

# CUKRZYCA

BIULETYN INFORMACYJNY PSD



# 35 lat

## Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków



czerwiec  
2016

**KRAJOWY PRODUCENT  
POLSKICH LEKÓW DIABETOLOGICZNYCH**



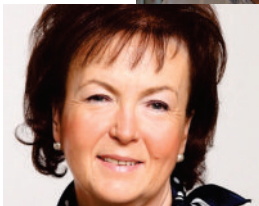
FORM/215/01-2016



# Drodzy Czytelnicy,

Oddajemy w Państwa ręce jubileuszowe wydanie Biuletynu Informacyjnego Cukrzyca. 35 lat minęło od roku 1981, kiedy to 19 czerwca została wydana decyzja o wpisaniu do rejestru stowarzyszeń i związków Urzędu Miejskiego w Bydgoszczy Stowarzyszenia Cukrzyków Polskich. Wielu z Państwa pamięta tamte czasy, wielu do dzisiaj aktywnie działa w Stowarzyszeniu. Za tę pracę na rzecz diabetyków serdecznie dziękujemy. Pozwoliliśmy sobie trochę powspominać ten miniony czas, zachęcamy też Państwa do refleksji, co udało się nam wspólnymi siłami osiągnąć, na ile sytuacja chorych się zmieniła, jakie wyzwania jeszcze przed nami stoją. Zapraszamy do podzielenia się z Zarządem Głównym Państwa wspomnieniami i historiami związanymi z osobistym leczeniem cukrzycy oraz z działalnością Stowarzyszenia. Najciekawsze listy opublikujemy w kolejnych wydaniach Biuletynu.

*Milej lektury,  
Małgorzata Marszałek  
redaktor prowadząca*



## SŁODKIE NOWINKI

Kto jest kim w polskiej diabetologii .....	4
Deklaracja Parlamentu Europejskiego .....	6
Badania kontrolne diabetyka .....	7

## GOŚCINNIE NA ŁAMACH

Misja nie została zakończona .....	8
Nic tak nie motywuje, jak drugi człowiek .....	10

## WARTO WIEDZIEĆ

Cukrzyca a nowotwory .....	14
Palenie surowo wzbronione .....	17
Insulinoterapia – lepiej wcześniej niż za późno ....	18
Rozwój, który daje nadzieję .....	20

# Kto jest kim w polskiej diabetologii



## PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO

**Prof. dr hab. med. Maciej Małecki**

Klinika Chorób Metabolicznych CM UJ, Kraków



## KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE DIABETOLOGII

**Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek**

Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



## KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO

**Mgr Alicja Szewczyk,**

przewodnicząca Zarządu Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii Klinika Endokrynologii i Diabetologii Instytutu Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka



**Mgr Beata Stepanow,**

prezes Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej

## KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINIE DIABETOLOGII



Dolnośląskie:

**Prof. Rajmund Adamiec**  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny  
im. Mikulicza Radeckiego, Wrocław  
Katedra i Klinika Angiologii  
i Nadciśnienia Tętniczego



Kujawsko-Pomorskie:

**Dr n. med. Zofia Ruprecht**  
Katedra i Klinika Endokrynologii  
i Diabetologii  
z Pracownią Medycyny Nuklearnej,  
Szpital Uniwersytecki  
im. dr. A. Jurasza, Bydgoszcz



Lubelskie:

**Dr hab. Grzegorz Dzida**  
Katedra i Klinika Chorób  
Wewnętrznych  
UM w Lublinie, SPSK1



Lubuskie:

**Lek. med. Iwona Towpik**  
Szpital Wojewódzki SP ZOZ,  
Zielona Góra  
Oddział Chorób Wewnętrznych





Łódzkie:  
**Prof. dr hab. Jerzy Loba**  
Klinika Chorób Przemiany Materii  
Szpital Kliniczny Nr 1, Łódź



Małopolskie:  
**Prof. dr hab. med. Maciej Małecki**  
Klinika Chorób Metabolicznych  
CM UJ, Kraków



Mazowieckie:  
**Prof. dr hab. Edward Franek**  
Centralny Szpital Kliniczny  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych  
w Warszawie  
Klinika Chorób Wewnętrznych,  
Endokrynologii i Diabetologii



Opolskie:  
**Lek. Wanda Urbańska**  
Woj. Centrum Medyczne, Opole



Podkarpackie:  
**Lek. Joanna Kędzierska**  
Centrum Medyczne  
NZOZ Diabetologia, Rzeszów



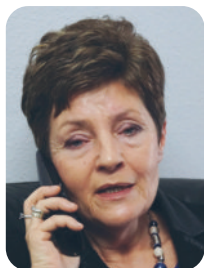
Podlaskie:  
**Prof. dr hab. n. med.  
Maria Górską**  
Klinika Endokrynologii, Diabetologii  
i Chorób Wewnętrznych, Białystok



Pomorskie:  
**Lek. med. Bogumił Wolnik**  
Klinika Nadciśnienia Tętniczego  
i Diabetologii  
AMG Regionalne Centrum  
Diabetologii Gdańsk



Śląskie:  
**Prof. dr Przemysław  
Jarosz-Chobot**  
SP Szpital Kliniczny nr 6 Górnośląskie  
Centrum Zdrowia Dziecka  
i Matki, Katowice Ligota



Świętokrzyskie:  
**Dr n. med. Wioletta Mościcka**  
Poradnia Diabetologiczna  
Wojewódzkiego  
Szpitala Zespołowego, Kielce



Warmińsko-Mazurskie:  
**Prof. dr hab. n. med.  
Elżbieta Bandurska-Stankiewicz**  
Olsztyński Ośrodek Diabetologii  
i Zaburzeń Metabolizmu  
Woj. Szpital Specjalistyczny, Olsztyn



Wielkopolskie:  
**Prof. dr hab.  
Bogna Wierusz-Wysocka**  
Oddział Diabetologii i Chorób  
Wewnętrznych  
Szpitala im. Fr. Raszei w Poznaniu



Zachodnio-Pomorskie:  
**Prof. dr hab. n. med.  
Liliana Majkowska**  
Klinika Diabetologii  
i Chorób Wewnętrznych, Police

# Deklaracja Parlamentu Europejskiego

## Parlament Europejski przyjął deklarację pisemną o cukrzycy. To bardzo ważny krok w dobrym kierunku!

Dnia 2 maja 2016 Parlament Europejski przyjął deklarację numer 0008/2016 o cukrzycy. Przyjęło ją 405 europosłów. Wzywa ona Komisję Europejską i Radę Europy do traktowania cukrzycy priorytetowo, jako poważnego problemu zdrowotnego w Europie, jak również do stworzenia unijnej strategii zapobiegania i leczenia cukrzycy. Zachęca się kraje członkowskie Unii Europejskiej do tworzenia narodowych programów walki z cukrzycą oraz propagowania zdrowego odżywiania.

Takie wsparcie tematyki cukrzycy na poziomie Parlamentu Europejskiego jest kluczowe dla 32 milionów obywateli Unii Europejskiej zmagających się z cukrzycą.

### Tłumaczenie tekstu deklaracji:

1. Cukrzyca jest poważną i postępującą chorobą, która dotyka 32 miliony osób w UE, z szacowanym wzrostem do 37 milionów w roku 2040. W 2015 roku odnotowano ponad 266 000 śmierci z powodu cukrzycy.
2. Późno zdiagnozowana i źle leczona cukrzyca może prowadzić do śmiertelnych powikłań, takich jak choroby sercowo-naczyniowe, udary mózgu, niewydolność nerek, amputacje kończyn i utrata wzroku.
3. Około 114 miliardów euro wydano w 2013 roku na leczenie cukrzycy w UE, pomimo starań poczynionych od czasu pisemnej deklaracji 0001/2006.
4. Zdrowe odżywianie i aktywność fizyczna mogą w bardzo dużym stopniu przyczynić się do zapobiegania lub opóźnienia występowania cukrzycy typu 2.
5. Zdrowy styl życia nie może zapobiec wystąpieniu cukrzycy typu 1, ale przynosi ogromne korzyści w leczeniu.
6. Komisja Europejska i Rada Europy zostaje wezwana do: traktowania cukrzycy priorytetowo jako poważnego problemu zdrowotnego, społecznego i ekonomicznego w Europie; do stworzenia unijnej strategii prewencji, diagnozowania i leczenia cukrzycy; do zachęcania krajów członkowskich do tworzenia narodowych programów walki z cukrzycą; do opracowania strategii zachęcającej do konsumpcji i produkcji zdrowego jedzenia; oraz do efektywnej koordynacji i implementacji wszelkich środków dotychczas podjętych.
7. Powyższa deklaracja, razem z nazwiskami osób podpisanych, zostaje przekazana Radzie Europy i Komisji Europejskiej."



