

5. Martinez A.N., et al. *Role of interleukin 6 in innate immunity to Mycobacterium tuberculosis infection*. In: *J. Infect. Dis.*, 2013, nr. 207(8), p. 1253-1261.
6. Cantini F., et al. *Risk of Tuberculosis Reactivation in Patients with Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis, and Psoriatic Arthritis Receiving Non-Anti-TNF-Targeted Biologics*. In: *Mediators of Inflammation*, 2017, nr. 2017, p. 8909834.
7. Alvani A., Millington K.A. *Screening for tuberculosis infection prior to initiation of anti-TNF therapy*. In: *Autoimmunity Reviews*, 2008, nr. 8(2), p. 147-152.
8. Ramos S., et al. *Tuberculosis screening in patients receiving biological therapy*. In: *Acta Reumatol. Port.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/263377762015>, nr. 40(3), p. 234-240.
9. Biroul Național de Statistică. www.statistica.md
10. Harris J., Keane J. *How tumour necrosis factor blockers interfere with tuberculosis immunity*. In: *Clinical and Experimental Immunology*, 2010, nr. 161(1), p. 1-9.

Virginia Șalaru, asist. univ.,
Catedra Medicină de Familie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 069721205
e-mail: virginia.salaru@usmf.md

CZU:616.379-008.64-08

EVALUAREA TRATAMENTULUI PERSOANELOR CU DIABET ZAHARAT TIP 2 ÎN ETAPA INTERNĂRII ÎN STAȚIONAR

**Dumitru HAREA¹, Zinaida ALEXA¹,
Ana VÎRTOSU², Aristia ȘEREMET²,**

¹IP USMF Nicolae Testemițanu, Catedra Endocrinologie,

²IMSP SCR Timofei Moșneaga, secția de endocrinologie

Rezumat

Scopul studiului realizat a fost analiza tratamentului persoanelor cu diabet zaharat tip 2 (DZ2) în momentul internării, pentru evidențierea punctelor dificile în managementul DZ2 în condiții de ambulatoriu și propunerea unor soluții de ameliorare. În studiu au fost incluse toate persoanele cu DZ2 (1314) internate în anul 2017. Majoritatea pacienților foloseau la domiciliu fie metformină în monoterapie sau asociată cu sulfonilureice (35,6%), fie insulină umană în monoterapie sau asociată cu metformină (49,5%). Metformină luau doar 60% din 86,6% de persoane supraponderale și obeze. În 43,2% cazuri, doza de metformină a fost mai mică de 2000 mg/zi. Incretine primeau doar 0,5% persoane. În majoritatea cazurilor (76%), glicemiile nu se mențin în limitele țintelor terapeutice individualizate. Analiza tratamentului cazurilor cu valoarea HbA1c >8,0%, arată că doar 40% s-au tratat cu hipoglicemianta orale, iar 60% au utilizat insulina în monoterapie sau în asociere. Aceasta indică inerția terape-

utică sau tratament incorect. Metformina trebuie indicată, în lipsa contraindicațiilor, tuturor persoanelor cu DZ2 cu suprapondere și obezitate și se va menține pe toată durata tratamentului. Este necesară intensificarea tratamentului, pentru a obține un control glicemic optim. Sunt necesare eforturi pentru a învinge inerția terapeutică.

Cuvinte-cheie: diabet zaharat, tratament, metformină, insulină

Summary

Evaluation of treatment regimens in people with type 2 diabetes at the time of hospitalization

