

Tratamentul pacienților cu diabet zaharat



Diabetes Treatment



Plan

1. Tratatamentul in DZ tip 1 vs DZ tip 2.
2. Antidiabeticele orale: indicatii, actiune, exemple.
3. Insulinoterapia si regulile de administrare in dependenta de alimentatie.
4. Modul si locurile de administrare a insulinei
5. Tintele terapeutice ale glicemiei si HbA1c la populatia generala, virstnici, gravide, copii si adolescenti.

DZ tip 1 vs DZ tip 2

Criteria	DZ tip 1	DZ tip 2
Stil de viata	Modificarea!!!!	
Dieta	Nr.9 cu calcularea stricta a glucidelor consumate zilnic(UP)	Nr.8/9, hipocalorica(1200-1500 kcal)
Farmacoterapia	-Insulinoterapie intensiva(IB+IP)	-ADO -Terapia combinata -Insulinoterapie
Autocontrol	Obligat, Saptaminal, intr-o zi de 6 ori.	Necesar saptaminal/obligator in cazul initierii insulinoT

Principalele medicamente utilizate în tratamentul diabetului de tip 2

Grupa	Mecanism de acțiune	Preparate	Durata de acțiune	Doza zilnică
Secretagoge	Stimulează secreția insulinei	Gliclazid(Diaprel/Gliclada) Glipizid(Glucotrol XL) Gliquidona(Glurenorm) Glibenclamid(Maninil) Glimepirid(Amaryl)	6-12 16-24 5-7 12-24 12-24	80-320 2,5-20 15-120 2,5-20 2-8
		Repaglinid(Novonorm) Nateglinid	3-4 3-4	1,0-16 240-360
Insulin sensibilizatori	✓Cresc sensibilitatea țesuturilor la insulină ✓Scad producția hepatică de glucoză	Metformin(Metfotgama/Siofor/Glucophage)	4-12	1500-2550
		Rosiglitazona Pioglitazona	8-12 16-24	4-8 15-45
Inhibitori α-glucozidazei	Inhibă hidroliza carbohidraților complecși la nivelul intestinului	Acarboza	2-4	75-300

Antidiabeticele orale(ADO)

- Se initiaza in monoterapie(de regula cu metformina) apoi se poate trece la terapia combinata
- Obiectivul glicemic conventional: **HbA1c=7%**
- **Contraindicatiile ADO:**
 - ✓ DZ tip 1,
 - ✓ Cetoacidoza,
 - ✓ Insuficienta renala si hepatica,
 - ✓ sarcina si lactatia



Insulinoterapia

Principii de tratament

- Insulinoterapia este **indispensabilă** la pacienții cu **DZ tip 1** și **necesară**, la un moment, la pacienții cu **DZ tip 2**.
- Administrarea insulinei trebuie să mimeze cât mai fidel ceea ce se întâmplă în mod fiziologic la cei fără diabet. Aceasta se poate realiza prin administrarea de prize multiple de insulina cu acțiune rapidă preprandială și a 1 sau 2 prize de insulina cu acțiune prelungită;
- alimentația trebuie adaptată caloric și nutritiv, orarul, cantitatea și conținutul meselor trebuie corelate cu insulinoterapia și activitatea fizică;
- **Automonitorizarea** este o metodă de bază a controlului glicemic;
- Este necesar screen-ingul al complicațiilor și evaluarea globală periodică.



