

CUKRZYCA



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW



International
Diabetes
Federation

BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW

luty 2022

**Refundacja igieł
do penów
– jak z niej skorzystać?**

**Coraz więcej
zachorowań
na cukrzycę typu 1**

**Monitoring glikemii
– więcej niż pomiar**





NOWA JAKOŚĆ MONITOROWANIA GLIKEMII, KTÓRA ZMIENIA ŻYCIE PACJENTÓW



- codzienna, bezbolesna kontrola glikemii w oparciu o nowoczesne parametry oceny^{1,2}
- dokładność, szybkość i kompleksowość oceny²
- możliwość udostępniania wyników lekarzowi za pomocą LibreView¹

Opracowano na podstawie: 1. Podręcznik użytkownika FreeStyle Libre, 2. Karta wydajności systemu FreeStyle Libre.
© 2021 Abbott. FreeStyle Libre oraz powiązane z nimi znaki firmowe są własnością firmy Abbott
ADC-39312 v2.0


FreeStyle
Libre
SYSTEM MONITOROWANIA GLIKEMII FLASH


life. to the fullest.®
Abbott

Drodzy Czytelnicy

W tym roku, zgodnie z nowym cyklem naszych artykułów, będziemy starali się „dotrzymać kroku cukrzycy”. Co to oznacza? Współczesne możliwości leczenia choroby pozwalają nam coraz skuteczniej chronić się przed negatywnym wpływem hiperglikemii na organizm, czyli ograniczać ryzyko przewlekłych powikłań. Jak pisze prof. Grzegorz Dzida w swoim artykule „priorytetem leczenia jest nie tylko dłuższe życie z cukrzycą, ale i życie w dobrej kondycji”. Osiągnięcie tego celu zależy nie tylko od wysiłków samych pacjentów, ale też od możliwości, jakie daje im system ochrony zdrowia. Bez mądrego modelu refundacyjnego, rzesze pacjentów będą pozbawione szansy na skuteczną i bezpieczną terapię. Nasze Stowarzyszenie niezmiennie walczy o konieczne zmiany na liście refundacyjnej. Mamy nadzieję, że pojawienie się na niej igieł do penów insulinowych jest dobrym prognostykiem kolejnych, potrzebnych rozwiązań dla pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2.

*Dobrej lektury,
Redakcja*



SŁODKIE NOWINKI

Kalendarium najważniejszych wydarzeń w PSD w 2022 roku	4
Nowe odznaczenia PSD	4
Coraz więcej nowych rozpoznań cukrzycy typu 1 u dzieci	6

WARTO WIEDZIEĆ

Leczenie cukrzycy kosztowne i dla państwa i dla pacjenta. O jakich kwotach mówimy?	8
Etapy leczenia cukrzycy typu 2 według najnowszych zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego	10
Czy wiesz, że... pod różnymi nazwami mogą kryć się leki o identycznym działaniu?	12
Cukrzycowy obrzęk płamki	14
Ciągłe monitorowanie glikemii – więcej niż pomiar	16
Refundacja igieł do penów – jak z niej skorzystać?	18
Ja Tobie, a Ty mnie	19
Witamina B1 a inne witaminy z grupy B	20
Fakty i mity na temat „diety cukrzycowej”	22
Z ŻYCIA PSD	24
Z żałobnej karty	31

Kalendarium najważniejszych wydarzeń w PSD w 2022 roku

Uwaga:

wydarzenia odbędą się jeśli pozwoli na to sytuacja pandemiczna

- Ogólnopolski Dzień Diabetyka **4.06** Brzeg
- XXXI Ogólnopolska Pielgrzymka Diabetyków **10.06** Częstochowa
- Sympozjum i Targi Diabetica Expo **16-17.09** Toruń
- Centralne obchody Światowego Dnia Cukrzycy **5.11** Sanok

Przypominamy!

Nowe odznaczenia PSD

Zostały wprowadzone nowe odznaczenia PSD o nazwie „Złote Serce” oraz „Ambasador Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków”.

ZŁOTE SERCE

Odnazka „Złote Serce” Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków jest odznaczeniem przyznawanym członkom PSD za aktywną działalność społeczną w ramach Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

AMBASADOR

Odnazka „Ambasador Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków” jest odznaczeniem przyznawanym za wyróżniającą się działalność dla dobra Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oraz osób z cukrzycą. Odnazkę można przyznać lekarzom, pielęgniarkom i innemu personelowi medycznemu, jak również sponsorom, darczyńcom, partnerom i innym osobom lub insty-

tucjom/organizacjom, które przyczyniają się do rozwoju działalności PSD, pomagają, współpracują i wykazują troskę o osoby z cukrzycą.

Odnaczenia są bezpłatne. Regulaminy i wnioski znajdują się na stronie www.diabetyk.org.pl oraz w Biurze ZG PSD tel. 22 668 47 19.



Wejdź na stronę:

www.edukacjawcukrzycy.pl

na której znajdziesz **materiały edukacyjne**
wspierające pacjentów z cukrzycą



Lilly

Żyć tak normalnie,
jak to możliwe

Coraz więcej nowych rozpoznań cukrzycy typu 1 u dzieci

W pandemii COVID-19 notuje się znaczący wzrost nowych rozpoznań cukrzycy typu 1 u dzieci – u niektórych także w następstwie infekcji wirusowych.



Jak wyjaśniła kierownik Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie prof. Iwona Beń-Skowronek, w wieku rozwojowym najczęściej występuje cukrzyca typu 1 związana z reakcją autoimmunizacyjną przeciwko komórkom beta trzustki produkującym insulinę. Specjalistka dodała, że ta reakcja u dzieci predysponowanych genetycznie rozwija się często w następstwie infekcji wirusowych.

Cukrzyca a infekcje wirusowe

– Zawsze po sezonie infekcyjnym był obserwowany wzrost zachorowań na cukrzycę typu 1. Obecnie, w czasie pandemii COVID-19, obserwujemy znaczący wzrost nowych rozpoznań cukrzycy typu 1. W województwie lubelskim zazwyczaj rocznie odnotowywaliśmy około 80 nowych przypadków. W ubiegłym 2020 roku było ich 120, jeszcze większa liczba będzie prawdopodobnie w tym roku – poinformowała PAP endokrynolog dziecięca. Przekazała, że przebieg infekcji wirusem SARS-CoV-2 u dzieci często jest łagodny, ale skutki immunologiczne są poważne, ponieważ infekcja może prowadzić do rozwoju cukrzycy, która na stałe musi być leczona wstrzyknięciami insuliny. „Kilku-

krotnie obserwowaliśmy jednoczesowe wystąpienie cukrzycy typu 1 i COVID-19” – dodała.

