

ALFASIGMA

A  
SABLITE

BALMED

DIRECT  
PHARMA  
LABORATOR

FORA

Lilly | DIABETES

MEDIKA H&S  
PHARMACEUTICALS

Pharma Nord

Roche

Sanience

SANOFI

SERVIER

VEDRA  
LABORATOR

# MEDICAL MARKET



Prof. Univ.  
Dr. Romulus Timar

UMF „Victor Babeș” Timișoara  
Președinte al SRDNBM

## Diabet, Nutriție și Boli Metabolice

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022



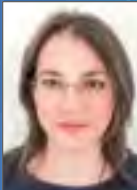
Prof. Univ. Dr. Cristian  
Serafinceanu

UMF „Carol Davila” București  
Președinte INTERDIAB



Prof. Univ. Dr.  
Gabriela Radulian

Președinte Societatea Română  
de Neuropatie Diabetică



Conf. Univ. Dr.  
Emilia Rusu

UMF Carol Davila, Diabet,  
Nutriție și Boli Metabolice  
Spital Clinic de Adulți N. Malaxa



Conf. Univ. Dr.  
Anca Pantea Stoian

Vicepreședinte ASRMN-INTERDIAB



Sef. Lucr. Dr. Viviana Elian

Medic primar diabet, INDNBM N.C.  
Paulescu, București



Sef. Lucr. Dr.  
Georgiana Tache

Vicepreședinte SRRM medic primar  
medicină fizică și reabilitare medicală,  
consilier metabolic balance

**VESSEL DUE F<sup>®</sup>**  
250 ULS capsule moi

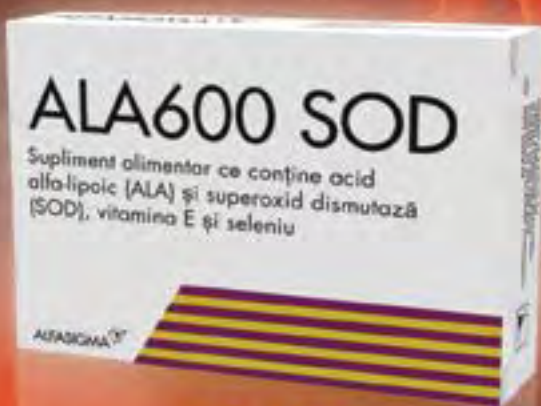
**VESSEL DUE F<sup>®</sup>**  
600 ULS/2 ml soluție injectabilă

*Produs biologic original*

**Redă echilibrul vascular!**

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere sau pe site-ul [www.asrmn.ro](http://www.asrmn.ro). Vessel Due F<sup>®</sup> 250 ULS capsule moi - o capsula moale conține sulodexid 250 ULS (unități liposomice sulodexid). Administrare orală. Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală - PML. Vessel Due F<sup>®</sup> 600 ULS/2ml soluție injectabilă - 2 ml soluție injectabilă conține sulodexid 600 ULS (unități liposomice sulodexid). Administrare intravenoasă. Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală - PML. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [Drugsafety@alfasigmaadidenda.ro](mailto:Drugsafety@alfasigmaadidenda.ro) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANM) Alfasigma - SpA.

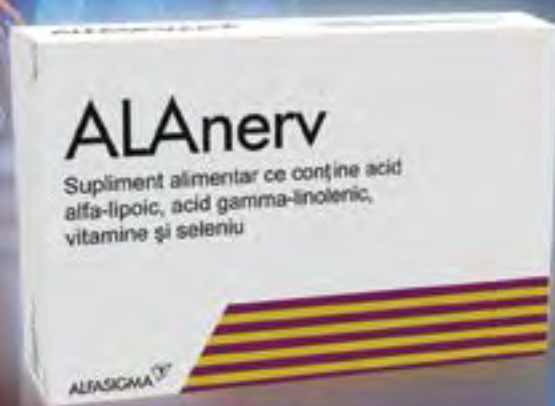
# Stinge durerea neuropată!



**DURERE  
ACUTĂ**

**1 /zi**

**4 săptămâni**



**DURERE  
CRONICĂ**

**1-2 /zi**

**6-8 săptămâni**

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

# UN BUN CONTROL GLICEMIC, ÎN ARMONIE CU RITMUL VIEȚII



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

Rezumatul Caracteristicilor Produsului, data revizuirii iulie 2020

Acest medicament face obiectul unor măsuri de reducere la minimum a riscului. Pentru informații complete, vă rugăm să citiți în întregime RCP.

Sanofi Romania SRL  
Strada Gara Herăstrău, nr. 4,  
Clădirea B, etajele 8-9, sector 2, București 022334,  
România  
Tel: +40 21 317 31 36; Fax: +40 21 317 31 34  
MAT-RO-2100052 - 1.0 - 02/2021

**SANOFI** 

  
**Toujeo**<sup>®</sup>  
Insulină glargin **300U/ml**

Pentru control glicemic zilnic  
de la vârsta de 6 ani



## O nouă cale spre ECHILIBRUL GLICEMIC

- Lyumjev® este o nouă insulină lispro, dezvoltată pentru obținerea unei absorbții accelerate\*\*, fiind indicată pentru controlul glicemic al adulților cu diabet zaharat.<sup>1</sup>
- Lyumjev® a fost proiectat pentru a fi administrat chiar la începutul mesei, momentul administrării preferat de pacienții aflați în tratament cu insulină prandială.<sup>2</sup>
- Lyumjev® are o acțiune prandială care imită îndeaproape controlul glicemic fiziologic observat la persoanele sănătoase.<sup>3</sup>

\*aceiași dispozitiv de administrare KwikPen® este disponibil pentru gama Humalog®, Humulin®; \*\*conține citrat și treprostinil; citratul crește permeabilitatea vasculară locală, iar treprostinil determină vasodilatație locală în scopul accelerării absorbției insulinei lispro; †Hipoglicemia este cea mai frecventă reacție adversă asociată tratamentului cu insulină.

**Referințe:** 1. Lyumjev® - RCP, august 2020; 2. Datye KA. et al. J Diabetes Sci Technol 2018; 12(2):349-355; 3. Heise T. et al. Diabetes Obes Metab. 2020;1-10.

Acest material promoțional este destinat specialiștilor în domeniul sănătății.

PP-UR-RO-0039

*Lilly*

S.C. ELI LILLY ROMÂNIA S.R.L.  
Strada Menuetului, nr. 12,  
Bucharest Business Park  
Corp D, Etaj 2,  
013713, Sector 1, București,  
Tel: 021-402.30.00, Fax: 021-402.30.01

**LYUMJEV**  
(insulină lispro)

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate. Vezi pct. 4.8 pentru modul de raportare a reacțiilor adverse. **Denumirea comercială a medicamentului** Lyumjev 100 unități/ml KwikPen soluție injectabilă în stilou injector preumplut (pen). **Compoziția calitativă și cantitativă** Fiecare ml conține insulină lispro\* 100 unități (echivalent cu 3,5 mg). Fiecare stilou injector preumplut (pen) conține insulină lispro 300 unități în 3 ml soluție. Fiecare KwikPen eliberează 1–60 unități în trepte de câte 1 unitate într-o singură injecție. \*produsă în culturi de *E.coli* prin tehnologia ADN recombinant. **Forma farmaceutică** Soluție injectabilă. Soluție limpede, incoloră, apoasă. **Indicații terapeutice** Tratamentul diabetului zaharat la adulți. **Doze și mod de administrare** Doze Lyumjev este o insulină prandială pentru injecție subcutanată care trebuie administrată cu cel mult două minute înainte de masă, cu opțiunea administrării în interval de maximum 20 de minute după începerea mesei. **Grupe speciale de pacienți** **Pacienți vârstnici (vârsta ≥ 65 ani)** Experiența terapeutică la pacienții cu vârste ≥ 75 ani este limitată. **Copii și adolescenți** Siguranța și eficacitatea Lyumjev la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani nu au fost încă stabilite. **Mod de administrare** Lyumjev trebuie injectat subcutanat în abdomen, braț, coapsă sau fese. Stilourile injectoare KwikPen pot fi folosite doar pentru injecțiile subcutanate. Lyumjev este disponibil în două concentrații: Lyumjev 100 unități/ml KwikPen și Lyumjev 200 unități/ml KwikPen. Pentru informații privind Lyumjev 200 unități/ml KwikPen, consultați RCP corespunzător. **Contraindicații** Hipoglicemie. Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți enumerați. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** **Trasabilitate** Pentru a avea sub control trasabilitatea medicamentelor biologice, numele și numărul lotului medicamentului administrat trebuie înregistrate cu atenție. **Hipoglicemia** Hipoglicemia este reacția adversă cea mai frecventă asociată terapiei cu insulină. **Excipienți** Acest medicament conține mai puțin de 1 mmol de sodiu (23 mg) pe doză, ceea ce înseamnă că practic „nu conține sodiu”. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Următoarele substanțe pot reduce necesarul de insulină: medicamentele antidiabetice (orale sau injectabile), salicilații, sulfonamidele, anumite antidepresive (inhibitorii monoaminooxidazei (IMAO), inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei), inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (ECA), antagoniștii receptorilor de angiotensină II sau analogii somatostatinei. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** Lyumjev poate fi utilizat pe durata sarcinii dacă este indicat din punct de vedere clinic. Lyumjev poate fi utilizat în perioada alăptării. Pacientele cu diabet zaharat care alăptează pot să necesite ajustări ale dozei de insulină, ale dietei sau ambelor. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Capacitatea pacientului de a se concentra și de a reacționa poate să fie afectată ca urmare a hipoglicemiei. În aceste cazuri trebuie să se ia în considerare dacă mai este recomandabilă conducerea vehiculelor. **Reacții adverse** Reacția adversă cel mai frecvent raportată în timpul tratamentului este hipoglicemia (foarte frecventă). **Frecvente** Reacții la locul injectării Reacții alergice **Raportarea reacțiilor adverse suspectate** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare: Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478- RO, Tel: + 4 0757 117 259, Fax: +4 0213 163 497, e-mail: adr@anm.ro. **Supradozaj** Supradozajul determină hipoglicemie cu simptomele aferente care includ stări de neliniște, confuzie, palpitații, transpirații, vărsături și cefalee. Episoadele ușoare de hipoglicemie pot fi de obicei tratate prin administrare de glucoză orală. Episoadele mai severe însoțite de comă, convulsii sau afectare neurologică pot fi tratate prin administrarea de glucagon sau a unei soluții concentrate de glucoză pe cale intravenoasă. **Lista excipienților** Glicerol Clorură de magneziu hexahidrat Metacresol Citrat de sodiu dihidrat Treprostinil sodic Oxid de zinc Apă pentru preparate injectabile Acid clorhidric și idroxid de sodiu (pentru ajustarea pH-ului) **Incompatibilități** Acest medicament nu trebuie amestecat cu alte tipuri de insulină sau alte medicamente în afara celor menționate. **Perioada de valabilitate Înainte de utilizare:** 2 ani. **După prima utilizare** 28 de zile **Precauții speciale pentru păstrare** A nu se păstra la frigider. A se păstra capacul atașat la stiloul injector pentru a fi protejat de lumină. **Natura și conținutul ambalajului** Cartușele de 3 ml sunt fixate într-un stilou injector (pen) pentru o singură întrebuintare, denumit “KwikPen”. Ambalaje cu 2 stilouri injectoare preumplute, 5 stilouri injectoare preumplute sau ambalaj multiplu cu 10 (2 ambalaje a câte 5) stilouri injectoare preumplute. **Precauții speciale pentru eliminare și alte instrucțiuni de manipulare** Lyumjev soluție trebuie să fie transparent și incolor. A nu se utiliza dacă este tulbure, colorat sau conține particule sau aglomerări de particule. A nu se utiliza dacă a fost păstrat la congelator. **Deținătorul Autorizației de punere pe piață** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528BJ Utrecht, Olanda. **Numerele Autorizațiilor de punere pe piață EU/1/20/1422/001-012** Data primei autorizări **Data primei autorizări:** 24 martie 2020. **Data revizuirii textului** August 2020. Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe site-ul Agenției Europene a Medicamentului <http://www.ema.europa.eu> sau scanând codul QR inclus în acest material.

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă a noi date de siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate. Vezi pct. 4.8 din RCP-ul produsului, pentru mai multe detalii referitoare la modul de raportare a reacțiilor adverse către autorități.



## **Toujeo (insulină glargin 300 unități/ml) - Informații esențiale din RCP**

**Prezentare:** Toujeo 300 unități/ml SoloStar soluție injectabilă în stilou injector (pen) preumplut. Toujeo 300 unități/ml DoubleStar soluție injectabilă în stilou injector (pen) preumplut. 1 ml soluție conține insulină glargin 300 unități. Fiecare stilou injector (pen) SoloStar conține soluție injectabilă 1,5 ml, echivalent cu 450 unități. Fiecare stilou injector (pen) DoubleStar conține soluție injectabilă 3 ml, echivalent cu 900 unități. **Indicații terapeutice:** Tratamentul diabetului zaharat la adulți, adolescenți și copii începând cu vârsta de 6 ani. **Doze și mod de administrare:** Toujeo este o insulină bazală, care se administrează o dată pe zi, oricând în timpul zilei, de preferat la aceeași oră în fiecare zi. Când este necesar, pacienții își pot administra Toujeo cu cel mult 3 ore înainte de sau la maximum 3 ore după momentul obișnuit de administrare. Schema de administrare a dozei (doza și momentul administrării) trebuie ajustată în funcție de răspunsul individual. La pacienții cu diabet zaharat de tip 1, Toujeo trebuie utilizat o dată pe zi și trebuie asociat cu o insulină cu acțiune de scurtă durată/rapidă, pentru a asigura necesarul prandial de insulină. La pacienții cu diabet zaharat de tip 2, doza inițială recomandată pe zi este de 0,2 unități/kg. Toujeo poate fi administrat și în asociere cu alte medicamente antidiabetice. **Schimbarea tratamentului:** Schimbarea tratamentului între insulină glargin 100 unități/ml și Toujeo: Insulina glargin 100 unități/ml și Toujeo nu sunt bioechivalente și nu sunt interschimbabile direct. În cazul schimbării tratamentului de la insulină glargin 100 unități/ml la Toujeo, aceasta se poate efectua unitate la unitate, dar poate fi necesară o doză mai mare de Toujeo (cu aproximativ 10-18%) pentru a atinge valorile glicemiei din intervalul țintă. În cazul schimbării tratamentului de la Toujeo la insulină glargin 100 unități/ml, doza trebuie scăzută (cu aproximativ 20%), pentru a reduce riscul de hipoglicemie. Schimbarea tratamentului de la alte insuline bazale la Toujeo: În cazul schimbării tratamentului de la o schemă de tratament care conține o insulină cu acțiune de durată intermediară sau de lungă durată la o schemă de tratament cu Toujeo, poate fi necesară o modificare a dozei de insulină bazală, precum și ajustarea tratamentului antidiabetic asociat (doza și momentul administrării pentru insulinele regulare asociate sau pentru analogii de insulină cu acțiune rapidă asociați sau doza medicamentelor antidiabetice non-insulinice).

