

CUKRZYCA



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW



International
Diabetes
Federation

BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW

czerwiec 2020

**Cele leczenia
pacjenta
z cukrzycą typu 2**

**Czy cukrzyca musi
oznaczać strach**

**Cukrzyca
jako choroba
ogólnoustrojowa**





MOŻESZ TO ROBIĆ

BEZ NAKŁUWANIA

Rekomendowany dla pacjentów
od 4 roku życia z cukrzycą typu 1
i typu 2 oraz u kobiet w ciąży.¹




FreeStyle
Libre
SYSTEM MONITOROWANIA GLIKEMII FLASH


life. to the fullest.®
Abbott

1. Podrecznik użytkownika FreeStyle Libre, wskazania do użycia FreeStyle Libre i powiązane nazwy handlowe są znakami towarowymi firmy Abbott Diabetes Care, Inc., w różnych krajach.
© Abbott 2020 ADC-22797

Drodzy Czytelnicy

Niestety wiele wydarzeń w naszych Oddziałach i Kołach, a także na szczeblu ogólnopolskim, nie może się odbyć z powodu pandemii. Wydarzenia, na które czekamy wiele miesięcy – szkolenia, jubileusze, Dni Diabetyka, w tym ten ogólnopolski w Przemyślu, są przekładane. Coroczna Pielgrzymka na Jasną Górę w tym roku niestety nie będzie mogła zgromadzić tak licznych uczestników, jak zwykle. Nadal niezalecane jest też gromadzenie się, szczególnie w zamkniętych pomieszczeniach. Dlatego choć wiemy, że potrzeba spotkań w naszych Oddziałach i Kołach jest ogromna, zgromadzeń jeszcze nie możemy organizować. W tej niecodziennej sytuacji musimy zachować się odpowiedzialnie (brawa dla wszystkich, którzy szyli maseczki, kiedy najbardziej ich brakowało!).

Mamy nadzieję, że rolę „łącznika” między nami w jakiś sposób spełni nasz Biuletyn. W tym numerze zapraszamy do lektury drugiego artykułu z cyklu „Cukier w normie, serce w formie”, w którym przypominamy o celach leczenia cukrzycy. Pamiętajmy, że wyzwaniem dla diabetyków jest nie tylko poziom cukru we krwi, ale też prawidłowa masa ciała, prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego i trójglicerydów. O te wszystkie parametry można dbać także w czasach pandemii.



UWAGA PANDEMIA

COVID-19: opieka nad dziećmi chorymi

na cukrzycę	4
Zalecenia na czas pandemii	5
Ja Tobie, Ty mnie – akcja w Łodzi	6
Przemyscy diabetycy szyją maseczki	6

WARTO WIEDZIEĆ

Cele leczenia pacjenta z cukrzycą typu 2	8
Czy cukrzyca musi oznaczać strach	10
Dializa otrzewnowa	12
Kawa czy herbata?	14
Gotowane czy surowe	16
Cukrzyca jako choroba ogólnoustrojowa	18

Z ŻYCIA PSD

Zamiast spotkania w Przemyślu... relacje!	20
-------------------------------------------------	----

Z ŻAŁOBNEJ KARTY	23
------------------------	----

COVID-19: opieka nad dziećmi chorymi na cukrzycę

W obliczu ogłoszenia pandemii COVID-19 Międzynarodowe Stowarzyszenie ds. Cukrzycy u Dzieci i Młodzieży (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes – ISPAD) przygotowało wskazówki dla pracowników służby zdrowia, którzy opiekują się dziećmi, młodzieżą i młodymi dorosłymi chorymi na cukrzycę. W opublikowanym na stronach organizacji dokumencie czytamy m.in., że według niepotwierdzonych doniesień dzieci chore na cukrzycę nie wykazują innego modelu zachorowań niż ich rówieśnicy, którzy nie są diabetykami. Ponadto zapadalność na COVID-19 wśród dzieci na ogół jest rzadsza niż w przypadku osób dorosłych.

Jak powstrzymać pandemię i zapobiec zakażeniu?

- często myj ręce mydłem i wodą przez 20 sekund lub odkażaj je środkami na bazie alkoholu
- zachowaj dystans społeczny (1 metr)
- kaszląc i kichając, zasłaniaj usta chusteczką lub łokciem
- unikaj dotykania twarzy
- często dezynfekuj powierzchnie.

Czy pacjenci chorzy na cukrzycę powinni częściej chodzić do szkoły?

To zależy od sytuacji w regionie. Należy przestrzegać lokalnych przepisów i zasad.

Co powinienem powiedzieć pacjentowi w przypadku wystąpienia objawów?

Jeśli twój pacjent źle się czuje, powinien zostać w domu. Jeśli u pacjenta występuje gorączka, kaszel i/lub ma trudności z oddychaniem, należy z wyprzedzeniem zwrócić się o pomoc medyczną. Postępuj zgodnie ze wskazówkami lokalnego resortu zdrowia.

Jak kontrolować cukrzycę podczas choroby?

Ogólne zasady codziennego postępowania w cukrzycy (zmodyfikowane zgodnie z wytycznymi ISPAD):

- częstsze sprawdzanie wartości glikemii i stężenia ciał ketonowych (we krwi lub moczu)
- utrzymuj stężenie glukozy między 4 a 10 mmol/l (70–180 mg/dl) i stężenie ciał

ketonowych we krwi poniżej 0,6 mmol/l, gdy dziecko jest chore

- NIGDY NIE ZAPRZESTAWAJ PODAWANIA INSULINY, w przypadku GORĄCZKI zapotrzebowanie na insulinę jest zwykle większe
- dbaj o właściwe nawodnienie organizmu dziecka, uzupełniając poziom wody i soli
- lecz chorobę podstawową i stosuj podejście objawowe (gorączka).

PILNĄ poradę specjalisty z ewentualnym skierowaniem na SOR należy uzyskać wtedy, gdy:

- gorączka lub wymioty utrzymują się i/lub postępuje utrata masy ciała, co sugeruje postępujące odwodnienie i potencjalne pogorszenie krążenia
- owocowa słodkawo-kwaśna woń z ust (aceton) oznacza, że utrzymuje się lub zwiększa stężenie ciał ketonowych we krwi i przekracza 1,5 mmol/l lub stężenie ciał ketonowych w moczu pozostaje duże, mimo podania dodatkowych jednostek insuliny i nawodnienia organizmu chorego
- dziecko czy nastolatek jest wyczerpane(y), zdezorientowane(y), ma zaburzenia oddychania (oddech kwasicy Kussmaula) lub odczuwa silny ból brzucha.

Podczas gdy oczekujemy na konkretne leczenie lub szczerpienkę przeciwko koronawirusowi, powinniśmy dbać o naszych pacjentów. Należy pamiętać, że doniesienia o COVID-19 sugerują, że przebieg choroby jest mniej dotkliwy u dzieci i młodzieży.

