

CUKRZYCA



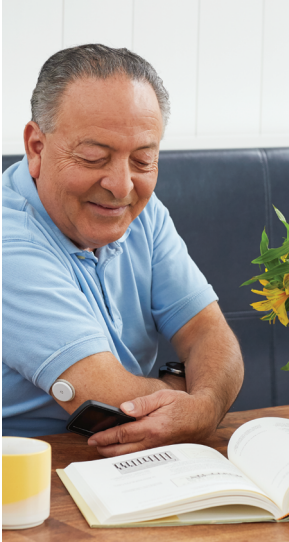
BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW
sierpień 2020

Co dalej
z Lantusem?

Hipoglikemia
a ryzyko sercowo-
naczyniowe

Jak rozpoznać
retinopatię
cukrzycową?





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 GLUKEMII 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

Zbyt niski poziom cukru we krwi to stan, którego obawiają się wszyscy pacjenci z cukrzycą, w szczególności ci leczeni insuliną, u których niedocukrzenia są częstsze i cięższe. W ramach samokontroli cukrzycy musimy zarówno wcześniej rozpoznawać objawy hipoglikemii, jak i umieć na nią prawidłowo zareagować. A badania naukowe nie pozostawiają wątpliwości – jest to stan, który nie tylko zagraża zdrowiu tu i teraz (ciężka hipoglikemia może doprowadzić do utraty przytomności, a w skrajnych przypadkach do śmierci), ale też sprzyja rozwojowi powikłań sercowo-naczyniowych. Zachęcamy do lektury artykułów poświęconych hipoglikemii w tym numerze BI oraz do większego zwracania uwagi na epizody niedocukrzeń. Jeśli zdarzają się one często, warto porozmawiać z lekarzem o zmianach w terapii.



SŁODKIE NOWINKI

Hasło na Światowy Dzień Walki z Cukrzycą	4
Konkurs o Kryształowego Kolibra	5
Symposium Diabetica Expo odwołane	6
Co dalej z Lantusem	6
Koronawirus z pacjenci z chorobami przewlekłymi	8



WARTO WIEDZIEĆ

Jak rozpoznać retinopatię cukrzycową	10
Dlaczego pacjent z cukrzycą to pacjent kardiologiczny	12
Hipoglikemia a ryzyko sercowo-naczyniowe	14
Hipoglikemia – liczy się szybka reakcja	16
Cukrzyca, ale jakiego typu	18
Jak rozpoznać cukrzycę?	20



Z ŻYCIA PSD

Złotoryja gotowa do działania	22
Z ŻAŁOBNEJ KARTY	23

Hasło na Światowy Dzień Walki z Cukrzycą

Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) ustaliła hasło tegorocznego Światowego Dnia Walki z Cukrzycą.

Tematem przewodnim w 2020 roku jest:

CUKRZYCA I PIELĘGNIARKI

celem zwiększenia świadomości faktu, jak ogromną rolę w opiece nad pacjentem diabetologicznym odgrywają pielęgniarki.

Zaś hasło tegorocznego Światowego Dnia Walki z Cukrzycą brzmi:

PIELĘGNIARKI TWOIM WSPARCIEM W LECZENIU CUKRZYCY

Temat przewodni Światowego Dnia Walki z Cukrzycą 2020 to Cukrzyca i pielęgniarki. Kampania ma na celu zwiększenie świadomości faktu, jak kluczową rolę odgrywają pielęgniarki w opiece nad osobami z cukrzycą.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO):

- pielęgniarki stanowią 59% personelu medycznego;
- na świecie pielęgniarstwem zajmuje się 27,9 milionów ludzi, z czego 19,3 miliona to profesjonalne pielęgniarki;
- w 2018 roku na świecie brakowało 5,9 miliona pielęgniarek. 89% deficytu stanowią braki kadrowe w krajach rozwijających się.

Liczba przeszkolonych i zatrudnionych pielęgniarek musi wzrosnąć o 8% rocznie, aby przewyższyć alarmujące niedobory w tym zawodzie do 2030 roku.

Pielęgniarki Twoim wsparciem w leczeniu cukrzycy

Jako że liczba osób chorujących na cukrzycę wzrasta na całym świecie, rola pielęgniarek zyskuje na znaczeniu w zarządzaniu chorobą.



Pielęgniarki są często pierwszymi, a czasami jedynymi osobami z personelu medycznego, z którymi pacjent ma do czynienia, więc jakość ich wstępnej ewaluacji, opieki i leczenia ma wielkie znaczenie.

Pielęgniarki odgrywają ogromną rolę we:

- wczesnym diagnozowaniu cukrzycy i zapewnianiu szybkiej interwencji;
- zapewnianiu przeszkolenia diabetologicznego i wsparcia psychologicznego;
- zwracaniu uwagi na czynniki ryzyka cukrzycy typu 2 celem jej zapobiegania.

Istnieje ogromne zapotrzebowanie na większą ilość edukacji i funduszy celem wyposażenia pielęgniarek na całym świecie w umiejętności, dzięki którym mogą wspierać osoby z cukrzycą oraz te będące w grupie ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2.

Dlatego rząd i system ochrony zdrowia musi zrozumieć znaczenie inwestowania w edukację pielęgniarek. Mając odpowiednie przygotowanie, pielęgniarki mogą stanowić nieocenione wsparcie dla osób z cukrzycą.

Źródło: Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF)



Konkurs o Kryształowego Kolibra

Jak co roku, zapraszamy do zgłaszania kandydatów do prestiżowego konkursu Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków o Kryształowego Kolibra. Nagroda ta cieszy się wysoką renomą i jest najwyższym wyróżnieniem PSD.

Honorujemy nią osoby wyróżniające się swoją działalnością w kategoriach takich jak: **Lekarz Roku, Społecznik Roku, Osobowość Roku** itd, a od ubiegłego roku również w nowych

kategoriach: **Wolontariusz Roku** oraz **Młody Wolontariusz Roku**.

Regulamin konkursu oraz odpowiednie klauzule można pobrać ze strony internetowej www.diabetyk.org.pl

z wpisu w Aktualnościach z dnia 03.08.2020 lub uzyskać z Biura ZG PSD

tel. 22 668 47 19,

mail: sekretariat@diabetyk.org.pl



Wydano przy wsparciu firmy Servier

Symposium Diabetica Expo odwołane

W imieniu organizatorów symposium diabetologicznego Diabetica Expo w Toruniu uprzejmie informujemy, iż planowane na dni 18-19.09

doroczne symposium w tym roku nie odbędzie się ze względu na epidemię koronawirusa i zakaz zgromadzeń.

Co dalej z Lantusem?

W związku ze zbliżającym się zakończeniem terminu obowiązywania decyzji refundacyjnej dla insuliny Lantus, Prezes ZG PSD Anna Śliwińska wystosowała pismo do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o pozostawienie leku w refundacji.



**POLSKIE STOWARZYSZENIE DIABETYKÓW
ZARZĄD GŁÓWNY**

ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

CZŁONEK INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION



Nr rejestru DB-17/239

Warszawa, 26.06.2020r.

**Szanowny Pan
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia**

Szanowny Panie Ministrze,

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków od lat prowadzi działania w trosce i na rzecz pacjentów z cukrzycą. Niezwykle doceniamy, że nasza organizacja jest postrzegana jako partner do rozmów z Ministerstwem Zdrowia. Tym samym, jeszcze raz pragnę ogromnie podziękować Panu Ministrowi i całemu zespołowi za dotychczasowe pozytywne decyzje dotyczące refundacji nowych leków stosowanych w cukrzycy. Jednocześnie, chciałabym uczulić na niezwykle istotną kwestię związaną z jedną z dostępnych dziś terapii: Lantus (insulina glargine).

O wspomniany lek nasze Stowarzyszenie prowadziło wiele lat temu długie i trudne starania. Według ostatniego obwieszczenia Ministra Zdrowia wraz z końcem sierpnia br. kończy się termin obowiązywania decyzji refundacyjnej dla tej insuliny. W związku z tym, PSD wysłało zapytanie do podmiotu odpowiedzialnego (firmy Sanofi) o działania

jakie firma podejmuje w związku z planowanym przedłużeniem refundacji dla insuliny Lantus. Niniejszym zwracamy się również z prośbą o podobną informację do resortu zdrowia.

