise. Standardele de precizie permit o marjă de eroare de ± 15 mg/dL sau ± 15%[1]

  S-a demonstrat că glucometrul CONTOUR®PLUS ONE are o marjă de eroare de ± 8,5 mg/dL sau ± 8,5% în intervalul total[2]

- **Funcția smartLIGHT™**
  Vă oferă feedback instantaneu privind rezultatele glicemiei

  Galben = peste intervalul țintă
  Verde = în intervalul țintă
  Roșu = sub intervalul țintă

  Simplifică interpretarea măsurătorilor la prima vedere

- **Recoltarea Second-Chance®**
  Vă indică să aplicați din nou sânge dacă prima probă este insuficientă. Aveți la dispoziție 60 de secunde în care să repetați aplicarea. Astfel, evitați înțeparea repetată și risipa de bandelete. Glucometrul CONTOUR®PLUS ONE funcționează cu bandeletele de testare CONTOUR®PLUS

Aplicația CONTOUR®DIABETES Simplă și intuitivă

Vizualizați rezultatele de-a lungul timpului

Aplicația se sincronizează cu glucometrul inteligent CONTOUR®PLUS ONE și afișează o diagramă cu variațiile glicemiei pacienților de-a lungul timpului. Acest rezumat rapid permite pacienților să identifice mai repede tiparele și tendințele repetitive și să înțeleagă modul în care activitățile zilnice le influențează rezultatele glicemiei.

Obțineți o imagine de ansamblu

Pacienții pot să își înregistreze mesele și să adauge informații la activități și medicații. Aceștia pot atașa fotografii, note sau reamintiri vocale pentru a oferi context măsurătorilor.

Studiile arată că informarea corectă a pacienților privind condiția lor, împreună cu motivația corespunzătoare îi pot încuraja să își schimbe stilul de viață pentru o gestionare individuală mai eficientă.[2]

Aplicația CONTOUR®DIABETES a devenit și mai inteligentă cu noile funcții

Instrumentele potrivite vă pot ajuta pacienții să își gestioneze eficient diabetul. Aplicația CONTOUR®DIABETES are acum funcții noi care îi pot ajuta pe pacienți să înțeleagă cum sunt influențate valorile glicemiei de activitățile de zi cu zi. Astfel, aceștia pot avea mai multă încredere în propria gestionare a diabetului, influențându-le pozitiv aderența la planurile de tratament.[2,3]

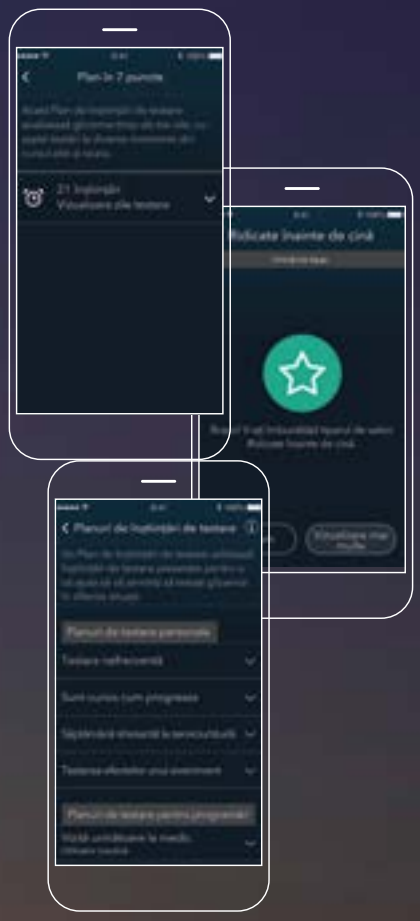
Ce este nou?

Tiparele mele – identifică anumite tipare și tendințe în măsurătorile glicemiei pacienților dvs. și îi informează de posibilele cauze din spatele acestora

Planurile de înștiințări de testare – ajută pacienții să își optimizeze testarea pentru a furniza rezultate care vă oferă o prezentare generală mai amănunțită a glicemiei pacienților.

Vizualizarea insulinei și a carbohidraților – pacienții care folosesc insulină și/sau își înregistrează aportul de carbohidrați pot vedea cum sunt influențate măsurătorile glicemiei de aceste valori.

Exportarea și raportarea datelor – vizualizați în prealabil sau în ziua programării măsurătorile glicemiei pacienților dvs. într-un Raport-jurnal ușor de citit



NOU Tiparele mele oferă pacienților următoarele opțiuni:

- Să vizualizeze notificări utile privind tiparele măsurătorilor glicemiei
- Să afle cât mai multe despre posibilele cauze ale tiparelor
- Să seteze înștiințări pentru a-și monitoriza progresul în timp
- Să ia măsurile corespunzătoare pentru a-i ajuta să își îmbunătățească tiparul

NOU Planurile de înștiințări de testare pot:

- Să ajute pacienții să își optimizeze testarea pentru a primi o prezentare generală mai amănunțită a rezultatelor glicemiei și pentru a identifica tiparele acestora
- Să ajute pacienții să afle cum este glicemia influențată de factori precum dieta, activitățile și medicația, creându-le un plan de gestionare care include o serie de activități pentru schimbarea stilului de viață

Download on the App Store | GET IT ON Google Play

De acum pacienții își pot înțelege mai bine diabetul cu aplicația CONTOUR®DIABETES: acum și mai inteligentă

Pentru mai multe informații, contactați reprezentantul local Ascensia Diabetes Care sau accesați

www.contourplusone.ro • diabet@directpharma.ro

DIRECT PHARMA LOGISTICS

Gestionarea diabetului nu a fost niciodată mai inteligentă

Vă prezentăm aplicația actualizată CONTOUR®DIABETES

Diabetul dvs., pus în lumină

Contour™ plus ONE

Sistem de monitorizare a glicemiei

ASCENSIA Diabetes Care

MEDOCHEMIE

Acum în farmacii

DALTEX DALMEVIN

Urmează o cale nouă

în tratamentul
diabetului zaharat tip II

- Reducere semnificativă a HbA1c
- Fără luare în greutate
- Excelent profil de siguranță
- Excelent profil de tolerabilitate
- Potrivit în orice stadiu al Diabetului Zaharat

Pacienții dumneavoastră au nevoie de un tratament de încredere

Se obține un control glicemic mai bun și **se reduce riscul complicațiilor microvasculare**.

Vildagliptina este soluția optimă deoarece

comparativ cu sulfonilureele, pacienții au raportat

cu 30% mai puține evenimente microvasculare.[1]

* SPD - sindrom picior diabetic

1. Wlodzimierz M. Kolaczynski et al. Microvascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes Treated with Vildagliptin vs. Sulfonylurea: A Retrospective Study Using German Electronic Medical Records. Diabetes Ther (2016) 7:483–496.

DALTEX DALMEVIN

Noi tehnologii în managementul diabetului de tip 1

Suntem pregătiți pentru o altfel de abordare?

Într-o lume aflată în continuă dezvoltare, sistemele de monitorizare continuă a glicemiei (CGMS) și sistemele de infuzie subcutanată continuă de insulină (CSII), devin din ce în ce mai frecvent parte integrantă a managementului diabetului zaharat de tip 1.

Dr. Viviana Elian

Medic primar
diabet INDNBM N.C.Paulescu,
Lector UMF
Carola Davila Bucuresti

Tratamentul cu insulină prin perfuzie continuă subcutanată este o metodă eficientă și flexibilă de administrare a insulinei care poate fi asociată cu îmbunătățirea glicemiei și a rezultatelor clinice pe termen lung. De asemenea utilizarea CGMS a demonstrat beneficii prin scăderea HbA1c chiar din primele luni de monitorizare și prin scăderea incidenței hipoglicemiilor severe.

Folosirea CGMS-urilor pentru controlul diabetului aduce multe avantaje: creșterea timpului în intervalul țintă de glicemie; posibilitatea ajustării tratamentului în funcție de situație în timp real; monitorizarea permanentă a stării pacientului; prevenirea situațiilor de criză: hipoglicemii, cetoacidoze; evitarea înțepăturilor frecvente pentru a afla nivelul glicemiei, etc. Sunt avantaje atât din punct de vedere al pacientului, cât și al medicului.