Schimbarea tratamentului de la insuline bazale, cu administrare o dată pe zi, la Toujeo administrat o dată pe zi poate fi efectuată unitate la unitate, pe baza dozei anterioare de insulină bazală. În cazul schimbării tratamentului de la insuline bazale cu administrare de două ori pe zi, la Toujeo administrat o dată pe zi, doza inițială recomandată pentru Toujeo este de 80% din doza zilnică totală de insulină bazală a cărei administrare se întrerupe. Pacienții tratați cu doze mari de insulină din cauza prezenței anticorpilor anti-insulină umană pot avea un răspuns îmbunătățit la insulină în cazul administrării Toujeo. În timpul schimbării tratamentului și, ulterior, pe parcursul săptămânilor inițiale, se recomandă supraveghere medicală cu monitorizare metabolică strictă. **Pentru toate detaliile privind schimbarea tratamentului, citiți RCP complet. Grupe speciale de pacienți:** Toujeo poate fi utilizat la vârstnici, la pacienți cu insuficiență renală și la pacienți cu insuficiență hepatică. La pacienți cu insuficiență renală și la pacienți cu insuficiență hepatică, necesarul de insulină poate fi diminuat. Toujeo poate fi utilizat la adolescenți și copii începând cu vârsta de 6 ani, pe baza aceluiași principii ca în cazul pacienților adulți. Atunci când se schimbă tratamentul de la insulină bazală la Toujeo, scăderea dozelor de insulină bazală și a bolusurilor de insulină trebuie evaluată în mod individual, pentru a reduce la minimum riscul de hipoglicemie. Siguranța și eficacitatea Toujeo la copii cu vârsta sub 6 ani nu au fost stabilite. **Mod de administrare:** Se administrează numai pe cale subcutanată. Locurile de administrare a injecției din cadrul unei regiuni selectate pentru administrare trebuie alternate de la o injecție la alta pentru a reduce riscul de lipodistrofie și de amiloidoză cutanată. Toujeo nu trebuie administrat intravenos sau în pompe de perfuzie pentru insulină. Atunci când se trece de la Toujeo SoloStar la Toujeo DoubleStar, dacă doza anterioară a pacientului a fost un număr impar (de exemplu 23 unități), atunci doza trebuie crescută sau scăzută cu 1 unitate (de exemplu la 24 unități sau 22 unități). Stiloul injector (pen-ul) preumplut Toujeo DoubleStar este recomandat la pacienții care necesită cel puțin 20 unități pe zi. Toujeo nu trebuie extras cu seringă din cartușul stiloului injector (pen-ului) preumplut Toujeo SoloStar sau al stiloului injector (pen-ului) preumplut Toujeo DoubleStar, deoarece poate rezulta supradozaj sever. Pentru detalii privind administrarea, citiți RCP complet. **Contraindicații:** hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții:** Pentru a avea sub control trasabilitatea medicamentelor biologice, numele și numărul lotului medicamentului administrat trebuie înregistrate cu atenție. Toujeo nu este insulina de elecție pentru tratamentul cetoacidozei diabetice. Pacienții trebuie instruiți să alterneze continuu locurile de injecție, pentru a reduce riscul de apariție a lipodistrofiei și amiloidozei cutanate. Există un posibil risc de absorbție întârziată a insulinei sau de reglare insuficientă a glicemiei în urma injecției insulinei în locuri unde au apărut aceste reacții. Schimbarea bruscă a locului de injecție cu o zonă neafectată duce la hipoglicemie. Se recomandă monitorizarea glicemiei după schimbarea locului de injecție și se poate avea în vedere ajustarea dozei de medicament antidiabetic. **Hipoglicemia:** Se recomandă prudență deosebită și sporirea supravegherii glicemiei la pacienții în cazul cărora episoadele hipoglicemice pot avea o relevanță clinică particulară, cum sunt pacienții cu stenoză semnificativă a arterelor coronare sau a vaselor sanguine cerebrale (risc de complicații cardiace sau cerebrale ale hipoglicemiei), precum și la pacienții cu retinopatie proliferativă, mai ales dacă nu au fost tratați prin fotocoagulare (risc de amauroză tranzitorie consecutivă hipoglicemiei). Pacienții trebuie atenționați cu privire la circumstanțele în care simptomele de avertizare a hipoglicemiei sunt diminuate. Efectul prelungit al insulinei glargin poate întârzia remiterea hipoglicemiei. **Afecțiuni intercurante:** necesită intensificarea supravegherii metabolice. **Anticorpi anti-insulină:** Administrarea insulinei poate determina formarea de anticorpi anti-insulină. În cazuri rare, prezența acestor anticorpi anti-insulină poate face necesară ajustarea dozei de insulină pentru a corecta tendința la hiper- sau hipoglicemie. **Asocierea Toujeo cu pioglitazonă:** Au fost raportate cazuri de insuficiență cardiacă în cazul utilizării pioglitazonii în asociere cu insulină, mai ales la pacienții cu factori de risc pentru dezvoltarea insuficienței cardiace. Acest lucru trebuie avut în vedere dacă se ia în considerare administrarea Toujeo în asociere cu pioglitazonă. Dacă este utilizată asocierea, pacienții trebuie supravegheați pentru identificarea de semne și simptome ale insuficienței cardiace, creștere în greutate și edeme. Administrarea pioglitazonii trebuie întreruptă la apariția oricărei deteriorări a simptomatologiei cardiace. **Prevenirea erorilor de medicație:** Înainte de administrarea fiecărei injecții, trebuie verificată întotdeauna eticheta insulinei. **Interacțiuni:** Substanțele care pot intensifica (și crește susceptibilitatea la hipoglicemie) sau scădea efectul de scădere a glicemiei sunt detaliate în RCP complet. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Nu există experiență clinică privind utilizarea Toujeo la femeile gravide. Pentru insulina glargin nu sunt disponibile date clinice din studii controlate privind utilizarea sa la femeile gravide. Conform unui număr mare de date privind femeile gravide nu s-au evidențiat reacții adverse asupra sarcinii specifice insulinei glargin și nici efecte malformative sau efecte toxice fetoneonatale ale insulinei glargin. Utilizarea Toujeo poate fi luată în considerare în timpul sarcinii, dacă este necesar din punct de vedere clinic. Nu se cunoaște dacă insulina glargin se excretă în laptele uman. Nu se anticipează apariția de efecte metabolice ale insulinei glargin ingerate asupra nou-născuților/sugarilor alăptați, deoarece insulina glargin este descompusă în aminoacizi la nivelul tractului gastro-intestinal. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule:** Capacitatea de concentrare și de reacție a pacientului poate fi afectată din cauza hipoglicemiei, hiperglicemiei sau, de exemplu, din cauza tulburărilor vizuale. Pacienții trebuie atenționați să își ia toate măsurile de precauție pentru a evita hipoglicemia în timp ce conduc vehicule. **Reacții adverse:** Foarte frecvente: Hipoglicemie. Hipoglicemia poate să apară dacă doza de insulină este prea mare în raport cu necesarul de insulină. Episoadele severe de hipoglicemie, mai ales dacă sunt recurente, pot determina leziuni neurologice. Este posibil ca episoadele hipoglicemice prelungite sau severe să aibă potențial letal. Frecvente: lipohipertrofie, reacții la locul de injecție care includ eritem, durere, prurit, urticarie, edem sau inflamație. Cu frecvență necunoscută: amiloidoză cutanată. Lipodistrofia și amiloidoză cutanată pot întârzia absorbția insulinei. Pentru toate reacțiile adverse, citiți RCP complet. La copiii cu vârsta sub 6 ani, nu sunt disponibile date privind siguranța provenite din studii clinice. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse pe [www.anm.ro](http://www.anm.ro)/Raportează o reacție adversă. **Supradozaj:** Episoadele ușoare de hipoglicemie pot fi tratate, de obicei, prin administrarea orală de glucide. Episoadele mai severe pot fi tratate prin administrare de glucagon intramuscular/subcutanat sau de soluție concentrată de glucoză intravenos. Pot fi necesare aportul susținut de glucide și menținerea sub observație a pacientului, deoarece hipoglicemia poate să reapară după o ameliorare clinică aparentă. **DAPP:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

**Mod de eliberare:** prescripție medicală PRF. **Text revizuit la data de:** februarie 2021, bazat pe RCP revizuit în iulie 2020. **Pentru informații complete de prescriere, citiți Rezumatul caracteristicilor produsului.**

**MAT-RO-2000126-2.0 – 02/2021**

## Revista profesioniștilor din sistemul sanitar!

Două decenii de la apariția  
primului anuar al spitalelor



**ABONAMENT  
ANUAL  
LA REVISTA  
MEDICAL MARKET**

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



Editor  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, București,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 1, et. 1, cam. 04  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443



„Medicii diabetologi au fost, pe lângă ceilalți  
specialiști, în prima linie a sistemului  
de sănătate în lupta cu COVID-19  
Interviu cu Domnul Prof. dr. Romulus Timar

8

„Anul acesta, prin INTERDIAB, am stabilit parteneriate  
în țară și străinătate, cu universități de medicină”  
Interviu realizat cu domnul Prof. Univ.  
Dr. Cristian Serafinceanu

10

„Pentru prima oară la INTERDIAB va fi  
organizată o sesiune dedicată CEDA”  
Interviu realizat cu doamna conf. univ.  
dr. Anca Mihaela Pantea Stoian

14

„Organizarea Registrului Unic al Pacienților  
cu Diabet Zaharat este unul dintre dezideratele  
Comisiei Naționale de Diabet”  
Interviu realizat cu doamna conf. univ.  
dr. Anca Mihaela Pantea Stoian

16

Boala arterială periferică la pacientul  
cu diabetul zaharat– o provocare clinică  
Dr. Andrada Coșoreanu, Dr. Emilia Rusu,  
Dr. Gabriela Radulian

20

Diabetul și rolul Cromului  
în ținerea sub control a glicemiei  
Aletta Sorensen

24

Disfuncția cognitivă la pacienții cu diabet zaharat  
Lector Univ. Dr. Viviana Elian

25

Diabetul zaharat - tratament  
prin dieta și activitate fizică  
Ș.L. Univ. Dr. Georgiana Ozana Tache

30

## „Medicii diabetologi au fost, pe lângă ceilalți specialiști, în prima linie a sistemului de sănătate în lupta cu COVID-19”

**Interviu cu Domnul Prof. dr. Romulus Timar, șeful Clinicii de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență “Pius Brînzeu” Timișoara, Președinte al SRDNBM**

**Stimate Domnule Profesor, având în vedere contextul actual, care sunt temele principale pe care le veți dezbate în cadrul celui de-al 47-lea Congres Național al Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice?**

În 2021, Congresul Național al Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice se va desfășura în perioada 19-22 mai, în format online, în conformitate cu provocările situației epidemiologice actuale. Bineînțeles că principalele subiecte abordate în cadrul Congresului vor face referire la cele mai noi informații științifice relevante din domeniu. Vom discuta despre provocările pandemiei de COVID-19 din perspectiva noastră, a diabetologilor, vom discuta despre vaccinarea împotriva COVID-19 la pacienții cu diabet zaharat și, practic, vom realiza un update general în specialitatea noastră. Congresul va aborda și progresele în insulinoterapie în cei 100 de ani scurși de la descoperirea insulinei de către savantul român Nicolae Paulescu.

**Care este situația actuală a programului Diabetes Science School? Ce ne puteți spune despre acest program (care ar trebui să se încheie în 2021)? Cum a fost afectat de apariția pandemiei?**

Diabetes Science School reprezintă un proiect foarte important al Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice și este un program de tip training intensiv ce vizează în primul rând tinerii medici, medicii aflați la început de drum, cei care reprezintă atât prezentul, cât și viitorul specialității noastre. Din păcate, pandemia de COVID-19 a blocat întâlnirile fizice, on site, dar anul acesta se are în vedere organizarea unei ediții online a Diabetes Science School în care se va continua pregătirea participanților în aria cercetării științifice medicale de cel mai înalt nivel din domeniul diabetului zaharat.

**Anul trecut a fost elaborată și publicată Legea 249/13.11.2020 privind prevenția și depistarea precoce a diabetului. Vă rog să ne spuneți, pe scurt, cum se va pune în aplicare această lege?**

Această inițiativă legislativă este prima și singura de acest tip din țara noastră și totodată una dintre puținele legi de prevenție a unei boli cronice netransmisibile de la nivelul Uniunii Europene, cu atât mai mult dacă ne referim la cele ce vizează strict diabetul zaharat. Legea a fost adoptată de către Parlamentul României la sfârșitul anului trecut și are la bază trei direcții principale de acțiune și anume educația în ceea ce privește stilul de viață sănătos, screeningul realizat în vederea



depistării precoce a diabetului zaharat, cu întocmirea unui registru național de diabet și prediabet, precum și prevenția diabetului zaharat. În ceea ce privește întocmirea proiectelor publice și private și aplicarea normelor referitoare la această inițiativă legislativă, vom colabora cu specialiști în domeniu din întreaga țară, atât din cadrul autorităților publice, cât și din partea instituțiilor implicate în program, a angajatorilor, a persoanelor din domeniul sănătății, al educației și al asociațiilor neguvernamentale, precum cele ale pacienților cu diabet zaharat, sau, în câteva cuvinte, vom implica întreaga comunitate.