W tym miejscu, w imieniu pacjentów diabetologicznych pragnę wyrazić swoje zaniepokojenie odpowiedzią, jaką otrzymaliśmy od podmiotu odpowiedzialnego. Według przekazanych nam informacji, Komisja Ekonomiczna negatywnie oceniła dalszą refundację leku. Niepokoją nas również niektóre wypowiedzi medialne Pana Ministra, mówiące o rewizji programów lekowych oraz możliwym zaprzestaniu refundacji dla poszczególnych leków z listy aptecznej. Sytuacja nas niepokoi, szczególnie gdy może dotyczyć leku, który jest określany jako „złoty standard leczenia” w diabetologii i o dostęp do którego walczyliśmy tak długo.

Wiemy jak bardzo pacjenci diabetologiczni wrażliwi są na każde zmiany na listach refundacyjnych. W marcu br. nastąpił wzrost dopłat pacjentów do insuliny ze względu na zmiany podstawy limitu, co wywołało ogromne poruszenie wśród diabetyków i ich rodzin. Usunięcie z listy leku Lantus pewnością wywołałoby podobne emocje. Warto zaznaczyć, że ten lek jest wygodny i łatwy w użyciu – co również ma duże znaczenie dla pacjentów. Pacjenci chorzy na cukrzycę typu 2 zazwyczaj są seniorami, mają swoje przyzwyczajenia do stosowanych leków, które niezwykle ciężko jest zmienić i mogłoby to spowodować u nich niepotrzebny stres, nerwy i niezrozumienie tej sytuacji.

Nie bez znaczenia pozostaje również trwająca pandemia COVID-19. Zmiany na listach leków refundowanych wymagałyby wizyt i dodatkowych konsultacji u lekarzy – czego pacjenci diabetologiczni powinni i chcą na razie unikać, gdy tylko jest taka możliwość. Pacjenci chorzy na cukrzycę są w grupie szczególnego ryzyka zachorowania i ciężkiego przebiegu COVID-19 z uwagi na chorobę przewlekłą oraz często zaawansowany wiek, dlatego tym bardziej powinni unikać teraz stresu.

Biorąc pod uwagę powyższe, zwracam się z uprzejmą prośbą o utrzymanie refundacji insuliny Lantus. Głęboko wierzę, że Ministerstwo Zdrowia podejmie kolejną dobrą decyzję dla pacjentów diabetologicznych.

Anna Śliwińska

Anna Śliwińska

Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Stowarzyszenia
Diabetyków

ul. Wiosny Ludów 77
02-495 Warszawa
tel./fax 22 668 47 19
sekretariat@diabetyk.org.pl

www.diabetyk.org.pl
KRS 0000037573
NIP 554-031-30-24
REGON 001104948

konto: Raiffeisen Polbank
46 1750 0012 0000 0000 3229 8044



Koronawirus sparaliżował leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi?

Pandemia wywołana koronawirusem pokazała, że rozwiązania telemedyczne są niezbędnym narzędziem w leczeniu pacjentów przewlekle chorych. Eksperci są zgodni: konsultacje on-line sprawdzają się w monitorowaniu pacjentów z chorobami przewlekłymi. I apelują do nich – przerywajcie terapii!

Ochrona zdrowia musi zmieniać się i odpowiadać na realne potrzeby lekarzy oraz pacjentów. – *Nie może być skostniałym tworem, szczególnie, że mówimy o zdrowiu. Lekarze nie tylko powinni mieć szeroki wachlarz terapeutyczny, ale także narzędzia IT, usprawniające ich pracę* – zaznacza Piotr Miluski, ekspert rozwiązań telemedycznych w LekSeek. – *Pandemia przyspieszy wprowadzenie różnych rozwiązań telemedycznych do codziennego użytku, co powinno przełożyć się na lepsze zdrowie pacjentów* – dodaje lek. Filip Diks, kardiolog.

Technologie cyfrowe „zatroszczyły się” o pacjentów w czasie COVID-19

Sytuacja spowodowana COVID-19 pokazała, że polska opieka zdrowotna musi zmierzać w kierunku rozwiązań telemedycznych, takich jak e-wizyty. – *Telemedycyna powinna być jednym z elementów ochrony zdrowia. Myślę, że wideokonsultacje mogłyby uzupełnić lukę spowodowaną problemem w dostępie do specjalistów. Należy szukać możliwości, aby pacjenci z chorobami przewlekłymi, jak łuszczyca czy ŁZS, mieli właściwą opiekę i leczenie* – podkreśla Dagmara Samselska, przewodnicząca Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS. – *W obliczu pandemii nowoczesne technologie są nieocenionym wsparciem w leczeniu pacjentów. Nie tylko zwiększyły bezpieczeństwo personelu medycznego i pacjentów, ale przede wszystkim pozwoliły uniknąć paraliżu ochrony zdrowia. Pacjenci nie zostali bez opieki z dnia na dzień; otrzymali alternatywę – wizyty on-line – kontynuuje Piotr Miluski.*

Według Filipa Diksa, warto implementować nowoczesne technologie cyfrowe w placówkach medycznych. – *Konsultacje zdalne świetnie sprawdzają się u pacjentów, których leczyć od lat i nie wymagają obecnie wykonania specjalistycznych badań, jak: EKG, echo serca. Podczas wizyty mogą omówić wyniki badań, wystawić e-receptę, zaplanować dalsze leczenie lub je zmodyfikować.*

Nierzadko e-wizyta, która pozwala na szybką konsultację, może uchronić pacjenta przed hospitalizacją – zaznacza lekarz.

Podobnego zdania są organizacje pacjenckie. Jednym z warunków efektywnego kontrolowania objawów, w przypadku schorzeń przewlekłych, jest regularny kontakt z lekarzem prowadzącym, a także świadomość, że możemy skorzystać z konsultacji wtedy, kiedy mamy wątpliwości co do skuteczności terapii. – *Lekarz w razie potrzeby mógłby zmieniać terapię, a to pozwoliłoby na bieżąco optymalizować leczenie. Kontakt za pośrednictwem narzędzi telemedycznych dałby także chorym, mieszkającym poza zasięgiem ośrodków klinicznych, możliwość konsultacji ze specjalistą prowadzącym bardziej zaawansowane leczenie. W przypadku chorych na łuszczycę, umiarkowaną – ciężką, mógłby zwiększyć ich szanse na adekwatne leczenie, jakim w części przypadków są terapie biologiczne. Bezpośrednie spotkanie z lekarzem jest jednak niezbędne przy pierwszym kontakcie, a także na etapie diagnozy* – wyjaśnia Dagmara Samselska, przewodnicząca Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS. – *Doświadczenia naszych pacjentów pokazują, że konsultacje na odległość nie tylko oszczędzają czas, są wsparciem dla osób niepełnosprawnych mających problemy z poruszaniem lub wymagających asysty, ale także usprawniają dostęp do specjalisty. Pamiętajmy, że czasami na powiat przypada jeden diabetolog – dodaje Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.*

Stały monitoring zwiększa bezpieczeństwo

Opieka na odległość jest możliwa dzięki urządzeniom rejestrującym parametry życiowe, np.: stężenie glukozy we krwi, ciśnienie, tętno i masę ciała. Duża część z tych urządzeń posiada możliwość przesyłania wyników badań do lekarza. – *Pacjenci z cukrzycą, przy pomocy nowoczesnych systemów do samokontroli, prze-*

kazują lekarzowi parametry dotyczące ich stanu zdrowia. To ogromne udogodnienie, dzięki któremu lekarz może szybko modyfikować leczenie, jeśli zachodzi taka potrzeba – mówi Anna Śliwińska.

O tym, że usługi telemedyczne to szansa na skrócenie czasu reakcji na zagrożenia zdrowia i życia, jest przekonany dr Michał Gontkiewicz. Jednocześnie ekspert dodaje, że tego rodzaju świadczenia pozwalają zadbać o komfort psychiczny i dają poczucie bezpieczeństwa. – *Wideokonsultacje niwelują stres u pacjentek obawiających się zaburzenia ciągłości leczenia. To szczególnie ważne, gdy opiekujemy się przyszłymi mamami, które martwią się nie tyle o siebie, co o dziecko. Poza możliwością zdalnego omówienia wątpliwości i problemów, które pojawiły się między wizytami, mogą także przedłużyć e-receptę na leki stałe lub dokonać modyfikacji terapii* – tłumaczy dr Michał Gontkiewicz, ginekolog i przewodniczący zespołu ds. monitorowania naruszeń w ochronie zdrowia w Okręgowej Radzie Lekarskiej.