Odată cu saltul tehnologic sistemele devin din ce in ce mai performante: apar CGMS-uri special create pentru a permite eliminarea completă a calibrării aparatului: Abbot FreeStyle Libre, Dexcom G6, pentru a avea o perioadă cât mai îndelungată de folosire (10 zile Dexcom G6 și 14 zile FreeStyle Libre 2, precum și 180 zile pentru Eversense XL), să comunice direct cu sistemele de infuzie continuă de insulină (Medtronic, Dexcom-OmniPod, Dexcom-Tandem), să fie ușor de utilizat (utilizează aplicații pe mobil eliminând astfel "chinul" de a "căra" un alt device, să aibă posibilitatea de a seta o multitudine de alarme care notifică în timp real asupra pericolelor ce pot apare, să fie ușor de montat și demontat, să reziste la apă, să descarce toate datele direct către medic sau aparținători, dimensiuni din ce în ce mai reduse și posibilitatea de a "nu se observa" (Eversense XL implantat sub piele).

Sistemele de infuzie subcutanată continuă de insulină sau pompele de insulină cum mai sunt ele cunoscute vin cu avantajul major al eliminării înțepăturilor zilnice pentru administrarea insulinei (atât pentru mese cât și pentru eventualele corecții suplimentare) precum și al unor rate bazale diferite pe parcursul zilei, ajustate nevoilor metabolice ale pacientului, singura lui problemă rămânând cantitatea de insulină pentru fiecare aport de glucide.

CSII vin cu tehnologie din ce in ce mai avansată, tehnologie care permite un control complet al administrării insulinei: posibilitatea de a varia rata bazală la o oră la o zecime de unitate, posibilitatea de a interveni permanent asupra acestei rate, capacitatea sistemului de a prelua date din CGMS și de a opri infuzia de insulină în cazul unei hipoglicemii sau de a crește infuzia în cazul unei glicemii prea mari (hybrid closed loop: Medtronic, Tandem), dimensiuni din ce în ce mai reduse și posibilitatea de a elimina cateterele și infuzoarele prin sistemul patch (Omnipod, Roche Accu-Chek Solo), capacitatea de a stoca date despre pacient și a genera rapoarte care să permită o evaluare atentă a întregului proces.

Sunt avantaje majore care oferă pacientului confortul, starea de liniște și încrederea că totul funcționează normal….dar, este folosirea acestor sisteme sigură sau pot apărea probleme care în timp duc la dezechilibrarea pacientului?

Este o întrebare la care fiecare medic care recomandă utilizarea unei astfel de tehnologii ar trebui să insiste mai mult. Sunt toți pacienții cu diabet tip 1 pregătiți pentru un astfel de management? Sunt medicii pregătiți pentru o astfel de abordare? Suntem capabili să ne schimbăm astfel modul de viață? Acordăm suficient timp abordării bazale și înțelegerii mecanismelor bolii înainte de a trece la un alt nivel? Cum rezolvăm "situații noi", "probleme noi"?

Înainte de a indica folosirea acestor sisteme este vitală evaluarea viitorului posesor de pompă și/sau CGMS precum și a familiei acestuia în cazul în care este copil. CGMS-ul poate genera la mulți pacienți o stare de alertă permanentă și discomfort, de dependență, de stress.... Stresul de a fi tot timpul "in target" duce nu numai la riscul unei variabilități glicemice crescute (prin

BioNike HEALTH AND BEAUTY

PROCUTASE

MEDICAL DEVICE CE

HIDROGEL IONIC

- Polimeri hidrofili naturali
- Solutie patentata de metale ionizate
- Inhibitori ai metaloproteinazelor (MMP-1, MMP-3 si MMP-9)
- Alcool denaturat
- Acid lactic
- Apa deionizata
- Clorura de benzalconiu

Are efect bactericid de 100 de ori mai puternic decât Povidone iodine pe Stafilococ!

PROXERA PSOMED

Dispozitive Medicale pentru terapia de bază în psoriazis, piele uscată, hiperkeratozică

PROXERA PSOMED 40

GEL INTENSIV EXFOLIANT

+ Acid Lactic
Acid Salicilic

UREE 40%

ŞOC

PROXERA PSOMED 20

CREMĂ REECHILIBRANTĂ

+ Acid Lactic
Acid Salicilic

UREE 20%

ÎNTREŢINERE

PROXERA PSOMED 30

UNGHIE

+ Acid Lactic
Acid Salicilic

UREE 30%

UNGHIE

PROXERA PSOMED 3

ŞAMPON

+ Acid Lactic
Acid Salicilic
Ulei de şist (Gudron)

UREE 3%

SCALP

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

ajustarea continuă a meselor și tratamentului – pacientul încercând să corecteze o stare fără a lua în calcul toți parametrii) dar și la schimbarea stilului de viață (prin evitarea efortului fizic). Lipsa funcționării CGMS și implicit a monitorizării permanente poate duce la panică și incapacitate de reacție. Pierderea încrederii că respectarea unui tratament standard și respectarea unui stil de viață echilibrat poate genera o stare de echilibru. Apar întrebări legate de tehnică: este corectă glicemia afișată? Am detașat aparatul? Oare mai funcționează normal? Pot intra în apă fără să îl stric? De ce sună alarma?

Aceste probleme sunt și mai importante în cazul sistemelor de infuzie de insulină. Aici lucrurile se complică deoarece injectarea insulinei la pacientul cu DZ tip 1 este vitală și probleme în funcționare pot genera stări acute grave (cetocidoză etc.). Asamblarea corectă, nivelul bateriei, nivelul insulinei, locul de amplasare al cateterului, rata bazală, modalitatea de prindere, alarmele, consumabilele, compatibilitatea, modalitatea de infuzie a bolusului, sunt doar câteva dintre problemele ce pot genera anxietate pacientului.

Din păcate se discută prea puțin despre problemele ce pot apărea. Mirajul "am scăpat de înțepături" și "se ocupă pompa și CGMS-ul" ne fac prea superficiali uneori.

În concluzie înainte de adoptarea de soluții tehnologice noi pentru managementul diabetului trebuie să avem grijă la o serie de probleme de înțelegere, cunoaștere și asumare.

Pacientul trebuie să își înțeleagă boala, organismul propriu și reacțiile sale, conștientizarea tuturor problemelor legate de viața cu un astfel de tratament, a avantajelor uriașe pe care le oferă, a modului în care funcționează, a modului în care poate fi folosită și adaptată pentru atingerea scopului propus. O problemă de cunoaștere, nu numai a propriilor limite ci și a elementelor implicate într-un astfel de management. O problemă de asumare: a pacientului și familiei, că au înțeles cum funcționează și cum se schimbă modul de viață prin folosirea tehnologiei iar pentru medic asumare că poate manageria tratamentul unui astfel de pacient.

În final, tandemul medic–pacient, după o analiză atentă și o documentare completă pot răspunde dacă sunt sau nu pregătiți pentru acest tip de management al diabetului….

Există multiple posibilități de monitorizare, o varietate mare de sisteme de infuzie continuă de insulină, fiecare dintre acestea încercând să aducă un plus calității vieții pacienților. Cel mai important este ca medicul să poată identifica acei pacienți care pot beneficia cât mai mult și fără riscuri de noile tehnologii.

Bilant și perspective NEURODIAB 2019

Interviu cu prof. univ. dr. Gabriela Radulian, preşedinte al Societăţii de Neuropatie Diabetică din România

MM: Doamnă profesor dr. Gabriela Radulian, ați reprezentat Societatea de Neuropatie Diabetică din România la cea de-a 28-a ediție a NeuroDiab, Roma 2018. Cu ce impresii ați rămas de la întâlnirea de la Roma din 2018?

A fost o participare activă, concretizată prin numeroase postere care au avut drept autori tineri cercetători cu preocupări, chiar de mulți ani, în domeniul neuropatiei diabetice. Şcoala de la Cluj a avut o prezență consistentă, numeroşi tineri au avut prezentări de lucrari poster extrem de interesante şi speram că viitoarele noastre participări la NeuroDiab pot fi concretizate şi prin comunicări orale. De aceea, accentuăm implicarea Societății de Neuropatie Diabetică în cercetare, vizând implicarea mai ales a tinerilor specialişti diabetologi, neurologi sau a celor care au preocupări în domeniul îngrijirii persoanelor cu diabet şi neuropatie.