**Considerați că prin Programul Național de Prevenție a Diabetului se va reuși o reducere a apariției cazurilor de diabet sau de obezitate?**

Orice program de prevenție este extrem de important. Ca medic, consider că, având programe coerente și eficiente de prevenție ce implică optimizarea stilului de viață, screeningul și managementul adecvat și individualizat al factorilor de risc, vom putea contribui la reducerea prevalenței diabetului zaharat și chiar a prediabetului și a obezității și, consecutiv,

la limitarea apariției unor complicații, cu scăderea morbidității și a mortalității prin boli cronice netransmisibile.

**Ați fost în prima linie a luptei cu SARS-CoV2, așa numita „zonă roșie”. Din punct de vedere al gravității bolii, dintre pacienții cu diabet și boli metabolice, care considerați că au fost cei mai expuși riscului de a dezvoltate formele cele mai grave ale bolii ?**

După cum știm și după cum au arătat și datele internaționale, diabetul zaharat este printre afecțiunile aflate în strânsă legătură cu dezvoltarea unor forme severe de COVID-19, astfel că, da, putem spune că medicii diabetologi au fost, pe lângă ceilalți specialiști, în prima linie a sistemului de sănătate în lupta cu pandemia de COVID-19. Alături de impactul diabetului zaharat în sine asupra evoluției acestor pacienți, riscul unei forme mai severe este crescut de asocierea cu alți factori precum vârsta înaintată, controlul glicemic inadecvat, obezitatea marcată, prezența hipertensiunii arteriale sau a bolii cardiovasculare, elemente frecvent întâlnite în rândul persoanelor cu diabet zaharat, în special a celor cu diabet zaharat tip 2, precum și de afecțiunile respiratorii preexistente.

**Există posibilitatea ca și pacienții cu prediabet să dezvoltate forme mai severe de COVID-19, față de cei care nu suferă de nici o formă de diabet?**

Dovezile aduse de studiile desfășurate până în prezent indică o asociere între prediabet și formele mai severe de COVID-19, precum și impactul negativ al acestei tulburări metabolice, deși cu o magnitudine mai redusă față de cel al diabetului zaharat. Cu toate acestea, prezența excesului ponderal și a sindromului metabolic, alături de alte comorbidități din sfera bolilor cronice netransmisibile, frecvent întâlnite la acești pacienți, pot crește riscul unei evoluții nefavorabile și în cadrul pacienților cu prediabet, pe când alte mecanisme care pot explica aceste asocieri sunt încă incomplet elucidate.

**Vă mulțumesc pentru timpul acordat și vă doresc succes în continuare.**





Aplicația care face controlul  
diabetului mai simplu



[bit.ly/descarcamysugr](https://bit.ly/descarcamysugr)



# „Anul acesta, prin INTERDIAB, am stabilit parteneriate în țară și străinătate, cu universități de medicină”

**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, anul acesta INTERDIAB se desfășoară într-o formulă inedită, și anume în mediul virtual. Ce ne puteți spune despre eveniment și despre participarea la acest eveniment?

Formula online e interesantă, cred că în viitor se va folosi foarte mult. Are avantaje și dezavantaje. Avantajele sunt în primul rând legate de acces, pot să participe oricât de mulți oameni, ceea ce într-o sală obișnuită nu se întâmplă. De exemplu, la INTERDIAB avem acum peste 1000 de înscrieri. Pe de altă parte, interactivitatea are de suferit, deși se pot adresa întrebări și se pot face discuții și online. Oricum, cred că sunt mai multe avantaje decât dezavantaje. Poate că nu suntem încă obișnuiți dar cred că în timp ne vom obișnui. E foarte bine și din punct de vedere al speaker-ilor, de exemplu, avem, speakeri din Canada sau SUA – aceștia nu mai trebuie să facă drumul de 12 ore și apoi să se adapteze la fusul orar. E mult mai puțin solicitant din punct de vedere al timpului și al resurselor. Astfel printre speakerii anul acesta îi avem pe profesorul Peter Toth din SUA, unul dintre cei mai mari specialiști în lipidologi - care a fost și anul



trecut, profesorul Ali A. Rizvi din Canada. De asemenea vor fi prezenți prietenii noștri care vin în fiecare an, Antonio Ceriallo din Italia, profesorul Itamar Raz din Israel - un mare expert în problemele diabetului și al bolii cronice de rinichi. Avem peste 20 de invitați și prieteni din străinătate, care vin alături de profesorii, conferențiarilor și experții din România. Va fi o participare prestigioasă și numeroasă.

Ce ne puteți spune despre prevalența deceselor cauzate de SARS-CoV2 la pacienții care suferă de insuficiență renală? Există vreună statistică în acest sens?

Desigur că incidența deceselor este mai mare la acești pacienți pentru că diabetul zaharat și boala cronică de rinichi – insuficiența renală sunt de fapt boli cardiovasculare și se știe deja că boala provocată de Corona virus este o boală vasculară – se lezează în principal vasele mici. În acest caz pe o leziune vasculară pre-existentă, din cauza diabetului și a bolii de rinichi face ca vulnerabilitatea acestor pacienți să fie mai mare și riscul de complicații și de deces să fie mai mare.

Nu avem o situație statistică pentru că majoritatea formelor de

Covid sunt asimptomatice. Cei pe care îi tratăm noi de obicei dacă vin cu simptome înseamnă că sunt deja forme medii sau grave și în acest caz mortalitatea este mare. Cifrele acestea nu sunt relevante pentru masa pacienților cu diabet sau cu insuficiență renală. Evident că mortalitatea este mai mare decât în populația generală.

Chiar și la cei cu diabet de tip II există risc mai mare decât în populația generală

pentru că și diabetul de tip II, la fel ca și boala cronică de rinichi, sunt leziuni vasculare pre-existente. Diabetul de orice tip presupune un risc vascular.

**Există un protocol de tratament specific pentru pacienții infectați cu COVID care au și diabet sau insuficiență renală?**

Nu există ceva specific pe care să îl introduci la acești pacienți, față de cei care nu au diabet sau insuficiență renală. Sunt câteva puncte în care supravegherea trebuie să fie mai atentă. De exemplu, legat de inflamație și febră. Riscul pentru pacienții cu diabet zaharat este deshidratarea și dezechilibrul metabolic. Se știe că hiperglicemia este un factor de risc în plus pentru mortalitate și pentru forme severe, pentru complicații. Orice boală inflamatorie acută dezechilibrează metabolic diabetul și aduce în plus acest risc. Deci pentru pacienții cu diabet zaharat trebuie o atenție specială. Pentru această zonă a dezechilibrului metabolic sunt anumite clase de medicamente în diabet care pot să genereze deshidratare. Aceasta deshidratare poate să ducă la hiperglicemie și această hiperglicemie să ducă la un risc mai mare.

În diabetul de tip II, administrarea de corticoizi cum se face în COVID, cu Dexametazonă și alte preparate gluco-corticoide, aduce un risc în plus pentru că acestea cresc glicemia, dezechilibrează metabolic diabetul și atunci preocuparea pentru echilibrul metabolic trebuie să fie specială. La pacienții cu insuficiență renală, sau, de exemplu, la pacienții cu transplant renal, administrarea unor doze mai mari de corticoizi s-a demonstrat, crește supraviețuirea, dar poate să dezechilibreze metabolic pacientul. Totuși, tratamentul gluco-corticoid este un tratament salvator.

**Considerați că în prezent există suficiente centre de hemodializă pe teritoriul României?**

Odată cu privatizarea hemodializei în general, nu mai există problema crizei de locuri în dializă. Dimpotrivă, sunt locuri mai multe decât cererea. Există însă un revers al medaliei, și anume, calitatea îngrijirii medicale este inegală, fiind foarte multe centre și nefiind foarte multi

medici specializați în hemodializă sau în transplant și atunci trebuie să fim foarte atenți cu pacienții care au și diabet.

**Ce proiecte are în perspectivă Asociația pentru Studii Reno-Metabolice și Nutriționale**

Avem multe proiecte pe care sper că le vom duce la bun sfârșit. Cel mai important proiect este INTERDIAB, pentru care ne mobilizăm și încercăm să îl facem cât mai bine. De asemenea, vrem să ținem cursuri pentru medicii de familie, pentru colegii diabetologi, în special în zona aceasta foarte efervescentă a tehnologiei în diabet, de

senzori și pompe de insulină, să încercăm să-i familiarizăm, să invităm experți și astfel să învețe chiar făcând, văzând, hands-on. De asemenea dorim să continuăm cu cabinetul de nefrologie în care dăm consultații gratuite pentru pacienții vârstnici, pensionari și pentru cei vulnerabili. Anul acesta prin INTERDIAB am stabilit unele parteneriate în țară și străinătate, cu universități de medicină. Astfel avem deja patru mari specialiști pe care i-am propus Senatului UMF ca „invited professors”, să țină cursuri în România - și au fost de acord.

**Mutumesc pentru timpul acordat, vă doresc succes în continuare.**

ASRMN

7<sup>th</sup> International Conference on Interdisciplinary Management of Diabetes Mellitus and its Complications

DIABETES MELLITUS IN INTERNAL MEDICINE

2021 INTERDIAB

ONLINE March 3<sup>rd</sup>-6<sup>th</sup>, 2021

Event Management: MM

# Contour®

Evoluăm împreună

## Glucometrele CONTOUR®PLUS ONE: rezultate ale determinării glicemiei remarcabil de precise<sup>1</sup>...

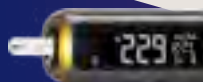


### Nu toate glucometrele oferă aceeași precizie<sup>2</sup>

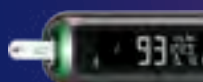
Sistemul CONTOUR®PLUS ONE a arătat o acuratețe remarcabilă și s-a demonstrat că asigură o marjă de eroare de  $\pm 8,5$  mg/dL sau  $\pm 8,5\%$  în intervalul total.<sup>\*\*1</sup>



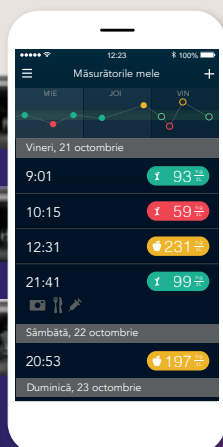
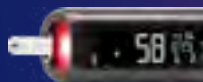
PESTE  
ȚINTĂ



ÎN  
INTER-  
VALUL  
ȚINTĂ



SUB  
ȚINTĂ



## Contour® plus ONE

Sistem de  
Monitorizare a Glicemiei

ASCENSIA  
Diabetes Care

<sup>\*\*</sup> Rezultatele provenite dintr-o analiză ad hoc a sistemului CONTOUR®PLUS ONE a demonstrat faptul că 95% din numărul total de rezultate s-au încadrat în intervalul  $\pm 8,5$  mg/dL sau  $\pm 8,5\%$  al valorilor de referință ale glicemiei YSI (YSI Life Sciences, Inc., Yellow Springs, OH) pentru rezultatele obținute din sângele capilar prelevat din vârful degetului de la subiecți cu diabet, pentru probe cu concentrații ale glicemiei  $< 100$  mg/dL, respectiv  $\geq 100$  mg/dL.

# ... printr-o testare simplă<sup>1</sup>

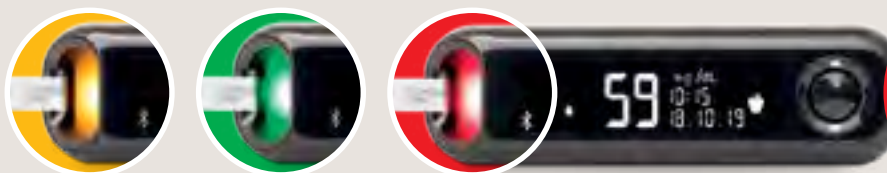
## Testarea glicemiei trebuie să fie simplă și intuitivă

### Glucometrele CONTOUR®PLUS ONE

- ușor de utilizat
- Second-Chance™ sampling (recoltarea a doua șansă) vă permite să aplicați mai mult sânge la aceeași bandeletă de testare în decurs de 60 de secunde dacă prima probă nu este suficientă<sup>3</sup>
- rezultate ușor de înțeles cu funcția smartLIGHT®<sup>4</sup>

### Funcția smartLIGHT®:

vă oferă un indicator instantaneu al rezultatelor glicemiei, astfel încat veți ști dacă sunteți în intervalul țintă, peste, sau sub intervalul țintă



ATENȚIE:  
HIPOGLI-  
CEMIE?

## Nu toate glucometrele care utilizează aplicații pot detecta hipoglicemia<sup>5</sup>

Alerte automate  
dacă măsurătorile  
glicemiei ajung la un  
nivel critic, crescut  
sau scăzut



Gestionarea inteligentă a diabetului  
cu aplicația CONTOUR®DIABETES\*

**Contour®  
plus ONE**  
Sistem de  
Monitorizare a Glicemiei



**ASCENSIA**  
Diabetes Care

Pentru mai multe informații, vizitați [www.contourplusone.ro](http://www.contourplusone.ro)

\*Pentru o listă a dispozitivelor compatibile, vizitați <http://compatibility.contourone.com/>

#### BIBLIOGRAFIE:

1. Bailey TS et al. J Diabetes Sci Technol 2017;11(4):736-43. 2. Freckmann G et al. Diabetes Ther. 2018 Apr; 9(2):683-697. 3. Ghidul utilizatorului CONTOUR®PLUS ONE BMGS, septembrie 2016. 4. Katz LB et al. Expert Rev Med Devices. Iulie 2016;13(7):619-26. 5. Richardson JM et al. Challenges of hypoglycemia management using mobile applications. Prezentare orală la cea de-a 13-a conferință internațională asupra tehnologiilor avansate și tratamentelor pentru diabet (ATTD); 19-22 februarie 2020, Madrid, Spania.

Ascensia, sigla Ascensia Diabetes Care, Contour, smartLIGHT® și Second-Chance sunt mărci comerciale și/sau mărci comerciale înregistrate ale Ascensia Diabetes Care Holdings AG. ©2020 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Toate drepturile rezervate.

# „Pentru prima oară la INTERDIAB va fi organizată o sesiune dedicată CEDA”

**Interviu realizat cu doamna conf. univ. dr. Anca Mihaela Pantea Stoian, Vicepreședinte Comisia Națională de Diabet Nutriție și Boli Metabolice a Ministerului Sănătății, Vicepreședinte ASRMN-INTERDIAB, Președinte Congres CEDA România 2023.**

Stimată doamnă profesor, știm deja că în anul 2023 se va organiza în România Congresul CEDA, al Asociației Central Europene pentru Diabet (“The Central European Diabetes Association”). De asemenea știm că sunteți președintele acestui congres. Vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre această asociație internațională și despre evenimentul care se pregătește.