Pandemia nie zlikwidowała chorób przewlekłych

I to właśnie ten nadzór medyczny, cykliczny kontakt z lekarzem, jest niezwykle ważny u osób borykających się z chorobami przewlekłymi. Doświadczenia kardiologa pokazują też, że Polacy są otwarci na e-wizyty. – *W czasie największych restrykcji związanych z pandemią blisko ⅓ wizyt przeprowadziłem on-line. Co ciekawe, nie zaobserwowałem różnic w podejściu do zdalnych porad związanych z wiekiem pacjenta. Starszym osobom często dzieci lub wnuki pomagały w kwestiach technicznych* – mówi lek. Filip Diks.

Niestety jest też grupa pacjentów, która rezygnuje z kontynuowania terapii. Tak też jest w przypadku osób chorych na osteoporozę, które masowo zaprzestają leczenia. Często robią to nieświadomie, kieruje nimi strach przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Prof. Ewa Marcinowska-Suchowierska podkreśla jednak, że zostanie w domu i brak konsultacji lekarskiej zdalnej czy też w gabinecie jest niebezpieczne dla organizmu. Pandemia nie zlikwidowała chorób przewlekłych, dlatego nawet w tak trudnym dla nas czasie powinniśmy zadbać o swoje zdrowie. – *Osteoporoza, tak jak każda choroba przewlekła, wymaga prze-*

strzegania zaleceń lekarskich i systematycznego leczenia. Zaprzestanie terapii wiąże się nie tylko ze zwiększonym ryzykiem złamań, ale może prowadzić nawet do śmierci – ostrzega prof. Ewa Marcinowska-Suchowierska, przewodnicząca Zespołu Ekspertów ds. Osteoporozy przy Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. I apeluje do pacjentów z osteoporozą: *Korzystajcie z rozwiązań telemedycznych. Nie przerywajcie leczenia, poproście o e-receptę, bądźcie w stałym kontakcie z lekarzami i pielęgniarkami środowiskowymi, które w razie potrzeby odpowiedzą, jak zaaplikować dane lekarstwo.*

Odczarujmy pojęcie telemedycyny wśród pacjentów

Mimo że zrobiliśmy krok milowy w telemedycynie, to jak pokazuje powyższy przykład, należy podjąć działania edukacyjne skierowane do pacjentów. – *Myszę, że powinny być one adresowane przede wszystkim do seniorów, którzy nie poruszają się biegle po nowych technologiach. Często problemem dla nich jest znalezienie w internecie choćby numeru telefonu do przychodni* – mówi Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Według dr Michała Gontkiewicza, lęk i niepewność wobec telemedycyny w dużej mierze wynika z niezrozumienia idei tego rozwiązania. – *W czasie takiej porady nie wykonamy USG, nie przeprowadzimy badania fizykalnego, ale pamiętajmy, że podstawą medycy od zawsze był, jest i będzie dobrze przeprowadzony wywiad medyczny i na tej podstawie w wielu przypadkach można postawić diagnozę i włączyć leczenie bez zbędnej zwłoki. Jeśli nawet w danym przypadku potrzebne jest zbadanie pacjenta w gabinecie, to za pomocą narzędzi IT możemy przeprowadzić wstępną ankietę, dotyczącą objawów, zapewniając bezpieczeństwo tej osobie oraz innym pacjentom na terenie poradni. I to, w mojej ocenie, powinno być przekazywane naszym pacjentom, żeby odczarować temat telemedycyny* – tłumaczy lekarz.

Podobnym podejściem do usług telemedycznych kieruje się ekspert z LekSeek. – *Nawet najlepsze rozwiązania IT nie zastąpią lekarzy i pielęgniarek. Nie taka też jest ich rola. Nowe technologie mają usprawniać pracę personelu medycznego, ale nigdy nie podejmą za niego decyzji* – podsumowuje Piotr Miluski.

Jak rozpoznać retinopatię cukrzycową?

Cukrzycowa choroba oczu (retinopatia) to schorzenie siatkówki, które rozwija się pod wpływem wysokiego poziomu cukru we krwi u osób chorujących na cukrzycę. Początkowo powikłanie to nie daje żadnych objawów, co znacznie utrudnia jego rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Nieleczona retinopatia może znacznie pogarszać jakość widzenia, a nawet doprowadzić do utraty wzroku. Jak rozpoznać retinopatię cukrzycową i jak się przed nią chronić?

Retinopatia cukrzycowa to najczęściej pierwsze z powikłań mikronaczyniowych, które pojawiają się u pacjentów z cukrzycą. Są na nią narażone osoby z cukrzycą typu 1, jak i cukrzycą typu 2. Ryzyko rozwoju retinopatii wzrasta wraz z czasem trwania cukrzycy.

Retinopatia rozwija się nie w wyniku samego faktu chorowania na cukrzycę ale z powodu utrzymującej się hiperglikemii. Im lepsze wyrównanie metaboliczne choroby, tym większe szanse na uniknięcie tego powikłania.

Podwyższony poziom cukru we krwi działa niekorzystnie na naczynia krwionośne, w tym na drobne naczynia siatkówki oka. Komórki, z których zbudowane jest oko nie potrzebują insuliny, by pobrać glukozę z krwi. Kiedy glukozy jest dużo (hiperglikemia) niszczy ona struktury oka. Często hiperglikemia, ale też duże wahania cukru powodują szereg patologicznych sytuacji: pękanie naczyń krwionośnych w oku, wylewy krwi do ciała szklistego, obrzęk plamki czy tworzenie się nowych, nieprawidłowych naczyń krwionośnych. W zaawansowanej postaci retinopatii cukrzycowej może dojść do odwarstwienia siatkówki.

Podstępny charakter retinopatii

Retinopatia, tak jak i pozostałe powikłania mikronaczyniowe, rozwija się latami, w początkowym okresie nie dając żadnych objawów. Pierwszym zmianom na dnie oka wynikającym z retinopatii, np. wylewom mikronaczyniowym, zwykle nie towarzyszą żadne zaburzenia widzenia. Powikłanie to może natomiast zdiagnozować okulista na podstawie odpowiednich badań.

Odczuwalne dla pacjenta problemy ze wzrokiem pojawiają się dopiero wówczas, gdy zmiany w oku są bardzo zaawansowane. To dlatego tak ważne jest, by osoby chorujące na cukrzycę regularnie chodziły do okulisty na badanie dna oka. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego:

- pacjent z cukrzycą typu 2, który nie ma cech retinopatii, powinien odwiedzać okulistę raz w roku od momentu rozpoznania u niego cukrzycy
- pacjent z cukrzycą typu 1 powinien wykonywać badania kontrolne u okulisty raz w roku, pierwsze po 5 latach od wykrycia choroby

Niezależnie od tych wizyt, diabetycy powinni zgłaszać się do okulisty, gdy pojawiają się jakiegokolwiek problemy ze wzrokiem.

Objawy retinopatii cukrzycowej

Do najbardziej typowych objawów zaawansowanej retinopatii zalicza się:

- utratę ostrości widzenia;
- pojawienie się czarnych punkcików/plamek w polu widzenia, które poruszają się wraz z ruchem gałki ocznej;
- pojawienie się większej, nieregularnej plamy w polu widzenia;
- częściową lub całkowitą utratę wzroku;
- zmianę w postrzeganiu kolorów (kolory wydają się wyblakłe);
- załamywanie się lub falowanie linii prostych;
- widzenie przedmiotów/osób w sposób zniekształcony

Różne objawy, mogące świadczyć o retinopatii cukrzycowej wynikają z różnych zmian, jakie zachodzą w obrębie siatkówki oka w wyniku hiperglikemii. Przykładowo czarne punkciki (muszki) w polu widzenia to najczęściej efekt krwotoku przedsiatkówkowego, czyli wysięku krwi z pękniętego naczynia krwionośnego do ciała szklistego. Plama w polu widzenia, czy to w jego centrum, czy na obrzeżach to najczęściej objaw częściowego odwarstwienia siatkówki. W przypadku odwarstwienia całej siatkówki, następuje całkowita utrata zdolności widzenia w oku. Za załamywanie się linii prostych, wyblakłe kolory czy zniekształcone formy najczęściej odpowiada cukrzycowy obrzęk plamki.