MM: Ce perspective aveți în 2019 pentru Societatea Română de Neuropatie Diabetică?

Activitatea NEURODIAB este centrată pe persoanele cu neuropatie diabetică, de la informarea privind preventia acestei afecțiuni, până la tratamentul şi reintegrarea lor socială.

"Cu cât o persoană cu diabet ştie mai multe, cu atât va trăi o viață mai lungă" (Elliott P. Joslin 1869-1962).

Informarea pacienților cu diabet zaharat în scopul creşterii calității vieții acestora, este unul din obiectivele de maxim interes al Societății de Neuropatie Diabetică.

De asemenea NEURODIAB îşi propune să dezvolte continuu cunostintele şi practicile medicale în rândul specialiştilor din România implicati în îngrijirea persoanelor cu neuropatie diabetică.

MM: Vă rugăm să faceți câteva mențiuni privitoare la congresul NEURODIAB 2019

Cel de-al VII–a Congres Neurodiab, care se va desfăşura în perioada 10-12 octombrie 2019 va avea o participare cu specialişti de marcă din țara noastră, dar şi internațională, ca în fiecare an, cu experți din Europa sau SUA.

Este clar pentru noi toți că şi abordarea multifactorială a intervenției atât terapeutice, cât şi de prevenire a neuropatiei diabetice, respectiv a riscului major de amputație, reprezintă preocupări care generează lucrări ştiințifice de actualitate, dar totodată creează şi noi provocări pentru toți specialiştii.

Pornind de la acest deziderat „Societatea de Neuropatie Diabetica" trebuie să rămână o comunitate puternică, valoroasă şi împreună cu toti membrii săi, să ne dedicăm implicării în îngrijirea persoanelor cu neuropatie diabetică şi în creşterea calității vieții lor.

Produse pentru **îngrijirea piciorului diabetic**

Nutridiab Medical
www.romedic.ro/nutridiab-medical

Acum şi în România!

Încalţăminte profilactică pentru persoane cu diabet
Şosete cu fir de argint
Genţi frigorifice

- încălţăminte
- ciorapi medicinali

www.romedic.ro/nutridiab-medical

Tel. 0755229759 e-mail: contact@nutridiab-medical.ro

Boala Alzheimer și Diabetul zaharat

Conform estimărilor recente, prevalența globală a diabetului zaharat de tip 2 este de 425 milioane [1], iar boala Alzheimer și demența afectează 44,4 milioane de persoane din întreaga lume [2]. Incidența AD a crescut exponențial în ultimele două decenii. Un număr tot mai mare de cercetări susțin o asociere între cele două boli, sugerând faptul că boala Alzheimer poate fi considerat ca fiind „Diabet de tip 3" [3]. Studiile indică mecanisme biologice și factori de risc comuni, cum ar fi stilul de viață, dieta, sedentarismul sau poluarea. De asemenea, se sugerează faptul că echilibrarea metabolică poate reprezenta un pas crucial în prevenirea dar și în tratamentul acestei boli devastatoare.

Dr. Raluca Maria Popescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iași
Clinica Diapedis Medical, București

După cum este bine cunoscut, diabetul zaharat reprezintă o boală metabolică complexă care poate avea efecte devastatoare asupra mai multor organe din organism. Diabetul zaharat este cauza principală a bolii renale în stadiu final în Statele Unite [4] și este, de asemenea, o cauză obișnuită a pierderii vederii, a neuropatiei și a bolilor cardiovasculare. O complicație mai puțin abordată și nu atât de recunoscută a diabetului este disfuncția cognitivă. Atât pacienții cu diabet zaharat de tip 1 cât și cei cu diabet zaharat de tip 2 s-au dovedit a avea deficite cognitive care pot fi atribuite bolii lor. Atât hipoglicemia cât și hiperglicemia au fost implicate ca fiind cauze de disfuncție cognitivă [5].

Legatura dintre diabet zaharat și boala Alzheimer nu este încă pe deplin înțeleasă iar metodele de prevenire, de diagnostic dar și de tratament ale acestei condiții nu au fost încă bine definite. Deși nu toate cercetările confirmă conexiunea, multe studii sugerează că persoanele cu diabet zaharat, în special diabetul de tip 2, prezintă un risc mai mare de a dezvolta în cele din urmă demența Alzheimer sau alte demente. Totusi, exista un consens asupra faptului ca implementarea unor măsuri ce privesc prevenirea sau controlul diabetului poate ajuta la reducerea riscului de declin cognitiv.

Există multe ipoteze ce susțin legatura dintre cele doua afecțiuni, fiind implicate hiperglicemia cronică și efectul acesteia în afectarea microangiopatica, dar și boala macrovasculară, hipoglicemia, rezistența la insulină și depunerea de amiloid (așa numita "angiopatie amiloidă"). Alte căi care ar face legătura dintre cele două boli ar fi disfuncția mitocondrială, inflamația, prezența produșilor de glicare avansată și stresul oxidativ [5]. Cu toate că sunt necesare cercetări suplimentare asupra fiecăruia dintre aceste mecanisme candidate, cel mai probabil, cauza disfuncției cognitive la pacienții cu diabet zaharat poate fi o combinație a acestor factori, în funcție de tipul de diabet, comorbidități, vârstă și tip de terapie.

Odată cu evidențierea unei asocieri între rezistența la insulină din creier și boala Alzheimer, rolul medicamentelor utilizate în mod obișnuit pentru tratamentul diabetului zaharat a fost pus în centrul atenției ca fiind util pentru boala Alzheimer, unde terapiile curente sunt foarte limitate. Toate medicamentele existente pentru diabet au potențialul de a modifica boala Alzheimer, dar cele care pot penetra creierul și îmbunătățesc sensibilitatea la receptorul de insulină ar putea avea o influență benefică [6]. Cu toate acestea, studiile efectuate cu medicamente insulinosensibilizatoare (tiazolidindione) au fost până acum dezamăgitoare, probabil din cauza penetrării slabe pe bariera hematoencefalică. Nici un beneficiu semnificativ din punct de vedere clinic însă nu a fost încă observat cu metformin, medicamentul cel mai frecvent prescris pentru diabetul de tip 2.

Spre deosebire de acestea, agenții cu efect incretinomimetic (analogii GLP-1 și inhibitorii DPP4) sunt considerați candidați promițători pentru tratamentul bolilor neurodegenerative [7]. Cercetările lui Holscher și colegii săi (Universitatea din Lancaster) cu diferite terapii bazate pe incretine au demonstrat efecte citoprotectoare, promițând eficacitate în ceea ce privește tratamentul bolilor neurodegenerative, cum ar fi boala Alzheimer, și boala Parkinson. S-a raportat, de asemenea, un efect benefic, protector al lixisenatidei, un analog GLP-1, asupra funcției de memorie la șobolani, posibil datorită ameliorării efectelor adverse ale proteinei beta-amiloid [8]. Rezultatele finale ale acestor studii cu privire la prevenția sau stoparea declinului cognitiv asociat cu rezistența la insulină din creier, sunt așteptate cu un interes considerabil.

Totusi, este cunoscut faptul că reducerea riscului de demență Alzheimer, fie ea cu sau fără diabet zaharat, presupune o abordare multifactorială în care componentele stilului de viață, cum ar fi exercitiul fizic, fumatul, alcoolul, și nu în ultimul rând dieta, pot contribui în moduri diferite. După cum s-a raportat recent în New Scientist, din punct de vedere al dietoterapiei, „Ceea ce este bun pentru inimă, este bun și pentru creier" [9].