# MORWAVITA

## ŁATWIEJSZE ŻYCIE Z CUKRZYCĄ



### MORWAVITA płyn

- ✓ **Aż 3 substancje aktywne:** standaryzowany wyciąg z liści morwy białej, cynamon, chrom
- ✓ **Unikatowa formuła preparatu:** płyn
- ✓ **Doskonały smak**



### MORWAVITA kapsułki

- ✓ **Aż 3 substancje aktywne:** wyciąg z liści morwy białej, cynamon, chrom
- ✓ **Ekonomiczne opakowanie:** aż 45 dni suplementacji
- ✓ **Komfort stosowania:** tylko 2 kapsułki dziennie

Produkty rekomendowane przez: Polskie Stowarzyszenie Diabetyków  
będące członkiem Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF)



Pamiętaj, że zdrowy tryb życia i zrównoważony sposób odżywiania zapewniają prawidłowe funkcjonowanie organizmu i zachowanie dobrej kondycji.

[www.laboratorianatury.pl](http://www.laboratorianatury.pl)



# Misja nie została zakończona

**O początkach działalności Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oraz zadaniach jakie współcześnie stoją przed osobami chorującymi na cukrzycę rozmawiamy z Andrzejem Baumanem, Prezesem Honorowym ZG PSD.**

**Panie Prezesie, ma Pan za sobą ponad 25 lat na stanowisku Prezesa Zarządu Głównego PSD i jeszcze dłuższy staż z cukrzycą typu 1. Zacznijmy zatem od choroby. Czy pamięta Pan moment diagnozy?**

Doskonale pamiętam słowa prof. Tatonia, który nie owijając w bawełnę dawał mi 10 lat życia. Po takiej diagnozie ciężko się nie załamać. Cukrzyca typu 1 w tamtych czasach była rzadkością. Nie tak łatwo było znaleźć rówieśników z podobnymi problemami. Człowiek miał wrażenie, że jego życie się kończy, na dodatek czuł się bardzo osamotniony. Myślę, że większość pacjentów z mojego pokolenia, z cukrzycą typu 1 ma podobne wspomnienia. To co w tym okresie mi się udało, to na pewno to, że się nie poddałem. Postanowiłem jak najwięcej dowiedzieć się o tej chorobie, miałem możliwość korzystać z doświadczeń najwybitniejszych lekarzy specjalizujących się w cukrzycy w tamtym czasie, czyli prof. Tatonia i dr Pasadyna. Z czasem okazało się, że takich jak ja jest więcej, zrozumiałem, że cukrzyca jest prawdziwym problemem społecznym. Lata mijały, mój stan zdrowia nie pogarszał się jakoś diametralnie i tak wszystko to zmierzało w kierunku bardziej zorganizowanej działalności na rzecz diabetyków, a nie tylko poszukiwań najlepszych rozwiązań dla samego siebie.

**Z tego wnioskuję, że geneza Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków tkwi w potrzebie dzielenia się doświadczeniami z innymi „towarzyszami niedoli”.**

Przed wszystkim zależało nam na wspólnocie, na solidarności w walce z chorobą i własnie dzieleniu się doświadczeniami. Jednym z pierwszych działaczy był Andrzej Kantorski. Wielokrotnie mówił o potrzebie powołania organizacji łączącej lekarzy i chorych na cukrzycę. Początkowo myśleliśmy, że powstanie

ona w Warszawie, ale jakoś nasi założyciele nie mogli się porozumieć. Wtedy Andrzej Kantorski uznał, że nie można już zwlekać. Zarejestrowano Stowarzyszenie w Bydgoszczy, a to spowodowało, że rejestracja kolejnego, stołecznego była już praktycznie niemożliwa. Władza zrobiła ukłon w stronę organizacji pozarządowej, ale pilnowała, by nie zostało to przez obywateli nadmiernie wykorzystane. Zaczęliśmy w czerwcu 1981 roku, a już w połowie lat osiemdziesiątych cieszyliśmy się naprawdę ogromną popularnością w całym kraju. W miastach wojewódzkich powstawały oddziały wojewódzkie PSD, a w mniejszych – oddziały i koła terenowe. Początkowo skupialiśmy się na trzech głównych celach: integracji środowiska, edukacji i profilaktyce cukrzycy typu 2. Jednak z czasem upór, wiedza i talenty organizacyjne i edukacyjne naszych działaczy doprowadziły do tego, że Stowarzyszenia stało się partnerem do rozmów ministerialnych, w Sejmie, Senacie z poszczególnymi ekipami rządzącymi. Stał się bardziej widoczni i liczący się w środowisku, niż się spodziewaliśmy. Oczywiście nie wszystko nam się udało osiągnąć, ale nie mam wątpliwości, że udało się bardzo dużo. Kiedy zaczynaliśmy się integrować wokół problemów cukrzycy nikt nie zdawał sobie sprawy, w którym kierunku to pójdzie. A historia PSD przeplata się przecież z historią najnowszą, zmianą ustroju, nastaniem wolnego rynku. To wszystko nie działo się bez wpływu na pacjentów, ale tym bardziej mogę powiedzieć, że tyle lat pracy na rzecz diabetyków było czasem niezwykle ciekawym i dynamicznym. Sukcesem Stowarzyszenia jest też to, że poradziło sobie w realiach wolnej Polski, że na tyle wrosło w życie pacjentów z cukrzycą, że okazało się niezbędne wówczas, kiedy większość problemów, jakie mieliśmy na początku zostało już rozwiązanych.





*Andrzej Bauman, współzałożyciel Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. W latach 1989-2015 pełnił funkcję Prezesa Zarządu Głównego PSD. Od zawsze oddany sprawom pacjentów z cukrzycą. Ma dwie córki i sześcioro wnuków.*

### **No właśnie, wiele udało się osiągnąć, ale też diabetycy nadal nie czują się dobrze „zaopiekowani” przez system ochrony zdrowia.**

Nie czują się i słusznie, bo nadal schorzenie to nie jest traktowane tak poważnie, jak być powinno. Martwi mnie brak refundacji analogów długodziałających dla osób z cukrzycą typu 2. Od lat bezskutecznie prosimy o refundację leków inkretynowych. Nie mam wątpliwości, że dla części pacjentów byłyby one bardzo korzystne. Jestem nawet za tym, by były wprowadzane warunkowo, czyli refundowane tylko u tych osób, u których widać efekty ich działań. Niestety Ministerstwo wydaje się nie rozumieć, jak ważne jest, by umożliwić pacjentom dostęp do nowoczesnych terapii. Bardzo mi przykro, kiedy przedstawiciele Ministerstwa lekceważąco mówią o tym, że diabetycy i tak są niezdyscyplinowani, nie przestrzegają diety, więc po co im inkretyny. Taka ocena jest mocno krzywdząca. Oczywiście, pacjenci są różni, ale nie brakuje takich, którym bardzo zależy na jak najlepszym leczeniu cukrzycy, a nie stać ich na leki nierefundowane. Oprócz kwestii refundacyjnych pojawiają się kolejne sprawy bezpośrednio lub pośrednio związane z cukrzycą. Dzisiaj już nie mamy wątpliwości, że powikłania cukrzycy nie ograniczają się do retinopatii, nefropatii i neuropatii. Powikłaniem tej choroby są też depresja czy impotencja, które bardzo obniżają standard życia pacjentów z cukrzycą. Im więcej wiemy o tej chorobie, tym szerzej widzimy, jak bardzo wnika ona we wszelkie dziedziny życia. Dzięki temu dostrzegamy też

problemy, o których 35 lat temu nie mieliśmy pojęcia.

### **Czyli mimo tego, że mamy dobry dostęp do glukometrów oraz w miarę dobry do nowoczesnych insulin, misja PSD nie została zakończona.**

Bez wątplenia jest jeszcze sporo do zrobienia. Warunki się zmieniły, ale niektóre kwestie pozostały nierozwiązane. 35 lat temu mówiliśmy o potrzebie edukacji, a dzisiaj nadal edukacja diabetologiczna nie jest uwzględniona w koszyku świadczeń. Oczywiście nie można porównywać ówczesnej wiedzy o cukrzycy i jej dostępności z tą dzisiejszą. Niemniej jednak jest to symboliczne, że jeden z podstawowych warunków dobrego leczenia cukrzycy – edukacja pacjenta nadal jest traktowana po macoszemu. Choruje coraz więcej młodych ludzi – dzieci i młodzieży na cukrzycę typu 1. Wiek, w którym diagnozuje się cukrzycę typu 2 także mocno się obniżył, choroba dotyka ludzi w wieku produkcyjnym. Myślę, że wyzwaniem dla Stowarzyszenia obecnie jest dotarcie do tych nowych grup pacjentów. Sporo wysiłku jeszcze trzeba włożyć, by szkoły nie robiły problemów uczniom z cukrzycą, a zakłady pracy patrzyły przychylnym okiem na pracowników – diabetyków. Z jednej strony to może i mało pozytywne, że cukrzyca ciągle jest palącym problemem i medycznym, i społecznym, z drugiej to dobry prognostyk dla Stowarzyszenia, które może zrobić jeszcze wiele dobrego dla chorych na cukrzycę w Polsce. Czego Stowarzyszeniu z całego serca życzę.