The purpose of this study was to analyze the treatment combinations in people with type 2 diabetes at the time of admission, and to highlight the difficult points in the management of type 2 diabetes in ambulatory conditions and to bring in improvements. All the persons with type 2 diabetes (1314) admitted in 2017 were included in the study. The results show that most patients are administering either metformin alone or in combination with sulphonylureas (35.6%) or human insulin alone or in combination with metformin (49.5%) at home. Only 60% out of 86.6% of overweight and obese subjects administered treatment with metformin at home. In 43.2% the metformin dose was less than 2000 mg/day. New drugs, like the incretins, are administered by only 0.5% of people with type 2 diabetes. Most people with type 2 diabetes (76%) do not keep blood glucose within the limits of individualized therapeutic targets. Treatment regimen analysis of type 2 diabetics, with HbA1c greater than 8.0%, reports that only 40% were treated with oral hypoglycemic drugs at home and 60% used insulin alone or in combination. Metformin should be prescribed in the absence of contraindications in all people with type 2 diabetes who are overweight or obese and will be maintained throughout the treatment of type 2 DM at all stages of intensification of hypoglycemic therapy. Increasing the hypoglycemic treatment is required to achieve optimal glycaemic control. Efforts are needed to overcome the therapeutic inertia.

Keywords: diabetes mellitus, treatment, metformin, insulin

Резюме

Анализ лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа при поступлении в стационар

Цель исследования состояла в анализе лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа при поступлении в отделение эндокринологии, для выявления трудных моментов лечения сахарного диабета 2 типа в амбулаторной среде и предоставления рекомендаций для их решения. В исследование были включены все пациенты с сахарным диабетом 2 типа (1314), поступившие на протяжении 2017 года. Большинство пациентов принимают либо метформин в монотерапии или в сочетании с препаратами сульфонилмочевины (35,6%), либо инсулин в монотерапии или в сочетании с метформином (49,5%). Метформин получали только 60% пациентов с сахарным диабетом 2 типа, несмотря на то что доля

избыточного веса и ожирения была 86,6%. В 43,2% случаев доза метформина была меньше чем 2000 мг/сут. Инкретины принимали только 0,5% пациентов. Большинство больных (76%) не поддерживают уровень глюкозы в пределах индивидуальных целевых значениях. Анализ лечения пациентов у которых уровень HbA1c >8,0% выявил что только 40% из них принимали пероральные гипогликемические средства, и 60% – инсулин в монотерапии или в сочетании. Это указывает либо на терапевтическую инерцию, либо на то, что режим лечения не был подобран правильно. Метформин следует назначать при отсутствии противопоказаний всем пациентам с сахарным диабетом 2 типа с избыточным весом и ожирением и следует поддерживать на протяжении всего лечения. Для достижения оптимального гликемического контроля требуется интенсификация терапии. Для преодоления терапевтической инерции необходимы дополнительные усилия.

Ключевые слова: сахарный диабет, лечение, метформин, инсулин

Introducere

Conform datelor IDF, în 2017, la nivel mondial au fost înregistrate 425 milioane de persoane cu diabet zaharat. Se estimează că în 2045, numărul persoanelor cu diabet va crește cu 48% (629 milioane) [1]. În Republica Moldova sunt 97.048 persoane cu DZ, în 2016 fiind diagnosticate 10677 cazuri noi [2].

Diabetul este o cauză majoră de morbiditate și mortalitate în lume, tratamentul neadecvat conducând la complicații invalidante și la scăderea calității vieții pacienților. Conform datelor OMS, diabetul zaharat ocupă unul dintre primele 10 locuri printre principalele cauze ale mortalității [3].

În Republica Moldova, persoanele cu DZ tip 2 sunt în principal tratate de către medicul de familie.

Obiectivele studiului realizat au fost: analiza tratamentului persoanelor cu diabet zaharat tip 2 la momentul internării în secția de endocrinologie a IMSP SCR *Timofei Moșneaga*, pentru evidențierea punctelor dificile în managementul diabetului zaharat tip 2 în condiții de ambulatoriu; propunerea unor soluții de ameliorare a situației.

Material și metode de cercetare

În studiu au fost incluse toate persoanele cu diabet zaharat de tip 2 (1314), internate în secția de endocrinologie a IMSP SCR *T. Moșneaga* în anul 2017, acestea constituind 66,3% din totalitatea pacienților internați.