Referinte bibliografice

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition 2017
2. World Alzheimer Report 2018 The state of the art of dementia research: New frontiers
3. de la Monte SM, Tong M, Wands JR. The 20-year voyage aboard the journal of Alzheimer's disease: docking at 'Type 3 Diabetes', environmental/exposure factors, pathogenic mechanisms, and potential treatments. J Alzheimers Dis. 2018;62:1381–1390.
4. 2003 U.S. Renal Data System (USRDS) Annual Data Report: Atlas of end-stage renal disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
5. Kodl ChT, Seaquist ER. Cognitive disfunction and Diabetes. Endocrine Reviews 2008; 29(4):494-511
6. Yarchoan M, Arnold SE. Repurposing diabetes drugs for brain insulin resistance in Alzheimer disease. Diabetes 2014;63(7):2253–61.
7. Li Y, et al. Incretin-based therapy for type 2 diabetes mellitus is promising for treating neurodegenerative diseases. Rev Neurosci 2016;27(7):689–711.
8. Cai H-Y, et al. Lixisenatide attenuates the detrimental effects of amyloid ß protein on spatial working memory and hippocampal neurons in rats. Behav Brain Res 2017;318:28–35.
9. Coglan A. The Alzheimer's problem. New Scientist 2017;28 January:22–3.

TANITA
Monitoring Your Health

MONITORIZAȚI-VĂ
SĂNĂTATEA!

Analizor profesional de compoziție corporală de mare capacitate cu imprimantă termica inclusă

DC 430 MA P III

NOU

AMELITE
ready for health

Prin intermediul S.C. AMELITE TRADING SRL, producătorul nipon al cântarelor profesionale, firma TANITA, este prezentă și în România.
Mobil: 0729 114118, Tel./fax: 031 4085898

Caracteristici speciale:

- **Analiza corporală totală în maxim 15 secunde;**
- **Acurateţe deosebită folosind tehnologia BIA în dublă frecvenţă;**
- **Imprimantă termică integrată în display;**
- **Rezultate automat stocate pe un card tip SD, trimise la calculator sau la imprimantă;**
- **Compatibil cu Softul de analiză corporală GMON PRO disponibil şi în limba română,**
- **Platformă joasă, stabilă, prevazută cu picioruşe reglabile şi bulă de aer;**
- **Capacitate maximă de 270 kg, cu o acurateţe de 100g;**
- **Aprobări medicale, NAWI Clasa III;**
- **Cinci ani garanţie, training iniţial şi transport gratuit!**

Măsurători ce privesc întregul organism:

- ***Masa de grăsime în %;***
- ***Masa de grăsime în kg;***
- ***Masa fără grăsime în kg;***
- ***Masa musculară în kg;***
- ***Apa totală din corp în %;***
- ***BMI (Indicele de Masă Corporală);***
- ***Funcţia Atlet (pentru sportivi);***
- ***Ratingul fizic (1-9);***
- ***Ratingul grăsimii viscerale (1-59);***
- ***Rata Metabolică Bazală în Kcal;***
- ***Indicator ţintă BMR;***
- ***Vârsta metabolică (12-90 ani).***

GMON SOFTWARE

MADE IN JAPAN

www.amelite.ro; office@amelite.ro **www.tanita.eu**

Legătura dintre diabetul zaharat și cancer

În literatura științifică medicală există numeroase studii care au găsit o asociere între diabetul zaharat și cancer, mai ales între diabetul zaharat de tip 2 și anumite tipuri de cancer. Această legătură pleacă de la faptul că atât diabetul zaharat cât și patologia oncologică au anumiți factori de risc comuni. Printre aceștia, poate cel mai important este obezitatea.

Dr. Camelia Diaconu

Medic primar medicină internă, specialist cardiologie, Spitalul Clinic de Urgență Floreasca

Unii cercetători și-au pus întrebarea dacă există cu adevărat o relație între diabetul zaharat și cancer. Foarte multe studii au arătat că diagnosticul de diabet zaharat de tip 2 crește cu mai mult de două ori riscul de a dezvolta un cancer de pancreas, un cancer hepatic sau la femei un cancer de endometru. Mecanismele care sunt incriminate în apariția acestor tipuri de cancer la diabeticii de tip 2 sunt multiple. A fost incriminată teoria insulinei și de asemenea, dacă vorbim de cancerul hepatic, ca legătură între diabet și cancer, ar fi existența steatohepatitei nonalcoolice sau a cirozei hepatice. De asemenea, conform studiilor, diabetul zaharat de tip 2 crește de 1,2 până la 1,5 ori riscul de cancer de colon, cancer de rect, cancer mamar și de vezică urinară. Studiile nu au găsit o asociere între diabetul zaharat de tip 2 și un risc mai mare de cancer renal sau de limfom malign nonHodgkin.

Foarte interesant, s-a descoperit și faptul că diabetul zaharat se asociază cu un risc mai mic de cancer de prostată, aici fiind incriminat nivelul testosteronului.

Există din păcate mai puține date în legătură cu diabetul zaharat de tip 1 și riscul de cancer.

Așa cum am menționat anterior, cancerul și diabetul zaharat împart anumiți factori comuni de risc, factori care sunt nemodificabili, așa cum sunt de exemplu vârsta și sexul, dar și factori de risc modificabili, cum sunt obezitatea, sedentarismul, un anumit tip de dietă și consumul de alcool. Studiile din literatura științifică au căutat de asemenea și o posibilă asociere între diabetul zaharat și prognosticul cancerului. S-a observat faptul că diabeticii cu cancer de sân, de prostată sau de colon au un prognostic mai rezervat comparativ cu non-diabeticii. Această asociere prognostică este mai puțin clară. Poate fi vorba de o asociere directă, prin intermediul hiperglicemiei sau insulinemiei, sau o asociere indirectă, legată de obezitate sau comorbidități.

Oricum, se știe că există o asociere puternică între obezitate și diabetul zaharat de tip 2. Pacienții obezi tind să aibă un prognostic mai prost al cancerului de colon, pancreas sau de sân.

În 2003 au fost publicat în prestigioasa revistă New England Journal of Medicine rezultatele unui studiu în care s-a observat că obezitatea ar fi responsabilă pentru aproximativ 14% din decesele de cancer la bărbați și 20% din decesele prin cancer la femei. Studiul a inclus peste 9000 de pacienți care au fost monitorizați o perioadă de 16 ani și la care s-a încercat stratificarea riscului de deces prin cancer în funcție de indicele de masă corporală. Acest studiu a relevat faptul că pacienții obezi au într-adevăr un prognostic mai prost dacă asociază și cancer de colon, de pancreas sau de sân. Totodată, pacienții obezi au o prevalență mai mare a cancerului de sân, cancerului colorectal, endometrial, de pancreas, de esofag, colecist, ficat sau rinichi.

Ca și legătură fiziopatologică, a fost incriminată obezitatea, rezistența la in-

HbA1c Epithod 616

Analizor semi-automat ce incorporeaza tehnologie NANO-BIO de ultimă generație.

Rezultate precise și fiabile pentru albumina glicată, hemoglobina glicozată (HbA1c) și antigenul tuberculozei (TB-Ag)

Specificații:

- ecran tactil color de 7”
- volum mic de probă (5 µl)
- timp total de testare <3 minute
- imprimantă termică încorporată
- încărcător automat de cartușe
- conectivitate IT, Ethernet, Wi-Fi, USB și funcții suplimentare: controlul tabloului de bord prin PC, actualizare automată, asistență la distanță.

Preț:

EP.616 HBA1C Analyser: 900.00 € fără TVA

HbA1c, 25 tuburi/ kit: 60.00 € preț/ kit fără TVA

În România prin:

Proton Impex 2000 SRL - 63, Trilului str., 030401 Bucharest;
Tel/Fax:+40.743.237.003; +40.21.224.5281; +40.31.425.0893;
E-mail: support_sales@proton.com.ro;
Website: www.proton.com.ro

sulină dar și anumite modificări inflamatorii pe care le asociază pacienții cu obezitate.