# Nic tak nie motywuje, jak drugi człowiek

**Organizowanie się diabetyków miało swoją genezę w rozgoryczeniu ludzi, którym przyszło zmagać się z cukrzycą w wyjątkowo niesprzyjających czasach – mówi Hanna Zych-Cisoń, wieloletnia wiceprezes ZG PSD w rozmowie podsumowującej działalność Stowarzyszenia na Pomorzu oraz swoją własną słodką historię.**

## **Pani Hanno, co kierowało osobami, które 35 lat temu organizowały się, by pracować na rzecz diabetyków? Na co liczyliście?**

To, że diabetycy zorganizowali się w roku 1981 nie było przypadkiem. Wtedy pojawił się klimat polityczny i społeczny, który sprzyjał inicjatywom obywatelskim. Jednak rejestracja jakichkolwiek stowarzyszeń wcale nie była łatwa, to że nie powstawały one masowo wynikało właśnie z ograniczeń narzucanych przez ówczesną władzę. Organizowanie się diabetyków miało swoją genezę w rozgoryczeniu ludzi, którym przyszło zmagać się z cukrzycą w wyjątkowo niesprzyjających czasach. Osoby bardziej przebojowe, które z różnych względów lepiej radziły sobie z chorobą angażowały się w pracę na rzecz Stowarzyszenia, by pomagać tym słabszym. Od początku chcieliśmy walczyć o lepsze życie dla osób z cukrzycą, podobnie jak dzisiaj wpływać na decyzje władz, choć nasze problemy były wówczas zupełnie różne od tych dzisiejszych.

## **Co w tamtym czasie było największą bolączką pacjentów z cukrzycą?**

Głównym problemem była ograniczona dostępność do lekarza. Pamiętam, że w Gdańsku była jedna internistka, która przyjmowała diabetyków. Diabetologów nie było wcale. Brakowało poradni diabetologicznych, funkcjonowały jedynie poradnie przykliniczne, a leczeniem cukrzycy na co dzień zajmowali się lekarze interniści. Sytuacja osób z cukrzycą typu 1 również była fatalna, byli oni pod opieką poradni pediatrycznych. W pierwszej kolejności zależało nam na poprawieniu dostępności do lekarzy. Drugą ważną potrzebą była stwo-

wienie możliwości przestrzegania odpowiedniej diety, co w czasach, kiedy w sklepach wszystkiego brakowało, także było wyzwaniem. W tamtym okresie nie mówiliśmy o insulinach, bo na rynku była jedna, produkowana przez Polfę Tarchomin. Natomiast w początkowym okresie działania Stowarzyszenia była duża potrzeba nauczania pacjentów, jak samemu sobie tę insulinę podać. Leczenie najczęściej ograniczało się do jednego zastrzyku w ciągu dnia, ale wykonywanego z mieszanki 2-3 różnych insulin. Potrzebna była precyzja w ich nabieraniu i mieszaniu, co dla osób starszych stanowiło nie lada problem. Pacjenci masowo chodzili do przychodni, aby pielęgniarka podała im insulinę. Zależało nam na tym, by byli z tą chorobą bardziej samodzielni. Pierwsze działania Stowarzyszenia koncentrowały się także na tym, by wyznaczyć laboratoria, które będą pobierać diabetykom krew do badania z palca, a nie z żyły.

## **Jak wspomina Pani ówczesne standardy leczenia cukrzycy?**

Osób leczonych insuliną było zdecydowanie mniej niż obecnie. Insulinę u pacjentów z cukrzycą typu 2 wprowadzano w ostateczności. Lekarz nie miał wglądu, jak pacjent się prowadzi, nie było takich badań jak hemoglobina glikowana, nie było też glukometrów. Dla bezpieczeństwa chorych utrzymywano terapię lekami doustnymi. Raz w miesiącu pacjent szedł badać krew do laboratorium. Celowo dobrać wcześniej pościł, by wyniki były jak najlepsze. Badanie takie było jednak nieadekwatne do stanu jego glikemii na co dzień. Pamiętam osoby z cukrzycą typu 2 – wszyscy byli otyli,

zmęczeni, spragnieni, zawsze nosili butelki napełnione wodą i cały czas pili. Choroba ta była po prostu widoczna. Ja sama zachorowałam na cukrzycę typu 1 w roku 1976, na początku studiów. Ten typ cukrzyca to była rzadkość. Diagnoza była uważana za wyrok. Nie mówiono mi tego wprost, ale przewidywano, że długo nie pożyję, nie będę miała dzieci...

### **Widzę Panią jednak w dobrym zdrowiu, ma Pani dwóch synów, wnuki. Jednym słowem, nie dała się Pani chorobie...**

Nie dałam się, ale nie wszyscy mieli tyle siły i wiedzy, żeby z nią wygrać. Wielu znajomych odeszło z powodu powikłań cukrzyca, w tym powikłań nerkowych. Wówczas diabełcy nie tylko nie mieli szans na przeszczep nerki, ale w ogóle nie kwalifikowali się do dializoterapii. Z dzisiejszej perspektywy wydaje się to wręcz barbarzyństwem. Trzeba przyznać, że lekarze starali się pomóc, w Gdańsku na Zaspie dializowano niektórych młodych pacjentów z cukrzycą wbrew procedurom. Ale trzeba też powiedzieć, że jako Stowarzyszenie nie walczyliśmy o to, żeby zmienić te przepisy. To były takie czasy, że przyjmowało się z pokorą swój los, zupełnie nie mówiło się o prawach pacjenta. Dzisiaj mamy diametralnie inną rzeczywistość.

### **Jak to się stało, że tworzyła Pani strukturę Stowarzyszenia na Pomorzu?**

Miałam kuzynkę w Bydgoszczy, która przysłała mi wycięty z gazety artykuł na temat organizowania się tamtejszych diabełców. Skontakto-

wałam się z ówczesnymi działaczami, dyrektorem biura Zarządu Głównego był wtedy Henryk Bilon. Przyjechał do mnie do Gdańska, by pomóc mi przygotować zebranie założycielskie. Od razu założyliśmy oddział wojewódzki w Gdańsku, oraz 4 koła: w Tczewie, Gdyni i dwa w Gdańsku. Bardzo szybko zorganizowali się diabełcy w Wejherowie, następnie w Sopocie, Kościerzynie i Kartuzach. Stowarzyszenie zakładałam w roku 1985 roku. Zebranie założycielskie było zaplanowane na 13 stycznia w siedzibie dzisiejszego Urzędu Marszałkowskiego. Pamiętam, że było bardzo zimno. Jadąc tramwajem marzyłam, żeby przyszło choć 15 osób, a salę mieliśmy wynajętą na około 50. Przyszły tłumy ludzi, szybko udostępnił nam salę na 500 osób, wszystkie miejsca siedzące były zajęte, nie brakowało też gości, którzy stali. Na to spotkanie przyszło wiele osób, na których cukrzyca odcisnęła widoczne piętno – niewidomi, po amputacjach, ale wszyscy byli pełni wiary, że wspólnymi siłami uda się coś dobrego zrobić. Ludzie zaczęli zgłaszać się do nas masowo. Pomagali nam lekarze i dziennikarze, którzy przekazywali informację o Stowarzyszeniu pacjentom i społeczeństwu. W tamtym czasie wiele osób przechodziło na wcześniejsze emerytury, mieli czas by zaangażować się w działalność Stowarzyszenia, część z nich działa w nim do dzisiaj. Pierwsza siedziba oddziału wojewódzkiego była u mnie w domu. Telefon domowy stał się telefonem Stowarzyszenia, a jednocześnie telefonem zaufania dla pacjentów. Ludzie dzwonili bez przerwy, często



*Hanna Zych-Cisoń*

*Długoletnią działaczką Polskiego Stowarzyszenia Diabełców, współtworzyła i przez ponad 20 lat kierowała Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim, była także wiceprezesem Zarządu Głównego PSD. Od 2006 r. zaangażowana w działalność samorządową, w kadencji 2006-2010 była wiceprzewodniczącą Sejmiku Województwa Pomorskiego, a nieprzerwanie od 2010 roku w Zarządzie Województwa Pomorskiego odpowiada za regionalną ochronę zdrowia oraz sprawy społeczne. W kadencji 2010-2014 wicemarszałek województwa. Za działalność społeczną odznaczona Srebrnym (1993) i Złotym (2001) Krzyżem Zasługi.*

w środku nocy, prosząc o pomoc lub wsparcie psychiczne.

