

CUKRZYCA



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW



International
Diabetes
Federation

BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW

listopad 2021

14

listopada

**Światowy
Dzień
Cukrzycy**



NOWA JAKOŚĆ MONITOROWANIA GLIKEMII, KTÓRA ZMIENIA ŻYCIE PACJENTÓW

- ✓ Kontroluj poziom cukru **bez nakłuwania palców**¹.
- ✓ 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

1. Pomiar glikemii za pomocą sensora nie wymaga użycia nakłuwacza.
© 2021 Abbott. FreeStyle, Libre oraz powiązane z nimi znaki firmowe są własnością firmy Abbott. ADC-39701 v1.0

Drodzy Czytelnicy

„Jeśli nie teraz, to kiedy?” to hasło tegorocznych obchodów Światowego Dnia Cukrzycy. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna chce w ten sposób zwrócić uwagę przede wszystkim na fakt, że wiele osób z cukrzycą nie ma dostępu do edukacji diabetologicznej, tak potrzebnej w życiu z chorobą. I to trzeba zmienić jak najszybciej. Ale powyższe hasło można też rozszerzyć na dbanie o własne zdrowie. Z leczeniem i samokontrolą cukrzycy nie można zwlekać: tu i teraz jest najlepszy moment na badania kontrolne, przestrzeganie diety, większą aktywność fizyczną. Hasło to szczególnie dobitnie brzmi obecnie, w okresie pandemii, kiedy wielu pacjentów odpuszcza terapię, czeka, aż „wszystko wróci do normy”. Ale nie możemy czekać, bo cukrzyca to podstępna choroba, która ten czas naszej bierności wykorzysta przeciwko nam. Aktywne działanie na rzecz własnego zdrowia wymaga siły i determinacji. I tego właśnie Państwu życzę – dużo sił i samozaparcia w walce o własne zdrowie, nie tylko w miesiącu zwiększonej świadomości cukrzycy, ale przez cały rok.

*Anna Śliwińska, Prezes Zarządu Głównego PSD
i Redakcja*



SŁODKIE NOWINKI

Posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy	4
„100 lat insuliny – leku, który zmienił świat” – wyjątkowa wystawa fotograficzna	6
Skąd wywodzą się nasze symbole? Logo Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków	7
Medal 40-lecia PSD dla Alicji Szewczyk	8
Igły do wstrzykiwaczy insulinowych	8
Refundacja fioletów – brak korzystnych zmian dla pacjentów	10

WARTO WIEDZIEĆ

Czy teleporada równa się wizyta w gabinecie?	13
Porada pielęgnarska w diabetologii już jest realizowana	14
Mam cukrzycowy obrzęk płamki – co dalej?	18
Czy cukrzyca to choroba nerek?	20
Dlaczego mózg „boi się” nadmiaru insuliny?	22
Zrozumieć insulinooporność	24
Mikroskładniki niezbędne dla zdrowia	26
Powikłania cukrzycy – czy można ich uniknąć?	28
Z ŻYCIA PSD	30



Posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy

Dnia 28 września odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy pod przewodnictwem Posel Ewy Kołodziej. W posiedzeniu wzięli udział przedstawiciele środowiska pacjentów i ekspertów medycznych.

Podczas posiedzenia zaprezentowano wnioski i rekomendacje płynące z raportu „Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii (inhibitory SGLT-2, analogi GLP-1) w cukrzycy typu 2 w świetle rekomendacji klinicznych – analiza blisko 2 lata po refundacji”, który powstał z inicjatywy Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. W drugiej części przedstawiono wnioski z prac Forum Ekspertów ds. Cukrzycy, powołanego również z inicjatywy PSD.

W pierwszej części posiedzenia, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Anna Śliwińska zaznaczyła, że nowoczesna farmakoterapia jest podstawą optymalnej opieki nad pacjentem z cukrzycą, która z kolei wpływa na problemy sercowo-naczyniowe czy nefrologiczne.

Obecnie dostępne terapie umożliwiają protekcję tych trzech obszarów, poprawiając jakość życia pacjentów i zwiększając ich rokowania. Obecne zasady refundacji stały się nieaktualne w stosunku do wytycznych klinicznych, które jasno mówią, że leczenie flozynami i inkretynami powinno rozpoczynać się możliwie jak najszybciej od wykrycia choroby. Jak wynika z raportu, Polska jest na końcu krajów w Unii Europejskiej jeśli chodzi o dostępność refundacji dla szerokiej grupy pacjentów.

„Z badania ankietowego przeprowadzonego w ramach raportu wynika, że 98 proc. diabetologów zgadza się, że obecne zapisy refundacyjne nie odpowiadają na potrzeby pacjentów i lekarzy, a także mają zbyt wysoki poziom HbA1C i BMI, co zawęża grupę pacjentów. Insulinoterapia nie powinna wykluczać refundacji nowoczesnych terapii” – mówiła Prezes PSD Anna Śliwińska.

Czwarta fala COVID-19 a źle wyrównana cukrzyca

1 na 3 zgony z powodu COVID-19 dotyczą pacjentów diabetologicznych. Cukrzyca, zwłaszcza typu 2, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby COVID-19 tj. hospitalizacji, przeniesienia na oddział intensywnej terapii, intubacji, konieczności mechanicznej wentylacji, a także zgonu.

Czynnikami ryzyka są przede wszystkim:

- złe wyrównanie cukrzycy (tj. poziom HbA1c > 7%) oraz
- obecność powikłań przewlekłych tj. choroba sercowo-naczyniowa, wysokie/bardzo wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe, z niewydolnością serca, niewydolnością nerek, otyłość.

Powyższa charakterystyka najbardziej zagrożonych w COVID-19 pacjentów z cukrzycą typu 2 jest zbieżna ze wskazaniem refundacyjnym dla nowoczesnych terapii (flozyn i inkretyn) z tą różnicą, że w refundacji widnieje wyższy próg HbA1c > 8%. Dlatego ze względu na trwającą pandemię COVID-19 niezwykle istotne jest poszerzenie dostępu do refundowanych flozyn i inkretyn, a w szczególności poprzez obniżenie lub likwidację progu HbA1c > 8%, które jest obecnie jawnym działaniem na szkodę pacjenta.

Farmakoeknomia i diabetologia zgodni – rozszerzenie refundacji oznacza wymierne korzyści

Z perspektywy farmakoekonomicznej musimy patrzeć na stosowanie nowoczesnych terapii w kontekście zmniejszenia stosowania innych leków i zapobieganiu powikłaniom sercowo-naczyniowym. Uzyskujemy bardzo duży efekt za względnie małe pieniądze. Powinniśmy traktować

inwestowanie w te leki i rozszerzenie refundacji jako inwestycję, która faktycznie przekłada się na rokowania pacjentów i długość i jakość ich życia. – mówił dr hab. Maciej Niewada, Prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego.

To leki, które rewolucjonizują zarówno leczenie, jak i podejście do leczenia cukrzycy typu 2. One zmieniają dotychczasowy obraz leczenia i podejście do leczenia pacjenta nie tylko diabetologicznego, ale też kardiologicznego, nefrologicznego i zmagającego się z otyłością. Warto zrobić wszystko, by zbliżyć się do wytycznych PTD i wytycznych międzynarodowych. Warto dziś zainwestować w takie leczenie, aby potem czerpać z tego wymierne korzyści. Nie tylko kliniczne, ale również ekonomiczne i społeczne. – podkreślała Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Jak poprawić stan polskiej diabetologii?

W drugiej części posiedzenia omówiono wnioski i rekomendacje wynikające z prac Forum Ekspertów ds. Cukrzycy.

Forum Ekspertów ds. Cukrzycy to powołana na wniosek PSD inicjatywa, mająca na celu przeprowadzenie kompleksowej, interdyscyplinarnej debaty na temat sytuacji polskiej diabetologii – jej mocnych i słabych stron, potrzeb, wyzwań, oczekiwań środowiska itd.

W ramach prac Forum odbyły się trzy zamknięte debaty ekspertów na temat:

- Alokacja środków z opłaty cukrowej – oczekiwania a realne możliwości
- Profilaktyka i edukacja diabetologiczna – jak zapobiegać szerzeniu się pandemii cukrzycy
- Farmakoterapia – wyzwania i perspektywy dla pacjentów

Główne wnioski, jakie wyniknęły z przeprowadzonych debat mówiły o: potrzebie dostępu do edukacji diabetologicznej, zwiększeniu roli pielęgniarek i edukatorów w opiece nad pacjentem z cukrzycą, rozszerzaniu dostępu do nowoczesnych

leków i technologii, działaniu na rzecz zapobiegania powikłaniom cukrzycy oraz wykorzystaniu elementów opieki farmaceutycznej na rzecz wsparcia pacjentów z cukrzycą.

Posłowie złożą interpelację do Ministra Zdrowia

Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy poseł Ewa Kołodziej zadeklarowała, że na podstawie treści omówionych na posiedzeniu powstaną interpelacje do Ministra Zdrowia, w których zwróci się o precyzyjne odpowiedzi na problematyczne kwestie.



„100 lat insuliny – leku, który zmienił świat” – wyjątkowa wystawa fotograficzna

W 2021 r. przypada setna rocznica odkrycia insuliny – pierwszego ratującego życie leku na cukrzycę. W celu upamiętnienia tego przełomowego odkrycia, w ramach kampanii „Razem ścigamy się z cukrzycą”, powstała wyjątkowa wystawa fotograficzna. W akcję zaangażował się m.in. Mistrz Olimpijski w wioślarstwie – Michał Jeliński. Patronem wystawy jest Polskie Stowarzyszenie Diabetyków.