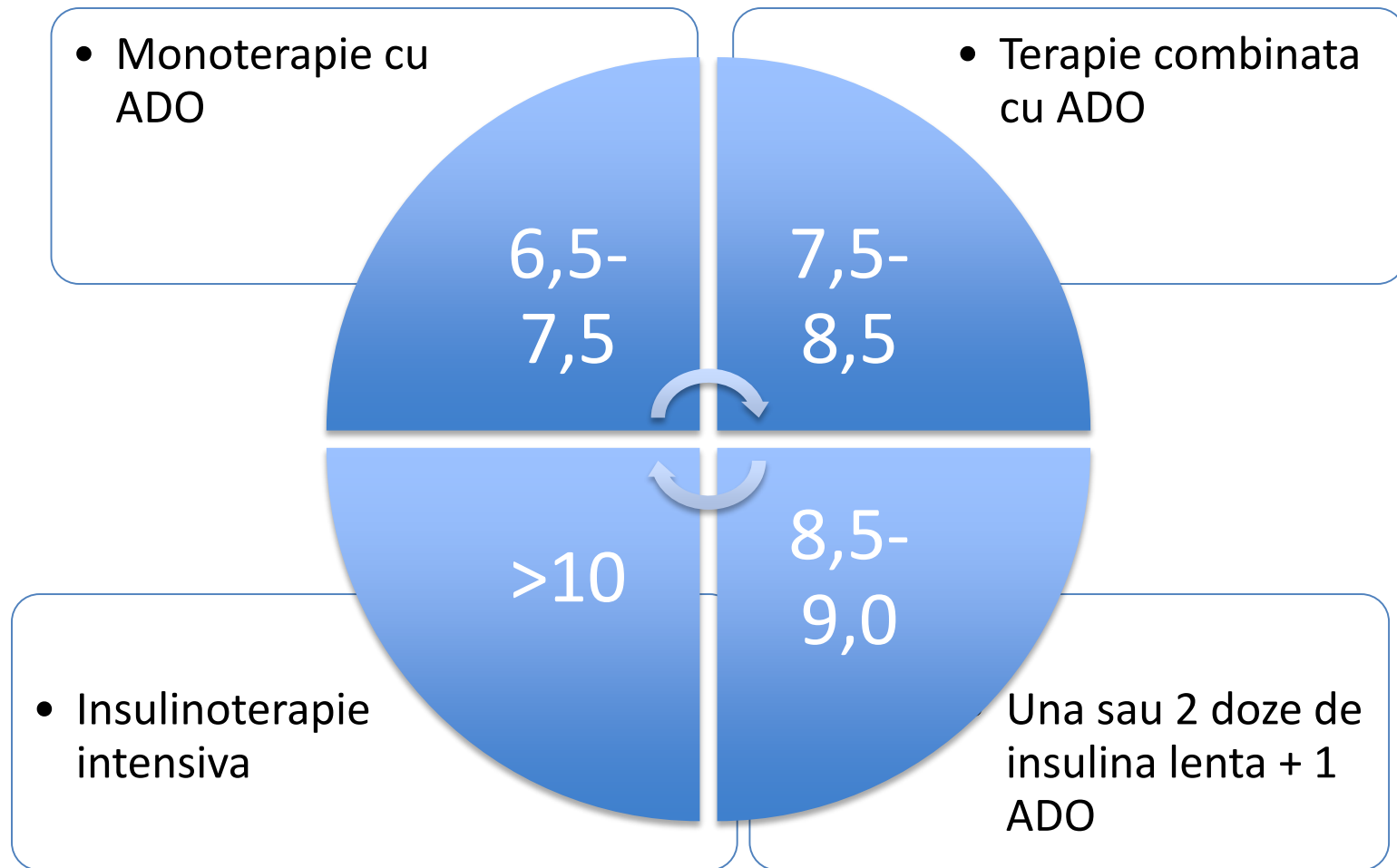
Tactica de tratament la pacientii cu DZ tip 2

Atentie!!