### **Które działania z tamtego trudnego okresu uznaje Pani za największy sukces?**

Staraliśmy się wypełnić lukę w dostępie do edukacji. Nasze spotkania na temat diety czy dawkowania insuliny trzeba było organizować w salach kinowych lub teatralnych, bo tylu mieliśmy chętnych. Stowarzyszeniu udało się zachęcić internistów do dalszego kształcenia się w kierunku diabetologii. Na początku interniści robili kurs diabetologiczny, który już uprawniał do prowadzenia poradni, z czasem powstała specjalizacja diabetologiczna. Udało nam się w Gdańsku stworzyć poradnię dla kobiet w ciąży z cukrzycą. Wówczas jedynie około 10 proc. diabetyczek miało to szczęście, by urodzić dziecko. Mi się to udało dwa razy, więc tym bardziej zależało mi na stworzeniu standardów opieki nad ciężarnymi. Szczęśliwie pod koniec lat osiemdziesiątych pojawiły się pierwsze glukometry, tak potrzebne do samokontroli, szczególnie w okresie ciąży. W naszej poradni powstał bank glukometrów, który działał na podobnych zasadach, jak dzisiejsze banki pomp. Kobieta, która planowała ciążę mogła na czas przygotowań i samej ciąży wypożyczyć glukometr za darmo. Sama skrzytałam z tego rozwiązanie, kiedy byłam w ciąży z moim młodszym synem. Za epokowe wydarzenie tych ostatnich 35 lat uważam właśnie upowszechnienie się glukometrów do codziennej samokontroli. Pamiętając jak wyglądało leczenie cukrzycy bez możliwości monitorowania cukrów, doceniam to, jak diametralnie zmieniły one komfort życia pacjentów z cukrzycą, oraz jak zwiększyły ich szansę na uniknięcie późnych powikłań.

### **Skąd czerpała Pani wiedzę o tej chorobie, skoro edukacja była w powijkach?**

Przy diagnozie niewiele dowiedziałam się o swojej chorobie. Lekarze nie chcieli stresować pacjentów, od których tak naprawdę niewiele zależało. Diagnoza była traktowana trochę jak odroczone wyrok, ale tym wyrokiem nie straszono. Po roku chorowania pojechałam do sanatorium i dopiero tam zobaczyłam, co to

są powikłania cukrzycy. Ale mogę powiedzieć, że sama miałam sporo szczęścia. Miałam koleżanki, których rodzice byli lekarzami oraz kolegów studentów medycyny. Ich zadaniem było edukowanie mnie w temacie cukrzycy. Od nich dostałam dwa podręczniki, jeden autorstwa prof. Tatonia, drugi prof. Czyżyka. To że do mnie dotarli, to był już ewenement. Materiałów edukacyjnych nie było żadnych. Podręczniki przeczytałam od deski do deski, a że z zawodu jestem inżynierem, próbowałam całą zawartą w nich wiedzę jakoś poukładać, opisać matematycznie. Nie zawsze było to możliwe, ale odnosiłam też na tym polu sukcesy. Kiedy byłam w ciąży podawałam sobie przed obiadem 2-3 jednostki szybko działającej insuliny. Robiłam to na swoje własne wyczucie, bo takich zaleceń jeszcze nie było. Lekarze stwierdzili, że jest tego efekt, bo cukry w badaniach laboratoryjnych wychodziły poniżej 180, więc kontynuowałam tę samodzielnie wymyśloną „intensywną insulinoterapię”.

### **Jak zmieniła się misja i działalność Stowarzyszenia po okresie transformacji?**

W roku '89 nastąpił przełom. Na rynku pojawiły się nowe insuliny. Apteki zauważyły, że diabetycy to klienci, na których można zarobić, więc zaczęły dbać o odpowiednie zaopatrzenie. Sklepy z żywnością specjalistyczną także przestały mieć rację bytu, bo puste do tej pory półki wypełniły się po brzegi. Przez chwilę wydawało się, że Stowarzyszenie nie będzie już potrzebne, bo nie będzie miało co robić. Okazało się jednak, że pracy nam nie zabrakło. Sama uważałam, że misją Stowarzyszenia powinna stać się edukacja diabetyków, ich rodzin oraz całego społeczeństwa. Już wtedy było wiadomo, że istnieje bardzo liczna grupa osób niezdiagnozowanych. Zaczęliśmy działać w kierunku upowszechnienia badań przesiewowych. Dzięki unijnym grantom mieliśmy fundusze na działania edukacyjne. Tematyka naszych spotkań szybko się rozszerzała. Mówiliśmy o ówczesnych nowinkach, czyli wymiennikach węglowodanowych, indeksie glikemicznym, stanie przedcukrzycowym. Wielu osobom dzięki naszej pomocy, czyli rzetelnej edukacji udało się schudnąć, odstawić tabletki.



Zainteresowanie naszymi działaniami w latach '90 nadal było ogromne, a odzew ludzi wspaniały.

### **Czym dla Pani była ta wieloletnia praca narzeczdziabetyków?**

Jestem bardzo usatysfakcjonowana ze swojej działalności. Poświęciłam Stowarzyszeniu dużo energii i pracy, za którą byłam honorowana krzyżami zasługi i nagrodą Kryształowego Kolibra dla Społecznika Roku. Do dzisiaj podchodzą do mnie ludzie i dziękują za tamten czas. To zaowocowało tym, że kiedy wystartowałam w wyborach samorządowych to ludzie, którym wcześniej pomagałam pozwolili mi dostać się do sejmiku wojewódzkiego mimo zupełnie szczątkowej kampanii wyborczej. Wiele dobrego udało się zrobić i w strukturach samorządowych. Kiedy powstawał program „Zdrowie dla Pomorza” bardzo zależało mi, żeby była w nim oddzielna część poświęcona diabetologii. Potem jak zostałam marszałkiem województwa na tym właśnie zapisie mogłam oprzeć szereg działań dla diabetyków, między innymi mogłam finansować z pieniędzy unijnych zakup specjalistycznego sprzętu diagnostycznego.

Cieszę się, że udało się na Pomorzu uczynić z cukrzycy priorytet państwowej służby zdrowia, tym bardziej, że w skali kraju największą grupę pacjentów jest właśnie u nas.

### **Czyli można powiedzieć, że Pani zaangażowanie w walkę o prawa diabetyków przyniosło wiele namacalnych sukcesów oraz osobistej satysfakcji.**

Bez wątpienia mogę powiedzieć, że warto było założyć struktury Stowarzyszenia na Pomorzu, warto było pracować jako wolontariusz na rzecz pacjentów z cukrzycą. Czuję, że miałam i mam realny wpływ na to, jak wygląda obecnie leczenie cukrzycy, jak jest ona postrzegana przez władze. Przede wszystkim jednak cieszę się z pracy z ludźmi. Kiedy widzę dzisiejsze piękne broszury edukacyjne, to aż łza się w oku kręci na wspomnienie czasów, kiedy nie mieliśmy nic. Myślę jednak, że nic nie zastąpi żywego słowa. Człowiekowi jest potrzebny drugi człowiek, żeby go zmotywować, pocieszyć. Diabetycy zawsze potrzebują wsparcia, zachęty i aprobaty, nawet jak im nie wychodzi, a może szczególnie wtedy. Nikt ich tak nie zrozumie, jak drugi człowiek w podobnej sytuacji.



# MSD

**Wydane przy wsparciu MSD**

# Cukrzyca a nowotwory

**O profilaktyce chorób nowotworowych oraz zależnościach pomiędzy nimi a cukrzycą rozmawiamy z profesorem dr. hab. Jackiem Jassemem, onkologiem z Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.**

## **Choroby nowotworowe zbierają obecnie coraz większe żniwa. Z którymi z nich mamy do czynienia najczęściej i z czego to wynika?**

Wzrastająca zachorowalność na nowotwory w skali świata ma kilka przyczyn. Najważniejszą jest starzenie się społeczeństw. Dawniej wielu ludzi umierało z innych przyczyn – wysoka była śmiertelność noworodków, duże żniwo zbierały wielkie epidemie i wojny. Wielu ludzi, kolokwialnie, „nie dożywało” nowotworu, bo około 80% zachorowań notuje się u osób powyżej 55. roku życia. Dziś jest inaczej – średnia wieku znacząco się podniosła i nieuchronnie towarzyszą temu typowe dla starszego wieku przewlekłe choroby, w tym nowotwory. Równie ważne są inne przyczyny, na które mamy wpływ, takie jak

styl życia, nałogi, zła dieta czy czynniki środowiskowe. Największym zabójcą w XX wieku w skali świata było palenie tytoniu; przewiduje się, że w XXI wieku będzie nim nadwaga i otyłość. Nieco sztucznie, liczba nowotworów zwiększyła się także w wyniku ich większej rozpoznawalności i zgłaszalności. Ta wzrostowa tendencja nie dotyczy jednak wszystkich nowotworów – zachorowalność na niektóre z nich znacząco zmalała – przykładami są rak żołądka czy rak szyjki macicy. Obecnie najczęstszymi nowotworami u mężczyzn w Polsce są rak płuca, rak gruczołu krokowego i nowotwory jelita grubego, a u kobiet rak piersi, nowotwory jelita grubego i rak płuca. W statystykach zgonów na pierwszym miejscu wśród mężczyzn jest rak płuca, na drugim nowotwory jelita grubego, a na trzecim rak gruczołu krokowego, natomiast wśród kobiet kolejno: rak płuca, rak piersi i nowotwory jelita grubego.