Zanim wynaleziono insulinę cukrzyca oznaczała wyrok śmierci. – Cukrzyca, która jeszcze 100 lat temu była nieuleczalna i śmiertelna, obecnie nie stanowi przeszkody w prowadzeniu dobrej jakości życia, w tym także w realizowaniu pasji sportowych – mówi Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Aby upamiętnić przełomowy moment w historii medycyny oraz oddać hołd odkrywcom insuliny, w ramach kampanii „Razem ścigamy się z cukrzycą”, której mecenasem jest firma Novo Nordisk, powstała wyjątkowa wystawa fotograficzna „100 lat insuliny – leku, który zmienił świat”. Do 28 października za Domami Towarowymi Wars Sawa Junior, przy pasażu Wiecha w Warszawie, można oglądać fotografie prezentujące wątki historyczne związane z insuliną oraz współczesne portrety pacjentów z cukrzycą. Każda fotografia opatrzona jest krótkim komentarzem bohaterów wystawy, który podkreśla, co dla każdego z nich oznacza insulina. Na wystawie zaprezentowano portrety: Michała Jelińskiego – sportowca i złotego medalisty Igrzysk Olimpijskich, Reginy Kostrzewy – emerytki i prababci, Macieja Łysiaka – twórcy internetowego, Dominiki Sacharuk – wielokrotnej mistrzyni Polski w podnoszeniu ciężarów i Angeliny Ziemińskiej – blogerki.

Wystawa ma również na celu zwrócenie uwagi na fakt, że cukrzyca stanowi narastający problem społeczny o globalnej skali.

– Podnoszenie świadomości społecznej na ten temat jest niezwykle istotne gdyż odpowiednia profilaktyka, pełni ważną rolę w zapobieganiu cukrzycy i jej powikłaniom. Ogromne znaczenie ma również edukacja diabetologiczna na temat zdrowej diety i aktywności fizycznej – mówi Anna Śliwińska.





Skąd wywodzą się nasze symbole? Logo Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

Logotyp Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków przedstawia puchar i oplecionego wokół niego węża. Symbol ten, nazywany „kielichem Higieii”, wywodzi się z mitologii greckiej, w której Higieia była boginią zdrowia. Kielich Higieii jest często wykorzystywanym motywem w medycynie i farmacji. Puchar w tym przypadku symbolizuje zdrowie, natomiast wąż – długowieczność, samoodnowę, odradzanie się i ozdrowienie.

Symbol ten na potrzeby naszego Stowarzyszenia został wpisany w literę „C”, co jest odniesieniem do polskiej nazwy choroby – cukrzycy. Krzyż obok litery „C” nawiązuje do Polskiego Czerwonego Krzyża, będącego najstarszą polską organizacją humanitarną. W przypadku tego symbolu nie mógł jednak zostać użyty kolor czerwony (zastrzeżony dla PCK), dlatego zdecydowano się na kolor pomarańczowy.

Logo PSD zostało ustanowione pod koniec lat 80-tych XX wieku. Krótco potem, w 1990 roku podczas Zjazdu Delegatów w Bydgoszczy zmieniono nazwę organizacji ze Stowarzyszenia Chorych na Cukrzycę PRL na Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. Wybrano także duchowego patrona Stowarzyszenia – świętego Łukasza. Kiedy w 1991 roku Zarząd Główny PSD otrzymał swój sztandar, widniały na nim właśnie wykorzystywany do dzisiaj logotyp po jednej stronie oraz wizerunek świętego patrona po drugiej.

Logo Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków jest prawnie zastrzeżone, co oznacza, że żaden inny podmiot nie może się nim posługiwać, jak również tworzyć logotypów podobnych. Logotyp ma stałe kolory, nie wolno też odejmować ani dodawać do niego żadnych innych elementów.



Wydano przy wsparciu firmy Servier

Medal 40-lecia PSD dla Alicji Szewczyk

Dnia 02.10 br. podczas XV jubileuszowej Ogólnopolskiej Konferencji Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii Prezes ZG PSD Anna Śliwińska oraz Prezes Honorowy PSD Andrzej Bauman wręczyli medal 40-lecia PSD Alicji Szewczyk.

Mgr Alicja Szewczyk jest Prezesem Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii oraz konsultantem krajowym ds. pielęgniarstwa diabetologicznego. Przekazanie medalu symbolizuje podziękowanie Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków paniom pielęgniarkom, które w zespole terapeutycznym opiekują się pacjentami diabetologicznymi.



Igły do wstrzykiwaczy insulinowych

W projekcie listy leków refundowanych, która wchodzi w życie dnia 1 listopada 2021 r., nie pojawiły się igły do wstrzykiwaczy (penów) insulinowych. Powyższa sytuacja jest następstwem wciąż toczących się negocjacji między producentem igieł oraz Ministerstwem Zdrowia.

W związku z tym wierzymy w rychłe – i pozytywne – zakończenie procesu refundacyjnego. Mamy nadzieję że lista, która zacznie obowiązywać od 1 listopada 2021 r. jest ostatnią, na której nie znalazły się igły do penów i polscy pacjenci już wkrótce zyskają dostęp do tej ważnej – z perspektywy efektywnej insulinoterapii – technologii.



Polskie Stowarzyszenie Diabetyków od dawna zabiega i nie ustaje w działaniach na rzecz podkreślania i sygnalizowania potrzeby refundacji igieł do wstrzykiwaczy. Zawsze podkreślaliśmy, że zapewnienie dostępu do refundowanych igieł miało by znaczący wpływ na poprawę poziomu opieki diabetologicznej. Zmniejszenie częstotliwości wykorzystywania przez pacjentów tej samej igły może bowiem przełożyć się na ograniczenie liczby takich powikłań jak ból, obrzęk i lipohipertrofia, a jednocześnie podnieść skuteczność stosowanego leczenia. Jak wynika z wyliczeń ekspertów z obszaru farmakoekonomiki, objęcie igieł refundacją mogłoby przynieść również znaczące oszczędności finansowe. Ponadto w opinii ekspertów w dziedzinie diabetologii, bez zapewnienia dostępu do niezbędnych technologii – w tym m.in. igieł do wstrzykiwaczy – niemożliwe jest prowadzenie właściwej, efektywnej insulinoterapii.

GLUKOMETR, KTÓREGO UŻYWAM OD LAT!

- Łatwy w obsłudze
- Precyzyjny
- Dostępny



Każdy pacjent, który zgłosi się z zapytaniem do serwisu, uzyska pomoc i wsparcie od specjalistów Accu-Chek!

Masz problem ze swoim glukometrem?
Napisz lub zadzwoń do nas!



Telefonicznie:
801 080 104, (22) 481 55 23*
poniedziałek-piątek,
w godzinach 8:00-16:00



Drogą e-mail:
accu-chek.polska@roche.com

Refundacja flozyn – brak korzystnych zmian dla pacjentów

Dnia 18 października Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt listy refundacyjnej na listopad. Mimo nadziei pacjentów z cukrzycą typu 2 i głosu ekspertów w dziedzinie diabetologii, Ministerstwo nie rozszerzyło grupy chorych objętych refundacją flozyn.

Pacjenci i środowisko eksperckie jest rozczarowane decyzją Ministerstwa Zdrowia, które zdecydowało o utrzymaniu dotychczasowych warunków refundacji nowoczesnej farmakoterapii dla pacjentów z cukrzycą typu 2. Blisko dwa lata po refundacji tej nowoczesnej terapii w cukrzycy typu 2 Polskie Stowarzyszenie Diabetyków wspólnie z ekspertami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego wydało raport „Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii (inhibitory SGLT-2, agoniści GLP-1) w cukrzycy typu 2 w świetle rekomendacji klinicznych – analiza blisko 2 lata po refundacji”. Wnioski są jednoznaczne: potrzeba rozszerzenia dostępu do nowoczesnego leczenia.

Paradoks refundacyjny, problem w leczeniu cukrzycy

Twórcy raportu wskazują, że zapisy refundacyjne są zbyt wąskie, co powoduje trudności preskrypcyjne, gdyż są niezgodne z wytycznymi terapeutycznymi. To oznacza, że pomimo zaleceń medycznych wskazujących na potrzebę leczenia flozynami i inkretynami, lekarze nie mogą przepisać leczenia refundowanego. Na pierwszym miejscu eksperci zauważają, że funkcjonujący w zapisach refundacyjnych poziom hemoglobiny glikowanej (HbA1c 8%) jest zbyt wysoki, niezgodny z zalecanym poziomem 7%, przez co nie pozwala na oddalenie w czasie insulinoterapii (co było intencją Ministerstwa Zdrowia). Takie postępowanie wyprzedza i blokuje możliwość zastosowania nowych

leków, które z kolei w refundacji z insuliną nie mogą być stosowane, choć nie ma to uzasadnienia naukowego – nowoczesne leki potrafią zmniejszyć dawkę insuliny, a nawet doprowadzić do jej odstawienia. Oczekiwanie do osiągnięcia poziomu HbA1c 8% jest z kolei działaniem na szkodę pacjenta, gdyż wraz ze wzrostem poziomu HbA1c wzrasta ryzyko zawałów i udarów.