Sunt foarte încântată de faptul că pentru prima oară la INTERDIAB va fi organizată o sesiune dedicată Asociației Central Europene în Diabetul Zaharat, cunoscută și ca „Federation of International Danube Symposia on Diabetes mellitus” (FID) care practic, reunește toate țările din bazinul central și al Europei de Est, țările dunărene în mod special. Este o asociație non-profit care și-a propus de la început să promoveze știința și cooperarea între toate țările care sunt membre, vizând în mod special diabetul zaharat. Printre țările afiliate sunt: Germania, Austria, Elveția, Polonia, Ungaria, Bulgaria, Grecia, Serbia, Cehia, Letonia etc.

CEDA organizează în fiecare an congresul său, într-o țară parteneră. Anul acesta Congresul va fi organizat la Budapesta, în 2022 la Viena și în 2023, ca o onoare deosebită pentru noi, la București.

FID/CEDA a luat ființă în 1969, bazele fiind puse încă din 1968 de Dr. Alois Beringer de la Clinica Universitară Nr.1 din Viena.

CEDA își propune, pe de o parte să promoveze informațiile științifice și din cercetare din țările partenere, dar poate că cel mai important element pe care îl promovează este educația medicală, susținerea și promovarea proiectelor științifice și a implicațiilor care rezultă din aceste proiecte științifice,

creând realmente o legătură între toate țările partenere și mai ales între specialiști.

Totodată, CEDA și-a propus să creeze o imagine asemănătoare cu Federația Internațională a Diabetului dar specifică zonei central-europene. În fiecare an au fost congrese în țările partenere, de exemplu în 1971 a fost la Budapesta, în 1975 la Dubrovnik, în 1977 la Ruse, 2018 în Polonia, în 2017 – la Praga, în 2015 – în Germania.



CEDA a mai organizat în România un congres în 2010, la Cluj, găzduit de dl. prof. Hâncu și dl. prof. Vereșiu.

În 2023 Congresul organizat la București își propune să ridice stacheta organizând sesiuni științifice de o înaltă valoare, dar și cursuri speciale și proiecte pentru tinerii diabetologi dar și pentru ceilalți medici interesați de relația diabet-medicină internă sau, cardiologie, nefrologie etc.

Acesta a fost motivul principal pentru care INTERDIAB, care este un congres

internațional și interdisciplinar, și-a dorit să aibă partener CEDA, și a oferit organizarea acestui simpozion în cadrul INTERDIAB, pentru a reitera această legătură importantă cu diabetologia europeană și în mod special cu cea central-europeană. La sesiunea CEDA de la INTERDIAB vor participa actualul președinte, profesorul Thomas Stulnig din Austria, viitorul președinte, profesorul Péter Kempler din Ungaria, secretarul științific, profesorul Christian Herder alături de domnul profesor Cristian Serafinceanu.

Ne dorim ca acesta să fie un prim pas în colaborarea cu CEDA, pe care o dorim de lungă durată. În același timp dorim să dezvoltăm proiecte de cercetare alături de colegii noștri din țările partenere. Mai mult decât atât, probabil comitete științifice, vor organiza diverse cursuri special pentru rezidenți și pentru tinerii medici, lucru care va fi posibil începând de anul viitor.

CEDA are afiliat un jurnal științific, indexat în baze de date internaționale, deține și factor de impact. Acest Jurnal medical va fi un promotor important al activității științifice a tinerilor medici, cercetători, precum și a studenților doctoranzi. În acest fel, “predarea ștafetei” între generațiile de diabetologi devine o realitate, dar totodată aceasă oportunitate poate fi și o rampă de lansare a tinerilor medici pentru o carieră strălucită

în viitor. Cred foarte mult în noua generație de medici și cred că este foarte important să le oferim tot ceea ce poate că nouă nu ne-a fost facil, în a aborda pentru a ne consolida activitatea științifică și cariera, în general. Cred de asemenea, foarte mult, în conceptul de mentorat, mai ales cel internațional, iar la București, în 2023, ca un vis ce se poate implini, voi promova acest concept dedicat în exclusivitate tinerilor medici!

**Vă mulțumesc pentru timpul acordat și vă doresc succes în continuare**

# Regulatpro® Intotdeauna sănătos!



## Regulatpro Bio

Regulatpro Bio este produs prin fermentare în cascadă - o metodă unică patentată în anul 2004. Reprezintă concentrat bioactiv care conține fragmente enzimatiche: di-, tri- și oligopeptide, precum și polifenoli, flavonoide și componente probiotice din fructe, miezuri și legume, cultivate în condiții ecologice seminte. Regulatpro Bio reface sinteza enzimelor din organism și mărește producerea de ATP în celule.

- ✓ Reglează procesele biochimice normale din corp
- ✓ Duce la detoxifiere rapidă și eficientă
- ✓ Reduce stresul oxidativ
- ✓ Menține echilibrul acido-bazic în limite fiziologice
- ✓ Stimulează imunitatea nespecifică
- ✓ Reglează și menține flora intestinală normală

## Regulatpro Metabolic

Regulatpro Metabolic este un supliment alimentar care activează procesele enzimatiche din corp. La concentratul bioactiv de fragmente enzimatiche din Regulatpro Bio sunt adăugate vitamine din grupul B, vitamina C, vitamina D, minerale și microelemente, care acționează ca și cofactori naturali ai enzimelor sistemice.

- ✓ Influențează metabolismul glucozei
- ✓ Normalizează metabolismul proteinelor
- ✓ Consolidază imunitatea
- ✓ Ajută funcționarea mușchilor și a țesutului conjunctiv
- ✓ Creează o protecție puternică antioxidantă
- ✓ Menține echilibrul electrolitic
- ✓ Elimină oboseala
- ✓ Ajută la reducerea greutateii

Regulatpro Bio și Regulatpro Metabolic nu conțin coloranți, conservanți, alcool, zahar, gluten, lapte sau potențiatori de aromă, potrivite pentru vegani. O doză de 100 ml Regulatpro Metabolic este egală cu o unitate de pâine.

# „Organizarea Registrului Unic al Pacienților cu Diabet Zaharat este unul dintre dezideratele Comisiei Naționale de Diabet”

**Interviu realizat cu doamna conf. univ. dr. Anca Mihaela Pantea Stoian, Vicepreședinte Comisia Națională de Diabet Nutriție și Boli Metabolice a Ministerului Sănătății, Vicepreședinte ASRMN-INTERDIAB, Președinte Congres CEDA România 2023.**

**Stimată doamnă conferențiar, în calitatea dumneavoastră de Vicepreședinte al Comisiei Naționale de Diabet Nutriție și Boli Metabolice a Ministerului Sănătății, vă rog să ne enumerați câteva acțiuni din ultima perioadă pe care această comisie le-a realizat.**

Comisia Națională de Diabet Nutriție și Boli Metabolice a Ministerului Sănătății, în formula actuală, funcționează de aproximativ 4-5 ani. În decursul acestei perioade, comisia a înregistrat o serie de acțiuni care cred că au fost benefice atât pentru pacienții cu diabet din România cât și pentru medicii specialității de diabet, nutriție și boli metabolice. Dacă discutăm despre anul 2020 și începutul anului 2021, acesta ne-a găsit pe toți într-o situație deosebită și anume, aceea de a alege varianta cea mai rapidă, cea mai potrivită și cea mai facilă pentru a oferi pacienților servicii medicale online, pentru că o bună perioadă de timp serviciile medicale au fost limitate. De asemenea am fost în situația de a găsi soluții pentru ca medicilor să le fie ușor, să poată să-și urmărească pacienții și să le prescrie în continuare medicația. Astfel, primul pas pe care l-am făcut anul trecut în aprilie a fost acela de a elabora împreună cu Federația Română de Diabet și Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice un ghid pentru managementul pacientului cu diabet zaharat și infecție cu SARS-CoV-2, un ghid care a adus pentru prima oară în discuție și a stratificat atitudinea terapeutică a acestui cluster de pacienți, fiind, așa cum se știe, la mare risc în ceea ce privește această infecție. În toate studiile efectuate la nivel mondial, diabetul zaharat a fost a doua sau a treia cauză de deces. Și la noi în România s-a realizat un astfel de studiu, iar rezultatele sunt în concordanță cu datele din literatura universală, iar acest aspect ne-a convins pe noi, membrii comisi-

ei, să elaborăm acest ghid de management al diabetului zaharat în perioada COVID-19. Un mare neajuns însă, este acela că nu s-a putut realiza un serviciu de consultații online, unitar pe tot teritoriul țării, aceste instrumente fiind dezvoltate în diverse zone ale țării și funcționează foarte bine.

Recomandările de management ale pacientului cu diabet și infecție SARS-CoV-2 au fost și sunt în continuare foarte utile atât pentru medicii diabetologi, nutriție și boli metabolice cât și din celelalte specialități care au pacienți spitalizați sau în ambulatorii, care sunt diabetici, cu diverse comorbidități asociate, dar care au avut sau au infecție cu SARS-CoV-2.

Un alt aspect important care merită menționat la nivelul Comisiei, ca și activitate, este elaborarea și actualizarea protocoalelor terapeutice pentru majoritatea terapierilor anti-diabetice care se află în momentul de față în programul național de diabet, precum și elaborarea pentru prima dată a unui protocol de boală. Acesta este cu atât mai important cu cât el sintetizează, pe de o parte managementul terapeutic al diabetului zaharat iar pe de altă parte aduce în prim plan toate asocierile dintre molecule premise în programul național și relația acestora de prescripție cu rata de filtrare glomerulară, pentru că așa cum se știe, anumite medicamente nu mai pot fi administrate sau trebuie să fie titrate la pacienții care suferă de diabet zaharat dar și de boală cronică de rinichi în același timp.

În aceeași măsură, împreună cu Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice și Federația Română de Diabet, s-a elaborat și ghidul român de diabet, un element extrem de important, care reprezintă piatra fundamentală a prescripției și a judecății clinice în specialitatea de diabet. Este varianta nouă, 2020-2021. A fost o muncă de echipă, fantastică, coordonată de domnul profesor Romulus Timar, președintele Societății Române de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice și doamna profesor Gabriela

Roman, președintele Federației Române de Diabet și la care au participat o serie de personalități importante din domeniul diabetologiei din România. Într-un final, acest document a fost susținut de către Comisie și în momentul de față se află în transparență, urmând a fi publicat în Monitorul Oficial.

Iată că cel puțin două inițiative extrem de importante în ceea ce privește managementul terapeutic al diabetului zaharat, au fost duse la bun sfârșit și implementate cu succes. Cel mai important lucru care trebuie menționat este însă Legea Prevenției în Diabet, care a fost promulgată de Președintele României anul trecut. Aceasta este în momentul de față un element unic în ceea ce privește prevenția diabetului zaharat, nu doar în România ci chiar la nivel European, așa putea spune că suntem printre primele țări care adoptă asemenea măsuri de prevenție. În acest moment legea fiind promulgată, se lucrează la elaborarea normelor de aplicare. Legea se referă nu numai la pacientul cu diabet, deja diagnosticat, ci și la prevenția diabetului zaharat. Aici au fost incluse toate clasele sociale și toate vârstele, pentru că noi înțelegem că prevenția nu începe doar de la vârsta adultă, începe încă din școală sau din etape mai timpurii. Adiacent acestei legi este prevăzută și organizarea Registrului Unic al Pacienților cu Diabet Zaharat. Este unul dintre dezideratele importante atât pentru Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, Federația Română de Diabet cât și a Comisiei Naționale de Diabet. Un astfel de registru aduce beneficii extrem de importante, pe de o parte în ceea ce privește prescripția și pe de altă parte monitorizarea pacientului cu diabet zaharat și a managementului terapeutic care i se aplică, iar pe de altă parte prezența comorbidităților și complicațiilor diabetului și povara cheltuielilor necesare pentru tratarea pacientului cu diabet. Acest aspect poate și trebuie să influențeze politicile de sănătate în diabet.

**Vă mulțumesc pentru timpul acordat și vă doresc succes în continuare**





## 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, echilibrul 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 membrilor 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.*



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

- Sulodexide este un antitrombotic marcant, activ la nivel arterial și venos cu un profil farmacologic deosebit susținut de efecte pleiotropice: inhibarea aderenței plachetare și de activarea sistemului fibrinolitic tisular și circulator.
- Sulodexide normalizează parametrii alterați ai vâscozității sanguine, această acțiune se manifestă în special prin scăderea concentrațiilor plasmatiche ale fibrinogenului.
- Profilul farmacologic al sulodexidei descris anterior este completat și cu acțiunea de normalizare a concentrațiilor plasmatiche crescute ale lipidelor, realizată prin activarea lipoproteinlipazei.

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

- tromboza venoasă profundă (TVP) și în prevenția recurenței TVP,
- ameliorarea semnificativă a factorilor de risc pentru afecțiunile vasculare și progresia bolii vasculare, recurența unor episoade ischemice fatale și nonfatale,
- tratamentul insuficienței cronice venoase (IVC) în oricare din stadiile CEAP,
- tratament al unei leziuni ischemice,
- tratamentul bolii ocluzive arteriale periferice (BOAP), și în alte patologii care pot fi considerate ca o consecință a unui proces aterosclerotic,
- tratamentul simptomatic al claudicației intermitente, precum și tratamentul durerii de repaus.
- Prevenția și stoparea complicațiilor vasculare ale diabetului: nefropatia diabetică, retinopatia diabetică și piciorul diabetic.
- Prin administrarea de Sulodexide poate fi evitată amputarea piciorului diabetic și se poate opri evoluția retinopatiei și nefropatiei diabetice.

**Denumirea comercială:** COREFLUX 250 ULS capsule moi 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.

## Siguranță la administrarea pe termen lung și în asocierile curente

# Coreflux

Sulodexide

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

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

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

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

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

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

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

### SCHEMA DE TRATAMENT

Doza inițială: o fiolă pe zi i.m. sau i.v.	15 - 20 zile
Doza de 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.