Źródło: mp.pl

Zalecenia dotyczące pracy w czasie epidemii z pacjentem z cukrzycą

Na stronie Ministerstwa Zdrowia dostępna jest obszerna aktualizacja zaleceń postępowania dla pielęgniarek i położnych pracujących z pacjentami chorymi na cukrzycę w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2.

Zaktualizowane zalecenia zostały przygotowane w związku z epidemią koronawirusa przez Polską Federację Edukacji w Diabetologii i konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego Alicję Szewczyk.

Wytyczne zawierają m.in. zalecenia dotyczące użytkowania glukometrów w opiece ambulatoryjnej i stacjonarnej.

- W miarę możliwości glukometry powinny być przypisane do jednego pacjenta i nie powinny być udostępniane innym pacjentom.
- W przypadku konieczności korzystania z jednego glukometru do pomiaru glikemii u kilku pacjentów, należy je czyścić i de-

zynfekować po każdym użyciu zgodnie z instrukcjami producenta, aby zapobiec przenoszeniu krwi i czynników zakaźnych.

Wytyczne dotyczą także zaleceń dla personelu pracującym z pacjentem z cukrzycą, podejrzanym o zakażenie lub u którego stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2. Zgodnie z tymi wytycznymi personel pracujący podczas wykonywania wszystkich czynności przy pacjencie chorym na cukrzycę, u którego podejrzewa się lub stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 stosuje środki ochrony indywidualnej: maskę chirurgiczną, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, jedna para rękawic jednorazowych, czapkę, obuwie pełne-zmywalne.

Wytyczne podają też m.in. zalecenia dotyczące użytkowania wstrzykiwaczy typu pen, zalecenia dla użytkownika glukometrów i innych systemów do oznaczania ciał ketonowych we krwi, zalecenia podczas wykonania oznaczenia glukozy i ciał ketonowych w moczu.

Więcej (w tym szczegółowe materiały do pobrania): www.gov.pl

Źródło: **Rynek Zdrowia**



SANOFI

Empowering Life

Ja Tobie, Ty mnie – akcja diabetyków w Łodzi

W smutnej rzeczywistości, która nagle dotknęła nas wszystkich bardzo trudno się odnaleźć, szczególnie nam – chorym na cukrzycę. Zdajemy sobie sprawę z konieczności ograniczenia naszego życia. Jednak nie jesteśmy bezradni. Połączyła nas chęć pomocy.

Jedną z pierwszych akcji było szycie maseczek dla członków naszego Stowarzyszenia. Spontanicznie i społecznie, bez nakładów finansowych.

Zaangażowanie wielu osób rozpoczęło akcję wspólnej pomocy łódzkim diabetykom na zasadzie Ja Tobie Ty Mnie.

W chwili obecnej jesteśmy w trakcie realizacji kolejnego zadania.

Szczególnie serdeczne podziękowania należą się Pani Iwonie – Prezes Koła Terenowego

Łódź-Widzew. Oraz wszystkim osobom, które służyły pomocą, materiałami, rozprawdaniem maseczek.

Pozdrawiam

Teresa Jaskóła

Prezes PSD Zarządu Miejskiego w Łodzi



Przemyscy Diabetycy szyją maseczki dla swoich członków

W związku z obowiązkiem noszenia maseczek ochronnych w miejscach publicznych, Zarząd Przemyskiego Koła Terenowego nr 15 Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków w Przemysłu podjął inicjatywę wykonania maseczek wielokrotnego użytku w ramach wolontariatu, sposobem chałupniczym przez członków Koła, posiadających maszyny do szycia i minimum umiejętności krawieckich.

Członkowie Koła Nr 15 otrzymają bezpłatnie po kilka sztuk maseczek na zmianę oraz suplementy diety „OMEGA 3” i igły do wstrzykiwania insuliny.

Materiał na maseczki został ufundowany przez jednego z członków Zarządu Koła a pozostałe dodatki tj. nici, gumka zostały zakupione z funduszy Koła.

W akcji tej bierze udział trzech członków Zarządu i siedmiu członków Koła. Przewidujemy szycie około tysiąca sztuk maseczek. Na zdjęciu przemyscy wolontariusze przy pracy.

Za Zarząd PSD

Przemyskiego Koła Terenowego nr 15

Jan Zrajko

PREZES

Nowy system OneTouch® Delica® Plus

zaprojektowany do niemal
bezbolesnych pomiarów
stężenia glukozy we krwi



NOWOŚĆ

- Precision Guidance Technology umożliwia bardziej precyzyjne i delikatniejsze nakłucie*
- 13 poziomów głębokości umożliwia lepszą kontrolę†
- Bardzo cienkie ostrza (30G) z silikonową powłoką zapewniają delikatne nakłucie skóry

8 na 10 pacjentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że badanie wykonywane przy użyciu nakłuwacza OneTouch® Delica® Plus było mniej bolesne niż badanie z użyciem innych nakłuwaczy‡



Kompatybilny z ostrzami
OneTouch® Delica®
i OneTouch® Delica® Plus

* Około 52% lepsza kontrola wibracji w porównaniu z systemem OneTouch® Delica®.

† W porównaniu z systemem OneTouch® Delica®.

‡ Na podstawie ankiety przeprowadzonej w USA w 2018 r., w której uczestnicy korzystali z systemów OneTouch® Delica® i OneTouch® Delica® Plus oraz przekazali informacje zwrotne na temat porównania ich z obecnie stosowanymi nakłuwaczami.

© LifeScan Europe GmbH 2019 - CO/DPL/0219/0013a.

ONETOUCH
every touch is a step forward™



Jakie są cele leczenia pacjenta z cukrzycą typu 2 i jak je osiągnąć?

Spojrzenie na cele leczenia pacjenta z cukrzycą bardzo się zmieniło w ciągu ostatnich 20 lat. Jeszcze na początku XXI wieku obowiązywała zasada „im niższy poziom hemoglobiny glikowanej (HbA1c) tym lepiej”. W tym duchu konstruowano obowiązujące wówczas zalecenia – w tym zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego – obniżając cele leczenia do wartości w praktyce trudno osiągalnych i – jak się wkrótce okazało – niebezpiecznych dla chorych. Taki bowiem był wynik badania ACCORD, w którym udowodniono, że intensywne leczenie cukrzycy z obniżeniem średniego odsetka HbA1c do 6,5% i utrzymaniem takiej

wartości przez kilka lat prowadzi do zwiększenia śmiertelności.

Opublikowanie badania ACCORD miało dwa ważne skutki. Po pierwsze, zaczęto modyfikować cel leczenia, zwiększając docelowy poziom HbA1c oraz indywidualizując go, czyli ustalając różne jego wartości dla różnych chorych. Każdy pacjent powinien zatem ustalić swój docelowy poziom HbA1c z lekarzem. Cel ten powinien pozostawać w ramach ustalonych przez obecnie obowiązujące zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, dotyczących wyrównania stężenia cukru (określonego odsetkiem HbA1c), podanych w Tabeli 1.