Zarówno odwarstwienie siatkówki, jak i obrzęk plamki świadczą o zaawansowanej retinopatii cukrzycowej i są bezpośrednim zagrożeniem utraty wzroku.

Czy zmiany wynikające z retinopatii można cofnąć?

Początkowy etap retinopatii, który polega na pękaniu drobnych naczyń krwionośnych i tworzeniu się wybroczyn z krwi, które nie wpływają na jakość widzenia, ale są zauwa-

żalne podczas badania dna oka, to tzw. retinopatia prosta. Ten etap zmian chorobowych można cofnąć, pod warunkiem poprawy wyrównania cukrzycy. W takiej sytuacji warto zadbać o glikemię i powtórzyć badanie za 3-4 miesiące. Po tym czasie może okazać się, że na dnie oka nie ma żadnych objawów świadczących o retinopatii. U części pacjentów z cukrzycą retinopatia pozostaje na takim etapie – na dnie oka okresowo pojawiają się i znikają wybroczyny, czyli mikrowylewy z pękniętego naczynia krwionośnego.

U części diabetyków, cukrzycowa choroba oczu rozwija się do postaci proliferacyjnej. Polega ona na tworzeniu się nowych naczyń krwionośnych, które są bardzo słabe, z dużą tendencją do pękania. Im więcej patologicznych naczyń krwionośnych w oku, tym większe ryzyko wylewów przedsiatkówkowych oraz odklejenia się siatkówki. Retinopatii proliferacyjnej nie da się wyleczyć, ale można zatrzymać jej rozwój.

Pacjent ze stwierdzoną retinopatią proliferacyjną powinien być pod opieką okulisty i diabetologa. Okulista regularnie monitoruje stan oczu oraz tak dobiera leczenie, aby nie dopuścić do dalszych niekorzystnych zmian w oku.

Małgorzata Marszałek





Dlaczego pacjent z cukrzycą to pacjent kardiologiczny?

Przystępując do leczenia chorego na cukrzycę typu 2, trzeba postawić sobie za cel nie tylko wyrównanie glikemii, ale także ochronę jego układu krążenia. Choroby serca i naczyń pojawiają się u pacjentów z cukrzycą dużo częściej i wcześniej niż u osób bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Ryzyko dotyczyć może nawet 3 mln Polaków chorych na cukrzycę.

W zapobieganiu przewlekłym powikłaniom cukrzycy bardzo istotną rolę odgrywa wielokierunkowe leczenie, obejmujące wyrównanie glikemii, ale także kontrolę ciśnienia tętniczego krwi, stężenia cholesterolu, funkcji nerek, masy ciała oraz zaprzestanie palenia. Kluczowe znaczenie ma dostęp do optymalnego, nowoczesnego leczenia. Niestety, możliwość konsultacji z diabetologiem jest w Polsce znacznie ograniczona. Pacjenci kierowani są na taką konsultację już w stadium powikłań ze strony serca i naczyń, często w momencie wystąpienia groźnych dla życia sytuacji takich jak zawał serca czy udar mózgu.

Cele i możliwości leczenia cukrzycy

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń zrozumieliśmy, że w leczeniu cukrzycy chodzi przede wszystkim o zapobieganie powikłaniom, w tym śmierci z powodu chorób sercowo-naczyniowych, będących najczęstszą przyczyną zgonów u pacjentów z cukrzycą oraz ogromnym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia.

Poszukiwania nowych leków obniżających poziom cukru, które jednocześnie wpływałyby korzystnie na serce trwały przez długie lata. Dopiero badania nad tzw. flozynami, oraz lekami inkretynowymi wyrzuciły świat diabeto-

logii do góry nogami, w najlepszym tego słowa znaczeniu. Wymienione leki normalizują poziom cukru we krwi, a jednocześnie działają ochronnie na układ krążenia oraz na nerki.

Jak działają flozyny?

Flozyny blokują w nerkach białko, które wychwytuje cukier z moczu. W efekcie nadmiar cukru jest wydalany z moczem. Chorzy, leczeni flozynami, tracą z moczem kalorie (do 300 kcal na dobę) i to pozwala im schudnąć. Ponadto, leki te zmniejszają objętość krwi oraz zwiększają hematokryt. W ten sposób odciążają mięsień sercowy i powodują lepsze zaopatrzenie tkanek w tlen. Jest to najważniejszy mechanizm ich działania. Potwierdzają to badania – największy spadek zgonów kardiologicznych zaobserwowano w grupie pacjentów diabetologicznych z pozawałową niewydolnością serca, przyjmujących flozyny. Leki te zmniejszają też liczbę hospitalizacji z powodu niewydolności serca.

Flozyny działają ochronnie także na nerki. To cenna cecha, bo wydolność nerek ma związek z chorobami serca. Jednak najważniejszy jest fakt, że niektóre z tych leków przedłużają życie u chorych z cukrzycą.

Obecnie, jeśli u chorego zdiagnozujemy cukrzycę, a jest on po zawale lub cukrzyca została rozpoznana u niego w momencie zawału serca, to lekiem pierwszego rzutu powinny być właśnie inhibitory SGLT-2 czyli flozyny.

Jak działają leki inkretynowe?

Leki inkretynowe zwiększają aktywność inkretyn, hormonów, które pobudzają wydzielanie insuliny, hamują apetyt, opóźniają opróżnianie żołądka po spożyciu posiłku. Efekt inkretynowy jest upośledzony u cukrzycy typu 2. Część le-

ków inkretynowych tzw. analogi GLP-1 pełnią funkcję podobną do naturalnych inkretyn: zmniejszają poziom glukozy, powodują zmniejszenie masy ciała, jednocześnie nie powodując wzrostu ryzyka niedocukrzeń. Można je też stosować w połączeniu z insuliną. Warto je podawać u otyłych chorych, szczególnie u tych ze znacznie podwyższonym poziomem hemoglobiny glikowanej i dużym ryzykiem niedocukrzeń. Pośrednio działają one kardioprotekcyjnie, poprzez ograniczenie epizodów hipoglikemii.

Nowe leki w zaleceniach terapeutycznych

Mechanizmy działania oraz badania nad oboma grupami leków są na tyle przekonujące, że w 2019 r. ukazały się zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zgodnie z którymi stały się one wiodącą terapią w leczeniu cukrzycy typu 2. Korzyści z ich stosowania ma szansę osiągnąć duża grupa pacjentów, obciążona ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i kolejnych epizodów kardiologicznych.

Obecnie floszyny są zalecane w celu zmniejszenia częstości występowania powikłań sercowo-naczyniowych, a empagliflozyna dodatkowo, aby obniżyć ryzyko śmierci z powodu serca. Zalecać leczenie w/w lekami mogą i powinni zarówno diabetolodzy, jak i kardiolodzy.

Pod koniec 2019 r. najnowsze leki, zarówno agoniści receptora GLP-1, jak i floszyny uzyskały w Polsce refundację, ale niestety refundacja ta wymaga spełnienia szeregu warunków. Aby włączyć leczenie kardioprotekcyjne pacjent z cukrzycą typu 2 powinien:

- nie stosować jeszcze insuliny,
- być leczony co najmniej dwoma doustnymi lekami obniżającymi stężenie cukru od co najmniej 6 miesięcy,
- mieć HbA1C na poziomie 8% lub więcej
- charakteryzować się bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, rozumianym jako: potwierdzona choroba serca lub uszkodzenie innych narządów (białko w moczu lub przerost komory serca lub uszkodzenie wzroku) lub obecność 3 lub więcej czynników ryzyka zachorowania na serce takich jak: wiek min. 55 lat dla mężczyzn i min. 60 lat dla kobiet, podwyższony

cholesterol, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu lub otyłość.

Dodatkowo w refundacji leków inkretynowych musi być spełnione kryterium otyłości z indeksem masy ciała powyżej 35.