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

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

# Boala arterială periferică la pacientul cu diabetul zaharat – o provocare clinică

Boala arterială periferică (BAP) reprezintă o patologie endemică severă a cărei prevalență a crescut alarmant la nivel global din cauza expansiunii demografice, a îmbătrânirii populației, a creșterii prevalenței fumatului, hipertensiunii, dislipidemie și în mod particular a diabetului zaharat de tip 2 (DZ2), cu impact major asupra riscului de evenimente cardiovasculare, amputații non-traumatice ale membrilor inferioare sau chiar deces.<sup>1</sup> Contrar gradului de severitate, BAP rămâne una dintre complicațiile macrovasculare mai puțin studiate ale diabetului zaharat (DZ), ce influențează major riscul de dizabilitate și invaliditate, precum și o problemă de sănătate ce implică anual costuri importante pentru sistemul medical.<sup>2,3,4</sup>

**As. Univ. Dr. Andrada Coșoreanu,**

**Conf. Univ. Dr. Emilia Rusu,**

**Prof. Univ. Dr. Gabriela Radulian**

U.M.F. „CAROL DAVILA”

**B**AP este o manifestare a aterosclerozei sistemice și presupune obstrucția progresivă, parțială sau completă a uneia sau mai multor artere ale membrilor inferioare, determinând apariția complicațiilor cardiovasculare și ale membrilor inferioare. Comparativ cu populația generală, la pacienții cu DZ, leziunile aterosclerotice sunt mai întinse, difuze, cu o progresie mai rapidă și mai severă, afectând mai frecvent arterele distale precum artera tibială sau poplitee.<sup>5</sup>

Alături de neuropatia diabetică și leziunile traumatice, BAP constituie unul din factorii determinanți pentru apariția ulcerărilor la nivelul membrilor inferioare, descriind conceptul ”piciorului diabetic”.<sup>6</sup>

Ultimele date din 2019 ale Federației Internaționale de Diabet (IDF) au arătat că la nivel mondial sunt 463 de milioane de pacienți cu diabet zaharat, iar până în 2030 se estimează că numărul acestora va crește cu mai mult de 100 de milioane, ajungând până la 578 milioane.<sup>2</sup>

Studiile recente au arătat că BAP afectează peste 200 de milioane de pacienți la nivel global.<sup>2</sup> Prevalența BAP este dependentă de vârstă, apărând de obicei în a cincea decadă a vieții.<sup>1</sup> La pacienții cu DZ și vârsta peste 40 ani, prevalența BAP ajunge la 20%, fiind în creștere la cei cu vârsta peste 50 ani, până la 29%.<sup>2</sup> Conform studiilor UKPD și ADVANCE, riscul de apariție al acesteia crește exponențial cu creșterea duratei de evoluție a DZ.<sup>1</sup>

În ceea ce privește piciorul diabetic, acesta afectează între 40 și 60 de milioane de pacienți cu diabet la nivel global, fiind o complicație mai frecvent întâlnită în rândul bărbaților și la pacienții cu DZ2, comparativ cu pacienții cu diabet zaharat de tip 1 (DZ1); ulcerile de membre inferioare sunt întâlnite la 2% din diabetici. Pe baza acestor date se estimează că în lume, la fiecare 30 de secunde, un bolnav de diabet suferă o amputație de membru inferior.<sup>2</sup>

În România, conform datelor din literatură, zilnic sunt efectuate 14 amputații la pacienții cu DZ.<sup>7</sup>

Simptomatologia BAP apare în urma depunerii plăcilor de aterom la nivelul arterelor membrilor inferioare, ducând la reducerea fluxului sanguin și la alterarea perfuziei musculo-scheletale, cu apariția durerii în timpul mersului sau al efortului

fizic.<sup>1,8</sup> La pacienții cu DZ, insulinorezistența, hiperglicemia cronică și creșterea acizilor grași liberi contribuie la producerea în exces a produșilor finali de glicozilare avansată (AGEs= advanced glycation end products), a speciilor reactive de oxigen (SRO) și la activarea protein kinazei C, cu declanșarea unei cascade de modificări, respectiv inflamație, vasoconstricție, anomalii de coagulare, rigiditate arterială, disfuncție endotelială și microvasculară. Asociat acestor mecanisme, un rol important în fiziopatologia BAP la pacienții cu DZ îl constituie dislipidemia și hipertensiunea arterială. De asemenea, la pacienții cu DZ2, s-a constatat o asociere independentă între concentrațiile plasmatiche ale biomarkerilor inflamatori, ale albuminei modificate de ischemie (AIM) și receptorului 1 al TNF- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ R1) și creșterea riscului de BAP.<sup>1,5</sup>

Datele din literatură evidențiază valența duală a BAP, atât ca factor de risc, cât și ca formă de manifestare a bolii cardiovasculare de cauză aterosclerotică (BCVA).

În consecință, BAP reprezintă unul din factorii de risc pentru apariția ulcerelor sau a amputațiilor de membre inferioare, alături de controlul glicemic precar, neuropatia periferică, fumatul, deformările piciorului și formarea calozităților; factorii de risc implicați în apariția BAP sunt

vârsta, sexul, fumatul, sedentarismul, hipertensiunea arterială, obezitatea și modificarea profilului lipidic.<sup>1,9</sup> Cu toate că BAP reprezintă una din formele de manifestare ale BCV a fost demonstrată implicarea disfuncției microvasculare în patogeneza acesteia. Astfel, retinopatia diabetică sau boala cronică renală (în mod particular, pacienții cu macroalbuminurie sau aflați în dializă) sunt considerați factori de risc independenți în apariția BAP.<sup>1,4</sup>

Riscul de evenimente cardiovasculare, infarct miocardic și deces de cauză cardiovasculară este mai mare la pacienții cu BAP, atât forma asimptomatică, cât și cea simptomatică.<sup>9</sup>

Ghidul Asociației Americane de Diabet (ADA) din 2021 recomandă ca screening-ul inițial pentru BAP să includă istoricul pacientului de reducere a vitezei de mers, oboseală musculară sau claudicație, precum și evaluarea pulsului periferic.<sup>4</sup>

Manifestările clinice ale BAP variază de la formele asimptomatice la formele cu claudicație intermitentă, ischemie critică a membrelor inferioare sau amputație. Cel mai frecvent simptom este claudicația intermitentă, durerea apărută în timpul efortului fizic ce se remite în repaus, întâlnită la 1/3 din pacienții cu BAP. Pacienții cu DZ pot avea forme dureroase atipice, care nu întrunesc criteriile tipice de claudicație intermitentă, ischemia critică de membru inferior putând fi manifestarea inițială a BAP.<sup>10</sup> La pacienții vârstnici, BAP poate fi asimptomatică din cauza condițiilor restrictive asociate imobilizării.<sup>11</sup> Neuropatia diabetică poate masca simptomele de BAP, secundar scăderii sensibilității dureroase, BAP fiind diagnosticată tardiv în acest caz; de aceea, ghidurile actuale pun accentul pe necesitatea screening-ului atent al tuturor complicațiilor microvasculare.<sup>1,10</sup>

Alte semne și simptome întâlnite în BAP includ temperatura locală modificată (reducerea acesteia) comparativ cu piciorul contralateral, paloarea tegumentelor picioarelor, modificările trofice ale fanerelor, vindecarea lentă a rănilor și pierderea pilozității.<sup>12</sup>

Pe baza modificărilor clinice, BAP poate fi evaluată și clasificată în 4 stadii

de gravitate, conform stadializării Leriche-Fontaine, respectiv:

- stadiul I: asimptomatic sau obstrucție incompletă a vaselor (absența durerii)
- stadiul II: claudicație ușoară; acesta se subclasifică în: stadiul IIA, claudicație la o distanță de mers >200 m sau stadiul IIB claudicație la o distanță de mers < 200 m
- stadiul III: durere apărută și în repaus
- stadiul IV: apariția ulcerărilor, necrozei și / gangrenei piciorului<sup>9,12</sup>

Investigația de primă linie în managementul BAP este determinarea indicelui gleznă-braț (IGB), ce constituie un instrument de evaluare accesibil, non-invaziv, nedureros, ușor de folosit și cu o durată redusă. Valoarea normală a acestuia este între 1 și 1,3, o valoare mai mică de 0,9 fiind sugestivă pentru BAP. Valori peste 1,4 sunt considerate anormale și reflectă incompresibilitatea arterială, ca urmare a rigidității și calcificării arteriale.<sup>6,10</sup> Conform ghidului ADA din 2021, IGB ar trebui efectuat la toți pacienții diabetici cu semne sau simptome de BAP.<sup>4</sup> Alte metode de screening și diagnostic al BAP includ ecografia Doppler, angiografia CT sau angiografia RMN.<sup>9</sup>

Managementul BAP la pacienții cu DZ nu diferă față de cel recomandat pentru pacienții cu BCVA în general și presupune colaborarea unei echipe multidisciplinare, formată din medic diabetolog, chirurg generalist și vascular, infecționist, radiolog, podiatru și asistent de chirurgie.<sup>1,10</sup>

La momentul actual, strategiile terapeutice ale BAP în cazul pacienților cu DZ includ controlul strict al factorilor de risc cardiovascular prin terapie medicală nutrițională (TMN) și farmacologică și obținerea unui profil glicemic optim.<sup>9</sup>

TMN este esențială pentru obținerea și menținerea unei greutate corporale optime, în atingerea țintelor glicemice individualizate, a țintelor tensiunii arteriale și ale profilului lipidic și pentru a preveni sau întârzia complicațiile asociate diabetului. Aceasta constă în oprirea fuma-

tului, crearea unor obiceiuri alimentare sănătoase și activitate fizică regulată. Studiile au arătat că exercițiul fizic supravegheat îmbunătățește durata de mers, parametrii cardiovasculari și calitatea vieții la pacienții cu BAP.<sup>8</sup>

Terapia farmacologică include tratamentul eficient antidiabetic, antihipertensiv, hipocolesterolemiant și antitrombotic.<sup>1,9</sup> Studiul COMPASS a arătat beneficiul administrării unei doze de Rivaroxaban de 2,5 mg de 2 ori pe zi, în asociere cu Aspirină 100 mg o dată pe zi la pacienții cu BCVA stabilă în reducerea deceselor de cauză CV, a riscului de AVC sau de infarct miocardic.<sup>10</sup> Având în vedere faptul că pacienții cu DZ și BAP au risc cardiovascular foarte înalt, conform Ghidurilor din 2019 ale Societății Europene de Cardiologie (ESC), pentru pacienții cu diabet sau prediabet și BCV, dar și pentru managementul dislipidemie este necesară reducerea nivelului LDL-colesterolului cu mai mult de 50% și o valoare a acestuia sub 55 mg/dl.<sup>10,14</sup>

Agentii vasodilatatori precum cilostazol, un inhibitor selectiv al fosfodiesterazei III are beneficii în BAP; acesta îmbunătățește distanța de mers, cu creșterea calității vieții. Pentoxifilina, un derivat de metilxantină, inhibă fosfodiesteraza, având proprietăți antiagregante, fibrinolitice și vasodilatatorii.<sup>10</sup>

Terapiile inovatoare cu factori de creștere și celule progenitoare endoteliale la pacienții cu DZ au demonstrat un potențial terapeutic încurajator.<sup>1,15</sup>

În ceea ce privește Canagliflozin - o moleculă aparținând clasei inhibitorilor de SGLT2, administrată la pacienții cu DZ2 și BCV documentată, a crescut riscul de amputație a membrelor inferioare.<sup>4</sup>

Revascularizarea endovasculară poate fi luată în considerare în formele de claudicație severă sau invalidantă, în cazul stenozelor <5 cm sau a ocluziei arterelor iliace, cu efecte favorabile pe termen lung.<sup>9,10</sup>

Contrar riscului macrovascular important, terapiile de prevenție rămân încă neutilizate suficient.<sup>1</sup> Se impune astfel o creștere a adoptării măsurilor preventi-

ve, precum îmbunătățirea screening-ului, educației terapeutice, creșterea nivelului de conștientizare în ceea ce privește piciorul diabetic și a măsurilor curative (medicale sau chirurgicale).<sup>16</sup> Screening-ul pentru BAP este indicat anual, prin evaluare clinică și măsurarea IGB.<sup>10</sup>

Atât pacienții cu risc crescut de afectare a membrelor inferioare, cât și familiile acestora ar trebui să beneficieze de educație terapeutică cu privire la importanța inspecției zilnice a picioarelor, îngrijirea zilnică a tegumentelor și a fanerelor și alegerea încălțăminte potrivite.<sup>4</sup>

## Concluzii

BAP și DZ sunt frecvent asociate cu o evoluție nefavorabilă și consecințe asupra calității vieții, ulcerele și amputațiile influențând dramatic calitatea vieții și crescând riscul de moarte prematură.<sup>2</sup> Prognosticul BAP este frecvent nefavorabil, din cauza subdiagnosticării sau a diagnosticului tardiv, dar evaluarea comprehensivă a riscului de complicații ale piciorului diabetic bazată pe măsuri preventive și educație terapeutică, cu sprijinul unei echipe multidisciplinare poate reduce riscul de amputații și complicații cu până la 85%.<sup>2,3</sup>