Przełomowa terapia nie dla wszystkich chorych

„Wyczekiwana refundacja flozyn (listopad 2019) oraz inkretyn (styczeń 2020) przyniosła prawdziwy przełom. Polscy pacjenci diabetologiczni wreszcie uzyskali dostęp do bezpiecznych leków o udowodnionej skuteczności w redukcji powikłań. Pacjenci docenili ten krok Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie ostatnim kilkunastu miesiącom towarzyszy nasilający się niedosyt, ponieważ refundacja dotyczy wąskiej grupy pacjentów. Zdecydowanie większa ich liczba odniosłaby ogromne korzyści zdrowotne ze stosowania tych leków – mówi Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, członek komitetu sterującego raportu.

Warto także przytoczyć słowa, które padły ze ust wybitnych specjalistów w dziedzinie farmakoekonomiki i diabetologii podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy (28 września br.).

Z perspektywy farmakonekonomicznej musimy patrzeć na stosowanie nowoczesnych terapii w kontekście zmniejszenia

stosowania innych leków i zapobieganiu powikłaniom sercowo-naczyniowym. Uzyskujemy bardzo duży efekt za względnie małe pieniądze. Powinniśmy traktować inwestowanie w te leki i rozszerzenie refundacji, jako inwestycję, która faktycznie przekłada się na rokowania pacjentów i długość i jakość ich życia. – mówi dr hab. Maciej Niewada, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego

To leki, które rewolucjonizują zarówno leczenie, jak i podejście do leczenia cukrzycy typu 2. One zmieniają dotychczasowy obraz leczenia i podejście do leczenia pacjenta nie tylko diabetologicznego, ale też kardiologicznego, nefrologicznego i zmagającego się z otyłością. Warto zrobić wszystko, by zbliżyć się do wytycznych PTD i wytycznych międzynarodowych. Warto dziś zainwestować w takie leczenie, aby potem czerpać z tego wymierne korzyści. Nie tylko kliniczne, ale również ekonomiczne i społeczne. – Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Nadzieja dla pacjentów

Podczas jednego z panelów tegorocznego Forum Ekonomicznego w Karpaczu, ze strony wiceministra zdrowia ds. polityki lekowej Macieja Miłkowskiego padły ważne słowa, które dały nadzieje pacjentom, którym nowoczesne leczenie nie przysługuje.

„Całkowicie się zgadzam, że potrzebny jest wzrost finansowania nowoczesnych farmakoterapii i technologii w leczeniu cukrzycy. Koszty powikłań w tej chorobie są wyższe niż samo leczenie. Ministerstwu Zdrowia cały czas przyświeca cel poprawy opieki i leczenia nad pacjentami z chorobami, które można leczyć skutecznie, tak jak w cukrzycy typu 2. Ministerstwo będzie intensywnie pracować w tym obszarze.” – mówił podczas panelu „Cukrzyca epidemią XXI wieku – jak z nią walczyć po COVID-19” wiceminister zdrowia, Maciej Miłkowski. Niestety na listopadowym projekcie listy

refundacyjnej pacjenci nie doczekali się efektów zapowiadanych przez Ministerstwo Zdrowia intensywnych prac.

Przypominamy obowiązujące kryteria refundacji flozyn:

Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq 8\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako:

- potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub
- uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub
- obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość

Pacjenci kierują list do wiceministra

Pacjenci oraz środowisko eksperckie mają nadzieję, że ich głos zostanie usłyszany, a wnioski z raportu uwzględnione przy kolejnych decyzjach refundacyjnych. Otwarcie na dialog i współpracę, skierowali list do wiceministra Macieja Miłkowskiego z prośbą o analizę sytuacji i nadzieją, że w finalnym dokumencie refundacji ich apel zostanie uwzględniony.





Warszawa, dn. 20.10.2021 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Analizując projekt nowego obwieszczenia refundacyjnego, które wejdzie w życie dnia 1 listopada br. nie odnotowaliśmy na nim zapowiadanych, a z pewnością rozważanych przez Ministerstwo, zmian dotyczących refundacji flozyn dla szerszej grupy pacjentów. Obecne zasady refundacji stały się nieaktualne w stosunku do wytycznych klinicznych, które jasno mówią, że leczenie powinno rozpoczynać się możliwie jak najszybciej od wykrycia choroby. Polska jest na końcu krajów w Unii Europejskiej jeśli chodzi o dostępność refundacji tych leków dla szerokiej grupy pacjentów.

Jak podkreślają eksperci w raporcie „Ocena dostępu do nowoczesnej farmakoterapii (inhibitory SGLT-2, agoniści GLP-1) w cukrzycy typu 2 w świetle rekomendacji klinicznych – analiza blisko 2 lata po refundacji”, wdrożenie nowoczesnej farmakoterapii na wczesnym etapie cukrzycy typu 2 zapobiega powikłaniom sercowo-naczyniowym, które prowadzą do niewydolności serca czy nerek, znacznie skracając życie pacjenta. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne rekomenduje, by wprowadzać do leczenia flozyny bez względu na stopień wyrównania glikemii. Komitet Naukowy Raportu postuluje by rozszerzyć refundację obniżając próg HbA1c do 7%. Jest to szczególnie ważne w czasach pandemii COVID-19, kiedy pacjenci z cukrzycą typu 2 są grupą szczególnie zagrożoną. Powinniśmy podejmować wszelkie działania, które uchronią ich przed ciężkim przebiegiem COVID-19.

Jak wskazują eksperci, rozszerzenie dostępu do nowoczesnego leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 powinniśmy traktować jako ważną inwestycję, która winna być elementem długofalowej strategii dla systemu ochrony zdrowia. Dobre leczenie cukrzycy typu 2 to inwestycja, która pozwoli ograniczyć koszty zdrowotne, społeczne i ekonomiczne związane z powikłaniami cukrzycy.

Mając nadzieję na możliwie jak najszybsze rozszerzenie refundacji flozyn, jesteśmy otwarci na rozmowy i wsparcie w zakresie poprawy rozwiązań opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku,

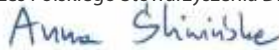
Prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz,
prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego



Prof. Krzysztof Strojek,
Konsultant krajowy ds. diabetologii



Mgr Anna Śliwińska,
prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków



Dr hab. Maciej Niewada,
past prezes Polskiego Towarzystwa
Farmakoekonomicznego



Czy teleporada równa się wizyta w gabinecie?

Opieka nad pacjentami z cukrzycą stanowi znaczące obciążenie dla budżetu płatnika publicznego. Stąd trwają dyskusje, jak wykorzystać w diabetologii potencjał telemedycyny.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w „Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych z cukrzycą 2021” rekomenduje wykorzystanie telemedycyny jako narzędzia do optymalizacji stałej opieki diabetologicznej oraz uwzględnia możliwość realizacji teleporad jako alternatywy dla części wizyt ambulatoryjnych. Dla skuteczności rozwiązań telemedycznych w opiece zdrowotnej z zakresu diabetologii niezbędne jest spełnienie pięciu poniższych warunków:

- Powszechnie dostępna i wysoko jakościowa teleporada

- Wartościowe dane uzyskane z wyrobów medycznych
- Znajomość historii pacjenta w systemie ochrony zdrowia – istotna dla jego przypadku klinicznego
- Zapewnienie pacjentowi skutecznej edukacji
- Optymalizacja czasu pracy profesjonalistów medycznych z uwzględnieniem ich kompetencji zawodowych

Jednym z kluczowych warunków skutecznej teleopieki nad osobami z cukrzycą jest zapewnienie pacjentom szerokiego dostępu do wyrobów medycznych umożliwiających monitoring oraz przesyłanie danych profesjonalście medycznemu.

Źródło: Rynek Zdrowia



DOZ.PL

**TYLKO DLA
CZŁONKÓW
PSD**

Z OKAZJI ŚWIATOWEGO
DNIA CUKRZYCY **15% RABATU***
NA ZAKUPY W DOZ.PL

KOD: PSDRABAT15

*Ważne na dermokosmetyki i suplementy diety od 10.11.2021 r. do 10.12.2021 r. przy zamówieniach za min. 100 zł, realizowanych przez DHL/InPost, niezawierających produktów leczniczych.

Porada pielęgniarska w diabetologii już jest realizowana

Według danych epidemiologicznych liczba chorych na cukrzycę będzie wzrastać. Stanowi to duże wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Już teraz wielu pacjentów nie trafia do poradni diabetologicznych z powodu ograniczonej dostępności, ale pozostaje pod opieką lekarzy rodzinnych.

Odpowiedzialność za edukację tych chorych spoczywa wówczas na personelu poradni podstawowej opieki zdrowotnej, najczęściej na pielęgniarkach. Z kolei pielęgniarki zatrudnione na oddziałach szpitalnych mają bezpośredni kontakt z chorymi, u których cukrzycę rozpoznaje się często w czasie hospitalizacji z powodu innej choroby, na przykład zawału serca czy udaru mózgu. Od tego, jak zostanie wyedukowany pacjent i jakie będzie osiągał wyniki leczenia w pierwszych latach choroby, zależy rokowanie odległe. Właściwa edukacja pacjenta dotycząca leczenia cukrzycy prowadzona przez pielęgniarki znacząco wpływa na świadomość pacjenta dotyczącą jego choroby oraz przekłada się na jego większą dbałość o właściwą kontrolę glikemii.

