

CUKRZYCA



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW



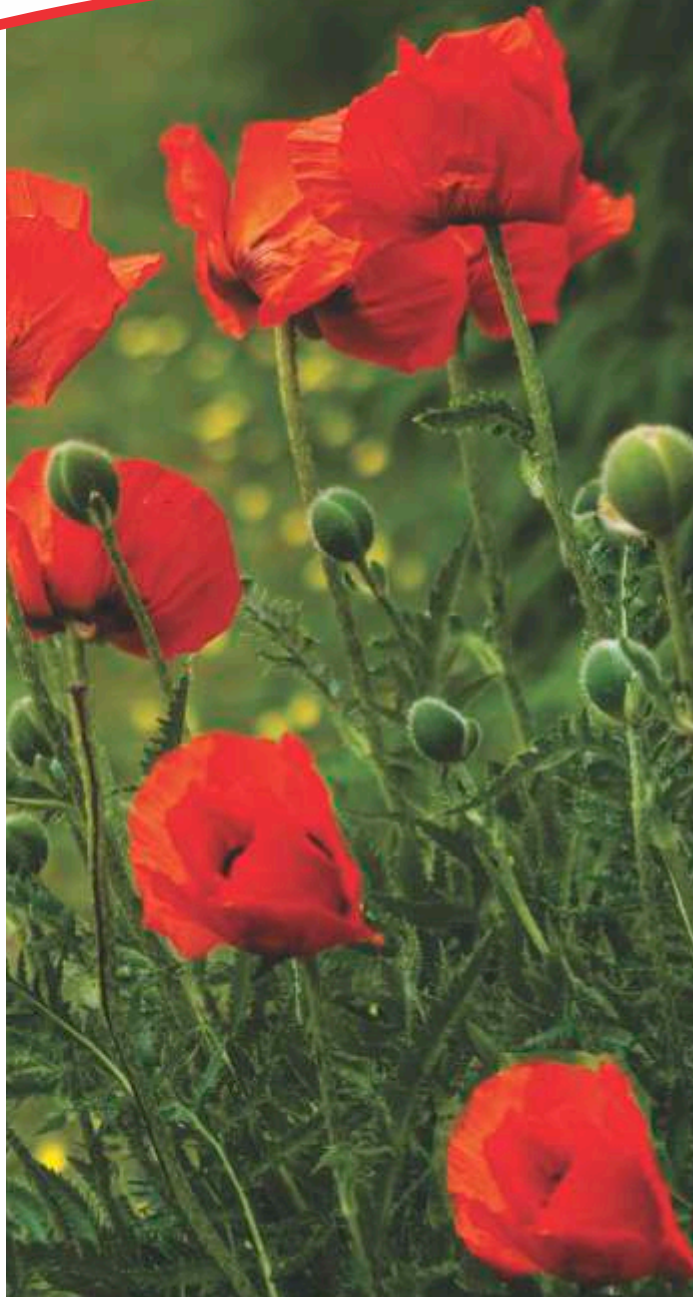
International
Diabetes
Federation

BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW
czerwiec 2021

**Insulina
wczoraj i dziś**

Dieta dla serca

**Wakacje z cukrzycą,
ale nie od cukrzycy**





NOWA JAKOŚĆ MONITOROWANIA GLIKEMII, KTÓRA ZMIENIA ŻYCIE PACJENTÓW

- ✓ Kontroluj poziom cukru **bez nakłuwania palców¹**.
- ✓ Mierz tak często, jak chcesz.
- ✓ Wyniki udostępniaj zdalnie rodzinie i lekarzowi.



FreeStyle
Libre
SYSTEM MONITOROWANIA GLIKEMII FLASH

Zamów bez wychodzenia z domu
na www.libre.pl


life. to the fullest.®
Abbott

Drodzy Czytelnicy

W czerwcu oddajemy w Państwa ręce nasz „tradycyjny” Biuletyn Informacyjny, ale także jego wersję jubileuszową. Pierwsza publikacja pozostaje w duchu edukacyjnym, druga – bardziej wspomnieniowym. A jest do czego wracać, bo przez 40 lat działalności naszego Stowarzyszenia naprawdę sporo się działo.

Święto Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków zbiega się w czasie z setną rocznicą odkrycia insuliny. Stąd w tym i w kolejnych miesiącach sporo będziemy pisać o tym cudzie medycyny, jakim było wynalezienie insuliny. Dzięki niej cukrzyca jest dzisiaj chorobą przewlekłą; wcześniej jej diagnoza była wyrokiem śmierci.

Czerwiec to zatem miesiąc wdzięczności, za to, że żyjemy w „insulinowych” czasach i za to, że jesteśmy jedną z największych i najdłużej działających organizacji pacjentów w Polsce. Cieszymy się też, że pandemia odpuszcza na tyle, że będziemy mogli świętować nasz jubileusz już w lipcu, w Przemyśle.



SŁODKIE NOWINKI

Ogólnopolski Dzień Diabetyka 4

APEL do Ministra Zdrowia o uwolnienie limitów
w AOS 5

INSULINA – ODKRYCIE, KTÓRE ZMIENIŁO WSZYSTKO

Insulina wczoraj i dziś 6

WARTO WIEDZIEĆ

Dieta dla serca 8

Co to jest metabolizm? 10

Jak prawidłowo przyjmować leki 12

Inkontynencja w cukrzycy – doświadczenia
zespołu terapeutycznego 14

Wakacje z cukrzycą, ale nie od cukrzycy 16

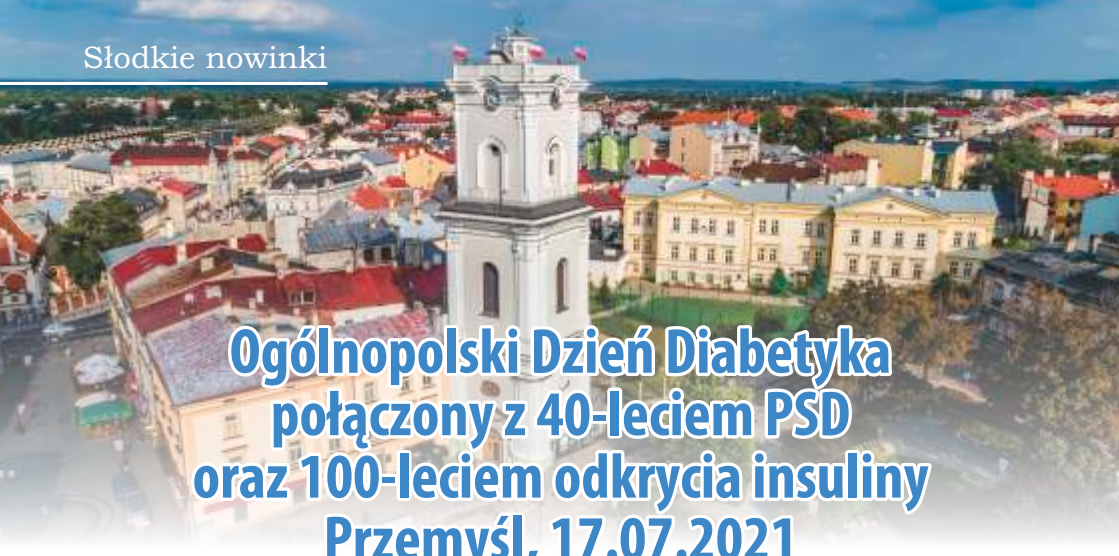
Samokontrola seniora – cele i wyzwania 18

Z GABINETU DIETETYKA

Czy diabetolog nas wyleczy? 20

To i owo o kiełkach – wiosenne inspiracje 22





Ogólnopolski Dzień Diabetyka połączony z 40-leciem PSD oraz 100-leciem odkrycia insuliny Przemyśl, 17.07.2021

Ze względu na poprawę sytuacji oraz znoszenie obostrzeń związanych z pandemią koronawirusa, Zarząd Główny PSD Uchwałą nr 1/3/2021 z dnia 24.05.2021 ustalił, że uroczystość może zostać zorganizowana z zachowaniem limitu uczestników i przy ścisłym uwzględnieniu wytycznych sanitarnych.