Zdaniem prof. Iwony Beń-Skowronek, wzrost nowych rozpoznań cukrzycy typu 1 u dzieci najprawdopodobniej spowodowany jest epidemią COVID-19. Przytoczyła, że z badań prowadzonych podczas pandemii w całej Polsce wynika, że we wszystkich regionach obserwowano liczniejsze zachorowania na cukrzycę typu 1. – O tym, że dużo więcej dzieci choruje świadczy też fakt, że wydawnictwa drukujące podręczniki dla rodziców i dla chorych dzieci i inne materiały szkoleniowe nie nadążają z ich drukiem - podała endokrynolog.

Odnosząc się do przebiegu COVID-19 u dzieci chorych na cukrzycę typu 1. zaznaczyła, że zakażenie zazwyczaj ma cięższą postać. Z kolei cukrzyca, w czasie zakażenia SARS-CoV-2, może ulec rozchwianiu, zwiększa się wówczas zapotrzebowanie na insulinę i może rozwinąć się kwasica ketonowa. – Niedobre jest też połączenie COVID-19 z otyłością i nietolerancją glukozy. Przebieg infekcji jest zazwyczaj cięższy. Podobne obserwacje mają lekarze zajmujący się pacjentami dorosłymi – dodała profesor.

Więcej otyłych dzieci i zaburzeń metabolizmu

Zapytana o to, w jaki sposób jeszcze pandemia wpłynęła na rozpoznawanie innych chorób metabolicznych u dzieci zaznaczyła, że „niewątpliwie wzrosła liczba dzieci otyłych, a co za tym idzie – zaburzeń metabolizmu”. Zwróciła uwagę, że pozostawianie dzieci w domach podczas lockdownu ujawniło bardzo niezdrowe nawyki żywieniowe polskich rodzin.

– Dzieci, w czasie nauki zdalnej, żywiły się tym, co było dostępne w domu, a polscy rodzice nie wypełniają lodówek warzywami i świeżymi produktami, z których na bieżąco przygotowywane jest jedzenie. W rodzinach rzadko spożywane są wspólne posiłki. Dominuje stałe podjadanie, kupowanie dużej ilości słodczy, tłustych i słonych produktów. W połączeniu z brakiem ruchu doprowadziło to do znacznej otyłości u dzieci – oceniła prof. Beń-Skowronek.

Dodała, że w tym kontekście niepokojąca jest niewielka liczba dzieci zaszczepionych przeciw COVID-19. Podkreśliła, że jeżeli rodzice nie zabezpieczą dzieci przed zakażeniem SARS-CoV-2, to choroby autoimmunizacyjne, takie jak cukrzyca typu 1., będą coraz częstsze.

– Bardzo niepokoi mnie spadek zaufania do opieki medycznej w zakresie szczepień. Rodzice ulegają teoriom spiskowym, atmosferze nieufności, plotkom publikowanym na forach internetowych. W rezultacie ludzie, którzy w dzieciństwie zostali zabezpieczeni przez swoich rodziców szczepieniami przeciw WZW typu B, czy pneumokokom, hemofilus influenzae, obecnie boją się szczepień przeciw SARS-CoV-2 i nie szczepią swoich dzieci – zwróciła uwagę endokrynolog.

Przekazała też, że często słyszy się argument, że rodzic jeszcze zaczeka. – Ale na co ma oczekiwać? Tego już z reguły trudno się dowiedzieć. Przeważa irracjonalny lęk przed zaszczepieniem, zamiast lęku przed chorobą i tym, co może ona u dzieci

spowodować. Wielu rodziców uważa, że choroba na pewno nie dotknie ich dziecka. Tylko, że to nie jest prawda – wskazała kierownik Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie.

Nawet kilka miesięcy oczekiwania na konsultację endokrynologa

Zapytana o dostępność do specjalistów endokrynologii lub diabetologii dziecięcej podkreśliła, że nie jest to bardzo liczna grupa lekarzy, ale cały czas kształcą się nowi specjaliści. Jej zdaniem, dużo do życzenia pozostawia organizacja pracy. – W każdej poradni endokrynologicznej, a zwłaszcza diabetologicznej, powinni być zatrudnieni dietetycy, edukatorzy, psychologowie pracujący z pacjentami. Te porady powinny być rozliczane przez NFZ – dodała prof. Beń-Skowronek.

Podążyła, że w woj. lubelskim dzieci z chorobami niewymagającymi pilnego wdrożenia leczenia oczekują kilka miesięcy na konsultację endokrynologa. Dzieci wymagające pilnych interwencji, tzn. noworodki z wrodzoną niedoczynnością tarczycy, z nadczynnością tarczycy, z innymi ciężkimi chorobami, przyjmowane są natychmiast po rozpoznaniu i skierowaniu.

– Pacjenci z cukrzycą typu 1. są pilnie kierowani do Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, gdyż wdrożenie leczenia odbywa się w warunkach szpitalnych i związane jest ze szkoleniem rodziców i opiekunów. Nasza klinika przyjmuje natychmiast wszystkie dzieci z podejrzeniem cukrzycy typu 1., czy z rozpoznaniem cukrzycy. Odkładanie hospitalizacji jest niebezpieczne, gdyż rozwija się kwasica ketonowa, która może prowadzić do śpiączki i śmierci dziecka – podkreśliła endokrynolog.

*Źródło:
Rynek Zdrowia*

Leczenie cukrzycy kosztowne i dla państwa, i dla pacjenta. O jakich kwotach mówimy?

Cukrzyca staje się coraz większym problemem zdrowotnym. Rosną także koszty związane z jej leczeniem, zarówno te ponoszone przez państwo, jak i przez samych pacjentów. O jakich kwotach mówimy?

- Według danych NFZ z 2019 r., w roku 2017 płatnik przeznaczył na leczenie pacjentów z cukrzycą ponad 6 mld zł
- Średni koszt pacjenta z cukrzycą w 2017 r. wyniósł dla Funduszu 5,3 tys. zł, co jest kwotą o 82,5 proc. większą od średniego kosztu leczenia pacjenta bezcukrzycy
- Z badania Polskiego Towarzystwa Diabetyków wynika, że 57,8 proc. pacjentów miesięcznie przeznacza na leki od 100 do 300 zł, a ponad 22 proc. płaci za nie więcej niż 300 zł

1 na 11 osób na świecie żyje z cukrzycą. **W Polsce wśród osób powyżej 60 r. ż. z tą chorobą zmagają się aż 1 na 4 osoby.**

Zdecydowanie więcej chorych na cukrzycę (79 proc.) żyje w krajach o niskich lub średnich dochodach. W Polsce roczny przyrost chorych na cukrzycę wynosi 2,5 proc., co jest w dużym stopniu wynikiem zaniedbań, braku odpowiedniej opieki medycznej, niewystarczającej profilaktyki i brak świadomości społecznej.

W związku z tak postępującą chorobą coraz większym wyzwaniem stają się również rosnące koszty leczenia cukrzycy.

W Unii Europejskiej nawet 10 proc. wszystkich wydatków przewidzianych na opiekę zdrowotną jest przeznaczanych na profilaktykę i leczenie pacjentów z cukrzycą.