Leczenie bez refundacji lekami inkretynowymi kosztuje około 600 zł miesięcznie, natomiast floszynami ok. 120 zł. Choć zalecamy je pacjentom coraz częściej, wiele osób nadal nie stać na taki wydatek. Tymczasem leki inkretynowe od 10 lat są refundowane w większości krajów europejskich i dlatego są tam popularne.

Lekarze i pacjenci od lat apelują o dostęp do nowoczesnych leków, podkreślając, że na tle innych państw Europy Polska wypada pod tym względem niekorzystnie.

Podsumowując, warto jednak podkreślić, że nadeszły lepsze czasy dla chorych na cukrzycę. Mamy dowody, że niektóre nowoczesne leki nie tylko obniżają stężenie cukru we krwi, ale przede wszystkim wpływają bardzo korzystnie na serce oraz chronią nerki. Omawiane leki okazały się rodzajem daru dla naszych pacjentów, dając nadzieję, na dłuższe i lepsze życie.

Prof. Anna Tomaszuk-Kazberuk



Partner Strategiczny:



Partner Główny:



Hipoglikemia a ryzyko sercowo-naczyniowe



Dla pacjentów z cukrzycą typu 1, zbyt niski poziom cukru we krwi, to niestety problem niemalże codzienny. Szacuje się, że osoby leczone insuliną doświadczają średnio 2 epizodów łagodnych hipoglikemii tygodniowo oraz 1 epizodu ciężkiej hipoglikemii w ciągu roku. Mimo powszechności tego stanu, mało kto zdaje sobie sprawę, że hipoglikemie, nawet lekkie, to nie jedynie problem kontroli samej cukrzycy ale, że to również czynnik bardzo niekorzystnie wpływający na układ sercowo-naczyniowy, znacząco zwiększający ryzyko chorób układu krążenia.

Hipoglikemia to tzw. jatrogenne powikłanie cukrzycy, czyli powikłanie wynikające z leczenia insuliną. Nie da się leczyć cukrzycy insuliną i nie doświadczać hipoglikemii. Problem ten dotyczy zatem wszystkich pacjentów z cukrzycą typu 1 i części chorych z cukrzycą typu 2.

Zbyt niski poziom cukru we krwi budzi obawy pacjentów w każdym wieku. Szczególnie trudnym doświadczeniem jest dla rodziców małych dzieci z cukrzycą.

Mysłąc o hipoglikemii koncentrujemy się w pierwszej kolejności na tym, by ją w porę rozpoznać oraz szybko na nią zareagować. Dzięki temu, że zbyt duże obniżanie się glukozy daje konkretne objawy (tj. wzmożona potliwość, drżenie rąk, niepokój, bladeść skóry, wzmożony apetyt), większość pacjentów z cukrzycą wyczuwa ten stan i reaguje na niego sięgając po węglowodany proste, będące „lekarstwem” na niedocukrzenia. Jednak problem niedocukrzenia nie kończy się w momencie podniesienia glikemii do wartości prawidłowych.

Obecnie coraz większą uwagę zaczyna się przywiązywać do łagodnych hipoglikemii, które mogą nawet pozostawać niezauważone przez pacjentów. Okazuje się, że nawet niewielkie spadki poziomu glukozy poniżej 70 mg/dl powodują niekorzystne zmiany w układzie sercowo-naczyniowym, będąc czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Co się dzieje podczas niedocukrzenia?

Kiedy poziom glikemii spada poniżej 70-80 mg/dl, w układzie sercowo-naczyniowym rozpoczynają się pewne niekorzystne mechanizmy związane przede wszystkim z wydzielaniem katecholamin. Katecholaminy to związki chemiczne występujące określane również jako tzw. hormony stresu; ich stężenie we krwi wzrasta w sytuacji zagrożenia dla organizmu.

Hipoglikemia to dla organizmu niebezpieczeństwo, na które reaguje zwiększonym wydzielaniem hormonów stresu.

W sytuacji niedocukrzenia:

- Zwiększa się zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen
- Następuje wzrost ciśnienia tętniczego
- Następuje aktywacja układu współczulnego, przez co zwiększa się ryzyko zaburzeń rytmu serca
- Zwiększa się ryzyko zaburzeń krzepnięcia krwi (stan prozakrzepowy)

Inaczej mówiąc, hipoglikemia to znaczne obciążenie dla serca, co diabetyków doświadczających niedocukrzeń nie musi dziwić. W sytuacji niedocukrzenia czujemy przecież zwiększone bicie serca, ogólny niepokój i pobudzenie.

Niestety zmiany powodowane przez hipoglikemie mogą stanowić podłoże do rozwoju ciężkich incydentów sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca czy udar mózgu.

Jakie to ma znaczenie dla pacjentów z cukrzycą

Pacjenci z cukrzycą powinni zdawać sobie sprawę, że na rozwój przewlekłych powikłań cukrzycy wpływ mają zarówno hipoglikemia, jak i hiperglikemia. Zbyt wysoki poziom cukru we krwi przyczynia się głównie do rozwoju powikłań mikronaczyniowych, takich jak retinopatia, nefropatia i neuropatia cukrzycowa oraz zwiększa ryzyko rozwoju zaawansowanej miażdżycy. Z kolei hipoglikemia obciąża układ sercowo-naczyniowy. A to oznacza, że dążąc do jak najlepszego wyrównania metabolicznego cukrzycy, nie można sobie „pozwalać” na hipoglikemie, które nie są problemem jedynie „tu i teraz”; ale mają długofalowy wpływ na zdrowie.

Jak uniknąć powikłań cukrzycy?

Szansa na długie życie z cukrzycą bez powikłań nadal zależy od samokontroli choroby. Zadaniem pacjenta jest utrzymywanie tzw. normoglikemii, czyli poziomów glukozy na poziomie zbliżonym do tego, jaki występuje u osób zdrowych. Można powiedzieć, że cel leczenia cukrzycy nie zmienił się od lat, zmieniają się natomiast „narzędzia”, jakimi dysponujemy, aby ten cel osiągnąć. Do obniżenia częstości występowania niedocukrzeń w największym stopniu przyczyniają się:

- Systemy do ciągłego monitorowania glikemii
- Nowoczesne analogi insuliny
- Pompy insulinowe, dzięki którym insulina jest podawana w sposób bardziej fizjologiczny

Warto tutaj zwrócić uwagę na systemy do ciągłego monitorowania glikemii, które choć mają udowodniony pozytywny wpływ na wyrównanie metaboliczne choroby, nadal nie są refundowane wszystkim pacjentom z cukrzycą. Trzeba podkreślić, że podnoszą one nie tylko jakość codziennego życia z cukrzycą, ale przede wszystkim zwiększają efektywność i bezpieczeństwo prowadzonego postępowania, tak krótkoterminowo (bo łatwiej jest zauważyć wszystkie incydenty hipoglikemii i hiperglikemii i szybko na nie zareagować), jak i długoterminowo (mniejsze wahania glikemii i wydłużenie czasu spędzonego w normoglikemii to mniejsze ryzyko rozwoju powikłań w przyszłości).

Wyniki zarówno typowych prób klinicznych jak i obserwacji codziennej praktyki lekarskiej (tzw. Real World Evidence), wskazują, że zastosowanie systemów ciągłego monitorowania glikemii, np. metodą skanowania, pozwala na:

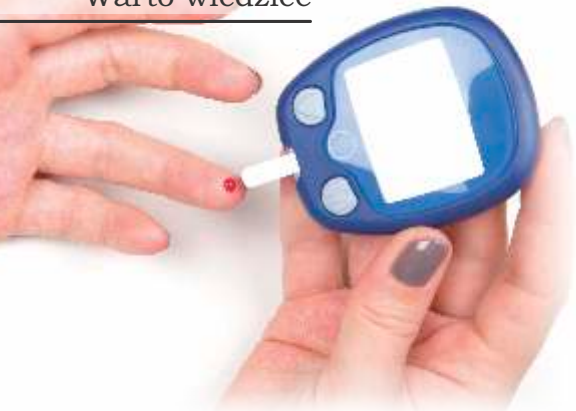
- zwiększenie czasu jaki przebywa pacjent w docelowym zakresie glikemii
- zmniejszenie czasu jaki chory przebywa w hipoglikemii i hiperglikemii
- poprawę wyników hemoglobiny glikowanej (HbA1c)
- potencjalne zmniejszenie ryzyka powikłań cukrzycy (wynikające z redukcji liczby i czasu trwania epizodów hipoglikemii i hiperglikemii a także redukcji zmienności glikemii)
- ograniczenie częstości hospitalizacji z powodu ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy, przede wszystkim hipoglikemii.
- poprawę jakości życia pacjentów z cukrzycą,

Stosowanie systemu ciągłego monitorowania glikemii sprawia, że codzienne funkcjonowanie z cukrzycą jest bezpieczniejsze i bardziej akceptowalne dla pacjentów, ale przede wszystkim zwiększa szansę na uniknięcie powikłań cukrzycy; a to przecież jest głównym celem leczenia tej wymagającej choroby.

