

CUKRZYCA



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW



International
Diabetes
Federation

BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW

lipiec 2021

**Czy cukrzyca
jest chorobą nerek?**

**Zdrowa dieta
małymi krokami**

**Zabójczo
słodki**





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

Wakacje witamy powiększoną objętością naszego Biuletynu, który po raz pierwszy w długiej historii jego wydawania liczy aż 32 strony. Cieszy nas bardzo, że nasza publikacja staje się coraz bardziej znaczącą platformą do wymiany informacji o działalności Stowarzyszenia oraz do rozpowszechniania wiedzy na temat cukrzycy.

W numerze lipcowym sporo miejsca poświęcamy insulinie, w końcu 100-lecie jej odkrycia to idealna okazja, żeby jak najwięcej powiedzieć o tym „cudzie medycyny”. Piszemy też m.in. o zależnościach pomiędzy cukrzycą a chorobami nerek oraz o aktywności fizycznej korzystnej dla serca diabetyka.

Milej lektury!

Redakcja



SŁODKIE NOWINKI

Nowa lista refundacyjna i dobre wieści dla pacjentów z cukrzycowym obrzękiem płamki (DME)	4
Rada ds. Ochrony Zdrowia o cukrzycy	5
Hasło Światowego Dnia Cukrzycy 2021	5
Inauguracja Forum Ekspertów ds. Cukrzycy	6
Światowe Porozumienie dotyczące Cukrzycy WHO	7
Rezolucja WHO	7
XXX Jubileuszowa Pielgrzymka Diabetyków na Jasną Górę	8
Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski dla Janusza Przytockiego	9



Z OKAZJI 100-LECIA INSULINY

Dlaczego insulina musi być podawana w iniekcjach?	10
--	----

WARTO WIEDZIEĆ

Czy cukrzyca jest chorobą nerek?	12
Fakty i mity na temat hipoglikemii. Jak unikać tego powikłania cukrzycy?	14
Serce lubi aktywność	16
Zdrowa dieta małymi krokami	18
Jak otrzymać glukometry i peny?	21
Zabójczo słodki	22
Historia insuliny – historia naszych działaczy	24
Jak leczyć bóle neuropatyczne?	26
Stan przedcukrzycowy i co dalej?	28
Jak prawidłowo dbać o stopy latem?	30



Nowa lista refundacyjna i dobre wieści dla pacjentów z cukrzycowym obrzękiem plamki (DME)

Dzięki decyzji Ministra Zdrowia pacjenci z cukrzycowym obrzękiem plamki, po latach oczekiwań, otrzymają dostęp do skutecznych terapii w tym schorzeniu. Jest to szczególnie dobra i ważna informacja, biorąc pod uwagę fakt, że cukrzycowy obrzęk plamki jest jedną z najczęstszych przyczyn trwałego, poważnego upośledzenia wzroku, a w niektórych przypadkach może prowadzić do trwałej utraty wzroku.

Program lekowy

Podstawowym celem terapii DME jest zahamowanie postępu zmian chorobowych w obszarze plamki oraz utrzymanie możliwie najlepszej ostrości widzenia.

Zgodnie z projektem listy refundacyjnej leczenie będzie dostępne od 1 lipca w ramach dedykowanego, nowo utworzonego programu lekowego „Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki (DME)”. W programie znalazły się trzy terapie: bewacyzumab, aflibercept i deksametazon, co pozwoli na zapewnienie dostępu do leczenia dostosowanego do indywidualnych potrzeb danego pacjenta.

Pierwsze dwa leki (bewacyzumab, aflibercept) mają postać iniekcji dożłokowych podawanych co 28-31 dni, natomiast ostatni lek (deksametazon) podawany jest w postaci implantu raz na ok. 6 miesięcy.

Zgodnie z zapisami programu lekowego terapia trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu.

Kwalifikacja do leczenia

W przypadku, gdy pacjent nie był uprzednio leczony z powodu cukrzycowego

obrzęku plamki, kwalifikacji do programu lekowego dokonywać będzie lekarz prowadzący w oparciu o ściśle określone kryteria.

Pacjenci leczeni uprzednio komercyjnie lub w ramach JGP B84, lub pacjenci leczeni w programie lekowym, wymagający zmiany leku, mogą być włączeni do programu lub może zostać dokonana zmiana leku przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki na wniosek lekarza prowadzącego.

Ocena skuteczności odpowiedzi na terapię odbywa się z godnie z zapisami programu. Na jej podstawie Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki podejmuje decyzję o kontynuacji leczenia bez zmiany leku, kontynuacji leczenia ze zmianą leku albo o wyłączeniu pacjenta z programu.

Kilka słów o chorobie

Objawy cukrzycowego obrzęku plamki bywają często niezauważalne, zwłaszcza gdy schorzenie dotyczy jednego oka, przy pełnej sprawności drugiego i traktowane są czasami jako coś przejściowego lub wynik zbyt słabej korekty okularowej. Odwlekanie wizyty u specjalisty może prowadzić do zbyt późnego wykrycia choroby oraz nieodwracalnych zmian, włącznie z utratą widzenia, dlatego należy niezwłocznie udać się do okulisty w przypadku wystąpienia następujących objawów:

- obniżenie ostrości wzroku, szczególnie przy patrzeniu „na wprost”
- falowanie, łamanie się linii prostych (jak w przypadku AMD)
- zamglony, rozmazany obraz
- zniekształcone zarysy przedmiotów
- czarna plama przed okiem widziana stale (w późniejszej fazie DME)

Hasło Światowego Dnia Cukrzycy 2021

Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna ustaliła temat przewodni oraz hasło Światowego Dnia Cukrzycy.

Tematem przewodnim na lata 2021-2023 jest

„Dostęp do opieki diabetologicznej”

Hasłem na rok 2021 jest

JEŚLI NIE TERAZ, TO KIEDY?

Rada ds. Ochrony Zdrowia o cukrzycy

Dnia 09.06 br. odbyło się posiedzenie Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP. Tematem spotkania była cukrzyca. W spotkaniu uczestniczyła Prezes ZG PSD Anna Śliwińska.

Na świecie na cukrzycę cierpi ponad 400 mln osób a – wg szacunków – do 2040 roku cukrzyca będzie diagnozowana u ponad 10% populacji. W Polsce choruje ponad 2,5 mln osób, a być może nawet 700 tys. kolejnych nie jest tego świadome. W 2021 r. mija setna rocznica odkrycia insuliny, dzięki której choroba nie jest już wyrokiem śmierci, stała się natomiast schorzeniem przewlekłym.

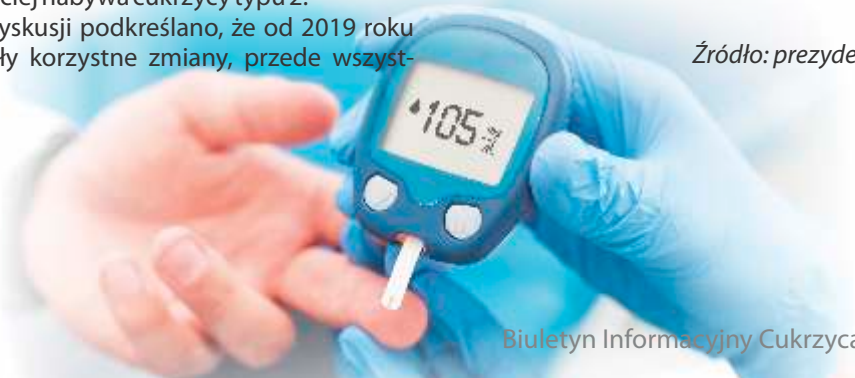
Wiele wskazuje na to, że skala zachorowań będzie nadal rosła. Problem pogłębił się w związku z pandemią koronawirusa i niestety w coraz większym zakresie dotyczy dzieci i młodzieży. Dziś – m.in. w związku z nadwagą i nieaktywnym trybem życia – młode pokolenie poza cukrzycą typu 1, częściej nabywa cukrzycę typu 2.

W dyskusji podkreślano, że od 2019 roku zaszły korzystne zmiany, przede wszystkim

kim w zakresie refundacji leków. Jednak konieczne są dalsze działania w kierunku budowania świadomości społecznej i promowania zdrowego trybu życia, jak również usprawniające funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Ekspertcy wskazywali na potrzebę refundacji nowoczesnych metod monitorowania leczenia pacjenta cukrzycowego, wdrożenie efektywnej opieki nad chorym z zespołem stopy cukrzycowej oraz zapewnienie pacjentom i ich rodzinom powtarzalnej edukacji.

Uczestnicząca w posiedzeniu Rady Grażyna Ignaczak-Bandych, Szef Kancelarii Prezydenta RP podkreśliła, że Kancelaria Prezydenta RP, poza bieżącą współpracą z Ministerstwem Zdrowia służącą tworzeniu nowych regulacji prawnych, gotowa jest angażować się w kampanie społeczne służące budowaniu wiedzy na temat zagrożeń związanych z cukrzycą i promowaniu zdrowego trybu życia.

Źródło: prezydent.pl



Inauguracja Forum Ekspertów ds. Cukrzycy

Cukrzyca jest jedną z chorób, które najbardziej obciążają system ochrony zdrowia, tymczasem w 2021 r. z tytułu opłaty cukrowej do NFZ powinno trafić nawet 3 mld PLN. Zdaniem ekspertów środki te powinny zostać spożytkowane na zapewnienie pacjentom szerszego dostępu do innowacyjnych leków stosowanych w leczeniu cukrzycy, specjalistyczne centra opieki diabetologicznej, szerszy dostęp do diagnostyki, systemów monitorujących, jak również edukację i promocję aktywnego stylu życia.

Dnia 31 maja 2021 roku swoją działalność zainauguowało Forum Ekspertów ds. Cukrzycy, którego celem jest przeprowadzenie kompleksowej debaty na temat stanu polskiej diabetologii oraz – w długiej perspektywie – usprawnienia systemu opieki nad pacjentem z cukrzycą w Polsce.

„Nie ulega wątpliwości, że aby sprostać coraz poważniejszemu i powszechniejszemu wyzwaniu, jakim jest cukrzyca – a przez to móc efektywnie odpowiadać na potrzeby i oczekiwania pacjentów – należy stale dążyć do poprawy i usprawniania każdego z elementów opieki diabetologicznej. To zaś najlepiej osiągnąć w drodze wspólnej, skoordynowanej pracy, łącząc wiedzę i doświadczenie szerokiego grona ekspertów” – podkreśliła na wstępie Anna Śliwińska, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

W ramach swoich prac Forum planuje organizację szeregu debat, których efektem będzie wypracowanie zestawu rekomendacji zmian w obszarze diabetologii. Tematem pierwszej z nich była alokacja środków z opłaty cukrowej.