Evident că s-a pus problema unei legături biologice între diabetul zaharat și și cancer, această legătură biologică fiind intermediată de hiperinsulinemie, care poate avea efecte directe și indirecte, hiperglicemie, dar și modificările inflamatorii cronice pe care le asociază pacienții cu diabet zaharat. Hiperinsulinemia la pacientul cu diabet zaharat are un rol foarte important, în special prin intermediul a ceea ce se cheamă IGFR-1 adică Insulin-like Grow Factor Receptor-1, care joacă se pare un rol cheie. Foarte multe celule umane au pe suprafața lor receptori pentru insulină și factori de creștere insulin-like care stimulează creșterea și metastazarea celulelor tumorale. Știm că aproximativ jumătate dintre pacienții cu diabet zaharat tip 2 și toți pacienții cu diabet tip 1 urmează tratament cu insulină. Să nu uităm că bolnavii cu diabet au pe parcursul evoluției bolii episoade de hiperglicemie în timpul cărora este stimulată creșterea tumorală. Așadar, hiperglicemia netratată corespunzător poate să faciliteze creșterea tumorală. De aceea, este important ca pacienții cu diabet să aibă un control foarte bun al glicemiei. Hiperglicemia, pe de altă parte, induce un risc crescut de infecții și rate mai mari de recurență a cancerului la pacienții tratați, și o rată mai mare de mortalitate.

În ceea ce privește legătura biologică dintre diabet și cancer a fost incriminată și inflamația cronică. Obezitatea și aportul caloric excesiv conduc la creșterea masei adipoase, la hiperinsulinemie, hiperglicemie, creșterea în sânge a interleukinei 6, a anumitor factori ca PAI-1, TNF-alfa, care conduc la inflamație cronică, imunosupresie și în consecință creștere tumorală. Toate aceste elemente fiziopatologice au fost analizate în studii pe șoareci care au condus la concluzia că o dietă bogată în calorii și obezitatea practic stimulează creșterea tumorală.

S-a pus problema dacă tratamentul antidiabetic influențează riscul de cancer sau dacă influențează prognosticul cancerului la un pacient cu diabet zaharat. Știm că metforminul este cel mai folosit antidiabetic oral în diabetul zaharat tip 2, mecanismul său de acțiune fiind scăderea gluconeogenezei hepatice și a insulinei circulante. Se pare că tratamentul cu metformin se asociază cu un prognostic mai bun în cancerul de sân și de pancreas. Mecanismele care au fost sugerate pentru protecția anticancer mediată de metformin ar fi sensibilizarea celulelor maligne la radioterapie și chimioterapie, activarea căii AMP-kinazei în tumori, dar și scăderea insulinei circulante și a glucozei. Au fost efectuate mai multe studii care au demonstrat faptul că tratamentul cu metformin se asociază cu o supraviețuire mai bună la pacienții cu diabet zaharat și cancer pancreatic, de exemplu. Totodată, s-a demonstrat că diabetul zaharat cu evoluție de lungă durată crește riscul de cancer de pancreas de aproximativ 2 până la 4 ori. De asemenea, diabetul zaharat diagnosticat la adulți se asociază cu risc de cancer de pancreas de 1-2% la un interval de timp de 3 ani.

În legătură cu cancerul de pancreas, știm că numai 15% dintre pacienți au forme rezecabile, numai 15-20% din cei cu tumori rezecabile sunt în viață la 5 ani și supraviețuirea la 5 ani de la diagnostic este extrem de proastă, doar de aproximativ 6%. De aceea, s-a pus problema dacă tratamentul cu metformin nu ar putea să fie util pentru a crește supraviețuirea pacienților cu diabet zaharat și cancer de pancreas sau mamar, de exemplu.

Pacienții cu diabet zaharat și cancer pun o serie de probleme de terapie în practica medicală. De ce? Știm că hiperglicemia se asociază cu o serie de complicații macrovasculare cum ar fi afectarea arterelor coronare, cerebrale și ale membrelor inferioare, dar și complicații microvasculare, cum ar fi afectarea capilarelor de la nivelul ochilor, rinichilor, cu apariția retinopatiei și nefropatiei diabetice și cu complicații neurologice, neuropatia diabetică. Pacienții diabetici care urmează chimioterapie au o serie de complicații preexistente chimioterapiei, cum ar fi complicațiile renale, cardiace sau neuropatia diabetică. Din păcate, chimioterapia agravează aceste complicații și, pentru a da doar câteva exemple, tratamentul cu cisplatină poate induce insuficiență renală, tratamentul cu antraciclină are efect cardiotoxic, iar cisplatinul, paclitaxelul și vincristina sunt neurotoxice. Multe dintre aceste efecte secundare medicamentoase sunt permanente și ireversibile.

Pacienții cu diabet zaharat care fac chimioterapie prezintă alterarea metabolismului glucozei, medicația suportivă la acești pacienți (cum ar fi corticoterapia) crește și ea în plus valorile glicemiei, iar greața și vărsăturile induse de chimioterapie reprezintă o mare problemă, diabeticii trebuind să fie evaluați frecvent din punct de vedere al statusului hidric și al nivelului glicemic. De asemenea, tratamentul de supresie androgenică la pacienții cu cancer de prostată afectează rezistența la insulină și crește riscul de hiperglicemie.

În concluzie, am putea spune că diabetul zaharat tip 2 se asociază cu o incidență crescută și o evoluție mai infaustă a anumitor tipuri de cancer, cum ar fi cancerul de ficat, pancreas, sân, cancerul colorectal, endometrial. Asocierea dintre diabetul zaharat și cancer poate fi explicată parțial doar prin factorii de risc comuni, iar mecanismele care leagă diabetul și cancer pare că sunt insulinemia, hiperglicemia și inflamația cronică.

Să nu uităm că metforminul poate avea efecte antitumorale directe și indirecte, iar diabetul zaharat și cancerul sunt boli complexe care impun un management interdisciplinar al acestor cazuri.

Ce am putea face în practica medicală? Să identificăm la timp pacienții aflați la risc de a face diabet zaharat, iar pe cei deja diagnosticați cu diabet să-i tratăm corespunzător, astfel încât valoarea hemoglobinei glicozilate să fie menținută sub 6 g/dL, de asemenea, un control foarte bun al dietei, combaterea sedentarismului, a consumului de alcool, obezității, interzicerea fumatului. La acești pacienți cu diabet ar trebui să facem un examen obiectiv anual pentru screeningul diabetului și eventual o colonoscopie la diabeticii cu vechime de peste 5 ani și vârsta peste 50 de ani, o tomografie de screening la cei cu vârsta peste 40 de ani, un CT anual pentru screening-ul cancerului pulmonar la fumătorii cu istoric de peste 30 pachete-an, iar la femei un examen Babeș-Papanicolau anual. Acestea ar fi modalitățile de ameliorare a prognosticului pacienților diabet zaharat și patologie oncologică.

Gerodorm

cinolazepam 40 mg
comprimate

Produs inovativ G.L. Pharma

Eficient în terapia tulburărilor de somn

Nu necesită rețetă specială pentru prescripție

Pentru un somn liniştit,
fără treziri nocturne

G.L. PHARMA GMBH Reprezentanța în România

GEROT LANNACH

a business unit of G.L. Pharma GmbH

Mijloace de reabilitare medicală în neuropatia diabetică

Neuropatiile periferice se manifestă atunci când apar deteriorări la nivelul unui (mononeuropatie) sau mai multor nervi periferici (polineuropatie). Cauzele acestor afecțiuni sunt multiple, cea mai comună fiind reprezentată de diabetul zaharat. Datele statistice relevă că 60-70% din diabetici prezintă forme moderate sau severe de neuropatie periferică. Apare atât la bolnavii cu diabet zaharat insulinodependent cât și la cei cu diabet zaharat non-insulinodependent, afectând în proporție aproximativ egală ambele sexe.

Dr. Florina Ligia Popa

Universitatea „Lucian Blaga" Sibiu, Facultatea de Medicină, Spitalul Clinic Judetean de Urgență Sibiu, Secția clinică Reabilitare Medicală I

Neuropatia periferică diabetică poate fi clasificată în: neuropatie periferică mono/ polineuropatie, neuropatie autonomă (vegetativă) și neuropatie focală/moltifocală. Tipuri diferite de neuropatie pot fi prezente la acelaţi pacient. Polineuropatia periferică senzitivă este cea mai frecventă formă întâlnită.