Planowane przez władze znoszenie obostrzeń przewiduje możliwość organizowania (od dnia 28.05 br.) imprez okolicznościowych w pomieszczeniach zamkniętych dla 50 osób, przy czym do tego limitu nie wliczają się osoby w pełni zaszczepio-

ne. Wg dostępnych informacji limity i obostrzenia będą w kolejnych tygodniach dalej łagodzone.

W związku z powyższym, decyzją Zarządu Głównego PSD, w uroczystości będzie mogło wziąć udział 10 osób z każdego województwa. Za skład osobowy poszczególnych delegacji odpowiedzialni będą Prezesi Oddziałów Wojewódzkich i Rejonowych PSD, do których należy się zgłaszać w tej sprawie.

Wydarzenie będzie transmitowane na żywo na profilu ZG PSD na Facebooku.

Plan uroczystości:

17.07

9:00 – msza św. w Archikatedrze Przemyskiej

10:00 – przemarsz do Zamku Kazimierzowskiego

11:00-15:00 – uroczysta gala oraz sesja edukacyjna

15:00-16:00 – obiad

czas wolny

19:00 – uroczysta kolacja

18.07

8:00-18:30 – wycieczka po okolicy (Kalwaria Pałacowska, Arłamów, Ustrzyki Dolne, Solina, Zamek w Krasiczynie)

19:00 – ognisko

APEL do Ministra Zdrowia o uwolnienie limitów w AOS

My, organizacje pacjentów zrzeszone w Radzie Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta zwracamy się z apelem o zniesienie limitów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Epidemia COVID-19 jest źródłem licznych problemów w zakresie prawidłowego i służącego pacjentom systemu ochrony zdrowia, trwa już ponad rok a pacjenci w zdecydowanej większości zgłaszają, że napotykać poważne trudności w dostępie do świadczeń medycznych i badań diagnostycznych. Ta dysfunkcjonalność powiększa dług zdrowotny, a w perspektywie indywidualnej ma często dramatyczne konsekwencje.

Według publicznie dostępnych informacji, liczba świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2020 r. spadła rok do roku nawet o jedną trzecią. Jest to poważane zagrożenie dla pacjentów wymagających diagnozy oraz kontynuacji leczenia chorób przewlekłych. Przywrócenie dostępności świadczeń na tym poziomie referencyjnym ochrony zdrowia może mieć również największy pozytywny wpływ na sytuację zdrowotną Polaków.

Z badania przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie osób na zlecenie Fundacji MY Pacjenci wynika, że 73,1 proc. respondentów oczekuje zniesienia limitów na usługi specjalistyczne.¹

Z tego względu apelujemy o jak najszybsze zniesienie limitów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, najlepiej połączone ze zmianą taryfikacji świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wprowadzeniem pełnych pakietów diagnostycznych, umożliwiających postawienie diagnozy po pierwszej wizycie.



¹ „System ochrony zdrowia po roku pandemii” – wyniki reprezentatywnego badania zrealizowanego na próbie 1000 osób metodą wywiadów telefonicznych, luty 2021r. <https://mypacjenci.org/raporty-i-stanowiska/>

100 lat insuliny!

Insulina – odkrycie, które zmieniło wszystko

Insulina wczoraj i dziś



Choć cukrzyca (Diabetes mellitus, dosł. moczówka cukrowa) znana była już od wieków przed naszą erą to jej natura długo pozostawała nieznaną. Z jej rozpoznaniem wiązało się bardzo złe rokowanie. Desperackie często i drastyczne metody jej leczenia nie przynosiły oczekiwanych skutków. Było to powodem frustracji zarówno lekarzy jak i pacjentów i ich rodzin. Stąd okres przed odkryciem insuliny nazywa się często „erą frustracji”.

Rok 1921 stał się rokiem przełomowym w historii medycyny, i można śmiało powiedzieć, że również w historii ludzkości. Wtedy to dr Frederick Banting – chirurg ortopeda (w dzień jego urodzin 14. listopada obchodzony jest obecnie Światowy Dzień Cukrzycy) i student medycyny Charles Best pracujący w laboratorium kierowanym przez Johna Jamesa Richarda MacLeod’a w Uniwersytecie w Toronto otrzymali płynny ekstrakt z wyizolowanych wysp trzustkowych. Pierwszym pacjentem leczonym z sukcesem insuliną był 14-letni Leonard Thompson a drugim dr Joe Gilhurst (lekarz zajmujący się cukrzycą, u którego zresztą opisano pierwszy przypadek poinsulinowej hipoglikemii).

12. grudnia 1921 roku Banting i Best ogłosili wyniki swoich badań w Amerykańskim Towarzystwie Fizjologicznym. Doniosłość i przełomowy charakter tego odkrycia docenił komitet noblowski przyznając w 1923 roku Nagrodę Nobla w dziedzinie Fizjologii i Medycyny J.J.R. MacLeodowi i F. Bantingowi. Obaj laureaci zdecydowali podzielić się nagrodą ze wspomnianym Jamesem Bertramem Collipem, twórcą metody oczyszczania i zagęszczenia ekstraktu z wysp trzustkowych.

Jako datę rozpoczęcia skutecznego leczenia insuliną na świecie przyjęto 23 stycznia

1922 r. już w 1923 roku insulina zaczęła być produkowana początkowo w Kanadzie i USA a następnie w Niemczech, Danii i Austrii. Za datę rozpoczęcia produkcji w Polsce przyjęto rok 1924, gdy w Państwowym Zakładzie Higieny uzyskano pierwsze 315 000 jednostek insuliny. Polska była czwartym krajem w Europie, który uruchomił produkcję insuliny. Po II wojnie światowej produkcja insuliny była kontynuowana przez Zjednoczenie Wytwórni Surowic i Szczepionek „Biomed” w Warszawie a od 1953 roku, ówczesne Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne, jako jedno z pierwszych na świecie uruchomiły produkcję insuliny na skalę przemysłową.

Postęp w insulinoterapii dokonywał się sukcesywnie. Technologia produkcji insuliny zwierzęcych (otrzymywanych wieprzowych i wołowych) uległa udoskonaleniu pod względem oczyszczania i zmian własności farmakologicznych (krótko i długo działające). Ważną datą jest rok 1936, kiedy to Hans Christian Hagedorn opracował insuliną o powolnym uwalnianiu (NPH – Neutral Protamine Hagedorn).

Prace nad naturą insuliny przyniosły ich autorom liczne nagrody Nobla. W 1955 roku otrzymał ją Frederick Sanger za odkrycie sekwencji aminokwasowej insuliny

a w 1964 roku Dorothy Mary Crowfoot-Hodgkin za odkrycie jest struktury krystalograficznej.

Ponieważ stosowane w leczeniu insuliny zwierzęce były bardzo podobne, ale jednak różniły się od insuliny ludzkiej, powodowało to odczyn immunologiczny i powstawanie przeciwciał przeciw tej insulinie. Ideałem byłoby zastosowanie insuliny o budowie aminokwasowej identycznej z ludzką. Już w 1973 roku zsyntetyzowano z pojedynczych aminokwasów insulinę identyczną z ludzką, jednak wysokie koszty jej wytwarzania nie pozwalały na przemysłową produkcję. W 1980 roku po raz pierwszy uzyskano insulinę identyczną z ludzką dzięki wszczepieniu genu ludzkiej insuliny komórkom bakterii *Escherichia coli*. To właśnie dzięki metodom inżynierii genetycznej od lat 80-tych ubiegłego wieku można było rozpowszechnić stosowanie insuliny identycznej z ludzką, o wiele bardziej „przyjaznych” organizmowi człowieka... Zapręgnięcie do syntezy tych insuliny bakterii i drożdży umożliwiło produkcję na skalę przemysłową, także w Polsce (do dziś taka produkcja jest prowadzona na rynek polski i zagraniczny dla osób z cukrzycą typu 2). Powszechność ich stosowania spowodowała wycofanie z użytkowania insuliny pochodzących z trzustek zwierzęcych. Dokonał się wówczas kolosalny postęp w insulinoterapii. Dawały one znacznie mniej niedocukrzeń, zastrzyki stały się mniej bolesne i nie pojawiały się zmiany skórne w miejscach wstrzyknięć co było dotychczasowym utrapieniem dla pacjentów stosujących insuliny zwierzęce...