## Bibliografie

1. Nativel M, Potier L, Alexandre L, et al. Lower extremity arterial disease in patients with diabetes: A contemporary narrative review. *11 Medical and Health Sciences 1103 Clinical Sciences 11 Medical and Health Sciences 1102 Cardiorespiratory Medicine and Haematology. Cardiovasc Diabetol.* 2018;17(1):138. doi:10.1186/s12933-018-0781-1
2. Rhys Williams, Stephen Colagiuri, Reem Almutairi, Pablo Aschner Montoya A, Basit, et al. *IDF Diabetes Atlas 9th Edition.*; 2019. <https://idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/159-idf-diabetes-atlas-ninth-edition-2019.html>.
3. Moulik PK, Mtonga R, Gill G V. Amputation and mortality in new-onset diabetic foot ulcers stratified by etiology. *Diabetes Care.* 2003;26(2):491-494. doi:10.2337/diacare.26.2.491
4. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in diabetes-2021.* 2021;44(1).
5. Yang SL, Zhu LY, Han R, Sun LL, Li JX, Dou JT. Pathophysiology of peripheral arterial disease in diabetes mellitus. *J Diabetes.* 2017;9(2):133-140. doi:10.1111/1753-0407.12474
6. Radulian Gabriela. *Diabetul Zaharat în Practica Medicală.* (Emilia R, ed.). Editura Universitară "Carol Davila" București; 2019.
7. Bondor CI, Veresiu IA, Florea B, Vinik EJ, Vinik AI, Gavan NA. Epidemiology of Diabetic Foot Ulcers and Amputations in Romania: Results of a Cross-Sectional Quality of Life Questionnaire Based Survey. *J Diabetes Res.* 2016;2016. doi:10.1155/2016/5439521
8. Novakovic M, Jug B, Lenasi H. Clinical impact of exercise in patients with peripheral arterial disease. *Vascular.* 2017;25(4):412-422. doi:10.1177/1708538116678752
9. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MLEL, et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur Heart J.* 2018;39(9):763-816. doi:10.1093/eurheartj/ehx095
10. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 2020;41:255-323. doi:10.1093/eurheartj/ehz486
11. Balkanay OO, Ömeroğlu SN. Approach to peripheral arterial disease in the elderly. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2017;45:96-101. doi:10.5543/tkda.2017.08444
12. Șerban V. *Tratat Român de Boli Metabolice, Volumul 2.* Editura Brumar; 2011.
13. Hardman RL, Jazaeri O, Yi J, Smith M, Gupta R. Overview of classification systems in peripheral artery disease. *Semin Intervent Radiol.* 2014;31(4):378-388. doi:10.1055/s-0034-1393976
14. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Hear J.* 2019;41:111\_188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455
15. Pyšná A, Bém R, Němcová A, et al. Endothelial Progenitor Cells Biology in Diabetes Mellitus and Peripheral Arterial Disease and their Therapeutic Potential. *Stem Cell Rev Reports.* 2019;15(2):157-165. doi:10.1007/s12015-018-9863-4
16. Veresiu IA, Iancu SS, Bondor C. Trends in diabetes-related lower extremities amputations in Romania-A five year nationwide evaluation. *Diabetes Res Clin Pract.* 2015;109(2):293-298. doi:10.1016/j.diabres.2015.05.020

# TANITA

Monitoring Your Health



**S.C. AMELITE TRADING S.R.L.**  
Mobil: 0729 114118, Tel./fax: 031 4085898

## MONITORIZAȚI-VĂ SĂNĂTATEA!

Prin intermediul S.C. AMELITE TRADING SRL, producătorul nipon al cântarelor profesionale, firma **TANITA**, este prezentă și în România. Producția acestor aparate este făcută în Japonia, la fabrica din Tokyo și sunt distribuite cu precădere în SUA, Asia și Europa Occidentală, fiind conforme normativelor internaționale în vigoare.

Grație ușurinței și preciziei aplicării metodei bioimpedanței, cântarele **TANITA** sunt un instrument practic pentru specialiștii care lucrează în domeniile legate de obezitate, diabet, nutriție sau recuperare fizică, deoarece pe lângă determinarea exactă a greutății ajută la evaluarea fidelă a compoziției corporale (masa de grăsime, masa hidrică, masa musculară, rata metabo-



lică de bază, vârsta metabolică, grăsimea viscerală, mineralizarea osoasă). Există posibilitatea conectării la calculatoarele Windows prin soft-ul medical de analiză corporală TANITA PRO (cablu de date sau conexiune bluetooth).

Aparatul asigură calibrarea automată până la 300.000 utilizări!

### Cantar profesional cu analiza compoziției corporale Tanita DC-240 MA (NOU scanare pe două frecvențe)

#### Măsurători ce privesc întregul organism

- Greutate (până la 200 kg)
- Indicele de masă corporală
- Grăsimea corporală în procentaj
- Apa totală din corp, în procentaj

#### Măsurători disponibile împreună cu softul GMON:

- Grăsimea, %
- IMC
- Masa de grăsime, kg
- Masa fără grăsime, kg
- Apa totală din corp, %
- Masa hidrică, kg
- Masa musculară, kg
- Mineralizarea osoasă, kg
- Nivelul grăsimii viscerale (1-60)
- Rata metabolică de bază, (calorii, KJ)
- Vârsta metabolică

#### Trăsături speciale:

- Extrem de ușor (cântărește numai 4,7 kg)
- Meniu cu iluminare, ușor de folosit
- Ușor de transportat, prevăzut cu mâner
- Platformă mare, ideală pentru pacienți obezi sau în vârstă



Prevăzut cu port USB și RS  
pentru transmiterea informațiilor  
de la analizor la calculator

# Diabetul și rolul Cromului în ținerea sub control a glicemiei

În diabet, unul dintre cele mai importante lucruri este ca insulina și implicit rezistența la insulină să fie ținute sub control. Mai mulți adjuvanți sunt folosiți pentru acest lucru, dar astăzi vom discuta mai amănunțit rolul Cromului, farmacocinetica și farmacodinamica lui precum și felul în care insulina ajută la nivel celular.



Aletta Sorensen

CNMdip, Mentor al Asociației de Nutriționiști din Marea Britanie

Literatura de astăzi discută rolul cromului în diabetul zaharat și posibilitatea lui de a fi inclus în recomandările zilnice, datorită mecanismelor de acțiune prin care ajută restabilirea homeostaziei glicemice în mod diferit față de metformin, tratamentul standard pentru rezistența la insulină. Principala diferență este felul în care cromul ajută la controlul factorului de toleranță la glucoză (GTF). Din punct de vedere farmacodinamic, cromul este un constituent cheie al GTF, deoarece lucrează împreună cu insulina pentru a facilita absorbția glucozei în celule prin GLUT4, iar fără ajutorul cromului, acțiunea insulinei este blocată. Așadar, lipsa de crom poate duce la creșterea glucozei în sânge, de aceea este un component vital în echilibrarea glicemiei (1). (Acest lucru poate fi observat detaliat în figura 1.)

Pe lângă cele discutate, cromul este foarte bine tolerat de organism, nu prezintă interacțiuni cu alte medicamente și poate ajuta și la susținerea unei vascularizări optime, precum și optimizarea sintezei de acizi grași la nivel citoplasmatic. Murray și Pizzorno au concluzionat după analiza a 20 de studii despre crom și controlul glicemiei că suplimentarea cu crom ajută la scăderea glucozei serice, îmbunătățește toleranța la glucoză și implică a GTF, scade nivelul insulinei, scade nivelul total de colesterol și trigliceride și totodată crește nivelul colesterolului bun numit HDL (2). Acest mineral este depozitat de către corp în diferite țesuturi și organe, iar odată cu înaintarea în vârstă, nivelul cromului are tendința de a scădea, ceea ce poate duce la o dezechilibrare în controlul glicemiei numită și disglucemie, de aceea apare

nevoia de suplimentare chiar și pentru persoanele care nu sunt diagnosticate cu diabet. Disglucemia poate duce la diverse probleme de sănătate, unele nefiind legate de diabet, acest lucru este descris în figura 2.

Cu toate acestea, unele studii nu arată îmbunătățiri semnificative odată cu administrarea cromului. O cauză poate fi tipul de crom folosit în studii, deoarece cromul, ca mulți alți nutrienți, necesită o anumită formă pentru a avea o absorbție optimă și a da rezultate. Mai detaliat, din punct de vedere far-

macocinetic cromul are o absorbție limitată, cu o absorbție de 0.5-3% pentru cromul anorganic și o absorbție de 10-20% pentru cromul organic, așadar de preferat este suplimentarea cu o variantă organică (3).

Cromul picolinat, folosit în multe suplimente, este o formă sintetic organică, adică este fabricat să se asemene cu o for-

Efectele disglucemiei

Figura 2

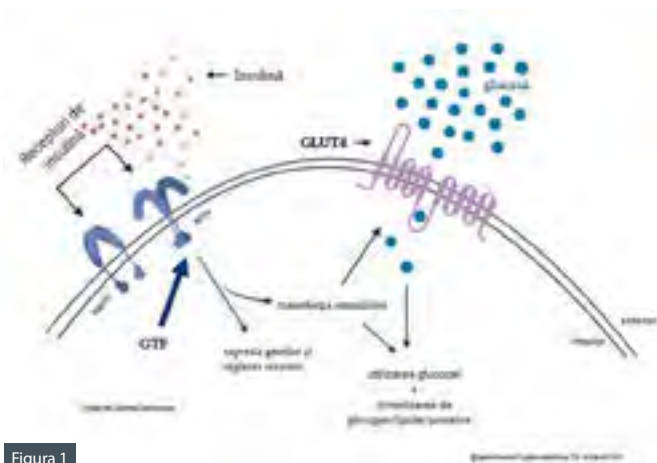
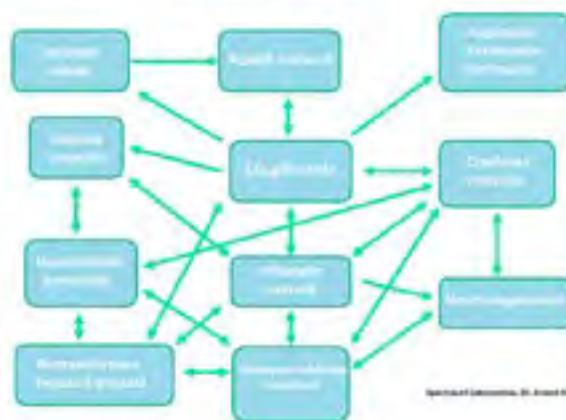


Figura 1

mă organică, și chiar dacă este absorbit mai bine decât alte forme anorganice, tot nu este comparabil cu rata de absorbție a unui supliment organic, cum ar fi cel de la Pharma Nord. Așadar, suplimentarea cu crom poate fi o modalitate prin care glicemia poate fi ținută sub control în diferite situații, în funcție de nevoile personale.

## Bibliografie

- Chen G, Liu P, Pattar GR, Tackett L, Bhonagiri P, Strawbridge AB, et al. Chromium Activates Glucose Transporter 4 Trafficking and Enhances Insulin-Stimulated Glucose Transport in 3T3-L1 Adipocytes via a Cholesterol-Dependent Mechanism. Mol Endocrinol [Internet]. 2006 Apr 1 [cited 2021 Feb 1];20(4):857-70. Available from: <https://academic.oup.com/mend/article-lookup/doi/10.1210/me.2005-0255>
- Murray, M.T. Pizzorno, J. (2012). Natural Medicine. 3rd edn. New York: Atria Paperback, p505-529.
- Haas, E.M. (1992). Staying Healthy with Nutrition. Berkeley: Celestial Arts Publishing, p187-190 & 136-137.



# Disfuncția cognitivă la pacienții cu diabet zaharat

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



Lector Univ.  
Dr. Viviana Elian

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

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

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

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

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

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

## Deficitul cognitiv ușor (MCI)

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

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

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

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

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

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



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

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

#### Bibliografie

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

html. Accesat 23.01.2021

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

### Managementul diabetului zaharat la pacienții diagnosticați cu disfuncție cognitivă

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

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

# Cum stai cu **GLICEMIA?**



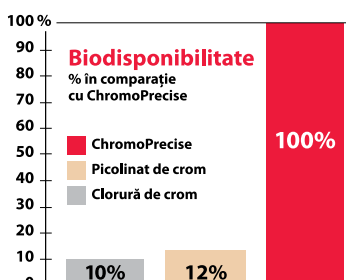
**Singura drojdie organică cu crom  
din UE, folosită pentru controlul  
nivelului zahărului în sânge.**



## **Ține-ți sub control glicemia**

Nivelurile normale și stabile de zahăr din sânge ne ușurează viața în mai multe feluri. O modalitate eficientă de asigurare a stabilității zahărului din sânge este reducerea carbohidraților, cum ar fi pastele, cartofii, pâinea albă și băuturile răcoritoare și dulciurile, deoarece acestea conțin cantități mari de amidon și zahăr, toate acestea putându-ne dezechilibra glicemia.

Pe lângă modificarea dietei și realizarea de exerciții fizice, puteți contribui la rezultatul benefic prin administrarea de Bio-Chrom, un supliment cu drojdia unică ChromoPrecise, care este aprobată pentru capacitatea sa de a ajuta la menținerea nivelului normal de zahăr din sânge.



## **Biodisponibilitate de până la 10 ori mai ridicată**

*Drojdia organică ChromoPrecise are o biodisponibilitate mai mare*

*Conform EFSA\*, aceasta este absorbită de până la 10 ori mai bine decât cromul sintetic din picolinatul de crom și din clorura de crom.*

*\*Asociația Europeană pentru Siguranța Alimentară este „Căinele de pază” al UE pentru probleme de siguranță alimentară.*

 **Pharma Nord**  
www.pharmanord.ro

**SMART DIAB**

Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București

COLEGIUL MEDICILOR GORJ

Academia de Științe Medicale

# Managementul diabetului zaharat centrat pe pacient

Coordonator științific  
Prof. Dr. GABRIELA RADULIAN

7 Mai 2021  
ONLINE  
Târgu Jiu, Gorj

Organizator: MedWay Events  
Tel. 0744 366 199, email office@medwayevents.ro  
www.medwayevents.ro

**SMART DIAB**

Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București

Academia de Științe Medicale

# Managementul diabetului zaharat centrat pe pacient

Coordonator științific  
Prof. Dr. GABRIELA RADULIAN

7-8 Octombrie 2021  
ONLINE

Organizator: MedWay Events  
Tel. 0744 366 199, email office@medwayevents.ro  
www.medwayevents.ro

**SĂPTĂMÂNA DIABETULUI**  
08-13 noiembrie 2021

FRDNBM

- Cursuri prececnures
- Al 19-lea Congres FEENEM
- Curs Niculae Paulescu

Eveniment virtual

Societatea Română de Diabet, Nutriție și Bolii Metabolice

Organizator științific

1927

## AL 47-lea CONGRES NAȚIONAL

al Societății Române de Diabet, Nutriție și Bolii Metabolice

19-22 mai 2021

Producție online & Managementul evenimentului

CONGRES DE TIP WEBINAR CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ  
Exclusiv ONLINE, pe [www.Sondofex.ONLINE/learning](http://www.Sondofex.ONLINE/learning)

7<sup>th</sup> International Conference on Interdisciplinary Management of Diabetes Mellitus and its Complications

DIABETES MELLITUS IN INTERNAL MEDICINE

# 2021 INTERDIAB

ONLINE March 3<sup>rd</sup>-6<sup>th</sup>, 2021

SAVE THE DATE  
October 12-15, 2021  
Grand Hotel Italia  
Eiș-Napoca, România

The Association of Podiatry  
Opens the debates on foot care and organizes

The 4<sup>th</sup> Congress in Podiatry  
With international participation

4 days of intensive workshops, plenary discussions and state of the art lectures.