Ile na leczenie cukrzycy i jej powikłań wydaje NFZ?

Co mówią dane Narodowego Funduszu Zdrowia? Według tych z 2019 r., w roku 2017 NFZ przeznaczył na leczenie pacjentów z cukrzycą ponad **6 mld zł. Prawie 47 proc. tej kwoty stanowiło:**

- finansowanie świadczeń związanych z leczeniem cukrzycy
- refundacja leków przeciwcukrzycowych
- oraz testów paskowych do pomiaru glikemii.

Prawie 3,2 mld zł przeznaczono na leczenie powikłań cukrzycy, cięższy przebieg schorzeń współistniejących, natomiast na diagnostykę z tego budżetu wykorzystano 1,5 mld zł.

Średni koszt pacjenta z cukrzycą w 2017 r. wyniósł 5,3 tys. zł, co jest kwotą o 82,5 proc. większą od średniego kosztu leczenia pacjenta bezcukrzycy. Taka sytuacja jest efektem przede wszystkim przyjmowania przez diabetyków dedykowanych leków, powikłań cukrzycy oraz cięższego przebiegu innych chorób.

Leczenie cukrzycy kosztowne także dla pacjentów

Cukrzyca jest dużym obciążeniem nie tylko dla budżetu państwa. Także sami Polacy dostrzegają rosnące wyzwanie w tym zakresie.

Z badania „Cukrzyca – niewidzialna pandemia” przeprowadzonego na zlecenie Nationale Nederlanden, wynika, że co drugi Polak twierdzi, że leczenie cukrzycy

i jej powikłań jest bardzo kosztowne. 31 proc. ankietowanych wskazało również, że pomocne w przypadku zachorowania na cukrzycę byłoby wsparcie finansowe w zakupie leków, czy niezbędnego sprzętu – glukometru, pompy insulinowej.

Średnia roczna wysokość dopłat z NFZ do leków (z 2017 r.) wynosiła 1072 zł, co stanowi prawie trzykrotność dofinansowań dla pacjentów bez cukrzycy, dla których średnia dopłata wynosiła 383 zł. Choć zakres leków, których zakup dofinansowywany jest z budżetu państwa, jest aktualizowany, to i tak koszty dla chorych z cukrzycą pozostają w Polsce na wysokim poziomie.

Blisko 1/4 pacjentów wydaje więcej niż 300 zł miesięcznie na leki

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków również weryfikowało rzeczywiste koszty leczenia

cukrzyicy. Z przeprowadzonych badań wynika, że 57,8 proc. pacjentów miesięcznie przeznaczą na ten cel od 100 do 300 zł, a ponad 22 proc. płaci więcej niż 300 zł za leki.

Oprócz kosztów ponoszonych na leki niezbędne są również opłaty za dodatkowe badania, leczenie, artykuły medyczne. I tak:

- 42,6 proc. badanych z cukrzycą przeznaczą miesięcznie na ten cel do 100 zł,
- 34 proc. badanych - od 200 do ponad 300 zł,
- 62 proc. ankietowanych przyznaje, że w przeszłości z powodów finansowych zrezygnowało z zakupu zalecanego leku lub artykułu medycznego,
- 80 proc. twierdzi, że optymalna, nowoczesna terapia cukrzycy jest poza zasięgiem ich możliwości finansowych.

Źródło: Rynek Zdrowia



**ZAMAWIAJ
SZYBKO
I BEZPIECZNIE
W APLIKACJI
MOBILNEJ**

Pobierz w  **App Store** |  **Google Play** |  **AppGallery**

DOZ.PL

Etapy leczenia cukrzycy typu 2 według najnowszych zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego



Współczesnym celem leczenia cukrzycy typu 2. jest nie tylko kontrola stężenia glukozy we krwi, ale przede wszystkim zapobieganie powikłaniom cukrzycy. Te powikłania, takie jak zawały serca, udary mózgu czy niewydolność serca lub nerek, są przyczyną licznych hospitalizacji, niepełnosprawności, obniżenia jakości życia a ostatecznie jego skrócenia. Tak więc skuteczne leczenie cukrzycy zmierza do zapewnienia dłuższego życia, i to dobrej jakości, naszym pacjentom z cukrzycą typu 2.

Aby ten cel osiągnąć należy zachęcać do prozdrowotnego stylu życia – prawidłowej diety oraz utrzymywania aktywności fizycznej odpowiedniej do wieku i stanu zdrowia. Kluczowe znaczenie ma tak zwane postępowanie wieloczynnikowe – oprócz kontroli stężenia glukozy dążymy również do osiągnięcia przez naszych pacjentów odpowiednich stężeń lipidów (głównie cholesterolu) oraz zalecanych wartości ciśnienia tętniczego krwi. Ostatnia dekada przyniosła również nowe możliwości skutecznego leczenia cukrzycy – dwie grupy leków (inhibitory SGLT2 czyli flozyny oraz analogi GLP-1), które oprócz skutecznego obniżania stężenia glukozy we krwi dają pacjentom dodatkową szansę na uniknięcie przewlekłych powikłań i wydłużenie życia. Pojawienie się tych leków zmieniło radykalnie nasze zalecenia postępowania w cukrzycy typu 2.

Podstawą leczenia cukrzycy typu 2 na każdym jej etapie są: prozdrowotny styl życia (zdrowa dieta i aktywność fizyczna) oraz stosowanie metforminy. Ten powszechnie dostępny lek o prawie 70-letniej historii zachowuje niekwestionowaną pozycję w leczeniu tego schorzenia. Jego skuteczność zależy od dawki (optymalnie powyżej 2 gramów na dobę).

Planując postępowanie lecznicze już w chwili rozpoznania cukrzycy lekarz po-

winien ocenić czy pacjent jest obciążony wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań cukrzycy:

1. Ma rozpoznaną miażdżycę tętnic i jej konsekwencje (np. zawał serca czy udar mózgu)
2. Ma niewydolność serca
3. Ma niewydolność nerek
4. Stwierdza się u niego wczesny etap powikłań cukrzycy – przerost lewej komory serca lub zmiany na dnie oka (retinopatia) lub obecność białka w moczu (białkomocz)
5. Występują u niego co najmniej 3 czynniki ryzyka, zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca, udaru mózgu lub śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych takie jak: otyłość, nikotynizm, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze.

Jeżeli lekarz stwierdza przynajmniej jedną z wymienionych pięciu okoliczności to zalecane jest od razu na początku leczenia



dodanie do metforminy drugiego leku o udowodnionym działaniu ochronnym na układ krążenia czy nerki. Są to wspomniane flozyny lub analogi GLP-1. Jeżeli mimo zastosowanego leczenia stężenie glukozy jest podwyższone (hemoglobina glikowana HbA1c jest powyżej 7%) powinniśmy zastosować terapią trójlekową (metformina, flozyna i analog GLP-1).