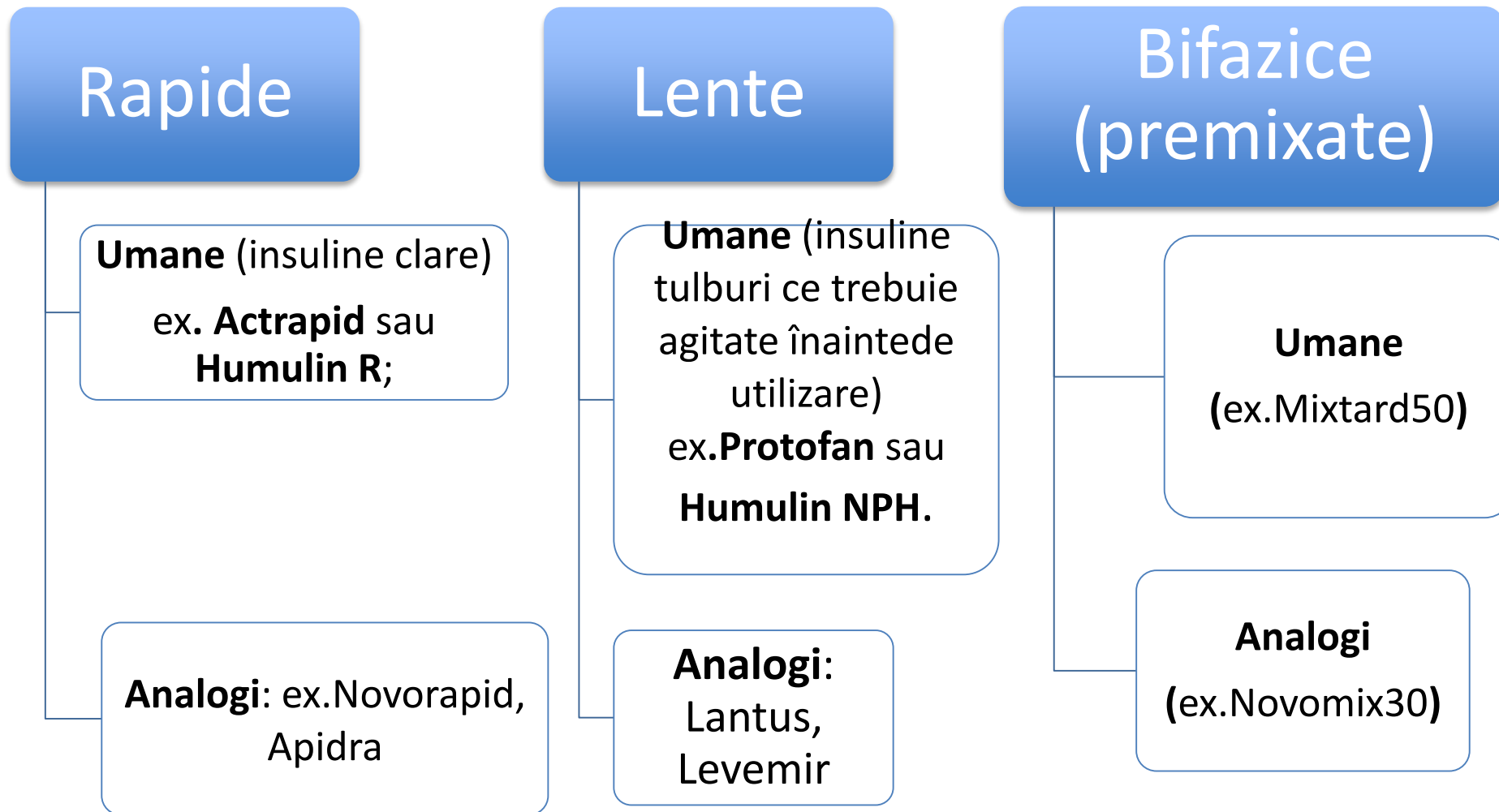
Insulina nu este un remediu fermecat si are
indicații stricte;

Inițiem insulinoterapia - la timpul potrivit!