Oczywiście medycyna stale dąży do postępu i w aspekcie insulinoterapii potrzebne są preparaty insuliny zarówno działające szybciej i krócej a także te działające o wiele dłużej. Takie możliwości dają insuliny o zmodyfikowanej cząsteczce. Ta modyfikacja polega na zastąpieniu wybranych aminokwasów w cząsteczce insuliny ludzkiej innymi. Możliwe to stało się

również dzięki modyfikacjom genu insuliny. Takie preparaty nazywamy analogami insuliny ludzkiej. Produkowane są one tak jak insulina ludzka metodami inżynierii genetycznej. W dalszym ściegu dokonuje się postęp w tym zakresie. Dysponujemy już analogami ultra-szybko działającymi dosłownie od momentu wstrzyknięcia, jak i utradługo działającemu, znacznie ponad dobę. Niedługo dostępna będzie insulina działająca przez cały tydzień. Obecnie uważa się, że pacjentów z cukrzycą typu 1 powinno się leczyć stosując głównie preparaty insuliny analogowych.

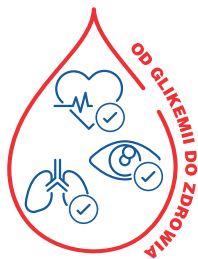
Dostępność insuliny ludzkiej oraz jej analogów stwarza dla lekarza i pacjenta możliwość szerokiego wyboru, który ma na celu indywidualizację insulinoterapii. Wszystkie te insuliny są potrzebne, aby zapewnić optymalną skuteczną i bezpieczną terapię insulinią, a co bardzo ważne, dostosowaną do indywidualnych potrzeb i możliwości poszczególnych pacjentów z cukrzycą. Indywidualizacja postępowania to właśnie „słowo klucz” określające insulinoterapię XXI wieku. Sztuka leczenia insulinią dzięki szerokiemu wachlarzowi dostępnych preparatów staje się coraz bardziej skuteczna, bezpieczna i przyjazna osobom z cukrzycą.

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Dzida
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Partnerzy:



Dieta dla serca



Osoby chorujące na cukrzycę wiele czasu i energii poświęcają na zgłębienie tajników diety cukrzycowej. I słusznie, bo odpowiedni sposób odżywiania to warunek konieczny panowania nad cukrami. Pamiętajmy jednak, że cukrzyca nie leczy się dla samego leczenia. Naszym celem jest uniknięcie powikłać, z których najczęstsze to choroby układu krążenia. Dlatego diabeicy w równym stopniu powinni kierować się zasadami diety korzystnej dla glikemii, co i diety korzystnej dla serca. Co zatem jeść, by pogodzić te dwie potrzeby?

O ile w diecie diabeityka kluczowym elementem są węglowodany, bo to one mają bezpośrednie przełożenie na glikemię, o tyle w żywieniu korzystnym dla układu krążenia należy przede wszystkim **zwracać uwagę na tłuszcze**.

Tłusty ryby na zdrowie

Choć wszystkie tłuszcze są bardzo kaloryczne, nie wszystkie mają taki sam wpływ na zdrowie. Niektóre przyczyniają się do odkładania się blaszki miażdżycowej, przez co dochodzi do niebezpiecznego zwężenia się światła tętnic, inne powodują wzrost stężenia tzw. dobrego cholesterolu HDL, co działa ochronnie na układ sercowo-naczyniowy. I te powinny być obecne w naszym jadłospisie.

W ramach diety korzystnej dla serca należy unikać nasyconych kwasów tłuszczowych, które znajdują się w:

- Tłuszczach pochodzenia zwierzęcego – maśle, smalcu, słoninie, boczku
- Dwóch tłuszczach roślinnych – oleju kokosowym i oleju palmowym
- Tłustych mięsach – wieprzowinie, gęsinie, kaczkę, baraninie
- Tłustych produktach mlecznych – śmietanie, tłustym twarogu, serach żółtych, jogurtach greckich

Niezdrowe tłuszcze należy zamienić na produkty zawierające nienasycone kwasy tłuszczowe, które znajdują się m.in. w tłustych rybach morskich, oleju rzepakowym, oliwie z oliwek, awokado, orzechach i nasionach.

Awokado czy orzechy, choć bardzo kaloryczne, są bardzo zdrowe; dlatego warto je włączyć w niewielkich porcjach do swojej diety.

Zalecane jest spożywanie tzw. białego mięsa, drobiowego (kurczak, indyk bez skóry); przy czym generalnie zaleca się ograniczenie spożywania mięsa, nawet białego, na rzecz białka roślinnego, pochodzącego z ciecierzycy, komosy ryżowej, fasoli itp.

Uwaga na tłuszcze trans!

Szczególnie szkodliwe dla układu sercowo-naczyniowego są izomery trans kwasów tłuszczowych (zwane również tłuszczami trans) – wpływają one negatywnie na profil lipidowy, tzn. obniżają stężenie dobrego cholesterolu (HDL), a zwiększają stężenie niekorzystnego cholesterolu (LDL). Tłuszcze trans są niestety wszędzie obecne w żywności produkowanej na masową skalę. Znajdują się one w słodyczach, słonych przekąskach, gotowych wypiekach, wyrobach garmazeryjnych, kostkach rosołowych, żywności typu fast-food i instant. Tłuszcze trans są podwójnie niekorzystne dla diabeityków, ponieważ sprzyjają odkładaniu się tłuszczu trzewnego (powodują tycie w okolicy brzucha), a ten z kolei skorelowany jest z insulinopornością.

Źródłem niezdrowych tłuszczów trans w diecie diabeityka bywają niskiej jakości margaryny roślinne, po które pacjenci sięgają z nadzieją, że są zdrowsze od masła,

które jak wiadomo także nie jest zalecane. W przypadku margaryn trzeba być bardzo uważnym i wybierać te zawierające sterole roślinne i korzystnym działaniu na układ sercowo-naczyniowy, a pozbawione izomerów trans. Czytajmy etykiety margaryn i unikajmy tych zawierających częściowo utwardzone (udowornione) oleje roślinne.

Bez nadmiaru soli

Spożycie soli nie powinno przekraczać 5 g (ok. jednej łyżeczki) dziennie. Okazuje się, że tę ilość przyjmujemy w gotowych produktach: pieczywie, serach, rybach wędlinach, przekąskach, gotowych daniach do odgrzania, produktach puszkowanych. Zatem, aby nie przekraczać zalecanych ilości soli należałoby całkowicie zrezygnować z dosalania potraw przygotowywanych w domu. Nie zawsze jest to możliwe, niemniej należy maksymalnie ograniczać sól, zastępując ją ziołami. Co ważne, od soli znacznie łatwiej się odzwyczaić niż od cukru. Dlatego stopniowe jej ograniczanie spowoduje, że w dość krótkim czasie będziemy w stanie jeść mniej słone potrawy nie mając wrażenia, że są one niedosolone. Nadmierne spożycie soli prowadzić może do rozwoju nadciśnienia tętniczego, które stanowi znacznie obciążenie dla układu krążenia, a w przypadku diabetyków jest też dodatkowym czynnikiem ryzyka cukrzycowej choroby nerek.

To nie jest takie trudne!