Jeżeli natomiast pacjent z cukrzycą nie spełnia żadnego z pięciu wymienionych kryteriów to możemy kontynuować terapię samą metforminą, a w momencie, kiedy przestaje ona być skuteczna (hemoglobina glikowana przekracza 7%) dodajemy drugi lek. Wybór tego leku uzależniony jest od tego, na czym pacjentowi i lekarzowi najbardziej zależy, czy będzie to schudnięcie czy unikanie przykrych i groźnych dla zdrowia i życia niedocukrzeń, a może sytuacja finansowa pacjenta zmusza do wybrania najtańszej z proponowanych przez lekarza opcji. W razie nieskuteczności leczenia dwoma lekami dodajemy trzeci lek.

Cukrzyca typu 2 to choroba przewlekłe postępująca i wielu przypadkach dochodzimy do momentu, kiedy dla uzyskania dobrej kontroli stężenia glukozy najskuteczniejszym lekiem okazuje się insulina. Zwykle rozpoczynamy leczenie insuliną w typie 2 cukrzycy od jednego zastrzyku dziennie, następnie zwiększając liczbę wstrzyknięć.

Mówiąc o aktualnych zaleceniach skutecznego leczenia cukrzycy, które jak już wspomniano, powinny zapewnić naszym pacjentom dłuższe życie dobrej jakości bez powikłań, nie sposób nie odnieść się do dostępności finansowej zalecanych leków dla polskich pacjentów. Niestety warunki refundacji tych leków w Polsce nie pozwalają na ich zastosowanie u wielu pacjentów, mimo jednoznacznych wskazań medycznych. Aby uzyskać uprawnienia do refundacji tych leków pacjent powinien spełnić jedno z pięciu wymienionych kryteriów, ale dodatkowo powinien przez

co najmniej pół roku przyjmować już dwa leki doustne i mieć niezadowolające wyrównanie stężenia glukozy (hemoglobina glikowana powyżej 8%). Wskazania refundacyjne nie obejmują osób już leczonych insuliną. Dodatkowo, aby spełnić kryteria refundacji dla analogów GLP-1 wskaźnik masy ciała pacjenta BMI musi być powyżej 35.

Szacuje się, że już w momencie rozpoznania cukrzycy typu 2, co trzeci pacjent według obowiązujących zaleceń ma wskazania medyczne do zastosowania jednego z nowych leków (flozyny lub analogi GLP-1). Wobec tego faktu wskazania refundacyjne dla polskich pacjentów należy uznać za bardzo ograniczone. Zarówno Polskie Stowarzyszenie Diabetyków jak i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne czynią intensywne starania o rozszerzenie wskazań refundacyjnych i zwiększenie dostępności nowych terapii dla polskich pacjentów.

Pisząc te słowa na początku 2022 mam ogromną nadzieję, że nasze starania okażą się wreszcie skuteczne i znajdą zrozumienie wśród decydentów. Tymczasem ciągle zmagamy się z pandemią COVID-19 i największą szansę na wyjście z tego okresu bez uszczerbku na zdrowiu, szczególnie osobom z cukrzycą, daje pełne zaszczepienie trzema dawkami dostępnych szczepionek. Gorąco zachęcając do pełnego szczepienia tych, którzy jeszcze tego nie zrobili, życzę wszystkim czytelnikom zdrowia i pomyślności w Nowym Roku 2022.

Prof. dr hab. med. Grzegorz Dzida

Partnerzy:

AstraZeneca 



Czy wiesz, że... pod różnymi nazwami mogą kryć się leki o identycznym działaniu?

Idziesz do kardiologa i dostajesz receptę na lek nefroprotekcyjny, czyli taki, który ma za zadanie chronić Twoje nerki przed skutkami zbyt wysokich cukrów. Idziesz do diabetologa i ten zapisuje Ci nowoczesny lek przeciwcukrzycowy, który nie tylko nie powoduje hipoglikemii, ale także ma ułatwić redukcję masy ciała. Preparaty przepisane przed różnych specjalistów mają różne nazwy handlowe, ale... taki sam mechanizm działania. W efekcie, zamiast poprawy stanu zdrowia doświadczasz nieprzyjemnych skutków ubocznych terapii...

To przykład z życia naszego Stowarzyszenia wzięty. Ale wcale nie odosobniony. Często słyszy się o tym, że pacjenci otrzymują podobne leki od różnych lekarzy, co wiąże się z tym, że przyjmują za duże dawki tej samej substancji aktywnej. Nie jest to oczywiście celowe działanie lekarzy, a efekt braku centralnych, internetowych kartotek pacjentów, w których specjalista w każdej chwili mógłby sprawdzić, na co dana osoba się leczy i jakie preparaty przyjmuje.

W obecnej sytuacji lekarz, widząc po raz pierwszy pacjenta na oczy musi uwierzyć, że to co od niego słyszy odnośnie terapii jest prawdą. A pacjenci często nieświadomie wprowadzają lekarzy w błąd, bo przychodzą na wizyty nieprzygotowani, nie pamiętają nazw leków, które przyjmują, a o niektórych celowo nie mówią, bo się wstydzą (np. leki psychotropowe). W ten sposób powstają niedomówienia i nieporozumienia, które mogą być niebezpieczne dla zdrowia.

Substancja czynna leku a jego nazwa handlowa

W oficjalnym rejestrze leków zarejestrowanych oraz dopuszczonych do obrotu i sprzedaży w Polsce aktualnie znajduje się około 22 000 pozycji. Leki mają różne na-

zwy, wiele z nich zawiera jednak tę samą substancję leczniczą lub taki sam zestaw substancji leczniczych. Czyli gdybyśmy policzyli na jakie problemy i dolegliwości przeznaczone są owe leki, na pewno byłoby ich znacznie mniej niż wspomniane 22 000.

Z tego powodu można czasami odnieść wrażenie, że na podobne zgłaszane dolegliwości lekarz przepisuje zupełnie różne leki. A bardzo często są to preparaty o bardzo zbliżonym działaniu, a jedynie o innej nazwie. Z drugiej strony farmaceuta w aptece może zaproponować zmianę przepisanego na receptę leku na jego odpowiednik, który – choć ma inną nazwę – zawiera tę samą substancję czynną (czyli tę, która wywoła pożądaną efekt terapeutyczny).

Aby to lepiej zrozumieć przyjrzyjmy się wymienionym preparatom: Avamina, Etform, Formetic, Glucophage, Metcrean, Metfogamma, Metformax, Metformin, Siofor, Symfotmin – wszystkie posiadają tę samą substancję czynną, czyli metforminę.