„Glikemiczne” cele leczenia cukrzycy	
Cel wyrównania	U kogo obowiązuje
HbA1c ≤7%	U wszystkich chorych na cukrzycę, jeżeli nie ma żadnych przesłanek do jego zmiany
HbA1c ≤6,5%	U chorych z cukrzycą typu 2 (szczególnie świeżo rozpoznaną) jeżeli obniżanie glikemii nie wiąże się z hipoglikemiami (szczególnie ciężkimi) ani z pogorszeniem jakości życia U kobiet z cukrzycą planujących ciążę (zaleca się nawet dążenie do HbA1c ≤6,0% w 2. i 3. trymestrze, jeśli nie wiąże się to z indukcją hipoglikemii)
HbA1c ≤8%	U chorych starszych i/lub z powikłaniami makroangiopatycznymi (np. przebyty OZW, udar) i/lub licznymi chorobami towarzyszącymi
Indywidualnie ustalone kryterium wyrównania	w szerokim zakresie wartości HbA1c, zależnie od: <ul style="list-style-type: none"> – możliwości intelektualnych chorego i jego zaangażowania w proces terapeutyczny – czasu trwania cukrzycy – przewidywanej długości życia – obecności powikłań (także hipoglikemii) i chorób współistniejących – możliwości finansowych

Po drugie, zaczęto sobie zdawać sprawę z faktu, że nawet prawidłowe stężenia cukru nie przydadzą się choremu na nic, jeśli umrze lub zostanie inwalidą w wyniku zawału serca czy też udaru mózgu. Bardzo szybko zareagował amerykański Urząd do spraw Żywności i Leków (FDA), który narzucił producentom nowych leków wymóg wykazania ich bezpieczeństwa sercowo-naczyniowego.

Ponieważ akurat w tym czasie wprowadzano na rynek kilka nowych grup leków, wymóg ten spowodował „wysyp” badań oceniających sercowo-naczyniowe efekty leków przeciw-cukrzycowych. Badania te miały potwierdzić ich bezpieczeństwo, ale szybko okazało się, że niektóre leki są nie tylko bezpieczne, ale wręcz chronią chorych przed zawałem serca i jego niewydolnością, udarem mózgu, a także przed śmiercią. Dotyczy to przede wszystkim dwóch grup leków. Są to tzw. floszyny, leki, które zwiększają wydalanie cukru z organizmu przez nerki (z moczem) oraz leki działające agonistycznie na (pobudzające) receptor GLP-1, które – oprócz wielu innych mechanizmów działania – zwiększają wydzielanie insuliny przez trzustkę. Pierwsze badania, które to wykazały, opublikowano już prawie 5 lat temu – to badanie EMPA-REG OUTCOME z empagliflozyną i badanie LEADER z liraglutidem. W badaniu EMPA-REG OUTCOME, które zaprezentowane zostało jako pierwsze badanie w/w grup leków, wykazano zmniejszenie śmiertelności sercowo-naczyniowej o prawie 40% i śmiertelności ze wszystkich przyczyn o prawie jedną trzecią, i do tej pory wynikiem tym nie udało się dorównać.

Pojawiły się zatem „narzędzia” do zmniejszenia częstości powikłań sercowo-naczyniowych, czyli najczęstszych i najpoważniejszych powikłań cukrzycy, będących też głównymi przyczynami zgonów – zawału serca, niewydolności serca, udaru mózgu. Skoro stało się to możliwe, szybko zdefiniowano nowy, kliniczny cel leczenia cukrzycy – zmniejszenie częstości powikłań sercowo-naczyniowych i zgonów. Nowe metody leczenia zatem zmieniły cele leczenia, a z kolei nowy cel leczenia spowodował zmianę perspektywy leczenia oraz – oczywiście – zmianę zaleceń.

Zalecenia zarówno polskie, europejskie, jak

i amerykańskie, zarówno diabetologiczne, jak i kardiologiczne – wszystkie mówią obecnie jednym głosem. Floszyny i agonści receptora GLP-1 powinny być stosowane najpóźniej w drugim rzucie leczenia cukrzycy, a u części chorych być może powinny być lekami z wyboru, stosowanymi od razu po rozpoznaniu choroby.

Podsumowując, ostatnie piętnaście lat przyniosło opartą na badaniach naukowych zmianę spojrzenia na leczenie cukrzycy i jego perspektywy. Obniżenie glikemii i dobre wyrównanie metaboliczne cukrzycy (wcale nie u wszystkich rozumiane jako „cukier w normie”), kiedyś uznawane za cel sam w sobie, obecnie stało się właściwie jednym z środków prowadzących do aktualnego celu. W tej chwili postrzegamy leczenie cukrzycy o wiele bardziej jako długoterminowy proces, wykorzystujący wszelkie możliwe środki, aby zapewnić choremu długie i dobrej jakości życie, wolne od powikłań sercowo-naczyniowych, ale także innych powikłań cukrzycy.

Prof. Edward Franek

Instytut Medycyny

Doświadczalnej i Klinicznej

im. M. Mossakowskiego PAN



Partner Strategiczny:



Partner Główny:



Czy cukrzyca musi oznaczać strach?

Diagnoza cukrzycy typu 1 dla każdego jest poważnym przeżyciem. Konieczność codziennego podawania insuliny, przestrzegania zasad zdrowej diety, wielokrotnych pomiarów glikemii w ciągu doby – budzą liczne pytania, wątpliwości, obawy, a niekiedy wręcz przerażenie. Z czasem okazuje się, że są rzeczy, do których żyjąc z cukrzyką przyzwyczaić się łatwiej (przestrzeganie zdrowych nawyków żywieniowych), do innych trudniej (konieczność wielokrotnego pomiaru glikemii). Są też takie, które pomimo nabywania doświadczeń ciągle stanowią źródło niepokoju jak hipoglikemia i hiperglikemia.

Życie z cukrzyką określić można jako ciągłe poszukiwanie balansu pomiędzy dwiema skrajnościami – hipoglikemią i hiperglikemią, czyli zbyt niskim i zbyt wysokim poziomem cukru we krwi. Obydwie sytuacje są niebezpieczna dla zdrowia i życia osoby chorującej na cukrzykę. Jedna i druga stanowi istotne obciążenie psychiczne dla chorego.

Dlaczego boimy się hipoglikemii?

Hipoglikemia to tzw. ostre powikłanie cukrzycy. Im dłużej i częściej chory doświadcza zbyt niskich wartości glikemii tym są one bardziej niebezpieczne. Przy bardzo dużym deficycie glukozy dochodzi do utraty przytomności. Jest to sytuacja bezpośrednio zagrażająca zdrowiu i życiu, której pacjenci bardzo się obawiają.