Co zatem jeść? Dieta korzystna dla serca, a jednocześnie dla glikemii ma wiele cech wspólnych. Stałymi elementami jadłospisu diabetyka, dbającego o serce powinny być:

- Warzywa, spożywane do każdego posiłku (5 razy dziennie)
- Owoce (1-2 porcje dziennie)
- Produkty pełnoziarniste – kasze, pieczywo z mąki z pełnego przemiału
- Ryby, najlepiej morskie, tłuste, spożywane 2 razy w tygodniu



- Strączki – źródło białka roślinnego
- Orzechy (należy je spożywać w niewielkich ilościach ze względu na dużą kaloryczność, ale regularnie, np. jako dodatek do sałatek)
- Oliwa, olej rzepakowy (powinny być spożywane na surowo)
- Płatki owsiane, zawierające dużo fitosteroli
- Czosnek – 1-2 ząbki dziennie
- Produkty bogate w fitosterole – oleje sezamowy, słonecznikowy, kukurydziany, orzechy, strączki, sezam, specjalne margaryny czy jogurty
- Chude gatunki mięs i wędlin – wysokiej jakości
- Niegazowana woda mineralna niskosodowa, herbaty zielona, czerwona, biała

Smacznego!

Małgorzata Marszałek
Konsultacja merytoryczna:
Ewa Dygaszewicz, dietetyk

Partnerzy:



Co to jest metabolizm?

Metabolizm to ogół reakcji zachodzących w organizmie, które prowadzą do wykorzystania energii i składników odżywczych z pożywienia i do podtrzymania procesów życiowych. Naturalne tempo metabolizmu jest uwarunkowane genetycznie, jednak można na nie wpłynąć przez długofalowe zmiany, obejmujące dietę, aktywność fizyczną i higieniczny tryb życia.

Ogół procesów nazywanych metabolizmem dzieli się na anabolizm i katabolizm. Anabolizm zużywa energię, w jego wyniku z małych cząstek budulcowych powstają makrocząstki. Katabolizm prowadzi do rozpadu makrocząstek na mniejsze elementy i wytwarzania energii. Anabolizm i katabolizm są ze sobą ściśle powiązane, muszą być w równowadze, ponieważ procesy anaboliczne zachodzą dzięki energii pochodzącej z procesów katabolicznych. Równowaga metaboliczna w organizmie nazywana jest homeostazą.

Jaki jest Twój metabolizm?

Często mówi się, że jedne osoby mają szybki metabolizm, a inne powolny. Osoby z szybkim metabolizmem mogą

jeść dużo, nie uprawiać aktywności fizycznej, a i tak przy tym bez problemu utrzymują szczupłą sylwetkę. Osoby z wolnym metabolizmem muszą kontrolować ilość jedzenia i pilnować prawidłowej masy ciała, ponieważ bardzo łatwo przybierają na wadze. Tempo metabolizmu jest w dużej mierze zależne od genów. Jeśli odziedziczyliśmy wolny metabolizm po rodzicach czy dziadkach, nie można w prosty sposób zwiększyć jego tempa. Jednocześnie nie jest tak, że na przemianę materii nie można wpłynąć. Mamy do dyspozycji pewne możliwości, jednak proces przyspieszania metabolizmu musi być związany z długofalowymi zmianami stylu życia, obejmować właściwą dietę i aktywność fizyczną.

Co przyspiesza metabolizm?

- Ćwiczenia wykonywane w interwałach
- Większa ilość masy mięśniowej
- Kwasy tłuszczowe omega-3
- Pożywne śniadania
- Odpowiednia podaż witamin i składników mineralnych

Witaminy niezbędne dla prawidłowych procesów metabolicznych to m.in.:

Witamina B1 – uczestniczy w przemianach węglowodanowych

Witamina B6 – kluczowa w reakcjach enzymatycznych, bierze udział w metabolizmie węglowodanów i tłuszczów

Cynk – uczestniczy w przemianach białek, tłuszczów i węglowodanów oraz w gospodarowaniu energią



LEK
BEZ RECEPTY

Często masz takie objawy?
Mogą one oznaczać niedobór wit. B₁

Benfogamma

ciągłe zmęczenie,
obniżony nastrój,
zaburzenia pamięci¹

mrowienie, drętwienie
kończyn¹

zaburzenia czucia,
piekący, kłujący ból
kończyn²

osłabienie siły
mięśniowej, skurcze
mięśni¹

Benfogamma®



Leczenie i zapobieganie
skutkom niedoboru
witaminy B₁

Pierwszy w Polsce lek z witaminą B₁ w formie rozpuszczalnej
w tłuszczach dostępny bez recepty⁴

1. Zaliczenie kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2020 - stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Diabetologia Praktyczna 2020 6, 1, 56-60. 2. Karnaś W. Benfotiamina w profilaktyce, w praktyce i w przyszłości. Kwartalnik Warszawski 2003; 3. Bubik I, Gruber B.M., Anuszewska E.L. Rola tiaminy w chorobach neurodegeneracyjnych, Postępy Hig Med Dośw [online]. 2015; 69: 1096-1106. 4. dane iqtiv, 08.2020.

Nazwa produktu leczniczego i nazwa powołania stosowania: Benfogamma (Benfotiaminum), 50 mg. **Postać farmaceutyczna:** tabletki drażnowane, 1 tabletkę drażnowaną zawiera 50 mg benfotiaminy (benfotiaminum). **Wskazania do stosowania:** Leczenie i zapobieganie skutkom niedoboru witaminy B₁ w organizmie. Niedobór witaminy B₁ może wystąpić w następujących przypadkach: niewłaściwym trybie życia, ubożym w witaminę B₁, karmieniu pozajelitowym, intensywnej diecie odchudzającej (głodowej) i hemodializie; przewidywanym alkoholizmem (alkohol blokuje wchłanianie witaminy B₁) i w powikłaniach wynikających z przewlekłego alkoholizmu. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość (alergia) na benfotiamin, tiaminę lub którąkolwiek z substancji pomocniczych. **Podmiot odpowiedzialny:** Wóiwag Pharma GmbH & Co. KG, Colver Strasse 7, 71034 Böblingen, Niemcy. **Pełna informacja o leku dostępna na: www.wiwagpharma.pl i w punktach sprzedaży z przewlekłego alkoholizmu.** **CD-728 Warszawa, tel. 22 863 92 81, fax 22 877 13 70. **Kategoria dostępności:** Lek wydawany bez recepty. **IM/PL/20220****

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



Jak prawidłowo przyjmować leki

Leki mogą wchodzić ze sobą w interakcje, które są pożądane i niepożądane. Z tymi pierwszymi mamy do czynienia wówczas, gdy jeden lek w sposób zamierzony wzmacnia działanie drugiego, dzięki czemu można przyjmować je w mniejszych dawkach. Niepożądaną sytuacją jest, kiedy jeden preparat znosi działanie drugiego lub wzmacnia je tak, że terapia staje się niebezpieczna.

Teoretycznie należałoby zachowywać około 30 minutowy odstęp pomiędzy przyjmowanymi lekami. Jest to możliwe, jeśli rano mamy do połknięcia 2 tabletki, ale nierealne, kiedy jest ich kilka czy kilkanaście. Stąd konieczność rozpisania harmonogramu przyjmowanych leków z lekarzem lub farmaceutą.

Leki a pożywienie

Z interakcji lekowych pacjenci lepiej zdają sobie sprawę niż z interakcji między lekami a pożywieniem. Posiłki bogate w tłuszcze przyspieszają wchłanianie i nasilają objawy niepożądane leków obniżających ciśnienie oraz przeciwdepresyjnych. Sól kuchenna w nadmiarze nigdy nie jest korzystna, ale tym bardziej należy zmniejszyć jej spożycie jeśli leczymy się z powodu nadciśnienia. Sól w połączeniu z niektórymi lekami może doprowadzić do uszkodzenia nerek.