Każdy z nich występuje w kilku wariantach, w zależności od stężenia substancji czynnej, niemniej w dużym uproszczeniu można powiedzieć, że wszystkie wymienione preparaty działają w bardzo podob-

ny (jeśli nie w taki sam) sposób. Czy pacjent zawsze ma świadomość, że Glucophage i Siofor to to samo? Niekoniecznie. Zaprzyjaźniony farmaceuta niedawno opowiadał o pacjencie, który w aptece pytał o możliwość zakupu jednego z leków zawierających metforminę bez recepty. Na pytanie farmaceuty, dlaczego tak bardzo zleży mu na tym właśnie preparacie przyznał, że przyjmuje go sąsiadka i ma stabilne cukry, a więc musi to być bardzo skuteczny lek. Jak się okazało on sam też przyjmował metforminę, tylko pod inną nazwą handlową. Twierdził jednak, że jego lek jest „gorszy” ponieważ jego cukry już takie idealne nie były. Nie zdawał sobie sprawy, że sąsiadka bierze lek o takim samym działaniu, a różnice w glikemiach mogą wynikać przecież z innego trybu życia, innej diety czy innego stopnia zaawansowania rozwoju cukrzycy.

Jak „czytać” leki?

Przyjmowane leki zapamiętujemy najczęściej po ich nazwie. W szczególności dotyczy to preparatów reklamowanych w prasie i telewizji (czyli tych dostępnych bez recepty), ale nie tylko. Tymczasem z punktu widzenia naszej terapii, należałoby raczej zapamiętywać substancję leczniczą leków, które przyjmujemy. Gdzie ją znaleźć? Znajduje się ona zawsze pod nazwą handlową i występuje w języku łacińskim. Wracając do preparatów metforminy, o których wspominaliśmy wyżej, każdy z nich pod nazwą handlową (tą, którą lekarz wypisuje na recepcie) będzie miał dopisek *Metformini hydrochloridum*, czyli międzynarodową nazwę substancji leczniczej po łacinie.

Na opakowaniach leków najbardziej widoczne są jednak nazwy, które często nie mają wiele wspólnego z nazwami substancji aktywnej. Są to nazwy własne, inaczej nazwy handlowe, nadane konkretnemu produktowi leczniczemu przez jego producenta. Ich brzmienie zależy tylko od inwencji twórcy, dlatego często w żaden

sposób nie kojarzą się ze składnikami zawartymi w leku. Przepisy krajowe i europejskie wymagają w zasadzie jedynie, aby nazwa handlowa, wymyślona przez producenta, nie wprowadzała w błąd co do składu produktu, jego właściwości terapeutycznych lub postaci, nie stwarzała możliwości pomyłki z innym produktem już dostępnym w sprzedaży lub z inną nazwą międzynarodową ani nie składała się wyłącznie z akronimów lub cyfr.

Jak się w tym nie pogubić?

Ciężko wymagać od pacjentów, by pamiętali nazwy substancji aktywnych leków. To wiedza lekarzy i farmaceutów. Ale my sami także musimy brać odpowiedzialność za własne leczenie. Idąc po raz pierwszy do jakiegoś specjalisty należy zrobić spis wszystkich przyjmowanych leków. Albo zdjęcia ich opakowań – w końcu wielu z nas wchodzi na wizytę ze smartfonem.

Jeśli wybieramy się do diabetologa, mówimy mu nie tylko o lekach, które przyjmujemy „na cukrzycę”; ale także o tych przepisywanych z innych powodów (takich jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, arytmia, problemy ze snem, czy problemy gastryczne). Wszystko może mieć znaczenie. Niektóre leki wchodzą ze sobą w niepożądane interakcje, w wyniku czego znoszą, albo nadmiernie wzmacniają swoje działanie. Wiedza pacjenta o interakcjach ogranicza się zwykle do tego, by nie popijać leków sokiem grejpfrutowym. Wiedza lekarza jest w tym zakresie nieporównanie szersza. Druga kwestia to ta opisana na początku, czyli nieświadome przyjmowanie tych samych substancji czynnych pod różnymi nazwami własnymi. Jest to realne zagrożenie dla osób z cukrzycą, bo po te same substancje czynne sięgają i diabetolodzy, i kardiolodzy, i nefrolodzy, a zatem specjaliści, z którymi diabetyk powinien mieć do czynienia.

Małgorzata Marszałek



Cukrzycowy obrzęk plamki.

Eksperci: Nowy program lekowy wynosi Polskę na światowy poziom

Nowy program lekowy w leczeniu cukrzycowego obrzęku plamki pozwala, zdaniem ekspertów, leczyć tę chorobę na światowym poziomie. Jednak kluczem wciąż pozostaje wczesna diagnoza.

– Oceniamy, że w Polsce 3 mln osób może chorować na cukrzycę, z tego nawet 1 mln może o tym nie wiedzieć. W grupie chorych na cukrzycę aż jedna trzecia, czyli w Polsce 1 mln osób, jest zagrożonych retinopatią cukrzycową, która grozi utratą widzenia. Z tego około jedna trzecia pacjentów jest zagrożona wystąpieniem cukrzycowego obrzęku plamki – wyjaśnił w rozmowie z PAP prof. Robert Rejda z Katedry i Kliniki Okulistyki Ogólnej i Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Jak powiedział PAP konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki prof. Marek Rękas, ponieważ plamka jest centralną częścią siatkówki, DME stwarza ryzyko bardzo silnego upośledzenia widzenia centralnego, a nawet – w przypadku nieleczenia – wystąpienia ślepoty.

Cukrzycowy obrzęk plamki – DME. Co to jest?

Cukrzycowy obrzęk plamki (z j. ang. diabetic macular edema – DME) rozwija się dlatego, że podwyższony poziom glukozy we krwi uszkadza drobne naczynia krwionośne w oku. Naczynia zaczynają przeciekać, co prowadzi do obrzęku siatkówki. Dodatkowo część z nich ulega zamknięciu, co powoduje jej niedotlenienie. Mogą też powstawać nowe, nieprawidłowe naczynia, które niszczą siatkówkę.

W Polsce żyje około 150 tys. chorych

z DME. Jak podkreślił prof. Rękas, DME aż w 40 proc. dotyczy ludzi młodych, tj. przed 40. – 45. rokiem życia. Utrata lub pogorszenie widzenia mogą wiązać się z utratą możliwości pisania i czytania, strachem przed wyjściem z domu, częstymi obrażeniami ciała, utratą możliwości prowadzenia pojazdów, utratą pracy, pogorszeniem sytuacji materialnej, pogorszeniem zdrowia psychicznego, wycofaniem się z życia społecznego. – Nieleczony DME powoduje szybką utratę wzroku i wtedy młoda jeszcze osoba musi przejść na rentę – wyjaśnił specjalista.

Retinopatia cukrzycowa, w tym głównie cukrzycowy obrzęk plamki (DME), jest uważana za najczęstszą przyczynę możliwej do uniknięcia utraty wzroku u dorosłych w wieku produkcyjnym.

– Co ważne, w przeciwieństwie do innych chorób siatkówki, jak na przykład AMD (zwyrodnienie plamki żółtej – przyp. PAP), rozpoczęcie leczenia w odpowiednim czasie poprawia widzenie i to widzenie trwale można utrzymać – wyjaśnił prof. Rękas. Dodał, że konieczny jest do tego odpowiedni system leczenia pacjentów z DME.