*prof. dr hab. Jacek Jassem*  
Profesor zwyczajny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, specjalista w dziedzinie radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej. Konsultant wojewódzki w dziedzinie radioterapii.

## **Czy osoby chorujące na cukrzycę typu 1 i typu 2 są bardziej narażone na choroby nowotworowe? Jeśli tak, to jaki jest mechanizm tych zależności?**

Więcej danych jest dla cukrzycy typu 2, bowiem na cukrzycę typu 1 częściej chorują ludzie młodzi, a liczba zachorowań jest mniejsza. Rzeczywiście, u chorych na cukrzycę względne ryzyko zachorowania na niektóre nowotwory jest nieco większe niż w populacji ogólnej. Wyniki opublikowanej w 2009 roku metaanalizy wskazują, że dla nowotworów wątroby, trzustki i trzonu macicy to ryzyko jest wyższe dwukrotnie, natomiast dla nowotworów jelita grubego, piersi i pęcherza wzrasta – o około 20-50%. Ryzyko zachorowania na pozostałe nowotwory, w tym na raka płuca wydaje się natomiast podobne. Co ciekawe, cukrzyca wydaje się nieco

obniżyć ryzyko zachorowania na raka gruczołu krokowego.

Przyczyny zależności pomiędzy rakiem i cukrzycą jest od kilkudziesięciu lat są przedmiotem żywej debaty. Obie choroby mają szereg wspólnych czynników ryzyka, takich jak nadwaga i otyłość, dieta, wiek, aktywność fizyczna czy spożywanie alkoholu. Badania ostatnich lat wykazały także, że ryzyko zachorowania na cukrzycę jest związane z paleniem tytoniu, które jest najważniejszą przyczyną nowotworów. Z drugiej strony wysuwane są hipotezy, że zwiększone ryzyko nowotworów u chorych na cukrzycę jest związane z towarzyszącymi tej chorobie zaburzeniami metabolicznymi (np. hiperglikemią, opornością na insulinę, hiperinsulinemią czy podwyższonym stężeniem insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 – IGF-1). W komórkach niektórych nowotworów wykazano także zwiększona ekspresję receptora insulinowego, który przyspiesza proliferację komórek. Pewne znaczenie mogą mieć także towarzyszące cukrzycy przewlekłe stany zapalne. Dane dotyczące tych zależności pochodzą niemal wyłącznie z dużych badań obserwacyjnych, co utrudnia rozstrzygnięcie, który z wymienionych czynników ma największe znaczenie.

### **Swego czasu głośnym echem w środowisku pacjentów z cukrzycą odbiły się informacje o tym, jakoby jedna z insulin zwiększała prawdopodobieństwo zachorowania na raka. Czy sam fakt leczenia insuliną może być czynnikiem ryzyka nowotworów?**

Praca, która wywołała tę dyskusję dotyczyła jednego z analogów insuliny. Zawierała ona istotne błędy metodologiczne, a jej wyniki nie potwierdziły się w późniejszej metaanalizie oraz w prospektywnych badaniach interwencyjnych, w których stosowano intensywne leczenie insuliną. Ta dyskusja trwa jednak nadal, bo wyniki dotychczasowych badań są sprzeczne. Wiadomo także, że zarówno insulina, jak i IGF-1 mają działanie mitogenne, czyli pobudzają proliferację komórek. Wykazano to zarówno w badaniach *in vitro*, jak i *in vivo*. U chorych leczonych insuliną ryzyko zachorowania

**Największym zabójcą w XX wieku w skali świata było palenie tytoniu; przewiduje się, że w XXI wieku będzie nim nadwaga i otyłość.**

na nowotwór jest wyższe, choć nie ma dowodów, że ma ona rakotwórcze działanie. Związek pomiędzy leczeniem insuliną a ryzykiem zachorowania na nowotwór może być zresztą pozorny. Otóż jedną z cech komórek nowotworowych jest zwiększona aktywność metaboliczna, a glukoza jest podstawowym źródłem energetycznym komórek nowotworowych. Jest zatem bardzo prawdopodobne, że wzrost guza jest zależny od jej dostępności w ustroju. Wiadomo, że chorzy z wysokim stężeniem glukozy częściej wymagają leczenia insuliną. Wydaje się zatem, że związek z rakiem może mieć raczej wysokie stężenie glukozy, a nie związane z tym leczenie insuliną. Należy pamiętać, że insulinę stosuje się częściej u chorych z długo trwającą cukrzycą typu 2, którzy mają więcej współistniejących chorób i przyjmują dodatkowe leki. Analizę utrudniają także dodatkowe czynniki, takie jak indeks masy ciała, dawka insuliny, stopień kontroli stężenia glukozy i wiele innych. Jedno jest pewne – nie ma żadnych podstaw, by opierając się na aktualnej wiedzy rezygnować ze stosowania insuliny. Jest to przecież niezbędny lek u wszystkich chorych z cukrzycą typu 1 i u dużej części z cukrzycą typu 2, nie tylko w odniesieniu do doraźnych efektów, ale także zapobiegania późnym powikłaniom.

### **Idąc tym tropem, czy insulinooporność, charakterystyczna przede wszystkim dla osób z cukrzycą typu 2 jest czynnikiem, który może wskazywać na większe ryzyko zachorowania na nowotwór?**

Taka hipoteza często pojawia się w dyskusjach, ale z uwagi na złożoność patomechanizmu powstawania nowotworów i przenikania się wpływu insulinooporności z otyłością, hipergli-

kemią i insulemią, nie da się jej jednoznacznie udowodnić. Wiadomo natomiast, że wrażliwość na insulinę można zwiększyć poprzez poprawę kontroli metabolicznej. Dotyczy to w szczególności pacjentów otyłych, których należy motywować do prozdrowotnych zachowań, w tym przede wszystkim właściwej diety i aktywności ruchowej.

**Które z nowotworów zaliczane są do chorób dietozależnych? Czy mówiąc o diecie kluczową sprawą jest nadmierna masa ciała (jak ma to miejsce w cukrzycy typu 2) czy raczej jakość posiłków (np. jadłospis bogaty w produkty wędzone, ocet, konserwy itp.)?**

Lista nowotworów związanych z nadwagą i otyłością jest długa. Należą do nich między innymi rak trzonu macicy, rak piersi u kobiet po menopauzie, rak jelita grubego, rak nerki, rak gruczołowy przetyku czy rak trzustki. Równie długa jest lista potraw, które mogą zwiększać ryzyko raka. Za najbardziej „niezdrowe” potrawy w naszym jadłospisie uważane są przetworzone czerwone mięso i produkty zawierające dużo soli. Warto ograniczyć także spożycie, wysokokalorycznych potraw i słodzonych i napoi. Należy je zastąpić produktami wysokoziarnistymi, roślinami strączkowymi, warzywami i owocami. (Zalecenia te są zgodne z nową piramidą żywienia, o której pisaliśmy w numerze kwietniowym, w tekście: Co nowego w piramidzie?)

**Co możemy zrobić w zakresie naszego stylu życia w ramach profilaktyki nowotworowej?**

Właściwą dietę należy połączyć z aktywnością fizyczną, która nie tylko bardzo pomaga utrzymać prawidłową masę ciała, ale także świetnie wpływa na czynność wielu narządów. Czynnikiem dramatycznie zmniejszającym ryzyko raka jest unikanie dymu tytoniowego – zarówno w formie czynnej, jak i biernej. Im wcześniej rzucimy palenie, tym efekt ten będzie większy. Oczywiście najlepiej w ogóle nie zaczynać palenia. Trzeba także pamiętać, że ryzyko raka



zwiększa nadużywanie alkoholu oraz nadmierne korzystanie z promieni słonecznych i solariumów. To ostatnie dotyczy w szczególności dzieci. Ryzyko raka zmniejszają także szczepienia ochronne przeciwko wirusowemu zakażeniu wątroby typu B oraz zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

**Jakie badanie powinniśmy wykonywać (kobiety mężczyźni, w jakim wieku) w ramach profilaktyki nowotworowej?**

Oprócz zwracania uwagi na niepokojące objawy, ważny jest udział w badaniach przesiewowych. W Polsce realizowane są trzy duże programy – badania cytologiczne w kierunku raka szyjki macicy, badania mammograficzne w kierunku raka piersi oraz badania kolonoskopowe w kierunku raka jelita grubego. Wszystkie finansowane są przez państwo i są całkowicie bezpłatne. Gorąco zachęcam, aby skorzystać z tej możliwości.