Find out more and register on [www.podiatry.ro](http://www.podiatry.ro)

**SINDROMUL METABOLIC**

13 MAI 2021

combination  
decide plevels  
syndrome  
metabolic  
factors  
high

# FORA® 6



## Sistem multifuncțional de monitorizare

Dispozitiv portabil multiparametru



### Pentru managementul avansat al diabetului

Sistemele FORA 6® măsoară glicemia (BG), hematocritul (HCT), hemoglobina (HB),  $\beta$ -cetonele (KB), acidul uric (UA) și colesterolul total (TCH), într-un mod simplu, sigur și precis.



ESTRADE DISTRIBUTION SRL  
sales@estrade.ro  
www.estrade.ro

# Diabetul zaharat - tratament prin dieta și activitate fizică

Tratamentul în situația diabetului zaharat tip 2 este alcătuit din 3 elemente principale: dietă, program de exerciții fizice și tratament medicamentos. Dieta este individualizată și va fi stabilită de medicul ori specialistul nutriționist sau de către medicul diabetolog. Scăderea în greutate și menținerea greutății corporale reprezintă un obiectiv principal.



Ș.L. Univ. Dr. Georgiana Ozana Tache

Vicepreședinte SRRM,  
medic primar Medicină Fizică  
și Reabilitare Medicală, consilier  
metabolic balance

## Alimente interzise bolnavilor cu diabet zaharat

Băuturile alcoolice trebuie evitate pe cât posibil, în special berea, vinul, mustul. La fel, se vor evita și băuturile dulci, precum siropul sau băuturile carbogazoase; ceaiul și cafeaua pot să fie consumate, dar fără zahăr sau alte ingrediente precum: lapte, frișcă sau diferite arome.

Făina, pâinea albă, orezul și pastele sunt alimente cu conținut ridicat de carbohidrați și prezintă riscul de a crește nivelul zahărului din sânge la persoanele cu diabet zaharat de tip 1 și de tip 2.

Se vor exclude zahărul și produsele care conțin zahăr, biscuiți, ciocolată, prăjituri de cofetărie, bomboane, halva, înghețată, miere, ca având indice glicemic crescut.

Nu se vor consuma produse de patiserie, fructe uscate și confiate; nici fructe proaspete, precum: struguri, smochine, stafide, castane, pepene verde, cu conținut crescut în zahăr.

Se va limita consumul de sare.

Fasolea, mazarea, linte, ciupercile, sfecla și, în general, legumele uscate sunt interzise, deoarece conțin peste 50% glucide. Restricția se aplică și asupra produselor lactate: brânză, smântână, iaurturi grase, deoarece prezintă conținut crescut de grăsimi saturate.

Trebuie evitate alimentele care conțin grăsimi saturate și trans. Alimentele bogate în grăsimi saturate sunt: carnea grasă, în special cea de porc, cârnații. Alimentele care conțin grăsimi trans sunt: cartofii sau alte alimente preparate prin prăjire, chips-uri, popcorn.

## Alimente permise bolnavilor cu diabet zaharat

Se recomandă ingestia de apă la discreție sau minimum 35 ml/kgc, la fel și ceaiuri neîndulcite. Pâinea să fie din făină integrală, precum cea graham sau neagră. Pâinea graham este o pâine dietetică, făcută din făină măcinată din grâu integral, nu conține sare, dar are un conținut crescut de tarate. Se recomandă 25 de grame/zi pentru femeile și 40 de grame/zi pentru bărbați.

Sunt recomandate preparate ce conțin pește proaspăt sau afumat; cât și legume precum: varză albă, varză roșie, conopidă, spanac, broccoli, fasole, dovleci, bame, sparanghel, ciuperci, ardei grași, urzici, roșii dar și cartofi dulci copti (cu atenție acordată cantității).

Dintre produsele lactate se încurajează consumul de caș și urdă, cât și a celorlalte produse dar cu atenție la conținutul în grăsimi. Se poate adăuga și oul.

Gris, fulgi de ovăz, fidea, tăiței pot sta cu succes la baza alcătuirii meniurilor personalizate iar deserturile se recomandă să fie preparate în casă și de preferat să fie consumate cu maximă atenție și moderație.

Sunt premise fructele proaspete, deoarece conțin puțini carbohidrați dar și nuci, semințe, tofu.

## Sportul sau programul de exerciții

Acesta nu trebuie să lipsească din activitățile vieții zilnice ale pacientului diagnosticat cu diabet zaharat tip 2.

Diabetul zaharat este o boală cronică progresivă caracterizată prin hiperglicemie indusă de scăderea secreției de insulină la nivelul pancreasului, rezistență la insulină sau ambele; alături de modificări în metabolismul lipidic și proteic. Prin rezistență la insulină se înțelege incapacitatea hormonului de a-și exercita efectele la nivelul celulelor țesutului adipos, mușchi, ficat.

Gluciza reprezintă cea mai importantă sursă de energie a organismului. Este utilizată de creier în proporție de 50 %, de mușchiul scheletic în proporție de 20% dar și de rinichi și alte țesuturi. Activitatea fizică tradusă prin contracție musculară, va conduce la o mai bună utilizare periferică a glucozei, cu scăderea nivelului glicemiei, în consecință. Pe durata efortului fizic, glucoza din sânge este preluată de transportorul GLUT 4. Intrarea acesteia în celula musculară se realizează prin două mecanisme: insulindependent, prin fixarea insulinei pe receptorul de insulină, inducând autofosforilarea acestuia și activarea proteinei de substrat și fosfatidilinozitol 3 fosfat și noninsulindependent, prin activarea unei serin kinaze cu eliberare de calciu și oxid nitric sau prin MAP (mitogen activated protein kinase) ori prin AMP kinază.

Efortul fizic prezintă o serie de beneficii, după cum urmează: crește sensibilitatea la insulină astfel încât glucoza

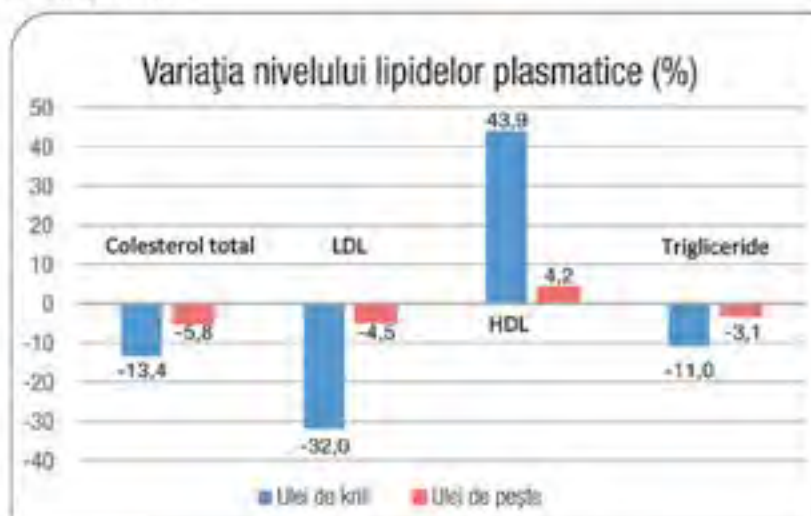


## CEL MAI PUR ULEI DE KRILL

Dovedit mai eficient decât uleiurile clasice de pește  
în **reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor**

### Eficacitate demonstrată clinic

Efectul pozitiv în reglarea nivelului lipidelor serice a fost demonstrat clinic într-un studiu dublu-orb, randomizat, efectuat pe 60 de pacienți cu dislipidemii (193-347 mg/dL colesterol total, trigliceridemie 203-354 mg/dL) cărora li s-au administrat timp de 3 luni doze de 2 capsule de Korill, respectiv 3 g ulei de pește zilnic!



Într-un alt studiu<sup>2</sup> placebo controlat, realizat pe 300 de pacienți cu hipertrigliceridemie (150–499 mg/dL *à jeun*) s-a evidențiat o scădere a nivelului trigliceridelor cu 10,2% comparativ cu placebo la pacienții cărora li s-au administrat doze de 1–2 capsule de Korill, timp de 3 luni.

Flavinho Barros, MD, Phyllis O'Flaherty, MD, MSc, Liana Dutilleul, MD. Evaluation of the Effects of Resolute Krill Oil on the Clinical Course of Hyperlipidemia. Alternative Medicine Review 2004, vol 9, no.4, 420.

Krill from Krill: More Intense, More Powerful, No Harm, Less Burden. Krill oil supplementation lowers serum triglycerides without increasing low-density lipoprotein cholesterol in adults with moderate high or high triglyceride levels. Nutrition Research 24 (7): 612-613, 2014.

## Korill este recomandat în:

- ♥ Reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor;
- ♥ Reducerea riscului de apariție a evenimentelor cardiovasculare;
- ♥ Hepatoprotecție complementară pe termen lung;
- ♥ Refacerea necesarului de acizi grași esențiali și de antioxidanți naturali.

### Doza recomandată pentru adulți:

2 capsule pe zi, înainte sau în timpul meselor.  
Se recomandă administrarea Korill în cure de minimum 6 luni.  
Pentru menținere curele pot fi prelungite pe termen lung, sau repetate.  
A nu se depăși doza de 6 capsule pe zi.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.



anience

sanguină va fi utilizată mai eficient în țesuturi; scade valoarea glicemiei și a hemoglobinei glicate; îmbunătățește consumul de oxigen; se îmbunătățește funcția endoteliului vascular și scade rigiditatea arterială, scade valoarea tensiunii arteriale; crește forța musculară, masa musculară; se ameliorează profilul lipidic (scad trigliceridele) și asigură scădere ponderală.

Postprandial, glucoza este stocată sub formă de glicogen la nivel hepatic și muscular. Glucoza în exces este depozitată sub formă de trigliceride la nivelul țesutului adipos. În condiții de post alimentar, nivelul glucozei în sânge se menține prin glicogenoliza hepatică și musculară (consumul rezervelor de glicogen hepatic și muscular), dar și prin gluconeogeneza (sinteza de glucoză) hepatică și renală din piruvat, lactat, glicerol, aminoacizi.

În timpul efortului fizic, nivelul glucozei sanguine scade, glicemia continuând să scadă și după oprirea efortului fizic; glucoza fiind utilizată pentru refacerea rezervelor de glicogen. Menținerea valorii normale a glicemiei, necesară funcționării creierului, se realizează prin eliberarea rapidă a glucozei din depozitele de glicogen muscular și hepatic, iar după epuizarea lor, prin sinteza de glucoză (gluconeogeneza). Tot pe perioada efortului fizic, se activează sistemul nervos simpatic, cu eliberare de catecolamine care determină creșterea frecvenței cardiace, vasoconstricție în teritoriul splanhnic și suprimarea secreției de insulină. Scăderea nivelului de insulină din sânge determină activarea sintezei de glucoză hepatică și renală precum și hidroliza trigliceridelor în acizi grași și glicerol, utilizați ca substrat energetic. Efortul va putea fi astfel, susținut. Se eliberează hormoni de contrareglare: glucagon, cortizol, hormoni de creștere, care induc gluconeogeneza și glicogenoliza pentru menținerea normală a valorilor glicemiei.

Pacienții cu diabet zaharat tip 1 nu au secreție proprie de insulină. Insulina exogenă administrată prin injecție, induce blocarea gluconeogenezei și glicogenolizei, chiar în condiții de glicemie scăzută, ceea ce crește riscul de hipoglicemie. În efortul fizic moderat, există un răspuns slab la scăderea glicemiei, din partea hormonilor de contrareglare.

Dacă efortul fizic este foarte intens se produce creșterea glicemiei peste valoarea normală (hiperglicemie), în special prin intermediul hormonilor de contrareglare, iar dacă diabetul este dezechilibrat poate apare cetoacidoza diabetică (scăderea rezervei alcaline din sânge, ca urmare a acumulării de cetone). Prin urmare, acești pacienți necesită dozarea adecvată a efortului fizic și supraveghere pe durata desfășurării.

Conform recomandărilor OMS, Ghidul American Diabetes Association (ADA) recomandă la rândul său, pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, un program de minimum 150 minute de activitate fizică aerobă moderată sau intensă (respectiv 50 – 70 % din frecvența cardiacă maximă), desfășurată săptămânal. Programul constă în exerciții fizice aerobe (alergare, jogging, înot, ciclism, mers în ritm rapid), exerciții de rezistență (exerciții cu greutate) și exerciții de echilibru și coordonare a mișcărilor.

În fapt, cu privire la exercițiile fizice, orice tip de activitate fizică sau tip de mișcare este binevenit; prin urmare, pacientul poate să meargă la sala de fitness, la studio de aerobic, sau se deplasează pe jos în pas alert ori doar se poate plimba cel puțin 30-60 de minute zilnic.

Câteva recomandări pentru pacienții cu diabet zaharat tip 1, care efectuează activitate fizică: se recomandă efort fizic de intensitate moderată; înainte de efortul fizic se verifică nivelul glicemiei și dacă este sub 100 mg/dl, pacientul va servi o gustare; activitatea fizică se desfășoară la 1-3 ore după injecția de insulină rapidă; se reduce doza de insulină rapidă cu până la 50 %. La pacienții cu pompe de insulină se reduce rata bazală de infuzie, se modifică bolusurile pre și post prandiale.

Câteva recomandări pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2, care efectuează activitate fizică: înainte de efectuarea efortului fizic se recomandă screening efectuat pentru boala cardiacă ischemică (BCI) și pentru identificarea complicațiilor diabetului (microalbuminurie, nefropatie, neuropatie, retinopatie); se recomandă exerciții fizice de intensitate moderată, efectuate cu frecvență cardiacă de 60 – 70 % din frecvența maximă; supraveghere atentă pentru pacienții care primesc tratament cu insulină sau ADO, la aceștia existând riscul de hipoglicemie.