Momentul initierii Insulinoterapiei la pacientii cu DZ tip 2(dupa HbA1C)



Tipurile de insulina și acțiunea lor



Farmacodinamica insulinelor

Tipul de insulina	Debut	Peak	Durata de actiune
Rapida(analogi rapizi)	5-15 min	30 min-1,5 ore	3-4 ore
Cu actiune scurta(R)	30 min-1 ora	2-3 ore	3-6 ore
Cu actiune intermediara(NPH)	2-4 ore	6-10 ore	10-16 ore
Cu actiune lunga(analogi lenti)	2-4 ore	-----	20-24 ore
Bifazice umane	30 min-1 ora	2 peakuri corespunzator	10-16 ore
Bifazice cu analogi	5-15 min	2 peacuri corespunzator	10-16 ore

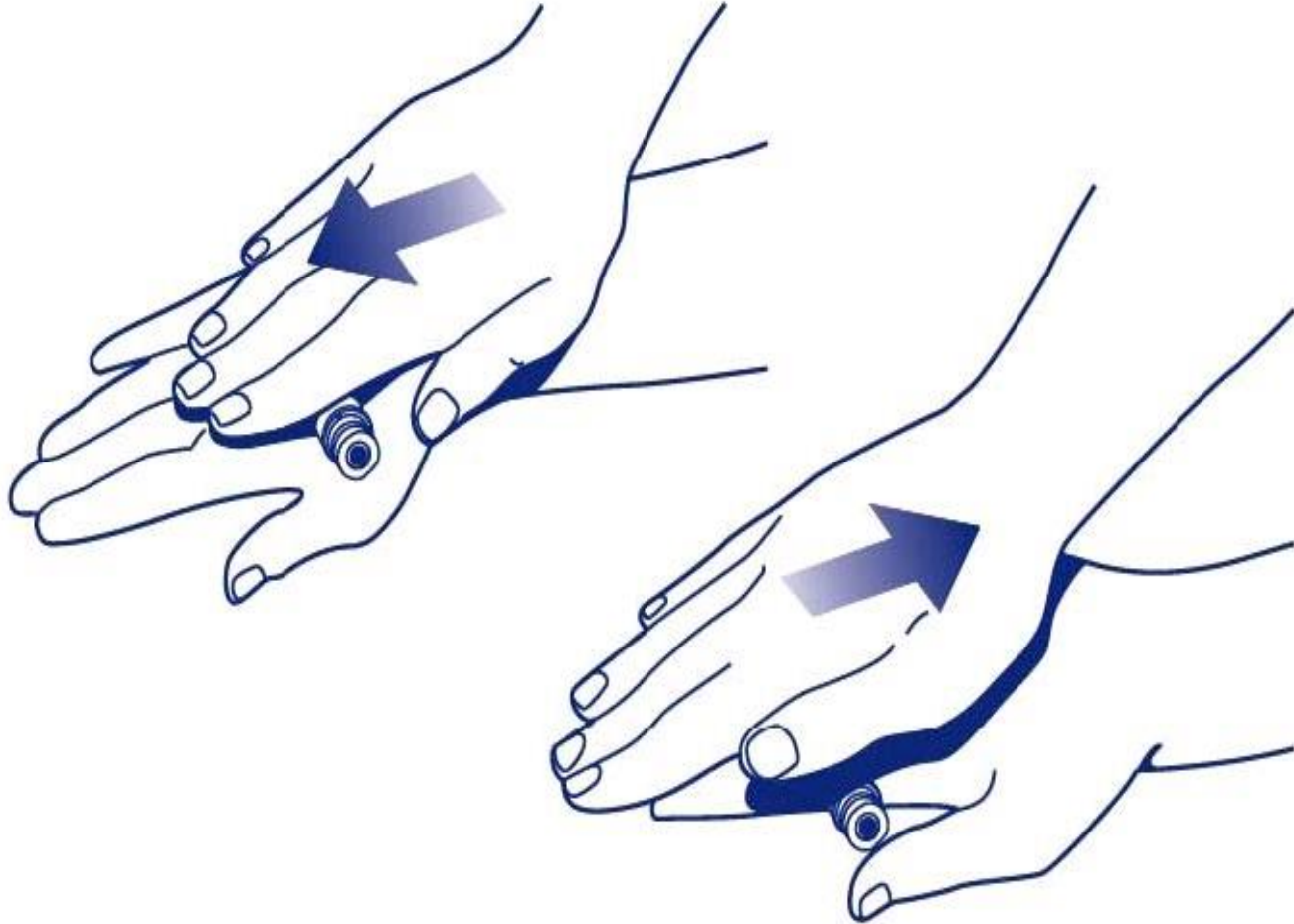
Modul de administrare a insulinei

- 1. Dispozitive:** -Seringi din plastic 100 UI(acul inegru 5-6 mm sau 8-12 mm);-pixuri;-pompe.
- 2. Locul de injectare:** a)Ins.Rapide in abdomen; b) Ins.Lente in brat, coapsa sau zona postero superioara a feselor. c)Bifazice in orice zona inscrisa mai sus.
- 3. Modul de administrare:** subcutanat, daca se face cu pixul, atunci se mentine acul 10-15 sec in piele, fara a masa ulterior locul injectarii.



Informații practice privind insulinoterapia

- Insulina deschisă se păstrează la temperatura camerei timp de maxim 30 zile, iar cea nedeschisă în ușa frigiderului la 2-8 °C, data expirării înscrisă pe flacon trebuie respectată.
- În anumite condiții, insulinele cu acțiune rapidă și lentă pot fi amestecate în aceeași seringă, dacă pH lor este compatibil. Se introduce aer în flacoane, câte unități de insulină vor fi extrase. Se trage în seringă întâi insulina rapidă și apoi cea lentă.
- Înainte de a trage insulina în seringă, flaconul se încălzește între palme. Insulinele intermediare sau lente se agită pentru omogenizare