Edukacyjna rola pielęgniarek

Opieka, którą powinien być otoczony przez pielęgniarkę pacjent, powinna być oparta na wzajemnym zaufaniu i pomocy we wspólnym zmaganiu się z chorobą. Warunkiem koniecznym do prawidłowego budowania tej relacji jest odpowiednia wiedza zawodowa pielęgniarki, regularnie aktualizowana poprzez doskonalenie zawodowe tj. kursy, konferencje, samokształcenie. Pielęgniarki posiadają taką wiedzę. Warto dodać przy okazji, że pielęgniarki i położne są edukatorami z racji swojego zawodowego przygotowania – edukacja zdrowotna jest bowiem jednym z najważniejszych zadań. Rozporządzenie

Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego określa m.in.: „Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych obejmujących prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa”

Porada pielęgniarska i porada położnej wpisuje się w nowe kompetencje, które pielęgniarki mogą realizować od 2020 r. To nowe świadczenia gwarantowane w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wprowadzone do systemu od 17 października 2019 r. przez Rozporządzenie ministra zdrowia z 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych w zakresach:

- 1) diabetologii,
- 2) kardiologii,
- 3) położnictwa i ginekologii,

4) chirurgii ogólnej

Nowe świadczenie, a tym samym uprawnienie pielęgniarki, dotyczy tylko pielęgniarki mającej status prawny – pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego. Jest nią tylko pielęgniarka będąca świadczeniodawcą, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarka zatrudniona lub wykonująca zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Co obejmuje porada pielęgniarska?

Zakres świadczenia pielęgniarki w ramach porady w dziedzinie diabetologii obejmuje:

- 1) edukację zdrowotną i promocję zdrowia;
- 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- 3) ordynację leków zawierających okre-

ślone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe;

- 4) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe
- 5) ordynację określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty;
- 6) wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Każda z tych grup/procedur składa się z określonych przez prawodawcę w załącz-

Infolinia diabetologiczna SANOFI dla pacjentów z cukrzycą

Zapraszamy na konsultację z doświadczoną
Edukatorką Diabetologiczną w zakresie:

- właściwego użycia i przechowywania Insuliny
- praktycznych wskazówek z zakresu insulinoterapii
- doboru właściwej diety
- porad, jak ogólnie czyż ryzyko hipoglikemii

Godziny pracy infolinii

pon.-pt. w godz. 9.00-20.00

22 266 81 60

Koszt połączenia węg. słówek operatorów

SANOFI 

801 102 222

Koszt połączenia węg. słówek operatorów



niku nr 1a szczegółowych czynności. Przykładowo, ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu; wykonanie badania fizykalnego;
- przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza w celu dalszej oceny stanu zdrowia;
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

Zasady organizacji i przeprowadzenie porady pielęgniarskiej w diabetologii w AOS

Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza diabetologa z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza diabetologa. Gabinet do udzielania świadczeń powinien być wyposażony w sprzęt i aparaturę medyczną. Należy tu wymienić: kozetkę; stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki.

Badania w kierunku neuropatii

Wyposażeniem dodatkowym dla pielęgniarki diabetologicznej będzie sprzęt do badania neuropatii. Jednym z ważnych elementów badania chorego na cukrzycę jest badanie stóp. Diagnoza obejmuje wywiad, wstępną ocenę kliniczną i badanie neurologiczne jako badanie podstawowe. Wywiad umożliwi stwierdzenie zaburzeń bólu, dotyku, wibracji i temperatury lub nieodczuwalnych, np. urazów czy oparzeń. Pielęgniarka pracująca z chorymi na cukrzycę powinna mieć podstawowe przyrządy diagnostyczne do oceny neuropatii oraz umieć wykonać podstawowe badanie przesiewowe w kierunku obecności neuropatii, jak również zbadać tętno na tętnicy grzbietowej stopy

kończyn dolnych, piszczelowych, podkolanowej, udowej oraz dokonać pomiaru wskaźnika kostka-ramię. Bardzo ważnym wyposażeniem w gabinecie pielęgniarki jest komputer stacjonarny lub przenośny z oprogramowaniem do dokumentacji medycznej i oprogramowaniem wykorzystywanym w cukrzycy, dostęp do sieci internetowej, waga ze wzrostomierzem i inne urządzenia służące do pomiarów antropometrycznych. Materiały dydaktyczne do przeprowadzenia świadczenia edukacyjnego są kolejnym ważnym wyposażeniem gabinetu pielęgniarki (tabele wartości odżywczej produktów, tablice i materiały informacyjne, podręczniki zalecane w czasie edukacji, ulotki, broszury, filmy dydaktyczne, gry dydaktyczne, zalecane piśmiennictwo i adresy stron internetowych).

Pedagogiczne środki pracy: sprzęt do demonstracji czynności związanych z samokontrolą cukrzycy – waga pożywcza, peny z oprzyrządowaniem, glukometr i osprzęt i/lub inne narzędzia do pomiaru glikemii, np. CGM, glukagon, glukoza, wymienniki węglowodanowe stosowane w hipoglikemii, paski do pomiaru ciał ketonowych w moczu, tablica ścierna np. flipchart z tablicą ścierną lub arkuszami papieru, artykuły papierniczne, np.: zeszyty, długopisy, kredki.

Porada pielęgniarska w diabetologii to przede wszystkim większa dostępność pacjentów do opieki diabetologicznej. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej tj. w wielu Poradniach Diabetologicznych pielęgniarki realizują takie świadczenie. Pytajcie Państwo w swoich Poradniach Diabetologicznych czy taka porada pielęgniarska jest realizowana. Są w końcu możliwości, żeby była większa dostępność pacjentów do opieki diabetologicznej.

Alicja Szewczyk

Prezes Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii

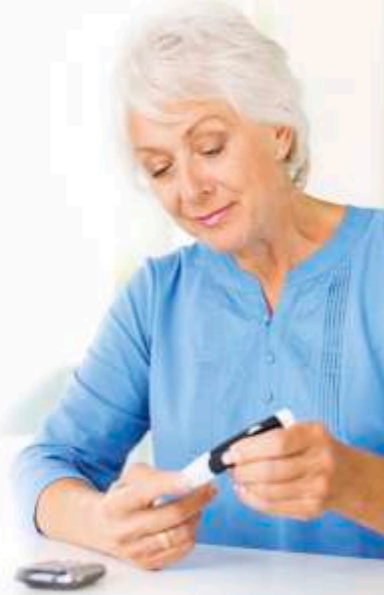
Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego



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[®]
Zimczak, King

- 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 (Simeticonu). Substancje pomocnicze o znanym działaniu: metylo parahydrokwybenoesan (E 218) 0,28 mg, żółcień pomarańczowa FCF (E 110) 0,002 mg. **POSTAC FARMACEUTYCZNA:** żelatynowe kapsułki, prawie okrągłe, białe, miękkie, o gładkiej powierzchni i widocznej spoinie. Zawartość kapsułek 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 pospieraczynym; pomocniczo w badaniach diagnostycznych okolic brzucha, np. badaniach radiologicznych i ultrasonograficznych oraz gastroscopii. Espumisan wskazany jest do stosowania u dzieci w wieku powyżej 6 lat, młodzieży i dorosłych. **PRZECIWWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na substancję czynną, żółcień pomarańczowa FCF (E 110), metylo parahydrokwybenoesan (E 218) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** Berlin-Chemie AG, Glienicker Weg 125, 12489 Berlin, Niemcy. Ostatnia aktualizacja: 07.2016. **Informacja naukowa:** BERLIN-CHEMIE/MENARINI POLSKA Sp. z o.o. ul. Słomkińskiego 4, 00-204 Warszawa, tel. 22 566 21 00.

**Spisane wg PDL, Artel statalno, MAR 01/2021

Na podstawie: 1. Drowański J., Wilkowska-Jarosińska M., Pastorka W. Ginekologia, Ginekologia i Żywność (2004) 6(4): 361-8; 2. Trojciński P., Medycyna i Życie 2002; vol. 3 nr 289: 14-21; 3. DPL: Sofa 500, 08.2000; 4. <http://www.gliedruck.de/med/med.php?no=31588&type=4> (dostęp 02.2017); 5. Charakterystyka Produktu Leczniczego Espumisan (07.2016)

Przygotowano 03.2021 PL-ESP-2021-C1-31-P/INT

**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.



Mam cukrzycowy obrzęk plamki – co dalej?

Obrzęk plamki u chorego na cukrzycę jest jednym z powikłań tej choroby w obrębie narządu wzroku. Może on wystąpić w związku z retinopatią cukrzycową na każdym jej etapie, ale także być jedynym powikłaniem siatkówkowym cukrzycy. Ponieważ cukrzycowy obrzęk plamki (ang. diabetic macular edema – DME) lokalizuje się w centralnej siatkówce, pierwszymi objawami są zwykle zniekształcenia obrazu i pogorszenie widzenia. DME może występować obustronnie.