Rezultate obținute

Evaluarea tratamentului persoanelor cu DZ tip 2 la momentul internării în secția de endocrinologie

a SCR arată că majoritatea pacienților folosesc la domiciliu fie metformină în monoterapie sau asociată cu sulfonilureice, fie insulină umană în monoterapie sau asociată cu metformină (*tabelul 1*). În total se constată 31 de variante de tratament în monoterapie sau în combinație.

Tabelul 1

Tratamentul persoanelor cu diabet zaharat tip 2 la internarea în secția de endocrinologie a SCR

1.	Sulfanilureice + metformină	21,2%
2.	Metformină monoterapie	14,4%
3.	Insulină regim bazal	12,8%
4.	Insulină regim bazal bolus	17,5%
5.	Insulină regim bazal + metformină	16,3%
6.	Insulină regim bazal bolus + metformină	2,9%
7.	Analogi de insulină	6,6%
8.	Insulină bifazică	3,2%
9.	Alt tratament	4,3%
10.	Fără tratament	0,8%

Este de evidențiat utilizarea unor combinații de remedii hipoglicemizante cu risc crescut de reacții adverse, care trebuie să fie evitată: sulfanilureice + meglitinide 1+2, insulină + sulfanilureice 1+2, sulfanilureice + incretine 1. Numai 0,1% persoane cu diabet zaharat tip 2 primesc tratament doar cu insulină rapidă în monoterapie.

În studiul realizat, tratament cu metformină la domiciliu primeau doar 60% persoane cu DZ tip 2, deși proporția persoanelor supraponderale sau obeze a constituit 86,6% (*tabelul 2*). Metformina este preparatul de linia întâi în tratamentul diabeticii obezi sau supraponderali în lipsa contraindicațiilor. Analiza dozelor de metformină demonstrează că doar 56,7% din persoanele cu DZ tratate cu acest preparat folosesc o doză de 2000 mg/zi, iar 43,2% – o doză mai mică de 2000 mg/zi (de la 500 până la 1700 mg/zi); 0,1% iau metformină în doză mai mare de 2000 mg/zi. Astfel, doar jumătate din persoanele cu diabet zaharat tip 2 care utilizează metformină iau doza de 2000 gr/zi, atât în monoterapie, cât și în combinație cu alte preparate hipoglicemizante.

Tabelul 2

Gradul de nutriție al pacienților cu diabet zaharat de tip 2

IMC <25 kg/m ²	Normoponderali	13,4%	86,6%
IMC 25.1–29.9 kg/m ²	Supraponderali	29,1%	
IMC 30.0–34.9 kg/m ²	Obezitate gr. I	33,8%	
IMC 35.0–39.9 kg/m ²	Obezitate gr. II	14,5%	
IMC >40 kg/m ²	Obezitate gr. III	9,2%	

Evaluarea gradului de compensare a diabetului zaharat arată că peste 76% din persoanele cu DZ tip 2 nu mențin glicemia în limitele țintelor terapeutice individualizate (*tabelul 3*).

Tabelul 3

Controlul glicemic la persoanele cu DZ 2.

HbA1c <7,0%	11,4%
HbA1c 7,1–8,0%	12,3%
HbA1c >8,1%	76,3%

Analiza tratamentului persoanelor cu diabet zaharat tip 2 la care valoarea HbA1c este >8,0% demonstrează că doar 40% s-au tratat la domiciliu cu hipoglicemiante orale, iar 60% au utilizat insulina în monoterapie sau în asociere.

Studiul realizat arată că doar 6 persoane cu diabet zaharat tip 2 sau 0,5% utilizează preparate noi – incretine, precum și preparate hipoglicemiante.