Patrycja Bednarz

Na podstawie:

1. „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2020. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 2020,” Diabetologia Praktyczna 2020.
2. T. Battelino i wsp. „Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the International Consensus on Time in Range,” Diabetes Care 2019.
3. J. Bolinder i wsp. „Novel glucose-sensing technology and hypoglycaemia in type 1 diabetes: a multicentre, non-masked, randomised controlled trial.” 2016.
4. T. Dunn i wsp. Ajjan, „Real-world flash glucose monitoring patterns and associations between self-monitoring frequency and glycaemic measures: A European analysis of over 60 million glucose tests,” Diabetes Res Clin Pract. 2018
5. H. Deshmukh i wsp. „Effect of Flash Glucose Monitoring on Glycemic Control, Hypoglycemia, Diabetes-Related Distress, and Resource Utilization in the Association of British Clinical Diabetologists (ABCD) Nationwide Audit,” Diabetes Care 2020.
6. M. Fokkert i wsp. „Improved well-being and decreased disease burden after 1-year use of flash glucose monitoring (FLARE-NL4),” BMJ Open Diabetes Res Care. 2019.



Hipoglikemia – liczy się szybka reakcja

Hipoglikemia, czyli poziom cukru we krwi poniżej 70 mg/dl to stan znany każdemu diabetykowi leczonemu insuliną i części pacjentów z cukrzycą typu 2, stosujących leki doustne. Jednym z wyzwań samokontroli cukrzycy jest więc szybkie rozpoznawanie oraz odpowiednie reagowanie na niedocukrzenie. Pacjenci zawsze są w tym zakresie edukowani, jednak często popełniają błędy, które mogą mieć negatywny wpływ na ich stan zdrowia i samopoczucie.

Choć diabetycy starają się zapobiegać niedocukrzeniom, ich epizody są nieuniknione. Dzięki nowoczesnym lekom, przypadki ciężkich hipoglikemii, wymagających hospitalizacji, są coraz rzadsze. Aktualnym problemem pozostają natomiast niedocukrzenia łagodne i umiarkowane, z których pacjent jest w stanie sam się wyprowadzić.

Do najczęstszych przyczyn hipoglikemii zalicza się:

- zbyt dużą dawkę insuliny bądź leków hipoglikemizujących
- ominięcie posiłku, pomimo przyjęcia insuliny/leków hipoglikemizujących
- nieprawidłowe oszacowanie ilości węglowodanów
- duży wysiłek fizyczny
- biegunkę, wymioty
- spożywanie alkoholu

Ryzyko związane z hipoglikemią

Hipoglikemia jest stanem nieprzyjemnym (z powodu objawów takich jak wzmoczona potliwość, drżenie kończyn, zmiany nastroju, problemy z koncentracją), ale przede wszystkim niekorzystnym dla zdrowia, a w skrajnych przypadkach – zagrażającym życiu.

Zbyt niski poziom cukru we krwi to stan niebezpieczny dla mózgu, dla którego glukoza jest paliwem, niezbędnym do codziennego funkcjonowania. Bez glukozy mózg obumiera. Stąd ciężka hipoglikemia daje objawy z ośrodkowego układu nerwowego, takie jak np. splątanie, problemy z mówieniem czy brak orientacji w terenie.

Jeśli chory z niedocukrzeniem w porę nie przyjmie cukru prostego, grozi mu utrata przytomności. Stan ten jest szczególnie niebezpieczny w czasie snu.



Pamiętaj, aby zawsze nosić przy sobie glukozę na wypadek niedocukrzenia. To „lekarstwo”, które najszybciej podnosi poziom cukru we krwi. Wybieraj glukozę porcjowaną (np. w tabletkach, w sztabkach), aby mieć pewność, ile cukru przyjmujesz.

Coraz więcej wiadomo też o odległych skutkach niedocukrzeń, ich niekorzystnym działaniu na układ sercowo-naczyniowy.

Wszystko to sprawia, że hipoglikemia to poważny stan, którego diabetycy obawiają się nie bez powodu.

Jak radzić sobie z hipoglikemią?

Kiedy cukier spada poniżej 70 mg/dl należy szybko uzupełnić jego deficyt przyjmując odpowiednią dawkę węglowodanów prostych. Najlepiej w takiej sytuacji sprawdzają się produkty w postaci tabletek lub pastylek z glukozą, dekstrozą lub maltodekstryną, czyli którymś z cukrów prostych, bardzo szybko przenikającym do krwiobiegu i podnoszącym glikemię. Wbrew pozorom, a także częściej w praktyce, nie jest dobrze zapobiegać hipoglikemii za pomocą czekolady, batonów czy wafli. Słodycze tego typu wprawdzie zawierają spore ilości cukru, ale zawierają także dużo tłuszczu, a ten spowalnia wchłanianie glukozy. Zatem efekt

podnoszenia glikemii będzie powolny, podczas gdy przy hipoglikemii ważna jest szybka reakcja. Dodatkowo zjadając hipoglikemię słodyczami, oprócz cukru dostarcza się do organizmu sporo kalorii, co jest szczególnie niekorzystne w przypadku pacjentów z cukrzycą typu 2, u których często występuje otyłość.

Poza sięganiem po słodycze, kolejnym błędem pacjentów z niedocukrzeniem jest przyjmowanie zbyt dużych ilości cukru, w efekcie czego, z hipoglikemii wpadają w hiperglikemię.

Zgodnie z wytycznymi PTD w sytuacji niedocukrzenia wystarczy przyjąć 15 g glukozy, po czym należy odczekać 15 minut i po raz kolejny zbadać cukier (tzw. zasada 15/15). Jeśli nadal jest za niski – powtarzamy dawkę 15 g glukozy, jeśli jest w normie, to znak, że hipoglikemia została opanowana. Aby stosować ten sposób „leczenia” hipoglikemii najlepiej sięgać po produkty dedykowane diabetykom, przy których wiemy dokładnie, ile g cukru (bądź WW) zawierają.



łatwa kontrola dawki
1 tabletkę ≈ 0,2 WW

poręczne opakowanie
- idealne do torebki



Glukoza w tabletkach do ssania
suplement diety



Jak rozpoznać cukrzycę?

Objawy cukrzycy znacznie różnią się w zależności od jej typu. O ile cukrzyca typu 1. daje bardzo nasilone symptomy, których ciężko nie zauważyć, o tyle cukrzyca ciążowa nie daje żadnych objawów i diagnozowana jest wyłącznie na podstawie badania poziomu cukru. Cukrzyca typu 2. także przez długi czas może mieć niemy przebieg. Jakie objawy mogą wskazywać na cukrzycę u dziecka, jakie u osób dorosłych?

Objawy cukrzycy typu 1., typu 2. i ciążowej znacznie różnią się od siebie, a różnice te wynikają z różnego nasilenia hiperglikemii. We wszystkich typach cukrzycy problemem jest zbyt wysoki poziom cukru we krwi. Jednak w cukrzycy ciążowej przecukrzenia zwykle są bardzo niewielkie, w cukrzycy typu 2. umiarkowane, w cukrzycy typu 1. – bardzo duże. Im wyższy poziom cukru u osoby z jeszcze niezdiagnozowaną cukrzycą, tym objawy choroby są bardziej nasilone i uciążliwe.