Przy leczonym nadciśnieniu należy uważać na napary z mięty, które nasilają działanie leków hipotensyjnych i mogą doprowadzić do nadmiernego spadku ciśnienia. Produkty mleczne osłabiają działanie leków na nadciśnienie, z kolei cytrusy blokują ich przyswajanie.

Blonnik, często suplementowany przez pacjentów z cukrzycą, nie powinien być łączony z glikozydami nasercowymi, ponieważ znacznie osłabiają jej efekt leczniczy. Tyramina (składnik wielu pokarmów, np. salami, serów, ryb, wątróbki, czekolady, bananów, win czy, likierów) w połączeniu z lekami na chorobę Parkinsona i nie-

którymi preparatami przeciwdepresyjnymi może powodować gwałtowny wzrost ciśnienia oraz przyspieszenie akcji serca.

Jeśli leczymy się na osteoporozę, to musimy uważać na mleko i jego przetwory. Przyjmowane do ok. 2 godzin od podania leków, zaburzają ich wchłanianie. Kawa osłabia działanie preparatów na osteoporozę, a z kolei preparaty witaminowe z żelazem i magnezem zakłócają ich wchłanianie.

Do popijania leków unikać należy:

- Soku grejpfrutowego, który hamuje działania enzymów, które są odpowiedzialne za metabolizm niektórych leków. Sok grejpfrutowy nie powinien być spożywany z lekami przeciwhistaminowymi, ponieważ może przyczyniać się do powstawania zaburzeń rytmu serca. Przy lekach hipotensyjnych może powodować nadmierne obniżenie ciśnienia krwi oraz w konsekwencji bóle i zawroty głowy.
- Kawy, herbaty, a także wszystkich napojów bardzo ciepłych i gorących. Wysoka temperatura płynu może spowodować uwalnianie się substancji czynnej leku na niewłaściwym odcinku przewodu pokarmowego, osłabiając jego działanie.
- Mleka, które obniża kwasowość żołądka, co może znacząco zaburzyć działanie niektórych leków. Dodatkowo, wiele substancji czynnych leku łącząc się z wapniem zawartym w mleku, nie wchłania się.

Niedobór cynku?

spowodowany przez

stan
przedcukrzycowy

cukrzyca typu 2



Czas ma znaczenie

Cynk wspiera:



działanie
insuliny^{1,2}



utrzymanie
prawidłowego
poziomu glukozy
we krwi^{3,4,5}



utrzymanie
prawidłowego
poziomu cholesterolu
we krwi^{6,7}

LEK
bez recepty



1. Chapter "zinc and diabetes" of the book "Zinc in human health" Rink et al. 2011. 2. Beata Gayss, Anna Reszaja-Specht, Hanna Bielarczy „Rola cynku w procesach fizjologicznych i patologicznych organizmu. Diagn. Lab 2014; 50 (1): 45-52. 3. Xinyi Wang, Wenhui Wu, Wenru Zheng, Xueshan Fang, Uyun Chen, Letha Rink, Junjie Min, and Fudi Wang Zinc supplementation improves glycemic control for diabetes prevention and management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials Am J Clin Nutr 2018; 110:78-90. 4. B-Ashroby SHA, Mostaf HK, Abdelhaz AM (2012) Effect of zinc supplementation on glycemic control, lipid profile, and renal functions in patients with type II diabetes: a single blind, randomized, placebo-controlled, trial. J Biol Agric Health 2(8):23. 5. Fukunaka, Y Fujisaki Role of Zinc Homeostasis in the Pathogenesis of Diabetes and Obesity. J. Mol. Sci. 2018, 19, 476. 6. Priyanga Ramesinghe, WS Wehuruapetha, MH Ishara, R. Jayawardena, P. Galappathy, P. Katulanda, GR Constantine. Effects of Zinc supplementation on serum lipids: a systematic review and meta-analysis Nutrition & Metabolism (2015) 12:28. **Nazwa produktu leczniczego:** Zinkorot®, 25 mg Zn²⁺, tabletki. **Działka i postać farmaceutyczna:** 1 tabletki zawiera 25 mg cynku (Zn²⁺) w postaci cynku octanieniu dwuwodnego (Zn²⁺ octoate dihydrate). **Wskazania do zastosowania:** Leczenie niedoboru cynku, jeśli nie da się go wyodrębnić z wyższym odżywieniem. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** Wifnag Pharma GmbH & Co. KG Calwer Str.7; 71034 Böblingen Niemcy. **Informacje Medyczne:** Wifnag Pharma Polska Sp. z o.o. ul. Dziekocińskiego 1, 00-728 Warszawa, tel. 22 863 72 81, fax 22 877 13 70. **Kategoria dostępności:** lek wydawany bez recepty.

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



Inkontynencja w cukrzycy – doświadczenia zespołu terapeutycznego

Inkontynencja (nietrzymanie moczu) uważana jest przez WHO za jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku i ma status choroby społecznej. W 2008 roku szacowana liczba osób z NTM na świecie wynosiła 346 mln, a w 2013 – 383 mln. Szacuje się, że w Polsce problem NTM może dotyczyć ok. 2.5 mln osób.

W opublikowanym w 2018 roku raporcie „Polska rodzina z cukrzycą”, w pytaniu o występowanie chorób współistniejących towarzyszących cukrzycy, 5% respondentów chorujących na cukrzycę typu 1 (N=310) wskazało na nietrzymanie moczu. Co ważne, nie było ono wymienione na liście jako „do wyboru”, pacjenci sami wpisali je w miejsce „inne”.

W odpowiedzi na ten niepokojący sygnał ze strony pacjentów z cukrzycą Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej poszło o krok dalej i przeprowadziło badanie ankietowe wśród 400 pacjentów z cukrzycą typ 1 (N=150) i typ 2 (N=250) z 3 województw (wielkopolskiego, łódzkiego, śląskiego).

Celem badania było poznanie częstotliwości występowania nietrzymania moczu u osób z cukrzycą wraz z oceną ich poziomu wiedzy na temat NTM, a także wpływu tego schorzenia na jakość życia pacjentów.

Badaną grupę tworzyło 65% kobiet i 35% mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił $55,9 \pm 10,2$, średni czas trwania choroby to $7,0 \pm 3,0$. Badani wypełniali ankiety samodzielnie lub przy wsparciu edukatora do spraw diabetologii. Kwestionariusz ankiety zawierał 15 pytań w tym: 3 pytania dotyczyły metryczki, 4 pytania na temat cukrzycy oraz 8 pytań dotyczących NTM.

Wśród wielu danych znaczące są wyniki, które wskazują, iż u 82% osób z cukrzycą typu 2 (N=250) i 26% osób z cukrzycą typu

1 (N=150) występuje nietrzymanie moczu. Natomiast pozostała grupa respondentów wskazując w ankiecie określone czynniki ryzyka występowania NTM potwierdziła, iż wszyscy są w grupie ryzyka. Wykazano korelację między otyłością a występowaniem nietrzymania moczu wśród osób z cukrzycą typu 1. Nikt z badanych nie wiedział co to jest inkontynencja i nikt nie znał metod leczenia NTM. Produkty absorpcyjne, które mają zastosowanie w nietrzymaniu moczu, nie są znane dla 78% badanych. Z badanej grupy osób z cukrzycą, u których występuje nietrzymanie moczu (N= 244) wynika, iż ta dolegliwość wpływa w istotny sposób na ich jakość życia wskazując najczęściej na ograniczenia w podejmowaniu aktywności fizycznej.

Badanie wykazuje istotną częstotliwość występowania nietrzymania moczu u osób z cukrzycą. Badani nie posiadają wiedzy na temat nietrzymania moczu, metod leczenia i postępowania. Nietrzymanie moczu wpływa w istotny sposób na jakość życia osób z cukrzycą. Wyniki wskazują, iż należy podjąć się tematu NTM wśród osób z cukrzycą i zbadać poziom wiedzy na temat nietrzymania moczu wśród personelu medycznego, który opiekuje się osobami z cukrzycą i ich bliskimi.