„Opłata cukrowa to rozwiązanie modyfikujące zachowania konsumentów obywateli. Interwencja przynosi zakładane i spodziewane rezultaty. W 2021 roku po 5 miesiącach funkcjonowania opłaty cukrowej nastąpił wyraźny spadek sprzedaży produktów objętych opłatą cukrową” – wyjaśniła dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia (IZWOZ) Uczelni Łazarskiego.

„Efekty wprowadzenia opłaty cukrowej będą widocznie de facto dopiero za kilkanaście lat, ale już teraz opłata spowodowała 23 proc. spadek sprzedaży produktów słodzonych” – wskazywał z kolei prof. Krzysztof Strojek, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii.

Prof. dr hab. Leszek Czupryniak z WUM uważa, że środki z opłaty cukrowej powinny zostać skierowane na rozszerzenie listy leków objętych refundacją, poszerzenie dostępu do nowoczesnych technologii monitorowania poziomu cukru, na leczenie otyłości olbrzymiej, a także na edukację prozdrowotną.

Nadmierne spożycie cukru, przy jednoczesnym braku aktywności fizycznej, prowadzić może do otyłości, w wyniku której może rozwinąć się cukrzyca typu 2 – a także ponad 200 innych jednostek chorobowych.



Światowe Porozumienie dotyczące Cukrzycy WHO

IDF (Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna) z zadowoleniem przyjęła powstanie Światowego Porozumienia dotyczącego Cukrzycy WHO

Dnia 14.04.2021 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła powstanie Światowego Porozumienia dotyczącego Cukrzycy, czyli nowych ram działania w obszarze cukrzycy, których celem jest wspieranie krajów w ich wysiłkach na rzecz zapobiegania cukrzycy typu 2 i zapewnienia przystępnego leczenia cukrzycy dla wszystkich pacjentów. Porozumienie powstało podczas Światowego Szczytu Cukrzycowego, wydarzenia współorganizowanego przez WHO, rząd Kanady i Uniwersytet w Toronto. Podczas wydarzenia wystąpiło kilka głów państw i wysokich przedstawicieli rządów, w tym prezydent Kenii oraz

premierzy Fidzi, Norwegii i Singapuru, którzy wyrazili pełne poparcie dla Porozumienia. Wśród mówców byli także Światowy Ambasador WHO ds. chorób niezakaźnych Michael Bloomberg oraz przedstawiciele ONZ i społeczeństwa obywatelskiego. Prezes Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej prof. Andrew Boulton pozytywnie ocenił inicjatywę, mówiąc: „IDF z zadowoleniem przyjmuje fakt, że WHO w tym trudnym czasie poświęciło uwagę także cukrzycy. Deklarujemy nasze wsparcie poprzez działania informacyjne i uświadamiające. To wyjątkowa okazja, której nie wolno zmarnować. W kwestii cukrzycy musimy podejmować działania teraz, bardziej niż kiedykolwiek.”

Źródło: Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna

Rezolucja WHO

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) na zgromadzeniu dnia 24.05.2021 przyjęła dokument w sprawie zapobiegania i leczenia cukrzycy, przyjęty jako „Rezolucja w sprawie zmniejszenia obciążenia chorobami niezakaźnymi poprzez wzmocnienie profilaktyki i kontroli cukrzycy”.

Przyjęcie Rezolucji miało miejsce sześć tygodni po powstaniu Światowego Porozumienia dotyczącego Cukrzycy WHO. Teraz, wraz z Rezolucją, rządy wezwały do pilnych, skoordynowanych, globalnych działań w sprawie cukrzycy. Uznały, że w kontekście pandemii COVID-19 osoby z cukrzycą i innymi chorobami niezakaźnymi są bardziej narażone na choroby i śmierć z powodu zakłóceń w działaniu podstawowej opieki zdrowotnej, a także z powodu samego wirusa.

Szczególnie ważne jest to, że rządy uznały związek między cukrzycą a nierównościami zdrowotnymi, które zostały ujawnione i zaostrzone przez pandemię

COVID-19 oraz wezwały do działań „w celu promowania i wdrażania środków politycznych, legislacyjnych i regulacyjnych, w tym fiskalnych, mających na celu zminimalizowanie wpływu głównych czynników ryzyka cukrzycy oraz promowanie zdrowego odżywiania”. Zadaniem WHO jest również opracowanie zaleceń dotyczących trwałego finansowania profilaktyki i kontroli cukrzycy, w tym w środowiskach o ograniczonych zasobach oraz zaspokojenie potrzeb grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji i zmarginalizowanych.

To bardzo ważny kamień milowy dla społeczności diabetologicznej, ale to dopiero początek. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna (IDF) będzie ściśle pracować aby upewnić się, że Rezolucja zostanie przełożona na rzeczywiste działania w nadchodzących latach.

Źródło: Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna

XXX Jubileuszowa Pielgrzymka Diabetyków na Jasną Górę 15.06.2021

Z inicjatywy Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków i Koła PSD w Częstochowie dnia 11 czerwca odbyła się XXX Jubileuszowa Pielgrzymka Diabetyków na Jasną Górę. Uczestniczyło w niej około 300 osób z całej Polski.

Przed godziną 11:00 poczty sztandarowe przekroczyły bramę klasztoru, aby uczestniczyć we mszy świętej. Msze Świętą w intencji chorych na cukrzycę i ich rodzin celebrował i wygłosił homilię Kapelan Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Ksiądz Kanonik Mirosław Danielski. W tym roku ucieszył nas wszystkich fakt, że kapelan PSD mógł być z nami osobiście. Było łatwiej, bo mieliśmy swojego kapłana, który rozumie diabetyków, otacza serdecznością i zrozumieniem samemu doświadczając choroby jaką jest cukrzyca.

Drogę krzyżową na wałach rozpoczął ksiądz kapelan przy pierwszej stacji, kolejne stacje poprowadzili członkowie koła PSD z Drzewicy. Ostatnią 14 stację Prezes Zarządu Głównego Anna Śliwińska, a zakończenie Prezes Koła PSD w Drzewicy Włodzimierz Pomykała. Po drodze krzyżowej udaliśmy się pod Pomnik Ojca Świętego Jana Pawła II, gdzie wspólnie odśpiewaliśmy ukochaną pieśń Papieża „Barękę”. Prezes Zarządu Głównego Anna Śliwińska podziękowała wszystkim obecnym za zaangażowanie w organizację pielgrzymki – przekazała pozdrowienia, życzyła zdrowia oraz zaprosiła na XXXI spotkanie na Jasnej Górze w 2022 r.

psddrzewica.pl



Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski dla Janusza Przytockiego

Janusz Przytocky, Wiceprezes Zarządu Głównego PSD oraz Prezes Oddziału Rejonowego PSD w Gliwicach został wyróżniony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Odznaczenie wręczył

w dniu 14 czerwca 2021 w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w imieniu Prezydenta RP Piotr Ćwik, Zastępca Szefa Kancelarii Prezydenta RP. Ministrowi towarzyszył wojewoda śląski Jarosław Wieszorek.



SANOFI

Empowering Life

100 lat insuliny!

Insulina – odkrycie, które zmieniło wszystko

Dlaczego insulina musi być podawana w iniekcjach?



Insulina jest hormonem białkowym produkowanym przez komórki beta wysp trzustki. Najsilniejszym bodźcem stymulującym wydzielanie insuliny jest wzrost stężenia glukozy we krwi. Trzustka zdrowego człowieka wydziela insulinę stale, a wzrosty jej sekrecji następują po spożyciu posiłków.

Insulina wpływa na metabolizm węglowodanów, tłuszczów i białek. Dzięki działaniu insuliny możliwy jest transport glukozy z krwi do komórek oraz jej magazynowanie w wątrobie i mięśniach. Dodatkowo insulina hamuje produkcję glukozy przez wątrobę. Prowadzi to do obniżenia stężenia glukozy we krwi. Ponadto dzięki insulinie możliwe jest magazynowanie glukozy w postaci tkanki tłuszczowej oraz synteza białka i przyrost masy mięśniowej.

Insulina jest hormonem niezbędnym do życia. Wyizolowanie insuliny przed

100 laty przez Fredericka Bantinga i Charlesa Besta sprawiło, że cukrzyca przestała być chorobą śmiertelną.

Początkowo insulina pozyskiwana była z trzustek zwierzęcych, ale nie była ona identyczna z insuliną wydzielaną przez trzustkę zdrowego człowieka. Przełomem było niewątpliwie rozpoczęcie produkcji insuliny ludzkiej z wykorzystaniem biotechnologii. Dzięki temu uzyskano hormon identyczny z insuliną produkowaną przez trzustkę zdrowego człowieka oraz uniezależniono jej produkcję od dostępności trzustek zwierzęcych.

Od początku stosowania insuliny w leczeniu cukrzycy podawano ją w postaci wstrzyknień podskórnych. W przeszłości strzykawki oraz igły służące do iniekcji były wielokrotnego użytku, co było niewygodne (konieczność samodzielnej sterylizacji), bolesne i często prowadziło do powstawania powikłań (np. tworzenia ropni w miejscu wstrzyknięcia leku czy zaników tkanki podskórnej). Obecnie wstrzykiwanie insuliny dzięki jednorazowym, cienkim igłom oraz prostym w obsłudze wstrzykiwaczom jest niebolesne, precyzyjne oraz łatwe, nawet dla osób w podeszłym wieku. Pomimo tego pacjenci często zadają pytanie, czy jest już dostępna insulina w tabletkach, którą można podawać doustnie, zamiast wstrzykiwać.

Badania nad insuliną podawaną doustnie są prowadzone od wielu lat. Trudności w stworzeniu sposobu doustnego podawania insuliny wynikają przede wszystkim z faktu, iż jest ona hormonem białkowym, zatem rozkładają i dezaktywują ją enzymy trawienne obecne w przewodzie pokarmowym. Ponadto cząsteczka insuliny jest duża, co utrudnia jej wchłanianie w postaci niezmienionej. I w końcu insulina to bardzo silnie działający lek, który musi być precyzyjnie dawkowany. Zarówno nadmiar jak i niedobór hormonu wiąże się z groźnymi dla życia następstwami, takimi jak ciężkie niedocukrzenie lub hiperglikemia. Kolejną barierą jest konieczność dążenia się do tego, aby insulinoterapia jak najlepiej naśladowała działanie insuliny wydzielanej przez trzustkę zdrowego człowieka. Dzięki temu poprawia się kontrola cukrzycy, lepiej korygowane są poposiłkowe wyżki glikemii, mniej jest niedocukrzeń, szczególnie tych, które występują w godzinach nocnych.