Discuții

Metformina este preparatul antidiabetic de primă linie recomandat pentru controlul glicemiei la persoanele cu diabet zaharat tip 2 [4, 5]. Studiile demonstrează eficiența metforminei în scăderea semnificativă a hemoglobinei glicozilate, atât folosită în monoterapie, cât și în combinație cu alți agenți terapeutici [6]. Metformina în monoterapie reduce HbA1c cu 1,12%, iar în combinație cu preparate hipoglicemiante neinsulinice sau cu insulină scade HbA1c cu 0,95% și 0,83%, respectiv [6]. De asemenea, s-a demonstrat că creșterea dozelor de metformină contribuie la reducerea suplimentară a HbA1c cu 0,26%. Este cert demonstrat beneficiul utilizării dozelor mari de metformină, pentru a atinge efectul maxim în reducerea HbA1c [6].

Asocierea metforminei la insulină la pacienții cu DZ tip 2 îmbunătățește controlul glicemic și reduce necesarul de insulină, fără reacții adverse majore [7]. La acești pacienți tratați cu insulină în regim intensiv, asocierea metforminei la insulinoterapie are rezultat superior în controlul glicemiei, comparativ cu insulina în monoterapie [8, 9]. Metformina reduce mortalitatea cardiovasculară, fiind neutră pe greutatea corporală și având risc scăzut de hipoglicemie. Acestea sunt motivele prescrierii de elecție și de rutină a metforminei [10, 11]. Rezultate studiului realizat demonstrează că doar 60% din persoanele cu diabet zaharat tip 2 utilizează metformina la domiciliu și doar jumătate din ele iau doza de 2000 gr/zi, atât în monoterapie, cât și în combinație cu alte preparate hipoglicemiante.

O metaanaliză publicată în 2017 descrie aderența scăzută la metformină a persoanelor cu diabet zaharat tip 2, comparativ cu alte grupe de medicamente [12]. Cercetătorii menționează ca o cauză posibilă reacțiile adverse gastrointestinale. Un studiu referitor la prescrierea suboptimă a metforminei, care a inclus medici, farmaciști, personalul mediu medical, a demonstrat ca doar la 65% din persoanele cu

diabet zaharat tip 2 nou-diagnosticat li s-a prescris metformină, iar acest număr scade cu 25% cu timpul. Cauze ar fi supraestimarea reacțiilor adverse ale medicamentului și lipsa informației despre acesta [13]. Educația referitor la tratament, doze, titrarea corectă ar îmbunătăți controlul glicemic.

În cazul controlului insuficient al diabetului cu metformină, tratamentul se va intensifica prin dubla terapie, apoi prin tripla terapie sau insulinoterapie, după caz [14]. În 2017 a fost actualizat Protocolul clinic național *Diabetul zaharat necomplicat*, ce reglementează managementul persoanelor cu DZ tip 2 la nivel de asistență medicală primară și asistență spitalicească. Algoritmul de tratament al diabetului zaharat se bazează pe nivelul HbA1c, comparativ cu ținta controlului glicemic individualizat pentru fiecare persoană cu DZ. Obiectivul terapeutic pentru majoritatea persoanelor cu DZ tip 2 este HbA1c 7,0–7,5%, fiind necesară o individualizare a țintei terapeutice în funcție de vârstă, riscul de hipoglicemii, comorbidități, preferințele persoanei cu diabet, durata diabetului și costuri.

O valoare a HbA1c cu 2,0% mai mare față de valoarea-țintă este indicație pentru inițierea tratamentului cu insulină [15]. În practică totuși nu se aplică prompt intensificarea tratamentului diabetului zaharat, consecința fiind controlul inadecvat al maladiei timp îndelungat. Astfel, cu toate că s-au respectat recomandările ghidurilor de specialitate și a fost inițiat tratamentul cu insulină în 60% cazuri de decompensare a diabetului zaharat, menținerea glicemiilor majorate la această categorie de persoane ar putea fi explicată astfel: fie că dozele de insulină au fost insuficiente, fie că regimul de insulinoterapie nu a fost ales corect.