Jeśli potrzebujesz wsparcia w temacie nietrzymania moczu napisz do Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej: sekretariat@sed-edu.pl

dr n. o zdr. Beata Stepanow

Leonard

ŚWIĘTUJEMY 100-LECIE INSULINY

1921-2021

Czy wiesz, że...

W 1921 roku naukowcy z University of Toronto dokonali przełomu naukowego, który na zawsze zmienił sposób leczenia cukrzycy – **odkryli insulinę ludzką**.
Firma Eli Lilly jako pierwsza na świecie wprowadziła insulinę na rynek.



AMERICA'S LEADING MEDICAL

IN LAUDING INSULIN EXTRACT

TESTED AND RE-TESTED
FAIRY TALE OF SCIENCE

W 1922 roku umierający na cukrzycę 14-letni chłopiec Leonard Thompson, był pierwszą osobą, która otrzymała zastrzyk insuliny. Już po 24 godzinach poziom jego glukozy powrócił do bliskiego normy.
To odkrycie zrewolucjonizowało leczenie cukrzycy.

Zanim odkryto insulinę długość życia pacjenta z cukrzycą wynosiła średnio 32 lata. Obecnie jest to ponad 60.



Wejdź na stronę:

www.edukacjawcukrzycy.pl,

na której znajdziesz materiały edukacyjne dotyczące życia z cukrzycą

Lilly

Wakacje z cukrzycą, ale nie od cukrzycy

Wszyscy mamy nadzieję, że w tegoroczne wakacje będziemy mogli być bardziej mobilni niż w ostatnich miesiącach, zdominowanych przez walkę z pandemią. Zmiana otoczenia, inny rytm dnia, słońce i lenistwo są nam potrzebne dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Wakacje diabetyka nigdy nie będą wakacjami od cukrzycowych obowiązków, ale dzięki nowoczesnym metodom leczenia i monitorowania glukozy mogą być czasem prawdziwej letniej bez troski.

Dlaczego dla osób chorujących na cukrzycę wakacje mogą stanowić pewne wyzwanie? Powodów jest wiele i są one bardzo różnorodne:

- Inny rytm dnia wymaga umiejętności dostosowywania dawek insuliny do bieżących potrzeb. W wakacje często wychodzimy poza schemat z aktywnością fizyczną (czasami jest jej więcej, czasami mniej), o innej porze jemy posiłki, później wstajemy i chodzimy spać, dlatego konieczne są zmiany w terapii oraz wzmożona samokontrola cukrów.
- Wakacje to dla wielu czas zmian w diecie. Podróżując (czy to po Polsce, czy po świecie) lubimy sięgać po lokalne smaki, które trzeba przeliczyć na wymienniki oraz podać na nie odpowiednie ilości insuliny. Lato to też czas lodów, bo kiedy się nimi delectować, jak nie w wakacje. A nieznane, niecodzienne potrawy zawsze zwiększają ryzyko błędów w obliczaniach i podania zbyt małej lub zbyt dużej dawki insuliny.
- Wyższa, a czasami bardzo wysoka temperatura to zagrożenie dla insuliny, która musi być chroniona przed przegrzaniem. Pakując walizki na wyjazd należy upewnić się, że mamy w co zapakować także zapas insuliny. Najczęściej wystarcza mieć odpowiednie termoizolacyjne etui, które przez około 12 godzin trzyma odpowiednią tem-

peraturę; ale jeśli czeka nas długa podróż samochodem być może konieczna będzie mała lodówka.

- Diabetyk powinien się przygotować do podróży samolotem. Przyda się zaświadczenie o chorowaniu na cukrzycę oraz konieczności przewożenia leków i sprzętu niezbędnych do terapii. Trzeba pamiętać, by zapasu insuliny nie przewozić w luku bagażowym, gdzie insulina ulegnie przemrożeniu, a w bagażu podręcznym. Dodatkowym utrudnieniem są długie loty, podczas których zmieniamy strefy czasowe. Warto przedyskutować z diabetologiem, jak dostosować insulinoterapię w przypadku długich podróży (inaczej działamy podróżując na wschód, inaczej na zachód).
- Na wakacyjny wyjazd trzeba zabrać nieco większe zapasy leków, sensorów i pasków do pomiaru glikemii, igieł do penów, wkłuć do pompy, baterii do urządzeń itp. Tak się składa, że tego, czego potrzebuje diabetyk zwykle nie ma w pierwszej lepszej aptece, o aptekach zagranicznych czy w miejscowościach wypoczynkowych nie wspominając.

Bezpieczeństwo i wygoda

Na wakacjach musimy myśleć zarówno o swojej wygodzie, jak i o bezpieczeństwie. Żaden wyjazd nie będzie udany, jeśli cukry będą rozregulowane. Dlatego

na czas letniego wypoczynku dobrze zaopatrzyć się w ciągły monitoring glikemii, nawet jeśli na co dzień z niego nie korzystamy. Dostępne na rynku rozwiązania, takie jak FreeStyle Libre wymagają zakupu jedynie sensora oraz pobrania darmowej aplikacji na telefon. Żadne inne elementy nie są potrzebne, żeby przez 2 tygodnie mieć cukry pod całkowitą kontrolą i zrobić sobie „wakacje od nakłuwania”.

Ciągły monitoring glikemii znacznie ułatwia utrzymywanie glikemii na właściwym poziomie i to bez konieczności nakłuwania palców. Sensor FreeStyle Libre raportuje stężenie glukozy w płynie śródtkankowym co minutę i automatycznie zapisuje stężenie glukozy co 15 minut.

W momencie skanowania sensora telefonem dane zaciągają się do aplikacji na telefon i „rysują” wykres naszej glikemii. W ten sposób uzyskujemy nie punktowy pomiar glikemii, ale wgląd w jej całodobowy profil.

Tak precyzyjne dane odnośnie poziomów cukru są szczególnie przydatne wtedy, gdy zmieniają się aktywności pacjenta i jego dieta. Obserwując trendy glukozy (strzałki trendu) jesteśmy w stanie zapobiec ciężkiej hipoglikemii i znacznym przecukrzeniom.

Na czas wakacji wielu pacjentów, szczególnie młodzież, zmienia model stosowanej terapii. Planując aktywny wypoczynek czy wypoczynek w wodzie wygodniej jest podawać insulinę wstrzykiwaczami, a nie pompą insulinową. Taka zmiana jest jak najbardziej możliwa, jednak zwiększa ryzyko rozregulowania glikemii. W takiej sytuacji monitoring glikemii także będzie bardzo pomocnym rozwiązaniem. Dokładny wgląd w glikemia pozwala bez większego ryzyka przestawić się w czasie wakacji z pompy na peny.

Nie sposób nie wspomnieć też o aplikacji LibreLinkUp, która umożliwia rodzicom czy innym opiekunom wgląd w glikemie dziecka, także wtedy, gdy przebywa ono na wyjeździe wiele kilometrów od domu. Takie rozwiązanie sprawia, że wyjazd młodej osoby z cukrzycą na samodzielny wyjazd przestaje być tak ogromnym wyzwaniem. Rodzice mając podgląd cukrów są spokojniejsi, a zawsze też mogą dziecku służyć wsparciem, jak w danej sytuacji powinno zareagować. To bardzo cenna szkoła usamodzielniania się do życia z cukrzycą, która można przeprowadzić w czasie wakacyjnego luzu.

Malwina Jabłońska



Samokontrola seniora – cele i wyzwania

Leczenie cukrzycy zawsze ma na celu ustabilizowanie poziomu cukru we krwi, aby pacjent czuł się dobrze oraz nie był narażony na rozwój powikłań. Jednak normy glikemii, do jakich diabetycy powinni dążyć na różnych etapach życia są różne. Nie każdy chory na cukrzycę może, a nawet nie każdy powinien osiągać wartość hemoglobiny glikowanej na poziomie 7%.