Naukowcy pracujący nad doustną insuliną próbują ominąć powyższe przeszkody w różnoraki sposób. Jednym z nich jest stworzenie kapsułki z igłą wykonaną ze skompresowanej liofilizowanej insuliny,

która jest uwalniana po jej wbiciu w ścianę żołądka. Inną metodą ochrony insuliny przed rozkładem przez enzymy przewodu pokarmowego jest stworzenie specjalnej otoczki chroniącej insulinę przed degradacją w przewodzie pokarmowym oraz zastosowanie substancji pomagającej jej przenikać przez ścianę jelita cienkiego. Próby stosowania tak uzyskanej doustnej insuliny są prowadzone tylko w ramach badań klinicznych u chorych z cukrzycą typu 2 oraz w zapobieganiu cukrzycy typu 1. Natomiast w przypadku pacjentów z rozpoznaną cukrzycą typu 1 oraz z innymi typami cukrzycy, gdy konieczne jest dostosowywanie dawki insuliny do aktualnej glikemii, wielkości posiłku, czy planowanego wysiłku fizycznego, podawanie insuliny doustnie nie ma szansy być skuteczne.

Biorąc to pod uwagę, bardzo ważny jest, że wśród leków stosowanych w terapii cukrzycy pojawiają się nowe insuliny, które co prawda trzeba wstrzykiwać, ale są coraz lepiej dopasowane do potrzeb pacjenta, coraz bardziej skuteczne i bezpieczne.

Alicja Milczarczyk

*Klinika Chorób Wewnętrznych
Endokrynologii i Diabetologii CSK MSWiA,
Warszawa*

Partnerzy:





Czy cukrzyca jest chorobą nerek?

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, która objawia się podwyższonym poziomem cukru we krwi. Hiperglikemia działa toksycznie na naczynia krwionośne organizmu, w tym na delikatne struktury budujące nerki, co może doprowadzić do poważnych zaburzeń w ich funkcjonowaniu. Z racji bardzo dużego ryzyka uszkodzenia nerek w przebiegu *diabetes mellitus* uzasadnionym jest stwierdzenie, że cukrzyca jest chorobą nerek. Ważne, by pacjenci mieli tego świadomość, by regularnie monitorowali pracę nerek oraz eliminowali czynniki ryzyka rozwoju tego powikłania.

Cukrzyca jest jedną z głównych przyczyn dializoterapii (leczenia nerkozastępczego) w Polsce. Innymi słowy, to z powodu zbyt wysokiego poziomu cukru we krwi najczęściej dochodzi do schyłkowej niewydolności nerek, czyli sytuacji, kiedy nie są one w stanie pełnić swoich podstawowych funkcji, do których zalicza się:

- usuwanie z moczem szkodliwych produktów przemiany materii,
- zatrzymywanie składników niezbędnych dla organizmu, takich jak np. białko,
- regulację objętości płynów ustrojowych,
- regulację ciśnienia tętniczego krwi,
- produkcję hormonu erytropoetyny,
- produkcję aktywnych postaci witaminy D3.

W przypadku pacjentów z niedostatecznie kontrolowaną glikemią, cukrzycowa choroba nerek może rozwinąć się w każdym wieku, także u osób młodych, stanowiąc bardzo poważne obciążenie. Statystyki pokazują, że przewlekła choroba nerek wiąże się z ponad dwukrotnie zwiększonym ryzykiem niewydolności serca. Jest to zatem stan zagrożenia zarówno dla zdrowia, jak i dla życia.

Jak cukier uszkadza nerki?

Hiperglikemia sprawia, że zwiększa się przepływ krwi przez kłębuszki nerkowe, a to z czasem przyczynia się do ich niszczenia. Z powodu przecukrzenia w kłębuszkach nerkowych gromadzą się różne substancje, które zaburzą ich funkcjonowanie. Hiperglikemia prowadzi też do wytwarzania substancji aktywnych, które powodują powstawanie stanów zapalnych. W rezultacie kłębuszki nerkowe stają się bardziej przepuszczalne (stąd w moczu pojawia się białko), w dalszych stadiach nefropatii dochodzi do stwardnienia kłębuszków i włóknienia mięszu nerek, co prowadzi do ich niewydolności.

Nefropatia – proces, który postępuje

Uszkodzenie nerek w przebiegu cukrzycy to proces rozciągnięty w czasie. Pomiędzy zdrowymi nerkami, a nerkami, które nie są w stanie filtrować moczu, występują stany pośrednie, określane jako stadia nefropatii cukrzycowej.

Przy ocenie pracy nerek bierze się pod uwagę dwa parametry: fakt występowania lub niewystępowania albumin albo białka w moczu oraz eGFR, czyli poziom filtracji kłębuszkowej, określane na podstawie stężenia kreatyniny we krwi.

W oparciu o te parametry wyróżnia się 5 stadiów cukrzycowej choroby nerek:

Stadium I: nerki pracują prawidłowo, choć w moczu pojawiają się mikroalbuminy w liczbie 30-300 mg. eGFR – 90 mL/min.

Stadium II: łagodne pogorszenie pracy nerek, nieprawidłowości biochemiczne w moczu. eGFR – 60 do 89 mL/min.

Stadium III: widoczne pogorszenie funkcji nerek. eGFR – 30 do 59 mL/min.

Stadium IV: białkomocz. eGFR – 15 do 29 mL/min.

Stadium V: niewydolność nerek. eGFR poniżej 15 mL/min.

Choć cukrzycowa choroba nerek ma charakter postępujący, to warto podkreślić, że wiele zależy od pacjenta. Nie każdy diabetyk, nawet jeśli jego nerki nie pracują jak nerki zdrowego człowieka, jest skazany na ich schyłkową niewydolność. Rozwój choroby u niektórych pacjentów udaje się zatrzymać na pierwszym czy drugim stadium nefropatii. U innych nefropatia postępuje, ale bardzo powoli, co też jest pewnym sukcesem. Bo choć oczywiście najlepiej jest mieć przy cukrzycy zupełnie zdrowe nerki, to nie zawsze się to udaje. Ale warto wiedzieć, że pierwsze symptomy nefropatii (nota bene zupełnie nieodczuwalne, które można wykryć jedynie w badaniach laboratoryjnych), to jeszcze nie wyrok. Jeszcze jest o co walczyć!

Jak chronić nerki przy cukrzycy

Hiperglikemia nie jest jedynym czynnikiem ryzyka rozwoju cukrzycowej choroby nerek. Równie niekorzystne dla nerek są:

- nadciśnienie tętnicze,
- palenie papierosów,
- wysokie stężenie cholesterolu i trójglicerydów we krwi,
- nadużywanie soli,
- dieta bogata w białko.

O ile nasz wpływ na przecukrzenia niestety bywa ograniczony, o tyle mamy spore możliwości wyeliminowania pozostałych, pozaglikemicznych czynników ryzyka ne-

fropatii. Nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemię należy unormować dietą, a jeśli to nie wystarczy – za pomocą środków farmakologicznych. Bezwzględnie należy zrezygnować z palenia oraz dbać o to, by nie spożywać za dużo soli (co swoją drogą wpłynie korzystnie także na ciśnienie tętnicze).

W walce o jak najlepsze funkcjonowanie nerek konieczna jest współpraca pacjenta oraz diabetologa, a niekiedy także nefrologa, którzy powinni zaproponować choremu optymalne leczenie. Optymalne czyli takie, które nie tylko ma na celu obniżanie glikemii, ale też ochronę nerek przed progresją ich niewydolności.

Trzymaj rękę na pulsie!

Nefropatia daje objawy dopiero przy znacznym uszkodzeniu nerek. Dlatego ich pracę należy regularnie monitorować, wykonując badania: ogólne moczu, stężenia mocznika i kreatyniny. W ramach profilaktyki należy też kontrolować ciśnienie tętnicze. Wzrost ciśnienia tętniczego może zarówno prowadzić do nefropatii cukrzycowej, jak i sam w sobie być objawem pogorszenia pracy nerek.

Natomiast do symptomów, które powinny zaniepokoić diabetyka, bo mogą świadczyć o poważnych zaburzeniach pracy nerek zalicza się:

- Skłonność do opuchlizny – kostki, nadgarstki, twarz
- Podpuchnięte oczy, szczególnie rano
- Potrzeba bardzo częstego oddawania moczu (wstawanie w nocy)
- Duża męczliwość, spłycony oddech
- Ogólne zmęczenie
- Brak apetytu
- Anemia
- Skurcze mięśni, szczególnie w nocy

Jeśli obserwujesz u siebie takie objawy, koniecznie zgłoś się z nimi do lekarza.

Małgorzata Marszałek

Artykuł powstał przy wsparciu firmy Bayer



Fakty i mity na temat hipoglikemii. Jak unikać tego powikłania cukrzycy?

Hipoglikemia – temat dobrze znany, każdemu diabetykowi. Ale niestety nie zawsze dobrze rozumiany. Zachęcamy do niepowielania mitów na temat niedocukrzeń, a przede wszystkim do dokładania wszelkich starań, żeby ich unikać.

MIT: Hipoglikemia może skutkować utratą przytomności, ale nie prowadzi do powikłań narządowych

FAKT: Zbyt niski poziom cukru we krwi to nie tylko niebezpieczeństwo „tu i teraz”. To stan, który podobnie jak hiperglikemia, ma odległe skutki dla zdrowia.

O ile nadmiar cukru jest najbardziej szkodliwy dla naczyń krwionośnych w oczach, nerkach oraz systemie nerwowym, o tyle zbyt niski poziom cukru we krwi w odległej perspektywie najbardziej niekorzystnie wpływa na centralny układ nerwowy.

Przewlekłe komplikacje hipoglikemii to m.in.:

- dysfunkcje autonomicznego układu nerwowego,
- uszkodzenia centralnego układu nerwowego,
- nasilenie powikłań sercowo-naczyniowych,
- zaburzenia rytmu serca.

To z tego powodu u osób starszych, z wieloletnim przebiegiem cukrzycy, które słabiej odczuwają spadki cukru, największym wyzwaniem terapii są hipoglikemie, a nie

hiperglikemie. Niedocukrzeń znacząco zwiększają ryzyko incydentów sercowych, mogą być pośrednią przyczyną zawału lub udaru.

MIT: Hipoglikemia to dobra okazja, by w końcu zjeść coś słodkiego

FAKT: Hipoglikemia to stan, który wymaga leczenia, a lekiem są w tym przypadku cukry proste w postaci glukozy a nie czekoladowego batona. Słodycze, które zawierają czekoladę czy orzechy podnoszą glikemię umiarkowanie szybko, bo wchłanianie glukozy jest spowalniane przez tłuszcz. Cukierki typu karmelki wymagają czasu, by się rozpuściły, zawsze jest też ryzyko zadławienia nimi. Dlatego najlepszym rozwiązaniem jest porcjowana glukoza w żelu, tabletkach czy sztabkach. Nie tylko najszybciej podnosi cukier, ale też łatwo obliczyć, ile jej przyjęliśmy. Błędem, który należy szczególnie piętnować jest celowe doprowadzanie do hipoglikemii, by zjeść coś słodkiego. Nic natomiast nie stoi na przeszkodzie, by od czasu do czasu zaplanować sobie zjedzenia ciastka czy lodów, przeliczyć ile

zawierają węglowodanów i podać na nie odpowiednią dawkę insuliny.