- Locul injecției trebuie permanent schimbat cu 2-3 cm, menținându-se aceeași zonă (abdomen, coapse etc.). Cea mai rapidă absorbție e din peretele abdominal, cea mai lentă, din regiunea deltoidiană.
- Injecția trebuie făcută strict subcutanat, adică la 1,0 – 1,5 cm adâncime în pliul cutanat. Injecția intradermică întârzie rezorbția, în timp ce injecția intramusculară sau intravenoasă (care trebuie verificată prin aspirare), accelerează acțiunea insulinei.
- Injecția insulinei trebuie să fie nedureroasă. Durerea poate fi produsă de: folosirea insulinei prea reci; ac uzat; injecție intradermică.





Tintele terapeutice la popupatia generala(conform HbA1c)

	Virsta tinara	Virsta medie	Virstnici
Lipsa complicatiilor grave, risc scazut de hipoglicemii	=<6,5%	=<7,0%	=<7,5%
Complicatii severe si risc inalt de hipoglicemii	=<7,0%	=<7,5%	=<8,0%

Obiective glicemice in sarcina si la copii/adolescenti

	Optim	Sarcina	Copii/Adolescenti
Glicemia a jeun	4,0-7,2 mmol/l (70-130 mg/dl)	<5,2 mmol/l (<95 mg/dl)	<ul style="list-style-type: none"> • 0-6 ani: HbA1c=7,5-8,5% • 6-12 ani: HbA1c <8% • 13-19 ani: HbA1c<7,5%
Glicemia postprandial	< 10 mmol/l (180 mg/dl)	1h: <7,7 mmol/l (<140 mg/dl) 2h: <6,6 mmol/l (120 mg/dl)	
HbA1c	< 6,5%	Pregestational <6,5%	

Important!!!

1. Schimbati stilului de viata si alimentatie
2. Autocontrolul strict glicemiei
3. Respectati regimului de administrare a ADO sau al insulinei
4. Respectati locul si modalitatea de administrare a insulinei.
5. Urmati strict recomandarile Medicului!