Objawy cukrzycy typu 1

Organizm osoby u której rozwija się cukrzyca typu 1. cierpi na znaczny niedobór bądź brak insuliny, hormonu niezbędnego do prawidłowego odżywiania komórek. Bez insuliny większość komórek i tkanek organizmu „głoduje”, co daje bardzo charakterystyczne i uciążliwe symptomy. Cukrzycy typu 1. nie sposób

„przegapić” czy przez dłuższy czas lekceważyć.

Typowe objawy cukrzycy typu 1.:

- bardzo wzmożone, trudne do ugaszenia pragnienie
- częste oddawanie bardzo dużych ilości moczu
- moczenie nocne, także u dzieci starszych i nastolatków
- utrata masy ciała
- nocne skurcze łydek
- wysuszone błony śluzowe ust i przełyku
- zajady w kącikach ust
- senność, apatia
- nudności
- zapach acetonu (jabłek) w wydychanym powietrzu
- mogą wystąpić trudności z gojeniem się drobnych ran, zadrapań

Najbardziej charakterystyczne objawy cukrzycy typu 1 trudne do ugaszenia pragnienie, które dokucza w dzień i w nocy oraz konieczność bardzo częstego korzystania z toalety, w tym wielokrotnie w ciągu nocy. Jeśli te objawy utrzymują się przez kilka tygodni, zauważalną zaczyna być utrata masy ciała.

W sytuacji występowania w/w symptomów należy skontrolować poziom cukru we krwi oraz w moczu. W cukrzycy typu 1. poziom glikemii przy rozpoznaniu choroby zazwyczaj znacząco przekracza normę (300 mg/dl – 500 mg/dl i więcej), zawsze pojawia się cukier i aceton w moczu.

Objawy cukrzycy typu 2

Zupełnie inaczej objawia się cukrzyca typu 2. W odróżnieniu od cukrzycy typu, nie wynika ona z braku insuliny, ale z jej nieprawidłowego działania. Przebieg cukrzycy typu 2. jest znacznie łagodniejszy, do tego stopnia, że wielu pacjentów przez całe lata nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby. Bardzo często diagnozowana jest ona przypadkiem, np. przy okazji badań kontrolnych w pracy.

Objawy cukrzycy typu 2. zaczynają się pojawiać wraz ze stopniem jej zaawansowania. Jest to choroba o progresywnym charakterze. Początkowo poziom cukru we krwi nieznacznie przekracza normę (okres bezobjawowy), z czasem przecukrzenia są wieszce i pojawiają się symptomy cukrzycy typu 2. Są one jednak znacznie mniej charakterystyczne i mniej nasilone niż w cukrzycy typu 1. Stąd mimo występowania objawów pacjenci znacznie później zgłaszają się do lekarza i później wykonują badanie poziomu glukozy na czczo.

Typowe objawy cukrzycy typu 2.:

- zmęczenie, senność po posiłkach
- zaburzenia widzenia
- świąd skóry
- umiarkowane wzmożone pragnienie (ale nie tak intensywne, jak przy cukrzycy typu 1.)
- częstsze oddawanie moczu
- mrowienie w stopach
- skłonność do czryaków
- zmiany grzybicze na skórze

- skłonność do infekcji intymnych
- powolne gojenie się ran
- stałe zmęczenie i osłabienie
- trudne w leczeniu zakażenia jamy ustnej (pleśniawki, zakażenia drożdżakowe)

Cukrzycę typu 2. także diagnozuje się na podstawie badania poziomu glukozy we krwi. Glikemie są zawyżone, ale nie tak wysokie, jak w przypadku „jedyńki”. Zwykle utrzymują się w przedziale 150 mg/dl – 300 mg/dl, co kwalifikuje do leczenia lekami doustnymi, obniżającymi poziom cukru we krwi.

Ze względu na często bezobjawowy przebieg cukrzycy typu 2., ważne jest aby osoby będące w grupie ryzyka zachorowania, regularnie wykonywały badania kontrolne w kierunku cukrzycy.

Na cukrzycę typu 2. w szczególności narażone są:

- osoby z nadwagą lub otyłe
- osoby o sylwetce typu „jabłko”, u których tkanka tłuszczowa osadza się głównie na brzuchu
- osoby mające wśród krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo) chorych na cukrzycę (obciążenie genetyczne)
- Kobiety, które w czasie ciąży miały cukrzycę ciążową, bądź urodziły dziecko o masie powyżej 4 kg

Objawy cukrzycy ciążowej

Cukrzyca ciążowa (wbrew temu, co można przeczytać w internecie) nie daje żadnych objawów. W tym przypadku poziomy cukru we krwi bardzo nieznacznie przekraczają normę, stąd nie ma mowy o żadnych symptomach choroby. Z tego też powodu badanie poziomu cukru we krwi jest obowiązkowe zaraz po rozpoznaniu ciąży, a jeśli na wczesnym etapie wynik jest prawidłowy, to kolejne badanie wykonuje się między 22 a 24 tygodniem ciąży (krzywa cukrowa). Cukrzyca ciążowa najczęściej wykrywana jest właśnie w drugim trymestrze ciąży. Choć przecukrzenia przy cukrzycy ciążowej zwykle są minimalne, nie mogą być lekceważone. Konieczna są zmiany w sposobie odżywiania się oraz prowadzenie samokontroli glukometrem, ze szczególnym zwracaniem uwagi na cukry po posiłkach.

Cukrzyca, ale jakiego typu?

Cechą wspólną dla wszystkich osób chorujących na cukrzycę jest podwyższony poziom cukru we krwi (hiperglikemia). Powody podwyższonych glikemii, ich zakres oraz sposób leczenia mogą być różne, w zależności od typu cukrzycy. Wyróżniamy: cukrzycę typu 1., cukrzycę typu 2., cukrzycę ciężarnych oraz cukrzycę typu LADA i MODY.

Mówiąc o cukrzycy należałoby zawsze precyzować, jakiego typu cukrzycę mamy na myśli. Bo choć nazwy „cukrzyca typu 1”, „cukrzyca typu 2”, „cukrzyca ciążowa” brzmią bardzo podobnie, tak naprawdę oznaczają różne jednostki chorobowe. Czym różnią się poszczególne typy cukrzycy. Jakie są ich najbardziej charakterystyczne cechy?

Cukrzyca typu 1. – choroba z autoagresji

Cukrzyca typu 1., dawniej nazywana insulinozależną, to choroba autoimmunologiczna. Rozwija się ona w wyniku błędu układu odpornościowego, który z niewiadomych powodów niszczy zdrowe komórki trzustki produkujące insulinę. W wyniku tej autoagresji dochodzi do znacznych deficytów, bądź zupełnego braku insuliny w organizmie. Insulina natomiast jest hormonem niezbędnym do procesów metabolicznych. Dzięki insulinie energia pozyskiwana z pożywienia może być odpowiednio wykorzystane przez komórki organizmu. Ponieważ insulina jest hormonem bez którego przez dłuższy czas nie jesteśmy w stanie funkcjonować, osoby chorujące na cukrzycę typu 1. muszą przyjmować ją z zewnątrz (w postaci wielokrotnych zastrzyków bądź przy pomocy pompy insulinowej).

Cukrzyca typu 1. diagnozowana jest głównie u dzieci i młodzieży. Zawsze daje bardzo charakterystyczne i nasilone objawy, a wynikają one z bardzo dużej hiperglikemii. Cukrzyca typu 1. diagnozowana jest najczęściej przy poziomach cukru znacznie przekraczających 300 mg/dl.

Poza tym, że wymaga leczenia insuliną, wymaga także intensywnej samokontroli. Pacjenci z cukrzycą typu 1. muszą wielokrotnie w ciągu doby kontrolować poziom cukru we krwi i w zależności od aktualnej glikemii podejmować decyzje odnośnie dawek insuliny, diety, czy aktywności fizycznej.

Cukrzyca typu 2. – choroba cywilizacyjna

Cukrzyca typu 2. to przykład schorzenia, która dotyka współczesne społeczeństwa z powodu epidemii nadwagi i otyłości, do których prowadzi niezdrawy styl życia. Osoby z cukrzycą typu 2. zwykle mają nadmierną masę ciała, są mało aktywne fizycznie, a ich dieta obfituje w cukry proste i żywność przetworzoną.