MIT: Nieświadomość hipoglikemii to zjawisko, które występuje wyłącznie u małych dzieci

FAKT: U najmłodszych pacjentów z cukrzycą zwykle nie występuje zjawisko nieświadomości hipoglikemii, dzieci albo nie potrafią poinformować rodziców, że gorzej się czują, albo nie wiedzą jeszcze, że objawy niedocukrzenia, które odczuwają są czymś nieprawidłowym. Natomiast nieświadomość hipoglikemii to stan, w którym pacjent nie czuje żadnych objawów niedocukrzenia, nawet przy bardzo niskich wartościach glikemii. Jednym z czynników zwiększających ryzyko nieświadomych hipoglikemii jest neuropatia cukrzycowa, a w szczególności uszkodzenia autonomicznego układu nerwowego. To sprawnie działające nerwy autonomiczne „informują” układ hormonalny, że należy wydzielić hormony stresu, dzięki którym pojawiają się takie objawy jak drżenie rąk czy niepokój, a następnie wątrobę i mięśnie, że powinny uwolnić zapasy glukozy. Kiedy nerwy autonomiczne są uszkodzone, ten system ostrzeżenie przestaje działać, a organizm nie wie, że poziom cukru jest niski, sam na niego nie reaguje i nie pojawiają się objawy tego stanu.

MIT: Ciężka hipoglikemia może doprowadzić do śpiączki cukrzycowej

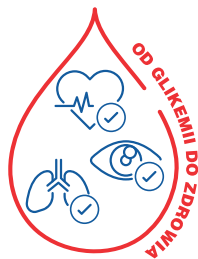
FAKT: Ciężka hipoglikemia może skutkować utratą przytomności z powodu deficytu glukozy we krwi. Nie jest to jednak śpiączka cukrzycowa. Ten termin odnosi się do stopniowego tracenia świadomości w wyniku bardzo dużej hiperglikemii i zakwaszenia organizmu. Warto mieć tego świadomość, że diabetyk może być nieprzytomny zarówno przy skrajnie niskim, jak i skrajnie wysokim poziomie glukozy. To bardzo ważne, bo metody postępowania w obydwu sytuacjach są skrajnie różne. Obecnie do śpiączki cukrzycowej dochodzi niezwykle rzadko,

a i utrata przytomności z powodu hipoglikemii przestaje być częstym powikłaniem insulinoterapii. Wszystko to dzięki współczesnym możliwościom leczenia cukrzycy.

Jak możemy minimalizować liczbę niedocukrzeń?

Przy intensywnym leczeniu insuliną, niezależnie od metody jej podawania, niedocukrzenia są nieuniknione. W końcu na ulotce każdej insuliny są one wymieniane, jako bardzo częsty skutek niepożądany leczenia. Ale przy obecnych metodach samokontroli cukrzycy wreszcie zaczynamy mieć nad nimi realną kontrolę. Doświadczenia pacjentów pokazują, że systemy do ciągłego monitorowania glikemii pozwalają znacznie ograniczyć liczbę epizodów niedocukrzenia. A jeśli nawet się one zdarzą, to raczej są to niewielkie spadki poniżej normy, a nie ciężkie hipoglikemie, stanowiące zagrożenie dla życia. Główną funkcją CGM-ów, która pomaga zapanować nad spadkami cukrów są strzałki trendów, które wraz z wartością aktualnej glikemii dają nam pełny obraz sytuacji i pozwalają podejmować odpowiednie decyzje terapeutyczne. Jeśli obserwujemy u siebie trend spadkowy przy wartościach glikemii zbliżających się do granicy normy dla prawidłowego cukru, wówczas możemy zareagować z wyprzedzeniem – podać odpowiednią ilość glukozy (0,5 WW-1WW) i nie dopuścić do hipoglikemii. Dzięki CGM-om po raz pierwszy w historii leczenia cukrzycy możemy być o krok przed chorobą, a nie tylko reagować post fatum na różne nieprawidłowości. Niebagatelne znaczenie dla unikania niedocukrzeń ma też możliwość wglądu w cukry 24 godziny na dobę. Dzięki temu możemy bardzo dobrze poznać własny organizm i jego reakcje na aktywność fizyczną, określone posiłki, stany podgorączkowe, stres itp. Tę wiedzę możemy następnie wykorzystywać, by jak najlepiej zarządzać swoją cukrzycą.

Serce lubi aktywność



Dobłą kondycję serca w pierwszej kolejności kojarzymy z odpowiednim żywieniem. I słusznie. Jednak serce w równym stopniu potrzebuje zbilansowanej diety bogatej w zdrowe tłuszcze i antyoksydanty, co aktywności fizycznej. W końcu podstawą Piramidy Żywienia nie jest żadna określona grupa pokarmów, ale właśnie sport. A ten jest dla naszego układu krążenia wręcz zbawienny.

Aktywność fizyczna ma niebagatelny wpływ na funkcjonowanie układu krwionośnego. Dzięki niej zwiększa się ukrwienie narządów, komórki są lepiej zaopatrzone w tlen i substancje odżywcze, a jednocześnie łatwiej pozbywają się zbędnych i szkodliwych produktów przemiany materii.

Poza korzyściami dla układu sercowo-naczyniowego, uprawianie sportu:

- Ma wpływ na zwiększenie masy mięśniowej, siły i wytrzymałości
- Poprawia gęstość kości
- Wzmacnia odporność organizmu
- Przyspiesza metabolizm
- Pomaga utrzymywać prawidłową masę ciała
- Zmniejsza ryzyko depresji
- Minimalizuje ryzyko chorób cywilizacyjnych, takich jak nadciśnienie i cukrzyca typu 2.

Dobra wiadomość jest taka, że aby korzystać z tych wszystkich dobrodziejstw

aktywności, wcale nie trzeba uprawiać sportu wyczynowo. A często nawet nie należy! Wystarczy aktywność rekreacyjna, ale uprawiana odpowiednio często i odpowiednio długo.

Jak często ćwiczyć?

Dawniej mówiło się, że optymalny dla zdrowia jest wysiłek fizyczny o umiarkowanym natężeniu, podejmowany co najmniej trzy razy w tygodniu, trwający minimum trzydzieści minut, z poziomem tętna około 130 uderzeń na minutę. Dziś dla utrzymania dobrego stanu zdrowia zaleca się umiarkowany wysiłek podejmowany pięć razy w tygodniu.

Warto zapamiętać ten wzór: 5 (razy w tygodniu) x 30 (minut) x 130 (uderzeń serca na minutę)

Pamiętajmy, że aktywność „liczy się” nie tylko wtedy, kiedy zakładamy dres i wyjmujemy z szafy kijki od nordik walkingu. Można ją w bardzo naturalny sposób wpleść w codzienny rytm dnia. W końcu zalecane 10 tysięcy kroków dziennie to nie tylko efekt zaplanowanych spacerów, ale i najwykleszej krzątany w ciągu dnia. Dlatego warto nauczyć się wyłapywać w ciągu dnia „okazje” do aktywności i skrzętnie z nich korzystać.

- Jeździsz komunikacją? Wsiadaj przystanek za wcześniej i przespaceruj się
- Do sklepu po małe sprawunki chodź na piechotę
- Korzystaj ze schodów, a nie z windy
- Podczas oglądania telewizji zrób kilka przysiadów, skrętów, skłonów



Aktywność, ale jaka?

Aktywność jest korzystna dla każdego, także dla seniorów i osób po zawale, ale trzeba ją dobrze dobrać do kondycji organizmu. Nie wszystko jest dla każdego, a niektóre sporty beztlenowe (siłowe), jeśli będą uprawiane nieumiejętnie, mogą przynieść więcej szkody niż pożytku.

Serce lubi wysiłek dynamiczny, trening cardio – taki, jak na przykład nordic walking, bieganie w umiarkowanym tempie, pływanie, spacer, taniec, zajęcia grupowe – aerobik, zumba. Z punktu widzenia serca niewskazane są wysiłki statyczne, takie jak np. podnoszenie ciężarów, treningi interwałowe, tabata czy bieganie krótkich dystansów na czas. Taki trening nie wpływa na poprawę wydolności organizmu i poprawę kondycji fizycznej – wpływa jedynie na zwiększenie masy mięśniowej i w niektórych przypadkach może prowadzić do przerostu mięśnia sercowego, nadciśnienia tętniczego czy też nasilenia epizodów arytmii.

Czy w związku z tym diabetycy mogą korzystać z siłowni? Mogą, jeśli wybiorą na siłowni aktywności dynamiczne, takie jak ćwiczenia na bieżni, rowerku stacjonarnym czy stepperze.

Aktywności korzystne dla serca pokrywają się z aktywnościami korzystnymi dla naszej glikemii. Jak wiadomo, jedynie wysiłek tlenowy ma wpływ na obniżanie się poziomu cukru we krwi. Z kolei wysiłek siłowy będzie prowadził do hiperglikemii. Wiąże się on z koniecznością produkcji glukozy z glikogenu, stąd utrzymanie stabilnych glikemii przy tym rodzaju aktywności jest dla diabetyka trudne i wymaga bardzo dobrej znajomości organizmu, a często też odpowiedniego sprzętu (pompy insulinowej, systemu do monitorowania glikemii).

Co różnicuje wysiłek tlenowy od beztlenowego? Przede wszystkim tętno. Wyznacznikiem aktywności beztlenowej jest wysokie tętno, wynoszące ok. 80-90 proc. tętna maksymalnego – jest to wysiłek

„do utraty tchu”. Natomiast przy aktywności tlenowej jesteśmy w stanie spokojnie rozmawiać.

A może siłownia na świeżym powietrzu?

W ostatnich latach w dużych miastach, małych miasteczkach i na wsiach powstają siłownie na świeżym powietrzu. To idealne urozmaicenie dla diabetyków, dbających o swoje serca. Poza wychodzeniem na spacer, najlepiej z kijkami, powinni oni zaprzyjaźnić się z takimi urządzeniami jak chodzący, orbitrek czy pajacyk, które poprawiają wydolność i pomagają budować lepszą kondycję organizmu.