Lekarz okulista może rozpoznać DME już podczas podstawowego badania okulistycznego z oceną dna oczu po rozszerzeniu źrenicy. Zwykle w plamce widoczne jest uniesienie siatkówki z zatarciem refleksu, mogą występować wybroczyny śródsiatkóvkowe i biało-żółte wysięki. Wówczas konieczne jest wykonanie dalszych szczegółowych badań diagnostycznych. Najczęstszym jest optyczna koherentna tomografia (ang. optical coherence tomography – OCT) plamki. Jeżeli okulista nie ma możliwości wykonania jej w gabinecie, powinien skierować chorego do poradni zajmującej się chorobami siatkówki. Zwykle poradnie takie funkcjonują

przy oddziałach okulistycznych. Badanie OCT plamki jest nieinwazyjne i może być powtarzane wielokrotnie, także podczas monitorowania efektów leczenia. Podstawą rozpoznania DME w oparciu o wynik badania OCT jest stwierdzenie śródsiatkóvkowych torbielowatych przestrzeni płynowych w plamce, zniesienie jej fizjologicznego zagłębienia, wzrost grubości siatkówki. Badanie OCT plamki może być rozszerzone o ocenę unaczynienia plamki czyli tzw. angio-OCT. Jest to również badanie nieinwazyjne i może być wielokrotnie powtarzane. Jego celem jest ocena plamki przede wszystkim pod kątem zmian w splocie naczyniowym powierzch-

chownym i głębokim oraz występowania stref siatkówki pozbawionych ukrwienia (tzw. strefy bezperfuzyjne).

Kolejnym badaniem diagnostycznym przy podejrzeniu DME jest angiografia fluoresceinowa. Jest ona zwykle wykonywana w specjalistycznych poradniach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób siatkówki. Angiografię fluoresceinową najczęściej wykonuje się na początku procesu diagnostyczno-terapeutycznego DME. Angiografia jest badaniem inwazyjnym, wymagającym dożylnego podania barwnika fluoresceiny. Barwnik ten rozchodzi się następnie w krążeniu ogólnoustrojowym i dociera do naczyń siatkówki. Podczas badania angiografii wykonuje się szereg zdjęć dna oczu. W ten sposób ocenia się stan krążenia w naczyniach siatkówki oraz nablonek barwnikowy. W badaniu angiografii można stwierdzić w dniu oczu zmiany cukrzycowe o charakterze retinopatii oraz wskazać jej stadium. Można również rozpoznać DME. W plamce występuje wówczas charakterystyczny zastój barwnika w przestrzeniach płynowych śród- czy podsiatkówkowych. Możliwa jest także ocena plamki pod kątem występowania stref niedokrwienia.

Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki

Potwierdzenie rozpoznania DME w badaniach OCT i angiografii stanowi podstawę do rozpoczęcia leczenia. Terapia DME zwykle jest długoterminowa. Najczęściej prowadzą ją specjalistyczne poradnie przy oddziałach okulistycznych. W oparciu o aktualne światowe standardy leczenia DME, terapią z wyboru są powtarzalne iniekcje do wnętrza gałki ocznej (do ciała szklanego) leków blokujących czynniki wzrostu, tzw. leków anti-VEGF (ang vascular endothelial growth factor-VEGF). Iniekcje wykonuje się najczęściej w sali zabiegowej. Gałkę oczną znieczuliła się miejscowo. Po iniekcji chory udaje się do domu. W pierwszym roku leczenia

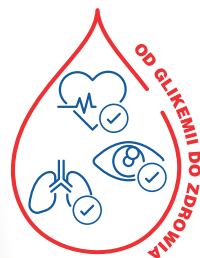
iniekcji anti-VEGF jest zwykle najwięcej. Szczególnie intensywna jest początkowa faza terapii, podczas której wykonuje się 5-6 iniekcji w miesięcznych odstępach czasowych. W kolejnych latach leczenia liczba iniekcji anti-VEGF zwykle ulega istotnej redukcji. Inną opcją terapeutyczną DME są steroidy (deksametazon), podawane do wnętrza gałki ocznej w formie implantu powolnie uwalniającego lek. Implanty z deksametazonem umieszcza się w ciele szklanym za pomocą specjalnego indżektora, w warunkach sali zabiegowej, po znieczuleniu miejscowym gałki ocznej. Jest to również leczenie powtarzalne. Implanty są umieszczane w ciele szklanym z częstotliwością co około pół roku do czasu uzyskania efektu terapeutycznego. Uzupełniającą metodą leczenia DME może być laseroterapia, zwłaszcza jeżeli towarzyszą mu obwodowe zmiany siatkówki o charakterze retinopatii cukrzycowej. O wyborze metody leczenia DME decyduje lekarz prowadzący po analizie wyników badań diagnostycznych. Monitoruje on również efekty leczenia.

Wiadomo, że ryzyko występowania DME rośnie wraz z czasem trwania cukrzycy. Innymi czynnikami ryzyka rozwoju DME są zła kontrola metaboliczna cukrzycy (podwyższone poziomy HbA1c), nadciśnienie tętnicze czy powikłania w obrębie innych narządów, zwłaszcza nerek. Nie można efektywnie leczyć cukrzycowego obrzęku plamki bez kontroli poziomu glikemii. Dlatego pacjent z DME wymaga skoordynowanej opieki okulisty i internisty. Warunkiem utrzymania użytecznego widzenia u chorych z DME jest nie tylko systematyczne leczenie okulistyczne, ale też dobra kontrola choroby podstawowej.

Dr hab. n. med. Małgorzata Figurska

Klinika Okulistyki Wojskowy Instytut
Medyczny CSK MON

*Artykuł powstał przy wsparciu firmy
Allergan*



Czy cukrzyca to choroba nerek?

Jeszcze do niedawna w leczeniu pacjentów z cukrzycą lekarze koncentrowali się głównie na obniżaniu glikemii i utrzymywaniu rekomendowanego dla danej grupy wiekowej odsetka hemoglobiny glikowanej. Jednak najnowsze badania, szczególnie dotyczące nowych leków przeciwcukrzycowych pokazały, jak ważne jest szersze spojrzenie na tę chorobę, przede wszystkim na zmiany narządowe, które powoduje. Cukrzyca to w końcu choroba ogólnoustrojowa, a nie problem jedynie podwyższonej glikemii.

Od dawna wiemy już, że cukrzyca typu 2 odgrywa kluczową rolę w rozwoju powikłań ze strony układu krążenia i układu moczowego. Coraz częściej jednak podkreśla się zasadność, a wręcz konieczność, łącznego rozpatrywania chorób serca, naczyń krwionośnych i nerek. Badania potwierdzają, że u chorych z cukrzycą (w porównaniu z pacjentami bez cukrzycy) niewydolność serca jest związana z ponad dwukrotnie większym ryzykiem choroby nerek i odwrotnie – przewlekła choroba nerek wiąże się z ponad dwukrotnie zwiększonym ryzykiem niewydolności serca.

Natomiast same choroby sercowo-nerkowe są pierwszymi i najczęstszymi powikłaniami cukrzycy, dlatego też powinny być uwzględniane nie tylko w diagnostyce czy leczeniu, ale już na etapie profilaktyki, w celu optymalnego leczenia każdego pacjenta z cukrzycą.

Zmiana filozofii leczenia

Niestety dotychczas nie było to takie proste, ponieważ każda optymalizacja czynności uszkodzonej nerki zazwyczaj wiązała się z większą częstością występowania hipoglikemii. Z kolei większość pacjentów, którzy przeżyli ciężką hipoglikemię, „woli” mieć wyższe wartości glikemii niż po raz kolejny jej doświadczyć.

Na szczęście naprzeciw diabetologom wyszły nowe leki w leczeniu cukrzycy. Od momentu pojawienia się floszyn zmieniła się filozofia leczenia. I choć ich odmienny mechanizm działania początkowo wydawał się nawet nam, lekarzom praktykom, dziwny – bo jakże wywoływany przez te leki cukromocz może leczyć – to jednak udowodniły one, że nie tylko obniżają cukier, ale też zmniejszają liczbę incydentów sercowych, zmniejszają częstość hospitalizacji z powodu niewy-

dolności serca i co najważniejsze zwiększając przeżycie wśród pacjentów.

Tak więc, jako pierwsze, ujrzelśmy kardioprotekcyjne działanie flozyn, które od razu podbiły serca kardiologów, a dwie z nich zostały już nawet zarejestrowane do stosowania u pacjentów z niewydolnością serca bez współistniejącej cukrzycy. Ten korzystny wpływ obserwowano nie tylko u pacjentów z współistniejącymi chorobami serca, ale również u pacjentów z czynnikami ryzyka kardiologicznego, co znalazło odzwierciedlenie w naszych lekarskich wytycznych.

Cukrzyca a nerki

Na ukazanie się kolejnego korzystnego oblicza tych leków nie trzeba było długo czekać. Jak wiadomo, nasz organizm to skomplikowana fabryka pełna połączonej ze sobą układów. W uproszczeniu można powiedzieć, że serce to pompa, a zaworem bezpieczeństwa tego układu są właśnie nerki.

U niemal 40% pacjentów z cukrzycą typu 2 stwierdza się występowanie cukrzycowej choroby nerek, która charakteryzuje się spadkiem przesączania kłębuszkowego (eGFR) i/lub wydalaniem szczególnej frakcji białka z moczem (albuminurią). Okazało się, że flozyny zmniejszają ryzyko progresji cukrzycowej choroby nerek (CCHN), zmniejszają ryzyko nagłego zaostrzenia przewlekłej choroby nerek, a we wczesnej fazie jej rozwoju działają nawet prewencyjnie. Jeśli do tego będziemy pamiętać, że to właśnie choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią częstą przyczynę uszkodzenia nerek to flozyny – jako prewencja kardionefrologiczna – stanowią nie tylko broń do walki z cukrzycą, ale wpływają też na dalsze losy chorego.