Z danych, które przytoczył wynika, że na przykład w Anglii w ciągu trzech lat od wprowadzenia leczenia DME lekami antyangiogennymi (leki z grupy anty-VEGF oraz steroidów podawanych doszklisko-wo) wyeliminowano całkowicie ślepotę

i utratę widzenia centralnego u pacjentów z cukrzycą. Pozwoliło to aż o 30 proc. zmniejszyć liczbę bardzo kosztownych procedur, takich jak witrektomia (zabieg mikrochirurgiczny polegający na wycięciu ciała szklanego, stosowany w chorobach siatkówki).

Program lekowy leczenia cukrzycowego obrzęku płamki żółtej

Z dniem 1 lipca 2021 roku Ministerstwo Zdrowia uruchomiło w Polsce nowy program lekowy leczenia cukrzycowego obrzęku płamki żółtej (DME). – Program ten pozwoli leczyć pacjentów z DME w Polsce na światowym poziomie – ocenił prof. Rejdak. Nowością w programie lekowym są linie leczenia. Podstawę stanowi lek antyangiogeny – bewacyzumab (przeciwciało anty VEGF). W przypadku udokumentowania przez lekarza prowadzącego braku skuteczności bewacyzumabu, w drugiej linii leczenia można zastosować aflibercept, ranibizumab lub deksametazon w implantie doszkliskowym. Implant ma postać pręcika o średnicy około 0,46 mm i długości 6 mm, zawiera 700 mikrogramów deksametazonu.

Zmiana leczenia na deksametazon w implantie znacząco poprawia wyniki leczenia oraz ostrość wzroku po niewystarczającej odpowiedzi na leki z grupy anty-VEGF. Na wczesne leczenie anty-VEGF nie reaguje blisko 40 proc. chorych z DME.

Deksametazon w implantach można też zastosować w trzeciej linii leczenia

– Program lekowy dla chorych na DME to jest wielki krok naprzód i wielka szansa dla pacjentów z tym schorzeniem, ponieważ na pewno stworzy on możliwości szybkiego leczenia i szybkiego diagnozowania tych chorych – skomentował prof. Rejdak. Dodał, że szybka diagnostyka DME jest konieczna, by dzięki wczesnemu wdrożeniu leczenia móc ocalić widzenie.

Diagnostyka jest kluczem. Ale wymaga współpracy między lekarzami

– To wymaga jednak współpracy pomiędzy lekarzem rodzinnym, diabetolo-

giem a okulistą. Jeżeli chodzi o chorych na cukrzycę typu 2, to po jej rozpoznaniu pacjent natychmiast powinien być kierowany do okulisty. Z kolei pacjenci z typem 1 cukrzycy powinni trafiać do okulisty po 3-5 latach od rozpoznania – powiedział prof. Rejdak. Dodał, że każda diagnoza cukrzycy wiąże się z koniecznością badania u okulisty po to, żeby wcześniej zdiagnozować cukrzycowy obrzęk płamki i leczyć go.

Zdaniem prof. Rękasa najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie badania przesiewowego. Podstawowym rozwiązaniem byłoby wyposażenie lekarzy internistów czy diabetologów w aparaturę do badania oczu i robienia zdjęć, które następnie przesyłano by do lekarza okulisty w celu dalszej diagnostyki. Bardziej zaawansowany system badań przesiewowych polegałby na wykorzystaniu telemedycyny, w tym również objazdowych autobusów, w których technicy wykonują zdjęcia, a inteligentne oprogramowanie ocenia, czy mamy do czynienia z DME.

Prof. Rękas podkreślił, że obecnie pierwsi pacjenci są już włączani do programu lekowego. – Potrzeba jednak czasu, żeby zaczął on w pełni funkcjonować – powiedział specjalista. Dodał, że w tym celu wszystkie oddziały i kliniki okulistyczne powinny prowadzić ten program, aby pacjenci z mniejszych miejscowości nie musieli jeździć do dużych miast na iniekcje leków.

Specjalista przypomniał, że bardzo wielu pacjentów z DME obecnie leczy się w gabinetach prywatnych. Często jednak chorych stać na mniejszą liczbę iniekcji niż jest konieczna do zahamowania choroby.

– Wtedy są to pieniądze wydawane bez sensu. Program lekowy gwarantuje, że chorzy będą otrzymywać tyle iniekcji, ile jest niezbędne do opanowania DME – zaznaczył konsultant krajowy ds. okulistyki.

*Źródło:
Rynek Zdrowia*

Ciągłe monitorowanie glikemii – więcej niż pomiar

Kiedy pojawiły się pierwsze systemy do ciągłego monitorowania glikemii myślałam „ekstra, to można będzie mierzyć cukier bez nakłuwania palców!”. Dzisiaj, po trzech latach regularnego korzystania z sensorów myślę o tej technologii zupełnie inaczej. Jej geniusz nie polega tylko na tym, że jest bezinwazyjna, choć to oczywiście także ogromny atut. W ciągłym monitorowaniu glikemii najbardziej doceniam wgląd w zmiany mojego cukru przez 24 godziny na dobę oraz strzałki trendu, dzięki którym mogę znacznie skuteczniej nad nimi panować.

Przez ponad 10 lat kontrolowałam cukier glukometrem. Zawsze po przebudzeniu, przed każdym posiłkiem, przed aktywnością fizyczną, przed snem... Czy to wystarczało do tego, by mieć dobrze wyrównaną cukrzycę? Czasami tak, czasami nie, o czym świadczył wynik hemoglobiny gli-

kowanej. Zawsze denerwowało mnie to, że przy bardzo podobnych wartościach na glukometrze, HbA1c bywała raz lepsza raz gorsza. Wiedziałam z czego to wynika – badając cukier glukometrem monitoruję tylko wybrane punkty w ciągu doby, a badanie hemoglobiny odzwierciedla średnią cukrów z dłuższego okresu. No ale, zawsze było to dość frustrujące...

Po zamianie glukometru na system do ciągłego monitorowania glikemii nareszcie zyskałam pełny obraz zmian moich cukrów. Nawet jeśli przez 3 godziny nie zaglądam do aplikacji, to i tak mam dokumentację tego, jak przez ten czas kształtowała się glikemia. Bo to, że o 15 jest w normie nie musi oznaczać, że o 13.30 nie było przecukrzenia. Dzięki sensorowi, który automatycznie zapisuje cukier co 15 minut nie umkną nam żadne epizody nieprawidłowych glikemii. Wreszcie mam pełny obraz cukrów, bez żadnych „białych plam”.