Podsumowując:

- Podejmij regularną, umiarkowaną aktywność fizyczną
- Staraj się robić codziennie minimum 10 tys kroków
- Rzuć palenie, aktywność nie „rekompensuje” tego nałogu
- Zaplanowaną aktywność podejmuj z optymalnym dla siebie poziomem cukru we krwi
- Kontroluj ciśnienie tętnicze – sport przy nieleczonym nadciśnieniu może być niebezpieczny
- Jeśli masz chorobę wieńcową lub zaburzenia rytmu serca ustal z kardiologiem, jakie aktywności możesz podejmować
- Pamiętaj o rozgrzewce

Partnerzy:

AstraZeneca 

Boehringer
Ingelheim


novo nordisk®

Zdrowa dieta małymi krokami

Sposób odżywiania ma niebagatelny wpływ na zdrowie człowieka. Dieta przekłada się na stan odżywienia, odporność organizmu, płodność czy rozwój chorób dietozależnych tj. cukrzyca typu 2, nadciśnienie, miażdżyca, dna moczanna, kamica żółciowa. To tylko niektóre z zaburzeń, na które ma wpływ sposób odżywiania. Nieprawidłowa masa ciała może przysporzyć wielu problemów zarówno fizjologicznych jak i psychologicznych. Otyłość jest chociażby czynnikiem rozwoju depresji.

Pacjenci zagrożeni chorobami czy otyłością często słyszą diagnozę lekarską i zalecenie redukcji wagi. Początkowo sprawa wydaje się prosta, przychodzi na myśl zmniejszenie porcji jedzenia, ograniczenie jedzenia kolacji, eliminacja słodyczy. Niektórzy sięgają po bardziej drastyczne metody odchudzające, głodówki, detoksy, diety „cud” z gazetek czy alternatywne sposoby odżywiania. Na rynku istnieje wiele firm oferujących suplementy na odchudzanie czy oczyszczenie organizmu. Oczywiście jest, że pacjent zagubiony w gąszczu porad, najczęściej wybiera najskuteczniejszą i z pozoru najłatwiejszą metodą dla siebie. Po stosowaniu krótkoterminowych diet przychodzi tzw. efekt „jojo”, czyli powrót nadprogramowych kilogramów z nawiązką. Nielicznym udaje się utrzymać efekty restrykcyjnych zaleceń. Do odchudzania i zdrowego odżywiania powinniśmy podchodzić długoterminowo. Zmiana diety na zdrowszą przynosi efekty z czasem. Jeśli nasz sposób odżywiania przez lata pozostawał wiele do życzenia nie sposób wymagać od siebie i organizmu kolosalnych zmian w miesiąc. Dietetycy powtarzają jak mantrę, że wymagana jest zmiana stylu życia.

Zmiana stylu życia na zdrowszy

Dobra decyzja to już połowa sukcesu. Zdrowszy sposób odżywiania będzie pomocny w utrzymaniu prawidłowego poziomu cukru we krwi, wyrównaniu cu-

krzycy jak również zapobieganiu powikłaniom. Podobnie w przypadku chorób sercowo-naczyniowych dieta wpłynie na poziom cholesterolu, trójglicerydów we krwi oraz wyregulowanie nadciśnienia tętniczego. Zmiana sposobu odżywiania na zdrowszy czy odchudzanie to proces. Aby nie zdemotywować się na starcie, warto realnie wyznaczyć cel jaki chcemy osiągnąć. Redukcja wagi 5-10 kg w miesiąc na pewno nie będzie rozsądna i zdrowa. Spadek 5% od masy wyjściowej przyniesie efekt terapeutyczny, poprawę wartości glikemii. Prawidłowe zalecane spadki masy ciała to 2-4 kg tkanki tłuszczowej miesięcznie. Tutaj należy wspomnieć, iż początkowe szybsze ubytki na wadze spowodowane są najczęściej utratą zapasu energetycznego organizmu i wody komórkowej. Najlepiej monitorować wagę o tej samej porze dnia, raz na kilka dni. Deklaracja całkowitej eliminacji ulubionej potrawy wydają się mało realna. Tutaj warto zastanowić się jak ograniczyć spożycie lub zamienić składnik ulubionego przepisu na zdrowszy i mniej kaloryczny. Przydatna będzie analiza dotychczasowego sposobu odżywiania. Świetnie sprawdza się sumienne notowanie spożycia wszystkich posiłków, przekąsek i napojów przez kilka dni, z uwzględnieniem weekendów. Przewadzenie takiego dziennika pozwala uświadomić sobie w jakich sytuacjach podjadamy, czy posiłki wymagają poprawy, jakie jest spożycie warzyw i owoców,

ilość wypijanej wody. Dla osób bardziej skrupulatnych polecam metodę dokładnego liczenia kalorii za pomocą tabel kalorycznych lub aplikacji. Wystarczy kontrolować porcję przy użyciu miary domowej (łyżka, kromka, sztuka). Metoda pozwala uświadomić sobie popełniane błędy oraz spróbować znaleźć sposób na polepszenie diety. Na początku wskazane jest wyznaczenie pojedynczych zadań np. dodanie większej ilości warzyw do posiłków, wprowadzenie kilka razy w tygodniu produktów pełnoziarnistych. Mniejsza ilość zaleceń będzie łatwiejsza do realizacji i nie zniechęci do trzymania diety. Warto do zmiany przystępować będąc świadomym zalet i korzyści jakie możemy osiągnąć, a nie skupiać się tylko na zakazach i trudnościach. Zdecydowanie takie postępowanie wpłynie na dłuższe stosowanie zaleceń i tym samym zwiększy szanse na sukces.

Elementy zdrowej diety w pigułce

Na sposób odżywiania ma wpływ kultura, zwyczaje wyniesione z domu, czynniki socjoekonomiczne. Kuchnia polska mocno zmieniła się w ostatnim stuleciu. Oczysz-

czona biała mąka stała się powszechna, podobnie jak dania mięsne i wyroby wędliniarskie. Kasze, rośliny strączkowe czy olej lniany nigdy tak popularne w kuchni staropolskiej współcześnie występują rzadko. Dodatkowo wpływ kultury zachodu, szybkie jedzenie typu fastfood, słodzone napoje, gotowe potrawy z dodatkami tłuszczu trans, soli i cukru zdecydowanie pogorszyły jakość diety Polaka. Dziś na talerzu obserwujemy wypadkową tych czynników, która niestety mocno odbija się na zdrowiu i sylwetce.

Zdrowa dieta wcale nie musi być skomplikowana czy droga. Wystarczy wprowadzić kilka podstawowych zasad, aby móc pochwalić się zdrowszymi nawykami żywieniowymi. Osoby chorujące na cukrzycę szczególnie powinny zwrócić uwagę na ilość węglowodanów w diecie oraz ich jakość. Produkty węglowodanowe powinny być o niskim indeksie glikemicznym i ładunku. Nie bez znaczenia są również białka i tłuszcze. Osoby z cukrzycą obarczone są większym ryzykiem zawału czy choroby wieńcowej.

Białą oczyszczoną mąkę można łatwo zamienić na pełnoziarnistą. Większość



potraw tradycyjnych bez problemu uda się przygotować z ciemnej mąki, na początku warto stopniowo dodawać ją do potraw. Potrawy mączne nie są zalecane przy cukrzycy, szczególnie jeśli dominują na naszym talerzu. Amatorzy takich potraw powinni dodać porcję warzyw np. surówkę do pierogów czy kopytek. Warzywa wypełnią żołądek, obniżą IG posiłku oraz poprawią glikemię.

Tradycyjne ziemniaki z masłem warto zamienić na te gotowane w mundurkach lub gotowane w gorącej wodzie bez uprzedniego krojenia i moczenia. Uzyskujemy niższy indeks glikemiczny oraz mniejsze starty witamin. Zredukowanie ilości masła pozwoli ograniczyć kalorie. Doskonałą alternatywą dla ziemniaków są różnego rodzaju gruboziarniste kasze tj. gryczana, pęczak, bulgur. W sklepach pojawia się coraz większy wybór różnego rodzaju mieszanek kasz z warzywami i przyprawami.

Kolejnym bardzo ważnym nawykiem żywieniowym jest dodawanie warzyw do każdego posiłku. Niestety tutaj występuje duży problem. Wiele osób szczególnie w zimie rzadko jada surówki i różnego rodzaju sałatki. Ograniczając się wyłącznie do tych konserwowych lub kiszonych. Najczęściej wynika to z braku pomysłu lub traktowania „zieleniny” jako ten mniej ważny składnik talerza. To duży błąd. Dienne zalecane spożycie warzyw wynosi 400-500g. Warzywa to źródło witamin, antyoksydantów i błonnika. Zawsze zachęcam swoich pacjentów, aby konstruowali swoje obiady zaczynając od surówki i sałatki, a dopiero później uzupełniali kolejne składniki potrawy. Wartościowe warzywa dostępne są również w zimie, doskonale sprawdzą się surówki ze świeżych warzyw (marchew, kapusta, seler, por) lub warzywa gotowane na parze. Do sałatek zamiast śmietany warto dodać jogurt z odrobiną majonezu lub musztardy. Zalecane są również sosy na bazie oliwy i oleju lnianego. Warzywa pokrojone w słupki mogą

stanowiąc dodatek do kanapek. Sałatki i surówki spożywane na kolację pozwolą zwiększyć spożycie warzyw o kolejną porcję. Owoce sprawdzą się jako dodatek do jogurtu czy dania na słodko. Polecane są szczególnie te jagodowe, ale mała porcja pozostałych również wpisuje się w elementy diety diabetyka.

Dania mięsne i wędliny

Tradycyjny kotlet schabowy jest wysokokaloryczny, jego wartość energetyczna w zależności od wagi może osiągnąć wartość ponad połowy zapotrzebowania energetycznego przeznaczonego na obiad. Samo ograniczenie smażenia i panierowania pozwoli na obniżenie kaloryczności dań. Mięso pieczone i duszone będzie korzystniejsze dla zdrowia. Warto wybierać drób, ryby oraz rośliny strączkowe. Sosy szczególnie zabielałe śmietaną i mąką są przeciwwskazane. Prosty trik jest przygotowanie chudego wywaru i zabielenie go jogurtem. Tłuste wyroby wędliniarskie tj. kiełbasy, pasztety podnoszą poziom cholesterolu we krwi i sprzyjają miażdżycy, ciekawą alternatywą są pasty i pasztety wegetariańskie np. z fasoli czy soczewicy.

Orzechy i pestki stanowią doskonałe źródło nienasyconych kwasów tłuszczowych obniżających poziom cholesterolu, jednak warto zwrócić uwagę na spożywaną ilość, są wysokokaloryczne, zalecana porcja to ok. 20-30g. Dobrym tłuszczem do przygotowywania potraw jest olej rzepakowy lub oliwa z oliwek.

Podsumowując, zmiana stylu życia wymaga determinacji i systematyczności. Warto na początku wyznaczyć sobie małe cele, monitorować sposób odżywiania. Doceń się za małe zmiany. Jeśli efekty są niezadowalające warto skonsultować się z lekarzem i dietetykiem, aby poznać popełniane przez nas błędy i zmienić dietę na zdrowszą.

mgr Anna Wargacka

Dietetyk kliniczny, psychodietetyk

Jak otrzymać glukometry i peny?

GLUKOMETRY

Darmowe glukometry przysługują osobom ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1, typu 2 i cukrzycą ciążową.