Trzustka osób z cukrzycą typu 2. w momencie diagnozy zwykle wydziela insulinę, ale albo jest jej zbyt mało, by mogła utrzymać właściwy poziom cukru we krwi, albo też insulina nie działa efektywnie z powodu zjawiska zwanego insulinopornością. Ponieważ w tym typie cukrzycy problemem nie jest brak insuliny, ale jej nieprawidłowe działanie, objawy choroby są mało nasilone, a często nie występują one wcale. Cukrzyca typu 2. najczęściej diagnozowana jest przy umiarkowanie podwyższonym poziomie cukru, często wykrywana jest przypadkiem, przy okazji badań przesiewowych.

Leczenie cukrzycy typu 2. zwykle polega na przyjmowaniu leków doustnych, które zmniejszają insulinoporność i zwiększają skuteczność działania własnej insuliny. Część pacjentów z cukrzycą typu 2. po wielu latach choroby także rozpoczyna leczenie insuliną. Integralnym elementem leczenia cukrzycy typu 2. jest odpowiedni sposób odżywiania, który nie powoduje przecukrzeń po posiłkach. Cukrzyca typu 2 dawniej nazywana była insuliniezależną, jednak nie jest to określenie do końca precyzyjne. Pacjenci z cukrzycą typu 2. także przyjmują insulinę, jednak zazwyczaj na dalszych etapach terapii (po 10-15 latach leczenia lekami doustnymi).

Cukrzyca ciążowa

Mianem cukrzycy ciążowej określa się zaburzenia tolerancji glukozy, które po raz pierwszy pojawiły się w okresie ciąży. Podwyższony po-

ziom cukru we krwi u ciężarnych powodowany jest zmianami hormonalnymi wynikającymi z rozwoju płodu.

Do obowiązkowych badań wykonywanych w czasie ciąży, zwykle po 22. tygodniu, zalicza się test obciążenia glukozą. Na jego podstawie stwierdza się, czy organizm dostatecznie radzi sobie z metabolizmem węglowodanów. Cukrzycę ciążową rozpoznaje się, jeśli którykolwiek wynik krzywej cukrowej, czyli glikemia na czczo, godzinę i 2 godziny po posiłku jest nieprawidłowy.

Podwyższone cukry, będące efektem cukrzycy ciążowej zwykle koryguje się przy pomocy diety bogatej opartej o węglowodany złożone, a limitującej cukry proste.

Tylko niewielki odsetek kobiet musi w tym okresie przyjmować insulinę. Cukrzyca ciężarnych zwykle kończy się wraz z porodem. Jednak sama w sobie zwiększa ryzyko rozwinienia się cukrzycy typu 2. w ciągu następnych kilku bądź kilkunastu lat. Dlatego kobiety, które w okresie ciąży miały zdiagnozowaną cukrzycę ciężarnych powinny zmienić tryb życia, dbać

o prawidłową wagę, być aktywne fizycznie, jedynym słowem – stosować intensywną profilaktykę cukrzycy typu 2.

Cukrzyca typu LADA

LADA – to cukrzyca o podłożu autoimmunologicznym, która dotyka osoby dorosłe. Jest zbliżona do cukrzycy typu 1., ponieważ w tym przypadku także zachodzi proces immunologiczny niszczenia komórek beta trzustki. Jednak jest on znacznie wolniejszy niż w przypadku cukrzycy typu 1. Można powiedzieć, że jest to łagodniejsza postać cukrzycy typu 1. Chorzy muszą być leczeni insuliną, jednak przyjmowane przez nich dawki leku są niewielkie, mniejsze są także wahania glikemii.

Cukrzyca typu MODY

MODY – to cukrzyca uwarunkowana genetycznie, która dotyka głównie osoby młodsze (15-35 lat), bez nadwagi i otyłości. MODY w swoim przebiegu przypomina cukrzycę typu 2., ale mylące jest to, że dotyka osób młodszych z a prawidłową masą ciała. Zwykle leczona jest lekami doustnymi, w rzadkich przypadkach wymaga terapii insuliną.



SANOFI

Empowering Life

Złotoryja gotowa do działania

Stowarzyszenie diabetyków w Złotoryi powoli powraca do działalności w trudnym czasie pandemii. Wychodząc naprzeciw obecnym zaleceniom, zarząd koła przystosował biuro zgodnie z wymaganiami sanitarnymi dla bezpieczeństwa wszystkich diabetyków oraz ich rodzin.

W pierwszej kolejności zadbaliliśmy o tablice informacyjne przy wejściu do biura min: zachowaniu odległości przez osoby – oznaczenie naklejek na podłodze, ilości dozwolonych osób w biurze, nakaz nałożenia maseczki przed wejściem do biura, instrukcja dezynfekcji rąk. W dalszej kolejności zadbaliliśmy przy wejściu do biura o stanowisko do dezynfekcji rąk, rękawiczki jednorazowe, a dla zapominalskich maseczki jednorazowe oraz na dużej tablicy informacyjnej umieściliśmy wszystkie wiadomości i instrukcje odnośnie koronawirusa. Na wszystkich biurkach zamontowaliśmy pleksi ochronne oraz podkładki, tak aby można swobodnie zachować środki ostrożności i zdezynfekować powierzchnię nie uszkadzając przy tym mebli. Ograniczyliśmy wystawianie ulotek, a do osobnej gabloty wystawiliśmy niezbędny sprzęt potrzebny dla diabetyka, tak aby za każdym razem nie otwierać wszystkich szafek. Osoby dyżurujące w biurze mają zapewnione maseczki, przyłbice, rękawiczki oraz płyn do dezynfekcji. Wszystkie te zadania mogliśmy wykonać dzięki wspólnej pracy wielu osób, diabetyków i ich rodziny, za ich poświęcony czas, pracę społeczną i pomysły przy remoncie biura, ale przede wszystkim przy dostosowaniu biura do wymagań sanitarnych. Pomogło to nam zaoszczędzić wielu nie potrzebnych kosztów, gdyż nie musieliśmy zamawiać drogich i gotowych materiałów – elementów. Dziękujemy także wychowankom warsztatów stolarskich Zakładu Poprawczego w Jerzmanicach Zdrój za przygotowanie podstaw drewnianych pod pleksi ochronne oraz Aptece Centrum Zdrowia w Zło-

toryi za przekazanie bezpłatnie maseczek jednorazowych.

Każde biuro jest inne i znajduje się w różnych miejscach i często wymaga różnych rozwiązań. Ale w grupie jest siła, bo tam rodzą się pomysły. Zapraszam do udostępniania swoich pomysłów jak Państwo sobie z tym poradzić.

Pamiętaj, że sytuacja odnośnie epidemii zmienia się dynamicznie, więc warto sprawdzać na bieżąco oficjalne komunikaty ze stron rządowych, Głównego Inspektoratu Sanitarnego czy innych instytucji działających na danym terenie: Urząd Miasta, Gminy, Starostwo Powiatowe, Powiatowe Stacje Sanitarne itp.

Zarząd Koła w Złotoryi





Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia 01.06.2020
w wieku 69 lat zmarł

ANDRZEJ DREWNIOK

Wraz z Janem Cyranem i Bronisławem Bacią w latach 80-tych ubiegłego wieku
zakładali Śląski Oddział PSD.

Odznaczony wieloma medalami, bardzo zasłużony dla społeczności,
długoletni członek honorowy PSD.

Od 12. roku życia chorował na cukrzycę typu 1-ego insulinozależną
i walczył z nią przez 57 lat swojego życia.

Cześć Jego pamięci!

Janusz Przytocki - Prezes OR PSD Gliwice

Andrzej Bauman - Prezes Honorowy PSD

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia 21.07.2020
w wieku 71 lat zmarł

BRONISŁAW SZYNCZEWSKI

Prezes i założyciel Koła PSD w Skomlinie,
długoletni członek zarządu Oddziału Rejonowego w Wieluniu, później w Sieradzu.
Wielki działacz społeczny, ceniony kolega, oddany ludziom.

Będzie nam Go bardzo brakowało!

*Wyrazy współczucia Rodzinie i Bliskim składają zarząd i członkowie
Oddziału Rejonowego PSD w Sieradzu oraz Koła w Skomlinie*



Lilly

Żyć tak normalnie,
jak to możliwe.



www.edukacjaucukrzycy.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.edukacjaucukrzycy.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