W wytycznych Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego czytamy, że **celem dla pacjentów w zaawansowanym wieku z wieloletnią cukrzycą i istotnymi powikłaniami o charakterze makroangiopatii (przebyty zawał serca i/lub udar mózgu) i/lub licznymi chorobami towarzyszącymi jest hemoglobina glikowana na poziomie 8%.**

A to oznacza, że średnia glikemia w tej grupie chorych powinna wynosić 183 mg/dl; przy czym cukier przed posiłkiem powinien oscylować wokół wartości 155 mg/dl, a po posiłku około 189 mg/dl.

W najnowszych zaleceniach klinicznych PTD uwzględniono także docelowe parametry glikemii u chorych na cukrzycę typu 1 i 2 stosujących systemy do ciągłego monitorowania glikemii. W przypadku systemów CGM/FGM bierze się pod uwagę:

- Czas spędzony w glikemii docelowej (tzw. time in range, TIR)
- Czas spędzony poniżej glikemii docelowej (tzw. time below range, TBR)
- Czas spędzony powyżej glikemii docelowej (tzw. time above range, TAR)

Jak te parametry powinny przedstawiać się u osób starszych leczonych insuliną? Otóż wg wytycznych PTD seniorzy (a także inni pacjenci o wysokim ryzyku hipoglikemii) powinni

- Powyżej 50% czasu spędzać w zakresie docelowym, definiowanym jako glikemia w zakresie 70-180 mg/dl
- Poniżej 1% czasu (mniej niż 15 minut na dobę) spędzać poniżej zakresu docelowego (cukier poniżej 70 mg/dl)
- Poniżej 10% czasu (mniej niż 2 godziny 24 minuty) spędzać powyżej zakresu docelowego, w tym przypadku definiowanego jako glikemia powyżej 250 mg/dl.

Aby lepiej zrozumieć różnice w wytycznych dla seniorów w porównaniu z młodszymi diabetykami warto wspomnieć, że celem dla osób młodszych z cukrzycą typu 1 i 2 jest spędzenia co najmniej 70% czasu w zakresie docelowym, poniżej



5% czasu powyżej zakresu docelowego (250 mg/dl) oraz poniżej 4% czasu poniżej zakresu docelowego (70/mg/dl).

Dzięki temu porównaniu doskonale wiadać, że w przypadku starszych pacjentów z cukrzycą kluczową kwestią jest niedopuszczanie do hipoglikemii, co jest możliwe tylko wtedy, gdy zalecane wartości glikemii nie są nadmiernie wyśrubowane.

Niedocukrzenia szczególnie niebezpieczne dla seniorów

U osób starszych z wieloletnią cukrzycą, zazwyczaj występują powikłania mikro i makronaczyniowe. Te pierwsze dotyczą małych naczyń krwionośnych, te drugie naczyń dużych w układzie krążenia. W przypadku obydwu typów powikłań bardzo niekorzystną sytuacją jest hipoglikemia. Częste i znaczące niedocukrzenia mogą doprowadzić do incydentów sercowo-naczyniowych, takich jak zawał serca czy udar mózgu. Mówiąc o powi-

kłaniach cukrzycy zwykle wiąże się je z hiperglikemią, przecukrzeniem, co jest skrajaniem prawidłowym, ale niepełnym. Przecukrzenia tworzą środowisko sprzyjające chorobom układu krążenia, niedocukrzenia bywają impulsem, którym w tym sprzyjającym środowisku prowadzi do incydentów kardiologicznych.

Z kolei powikłania mikronaczyniowe, w szczególności neuropatia cukrzycowa, sprawiają, że zdolność wyczuwania zbliżającego się niedocukrzenia, zmniejsza się. Starsi pacjenci bardzo późno (a niekiedy wcale) orientują się, że mają niski poziom cukru. W związku z czym ryzyko ciężkich hipoglikemii, przebiegających z utratą przytomności jest u nich bardzo duże.

Dlatego u seniorów z cukrzycą priorytetem jest jak najmniej niedocukrzeń, a co za tym idzie, nieco wyższe normy dla docelowych wartości glikemii na co dzień.



DOZ.PL

**Zamawiaj
WSZYSTKO
DLA ZDROWIA
szybko i bezpiecznie
za pomocą aplikacji DOZ.pl**

Więcej informacji na www.doz.pl

Czy diabetolog nas wyleczy?

Dziś napiszę do Was i jako dietetyk, i jako pacjent. Czy zastanawialiście się czasami:

- Po co chodzimy do diabetologa? Po receptę, na kontrolę czy po radę?
- Czy lekarz może wyleczyć nas z cukrzycy tak jak z zapalenia gardła?

Jeżeli zdamy sobie sprawę z naszych celów, to możemy inaczej zacząć myśleć kontrolach co trzy miesiące. Diabetolog to internista, ale nie taki, do którego idziemy z bólem gardła, a on przepisuje nam tabletki, które przyjmujemy i po tygodniu jesteśmy zdrowi. Diabetolog jest jak „doradca inwestycyjny”: może nam wytłumaczyć, co możemy zrobić, żeby nie być „pod lub nad kreską”... Tłumaczy działanie leków, wykorzystuje całą swoją wiedzę, aby stworzyć najlepszy plan „inwestycyjny”: doradza czas i liczbę pomiarów glukozy, zaleca odpowiednie dawki i pory przyjmowania tabletek czy insuliny, itd. Ale tak naprawdę to w naszych rękach leży los

terapii. Glukometr sam nie mierzy poziomów glukozy; to my musimy to zrobić, my musimy pamiętać o przyjmowaniu leków.

My jesteśmy dla siebie najlepszymi „doradcami”.

Jeżeli poznamy swój organizm, sprawdzimy poziom glukozy po różnych potrawach (po dwóch godzinach po posiłku), o różnych porach dnia, podczas aktywności fizycznej, to dzięki tej wiedzy będziemy mogli dobrze prowadzić swoją cukrzycę, którą można bardzo skutecznie leczyć, ale której nie można wyleczyć...

Żeby w pełni wykorzystać nasz czas u diabetologa powinniśmy:

Wykonywać CZĘSTSZE POMIARY. Chociaż parę dni przed wizytą częściej niż zwykle mierzyć poziom glukozy – przed posiłkami i dwie godziny po posiłkach

KAPUSTA POMIDOROWA

1. Poszatkuj kapustę.
2. Dodaj łyżkę oleju, 1 szklankę wody, pół łyżeczki soli, ziele angielskie, liść laurowy, pieprz i majeranek.
3. Gotuj 45 minut pod przykryciem aż zrobi się lekko przeźroczysta.
4. Dodaj mały słoiczek przecieru pomidorowego (190g).

GOTOWE!



to pomoże naszemu „doradcy inwestycyj-
nemu” ocenić naszą sytuację.

Prowadzić NOTATKI. Jeżeli zdarzy się hiperglikemia – wysoki poziom glukozy, to zrobmy krótką notatkę: dlaczego tak się stało? Czy z powodu stresu? Wizyty u dentysty? Czy za dużej porcji obiadu? Warto zawsze zanotować te fakty od razu, ponieważ możemy tej przyczyny nie pamiętać następnego dnia, a co dopiero na kontroli za trzy miesiące. Jeżeli diabetolog pozna przyczynę wysokich glikemii, będzie mógł lepiej dostosować terapię. Może przesunąć porę przyjmowania tabletek albo zwiększyć dawkę leku? Jeszcze ważniejsze są obserwacje występowania niskich poziomów glukozy: hipoglikemii.