Wydawane są pacjentom w aptekach/przychodniach/szpitalach.

Cena pasków do pomiaru glukozy we krwi zawiera również koszt glukometru wydawanego w aptecę jako pakiet startowy na wyraźną prośbę pacjenta realizującego receptę na konkretny rodzaj refundowanych pasków do pomiaru glukozy we krwi.

Glukometry aktualnie mają gwarancję wieczystą, natomiast sugeruje się aby glukometr wymieniać mniej więcej po 2-3 latach użytkowania ze względu na mechaniczne uszkodzenia portu testowego. Pacjent ma prawo wyboru glukometru.

PENY

Insuliny są dostępne w wielorazowych wstrzykiwaczach (penach) oraz we wstrzykiwaczach gotowych do użycia (jednorażowych).

Peny wielorazowe są wydawane pacjentowi jako pakiet startowy i ich koszt wpisuje się w cenę refundowanych insulin. Pacjentowi przysługuje pen wielorazowy w momencie, gdy otrzyma od lekarza receptę na insulinę. Jeśli z jakiegось przyczyny nie otrzyma wstrzykiwacza, trzeba postępować którąś ze ścieżek wymienionych w punkcie 2.

Do pena dołączana jest instrukcja użytkowania dla pacjenta, w której jest zawarta informacja ile wynosi maksymalny czas użytkowania wstrzykiwacza i po jakim czasie należy go wymienić na nowy.

1. Kiedy pacjentowi przysługuje pen wielorazowy?
 - Jako zestaw startowy przy wypisywaniu recepty na insulinę;
 - Pen, który otrzymał wcześniej uległ zniszczeniu – nie ma możliwości jego użytkowania lub minął termin jego użytkowania.
2. Gdzie pacjent może zgłosić potrzebę wydania mu pena?
 - Podczas wizyty u lekarza prowadzącego lub podczas teleporady;
 - Poprzez stronę internetową producenta insuliny, którą otrzymał;
 - Na infoliniach diabetologicznych dedykowanej pacjentom z cukrzycą.
3. Czy jeśli pacjent nie dostanie pena, może kupić go samodzielnie?
 - Nie ma możliwości zakupu pena wielorazowego w aptecę – dany producent jest jedynym dystrybutorem wstrzykiwacza i ma w obowiązku zapewnienie dostępności i wysyłkę wstrzykiwacza;
 - Należy zgłosić potrzebę wydania pena poprzez ścieżki wymienione w punkcie 2.





Odkrywczy insuliny: Frederick Banting, Charles Best, James Collip i John Macleod

Zabójczo słodki

Jesiennym wieczorem 1962 roku Stanisław Chowaniec wracał autem od rodziny. Listopad za oknem samochodu i mgły osiadłe na dachach jego rodzinnego Oświęcimia zachęcały do szybkiego powrotu do domu. Jednak nagle obezwładniło go ogromne, palące pragnienie. Zatrzymał się na rynku, gdzie, mokra od deszczu, lśniła stara, miejska pompa.

Zgięty nad pompą pił zimną wodę prosto z rur, niczym smok ze starej bajki. I, tak samo jak wawelski jaszczur, nie mógł ugasić swojego pragnienia... Ciągłe spragniony, wrócił do domu, gdzie wypił jednej nocy dziesięć litrów kompotu z domowej piwniczki. I piwo. Niestety, nie pomogło. Na zmianę pijąc i sikając, przetrwał pięć dni. Szóstego, wycieńczony, dotarł do przychodni. Tam dowiedział się, że ma cukrzycę.

Cukrzykiem Stanisław jest od sześćdziesięciu lat, co daje 21 900 dni z chorobą. Aby przeżyć, musiał wiele się o swojej chorobie nauczyć i żyć według narzuconych przez nią zasad. Mimo to nie uniknął charakterystycznych dla cukrzyków utrat przytomności, a nawet ślepoty, którą na szczęście udało się skutecznie zoperować.

Żyje dzięki insulinie, jest pełnym energii i optymizmu człowiekiem. Wiedzę na te-

mat cukrzyca ma ogromną; wie też, że gdyby jego historia wydarzyła się 40 lat wcześniej, nie miałby szans na przeżycie.

Cukrzyca na początku XX wieku

Do roku 1922 cukrzyca jest chorobą śmiertelną. Chorzy umierają w cierpieniu.

W szpitalu dziesięcioletni cukrzyk waży tyle, ile dzisiaj przeciętny czterolatek. Chłopiec nie ma siły nawet podnieść głowy z poduszki.

Jim Haves to dwudziestodwulatek chory na cukrzycę. Jest na stałe przykuty do łóżka. Przed zachorowaniem był obiecującym malarzem, ale teraz nie ma siły utrzymać w ręce ołówek. Wie, że niebawem umrze. Jedyne istniejące lekarstwo, przedłużające życie o kilka lat, jest gorsze od choroby. Jest nim drakońska dieta; dziennie nie może zjeść więcej niż 500 kalorii. W jego wieku chłopcy przyswajają 6 razy więcej.

Chorej trzydziestopięcioletce dokuca nieustanne pragnienie. Jest niezmiernie chuda, a chudym cukrzykom nie wróży się dobrze. Pewnego wieczoru budzi się z krótkim oddechem, skarżąc się na ból w przewodzie pokarmowym. Czuje się bardzo źle. Oddycha szybko, puls jest słaby i szybki. Zapada niebawem w śpiączkę, umiera kilka godzin później.

Przypadków, takich jak te opisane powyżej, były tysiące.

Insulina zmienia bieg historii

11 stycznia 1922 roku po raz pierwszy wstrzyknięto insulinę (z trudem pozyskaną z trzustek zwierząt) piętnastolatкови Leonardowi Thompsonowi. Chłopak po trzyletniej, głodowej diecie, na 450 kaloriach dziennie, ważył dwukrotnie mniej, niż powinien – 29 kg. Był o krok od śpiączki, bliski śmierci.

Po dwunastu dniach od pierwszej próby Leonard Thompson otrzymał kolejny zastrzyk, zawierający tym razem czystszy wyciąg stworzony przez Collipa. Po tym zastrzyku poziom cukru u chłopca spadł z 520 mg/dl na 120 mg/dl.

10 dniowe leczenie wyciągiem wyeliminowało całkowicie cukier z moczu dziecka. Ale nie było to jedynym efektem. Chłopiec, do tej pory będący na granicy śmierci, nagle odzyskał siły, zaczął jeść i normalnie żyć. Pobierając regularnie zastrzyki, przeżył jeszcze 13 lat. 13 lat normalnego życia, bez drakońskich diet i wegetacji. Dla niego, ale i samych naukowców, musiało to mieć wymiar cudu.

Po raz pierwszy w historii cukrzyk otrzymał lek, który rzeczywiście działał i leczył.

Billy Leroy to trzylatek, który zachorował na cukrzycę, mając roczek. Do zdjęć, zrobionych jeszcze przed leczeniem insuliną, pozuje na rękach matki. Ta unosi go bez trudu, ponieważ ważył niecałe 7 kg. Był szkieletem pokrytym cienką skórą. Po kuracji insuliną w ciągu 3 miesięcy Billy podwoił swoją wagę i zaczął prowadzić normalne życie małego, aktywnego dziecka. Na drugim zdjęciu, zrobionym po leczeniu uwagę przyciągają jego pucołowate policzki.

Teddy Ryder został przywieziony przez matkę z Anglii do Toronto w 1922 roku, w wieku lat 6. Był chodzącym szkieletem. Przy życiu utrzymywała go tylko drakońska dieta. Sąsiedzi rodziny rozsiewali między sobą plotki o tym, że rodzice specjalnie głodzą chłopca na śmierć. Gdy



*Jedna z pierwszych pacjentek leczonych insuliną
– Elizabeth Hughes z mamą*

przywieziono go do Kanady, przewidywano, że pożyje tylko kilka tygodni. Nikt, poza matką, nie wierzył, że chłopiec wróci żywy do domu. Jednak wrócił – po 3 miesiącach kuracji insuliną, pełen życia i energii. Przeżył na insulinie ponad 60 lat. W archiwum Uniwersytetu w Toronto można przeczytać listy do Bantinga i Besta od pacjentów, którym insulina dała nowe życie.

Cukrzyca dzisiaj

Stanisław, cukrzyk od 1962 roku, ma 83 lata. Jest prezesem oświęcimskiego oddziału Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Aktywnie wspiera i edukuje chorych w zakresie radzenia sobie z cukrzycą. Codziennie sięga po kolejną strzykawkę z życiodajnym lekiem. Przeszedł samodzielnie dużą część drogi, jaką ludzkość musiała pokonać od brudnego blocka do czystej insuliny wytwarzanej chemicznie, oddziałów diabetologii w szpitalach i spokojnego snu wielu chorych na świecie. Wielorazowe, wygotowywane i ostrzone w domach strzykawki zamieniono na plastikowe. Zamiast dawkowania insuliny „na oko”, można kupić samodzielnie wstrzykujące pompy insulinowe.

W 2021 roku mija sto lat od wynalezienia insuliny. Już od wieku zabójczy cukier jest tylko złą opowieścią z przeszłości.

Anna Janicka

*Niniejszy tekst powstał dzięki uprzejmości
Thomas Fisher Rare Book Library na
Uniwersytecie w Toronto*

Historia insuliny – historia naszych działań

Na cukrzycę typu 1 choruje od 1962 roku. Pamięta czasy bez glukometrów i insuliny podawaną w szklanych strzykawkach igłami wielokrotnego użytku. Dlatego tym chętniej korzysta z możliwości współczesnej medycyny i nowych technologii. Stanisław Chowaniec, prezes Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków wie, że sposobem na życie w harmonii z cukrzycą jest wiedza na temat tej choroby oraz samodyscyplina. Ani jednego, ani drugiego mu nie brakuje.