Ta ochrona zaczyna się właśnie w nerkach, ponieważ wykorzystując nefroprotekcyjne działanie flozyn chronimy też serce, a wpływając na układ sercowo-naczyniowy zapobiegamy progresji chorób nerek, obniżając jednocześnie glikemię.

Przewlekła choroba nerek (PCHN) jest dziś uważana za kolejną chorobę cywilizacyjną tzw. „cichego zabójcę”. Jest podstępna, rozwija się latami i bezobjawowo podobnie jak cukrzyca. Pierwsze objawy są niecharakterystyczne, bo któż z nas myśli o chorobie nerek, gdy bywa zmęczony czy osłabiony. Objawy bardziej charakterystyczne, jak uporczywy świąd, nudności czy zaburzenia koncentracji pojawiają się zazwyczaj, gdy już ok. 90% mięszu nerek uległo zniszczeniu, co prowadzi w prostej linii do niewydolności nerek. Oczywiście nie tylko cukrzyca jest tego przyczyną, ale jest niestety jednym z najczęstszych powodów przewlekłej choroby nerek.

W tej sytuacji nie dziwi, że choć cukrzyca jest jedną chorobą, to dotyczy wielu narządów, ma kilka twarzy, a dotychczasowe leczenie, opierające się w głównej mierze na obniżaniu glikemii i terapii objawowej już rozwiniętych powikłań, powinno ulec zmianie. Dziś dzięki dostępnym nowoczesnym terapiom leczymy nie tylko „cukier”, ale nasi pacjenci zyskują także szansę na zmniejszenie ryzyka problemów zdrowotnych, takich jak powikłania nerkowe, w tym postępująca niewydolność nerek, udar, zawał czy niewydolność serca.

Dr n. med. Agnieszka Kędzia,
specjalista chorób wewnętrznych,
specjalista diabetolog

Partnerzy:

AstraZeneca 

 **Boehringer
Ingelheim**


novo nordisk®

100 lat insuliny!

Insulina – odkrycie, które zmieniło wszystko



Dlaczego mózg „boi się” nadmiaru insuliny?

Insulina to hormon odpowiedzialny za utrzymywanie prawidłowego stężenia glukozy we krwi. W zdrowym organizmie dzięki insulinie większość glukozy z pożywienia bez problemu przedostaje się do komórek i tkanek, ale jej część pozostaje we krwi. Dlaczego we krwi musi być obecna glukoza? I co się dzieje, kiedy w efekcie nadmiernego działania insuliny (hipoglikemia), tej glukozy we krwi zaczyna brakować?

Potocznie mówimy, że insulina „obniża”, „zbija” cukier. To prawda, przy czym warto zauważyć, że obniża go do pewnego poziomu (normą u zdrowego człowieka jest glukoza w zakresie 70-99 mg/dl na czczo), nie do zera. Bo pewna ilość cukru we krwi jest nam do życia niezbędna, a dokładniej – jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania naszego mózgu. Mózg, aby działać sprawnie potrzebuje ciągłego dopływu paliwa. Jest jak samochód, który nie pojedzie bez paliwa, z tym, że w tym przypadku rolę paliwa pełni właśnie glukoza.

Kiedy w wyniku nadmiaru insuliny poziom glukozy we krwi spada, jest to sytuacja niebezpieczna dla mózgu, który broni się przed nią wszystkimi dostępnymi dla siebie metodami. Znaczenie glukozy dla mózgu bardzo dobrze obrazuje następująca proporcja – choć sam mózg stanowi około 2% masy ciała, zużywa on około 25% dostarczanej do organizmu dziennie glukozy. Znaczenie to doskonale rozumieją osoby z cukrzycą, które doświadczyły ciężkiej hipoglikemii, w czasie której dochodzi do nieprzyjemnych i niebezpiecznych zaburzeń neurologicznych (takich jak np. problemy z mową).

Glukoza = energia dla mózgu

Glukoza jest wykorzystywana przede wszystkim jako „paliwo biologiczne” do wytwarzania energii w trakcie tlenowego oddychania komórkowego. W wyniku reakcji biochemicznych zostaje przekształcona w dwie cząsteczki pirogronianu. Następnie pirogronian zostaje włączony do cyklu kwasu cytrynowego i łańcucha oddechowego w efekcie czego powstaje adynozyno-5-trifosforan (ATP). ATP to rodzaj komórkowego „akumulatora”, który jest nieustannie ładowany, a energia w nim zmagazynowana jest niezbędna w praktycznie każdym procesie zachodzącym w organizmie.

Najwięcej glukozy zużywa mózg, jednocześnie będąc najbardziej wrażliwym narządem na jej niedobór. Mózg dorosłego człowieka zużywa około 120 gramów glukozy dziennie.

Za dużo insuliny – alarm dla mózgu

Co takiego niebezpiecznego dla organizmu dzieje się przy niskim poziomie

cukru we krwi? Niedocukrzenie to sytuacja podbramkowa dla mózgu, który nie potrafi funkcjonować bez stałego dopływu paliwa, czyli glukozy. Po to we krwi człowieka jest cukier, by mózg mógł się nim nieustannie żywić. Kiedy tego paliwa zaczyna brakować, cały nasz organizm stawiany jest w stan najwyższej mobilizacji. Pojawiają się różnego rodzaju objawy niedocukrzenia, które mają zmusić nas do sięgnięcia po coś do jedzenia. Jednym z takich objawów, swoją drogą bardzo sprytnym, jest tzw. wilczy głód, pod wpływem którego większość osób zaczyna nerwowo szukać jedzenia. W ten sposób mózg dopomina się o konieczną mu dawkę energii. Im bardziej cukier we krwi obniża się, tym bardziej zaburza to prawidłowe funkcjonowanie mózgu. Stąd ciężka hipoglikemia daje objawy przede wszystkim ze strony układu neurologicznego.

Objawy ciężkiej hipoglikemii:

- osłabienie
- zawroty głowy
- zaburzenia równowagi
- problemy z koncentracją
- bełkotliwa mowa
- zaburzenia widzenia
- zmiany zachowania
- splątanie, brak orientacji w terenie

Skrajną sytuacją jest utrata przytomności w wyniku zbyt niskiego poziomu cukru we krwi, czyli de facto w wyniku zbyt silnego działania insuliny.

Ryzyko leczenia insuliną

Insulina jest hormonem, który ratuje życie rzeszom pacjentów z cukrzycą. Niestety leczenie insuliną „okupione” jest ryzykiem niedocukrzenia. Na ulotce każdej jednej insuliny, w skutkach ubocznych podawania leku widnieje informacja o niebezpieczeństwie niedocukrzeń. Co jednak bardzo ważne – współczesne insuliny oraz możliwości ich podawania – za pomocą pompy insulinowej czy precyzyjnego

wstrzykiwacza – znacząco minimalizują ryzyko niedocukrzeń. Dzisiaj utrata przytomności z powodu hipoglikemii to rzadkość, podczas gdy jeszcze 30-40 lat temu był to niestety swego rodzaju „standard” u osób leczonych intensywnie insuliną. Z tego też powodu – że jesteśmy w stanie coraz lepiej chronić mózg przed epizodami braku w dostawach energii – coraz mniej mówi się o negatywnych skutkach insulinoterapii na zdolności poznawcze osób z cukrzycą. Ta zależność nadal istnieje – częste i ciężkie niedocukrzenia, które będą powtarzały się przez dłuższy okres czasu mogą w negatywnym stopniu wpłynąć na sprawność mózgu. Jednak zagrożenie to nie jest już podnoszone często, ponieważ obecnie – dzięki nowym insulinom ale też nowoczesnym możliwościom monitorowania glikemii to ryzyko stało się marginalne.

Chorując na cukrzycę i lecząc się insuliną warto pamiętać, że organizm to skomplikowana maszyna pełna wzajemnych zależności. Ani za wysoki, ani za niski poziom insuliny we krwi nie jest dla nas korzystny, tak jak niekorzystne są zbyt wysokie i zbyt niskie glikemie. Leczenie cukrzycy to dążenie do fizjologicznej równowagi, którą dzięki nowoczesnemu leczeniu jesteśmy w stanie coraz lepiej osiągać. Ku zadowoleniu mózgu, naczyń krwionośnych i całego organizmu.

Malwina Kaczmarek

Partnerzy:



Zrozumieć insulinooporność

Insulinooporność to zmniejszona wrażliwość tkanek na działanie insuliny. Choć nie jest to choroba, a zaburzenie metaboliczne, może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia. Skutkiem insulinooporności najczęściej są cukrzyca typu 2 oraz miażdżyca.

Zmniejszona wrażliwość tkanek na insulinę:

- sprzyja tyciu;
- powoduje ciągłe zmęczenie, senność, brak energii;
- wywołuje napady głodu;
- przyczynia się do rozdrażnienia, obniżenia nastroju;
- sprzyja problemom ze skórą;
- powoduje nadmierną potliwość.

Jeśli dodamy do tego ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2, ryzyko rozwoju miażdżycy, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii to nie ma wątpliwości, że jest to zaburzenie, z którym należy walczyć. Jednak leczenie insulinooporności do łatwych nie należy, tym bardziej że nie ma jednoznacznych wytycznych, jak postępować z pacjentem z insulinoopornością. Dlatego sposób leczenia tego stanu w dużej mierze zależy od lekarza,

do którego trafia pacjent z obniżoną wrażliwością na insulinę.