Jednak nawet umiarkowane hipoglikemie, nie wymagające wzywania karetki pogotowia, pomocy drugiej osoby czy podawani glukagonu, są nie tylko mało komfortowe, ale również zwiększają ryzyko rozwoju późnych powikłań cukrzycy. Pojawiające się przy niedocukrzeniu objawy takie jak drżenie rąk, nadmierna potliwość, trudności z koncentracją, splątanie, problemy w wystawieniu się bywają kłopotliwe, jeśli np. do niedocukrzenia dojdzie w czasie pracy, ważnego spotkania czy jazdy samochodem. Szczególnie niebezpieczne są incydenty hipoglikemii występujące u małych dzieci, u osób starszych, u osób, które nie odczuwają symptomów niskiego cukru, albo nie potrafią poinformować otoczenia, co się z nimi

dzieje. Choć większość diabetyków mimo obawy o wystąpienie hipoglikemii czy nawet strachu przed kolejnym incydem jest w stanie w miarę normalnie funkcjonować (pracować zawodowo, uprawiać sport, prowadzić samochód), ale jest też grupa osób, dla których strach ten jest paraliżujący i znacząco wpływa na jakość codziennego życia.

Jakie mogą być konsekwencje nasilonego strachu przed niedocukrzeniem?

- Przyjmowanie zbyt małych dawek insuliny, byle tylko nie doświadczyć niedocukrzenia.
- „Dosładanie się” zawczasu, przy prawidłowych glikemiach, żeby cukier nadmiernie się nie obniżył.
- Rezygnacja z aktywności fizycznej (bo wysiłek zwiększa ryzyko hipoglikemii).
- Wycofywanie się z życia, prowadzenie nadmiernie uregulowanego trybu życia, aby nie ryzykować pojawienia się niedocukrzenia.
- Częste monitorowanie cukru w nocy, czego efektem jest permanentne zmęczenie pacjenta lub jego bliskich (rodziców dziecka z cukrzyką).

Dlaczego boimy się hiperglikemii?

Zbyt wysoki poziom cukru we krwi także ma swoje negatywne skutki, z tym, że są one odciążone w czasie. Częste i przewlekłe przecukurzenia prowadzą do rozwoju tzw. późnych powikłań cukrzycy – retinopatii, nefropatii, neuropatii czy chorób układu krążenia. Leczenie cukrzycy ma na celu zapobieganie tym po-

wikłaniom, jednak niezależnie od naszych starań nie sposób zupełnie wyeliminować okresowo pojawiających się hiperglikemii. Czasami wynikają one z naszych błędów w leczeniu (źle obliczona dawka insuliny do posiłku, podjadanie między posiłkami, pominięcie dawki insuliny itp.); niekiedy są od nas niezależne, bo przyczyną hiperglikemii może być stres, dodatkowa choroba przebiegająca z gorączką czy usterki pompy insulinowej. Nie ulega jednak wątpliwości, że pojawiające się przecukrzzenia są kolejnym obciążeniem dla pacjenta. Powodują strach o przyszłość. U części osób ten strach jest mobilizujący – skłania do wysiłków o jak najlepsze wyrównanie cukrzycy, u innych jest demobilizujący – prowadzi do zniechęcenia, niekiedy depresji.

Jakie mogą być konsekwencje nasilonego strachu przed hiperglikemią?

- Zaburzenia lękowe, skłaniające do bardzo częstego mierzenia poziomu cukru we krwi.
- Depresja powodowana nieustającym napięciem, zamartwianiem się o swoją przyszłość.
- Stosowanie bardzo ubogiej, monotonnej diety (wypróbowane potrawy to mniejsze ryzyko pomyłki przy dawkowaniu insuliny).
- Przyjmowanie zbyt dużych dawek insuliny, szczególnie na korektę, żeby jak najszybciej obniżyć cukier, co może skutkować niedocukrzeniami i dużym rozchwianiem glikemii.

Czy życie z cukrzycą musi wiązać się ze strachem?

Leczenie insuliną zawsze będzie wiązało się z ryzykiem hipo i hiperglikemii. Jednak w dzisiejszych czasach mamy już narzędzia, dzięki którym możemy znacząco ograniczyć ilość przecukrzeń i niedocukrzeń. Mowa tu oczywiście o systemach do ciągłego monitorowania glikemii. Pozwalają one na wgląd w to, co dzieje się z cukrami nie punktowo, jak ma to miejsce przy samokontroli glukometrem, ale przez 24 godziny na dobę.

Ciągły monitoring glikemii dostarcza informacji nie tylko o aktualnym poziomie cukru, ale też o kierunku i tempie ich zmian. Strzałka

trendu to niezwykle ważna informacja, dzięki której pacjent może podejmować świadome decyzje. Mają tylko jednostkowy wynik, a nie znając trendu, zawsze działamy nieco po omacku. Kierując się strzałką trendu jesteśmy w stanie uniknąć wielu epizodów hipo i hiperglikemii. Możemy na zmiany glikemii reagować z wyprzedzeniem, a nie po fakcie.

Badania i doświadczenia pacjentów potwierdzają, że ciągły monitoring glikemii bardzo poprawia jakość życia z cukrzycą, między innymi dlatego, że pozwala ograniczać epizody hipo i hiperglikemii oraz niweluje strach z nimi związany. Daje pacjentom poczucie znacznie większej kontroli nad chorobą.

Dobrze, że choć część osób z cukrzycą w Polsce może mniej się bać codziennego leczenia. My, dorośli diabetycy, też chcielibyśmy mieć większy komfort życia z tą chorobą. Wierzmy, że też zasługujemy na to, by się nie bać.





Dializa otrzewnowa

Większa elastyczność leczenia, niezależność pacjenta, możliwość powrotu do pracy, kontynuowania nauki, a nawet zajęcia w ciąży i opieki nad dzieckiem – to tylko niektóre zalety dializy otrzewnowej wykonywanej w domu.

Dzięki leczeniu nerkozastępczemu pacjenci z chorobami nerek mogą kontynuować naukę, pracować, prowadzić w miarę normalne życie. Wielu z nich żyje z dializami nawet przez wiele lat – często w oczekiwaniu na przeszczep nerki. Współczesna medycyna daje im możliwość dializowania zarówno w specjalistycznych ośrodkach, jak i we własnym domu.

Stosowane są dwie metody dializy otrzewnowej. Pierwsza, dializa **CADO (Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa)** polega na ręcznej wymianie płynów 4-5 razy dziennie. Metoda nie wymaga zastosowania skomplikowanej aparatury. Dializat jest podgrzewany, wpuszczany do jamy otrzewnej za pomocą cewnika, a po kilku godzinach wymieniony na nowy. Druga metoda to dializa **ADO (Automatyczna Dializa Otrzewnowa)** wykonywana za pomocą specjalistycznego urządzenia zwanego cyklerem. W ADO cykler wymienia płyn przez 8 do 10 godzin w nocy, a na dzień wpuszczana jest pewna jego objętość usuwana na początku następnego zabiegu.