Typ społecznika. Całe swoje życia działa na rzecz innych – czy to dla lokalnej społeczności, czy w strukturach stowarzyszenia diabetyków. Z zawodu górnik, z powodu wypadku w pracy musiał przejść na rentę i samemu zorganizować sobie czas, żeby się nie nudzić i czuć się potrzebnym. Sam twierdzi, że to dzięki temu, że nie potrafi być beczynnym tak dobrze radzi sobie cukrzycą. – *Jestem i zawsze byłem bardzo aktywny fizycznie. Nie potrafię siedzieć i nic nie robić. Najtrudniejsze dla moich glikemii są dni świąteczne, kiedy siłą rzeczy muszę nieco zwolnić, w spokoju побыć z rodziną. Bardzo to lubię i cenię, ale od razu muszę nieco zwiększyć dawkę insuliny, bo cukier „idzie w górę”. Na co dzień moje glikemie w ryzach trzyma praca fizyczna oraz działalność społeczna.*

Silny wiedzą

Stanisław Chowaniec przyznaje, że ma charakter idealny do bycia diabetykiem. Doskonale panuje nad swoim apetytem, a jego waga jest i zawsze była w nomie. Nigdy nie miał problemów z motywowaniem się do leczenia. Samokontrola? Jak w zegarku! Do cukrzycy podchodzi zadaniowo. Przede wszystkim jednak ma niesamowitą wiedzę na temat choroby oraz własnego organizmu. – *Zawsze chętnie zdobywałem wiedzę. Uczylem się tej choroby na każdym kroku. Sam siebie rozpracowywałem przez wiele lat, aż doszedłem do takiej wprawy, że dzisiaj praktycznie*

w 100 procentach panuję nad cukrami. Chętnie dzielę się swoim doświadczeniem z innymi w stowarzyszeniu, tym bardziej, że nadal wiele osób nie potrafi żyć z cukrzycą, bo być może nie spotkało na swojej drodze nikogo, kto by ich tego nauczył. A ja edukuję prosto – musisz wiedzieć, co dzisiaj zjesz, co będziesz robił, ile energii spalisz, ile insuliny na to potrzebujesz.

Wiedzę o chorobie zdobywał sukcesywnie, latami. Do lekarza z objawami cukrzycy zgłosił się, gdy miał 22 lata. Ten nawet bez badań laboratoryjnych, tylko po opisie dolegliwości, postawił prawidłową diagnozę. Następnie za punkt honoru postawił sobie, by wyedukować młodego chłopaka w temacie cukrzycy, choć wie-



dział, że jego szanse na długie życie bez powikłań, przy ówczesnych możliwościach leczenia były niewielkie. Nie był diabetologiem, ale pracującym w większym ośrodku zdrowia lekarzem pierwszego kontaktu. Stanisław do dzisiaj wspomina dr. Pilcha, który z takim zaangażowaniem go leczył, choć możliwość ku temu były bardzo ograniczone.

Oczy odratowane

Od momentu diagnozy starał się o siebie dbać. Stosował się do wszystkich zaleceń. Czytał, co tylko było dostępnego na temat cukrzycy (a mówimy o latach 60. i 70-tych ubiegłego wieku, kiedy edukacja pacjentów praktycznie nie istniała). Korzystał z pobytów w sanatoriach, które w tamtym czasie były podstawowym źródłem wiedzy dla diabetyków. Regularnie przyjmował insulinę, nie podjadał, raz na miesiąc robił badania w laboratorium... Wszystko wydawało się w porządku, bo i samopoczucie miał dobre. **Swój pierwszy glu-**

kometr zdobył... po 30 latach choroby. Wtedy dopiero przekonał się, że leczenie bez kontroli glikemii dalekie było od ideału. Że przeżył wiele lat w stanie ciągłego umiarkowanego przecukrzenia. Cukry nie były skrajnie wysokie, ale na pewno były za wysokie, i to doprowadziło do problemów ze wzrokiem. – *W połowie lat 90. byłem praktycznie niewidomy. Na szczęście w Łodzi trafiłem do prof. Nawrockiego, wtedy jeszcze docenta, który w tamtym okresie, jako jeden z niewielu specjalizował się w operacyjnym usuwaniu skutków retinopatii. W maju 1997 r. miałem pierwszą operację. Zabieg przyniósł ogromną poprawę, a po kolejnej operacji usunięcia zaćmy całkowicie odzyskałem ostrość widzenia. Do tej pory czytam bez okularów, prowadzę samochód. Sam prof. Nawrocki dziwił się, że tak dobrze to poszło. Ale ja wiem, że poszło dobrze także dlatego, że międzyczasie tak bardzo poprawiły się możliwości leczenia cukrzycy.*

MEDALE 40-LECIA PSD

**Z okazji jubileuszu 40-lecia PSD
oraz 100-lecia odkrycia insuliny został wyemitowany medal pamiątkowy**

Zapraszamy do zakupu medali w cenie 25 zł z etui za sztukę. Medale można wręczać osobom zasłużonym dla PSD, zarówno działaczom i członkom, jak i osobom wspierającym (dobroczyńcom, władzom lokalnym, sponsorom itp.)

Zamówienia prosimy kierować do Biura ZG PSD w Warszawie telefonicznie nr 22 668 47 19, mailowo sekretariat@diabetyk.org.pl lub pocztą tradycyjną na adres ul. Wiosny Ludów 77, 02-495 Warszawa



awers



rewers

Jak leczyć bóle neuropatyczne?



Zaburzenia pracy nerwów określa się mianem neuropatii, w przypadku diabetyków neuropatia jest jednym z najczęściej występującym przewlekłym powikłaniem cukrzycy, może dotyczyć (w różnym natężeniu) nawet 80% pacjentów. Jednocześnie jest to powikłanie, którego pacjenci często nie rozumieją i które jest bardzo trudne w diagnozowaniu, szczególnie na wczesnym etapie jego powstawania.

Ból neuropatyczny:

- Najczęściej zlokalizowany jest na nogach (stopach) oraz rękach (dłoniach) – ból w postaci „rękawiczek” i „skarpetek”.
- Zwykle pojawia się w nocy (często utrudnia zaśnięcie) oraz pod wpływem stresu.
- Może być przewlekły lub ostry, napadowy.
- Pojawiają się samoistnie (nie w wyniku działania czynnika zewnętrznego).
- Może być tępy, kłujący, przesywający, piekący.
- Może mu towarzyszyć uczucie drętwienia i mrowienia.
- W przypadku diabetyków dolegliwości najczęściej występują symetrycznie (obie dłonie, obie stopy) – określane terminem polineuropatia cukrzycowa, czyli uszkodzenie wielu zakończeń nerwowych.

O neuropatii cukrzycowej świadczy też przeczulica, która sprawia, że natężenie bólu jest znacznie większe niż wskazuje na to bodziec, który go wywołał. Odwrotnością dla przeczulicy jest zniesienie odczuwania bólu, dotyku, wibracji i temperatury.

Leczenie bólu neuropatycznego

Ból neuropatyczny jest problematyczny nie tylko dla pacjentów, którzy nie zawsze rozumieją, dlaczego doświadczają nieprzyjemnych dolegliwości, ale też dla medycyny. W przeciwieństwie do bólu receptorowego, który jest normalną reakcją fizjologiczną organizmu na uszkodzenie tkanek i którego mechanizm powstawania jest dość dobrze poznany, ból neuropatyczny, pozostaje ciągle zagadnieniem zagadkowym i trudnym do leczenia. W powstawaniu polineuropatii cukrzycowej dużą rolę odgrywa stres oksydacyjny. W jej leczeniu stosowane są leki usmiarczające ból i poprawiające jakość życia chorych, jak i preparaty działające na procesy powodujące powstawanie neuropatii. W tej drugiej grupie wykorzystuje się benfotiaminę (w dawkach 50 mg oraz 300 mg, gdzie mniejsza dawka 50 mg dostępna jest jako lek bez recepty) oraz kwas alfa-liponowy. Stosowany w dawce 600 mg na dobę jest uznawany za skuteczną metodę leczenia polineuropatii cukrzycowej. Kwas alfa-liponowy (tioktynowy) dostępny jest jako lek na receptę, wymaga więc konsultacji lekarza przed rozpoczęciem terapii.

Poza benfotiaminą i kwasem alfa-liponowym, stosowanym w ramach profilaktyki neuropatii, w leczeniu bólu neuropatycznego stosuje się także:

- leki przeciwdepresyjne
- leki przeciwpadaczkowe
- leki przeciwbólowe stosowane miejscowo
- leki opioidowe

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. Kraso Warszawa 2003. 3. Bubik I, Gruber B.M., Anuszewska E.L. Rola tlaminy w chorobach neurodegeneracyjnych, Postępy Hig Med Dozw [online], 2015; 69: 1096-1106. 4. dane iqtiv, 08.2020.

Nazwa produktu leczniczego i nazwa powołania stosowania: Benfogamma (Benfotiaminum), 50 mg. **Postać farmaceutyczna:** tabletki drażewane, 1 tabletki drażewane 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 (głodowe) 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. **Pelna 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.



Stan przedcukrzycowy i co dalej?

Niezależnie od tego, czy stan przedcukrzycowy został zdiagnozowany na podstawie nieprawidłowej glikemii na czczo, po posiłkach, czy nieprawidłowych wyników obydwu tych badań, sposób postępowania jest taki sam. Aby powrócić do normoglikemii należy zmniejszyć insulinooporność i w ten sposób pomóc organizmowi w lepszym wykorzystywaniu insuliny, którą wydziela.

Insulinooporność, która jest główną przyczyną cukrzycy typu 2, a wcześniej stanu przedcukrzycowego, występuje u osób z nadmiarem tkanki tłuszczowej trzewnej. Dlatego walka z *prediabetes* to tak naprawdę walka o poprawę wrażliwości tkanek na działanie insuliny.

W tym celu należy:

- Obniżyć masę ciała, a przede wszystkim zredukować ilość tkanki tłuszczowej trzewnej
- Zmienić dietę
- Wprowadzić regularną aktywność fizyczną
- Przyjmować metforminę

Dieta na poziom cukru we krwi

Aby uregulować glikemię wystarczy ograniczać ilość spożywanych węglowodanów. Przede wszystkim należy wyeliminować z diety cukry proste (słodycze, soki owocowe, owoce, miód, białe pieczywo), a posiłki komponować z węglowodanów złożonych, które podnoszą poziom cukru we krwi powoli, dzięki czemu organizm lepiej sobie z nimi radzi.

Co jeść w stanie przedcukrzycowym:

- Wybieraj węglowodany o niskim indeksie glikemicznym
- Zjadaj posiłki złożone, zawierające nie tylko cukry, ale także białko i tłuszcze

- Jedz małe porcje, w regularnych odstępach czasu
- Unikaj okresów głodzenia się, a następnie przejadania
- Unikaj nadmiaru owoców, nie nadużywaj miodu
- Stawiaj na produkty bogate w błonnik

Jakie leki przy stanie przedcukrzycowym?

To lekarz decyduje o tym, czy już na etapie *prediabetes* włączyć do leczenia metforminę. Nie ma w tym zakresie jednoznacznych wytycznych. Metformina to lek stosowany standardowo przy cukrzycy typu 2, jego zadaniem jest zwiększenie wrażliwości organizmu na działanie insuliny. Może być stosowana już przy stanie przedcukrzycowym. Oczywiście leczenie metforminą nie zwalnia z konieczności wprowadzenia zmian w diecie oraz zmiany trybu życia na bardziej aktywny. Poza metforminą trwają badania nad znaczeniem różnych mikroelementów w zapobieganiu cukrzycy typu 2. Duże nadzieje związane są z cynkiem, którego stężenie u osób ze stanem przedcukrzycowym oraz chorujących na cukrzycę typu 2 jest niższe niż u osób zdrowych.