Manifestările apar de obicei bilateral, simptomatologia constând în amorețeli, parestezii, senzație de arsură, furnicături, vibrație în picioare, hiperestezie, durere, slăbiciune musculară, împiedicare, dificultăţi în activitățile care implică dexteritate. Activitățile vieții de zi cu zi (ADL-uri: mâncat, spălat, îmbrăcat, etc) pot fi compromise. Durerea poate fi profundă, mai intensă noaptea.

Există două teorii privind mecanismul patogenic al neuropatiei diabetice și anume cea metabolică (hiperglicemia) și cea vasculară (ischemia nervului periferic).

Stabilirea diagnosticului impune investigaţii clinice și paraclinice, cele mai importante fiind examenul clinic, rezonanță magnetică nucleară, electromiografie, biopsie de nerv, biopsie cutanată pentru examinarea numărului de filete nervoase.

Lezarea nervilor periferici determină 3 sindroame clinice de bază: sindromul motor, sindromul senzitiv și cel vasculotrofic.

Reabilitarea medicală în neuropatia diabetică presupune refacerea deficitului motor, a tulburărilor senzitive, vegetative și trofice, având ca scop atenuarea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții. Mijloacele specifice sunt complexe și diverse.

Electroterapia de joasă și medie frecvență se poate aplica pentru combaterea durerilor și pentru electrostimularea musculaturii denervate în vederea menținerii sau refacerii masei musculare.

Ca mecanisme de acțiune ale electroterapiei pot fi menționate eliberarea locală a neurotransmițătorilor cum ar fi serotonina, niveluri ridicate de ATP, eliberarea de endorfină și propriile ei efecte antiinflamatorii. În plus s-a demonstrat că electroterapia de joasă frecvență are și efect de creștere a microcirculației și a fluxul sanguin endoneural. Electroterapia poate fi, de asemenea, eficientă în corectarea microcirculației distruse în polineuropatia diabetică și creșterea capacității oxidative în mușchi prin efectul metabolic.

Stimularea nervoasă electrică transcutanată (TENS) s-a dovedit a fi cea mai eficientă modalitate fizicală în tratamentul durerii neuropatice [1], acționând prin activarea mecanismelor centrale pentru a asigura analgezia. Efectul analgezic apare prin activarea receptorilor μ-opioizi din măduva spinării și din creier la frecvențe joase și prin intermediul receptorilor δ-opioizi la frecvențe înalte. Eficacitatea TENS depinde de intensitatea, frecvența, durata și numărul ședințelor. Studiile efectuate au demonstrat eficacitatea TENS comparativ cu placebo în combaterea durerii în cazul neuropatiei diabetice [2,3].

Kinetoterapia presupune efectuarea unor exercițiile aerobice, de creștere a flexibilității, creștere a forței musculare, exerciții de echilibru. Pot fi practicate și elemente din yoga și *tai chi*. La acestea se pot adăuga înotul și exercițiile în apă. Kinetoterapia ocupă primul loc în rezolvarea sindromului motor și a celui senzitiv și ajută în tratamentul sindromului vasculotrofic [4,5,6].

Exercițiile kinetice efectuate în mod regulat pot ajuta la reducerea durerii neuropate și la controlul nivelurilor zahărului din sânge deoarece mușchii sunt capabili să ardă eficient glucoza. Exercițiul fizic practicat consecvent influențează favorabil mecanismul fiziopatologic al afecțiunii, reducând dislipidemia și scăzând nivelul de hemoglobină glicozilată prin creșterea în volum a fibrelor musculare (fenomen posibil legat de creșterea glicogenului la nivel muscular). Practicarea de exerciții fizice contracarează rezistența la insulină și normalizează nivelul moleculelor de adeziune (ICAM-1, VCAM-1, E-selectina) asociate cu disfuncții endoteliale, având totodată un efect favorabil asupra fenomenului de aterogeneză.

Reabilitarea sindromului motor vizează creșterea forței musculare, corectarea tulburărilor de echilibru și mers, menținerea libertății de mișcare în articulații.

Trebuie avute în vedere următoarele obiective:

- evitarea apariției deformărilor și a atitudinilor vicioase, deoarece paralizia unor grupuri musculare determina dezechilibrul forțelor aplicate asupra unui segment
- evitarea atrofierii mușchilor paralizați, în așteptarea apariției reinervației spontane
- creșterea forței fibrelor musculare restante sănătoase, deoarece în majoritatea cazurilor lezarea nervului nu afectează toate fasciculele sau fibrele din structura mușchiului
- refacerea imaginii kinestezice a segmentul paralizat
- creșterea forței și rezistenței musculare pe măsura ce se produce reinervarea
- recâștigarea coordonării și abilităților.

Kinetoterapia folosește posturile corectoare pentru evitarea apariției deformărillor și atitudinilor vicioase. Pentru evitarea atrofierii muschilor paralizați, se folosesc manevre kinetoterapeutice: întindere musculară pentru declanșarea „stretch-reflexului", mobilizări pasive pentru menținerea imaginii kinestezice și a supleței articulare și diferite tehnici de facilitare și promovare a propriocepției și exterocepției. Se urmărește creșterea forței fibrelor muscula-

Peste 3000 de articole medicale de la o singură sursă

Denumire Test	Parametri Test
CYBOW 0	Glu
CYBOW 3	Pro, pH, Glu
CYBOW 5	Glu,Ket,Pro,pH,Bld
CYBOW 10	Uro,Glu,Bil,Ket,SG,Bld,pH,Pro,Nit,Leu
CYBOW 11	Uro,Glu,Bil,Ket,SG,Bld,pH,Pro,Nit,Leu,AsA
CYBOW 10M	(CP), Uro,Glu,Bil,Ket,SG,Bld,pH,Pro,Nit,Leu
CYBOW 11M	(CP), Uro,Glu,Bil,Ket,SG,Bld,pH,Pro,Nit,Leu,AsA

Disponibil de la 1 la 11 parametri (glucoză, proteină, pH, sânge, cetonă, nitrit, bilirubină, urobilinogen, greutate specifică, leucocite, acid ascorbic)
Rezultatul testului poate furniza informaţii privind metabolismului carbohidraţilor, funcţia renală şi hepatică, echilibrul acido-bazic şi infecţie tractului urinar.

GLUCOMETRE MULTIPARAMETRI

Medisal
dispozitive medicale

Târgu Mureş,
Str. Gheorghe Doja, Nr. 234
Telefon: 0265.211.411 • 0756.204.914
0751.173.145 • 0770.220.908 • **Fax:**+40.265.211.412

Vă aşteptăm la noua noastră adresă cu spaţii dublate de showroom şi depozitare !

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informaţii: info@medisal.ro
Tehnic: suport@medisal.ro

www.medisal.ro

re restante sănătoase prin exerciții de facilitare neuroproprioceptivă, la care se adaugă exerciții pentru recâștigarea coordonării cât și a abilităților.

În reabilitarea sindromului senzitiv trebuie cunoscut faptul că prima care se reface este sensibilitatea dureroasă, apoi cea tactilă, iar sensibilitatea termică reapare în final mai întâi pentru rece, apoi și pentru cald.

Înainte de a începe reeducarea propriu-zisă a sensibilității, scopul principal al recuperării în perioada de anestezie totală a segmentului respectiv este de a preveni lezarea acestuia. Reeducarea propriu-zisă a sensibilității se realizează după începerea refacerii spontane a sensibilității protopatice, având două obiective: refacerea stereognozei și a localizării senzației. Refacerea stereognozei înseamnă recâștigarea capacității de recunoaștere a obiectelor atinse, fără să fie văzute. Refacerea localizării senzației este necesară, deoarece reinervarea se poate face anarhic.

Obiectivele masajului terapeutic in neuropatie, constau în:

- ameliorarea circulației sanguine locale;
- menținerea elasticității și excitabilității musculaturii denervate;
- prevenirea tulburărilor trofice ale tegumentelor și țesuturilor subcutanate.

Masajul recomandat este stimulant, cu manevre energice executate în ritm viu.