Generalnie z insulinoopornością walczy się poprzez:

- obniżenie masy ciała/ilości tłuszczu trzewnego;
- odpowiednią dietę;
- zwiększoną aktywność fizyczną;
- farmakoterapię – głównie metforminą.

Masa ciała a insulinooporność

Insulinooporność występuje przede wszystkim u osób z nadwagą lub otyłością, a jedynie w nielicznych przypadkach u osób o prawidłowej masie ciała, ale z dużą ilością tłuszczu trzewnego. Nadmiar kilogramów to bez wątpienia jeden z najważniejszych czynników ryzyka obniżonej wrażliwości tkanek na działanie insuliny. Wprawdzie trwają dyskusje – co jest przyczyną czego, bo sama insulinooporność też sprzyja tyciu, niemniej większość badaczy jest zgodna, że jest ona skutkiem nadmiaru kilogramów, a kiedy już wystąpi, to na zasadzie błędnego koła ułatwia dalszy przyrost masy ciała. To dlatego leczenie insulinooporności zawsze zakłada utratę nadmiaru kilogramów. Przy czym głównym wyzwaniem jest tkanka tłuszczowa trzewna, czyli taka, która gromadzi się wewnątrz jamy brzusznej, otłuszczając narządy wewnętrzne. Jest to tłuszcz wydzielający hormony przeciwstawne do działania insuliny oraz zwiększający stężenie wolnych kwasów tłuszczowych we krwi.



Czas ma znaczenie

stan
przedcukrzycowy

cukrzyca typu 2



07/09/10/2021



bierze udział
w transporcie
i magazynowaniu
Insuliny^{1,2}



wspiera
prawidłowy
poziom glikozy
we krwi^{3,4,5}



wpływa na
obniżenie
masy ciała^{3,4,5}

www.zinkorot.pl



LEK
bez recepty



1. Chapter "zinc and diabetes" of the book "Zinc in human health" Rink et al. 2011. 2. Beata Gąpyś, Anna Raszeja-Specht, Hanna Bielarczyk „Rola cynku w procesach fizjologicznych i patologicznych organizmu. Diagn Lab 2014; 50 (1): 45-52. 3. Xinhui Wang, Wenhui Wu, Wanru Zheng, Xuexian Fang, Liyun Chen, Lother Rink, Junxia Min, and Fudi Wang Zinc supplementation improves glyemic control for diabetes prevention and management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials Am J Clin Nutr 2019;110:76-90. 4. El-Ashmory SMA, Morsi HK, Abdelhafez AM (2012) Effect of zinc supplementation on glycaemic control, lipid profile, and renal functions in patients with type II diabetes: a single blinded, randomized, placebo-controlled, trial. J Biol Agric Health 2(6):33. 5. Fukunaka, Y Fujitani Role of Zinc Homeostasis in the Pathogenesis of Diabetes and Obesity. Int. J. Mol. Sci. 2018, 19, 476.

Nazwa produktu leczniczego i nazwa powszechnie stosowana: Zinkorot, 25 mg Zn²⁺, tabletki. **Postać farmaceutyczna:** Tabletki, biała płaska tabletki z zeolagronymi krawędziami i linią podziału po jednej stronie. **Wskazania do stosowania:** Leczenie niedoboru cynku, jeśli nie da się go wyrównać zwykłym odżywianiem. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Podmiot odpowiedzialny:** Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24, 71034 Böblingen, Niemcy. Pełna informacja o leku dostępna na życzenie. **Informacja medyczna:** Wörwag Pharma Polska Sp. z o.o. ul. Dziekińskiego 1, 00-728 Warszawa, tel. 22 863 72 81, fax 22 837 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.


wörwag
PHARMA

Mikroskładniki niezbędne dla zdrowia

Im dalej od lata, tym nasza dieta staje się nieco bardziej monotonna, pozbawiona bogactwa świeżych warzyw i owoców. A to może powodować niedobory niektórych niezbędnych dla zdrowia witamin i pierwiastków. Których mikroskładników brakuje diabetikom najczęściej?

Chrom

Chrom jest niezbędny do prawidłowego działania receptorów insulinowych. Wchodzi w skład tzw. czynnika tolerancji glukozy, substancji wytwarzanej w wątrobie, która trafia do krwi w momencie wzrostu poziomu cukru. Między innymi z tego powodu chrom jest rekomendowany osobom chorującym na cukrzycę. Ma on również zmniejszać apetyt na słodczyce, a przez to zarówno sprzyjać normalizacji glikemii, jak i odchudzaniu.

Cynk

Cynk pobudza pracę trzustki i bierze udział w wytwarzaniu insuliny. Uczestniczy w metabolizmie białka, tłuszczu i węglowodanów. Dodatkowo chroni płamkę żółtą przed zwyrodnieniem, co może mieć znaczenie w profilaktyce retinopatii cukrzycowej.

Witamina B12

Właściwy poziom witaminy B12 we krwi chroni przed chorobami krążenia, na które pacjenci z cukrzycą typu 2 są narażeni bardziej niż osoby zdrowe. Mechanizm ochronny polega na tym, że odpowiednie wysycenie witaminą B12 normalizuje poziom homocysteiny we krwi. Jej nadmiar, podobnie jak podwyższony poziom cholesterolu, zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Na niedobór witaminy B12 narażone są osoby przyjmujące metforminę, lek powszechnie stosowany

w cukrzycy typu 2., ale coraz częściej przepisujący pacjentom z cukrzycą typu 1. w celu zmniejszenia insulinooporności. Witamina B12 jest też niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania systemu nerwowego.

Antyoksydanty

Działanie antyoksydantów polega na neutralizowaniu tzw. wolnych rodników oraz hamowaniu procesu starzenia się komórek. Wolne rodniki to aktywne formy tlenu, które sprzyjają rozwojowi m.in. nowotworów i procesów zapalnych. Aktywne formy tlenu powstają w organizmie pod wpływem stresu, palenia papierosów, a u diabetyków także w wyniku hiperglikemii.

Kwas alfaliponowy

Kwas alfaliponowy stosowany jest u diabetyków głównie w celu łagodzenia objawów neuropatii cukrzycowej, takich jej objawów jak pieczenie, drętwienie i ból kończyn. Potwierdzone badaniami efekty daje dożylnie podawanie kwasu alfaliponowego, jednak uważa się, że jego suplementacja doustna także pozytywnie wpływa na układ nerwowy. Kwas podawany dożylnie wpływa także na normalizację poziomu cukru we krwi, obniżenie poziomu cholesterolu i kwasów tłuszczowych, dlatego substancja ta rekomendowana jest także w stanie przedcukrzycowym.

LEK
BEZ RECEPTY

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

Benfogamma

ciągłe zmęczenie,
obniżony nastrój,
zaburzenia pamięci³

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. Zakresia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2021 - stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Diabetologia Praktyczna 2021,7,1: 64-672. Kamiński W. Benfotiamin w profilaktyce, w praktyce i w przyszłości. Kroc Warszawa 2013. 3. Bubko I, Gruber B.M., Anuszczyńska E.L. Rola tiaininy w chorobach neurodegeneracyjnych Postępy Hig Med Dosw (online). 2015, 69: 1096-1106. 4. dane Iqvia, 08.2021.

Nazwa produktu leczniczego i nazwa powszechnie stosowana: Benfogamma (Benfotiaminum), 50 mg. **Postać farmaceutyczna:** tabletki drażewane, 1 tabletko drażewano 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: nieprawidłowym żywieniu ubogim w witaminę B₁, karmieniu pozajelitowym, intensywnej diecie odchudzającej (głodowej) i hemodializie; przewlekłym alkoholizmem (alkohol blokuje wchłanianie witaminy B₁) i w powikłaniach wynikających z przewlekłego alkoholizmu. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość (alergia) na benfotiaminę, tiaininę lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.

Podmiot odpowiedzialny: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24, 71034 Böblingen, Niemcy. Pełna informacja o leku dostępna na życzenie. Informacja medyczna. Wörwag Pharma Polska Sp. z o.o., ul. Dziekańskiego 1, 00-728 Warszawa, tel. 22 863 72 81, fax 22 877 13 70. **Kategoria dostępności:** Lek wydawany bez recepty. 09/09/1102021

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.

wörwag
PHARMA



Powikłania cukrzycy – czy można ich uniknąć?

Jednym z głównych celów leczenia cukrzycy jest zapobieganie rozwojowi przewlekłych powikłań: retinopatii, nefropatii, neuropatii i chorobom sercowo-naczyniowym. Aby ten cel osiągnąć pacjenci przyjmują insulinę lub/i leki doustne, przestrzegają zasad zdrowego odżywiania się, regularnie kontrolują glikemie i starają się prowadzić aktywny tryb życia. Działania te mają sprawić, by poziom cukru we krwi był jak najbliższy temu fizjologicznemu, jaki występuje u osób zdrowych. Wprawdzie na rozwój powikłań mają wpływ różne czynniki, jednak kluczowym niezmiennie pozostaje glikemia.