Czy stan przedcukrzycowy może się wycofać? Czy zawsze się to udaje?

Prediabetes to pierwszy alarm, że organizm nie radzi sobie z gospodarką węglowodanami. U większości osób ze stanem przedcukrzycowym w ciągu roku rozwija się cukrzyca typu 2. Ale są pacjenci, którzy potrafią widmo cukrzycy odsunąć od siebie na wiele lat. Kluczowe znaczenie ma tutaj redukcja masy ciała. Samo schudnięcie i utrzymywanie należynej masy ciała może sprawić, że organizm przestanie mieć problemy z cukrem.

Niedobór cynku?

spowodowany przez

stan
przedcukrzycowy

cukrzyca typu 2



Czas ma znaczenie

Cynk wspiera:



działanie
insuliny^{1,2}

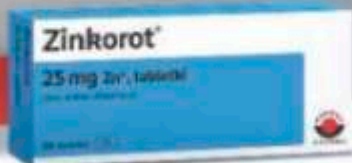


utrzymanie
prawidłowego
poziomu glukozy
we krwi^{3,4,5}



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 Bielarczyk „Rola cynku w procesach fizjologicznych i patologicznych organizmu. Diagn. Lab 2014; 50 (1): 45-52. 3. Xinlei Wang, Wenhui Wu, Wenru Zheng, Xueshan Fang, Uyun Chen, Lethar Rink, Junxia 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, Abdelhaziz 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 zryżym 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.



Jak prawidłowo dbać o stopy latem?

Pamiętajmy że lato, urlop, wypoczynek na działce nie zwalniają z codziennej kontroli stóp w zespole stopy cukrzycowej. Nawet z unormowaną glikemią i bez aktywnego owrzodzenia należy być ostrożnym i stosować się do zaleceń podologów, diabetologów, pielęgniarek i chirurgów. Szczególnie ważne jest to w zespole stopy cukrzycowej neuropatycznej, kiedy to czucie w stopie jest zaburzone.

Szacuje się, iż u 25 % osób chorych na cukrzycę chociaż raz w życiu pojawi się aktywne owrzodzenie.

Często podolodzy spotykają się z pytaniem: „Owrzodzenie zagoiło się – czy mogę chodzić boso po plaży, po trawie na działce?” Odpowiedź brzmi nie!

Jest to ważne szczególnie w przypadkach neuropatii, kiedy pacjent po pierwsze nie czuje np. wejścia na kamień, szkło, gwóźdź, po drugie ma zaburzony układ architektoniczny stopy. Często występujące palce młoteczkowate, jak również brak kontroli nad stąpaniem generuje deformacje stopy, które narażone są na szczególnie uciski i uszkodzenie skóry.

Zatem niezwykle ważne by mieć odpowiednio dobrane obuwie, najlepiej ortopedyczne, zaprojektowane przez fizjoterapeutę.

Należy pamiętać również, iż niewskazane jest chodzenie w japonkach, sandałkach czy kłapkach. Jeśli już decydujemy się na zakup wakacyjnego obuwia początkowo należy je nosić np. godzinę dziennie, a wieczorem obserwować przy pomocy lusterka czy nie ma żadnych odgnieceń, odcisków, obtarć lub uszkodzeń skóry.

A jeśli już mówimy o odsłoniętej stopie latem – jak dbać o paznokcie? Pamiętajmy o konieczności regularnego ich obcinania na prosto. Nieprawidłowo obcięte

paznokcie wrastają, uszkadzają wały paznokciowe, generują uszkodzenia tkanki, które łatwo zamieniają się w trudno gojące rany. Ciężkie do pielęgnacji zrogowaciałe i grube paznokcie powinny być obcięte przez podologa.

Pamiętajmy też, by nie moczyć stop w misce z wodą, a tym bardziej w wodzie z szarym mydłem, które ma właściwości wysuszające skórę. Zabiegi pielęgnacyjne związane z usunięciem zrogowaciałego naskórka powinien dokonywać podolog. Nie należy usuwać ich samemu np. żyletką, skalpelem czy pumeksem. Obowiązkiem diabetyka jest również nawilżanie skóry stopy. Często między palcami pojawiają się zrogowaciałe łuski, suche wyspy zrogowaciałego naskórka. W takim wypadku skórę należy natłuszczać np. objętymi maściami takimi jak Epaderm maść, maść cholesterolowa. Unikajmy samodzielnego stosowania produktów z wysoką zawartością mocznika. UWAGA! Podczas zabiegu mycia stóp należy delikatnie przemyć przestrzenie między palcami. Stopy należy bardzo dokładnie osuszyć czystym, miękkim ręcznikiem, poprzez dotykanie skóry, a nie poprzez jej pocieranie. Należy zwrócić szczególną uwagę na przestrzenie między palcami. Po osuszeniu stóp należy nałożyć krem/maść dedykowany pielęgnacji stóp w ZSC, pamiętając, by ominąć ranę i przestrzenie między palcami.

Niezwykle ważna jest kontrola poziomu cukru, regularne przyjmowanie leków i stosowanie się do zaleceń personelu medycznego.

Mgr pielęgniarstwa Magdalena Mróz,
Specjalista ds. leczenia ran, Podolog,
Poradnia leczenia ran eMMed w Rzeszowie

Pielęgnacja oraz terapia ran przewlekłych i owrzodzeń

Kontrola obciążenia mikrobiologicznego

Bezpieczeństwo oparte na naturalnych mechanizmach obronnych organizmu ludzkiego
Podchloryny to **BEZPIECZNY I SKUTECZNY** wybór pierwszego rzutu w dekontaminacji ran ostrych i przewlekłych, jak również do irygacji ran głębokich, przetok, ropni i jam ciała (np. jamy otrzewnej).¹



Wolny od drobnoustrojów



Bez konieczności neutralizacji czy wyplukiwania z ran głębokich i przetok



Działanie bójce wobec najgroźniejszych bakterii w ranie²



Do rany przewlekłej nie straszy niczego, czego byś sobie nie zaaplikował do oka!³

Strategia TIME w świetle Konsensusu Kramera



- Skuteczny - wykazuje potwierdzone działanie bójce wobec bakterii Gram+ i Gram-, w tym MRSA, ORSA, VRSA, VRE, wirusów, grzybów i przetrwalników
- Bezpieczny - najwyższy stopień biokompatybilności
- Nie jest cytotoksyczny
- Bez ograniczeń i przeciwwskazań
- Stabilny - neutralne pH
- Wolny od drobnoustrojów
- Wspiera fizjologiczny proces gojenia rany

Granudacyn® zalecany jest do:

- dekontaminacji ran ostrych, przewlekłych,
- irygacji ran powierzchniowych i ran głębokich z przetokami, kleszeniami i odsłoniętymi tkankami, tj. tkanką chrzęstną, kostną, fragmentami wazadeł, ścięgna, np. w owrzodzeniach w ZSC, odleżynach,
- płukania ran i wyeksponowanych elementów układu nerwowego oraz błon śluzowych np. śluzówki oka,
- płukania wszystkich jam ciała, m.in. jamy otrzewnej, uшной, nosowej, gardła i uszu,
- przemywania i pielęgnacji oparzeń I i II stopnia, owrzodzeń popromiennych,
- irygacji przetok, ropni, kleszeń,
- płukania ran w trakcie operacji oraz terapii ran kooperacyjnych

Referencje

1. Kramer et al. Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018, Skin Pharmacol Physiol 2018; 31:28-48
2. In-vitro suspension test EN13057, EN 13024, EN 13316, EN 13036, EN 14076 - phase II with Granudacyn® wound irrigation solution
3. Granudacyn®, Lekarna Ran, 1504/003, Poland





POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW

Chorzy na cukrzycę mogą mieć wzdęcia!

- Objawy kliniczne wskazujące na zaburzenia czynności przewodu pokarmowego odnotowano u około **40-75%** chorych na cukrzycę.
- Wzdęcia** mogą być efektem ubocznym stosowania różnych leków na receptę, w tym **leków na cukrzycę**, takich jak:
 - metformina
 - inhibitory alfa-glukozydazy (np. akarboza).



Niektóre leki na cukrzycę, np. metformina opóźniają jelitowe wchłanianie glukozy. Działanie to powoduje, że w przewodzie pokarmowym zwiększa się stężenie glukozy, która ulega fermentacji co prowadzi do występowania m.in. wzdęć.



Espumisan®
Symetykon, 40mg

- Zawiera symetykon, który szybko i skutecznie rozbija pęcherzyki gazu
- Może być stosowany z innymi lekami
- Nie zawiera cukru



Do wzięcia na wzdęcia!

NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO: ESPUMISAN, 40 mg, kapsułki **SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY:** Każda kapsułka zawiera 40 mg symetykonu (Simetikonum). Substancje pomocnicze o znanym działaniu: metylu parahydroksybenzoesan (E 218) 0,28 mg, żółcień pomarańczowa FCF (E 110) 0,002 mg. **POSTAC FARMACEUTYCZNA:** żelatynowe kapsułki, powłoka błonkowa, żółta, miękkie, o gładkiej powierzchni i widocznej spoinie. Zawartość kapsulek jest bezbarwna i może być lekko mętna. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** w leczeniu objawowym dolegliwości żołądkowo-jelitowych związanych z gromadzeniem się gazów, np: wzdęcia; w przypadku wzmoczonego powstawania gazów w okresie poronajscyjnym; pomocniczo w badaniach diagnostycznych okolic brzucha, np: badaniach radiologicznych i ultrasonograficznych oraz gastrokopii. Espumisan wykazany jest do stosowania u dzieci w wieku powyżej 6 lat, młodzieży i dorosłych. **PRZECIWWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na substancję czynną, żółcień pomarańczowa FCF (E 110), metylu parahydroksybenzoesan (E 218) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **PODMIOT ODPowiedzialny POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA Dopuszczenie DO OBROTU:** Berlin-Chemie AG, Gliwickier Weg 125, 12489 Berlin, Niemcy. Ostatnia aktualizacja: 02.2016. **Informacja naukowa:** BERLIN-CHEMIE/MENARINI POLSKA Sp. z o.o. ul. Skolimńskiego 4, 00-204 Warszawa, tel. 22 566 21 00.

*Spis treści w PEI, Artykuł naukowy, MAJ 2021

Nu zotivine, T. Dzwonali, J. Wilczkowiak-Jankowska, M. Podkościelna, B. Gajda, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywność Dziecka 2024; 6(4): 367-423, 3. Kropka P. Medycyna i Żywność 2012; w. 1 z 38: 14-23, 3. OPI. Sefer 200, 06.2020
4. <http://www.gastroenterologie-berlin.de/index.php/0-31758kyye-4> (dostęp 02.2021), 5. Charakterystyka Produktu Leczniczego Espumisan (02.2021)

Przygotowano 03.2021 PL-ESP-2021-C1-S1-PRINT

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

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.