Pacjenci dializowani otrzewnowo a telemedycyna

Automatyczna dializa otrzewnowa to istotne udogodnienie dla pacjenta. Pacjenci, którzy po konsultacji z lekarzem zdecydują się na to rozwiązanie, mogą normalnie funkcjonować w ciągu dnia. Wystarczy, że przed snem podłączy się na 8-10 godzin do cyklera.

Cały proces dializy przebiega automatycznie i z reguły bez komplikacji. Czasami jednak na urządzeniu, z którego korzysta pacjent, rano

pojawia się informacja o błędzie, który wystąpił podczas dializy. Wymaga to jak najszybszej konsultacji z lekarzem prowadzącym, a ta była możliwa dotychczas głównie w stacji dializ, do której trzeba było jeszcze dotrzeć. Problemy były więc wykrywane z pewnym opóźnieniem. Stres i obawy związane z dializą otrzewnową można zredukować za pomocą **systemu telemonitoringu w postaci zdalnego monitorowania dializy**. Gdy podczas dializy otrzewnowej odnotowywany jest jakikolwiek problem, system zdalnie powiadamia o tym ośrodek dializ. Lekarz od razu po zakończeniu zabiegu może wszystko sprawdzić i odpowiednio zareagować. Za pomocą telemonitoringu personel medyczny może też w razie konieczności zmieniać proces jej prowadzenia przez cykler. A wszystko to z poziomu komputera w klinice lub ośrodku dializ. Pacjent może w tym czasie pozostać w domu.

Najważniejsze atuty telemedycyny

Niewątpliwym plusem telemedycyny jest mniejsza częstotliwość wizyt kontrolnych i zastąpienie ich zdalną komunikacją z lekarzem, o ile to oczywiście możliwe. Dla pacjentów dializowanych otrzewnowo, mieszkających daleko od ośrodka, w stabilnym stanie, zdalne monitorowanie może być bardzo atrakcyjnym rozwiązaniem. Atutem rozwiązań telemedycznych jest możliwość zdalnej edukacji pacjentów i ich rodzin.

Źródło: www.zyciezdializa.pl

Numer materiału: PLMP/MG2/20-0038

Data zatwierdzenia: maj 2020

Niewydolność nerek – czy wiesz, że możesz dializować się w domu?

Wejdź na www.zyciezdializa.pl
i dowiedz się o dializie otrzewnowej
z możliwością zdalnego monitorowania terapii.

Baxter



PLMP/MG2/20-0019, maj 2020



Kawa czy herbata?

Kawa to niezdrowa używka, a herbata, szczególnie ta zielona, to samo zdrowie... Ile prawdy jest w tej powszechnej opinii?

Ponoć ludzie dzielą się na kawoszy i zwolenników herbaty. Ci drudzy, uzasadniając swój wybór, często – poza walorami smakowymi herbaty – powołują się na jej prozdrowotne właściwości. Kawoszom odmawia się tego argumentu, bo przecież każdy słyszał, że ten napój podnosi ciśnienie, sprzyja wrzodom i po prostu do zdrowych nie należy. Kawa przez wiele lat była na cenzurowanym i jako element niezdrowej diety oskarżana o sprzyjanie chorobom cywilizacyjnym. Dziś dzięki wieloletnim badaniom wiemy, że oba napoje przynoszą nam korzyści zdrowotne, choć mają też pewne wady.

Herbata



- Jest źródłem flawonoidów (przeciwutleniaczy), które działają przeciwzapalnie

i wzmacniają naczynia krwionośne. Niestety, związki te ulegają rozkładowi w procesie fermentacji, dlatego najwyższe ich stężenie występuje w herbatach niefermentowanych (zielonej i białej).

- Zawiera witaminy: A, B₁, B₂, C, E i K oraz L-teaninę, związek psychoaktywny, który ma działanie uspokajające, zmniejszające stres i niepokój, stabilizujące nastrój.
- Działa stymulująco na ośrodkowy układ nerwowy: ożywia, niweluje zmęczenie, poprawia koncentrację i szybkość umysłu, a to za sprawą obecności teiny (kofeiny).
- Sprzyja utrzymaniu prawidłowej wagi.
- Przeciwutleniacze zawarte w herbacie zmniejszają ryzyko zachorowania na różne typy raka i działają ochronnie na mózg,

zmniejszając ryzyko choroby Alzheimera i Parkinsona.

- Picie zielonej herbaty sprzyja utrzymaniu zdrowia zębów.
- Zmniejsza ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2.
- Obecne w herbacie garbniki mogą utrudniać wchłanianie niektórych witamin (np. A i witamin z grupy B) oraz żelaza.

Kawa



- Jeśli lepszym źródłem kofeiny niż herbata. Dzięki obecności kofeiny kawa działa stymulująco na ośrodkowy układ nerwowy: ożywia, niweluje zmęczenie, poprawia koncentrację i bistość umysłu.
- Zmniejsza ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2.
- Wykazuje działanie ochronne na wątrobę.
- Zmniejsza ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera i Parkinsona.
- Może powodować niepokój i zaburzać sen.
- Barwi szklisko zębów.

Wynik

Porównując wady i zalety obu napojów, stwierdzić trzeba, że oba są napojami zdrowymi i godnymi polecenia dla osób bez problemów z nadciśnieniem. Badania pokazują, że zarówno kawa, jak i herbata przedłużają życie. Pijąc je należy jednak zachować umiar i wybierać produkty dobre gatunkowo. W przypadku kawy ważny jest też sposób zaparzania. Popularna u nas kawa sypana, tzw. po turecku, zawiera cafestol, który może podnosić poziom cholesterolu. Z tego względu warto kawę filtrować. Istotne jest również to, z czym pijemy nasz ulubiony napój. Dwie trzecie Amerykanów pijących kawę i jedna trzecia pijących herbatę dodaje do napojów cukier, śmietaną, syropy smakowe i inne kaloryczne dodatki. Nie inaczej jest zapewne i u nas, dlatego warto liczyć kalorie i ograniczać dodatki, szczególnie cukier i śmietankę. W przypadku wszystkich ciepłych napojów należy też pamiętać, aby nie pić ich zbyt gorących. Wysoka temperatura napoju (65 stopni i wyżej) może powodować raka przełyku.



ZADBAJ O SWOJE ZDROWIE

WERYFIKUJ INTERAKCJE I ZAŻYWAJ LEKI NA CZAS

DLACZEGO WARTO?