Zastanawialiście się kiedykolwiek, dlaczego podwyższony poziom cukru we krwi jest tak niebezpieczny? Dlaczego wokół utrzymania glikemii w określonym zakresie koncentruje się całe leczenie cukrzycy? Otóż nadmiar cukru we krwi działa na naczynia krwionośne jak tlen na lekko uszkodzoną karoserię samochodu. W wyniku utleniania się żelaza tworzy się rdza. Podobnie w wyniku hiperglikemii zachodzi reakcja glikacji białek, czyli niszczone są delikatne struktury naczyń znajdujących się w oczach, nerkach czy zakończeniach nerwowych. Utrzymujący się za wysoki poziom cukru sprawia, że komórki śródbłonna drobnych naczyń krwionośnych przestają spełniać swoje funkcje. Hiperglikemia inicjuje także procesy zapalne w dużych naczyniach krwionośnych – tętnicach i żyłach, prowadząc do wzmocnionych procesów miażdżycowych, a przez to do zwiększonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Powikłania, jakie rozwijają się w wyniku niedostatecznie kontrolowanej cukrzycy to potwierdzenie negatywnego wpływu nadmiaru cukru na kondycję naczyń krwionośnych wielu narządów i układów: oczu, nerek, serca, stóp, skóry, układu nerwowego czy układu moczowo-płciowego.

Cukier niszczy w różnym tempie

Nie wszystkie komórki organizmu wymagają insuliny, by glukoza dostała się do ich wnętrza. Do komórek niezależnych od insuliny zalicza się komórki, z których zbudowane są: mózg, siatkówka oka, nerki, włókna nerwowe, nadnercza czy naczynia krwionośne. To z tego powodu są one najbardziej narażone na powikłania. Podczas hiperglikemii niszczące działanie zbyt wysokiego poziomu cukru we krwi oddziałuje na nie bezpośrednio. Dodatkowo naczynia krwionośne znajdujące się w oczach, nerkach czy zakończeniach nerwowych są bardzo małe i delikatne. Łatwo je uszkodzić. To dlatego, u większości pacjentów z cukrzycą, pierwszym powikłaniem, jakie się pojawia są zmiany w oczach. Nie zawsze są one nasilone, czasami jest to retinopatia prosta, która w porę zauważona, może zostać zupełnie wyleczona. Niemniej potwierdza to, że im naczynia są delikatniejsze, tym wysoki cukier jest w stanie zniszczyć je szybciej.

Tempo zmian glikemii

Nie tylko hiperglikemia niszczy naczynia krwionośne. Podobnie niekorzystne są duże wahania glikemii, których doświadczają przede wszystkim diabetycy leczeni insuliną. To dlatego, paradoksalnie, nie należy

agresywnie obniżyć poziomu glukozy, kiedy zdarzy nam się przecukrzyenie. Z punktu widzenia „komfortu” naczyń krwionośnych, lepiej jest obniżyć cukier w sposób łagodny, nawet jeśli będzie to kosztem dłuższego przebywania w stanie hiper-glikemii.

U zdrowych ludzi ryzyko znaczących skoków glikemii w ogóle nie występuje. W ograniczonym stopniu dotyczy ono pacjentów leczonych lekami doustnymi. Jest to natomiast poważny problem pacjentów przyjmujących insulinę. Insulina to hormon, który działa nieporównywalnie mocniej i szybciej niż leki doustne. Przy odpowiednio dużej dawce insuliny możliwe w ciągu dwóch godzin obniżyć cukier z poziomu 300-400 mg/dl do wartości prawidłowych. Jednak tak szybka zmiana może być bardziej problematyczna dla naczyń krwionośnych niż nieco dłuższe przebywanie w stanie przecukrzyenia.

Niedocukrzienia a powikłania

Zbyt niski poziom cukru we krwi także niesie ze sobą ryzyko rozwoju powikłań. Hipoglikemia może prowadzić do zaburzeń rytmu serca, nasilać powikłania sercowo-naczyniowe, prowadzić do dysfunkcji układu nerwowego. U osób z cukrzycą i problemami w obrębie układu krążenia, hipoglikemia bywa większym zagrożeniem dla zdrowia niż umiarkowane przecukrzyenia.

Jak utrzymywać cukry stabilne i w normie?

Na pytanie – czy można uniknąć powikłań cukrzycy – przez długi czas nie sposób było odpowiedzieć twierdząco. Jednak zmienia się to wraz z rozwojem nowych technologii – leków, systemów do monitorowania glikemii czy pomp insulinowych. Skoro cukier jest kluczowym czynnikiem niszczącym naczynia krwionośne, a my obecnie naprawdę potrafimy już trzymać go w ryzach, to znak, że jesteśmy w stanie uniknąć powikłań, a przynajmniej ich zaawansowanej postaci. Ogromną zmianę w tym zakresie przyniosły szczególnie

systemy ciągłego monitorowania glikemii. Dzięki nim:

- Pacjent ma wgląd w swoje cukry 24 godziny na dobę, bez konieczności nakłuwania palców.
- Sprawdzając cukier dostajemy informację nie tylko o jego aktualnej wartości, ale też o tym, jakie jest trend glikemii, czy jest ona stabilna, czy rośnie czy obniża się i w jakim tempie. To niezwykle ważna informacja dodatkowo, która daje pacjentom szansę na działanie z wyprzedzeniem. Obecnie możemy zapobiegać niedocukrzeniom i przecukrzeniom a nie tylko post factum na nie reagować.
- Korzystając ze strzałek trendu jesteśmy w stanie unikać znacznych wahań glikemii.
- Strzałki trendu pozwalają na precyzyjne dobranie dawki insuliny przedposiłkowej (nie tylko na planowany posiłek, ale z uwzględnieniem tego, w jakim tempie i w którym kierunku zmienia się glikemia); a to pozwala zminimalizować ryzyko przecukrzeń po posiłkach.
- System ciągłego monitorowania zwiększa poczucie bezpieczeństwa podczas leczenia insuliną. Mając stały podgląd cukrów pacjenci nie boją się leczyć optymalnie, bo wiedzą, że w każdej chwili mogą skontrolować cukier i ewentualnie zareagować na zbliżające się niebezpieczeństwo, czyli np. zbyt szybkie obniżanie się glikemii.

Potrzeba czasu, aby w pełni potwierdzić wpływ ciągłego monitorowania glikemii na zmniejszenie ryzyka rozwoju powikłań cukrzycy. Ale i bez tych badań, użytkownicy tych systemów nie mają wątpliwości, że można dzięki nim zdecydowanie większość czasu w ciągu doby spędzać w zakresie docelowym glikemii. A to wg najnowszych rekomendacji Towarzystwa Naukowych najpewniejszy sposób na życie z cukrzycą bez powikłań naczyniowych.

Karolina Mazurkiewicz

PSD w Gliwicach działa już ponad ćwierć wieku!

W dniu 25 września 2021 roku odbyła się uroczystość 25-lecia powstania Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Oddział Gliwice, przeniesiona ze względu na pandemię z dnia 24.10.2020 roku.

Wśród zaproszonych gości na uroczystość przybyła Pani Anna Śliwińska, prezes Zarządu Głównego PSD w Warszawie, a także zaprzyjaźnieni diabetycy z Dąbrowy Górniczej, Kielc, Jędrzejowa. Obecni byli także lekarze diabetolodzy, pielęgniarki i przedstawiciele Oddziałów rejonowych z Częstochowy, Lublińca, Zabrze i Pilchowic.

Odczytano List Gratulacyjny od Prezydenta Gliwic Adama Neumana.

Pani Prezes Anna Śliwińska wręczyła medale 40-lecia PSD najbardziej zasłużonym osobom w działalności stowarzyszenia

- lekarzom diabetologom: pani Barbarze Jankowskiej-Bobek, panu Stanisławowi Borysławskiemu

- działaczom PSD: pani Elżbiecie Godyń, Prezes PSD Zabrze, pani Jadwidze Szędzielorz Honorowej Prezes PSD Gliwice
- Uczestnikom wręczono pamiątkowe medale i statuetki. Uroczystość odbyła się na terenie Agro Gospodarstwa Turystycznego „Ranczo” w Proboszczowicach koło Gliwic, którego właścicielami są Kornelia i Krystian Kielbasa.



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



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

ACCUCHEK® Instant

Roche

INSTANT TWÓJ NOWY GLUKOMETR

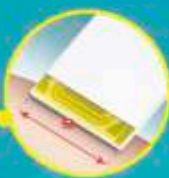
Duży,
podświetlany ekran
dla łatwiejszego
odczytania wyniku

Wyrzutnia
testu paskowego
pozwała na
zachowanie higieny

Test paskowy z wyjątkowo
szerokim polem testowym
ułatwiający wykonanie pomiaru

Nakłuwacz
ACCUCHEK® FastClix
Nakłucie jest
błyskawiczne, łatwe
i niemal bezbolesne

Skala zakresu
docelowego
łatwiejsze
zrozumienie wyniku



Zapytaj o glukometr **Accu-Chek® Instant**
w swojej poradni lub sprawdź w aptece.

www.ogarnijskrzywe.pl

Connect
with  mySugr

Wartości docelowe wymagają indywidualnego ustalenia po konsultacji z lekarzem. Zmiany zakresów docelowych można w prosty sposób dokonać poprzez oprogramowanie Accu-Chek® Smart Pix Software lub aplikację mobilną mySugr.

Szczególne informacje na temat produktów zawartych w broszurze znajdują się w instrukcji obsługi dołączonej do wyrobu.