Strzałki trendu na wagę złota

Strzałka trendu pojawia się przy każdym wyniku glikemii i informuje nas, czy cukier ma tendencję rosnącą, malejącą czy też jest stabilny. Strzałki trendu „rysują się” automatycznie na podstawie regularnych pomiarów dokonywanych przez sensor. Strzałka trendu pozwala nam przewi-



dzieć, w jakim kierunku i jak szybko zmieni się będzie moja glikemia najbliższej przyszłości. A to bardzo użyteczna wiedza, idealne dopełnienie aktualnego pomiaru. Na wartość glikemii i trend należy patrzeć łącznie. Prawidłowy poziom cukru przed posiłkiem, ale jednocześnie trend szybkiego wzrostu glikemii to sygnał, by baczniej uważać na cukry. W moim przypadku sprawdza się podanie nieco większego bolusa do posiłku niż wynikałoby to z samego przeliczenia wymienników. Kiedy przed posiłkiem cukier jest na granicy normy, ale jednocześnie intensywnie się obniża, wstrzymuję się z podaniem insuliny na jedzenie. Najpierw zaczynam jeść i czekam z insuliną, aż glikemia się ustabilizuje. W ten sposób unikam niedocukrzeń.

Wykres prawdę Ci powie

Źródłem cennej wiedzy o cukrach są dla mnie także wykresy dobowe. Jak pewnie większość diabetyków, najbardziej lubię te płaskie, mieszczące się w zakresie normy, ale wiadomo, że na co dzień różnie z tym bywa. Zdarzają się też wykresy bardziej „pofałdowane”. Analiza wykresów dobowych pozwala zauważyć pewne prawidłowości, jak np. skłonność do przecukrzeń w określonych porach dnia. Warto zwracać uwagę, jak wygląda wykres w nocy. Ponieważ wówczas nie jemy posiłków, odpoczywamy i teoretycznie najłatwiej jest osiągnąć stabilny wykres w czasie snu. I warto się o niego postarać, ponieważ glikemia nocne mają ogromny wpływ na wyrównanie cukrzycy, mierzone zarówno w badaniu hemoglobiny glikowanej jak i poprzez określenie czasu w zakresie docelowym. Dzięki możliwości „podglądania” glikemii w nocy byłam w stanie tak dopasować dawkowanie insuliny bazalnej, by ograniczyć do minimum znaczące wahania cukru w nocy.

Czas w zakresie docelowym

Dzięki systemowi CGM mogę oszacować, przez ile godzin w ciągu doby moje cukry

mieszczą się w zakresie normy, co w moim przypadku oznacza przedział glikemii między 70 a 180 mg/dl. Ten parametr jest znacznie bardziej precyzyjny dla stwierdzenia, czy cukrzyca jest dobrze wyrównana niż badanie hemoglobiny glikowanej. Analizując czas w zakresie docelowym, ale także czas powyżej zakresu i czas poniżej tego zakresu wiemy, czy o codziennej zmienności glikemii znacznie więcej i szybciej niż oceniając hemoglobinę glikowaną. Czas w zakresie docelowym jest nie tylko świetnym uzupełnieniem badania hemoglobiny glikowanej ale stał się szybko nowym standardem oceny kontroli cukrzycy.

Poczucie bezpieczeństwa pomaga w leczeniu

Cukrzyca jest chorobą, która wymaga dużego zaangażowanie w leczenie. Im dłużej chorujemy, im o to zaangażowanie bywa jednak trudniej. Szczególnie, jeśli mimo naszych starań, rezultaty nie są takie, jak byśmy tego oczekiwali. Im dłużej trwa choroba, tym częściej myśli się też o tym, jakie skutki będzie ona miała dla naszego zdrowia. Wizja powikłań przewlekłych to dla wielu diabetyków ogromne obciążenie dla psychiki. Podobnie zresztą jak strach o ciężkie niedocukrzeń. Dla mnie system do ciągłego monitorowania glikemii to też wzrost poczucia bezpieczeństwa podczas terapii. Teraz wiem o swoich cukrach więcej, potrafię lepiej nimi zarządzać, mam możliwość reagowania z wyprzedzeniem na zbliżające się hipo i hiperglikemie. To wszystko sprawia, że jestem spokojniejsza i mniej boję się o swoją przyszłość. Dzięki ciągłemu monitoringowi glikemii mam lepsze cukry, a przez to lepszą kondycję fizyczną, ale także większy spokój ducha. I to jest bezcenne.

Malwina Kuśmierowska

Refundacja igieł do penów – jak z niej skorzystać?

Od 1 stycznia 2022 roku refundacja wyrobów medycznych uwzględni także igły do penów insulinowych. Kto i na jakich zasadach może zakupić refundowane igły? Jaki będzie ich koszt?

Na tę zmianę osoby chorujące na cukrzycę i leczone insuliną czekały od lat. Igły do wstrzykiwaczy insulinowych doczekały się uwzględnienia na liście refundacyjnej. Dostęp do igieł z niewielką dopłatą po stronie pacjenta to szansa na zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu insulinoterapii. Dotychczas, głównie ze względu na brak refundacji igieł, pacjenci nie wymieniali ich dostatecznie często. W skrajnych przypadkach stosowali jedną igłę nawet po kilkanaście razy.

Komu przysługuje refundacja?

Prawo do refundowanych igieł do penów mają wszyscy pacjenci leczenia insuliną, niezależnie od częstotliwości jej wstrzykiwania. W ciągu roku pacjentowi przysługują 4 opakowania po 100 sztuk refundowanych igieł (łącznie 400 igieł). Refundowane igły dostępne są na receptę, dlatego nie zapomnijmy poprosić o nią lekarza prowadzącego.

Jakie igły są refundowane?

Obecnie w wykazie znajdują się igły o długościach 5 mm i 8 mm, a konkretnie:

- BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), opakowanie 100 sztuk
- BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), opakowanie 100 sztuk

Igły te pasują do wszystkich penów insulinowych.

Ile wynosi dopłata pacjenta do opakowania refundowanych igieł?

Cena detaliczna opakowania zawierającego 100 sztuk została ustalona na 24,36 zł. Odpłatność pacjenta została

ustalona na poziomie 30% i wyniesie **7,31 zł za opakowanie (100 sztuk)**. Oznacza to, że każdy pacjent leczony insuliną w refundacji dostanie w roku 400 sztuk igieł za łączną opłatę w wysokości 29,24 zł.

Regularna wymiana igieł to gwarancja bezpiecznej insulinoterapii

Igły do wstrzykiwaczy to wyroby jednorazowe, z zasady powinny być wymieniane po każdej iniekcji. Raz użyta igła traci sterylność. Wielokrotne używanie tej samej igły sprawia, że traci ona swoją ostrość i może nadmiernie uszkadzać tkanki podczas iniekcji. Konsekwencją mogą być powikłania insulinoterapii, takie jak: lipohipertrofia, epizody niewyjaśnionej hipoglikemii, ból i zaczerwienienie w miejscu wkłucia, a także obniżenie skuteczności leczenia insuliną.



Ja Tobie, a Ty mnie

Składam swój apel o zwiększenie nacisku na działalność charytatywną na rzecz członków PSD.