Rolul benefic al activității fizice în prediabet și diabet este subliniat de rezultatele numeroaselor studii clinice efectuate cu privire la rolul exercițiilor fizice aerobe și anaerobe efectuate pe o durată de minimum 6 luni și este demonstrat efectul cu privire la scăderea în greutate, ameliorarea parametrilor lipidici și controlul glicemic.

Sunt citate rezultatele unor studii care arată: reducerea riscului relativ de apariție a diabetului zaharat la pacienții care au crescut fitnessul cardiovascular cu 1 MET; risc crescut de apariție a diabetului zaharat tip 2 la femeile obeze și inactive versus femeile slabe și active; la pacienții cu prediabet care au primit recomandări de dietă și activitate fizică s-a constatat scăderea incidenței diabetului zaharat; este relevantă scăderea incidenței diabetului zaharat cu 58% la pacienții care au efectuat minimum 4 ore de activitate fizică săptămânal; reducerea riscului de diabet la pacienții cu dietă și activitate fizică și care au fost tratați cu ADO (metformin); scăderea incidenței diabetului zaharat prin modificarea stilului de viață, prin includerea activităților fizice; activitatea fizică a scăzut hemoglobina glicată și a redus țesutul adipos visceral și subcutanat, a crescut răspunsul la insulină și a redus trigliceridele la persoanele cu diabet zaharat.

#### Bibliografie selectivă

1. Sheri R. Colberg, Ronald J. Sigal, Jane E. Yardley, Michael C. Riddell, David W. Dunstan, Paddy C. Dempsey, Edward S. Horton, Kristin Castorino, Deborah F. Tate Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association *Diabetes Care* 2016;39: 2065–2079 | DOI: 10.2337/dc16-1728
2. [www.health.harvard.edu/staying-healthy/the-importance-of-exercise-when-you-have-diabetes](http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/the-importance-of-exercise-when-you-have-diabetes)
3. Health Science Journal, The role of exercise and nutrition in type ii diabetes mellitus management, Sofia Zyga, Paul Sarafis
4. [www.hsj.gr/medicine/the-role-of-exercise-and-nutrition-in-type-ii-diabetes-mellitus-management.php?aid=3627](http://www.hsj.gr/medicine/the-role-of-exercise-and-nutrition-in-type-ii-diabetes-mellitus-management.php?aid=3627)
5. Diabetes Mellitus: An Overview, Cleveland Clinics; <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/7104-diabetes-mellitus-an-overview>



# Analizoare profil lipidic și glucidic

## Element® Multi

Lipid profile and Glucose Measuring System

### Glucose

- Auto Skin Cutting
- 3sec. Quick Result
- 0.3ul Small Blood Volume

### Cholesterol

- HDL HDL-Coding
- Self Small Blood Volume



## Lipidpro®

Lipid Profile & Glucose Measuring System



### 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**

## CLOVER® A1c™ Self

- Fully Automatic
- Non-invasive Affair
- Same-glycosometry
- 4ul Blood Sample
- Self Result in 5 Minutes



### Caracteristici :

Determină rapid și cu precizie  
- hemoglobina glicozilată (5 minute)

**Manevrare ușoară pentru determinări complete**

**Memorie : 200 teste**

**Proba necesară : 4 μl sânge**

**Nu necesită standarde sau calibratori pentru determinări**

 **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

www.balmed.ro

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea timpurie de noi informații referitoare la siguranță.

Prevenirea și alina durerea înaintării sunt necesare în raportarea unei reacții adverse suspectate.

**Suliqua (insulină glargin 100 unități/ml / lixisenatidă). Informații esențiale din RCP\***

**Prezentare:** Suliqua 100 unități/ml = 50 microgramame/ml soluție injectabilă în sticlă injectivă (pen) preumplut / lixisenatidă în sticlă injectivă (pen) preumplut conține insulină glargin 300 unități și lixisenatidă 100 microgramame în 3 ml soluție. Suliqua 100 unități/ml + 35 microgramame/ml soluție injectabilă în sticlă injectivă (pen) preumplut. Fiecare sticlă injectivă (pen) preumplut conține insulină glargin 300 unități și lixisenatidă 100 microgramame în 3 ml soluție. Fiecare ml conține metacrezol 2,7 miligrame. **Indicații terapeuțice:** Suliqua este indicat la adulți pentru tratamentul diabetului zaharat de tip 2 insuficient controlat, pentru a îmbunătăți controlul glicemic, al afecțiunilor asociate și excitațiilor fizice, alături de metformina administrată în asociere cu sau fără inhibitorii ai α-transportului 2 de sodiu glucoză (SGLT-2). **Doza și mod de administrare:** Suliqua este disponibil sub formă de două sticlă injectivă (pen) preumplut. Suliqua 100 unități/ml + 50 microgramame/ml sticlă injectivă (pen) preumplut eliberează doza în trepte cuprinsă între 30-40 unități insulină glargin, în combinație cu 5-20 μg lixisenatidă (pentru Suliqua (10-40)). Suliqua 100 unități/ml + 35 microgramame/ml sticlă injectivă (pen) preumplut eliberează doza în trepte cuprinsă între 30-40 unități insulină glargin, în combinație cu 10-20 μg lixisenatidă (pentru Suliqua (50-60)). Pentru a evita erorile de medicare, rețeaua prescripțiilor trebuie să se asigure că sunt menționate în prescripție concentrația corectă și numărul corect de trepte de dozare. Doza trebuie stabilită în mod individual, pe baza răspunsului clinic, și se ajustează treptat, în funcție de necesarul de insulină și prezențelor / absențelor. Tratamentul cu insulină bazală sau cu un nivel scăzut de dozare pentru prevenirea hipoglicemiei (glicemii în jeun peptidic GIP-1) sau de oboseală (sindromul de oboseală), alături de lixisenatidă și inhibitorii SGLT-2, trebuie întrerupt înainte de începerea administrării de Suliqua. Doza inițială de Suliqua se bazează pe tratamentul antidiabetic anterior și pe recomandarea de a nu depăși doza inițială recomandată pentru lixisenatidă de 10 μg.

		Tratament anterior		
		Pacienți netratați cu insulină (Tratament antidiabetic oral sau cu un agonist al receptorului GLP-1)	Insulină glargin (100 unități/ml)** ≥20 și <30 unități	Insulină glargin (100 unități/ml)** ≥30 și ≤60 unități
Doza inițială și sticlă injectivă (pen-ul)	Sticlă injectivă (pen-ul) Suliqua (10-40)	10 trepte de dozare (10 unități/5 μg)*	20 trepte de dozare (20 unități/10 μg)*	
	Sticlă injectivă (pen-ul) Suliqua (30-60)			30 trepte de dozare (30 unități/10 μg)*

\* unități insulină glargin (100 unități/ml)/μg lixisenatidă

\*\* Dacă se utilizează o insulină bazală diferită: Pentru insulina bazală administrată de două ori pe zi sau pentru insulina glargin (300 unități/ml), doza totală zilnică utilizată anterior trebuie scăzută cu 20% pentru a selecta doza inițială de Suliqua. Pentru orice altă insulină bazală, trebuie aplicată aceeași regulă ca în cazul insulinei glargin (100 unități/ml). Doza zilnică maximă este de 60 unități de insulină glargin și 20 μg lixisenatidă, ceea ce corespunde la 60 trepte de dozare. Suliqua trebuie injectat o dată pe zi, în ora de dimineața unei mese. Este preferabil ca injecția să fie efectuată în fiecare zi înainte de aceeași masă, după ce a fost aleasă cea mai convenabilă masă. Ajustarea dozei: Doza de Suliqua se stabilește în conformitate cu necesarul de insulină al fiecărui pacient în parte (pentru detalii, vezi pct. 4.2 din RCP complet). **Grupe speciale de pacienți:** **Vârșnici** (≥65 ani) Suliqua poate fi utilizat. Doza trebuie ajustată în mod individual, pe baza monitorizării glicemiei. Deteriorarea progresivă a funcției renale poate duce la scăderea constantă a necesarului de insulină. Experiența terapeutică este limitată la ≥75 ani. **Insuficiență renală:** Suliqua nu este recomandată la pacienții cu insuficiență renală severă și cu afecțiuni renale în stadiu terminal. Nu este necesară ajustarea dozei de lixisenatidă la pacienții cu insuficiență renală ușoară sau moderată. La pacienții cu insuficiență renală, necesarul de insulină poate fi diminuat și pot fi necesare monitorizarea frecventă a glicemiei și ajustarea dozei. **Insuficiență hepatică:** Nu este necesară ajustarea dozei de lixisenatidă. Necesarul de insulină poate fi diminuat și pot fi necesare monitorizarea frecventă a glicemiei și ajustarea dozei. **Copii și adolescenți:** Suliqua nu prezintă utilizare relevantă la copii și adolescenți. **Mod de administrare:** Suliqua trebuie injectat subcutanat, la nivel abdominal, deltoid sau coapsă de la o injecție la alta, pentru a scădea riscul de lipodistrofie și amiloidoză cutanată. Pacienții trebuie instruiți să utilizeze întotdeauna un ac nou. Suliqua nu trebuie extras cu seringă din cartușul sticlei injectivă (pen-ului) preumplut, pentru a evita erorile de administrare și un potențial supradozaj. Vezi RCP complet pentru toate informațiile. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanțele active sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții:** Pentru a avea sub control trasabilitatea medicamentelor biologice, numele și numărul lotului medicamentului administrat trebuie înregistrate cu atenție. Suliqua nu trebuie utilizat la pacienții cu diabet zaharat de tip 1 sau pentru tratamentul cetoacidozei diabetice. Pacienții trebuie instruiți să alterneze continuu locurile de injecție, pentru a reduce riscul de apariție a lipodistrofiei și amiloidozei cutanate. Există un posibil risc de absorbție întârziată a insulinei sau de reglare insuficientă a glicemiei în urma injecțiilor în locuri unde au apărut aceste reacții. Schimbarea bruscă a locului de injecție cu o zonă neafectată duce la hipoglicemie. Se recomandă monitorizarea glicemiei după schimbarea locului de injecție și se poate avea în vedere ajustarea dozei de medicament antidiabetic. Hipoglicemia poate apărea dacă doza de Suliqua este mai mare decât este necesar, doza trebuie stabilită individual, pe baza răspunsului clinic. Au fost raportate câteva evenimente de pancreatită acută pentru lixisenatidă, cu toate că nu a fost stabilită o relație de cauzalitate. Pacienții trebuie informați despre simptomele caracteristice: durere abdominală severă, persistentă. Dacă este suspectată pancreatita, trebuie întrerupt tratamentul cu Suliqua; dacă pancreatita acută se confirmă, nu trebuie reîncepută administrarea lixisenatidelor. Este necesară prudență la pacienții cu antecedente de pancreatită. Suliqua nu este recomandată la pacienții cu afecțiuni gastro-intestinale severe, inclusiv gastropareză severă. Este necesară precauție la pacienții tratați cu medicamente administrate oral care necesită o absorbție gastro-intestinală rapidă, supraveghere clinică atentă sau care au un indice terapeutic îngust (pentru detalii, vezi pct. 4.5 din RCP complet). Sfătuți pacienții să ia măsuri de precauție pentru a se evita depleția de lichide. În cazuri rare, prezența de anticorpi poate face necesară ajustarea dozei de Suliqua. Pacienții trebuie instruiți să verifice întotdeauna eticheta sticlei injectivă (pen-ului) înainte de fiecare injecție. Suliqua nu a fost studiat în asociere cu inhibitorii ai dipeptidil peptidazei 4, medicamente sulfonilureice, glinide, pioglitazonă. Acest medicament conține metacrezol, care poate provoca reacții alergice. **Interacțiuni:** Nu s-au efectuat studii privind interacțiunile cu Suliqua. Informațiile prezentate în RCP complet se bazează pe studii cu fiecare componentă în parte (vezi pct. 4.5 din RCP complet pentru toate detaliile). **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Nu este recomandată la femeile aflate la vârsta fertilă care nu utilizează măsuri de contracepție. Suliqua nu trebuie utilizat în timpul sarcinii sau al alăptării. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule:** Suliqua nu are nicio influență sau are influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Pacienții trebuie sfătuiți să-și ia măsurile de precauție pentru a evita hipoglicemia în timp ce conduc vehicule și folosesc utilaje. **Reacții adverse:** Reacțiile adverse raportate cel mai frecvent în timpul tratamentului cu Suliqua au fost hipoglicemia și reacțiile adverse gastro-intestinale. Din studii clinice: Foarte frecvente: hipoglicemie. Frecvente: amețeli, greață, diaree, vărsături, reacții la nivelul locului de injecție. Pentru reacțiile adverse apărute mai puțin frecvent, rar, foarte rar sau cu frecvență necunoscută, citiți RCP complet. Pentru modul de raportare a reacțiilor adverse, vezi [www.anm.ro/Raportaza\\_o\\_reactie\\_adversa](http://www.anm.ro/Raportaza_o_reactie_adversa). **DAPP:** sanofi-aventis groupe. **Mod de eliberare:** pe bază de prescripție medicală PRF. **Data primei autorizări:** 11 ianuarie 2017. **Text revizuit la data de:** ianuarie 2021, bazat pe RCP revizuit în iulie 2020. Pentru informații complete de prescriere, citiți Rezumatul caracteristicilor produsului.

 **SULIQUA**<sup>®</sup>  
insulină glargin (100 U/mL) și lixisenatidă

# O SOLUȚIE PENTRU OBȚINEREA CONTROLULUI GLICEMIC LA PACIENȚII DUMNEAVOASTRĂ CU DIABET ZAHARAT TIP 2



Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Rezumatul Caracteristicilor Produsului, data revizuirii iulie 2020

Acest medicament face obiectul unor măsuri de reducere la minimum a riscului. Pentru informații complete, vă rugăm să citiți în întregime RCP

Sanofi Romania SRL, strada Gara Herăstrău, nr. 4, clădirea B, etajele 8-9, sector 2, București 022334, România  
Tel: +40 21 317 31 36; Fax: +40 21 317 31 34  
MAT-RO-2100053 - 1.0 - 02/2021

**SANOFI** 

# Partener de încredere



ani de parteneriat

**Servier Pharma S-Park**

Str. Tipografilor nr. 11-15, Corp A, etaj 3,  
Sector 1, București  
Tel.: 021-528.52.80; Fax: 021-528.52.81,  
[www.servier.ro](http://www.servier.ro)