# PALENIE SUROWO WZBRONIONE!

**Dzisiejsza wiedza na temat zdrowotnych skutków palenia papierosów nie pozostawia cienia wątpliwości, jak niebezpieczny i zgubny jest to nałóg. Jednak mimo nasilonej edukacji antynikotynowej, nadal 1/3 Polaków sięga po papierosy. W tej grupie nader często znajdują się diabetycy.**

Dym tytoniowy szybko uzależnia, przede wszystkim za sprawą nikotyny, która w ciągu zaledwie kilku sekund od zaciągnięcia się papierosem trafia do mózgu. Obok nikotyny w dymie papierosowym znajduje się także szereg substancji o działaniu rakotwórczym. Palenie tytoniu jest jedną z głównych przyczyn nowotworów i chorób układu krążenia oraz najczęstszą przyczyną przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

## **Związek wysokiego ryzyka**

Papierosy są szkodliwe nawet dla osób nie mających żadnych problemów zdrowotnych, w połączeniu z różnymi chorobami, z cukrzycą na czele, ich działanie jest jeszcze bardziej destrukcyjne. Diabetycy, szczególnie jeśli ich choroba nie jest dostatecznie wyrównana, w wyniku palenia narażają się na przyspieszony rozwój miażdżycy, a w konsekwencji pojawienie się choroby niedokrwiennej serca, naczyń mózgowych i tętnic kończyn dolnych. Cukrzyca sama w sobie znacząco zwiększa ryzyko miażdżycy, ale palenie jeszcze ten proces potęguje. Cukrzycy typu 2 często towarzyszą kolejne zaburzenia, takie jak nadciśnienie tętnicze czy nieprawidłowa gospodarka lipidowa, będące obciążeniem dla serca i naczyń. Połączenie tych czynników ryzyka z paleniem znacząco przyspiesza rozwój chorób sercowo-naczyniowych.

Palenie potęguje także ryzyko powikłań charakterystycznych dla cukrzycy, takich jak nefropatia czy retinopatia cukrzycowa. Uszkodzając drobne naczynia krwionośne znajdujące w nerkach, oczach czy zakończeniach nerwowych, a w konsekwencji przyspiesza pojawienie się późnych powikłań choroby. U palących osób z cukrzycą częściej i wcześniej niż u niepalących pojawiają się zwiększone ilości białka w moczu (albuminuria), świadczące o początku cukrzy-

cowej choroby nerek. U pacjentów, u których rozwinęła się cukrzycowa choroba nerek, palenie będzie powodowała jej szybkie postępowanie i konieczność dializoterapii. Palenie znacznie pogarsza rokowania także w zespole stopy cukrzycowej, zwiększając skłonność do owrzodzeń i utrudniając gojenie się ran.

## **Papierosy jak hiperglikemia**

Nie ma przesady w stwierdzeniu, że papierosy działają na organizm diabetyka jak hiperglikemia, uszkadzając duże i małe naczynia krwionośne. Mechanizmy, które powodują wcześniejsze uszkodzenie wielu narządów u palaczy są związane z nasileniem procesu zapalnego, uszkodzenia śródbłonka, zwiększenia krzepliwości krwi i niedotlenienia tkanek. Palenie pobudza produkcję tzw. wolnych rodników tlenowych – bardzo aktywnych cząstek uszkadzających tkanki i pobudzających proces zapalny. A ten prowadzi do dalszego nasilenia uszkodzeń ściany naczyń krwionośnych i otaczających tkanek. Ponadto palenia zwiększa krzepliwość krwi, nasila jej lepkość oraz potęguje niedotlenienie tkanek i narządów.

U osób z cukrzycą, które palą papierosy, konieczność zerwania z nałogiem jest równie ważna, co utrzymywanie prawidłowych stężeń cukru we krwi. Nałóg ten w głównej mierze dotyczy osób z cukrzycą typu 2, choć niestety „jedyńkowicze” również sięgają po papierosy, często... w ramach buntu wobec cukrzycy. Warto zdawać sobie sprawę, że paląc nie tylko narażamy się na choroby nowotworowe oraz problemy sercowo-naczyniowe (ta wiedza wśród pacjentów jest dość powszechna), ale także – o czym wie niewielu – zwiększamy ryzyko nefropatii, retinopatii i neuropatii cukrzycowej.



# INSULINOTERAPIA

## – lepiej wcześniej niż za późno

Pan Bogdan trafił do Oddziału Internistycznego, gdy czuł się już bardzo źle. Przez cały dzień chciało mu się bardzo pić, był senny i zmęczony. Czuł, że to nie tylko przemęczenie związane z intensywną pracą. Lekarz powiedział mu bez zbędnych słów – zaczynamy od leczenia insuliną. Propozycja była tak oczywista, że nie było miejsca na zdziwienie, czy jakieś wątpliwości. Kiedy następnego dnia, już sam podawał sobie insulinę, powiedział: Gdybym wiedział, że tak od razu będę się czuł lepiej na insulinie i że jej podawanie jest takie łatwe, to już dużo wcześniej zdecydowałbym się na ten model leczenia.

Pan Bogdan może teraz powiedzieć wszystkim chorym z cukrzycą, że leczenie za pomocą insuliny to nie koniec świata, to początek nowej drogi.

- **Kiedy powinniśmy pomyśleć o zastosowaniu insuliny?**

W życiu osoby z cukrzycą typu 2 pojawiają się różne sytuacje, które wymagają włączenia dla leczenia insuliny. Mogą to być stany, kiedy insulina powinna być zastosowana czasowo, ale

i takie, kiedy podawanie insuliny z zewnątrz okazuje się niezbędne na dalszą część życia.

- I. Sytuacje, w których konieczne jest zastosowanie czasowej insulinoterapii (nie dotyczy pacjentów z cukrzycą typu 1)

  - W okresie okołoperacyjnym i okołozabiegowym np. koronarografia, zabiegi stentowania naczyń krwionośnych,
  - W przebiegu poważnych chorób, np. udar mózgu, zawał serca, uraz, bądź ciężka infekcja, zakażenie,



- W okresie stosowania glikokortykosteroidów.
- II. Okoliczności, w których pacjent wymaga stałej insulinoterapii
  - Pacjent z cukrzycą typu LADA;
  - U pacjentek w ciąży, u których sama dieta nie przynosi stabilizacji glikemii;
  - U osób z mukowiscydozą;
  - Jeżeli u pacjenta z cukrzycą typu 2 odsetek HbA1C przekracza 7% pomimo prób intensyfikowania dotychczasowego leczenia cukrzycy (dieta, wysiłek fizyczny, inne (poza insuliną) leki przeciwcukrzycowe);  
Jeżeli stężenie glukozy przekracza 300 mg/dl i utrzymują się typowe objawy hiperglikemii (wzmoczone pragnienie, oddawanie dużych ilości moczu, utrata masy ciała, osłabienie, senność, zaburzenia widzenia, zmiany ropne na skórze).

### • **Co zrobić, by nie tyć podczas leczenia insuliną?**

Po pierwsze, wybrać takie preparaty insuliny, których stosowanie powoduje najmniejszą indukcję przyrostu masy ciała. Należy zastosować w tym wypadku analogi szybko działające przed posiłkami oraz analogi długo działające jako zabezpieczenie podstawowego wydzielania insuliny. Nazwa analog odnosi się między innymi do podobieństwa (analogii) z zachowaniem insuliny wydzielanej przez trzustkę osoby bez cukrzycy. W warunkach codziennej aktywności trzustka produkuje i wydziela tyle insuliny, ile aktualnie organizm potrzebuje do metabolizmu przyjętego posiłku. Poziom insuliny nie spada nigdy do „0”. Zawsze utrzymuje się tak zwane wydzielanie podstawowe, pozwalające organizmowi zabezpieczyć metabolizm nawet podczas spoczynku. Podawanie analogu krótko działającego przed każdym posiłkiem oraz analogu długo działającego w celu zastąpienia wydzielania podstawowego, jest najbardziej zbliżoną do fizjologii formą naturalnego zachowania insuliny. Podając analogi insulinowe uzyskujemy pełnię swobody i dostosowania ilości i czasu działania insuliny do przyjmowanych posiłków oraz do ich rozkładu w ciągu dnia. W ten sposób eliminujemy „nadmiar” insuliny, jaką byśmy przyjmowali podając np. preparaty insuliny ludzkiej. Dzięki temu mi-

nimalizujemy ryzyko tycia podczas przyjmowania insuliny.