În **tratamentul durerii neuropate**, pe lângă electroterapia de joasă și medie frecvență, pot fi utilizate și alte mijloace de reabilitare medicală cum sunt termoterapia, crioterapia, terapia cu factori termici contrastanți, fototerapia cu infraroșii, laserterapia, kinetoterapia, terapia ocupațională, masajul, psihoterapia [7].

În cazul **termoterapiei** superficiale nu trebuie utilizate temperaturi crescute datorită riscului de accentuare a durerii. În general, agenții fizici care produc încălzire profundă precum ultrasunetele și undele scurte nu sunt recomandați în tratamentul durerii neuropate. Sunt de ajutor în special în redori articulare și aderențe. Îmbunătățește flexibilitatea fibrelor de colagen și circulația la nivelul țesuturilor conjunctive, ajutând la restaurarea funcțională.

Există o serie de **tehnici de neurostimulare**, unele noninvasive cum sunt stimularea magnetică repetitivă transcraniană, stimularea electrică corticală și altele invazive, cum sunt stimularea medulară epidurală și stimularea profundă a creierului care au fost găsite eficiente în tratamentul durerii neuropate. Studiile efectuate au comparat aceste tehnici cu placebo și au raportat o scădere a intensității durerii și a necesarului de medicamente antialgice [8,9].

Stimularea repetitivă magnetică transcraniană produce efecte analgezice prin intermediul unei stimulări corticale noninvazive [10]. Stimularea se produce prin aplicarea pe scalp, deasupra unei regiuni corticale țintă, a unei bobine ce aparține unui stimulator magnetic. Stimularea se crede că activează anumite fibre care traversează cortexul motor și se proiectează către structuri implicate în procesarea durerii neuropate (componente emoționale sau senzorial-discriminative). Metoda poate fi aplicată oricărui pacient rezistent la medicamente, cu durere cronică neuropată.

Stimularea electrică transcraniană reprezintă o stimulare cerebrală noninvazivă și se efectuează prin aplicarea unui curent de slabă intensitate utilizând doi electrozi amplasați la nivelul scalpului (curent constant de 2 mA timp de 30 minute). Acest curent stimulează producția de endorfine, serotonină și norepinefrină.

O altă alternativă în tratamentul durerii neuropate ce poate fi luată în considerare este reprezentată de **blocurile nervoase** efectuate sub ghidaj ultrasonografic. Există o mulțime de controverse în jurul utilizării acestei metode datorită heterogenității studiilor publicate, existând variații mari în ceea ce privește selecția pacienților, diagnostic, tehnica de injectare și de evaluare a rezultatelor.

O serie de studii au evaluat eficacitatea tratamentului psihologic în tratamentul durerii neuropate. **Terapia comportamentală cognitivă** are ca scop principal găsirea și corectarea gândurilor negative, neregulate și iraționale care au devenit automate prin repetare. Gândurile automate apar atunci când o persoană experimentează un lucru nou sau își amintește un eveniment trecut. La persoanele cu depresie și anxietate gândurile automate negative sunt experimentate mai des. Utilizarea acestei terapii este în creștere în durerea neuropată. **Tehnicile de relaxare, planificarea precisă a ciclurilor de activitate-odihnă, reconstrucția cognitivă, tehnicile de meditație și distracție** pot fi utilizate în special la pacienții vârstnici. Terapia de relaxare este utilă în scăderea anxietății, hiperactivității autonome și a tensiunii musculare. Adaptabilitatea lor pentru utilizare acasă și în alte medii este alt avantaj. Relaxarea musculară progresivă, imagistica, respirația controlată sau ascultarea benzilor de relaxare au început să fie utilizate în durerea cronică, dar nu există suficiente dovezi pentru efectele asupra durerii neuropate [11].

Terapia în oglindă și imaginile motorii gradate sunt proceduri de reabilitare medicală create cu speranța de a corecta dezorganizarea cortexului primar somatosenzorial ce apare în diferite cazuri de durere cronică și de a scădea astfel durerea [12].

Terapia în oglindă este una dintre metodele de reabilitare care este utilizată pe scară largă la pacienții care suferă de durere neuropată. Pacientul introduce membrul său afectat în cutia de oglindă și păstrează cel neafectat lateral în fața oglinzii. Partea neafectată din fața oglinzii face mișcări simple, pacientului imaginându-și că efectuează aceleași mișcări cu membrul afectat.

Imaginile motorii gradate reprezintă un program cuprinzător conceput să activeze secvențial rețelele motorii corticale și să îmbunătățească organizarea corticală în trei etape: reconstrucție laterală, imagini motorii și feedback vizual în oglindă [13].

Etapa reconstrucției laterale presupune restaurarea preciziei și a vitezei de identificare a faptului că o imagine sau o parte reală a corpului este o parte dreaptă sau stângă sau identificarea dacă o parte a corpului este întoarsă spre dreapta sau spre stânga. Etapa imaginilor motorii constă în vizionarea și imaginarea mișcărilor și pozițiilor care sunt progresiv mai complexe și variabile din punct de vedere contextual. În cadrul feedback-ului vizual în oglindă este utilizată o oglindă pentru a prezenta o imagine inversă a unui membru la creier.

Tratamentul balnear poate fi recomandat la bolnavii cu neuropatie diabetică dacă diabetul zaharat este compensat. Diabeticul poate beneficia de tratament:

- cu ape minerale alcaline, sulfuroase și sulfatate-calcice-magneziene în cură internă, având rol important în schimburile ionice, permeabilitatea membranelor celulare, activitatea enzimatică, în procesele de oxidoreducere și de secreție hormonală;
- cu ape minerale carbogazoase și sulfuroase în cură externă pentru efectele vasodilatatorii și trofice periferice.

Managementul pacientului cu neuropatie diabetică impune un abord multimodal și pluridisciplinar pentru obținerea rezultatelor optime. Mijloacele de reabilitare medicală reprezintă opțiuni valoroase în tratamentul acestei afecțiuni.

Bibliografie la autor

Neuromultivit

combinație de vitamine B1, B6 şi B12

100% COMPENSAT

Are cele mai mari doze de vitamine B1, B6, B12

Conține numai vitamine hidrosolubile

Este un produs cu înaltă calitate austriacă

Tratament medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat

G.L. PHARMA GMBH Reprezentanța în România

GEROT LANNACH

a business unit of G.L. Pharma GmbH

Analizoarele Element Multi și LipidPro oferă avantajul efectuării glicemiei, ca și a unui profil lipidic al pacientului

Dispozitive medicale de mici dimensiuni pentru evaluarea profilului lipidic, prin măsurarea următorilor parametri din sânge capilar, venos, plasmă sau ser:

- Colesterol Total
- HDL Colesterol
- LDL Cholesterol (calculat)
- Trigliceride din sânge venos, plasmă sau ser
- Glicemie – din sânge capilar

Dimensiuni: 109 x 57.2 x 22.9 mm,
Greutate: 77.5g
Funcţionare cu 2 baterii AAA
Nu necesită coduri
Cutia de stripuri comunică prin wireless cu aparatul prin radio frecvenţă
Stripurile de Glicemie se calibrează folosind tehnologia codului de culoare
Timp de măsurare:
- Glicemia în 3 secunde:
- Colesterol +/, Trigliceride+/, HDL+/, LDL, în 2 minute

Proba de sânge necesară:
- 0,3 µ l necesar pentru Glicemie:
- 0,5 µ l necesar pentru Colesterol, HDL Colesterol, LDL Colesterol, Trigliceride

Analizoare profil lipidic și glucidic

Caracteristici :
Dimensiuni mici
Fiabilitate mare

Determină nivelul sanguin pentru :
Colesterol Total, HDL-Colesterol, Trigliceride, Glicemie,

LDL-Cholesterol (calculat)

Timp de măsurare :
Glicemia - în 3 secunde
TC, HDL, LDL, Trigliceride - în 2 minute

Nu necesită coduri

Caracteristici :
Determină rapid și cu precizie
- hemoglobina glicozilată (5 minute)
- glicemia (3 secunde)