Studiul realizat demonstrează că peste 76% din persoanele cu DZ tip 2 nu mențin glicemia în limitele țăintelor terapeutice individualizate. Una dintre cauzele diabetului necontrolat este lipsa de aderență și de complianță a persoanei cu diabet la tratamentul recomandat. Drept bariere în controlul glicemic la persoanele cu diabet zaharat tip 2 tratate cu insulină constatăm lipsa complianței referitor la regimul de mese și de folosire a insulinei, multiplele injectări, frica de hipoglicemie, frica de ace și de durere, lipsa de informare și de instruire, lipsa posibilității de autocontrol glicemic, accesul limitat la servicii medicale. În cazul persoanelor tratate cu preparate neinsulinice, una din bariere o constituie reacțiile adverse asociate. Bariere posibile din partea medicilor sunt: creșterea în greutate, riscul de hipoglicemie, lipsa de timp pentru instruirea persoanei cu diabet, lipsa cunoștințelor necesare, variațiile existente în recomandările din ghiduri.

Inerția clinică sau terapeutică constituie încă o problemă importantă în sănătatea publică. Ghidurile internaționale și protocolul național privind diabetul recomandă individualizarea obiectivelor pentru controlul glicemic, dar majoritatea persoanelor cu diabet zaharat tip 2 nu ating aceste obiective, unul din motivele majore ale insuccesului fiind inerția clinică, definită ca lipsa de inițiere sau intensificare a terapiei de către medic atunci când este necesar [16]. Întârzierea în intensificarea terapiei în DZ tip 2 poate avea loc în orice etapă: în momentul diagnosticului, la inițierea terapiei, intensificare prin asocierea celui de-al 2-lea sau al 3-lea preparat, inițierea insulinei.

Inerția clinică este o barieră majoră pentru tratamentul optim al diabetului zaharat tip 2, întârziind intensificarea atât a hipoglicemiantelor orale, cât și a insulinei. Astfel, inerția clinică conduce la un control glicemic suboptimal timp de mulți ani, având consecințe dramatice pentru persoanele cu diabet (afectează calitatea vieții, crește morbiditatea și mortalitatea) și pentru sănătatea publică, crescând costurile asociate diabetului necontrolat.

Sunt implicați multipli factori în inerția terapeutică ce țin de medic, de persoana cu diabet, de sistemul medical, astfel fiind necesară o abordare centrată pe pacient pentru un succes terapeutic (tabelul 4) [17].

Tabelul 4

Factori ce conduc la inerția clinică

<i>Factori ce țin de medic (50% contribuție)</i>	<i>Factori ce țin de pacient (30% contribuție)</i>	<i>Factori ce țin de sistemul medical (20% contribuție)</i>
Nu sunt stabilite obiective	Negarea existenței bolii	Lipsa ghidurilor clinice
Eșecul inițierii terapiei	Negarea severității bolii	Lipsa registrului privind diabetul
Eșecul titrării terapiei pentru atingerea obiectivelor	Instruire insuficientă despre boală	Lipsa planificării vizitelor
Eșec în identificarea și tratarea comorbidităților	Costul înalt al medicamentului	Lipsa mobilizării active a pacienților
Timp insuficient	Prea multe medicamente	Comunicare deficitară medic – staff (responsabil)
Subestimarea necesităților tratamentului	Reacții adverse medicamentoase	Inexistența suportului de decizie
	Comunicare deficitară medic – pacient	Inexistența abordării în echipă pentru îngrijire
	Lipsa încrederii în medic	
	Depresie	
	Stil de viață nesănătos	
	Absența simptomelor	

Specialiștii în sănătate trebuie să conștientizeze și să depășească inerția terapeutică, asigurând inițierea sau intensificarea tratamentului la timp. Barierele pentru monitorizarea și ajustarea la timp a tratamentului trebuie identificate și depășite atât în rândul persoanelor cu diabet zaharat, cât și în rândul medicilor. În practica clinică, titrarea și intensificarea medicației în diabet este frecvent deficitară, conducând la pierderea încrederii în eficiența tratamentului și favorizând dezvoltarea complicațiilor și scăderea calității vieții. Studiile demonstrează că creșterea numărului de medicamente indicate ar putea reduce aderența pacienților la tratament, în special în cazul vârstnicilor, persoanelor socialmente vulnerabile și persoanelor cu comorbidități multiple [18].