MOBILNA APTECZKA DOZ.PL POZWALA ZAPISAĆ LISTĘ PRZYJIMOWANYCH PREPARATÓW



LISTA LEKÓW JEST SPRAWDZANA PRZEZ FARMACEUTĘ POD WZGLĘDEM MOŻLIWYCH INTERAKCJI



MOBILNA APTECZKA BĘDZIE PRZYPOMINAŁA O KONIECZNOŚCI ZAŻYCIA LEKÓW O OKREŚLONEJ PORZE



Pełna oferta na DOZ.pl

SZUKAJ



Gotowane czy surowe?

Warzywa są niskokaloryczne, dostarczają witamin i błonnika, spowalniają wchłanianie się węglowodanów, a tym samym poposiłkowy wzrost glikemii. Nic więc dziwnego, że powinny być dodatkiem do każdego z pięciu posiłków, jakie powinniśmy spożywać każdego dnia. Warto jednak zadać sobie pytanie, w jakiej postaci spożywać warzywa, czy sposób ich przygotowania może wpłynąć na ich wartość odżywczą?

Te same warzywa mogą mieć różną kaloryczność i różny wpływ na poziom cukru we krwi w zależności czy będziemy je spożywać na surowo czy po ugotowaniu np.

Surowy burak ma indeks glikemiczny (IG) =30, natomiast IG ugotowanego wynosi 65
Marchew surowa IG = 16, po ugotowaniu 50

Powinieneś uważać na zbyt rozgotowane warzywa, ponieważ one mają znacznie wyższy indeks glikemiczny. Dodatkowo gotowanie niszczy niektóre witaminy z grupy B, witaminę C, karoteny itp., które są wrażliwymi na ciepło witaminami rozpuszczalnymi w wodzie. Te warzywa, które można jeść na surowo (ogórki, rzodkiewkę, kapustę, sałatę, rukolę, pomidor, kalarepa) starajmy się spożywać jak najczęściej nieprzetworzone.

Dieta na stabilne cukry

Jeśli chorujemy na cukrzycę to naszym zadaniem jest takie komponowanie posiłków, aby nie powodowały one dużych wahań glikemii. Poza zwracaniem uwagi na ilość zjadanych węglowodanów, ważny jest także ich rodzaj i sposób przygotowania.

Makaron, ryż lub płatki owsiane są węglowodanami, które powodują wyraźny wzrost poziomu glukozy we krwi podczas ich rozkładu. Poposiłkowe hiperglikemie przyczyniają się do rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy. Poprzez odpowiedni sposób przygotowania i podania posiłków węglowodanowych można jednak to ryzyko zminimalizować.

Glukoza z gotowanych produktów skrobiowych, takich jak biały ryż, makaron i ziemniaki, jest wchłaniana bardzo szybko. Te produkty mają wysoki indeks glikemiczny, ale po schłodzeniu pokarmów skrobiowych ich struktura zostaje ponownie uporządkowana, a enzymy trawienne w jelitach nie mogą ich tak łatwo rozbić. Żywność, która została ugotowana, schłodzona a następnie ponownie lekko podgrzana zawiera tzw. skrobię oporną, która nie ulega rozkładowi i zasadniczo staje się błonnikiem.

Gotuj al dente

Jeżeli jesteśmy przy temacie gotowania produktów to istnieje także zależność między czasem gotowania a indeksem glikemicznym. Jeżeli nie chcemy, by poziom cukru przy je-

dzeniu makaronu lub kaszy wzrósł zbyt szybko, to powinniśmy również pamiętać o gotowaniu ich do momentu aż będą jeszcze lekko twarde, czyli ugotowane al dente.

Poza gotowaniem mamy oczywiście też inne metody obróbki np. smażenie, pieczenie. Musisz wiedzieć, że wysoka temperatura i obecność wody podwyższają indeks glikemiczny produktów spożywczych zawierających węglowodany złożone. Gotowanie, pieczenie, smażenie czy inne procesy termiczne stosowane podczas obróbki kulinarnej przyczyniają się do zwiększenia indeksu glikemicznego żywności. Pod wpływem obróbki cieplnej węglowodany złożone rozkładają się częściowo na węglowodany proste i dwucukry o wysokim IG.

Na przykład, gdy spaghetti jest gotowane al dente jego IG wynosi ok. 40 czyli jest zbliżone do IG surowego makaronu. Natomiast gdy spaghetti gotowane jest przez dłuższy czas, jego indeks glikemiczny wzrasta ze względu na żelowanie skrobi i wynosi ok. 55.

Wzrost indeksu glikemicznego następuje podczas ogrzewania wielu produktów zbożowych.

Oto kilka przykładów:

płatki owsiane – IG 40,

owsianka – IG 60;

makaron surowy z pełnej pszenicy – IG 35;

makaron z pełnej pszenicy ugotowany – IG 50;

ryż zwykły – IG 70,

ryż gotowany – IG 85;

Są produkty których oczywiście nie zjemy na surowo np. właśnie ziemniaki, kasze lub ryż

ale te, które możesz zjeść na surowo, to powinieneś je jeść właśnie w takiej postaci, ponieważ wtedy korzystasz z wielu witamin, błonnika czy przeciwutleniaczy.

Pamiętaj o jedzeniu świeżych warzyw w sezonie dostępnych wokół Ciebie, to bez wątpienia pomoże Ci lepiej zapanować nad poziomem cukru we krwi!

Ciekawostki

- Dodawaj orzechy i awokado do sałatek i przystawek – są dobrym źródłem tłuszczu roślinnych
- Cynamon obniża poziom cukru we krwi, zawiera antyoksydanty i wspaniale działa na florę jelitową.
- Zielone warzywa, orzechy, gryka, awokado, zielone banany, przyprawy: kurkuma, czosnek, cynamon, goździki, kakao, owoce jagodowe: maliny, borówki, jagody, winogrona – to fantastyczne źródła witamin, minerałów, błonnika i antyoksydantów

Agnieszka Dylewska

Studentka Wyższej Szkoły
Inżynierii i Zdrowia w Warszawie



Cukrzyca jako choroba ogólnoustrojowa

Cukrzyca to choroba metaboliczna, której jedynym objawem jest zbyt wysoki poziom cukru we krwi (hiperglikemia). Choć stan ten nie powoduje większych dolegliwości (wiele osób latami choruje na cukrzycę typu 2., nie zdając sobie z tego sprawy), jest bardzo niebezpieczny dla organizmu. Nadmiar cukru uszkadza naczynia krwionośne, prowadząc do rozwoju tzw. późnych powikłań, które dotyczą najważniejszych narządów – serca, naczyń krwionośnych, nerek i oczu.