Manoperă minimă

Memorie : 200 teste

Proba necesară : 4 µl sânge

Nu necesită standarde sau calibratori pentru determinări

www.balmed.ro

Balmed

B-dul Burebista nr. 1, Bl. D15, Sc. 4, Ap. 125, Sector 3, 031106, București
Tel: 021 – 327 5269, 0722 677 660, 0724 204 606,
Tel/Fax: 021 - 327 52 69,
E-mail: office@balmed.ro

YoungDIAB
Ediția 2019
- Viitorul în Diabet și bolile asociate -
Forumul Științific Național al Tinerilor Medici Diabetologi
11-13 iulie 2019
Cluj-Napoca
Cel mai important și amplu eveniment dedicat educației medicale continue a TINERILOR MEDICI (SPECIALIȘTI și REZIDENȚI), în domeniul DIABETULUI (medici diabetologi și din specialități conexe).
www.youngdiab.ro

Asociația de Podiatrie
Organizează
Școala de Vară în Podiatrie 2019
Noțiuni de biomecanică a piciorului
Îngrijirea plăgilor
Examinarea piciorului diabetic
Recomandare de încălțăminte
Analiza mersului
Neuropatia diabetică
Înscrieri la
www.podiatrie.ro
18-21 iulie 2019
Hotel Internațional, Sinaia

A VIII-a Conferință
Sănătate prin Alimentație
Octombrie 2019
BUCUREȘTI
Organizator științific:
Management eveniment:
Sănătatea PRESS GROUP
www.sanatateprinalimentatie.ro

A VII-A CONFERINȚĂ
MANAGEMENTUL
DISLIPIDEMIILOR, OBEZITĂȚII
ȘI SINDROMULUI METABOLIC
Noiembrie 2019,
București
PREȘEDINTE EVENIMENT:
Prof. Univ. Dr. Nicolae Hâncu
Membru de onoare al Academiei Române
Evenimentul este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical.
INTRAREA GRATUITĂ, PE BAZA ÎNSCRIERII PE SITE, ÎN LIMITA LOCURILOR DISPONIBILE
Organizator științific:
Management eveniment:
ÎNSCRIERI ȘI DETALII:
www.dislipidemii.ro
Sănătatea PRESS GROUP

Acid α-lipoic

Thioalpha®

acid alfa lipoic 300 / 600 mg

✓ Participă la producerea de energie celulară, prin arderea glucozei

Acestea sunt suplimente alimentare.
Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj.

BIOSLINE

Compania Farmaceutică AC HELCOR®
Divizia de Vitamine și Suplimente alimentare BIOSUNLINE®

Dexangio®

diosmină, hesperidină

500mg fracție flavonoidică micronizată

✓ Contribuie la susținerea circulației venoase, îndeosebi la nivelul picioarelor

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

BIOSLINE

Compania Farmaceutică AC HELCOR®
Divizia de Vitamine și Suplimente alimentare BIOSUNLINE®

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 patogenic și prin profilul de siguranță.
AspiVita100 raspunde nevoilor profilactice și terapeutice din afecțiunile cronice vasculare cu potențial trombotic ridicat, în hipertensiunea arterială și în bolile neurodegenerative printr-un cumul deosebit de avantaje:

• Este singura enzimă fibrinolitică activă după administrare orală

AspiVita100 conține nattokinază încapsulată într-o formă cu eliberare controlată, care asigură protecția sa împotriva degradării gastrice și eliberarea treptată la nivel intestinal, pentru un efect fibrinolitic lent și prelungit.

• Mecanism fibrinolitic și antiagregant plachetar cunoscut

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

• Siguranță la grupele de risc

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

Motivele includerii cu succes a 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 treptat cu până la 21,2% după administrarea orală a 2000 UF (unități fibrinolitice) de nattokinază.[4]
- **Protecție împotriva aterosclerozei arterei carotide:** reduce dimensiunile plăcii de aterom cu până la 36,6% la administrare timp de 6 luni vs. grupul de control.[5]
- **Reduce edemul** cu 15 % în timpul călătoriilor vs. o creștere cu 12 % (placebo) și **blochează evenimentele trombotice** 0% în grupul cu nattokinază vs. 5,4% TVP (placebo).[6]
- **Ameliorează reologia sângelui** și îmbunătățește fluxul sangvin, adjunvant în menținerea unei tensiuni normale.[7]
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer.[8]

Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita100 asigură:

- Toleranța digestivă foarte bună nu provoacă efecte adverse gastrointestinale sau hemoragii, spre deosebire de acidul acetilsalicilic.
- Eficacitate și siguranță demonstrate științific, de peste 20 de ani în SUA și Japonia, la un număr de peste 30 000 pacienți în peste 20 de studii clinice cu nattokinază.
- Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP.

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

[1]Shah AB., An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinaseas as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets în acute ischeamic stroke, 2004; [2]Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure în patients with lifestyle diseases, 2014; [3]Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII în human subjects, 2009; [4]Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 2015; [5]Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017; [6]Cesarone MR. 2003 Prevention on venous thrombosis in long-haul flights; [7]Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [8]Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009

Coreflux
Sulodexide

Formula cu o experiență clinică de 25 de ani în Italia

Antitromboticul preferat pentru tratamentul de lungă durată al afecțiunilor cronice* vasculare.
Profil farmacologic deosebit pentru prevenția complicațiilor diabetului* (angiopatii).

COREFLUX - Formula bazată inclusiv pe studii clinice proprii:
- Studii clinice proprii de bioechivalență
- Studii de eficacitate pe grupe de pacienți cu risc vascular
- Documentație non-clinică completă cu peste 20 de studii proprii

Coreflux 250 ULS capsule moi și Coreflux 600 ULS / 2 ml soluție inj. (i.v. / i.m.)
sunt medicamente biologice pe bază de sulodexide pentru tratamentul afecțiunilor cu risc de tromboză.

Preț de referință pentru DCI Sulodexide pe lista B

Criteriile* de includere în tratamentul specific cu Sulodexide sunt:

- prevenția și stoparea complicațiilor diabetului
- tromboza venoasă profundă (TVP)
- tratamentul insuficienței cronice venoase (IVC) și ulcerelor ale picioarelor
- afecțiunile vasculare asociate unui proces aterosclerotic
- boala ocluzivă arterială periferică (BOAP)
- tratamentul simptomatic al claudicației intermitente

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

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

Denumirea comercială: COREFLUX 250 ULS capsule moi și **COREFLUX 600 ULS / 2 ml soluție injectabilă. Denumirea comună internațională (DCI):** sulodexide. **Compoziția:** Capsula moale: O capsulă moale conține sulodexide 250 ULS (unități lipasemice sulodexide). Soluție injectabilă: 2 ml soluție injectabilă conțin sulodexide 600 ULS (unități lipasemice sulodexide). **Indicații terapeutice:** Tratamentul afecțiunilor vasculare cu risc de tromboză. **Doze și mod de administrare: Capsule moi:** Doza recomandată este de 250 - 500 ULS (1 - 2 capsule moi) de 2 ori pe zi. **Soluție injectabilă:** Doza recomandată este de 600 ULS (o fiolă soluție injectabilă). În general, este indicat să se înceapă tratamentul cu soluția injectabilă Coreflux 600 ULS și, după 15 - 20 zile de tratament, să se continue cu capsule moi Coreflux 250 ULS timp de 30 - 40 zile. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la: sulodexide, heparină, alte produse de tip heparinic sau la oricare dintre excipienți. Diateză și boli hemoragice. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Când un tratament anticoagulant este în desfășurare, se recomandă monitorizarea parametrilor coagulării. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** este de preferat să se evite administrarea Sulodexide în timpul sarcinii și alăptării.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF.
Pentru informații complete consultați rezumatul caracteristicilor produsului.
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Sanience

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

UN BUN CONTROL GLICEMIC, ÎN ARMONIE CU RITMUL VIEȚII

SANOFI

Sanofi Romania SRL
Str. Gara Herăstrău nr. 4
Clădirea B, Et. 8-9
Sector 2, București
+40 21 317 31 36

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P-RF.

Toujeo® este indicat în tratamentul diabetului zaharat la adulți.
Înainte de a prescrie Toujeo, vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere.
SARO.TJO.18.01.0003

Toujeo®
insulină glargin 300U/mL

Pentru control glicemic zilnic