Ważne jest, żeby nauczyć się dobierać dawkę insuliny w oparciu o zawartość składników odżywczych w przyjmowanym posiłku. Osoba, która dostosowuje dawkę insuliny do zawartości węglowodanów w posiłku, czyli przelicza ich zawartość w oparciu o tabele wymienników węglowodanowych, zastępuje naturalną funkcję regulacji wydzielania, jaką posiada zdrowa trzustka. Dlatego ten sposób postępowania nazywany jest intensywną, funkcjonalną insulinoterapią i pozwala on na elastyczność, spon-taniczność i komfort osoby z cukrzycą oraz radość i satysfakcję z dobrego kontrolowania choroby.

### • **Jakie potencjalne korzyści daje wczesne rozpoczęcie insulinoterapii?**

U osoby, u której obecne są wysokie glikemie, szczególnie w pierwszej fazie choroby, dochodzi do zmian metabolizmu w komórkach, które pod wpływem „nadmiaru cukru”, zaczynają tworzyć wadliwe białka. Z tego powodu, nawet jeżeli w późniejszej fazie choroby będziemy starać się o utrzymanie dobrych cukrów, to okazuje się to bardzo trudne, ponieważ nasz organizm „zapamiętał” zasady funkcjonowania w warunkach nadmiaru glukozy. Nie dość, że powrót do prawidłowej glikemii staje się wówczas dużo trudniejszy, to białka w organizmie takiego pacjenta zostały „wysyczone glukozą”. Oznacza to, że krew z większym trudem dociera do każdej tkanki ustroju takiego pacjenta i w tkankach jest przez to mniej tlenu. Powrót do uzyskania prawidłowych wartości stężeń glukozy sprzed stanu, zanim doszło do ich podwyższenia, okazuje się nie w pełni możliwy.

Dlatego wczesne zastosowanie insuliny, na wstępnym już etapie choroby, przerywa kaskadę tych niekorzystnych zmian i przyczynia się do zahamowania rozwoju powikłań cukrzycy.

**Dr n. med. Beata Mrozikiewicz-Rakowska**  
Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii  
CSK WUM, Warszawa

*Patronem merytorycznym tekstu  
jest firma Sanofi*

# Rozwój, który daje nadzieję

**Choć cukrzyca jest chorobą znaną od wieków, uleczalna stała się dopiero niespełna 100 lat temu, w momencie odkrycia insuliny. Od tej pamiętnej daty, roku 1922, rozpoczyna się historia jej intensywnego leczenia. Historia, która w ostatnich dwóch dekadach nabrała nieprawdopodobnego przyspieszenia.**

W roku 1981, kiedy powstawało Polskie Stowarzyszenia Diabetyków, sytuację osób chorych na cukrzycę w Polsce można bez żadnej przesady określić jako katastrofalną. Nawet w świecie zachodnim choroba stanowiła ówczesnie ogromne wyzwanie dla medycyny, a w siernieżnej rzeczywistości PRL-u jej leczenie było możliwe tylko pod warunkiem ogromnej determinacji samego pacjenta, często było prowadzone „po omacku”, lekami starej generacji i przy zerowym wsparciu tak powszechnych dzisiaj ułatwień technologicznych.

## **Dokładność wymiagana**

Na początku lat osiemdziesiątych polscy pacjenci mieli do dyspozycji jedynie insuliny odzwierzęce, ale co gorsza nie mieli precyzyjnych i wygodnych narzędzi do ich podawania. Wśród członków Stowarzyszenia wielu pamięta jeszcze strzykawkę szklano-metalowe. Po każdym użyciu należało je wygotować. Materiał igieł nie był najlepszej jakości. Tępiły się po jednorazowej iniekcji, mimo że z założenia były wielorazowe. Kupno nowych graniczyło czasami z cudem, dlatego zdesperowani pacjenci niejednokrotnie próbowali takie tępe igły samodzielnie ostrzyć... Sam proces sterylizacji był żmudny i wymagał doświadczenia – wystarczyło, że przez nieuwagę woda się wygotowała, a sprzęt ulegał uszkodzeniu. Najgorsze jednak, że precyzja tych strzykawek pozostawiała sporo do życzenia. Różne skale strzykawek utrudniały nabranie odpowiedniej ilości jednostek insuliny. Często praktyką było nabieranie insuliny do granicy wyznaczonej przyklepcem naklejonym na szkło strzykawki lub namalowanej farbą. Ówczesna insulina występowała w różnych stężeniach: 40, 80 lub

100 jednostek na mililitr. Mając jeden rodzaj strzykawkę i różne stężenia insuliny należało za każdym razem dokonać odpowiednich obliczeń. Dla osób mających doświadczenie z igłami szklanymi, już plastikowe insulinówki, które w zaczęły pojawiać się w latach '80 wydawały się cudem techniki. Ich igły w porównaniu z wcześniejszymi wydawały się ostre jak brzytwa, odpadał też obowiązek sterylizacji. Po insulinówkach przyszedł czas na automatyczne wstrzykiwacze – peny, które są zarówno bardzo wygodne, jak i precyzyjne. Jeszcze większą zdobyczą techniki w zakresie podawania insuliny są pompy insulinowe, które są obecnie standardem leczenia dzieci i młodzieży. Pompa bardzo dobrze naśladuje pracę zdrowej trzustki, wydzielając podobnie jak zdrowy organ niewielkie ilości insuliny bazowej przez całą dobę oraz odpowiednie ilości insuliny doposażkowej, w zależności od planowanego posiłku. Duża dokładność pomp umożliwia dzisiaj precyzyjne dawkowanie insuliny nawet u bardzo małych dzieci.

## **Samokontrola XXI wieku**

Na pewno ogromną zmianą w pełnym niepewności życia z cukrzycą było upowszechnienie się glukometrów. Pierwszy glukometr domowego użytku pojawił się w Stanach Zjednoczonych w roku 1970, w Polsce pierwsze modele pojawiły się 11 lat później. Pełny dostęp do samokontroli nastąpił dopiero w latach dziewięćdziesiątych. Glukometry zyskały na precyzji, wygodzie pomiaru, szybkości (zamiast 1 minuty mierzą dzisiaj cukier w kilka sekund), te dzisiejsze wymagają niewielkiej kropli krwi, a dzięki dużej pamięci pełnią też funkcję dzienniczka samokontroli. Dzięki glukometrom leczenie





# Glukometr godny zaufania

Spełnia wymagania normy  
ISO 15197:2013



System do pomiaru glikemii evercare genius wykorzystuje najnowocześniejszą technikę pomiarową.

Posiada funkcje, które zapewniają dokładność, bezpieczeństwo i wygodę stosowania. Glukometr został stworzony w trosce o poprawę jakości życia pacjentów z cukrzycą.

Dla lepszej kontroli można korzystać z aplikacji – **Chmura evercare** (stwórz swój profil na [www.evercare.pl](http://www.evercare.pl) i będziesz miał dostęp do wyników przez internet) lub Evercare expert (pobierz bezpłatną aplikację i kontroluj swoje wyniki w postaci raportów i wykresów na komputerze).



Produkt rekomendowany przez  
Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

HAND-PROD Sp. z o.o.  
ul. Tetmajera 79 31-352 Kraków  
Infolinia.: 800 401 061  
[kontakt@hand-prod.com.pl](mailto:kontakt@hand-prod.com.pl)



# cukrzyca

cukrzycy przestało być intuicyjne, zachowawcze, a mogło wejść na nowy etap – indywidualizacji terapii i dążenia do optymalnych stężeń glikemii, aby zapobiec późnym powikłaniom cukrzycy.

Krokiem dalej w samokontroli domowej jest ciągły podskórny monitoring glikemii. Możliwość stałej obserwacji glikemii i jej trendów to dla wielu pacjentów prawdziwe wybawienie, dające poczucie bezpieczeństwa. Są pacjenci, dla których osób strach o glikemię bywa paraliżujący, uniemożliwia spokojne funkcjonowanie. Ciągły monitoring pozwala im żyć z cukrzycą znacznie spokojniej.