Późne powikłania cukrzycy rozwijają się w obrębie małych i dużych naczyń krwionośnych, czyli *de facto* dotyczą całego organizmu. U pacjentów z cukrzycą typu 1. częściej pojawiają się nieprawidłowości w obrębie małych naczyń krwionośnych, czyli w siatkówce oka (retinopatia cukrzycowa), w strukturach nerek (nefropatia cukrzycowa) oraz w zakończeniach włókien nerwowych (neuropatia cukrzycowa). Z kolei pacjenci z cukrzycą typu 2. mają większą skłonność do tzw. powikłań makronaczyniowych, czyli w obrębie dużych naczyń krwionośnych. Powikłania te to choroby układu krążenia, takie jak udary, zawały czy zakrzepica

kończyn dolnych. O ile świadomość ryzyka nefropatii czy retinopatii wśród osób z cukrzycą jest znaczna, o tyle zawał lub udar u diabetyka zwykle nie jest łączony z chorobą przewlekłą. A powinien być, gdyż niechlubne statystyki zarówno w Polsce, jak i na świecie nie pozostawiają wątpliwości – pacjenci z cukrzycą najczęściej umierają na choroby układu krążenia. Niezależnie też od coraz lepszych możliwości leczenia, cukrzyca nadal jest najczęstszą przyczyną schyłkowej niewydolności nerek oraz utraty wzroku. Wszystkie te fakty uprawniają do stwierdzenia, że cukrzyca to coś znacznie więcej niż tylko pod-



wyższony poziom cukru we krwi. To choroba metaboliczna, która ma negatywny wpływ na cały organizm.

Ważna równowaga

Glukoza we krwi jest nam niezbędna do życia, ponieważ stanowi rodzaj paliwa zasilającego mózg, bez którego nie jest on w stanie funkcjonować. Problem pojawia się wtedy, gdy cukru we krwi jest zbyt dużo. Wówczas staje się dla organizmu trucizną, niszczącą narządy moczowe, która koroduje metal – powoli, ale systematycznie. To nie przypadek, że uszkodzenia te pojawiają się w oczach, nerkach czy sercu – są to bowiem narządy, które pobierają glukozę niezależnie od insuliny (w odróżnieniu np. od mięśni).

Przy hiperglikemii w struktury tych organów wnika nadmiar cukru, który je niszczy. Jest to proces rozciągnięty w czasie, powikłania powstają nie w wyniku jednostkowych przekroczeń, ale w efekcie kumulacji wieloletnich, w szczególności przewlekłych hiperglikemii. Początkowo powikłania nie dają żadnych objawów. Na tym też polega podstępny charakter cukrzycy – zarówno wysoki poziom cukru we krwi, jak i szkody, jakie wyrządza, często przebiegają w utajeniu. Dopiero kiedy powikłania są w zaawansowanym stadium, pacjent zaczyna odczuwać dolegliwości. A niestety, im większe zmiany, tym gorsze rokowania.

Diabetyk u kardiologa

Statystyki wykazują, że prawdopodobieństwo zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych u pacjentów z cukrzycą jest porównywalne z tym, jakie występuje u osób bez cukrzycy, ale z chorobą wieńcową po przebytych zawałach serca. Cukrzyca nasila procesy zapalne, w wyniku których powstają blaszki miażdżycowe, w ten sposób przyspiesza rozwój miażdżycy. Ta stopniowo zwęża średnicę naczyń wieńcowych. W ten sposób utrudnia przepływ krwi wraz z substancjami odżywczymi do serca i prowadzi do rozwoju choroby niedokrwiennej serca.

Blaszki miażdżycowe u diabetyków są niestabilne, łatwo ulegają oderwaniu, zwiększając ryzyko zawału i udaru. Innymi słowy każdy

diabetyk (w szczególności z cukrzycą typu 2., która stanowi około 90% przypadków tej choroby) powinien być traktowany jak pacjent kardiologiczny. A co za tym idzie, oprócz monitorowania glikemii, pacjenci muszą zwracać uwagę także na czynniki ryzyka dla serca – poziom ciśnienia tętniczego, cholesterolu i trójglicerydów, masę ciała oraz ewentualne palenie papierosów, które przy cukrzycy jest niemalże tak samo szkodliwe jak przewlekłe przecukrzyczenie.

Retinopatia

– uszkodzenia siatkówki oka powodowane hiperglikemią. O zaawansowanej retinopatii mogą świadczyć m.in.: pogorszenia się ostrości wzroku, „muszki” w polu widzenia, załamywanie się linii prostych, zniekształcone formy, wyblakłe kolory, nagła utrata widzenia centralnego. Leczenie sprowadza się do poprawy kontroli metabolicznej cukrzycy, niekiedy stosuje się laseroterapię.

Nefropatia

– uszkodzenia w strukturach nerek spowodowane nadmiarem glukozy. Obecność i stopień zaawansowania nefropatii można określić przez badania laboratoryjne (sukcesywnie obniżająca się wartość GFR – wskaźnika przesączania kłębuszkowego). Rozwojowi nefropatii często towarzyszy wzrost ciśnienia krwi. W najbardziej zaawansowanej postaci choroby pacjent wymaga dializoterapii.

Neuropatia

– uszkodzenia zakończeń nerwowych. W zależności od tego, jakich nerwów dotyczy, jej objawy mogą być bardzo różne, np. zaburzenia erekcji, problemy z nietrzymaniem moczu, tachykardia, uporczywe, silne bóle dłoni i stóp, zaburzone czucie (np. w stopach, pacjent nie odczuwa bólu przy poważnym urazie stopy), przeczulica.

Sebastian Mazur

Zamiast spotkania w Przemyśle...

W czerwcu mieliśmy się spotkać w Przemyśle na obchodach Dnia Diabetyka. Wszyscy cieszyliśmy się na myśl, że będziemy mogli gościć u siebie diabetyków z całej Polski, że pochwalimy się naszym miastem i podzielimy doświadczeniami z pracy w Stowarzyszeniu. Niestety epidemia koronawirusa

pokrzyżowała nasze plany, a nam pozostaje mieć nadzieję, że co się odwlecze, to nie uciecze i nadrobimy zaległości w przyszłym roku. A tymczasem, żeby pokazać choć namiastkę życia naszego Koła, przesyłamy wspomnienia z najciekawszych wydarzeń tego roku.

Wycieczka do Emiratów Arabskich

Grupa diabetyków z Przemyśla i dwie koleżanki ze Śląska wybrała się na rejs statkiem wycieczkowym po Emiratach Arabskich. Statek o długości 306 metrów, posiadający 20 pokładów (pięter) zabierał w rejs 4947 pasażerów i 1253 osób obsługi. W trakcie pobytu w Emiratach zwiedziliśmy Dubaj, Abu Dhabi, Doha w Katarze i Khor Fakkan. Po Abu Dhabi stolicy

Emiratów i Dubaju oprowadzał nas Polak Paweł Gołdych, trudniący się oprowadzaniem wycieczek z Polski. Przewodnik dostarczył nam wiele niesamowitych przeżyć i wrażeń zapoznając nas z historią, kulturą, obyczajami i budowlami tego kraju. Sam pobyt na statku dostarczył nam wielu bardzo pozytywnych przeżyć pod względem wypoczynku i rozrywki.