Deși tratamentul diabetului zaharat la nivel mondial avansează, fiind utilizate tot mai frecvent grupe noi de hipoglicemiant, studiul nostru relevă numărul foarte mic de persoane cu diabet care folosesc preparate noi, motivele fiind costul mare și lipsa întregului spectru de medicamente hipoglicemiant noi în Republica Moldova.

Analiza asocierii medicamentoase relevă utilizarea unor combinații care trebuie să fie evitate, în special din cauza potențării efectelor adverse [5, 14]. Totuși, remarcăm numărul redus de astfel de combinații.

Concluzii și recomandări

1. Metformina reduce eficient și sigur HbA1c și trebuie indicată în doză de 2000 mg pe zi, în lipsa contraindicațiilor, la toate persoanele cu DZ tip 2 cu suprapondere sau obezitate. Metformina se va menține pe toată durata tratamentului, în toate etapele de intensificare a terapiei hipoglicemiant, fără a reduce doza, în lipsa contraindicațiilor.

2. Nivelul HbA1c rămâne crescut peste valoarea obiectivului terapeutic individual la un număr semnificativ de diabetici, demonstrând insuficiența efortului depus din partea tuturor actorilor implicați în controlul DZ (pacient, familie, medic de familie, medic-endocrinolog etc.). Este necesară intensificarea tratamentului hipoglicemiant, pentru a obține un control glicemic optim.

3. Observațiile din studiu evidențiază o inerție terapeutică semnificativă la persoanele cu DZ tip 2, atât în grupul tratat cu insulină, cât și în cel tratat cu hipoglicemiant neinsulinic. Pentru a învinge inerția terapeutică, sunt necesare următoarele: comunicare și colaborare, educația medicală continuă, educarea și implicarea pacientului, implicarea unei echipe medicale mai largi în managementul bolnavilor de diabet.