## **Od zwierzęcej do analogowej**

Insulina zastosowana po raz pierwszy w 1922 roku oraz insuliny stosowane dzisiaj, nie mają ze sobą wiele wspólnego. Pozostała nazwa i główna funkcja – obniżaniem poziomu cukru we krwi. Zmieniły się metody uzyskiwania insuliny, charakterystyka jej działania, stopień oczyszczenia, który wpływa na stabilność leku, pojawiły się zupełnie nowe schematy insulinoterapii, a dzięki temu ograniczenia wynikające z leczenia insuliną zostały znacząco zminimalizowane. Już pojawienie się insuliny ludzkiej (NPH) było ogromnym osiągnięciem, ponieważ pacjent otrzymał hormon identyczny z tym, jaki wydziela zdrowy organizm. Jeszcze większą rewolucją było wprowadzenie insuliny analogowych, przede wszystkim analogów długodziałających, znacznie poprawiających możliwości samoopieki, zmniejszających epizody

niedocukrzeń i – co równie ważne – poprawiających komfort życia pacjentów z cukrzycą. Ostatnio pojawiają się kolejne „wariacje” analogów długodziałających, na rynku jest już dostępna insulina, która działa nie 24 a 42 godziny, a trwają badania nad kolejnymi analogami długodziałającymi, które będą miały jeszcze lepsze parametry odnośnie ich aktywności w organizmie. Insuliny analogowe, to wbrew pozorom nie tylko mniej zastrzyków, ale mniejsze ryzyko niedocukrzeń oraz mniejsze ryzyko przyrostu masy ciała. Z tego powodu są one uznawane za przełom w insulinoterapii.

## **Nowe mechanizmy leczenia**

Ogromnym postępowaniem w terapii cukrzycy są leki inkretynowe, związane z metabolizmem pożywienia w przewodzie pokarmowym. Spowalniają one opróżnianie treści żołądka, powodując odczuwanie sytości, zmniejszają insulinooporność, zwiększają produkcję insuliny przez organizm. Jest to zupełnie nowa grupa leków, związana z hormonami przewodu pokarmowego, w odróżnieniu od wcześniej stosowanych grup, które wpływały na komórki beta trzustki czy na receptory insuliny. Stosowanie inkretyn to pochodna szerszego patrzenia na chorobę i szukania rozwiązań nie tylko wokół komórek trzustki.

Leki inkretynowe są stosowane od roku 2006. Na podstawie dotychczasowych obserwacji należy powiedzieć, że bardzo poprawiły one leczenie cukrzycy. Najlepsze efekty przynoszą pacjentom z cukrzycą typu 2., u których są sto-

sowane pełną gamą, ale coraz więcej jest doniesień, że działają wspomagająco także w cukrzycy typu 1. i w tym zakresie prowadzone są obecnie obserwacje kliniczne.

### Cukrzyca czy cukrzyce?

W ostatnich latach zaczęto na cukrzycę patrzeć szerzej. Dzisiaj nie ma już wątpliwości, że cukrzyca jest zbiorem zaburzeń metabolicznych, których efektem końcowym jest hiperglikemia wywołana przez wiele różnych procesów. Choć pozostaje ona chorobą nieuleczalną bardzo zmieniła się wiedza na temat mechanizmów jej powstawania, mechanizmów powstawania powikłań oraz wiedza w zakresie nowych typów cukrzycy, o których 35 lat temu nikt jeszcze nie słyszał. Dzisiaj dużo wiadomo o cukrzycach monogenowych, lekarze są w stanie dokładnie powiedzieć, w wyniku jakiego defektu genetycznego powstały. Do cukrzycy monogenowej należy także cukrzyca noworodka. Dzięki rozwojowi genetyki nastąpiła zmiana terapii oraz zmiana rokowań w przypadku pacjentów, u których zaburzenia glukozy determinowane są przez geny.

### Co się nie zmieniło

Pacjent, który wie więcej o chorobie – żyje dłużej. Choć obraz leczenia cukrzycy i nasza wiedza o tym schorzeniu w ciągu ostatnich trzech dekad zmieniły się diametralnie, wiele kwestii pozostaje takich samych. W przypadku cukrzycy najwięcej zależy od samego pacjenta. Aby jego terapia była skuteczna, oprócz zdobytych technologicznych oraz nowoczesnych leków potrzebuje on także wiedzy i motywacji. O tych dwóch czynnikach często zapominamy. Edukacja diabetologiczna pacjentów nie może doczekać się finansowania w systemie opieki zdrowotnej. Nie bez znaczeni pozostają też kwestie motywacji. Ciężko przez całe życie być skupionym na chorobie, a cukrzyca takiego skupienia wymaga. Niezależnie od najnowszych zdobytych techniki oraz coraz to nowszych leków, kluczem do sukcesu pozostaje akceptacja choroby oraz samodyscyplina w jej leczeniu.

Małgorzata Marszałek

**Espumisan**<sup>®</sup>  
Simeticonium, 40mg

Do wzięcia  
na wzdęcia!

**Uwaga!!!**

**Chorzy na cukrzyce mogą mieć wzdęcia!**

**Czy wiesz, że...**

- objawy kliniczne wskazujące na zaburzenia czynności przewodu pokarmowego odnotowano u około **40-75%** chorych na cukrzyce<sup>1</sup>.
- wzdęcia mogą być efektem ubocznym stosowania różnych leków na receptę, w tym leków na cukrzyce, takich jak:**
  - metformina<sup>2</sup>
  - inhibitory alfa-glukozydazy (np. akarboza)<sup>2</sup>



**BERLIN-CHEMIE**  
MENARINI

Nazwa produktu leczniczego: ESPUMISAN, 40 mg, kapsułki. Skład i postać farmaceutyczna: Każda kapsułka produktu leczniczego ESPUMISAN zawiera 40 mg symetykonu (Simeticonium). Wskazania terapeutyczne do stosowania: Leczenie objawowe zaburzeń żołądkowo-jelitowych związanych z nadmiernym gromadzeniem się gazów w przewodzie pokarmowym, np.: wzdęcia. W przypadku wzmożonego powstawania gazów w okresie pooperacyjnym. W przygotowaniu pacjentów do badań radiologicznych i ultrasonograficznych jamy brzusznej oraz gastroscopii. Przeciwwskazania: Nadwrażliwość na substancję czynną – symetykon lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wchodzącą w skład produktu ESPUMISAN. Podmiot odpowiedzialny: Berlin Chemie AG, Gliencker Weg 125, 12489 Berlin, Niemcy, na podstawie CHPL z dn. 17.12.2008 Informacja naukowa: BERLIN-CHEMIE/MENARINI POLSKA Sp. z o.o. ul. Cypryjskiej 76, 02-677 Warszawa, tel. 22 566 21 00

1. Drzewoski J, Wiłniewska-Jarosińska M. Pediatrya Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywność Dziecka 2004; 6(4): 361-8. 2. Krzączk P. Medycyna i Życie 2010; vol. 3 nr 2(8): 14-23; \*IMS Health, 03A3 Antyfałtyn, MAT/012016

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.



ONETOUCH®  
Every Touch is a Step Forward™

# Pomożemy Ci ruszyć do przodu

ColourSure™  
TECHNOLOGY



Poznaj glukometry z rodziny OneTouch Select® Plus z TECHNOLOGIĄ ColourSure™, która pomaga zrozumieć, czy wynik pomiaru jest niski, w zakresie, czy wysoki\*.

Dzięki temu możesz lepiej kontrolować swoją cukrzycę i ruszyć do przodu.

Jeśli masz cukrzycę już dziś zapytaj swojego lekarza o nowy glukometr OneTouch® lub zadzwoń do Działu Wsparcia Klienta, aby otrzymać go ZA DARMO.

## Rodzina glukometrów OneTouch Select® Plus



[www.OneTouch.pl](http://www.OneTouch.pl)



801 23 23 23\*\*\*

Dział Wsparcia Klienta OneTouch®  
od poniedziałku do piątku  
w godzinach 8:30–16:30



OneTouch Select Plus Flex™

SPĘLNIŁA  
WSZYSTKIE  
KRYTERIA  
**ISO**  
15197:2013\*\*



OneTouch Select® Plus

\* Należy ustalić z lekarzem jaka dolna i górna granica zakresu jest dla Ciebie odpowiednia. Dolna i górna granica zakresu ustawione w glukometrze OneTouch Select Plus Flex™ dotyczą wszystkich wyników pomiarów glukozy, w tym pomiarów, które zostały przeprowadzone przed posiłkiem lub po nim, w związku z przyjmowaniem leków czy też wykonanych podczas innych aktywności, które mogą mieć wpływ na poziom glukozy we krwi. \*\* ISO 15197:2013, In Vitro diagnostic test systems – Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus. \*\*\* Koszt połączenia zgodny z taryfą Państwa Operatora.

© LifeScan, Division of Cilag GmbH International 2015 – CO/SPX/0815/0227(1). Johnson & Johnson Poland sp. z o.o., ul. Iłżecka 24, 02-135 Warszawa