Bal maskowy

Na koniec karnawału 2020 przemyscy diabetycy postanowili zorganizować bal maskowy. Spotkanie to odbyło się w restauracji hotelu „Accademia” przy dźwiękach muzyki serwowanej przez czteroosobowy zespół muzyczny. Część osób przebrała się w stroje z różnych czasów, dając przegląd mody dawnych epok. Niektórzy przebrali się tak, że ciężko było ich rozpoznać.

Ogłoszono konkurs na najlepsze przebranie, który wygrała „BIAŁA DAMA”. Drugie miejsce zajęł muszkieter D'ARTAGNAN.

Zabawa przebiegała w bardzo miłej atmosferze. Diabetycy z innych zamiejscowych kół

mili okazję poznać się bliżej i wymienić się doświadczeniami w pracy społecznej dla środowiska diabetyków.



Lilly

Życ tak normalnie,
jak to możliwe.



www.edukacjawcukrzycy.pl

Od ponad 40 lat istnienia Eli Lilly w Polsce dokładamy wszelkich starań, by osoby z cukrzycą mogły żyć tak normalnie, jak to możliwe.

Z myślą o nich i ich opiekunach stworzyliśmy **PORTAL EDUKACYJNY** www.edukacjawcukrzycy.pl zawierający praktyczne materiały i poradniki przygotowane we współpracy z profesjonalnym zespołem lekarzy diabetologów.

Eli Lilly Polska Sp. z o.o.
ul. Żwirki i Wigury 18 A
02-092 Warszawa

Tel.: +48 22 440 33 00
Fax: +48 22 440 35 50

PP-LD-PL-0276

Dzień Kobiet w Przemyślu

Zarząd PSD Przemyskiego Koła Terenowego nr 15 zorganizował w restauracji Marko spotkanie integracyjne z okazji Dnia Kobiet.

W spotkaniu tym uczestniczyły Panie wraz z towarzyszącymi im Panami z kół zrzeszonych w PSD Regionie Ziemi Przemyskiej, a mianowicie z Cieszanowa, Oleszyc, Koła nr 2 i 15 z Przemyśla.

Spotkanie otworzył Prezes Jan Zrajko, który złożył Paniom życzenia z okazji tego spotkania. Następnie zabrała głos Przewodnicząca Rady Miasta Przemyśla Ewa Sawicka, która jest jedną z założycieli tego Koła składając wszystkim Paniom serdeczne życzenia i odczytała życzenia przesłane dla naszych Pań od Prezydenta Miasta Przemyśla.

Gośćmi zaproszonymi byli pan Piotr Bielawski wraz z Panią Rimmą Zaleszczyk z Instytutu Podologicznego, który posiada swoje placówki na terenie Warszawy, Rzeszowa, Tarnowa i Przemyśla.

Właściciel instytutu Pan Piotr Bielawski złożył Paniom życzenia i wygłosił wykład na temat

profilaktyki stóp diabetyków. Wykład poparty był slajdami oraz przykładami z działalności instytutu ratującymi diabetyków przed amputacją kończyn. Przykładem z naszego regionu jest Pani Anna Różak z Jarosławia, osoba ociemniała po przeszczepie nerki, którą Instytut Pana Bielawskiego uratował przed amputacją palca prawej stopy.

Ponadto Pan Bielawski ufundował wszystkim zebranych zaproszenia na zabiegi podologiczne o wartości około 30 000 złotych.

Spotkanie nasze odbyło się przy ciastku, kawie, herbacie, gorącym posiłku i tradycyjnej lampce szampana.

Prezenty dla wszystkich zebranych w postaci zaproszenia na bezpłatne zabiegi podologiczne, suplementy diety OMEGA 3 coś słodkiego i tradycyjnego czerwonego goździka dla Pań wręczył Prezes Jan Zrajko wraz z Wiceprezesem Januszem Muszem.

Po oficjalnej części nastąpiła zabawa przy dźwiękach czteroosobowego zespołu muzycznego.



Opłatek wielokulturowy

Przemysł to miasto kilku wyznań i obrządków z przeważającą częścią rzymskokatolików, grekokatolików i prawosławia. Jest miastem otwartym i przyjaznym dla mieszkańców i przyjezdnych, bez względu na orientację polityczną, wyznanie czy narodowość.

PSD Przemyskie Koło Terenowe nr 15 ma w tym też swój wkład, ponieważ jest współorganizatorem corocznych opłatków wielokulturowych w ramach działalności Przemyskiego Konwentu Społeczno Gospodarczego, którego jest członkiem. W spotkaniach tych uczestniczą posłowie Sejmu różnych partii, przedstawiciele władz wojewódzkich, powiatowych, miejskich, Konsul Honorowy Ukrainy, przedstawiciele Lwowa oraz duchowieństwo w/w wyznań wraz ze swoimi wiernymi.

W trakcie takich cyklicznych spotkań, w których uczestniczy około 300 osób, wszyscy dzielą się opłatkiem i składają sobie wzajemnie życzenia.

Nie brakuje akcentów artystycznych w wykonaniu lokalnych artystów, uroczystej kolacji z niektórymi potrawami wigilijnymi, po której następuje wspólna zabawa noworoczna.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że dnia 18.05.2020
po długich zmaganiach
z powikłaniami cukrzycowymi
odszedł od nas

JANUSZ BERES



długoletni Prezes Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego oraz członek Zarządu Głównego i Prezydium Zarządu Głównego PSD. Miał 63 lata. W Polskim Stowarzyszeniu Diabetyków działał od lat 80-tych. Niestrudzenie zakładał Koła na terenie Podkarpacia i organizował pomoc dla wszystkich potrzebujących. Na szczeblu Zarządu Głównego przez wiele lat kształtował kierunek rozwoju Stowarzyszenia. Zawsze zaangażowany i niezwykle oddany sprawom Stowarzyszenia i drugiemu człowiekowi.

Wielokrotnie nagradzany i odznaczany wysokimi odznaczeniami, bardzo lubiany, wspaniały kolega, każdemu życzliwy. Jego uśmiech i dobre słowo pocieszało nawet najbardziej zmartwionych. Będzie nam Go bardzo brakowało.

Cześć Jego pamięci!

Anna Śliwińska – Prezes ZG PSD

Andrzej Bauman – Prezes Honorowy PSD

**Andrzej Mielcarek – Prezes Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego PSD
wraz z Zarządem i Kołami Podkarpacia**

Dziękujemy wszystkim, którzy przekazali

1%

PODATKU

na rzecz naszego Stowarzyszenia.

**Obiecujemy nie zawieźć Państwa zaufania.
I choć okres rozliczeniowy się już skończył,
prosimy... nie zapominajcie o nas!**



POLSKIE STOWARZYSZENIE DIABETYKÓW

nr KRS

0000037573