Zdobyć się na SZCZEROŚĆ. Wiem, łatwiej powiedzieć niż zrobić, ale bez szczerzej rozmowy z lekarzem, nie ma dobrego leczenia cukrzycy. Znam sytuacje, w których pacjenci mają dwa glukometry – jeden

z dobrymi wynikami „dla diabetologa” i drugi z prawdziwymi to znaczy z lepszymi i gorszymi pomiarami. Tylko zastanówmy się, czy naszym celem jest uszczęśliwianie lekarza czy dbanie o nasz największy kapitał – nasze zdrowie? Jeżeli boimy się powiedzieć prawdę lekarzowi, to może trzeba poszukać innego „doradcy”? Chociaż dla wielu pacjentów zarejestrowanie się do specjalisty to już sukces... Tym bardziej musimy być dobrze przygotowani do wizyty. Pamiętajmy, że chodzi o nasze zdrowie – najcenniejszą inwestycję.

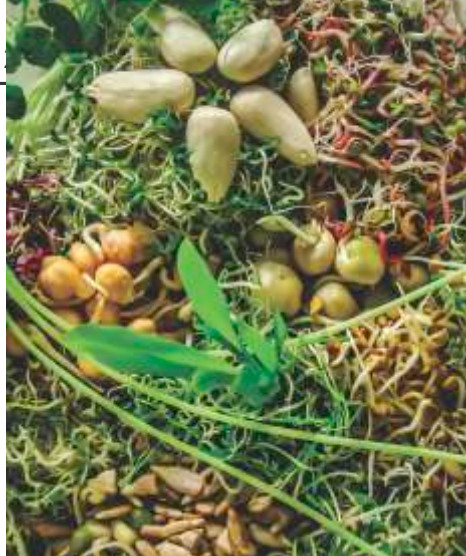
Żeby zakończyć optymistycznie, przesyłam mój ulubiony przepis na kapustę pomidorową. Kiedy jesteśmy głodni możemy zawsze zjeść sobie porcję tego przysmaku i nie podniesie on nam poziomu glukozy:).

Smacznego!
Ewa Dygaszewicz



SANOFI

Empowering Life



To i owo o kiełkach – wiosenne inspiracje z gabinetu dietetyka

Chciałabym zachęcić diabetyków do spożywania kiełków, które są budzącymi do życia nasionami. Zawierają one pełen zestaw witamin, składników mineralnych oraz białek potrzebnych, by z małego nasionka wyrosła roślina. Skład kiełków jest znacznie bogatszy w cenne dla nas składniki odżywcze niż suchych nasion czy dojrzałych warzyw.

Dlaczego diabetyk powinien spożywać kiełki?

Kiełki są cennym źródłem błonnika, który zwalnia wchłanianie glukozy w jelitach, co powoduje zmniejszenie glikemii poposiłkowej i zmniejsza sekrecję insuliny. Może to być to również mechanizm zapobiegający nadwadze, otyłości i cukrzycy typu 2.

Do uprawy kiełków potrzebujemy: nasion, wody, światła, powietrza i odpowiedniego miejsca.

Kiełki są odpowiednio dojrzałe po 4-7 dniach wzrostu, w zależności od gatunku. Można je spożyć od razu lub schować do lodówki w zamkniętym pojemniku. Trzeba pamiętać tylko o ich codziennym płukaniu aby zachowały świeżość, nawet do tygodnia.

Ważne w uprawie kiełków:

- 1. Płukanie nasion** – pozwala ono usunąć obecne na kiełkach zanieczyszczenia, zarodniki grzybów, bakterie czy niekorzystne dla naszego zdrowia substancje.
- 2. Nawadnianie kiełków** – pozwala na utrzymanie kiełków w odpowiedniej kondycji, ponieważ wysuszone nasionka są bardziej podatne na choroby.
- 3. Zachowanie czystości naczyń do kiełkowania** – należy umyć je dokładnie po zakończeniu każdej hodowli a od czasu do czasu umyć pojemnik octem lub wodą utlenioną.
- 4. Nie spożywamy kiełków:** spleśniałych, nieświeżych, zasuszonych, niedojrzałych oraz pochodzących od roślin psiankowatych (np. papryka, pomidor, ziemniaki) – są trujące. Surowych kiełków: gryki, grochu i soi.

Niektóre kiełki są łatwiej strawne po poddaniu obróbce termicznej np. kiełki fasoli, ciecierzycy, soczewicy.

Możemy kupić również gotowe mieszanki, na przykład:

Mieszankę regenerującą, która składa się z nasion koniczyny, szczypiorku, rzeżuchy, rzodkiewki i gorczycy.

Mieszankę rosyjską zawierającą nasiona kozieradki, koniczyny, gorczycy, kopru i szczypiorku.

Ważne

- Zawsze należy sprawdzić termin przydatności do spożycia nasion.

- Nasiona najlepiej kupić w sklepach ze zdrową żywnością. Muszą być specjalnie przeznaczone do kiełkowania, niezaprawiane żadnymi nawozami i bez środków konserwujących.
- Warto sprawdzić, czy w opakowaniu nie ma widocznych śladów pleśni – zazwyczaj w postaci czarnoszarych lub niebiesko-czerwonych plam.
- Po zakupie kiełki należy przechowywać w lodówce i spożyć najlepiej w ciągu 2-3 dni oraz zapewnić roślinkom dostęp powietrza.

Jak zastosować kiełki w kuchni?

Kiełki możemy dodawać do kanapek, surówek i posypywać nimi dania obiadowe. Pamiętajmy, że każda odmiana ma inną intensywność smaku. Łagodniejsze i delikatnie słodkawe są kiełki lucerny, soczewicy czy pszenicy. Bardziej intensywne w smaku są kiełki rzodkiewki, rzeżuchy, brokułów oraz buraków. Kiełki fasoli Mung są bardziej kwaskowate, natomiast kiełki słonecznika mają orzechowy smak.

Ewa Dygaszewicz

KIEŁKOWA SURÓWKA

Składniki:

- garść ulubionych kiełków
- 6 liści sałaty np. strzępistej, ozdobnej
- 250 g pomidorków koktajlowych
- 100 g sera feta
- 1 cebula dymka
- 1/2 papryczki chili
- oliwa 2 łyżki
- sól/ pieprz

Przygotowanie

Sałatę poszarpać, ułożyć na półmisku. Pomidorki przekroić na połówki, położyć na sałacie. Posypać pokruszoną fetą, posiekaną cebulką oraz drobno posiekaną chili. Wszystko doprawić solą i świeżo zmielonym pieprzem. Polać oliwą z oliwek i posypać kiełkami.



MAKARON Z KIEŁKOWYM PESTO

Składniki:

- 100 kiełków np. słonecznika
- 2 duże ząbki czosnku
- 30 g parmezanu
- garść orzechów włoskich
- 1 łyżka soku z cytryny
- 6 łyżek oliwy z oliwek
- sól/ pieprz

Przygotowanie

1. Kiełki myjemy po bieżącą wodą. Wszystkie składniki wraz z obranymi ząbkami czosnku, serem (może być starty lub w kawałkach) i orzechami, które można podprażyć na suchej patelni, blendujemy. Dodajemy sok z cytryny i oliwę. Przyprawiamy solą oraz pieprzem i miksujemy na jednolitą masę.
2. Makaron gotujemy zgodnie z przepisem na opakowaniu. Do gorącego makaronu dodajemy domowe kiełkowe pesto i mieszamy.
3. Całość posypujemy tartym parmezanem lub innym dojrzewającym serem i świeżymi kiełkami.





Chleb dla Diabetyków

- Pieczywo o niskim indeksie glikemicznym (wartość IG = 49,6) niskiej zawartości cukrów (1,7g/100g), doskonałe źródło błonnika pokarmowego, fosforu, witaminy B1, kwasu foliowego.
- Produkt rekomendowany i certyfikowany przez Polskie Stowarzyszenie Diabetyków.
- Zdobył I nagrodę w konkursie na najlepszy produkt targów Diabetica Expo.

lista punktów sprzedaży na www.diabetyk.org.pl