4. Numărul persoanelor care utilizează preparate hipoglicemiant noi este foarte mic.

Bibliografie

1. *IDF Diabetes Atlas*. Eight edition. 2017. www.diabetesatlas.org
2. *Anularul statistic 2016*. www.cnms.md
3. *The top 10 causes of death. Fact sheet. Updated January 2017*. www.who.int.
4. *ADA Standards of medical care in diabetes – 2018*. In: *Diabetes Care*, 2018, nr. 41 (suppl. 1), p. 73-85.
5. *Protocolul Clinic Național „Diabetul zaharat necompliat”*. 2017, p. 39-52.
6. Hirst J.A., Farmer A.J., Ali R., et al. *Quantifying the effect of metformin treatment and dose on glycemic control*. In: *Diabetes Care*, 2012, nr. 35(2), p. 446-454.
7. Ponsse H.H., Elte J.W., Lehert, P. et al. *Combined metformin and insulin therapy for patients with type 2 diabetes mellitus*. In: *Clinical therapeutics*, 2000, nr. 22(6), p. 709-718.
8. Wulffélé M.G., Kooy A., Lehert P., et al. *Combination of insulin and metformin in the treatment of type 2 diabetes*. In: *Diabetes Care*, 2002, nr. 25(12), p. 2133-2140.
9. Vos R.C., van Avendonk M.J., Jansen H., et al. *Insulin monotherapy compared with the addition of oral glucose-lowering agents to insulin for people with type 2 diabetes already on insulin therapy and inadequate glycaemic control*. In: *Cochrane Database*, 2016, nr. 9, p. 142-151.
10. Selvin E., Bolen S., Yeh H.C. *Cardiovascular outcomes in trials of oral diabetes medications: a systematic review*. In: *Archives of internal medicine*, 2008, nr. 168(19), p. 2070-2080.
11. *Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS34). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group*. In: *Lancet*, 1998, nr. 352(9131), p. 854-865.
12. Andrew McGovern, William H., Silvio C., et al. *Comparison of medication adherence and persistence in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis*. In: *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2018, nr. 20(4), p. 1040-1043.
13. Katy E. Trinkley., Daniel C. Malone., Jennifer A. Nelson. *Prescribing attitudes, behaviors and opinions regarding metformin for patients with diabetes: a focus group study*. In: *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 2016, nr. 7(5), p. 220-228.
14. Silvio E. Inzucchi, Richard M. Bergenstal, John B. Buse, et al. *Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centred approach*. Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. In: *Diabetes Care*, 2015, nr. (38), p. 140-149.
15. *Protocolul Clinic Național „Diabetul zaharat necompliat”*. 2017, p. 26.
16. Khunti S., Davies M.J., Khunti K. *Clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus: a focused literature review*. In: *The British Journal of Diabetes*, nr. 2(15), p. 65-69.
17. Reach G., Pechtner V., Gentilella R., et al. *Clinical inertia and its impact on treatment intensification in people with type 2 diabetes mellitus*. In: *Diabetes and metabolism*, 2017, nr. 43(6), p. 501-511.
18. Donnan P.T., MacDonald T.M., Morris A.D. *Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study*. In: *Diabetes and metabolism*, 2002, nr. 19(4), p. 279-284.

Dumitru Harea, asist. univ.,
Catedra Endocrinologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: 069666021, e-mail: dumitru.harea@usmf.md

PACIENTUL CU OBEZITATE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

**Carolina PETERSCHI¹, Stela VUDU¹,
Larisa ZOTA², Lorina VUDU¹,**

¹Laboratorul de endocrinologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,

²Catedra Endocrinologie, IP USMF Nicolae Testemițanu

Rezumat

Obezitatea evoluează cu o viteză impresionantă, devenind o problemă globală de sănătate publică. Ea este o boală complexă, care asociază comorbidități cu risc înalt pentru sănătate. Obiectivul de bază în tratamentul obezității este de a reduce morbiditatea și mortalitatea populației în general. Aceasta nu este o sarcină doar a medicului, ci și a pacientului, care trebuie să conștientizeze că tratamentul maladiei date este pentru toată viața. Acest articol descrie cauzele obezității, bolile asociate, algoritmul de diagnostic și de tratament al obezității în practica medicului de familie.

Cuvinte-cheie: obezitate, diagnostic, tratament, medicină de familie

Summary**Obese patient in family doctor practice**

The prevalence of obesity has increased dramatically all over the world. This is a complex condition which places a person at risk of multiple health problems. The aim of obesity management is to reduce associated morbidity and mortality. Both clinicians and patients should know that the obesity treatment is a lifelong task. They should also set realistic goals before starting the treatment. This report describes the causes of obesity, its co-morbidities, diagnosis and treatment algorithm of obese patient in the practice of family doctor.

Keywords: obesity, diagnosis, treatment, general practice

Резюме**Ожирение в практике семейного врача**

Распространенность ожирения резко возросла во всем мире. Это комплексное заболевание, которое ставит под угрозу здоровье человека. Основная цель лечения ожирения – снижение риска развития сопутствующих заболеваний и увеличение продолжительности жизни больного. Это задача не только клинициста, но и пациента, который должен осознать, что лечение ожирения является пожизненной задачей. Поэтому они обязаны поставить перед собой реалистичные цели. В статье описаны причины развития ожирения, коморбидные состояния, а также алгоритм диагностики и лечения пациента с ожирением в практике семейного врача.

Ключевые слова: ожирение, диагностика, лечение, общая врачебная практика