Coraz trudniej nam żyć w obecnej codzienności, szczególnie ludziom starszym, chorym i samotnym. Wszelkie hasła i zapowiedzi „dobrego jutra” pozostają tylko pustymi słowami. W wielu przypadkach stajemy się bezradni w obliczu codziennych problemów. Stres i frustracja powodują pogorszenie kontroli nad cukrzycą i dalsze pogłębienie bezradności. Utrudniony dostęp do rehabilitacji, coraz rzadszy kontakt z lekarzami specjalistami oraz drożące leki wywołują strach o to co będzie jutro.

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków działa na rzecz pacjentów i powinniśmy sobie nawzajem pomagać. Poznawajmy się lepiej, rozmawiajmy, otwórzmy się na potrzeby innych, pomagajmy sobie na za-

sadzie – JA TOBIE A TY MNIE. Są wśród nas osoby chorujące na cukrzycę od 30, 40 a nawet 50 lat, nie zawsze dające sobie radę z problemami. Naszym pierwszy krokiem powinna być pomoc dla osób w trudnej sytuacji finansowej przy wykupieniu niezbędnych leków poprzez kontakt z zaprzyjaźnionymi aptekami.

Niech nikt z naszych członków Stowarzyszenia nie pozostanie sam z tymi problemami. Pomagajmy sobie i reagujmy w trudnej sytuacji na nieszczęście innych. Zauważmy jak wiele dobra możemy zrobić razem wokół nas. Zgłaszajmy potrzeby wsparcia do Zarządu Głównego. Działajmy **JATOBIE, A TY MNIE!**

*Z poważaniem,
Teresa Jaskóła
Prezes Zarządu Miejskiego w Łodzi*



Wydano przy wsparciu firmy Servier



Witamina B1 a inne witaminy z grupy B

Witaminy z grupy B przede wszystkim są niezbędne do wykorzystania energii z pożywienia, prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, wytwarzania czerwonych krwinek, a także utrzymania w dobrej kondycji skóry i błon śluzowych.

Pod hasłem „witaminy z grupy B” kryją się różnorodne związki, z których najważniejsze to:

- witamina B1 – tiamina,
- witamina B3 (lub inaczej witamina PP) – niacyna. Bierze udział w syntezie insuliny, kluczowa dla pracy mózgu,
- witamina B5 – kwas pantotenowy,
- witamina B6 – pirydoksyna, bierze udział w produkcji czerwonych krwinek,
- witamina B9 – kwas foliowy, umożliwia prawidłowy wzrost i rozwój komórek,
- witamina B12 – kobalamina,

Wszystkie witaminy z grupy B są rozpuszczalne w wodzie, a ich nadmiar przyjmowany z pożywieniem wydalany jest z moczem. Z wyjątkiem witaminy B12 nie są magazynowane w organizmie. Trzeba je więc stale przyjmować z dietą, pamiętając o tym, że długie gotowanie i przetwarzanie posiłku znacząco zmniejsza w nim zawartość tych związków.

Co trzeba wiedzieć o witaminie B1?

- bierze udział w licznych procesach i reakcjach, w wyniku których dochodzi do powstania energii;
- uczestniczy w wielu procesach metabolicznych, przez co jest niezbędna do prawidłowego wzrostu, rozwoju i funkcjonowania organizmu;

- umożliwia prawidłową pracę serca i całego układu krążenia.

Niedobór witaminy B1 jest najczęściej skutkiem nadużywania alkoholu lub bardzo ubogiej diety. Objawia się on uczuciem zmieszania, drażliwością, słabą koordynacją ruchów rąk i nóg, zmęczeniem. Witamina B1 ma ogromne znaczenie dla prawidłowej pracy układu nerwowego. Stąd ma ona ogromne znaczenie dla pacjentów z cukrzycą, u których dochodzi do uszkodzeń nerwów z powodu wahań glukozy we krwi.

Zalecane spożycie (RDA) witaminy B1 u kobiet określono na poziomie 1,1 mg/dobę, natomiast u mężczyzn 1,3 mg/dobę. Zapotrzebowanie na tiaminę może się jednak zwiększyć w przypadku niektórych chorób, np. przypadku przewlekłych infekcji, biegunek, wymiotów, neuropatii cukrzycowej, nadczynności tarczycy, a także przy długotrwałym osłabieniu.

Witaminy z grupy B w większości potrzebne są w niewielkich ilościach. Jednak ze względu na to, że nie jesteśmy w stanie ich magazynować, musimy przyjmować je ciągle. Najlepszym ich źródłem jest zróżnicowana dieta. Jeśli natomiast nie jest ona urozmaicona i bogata w różne składniki odżywcze, możemy wspomóc się preparatami aptecznymi.

LEK
BEZ RECEPTY

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



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

NOWE
OPAKOWANIA

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

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2021 - stowarzyszenie Polskiego o Towarzystwa Diabetologicznego; Diabetologia Praktyczna 2021, 7, 1: 64-672. Karnaś M, W. Benfotiaminaw profilaktyce, w praktyce i w przyszłości; Kresy Warszawa 2013; 3. Bubko I., Guber B.M., Anuszkowska E.L. Rola tiaininy w chorobach neurodegeneracyjnych; Postępy Hig Med Dosw (onlin e), 2015; 69: 1096-1106. 4. dane i kvia, 08.2021.

Nazwa produktu leczniczego i nazwa powożecznie stosowana: Benfogamma (Benfotiaminuni), 50 mg. Postać farmaceutyczna: tabletki dożłowane, 1 tabletko dożłowono zawięro 50 mg benfotiaminy (Benfotiaminuni). Wskazanie 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 puząbłłowym, intensywnej diecie odchudzającej (głodowej) i hamo działnie, przewiekłym alkoholizmie (alkohol blokuje wchłanianie witaminy B₁) i w powikłaniach wynikających z przewlekłego alkoholizmu. Przeciwwskazanie: Nie dozwolono (alergia) na benfotiamin, tiaminę lub którójokowiek z substancji pomocniczych. Podmiot odpowiedzialny: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 2M, 71034 Böblingen, Niemcy. Pełna informacja o leku dostępna na życzenie. Informacja medyczna: Wörwag Pharma Polska Sp. z o.o. ul. J. Dąbkońskiego 1, 00-728 Warszawa, tel. 22 853 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.

wörwag
PHARMA



Fakty i mity na temat „diety cukrzycowej”

Odpowiednie odżywianie to konieczny element leczenia cukrzycy, równie ważny jak insulina, leki doustne czy wysiłek fizyczny. Niestety wokół diety diabetyka narosło wiele mitów, powtarzanych i przez samych pacjentów, i przez osoby postronne, dla których cukrzyca to konieczność unikania słodyczy i nic więcej. Które zasady są zatem warte zapamiętania, a które można między bajki włożyć?

Diabetycy muszą stosować „dieta cukrzycową”

Mit: Samo określenie „dieta cukrzycowa” jest dzisiaj uważane za mit, ponieważ osoby chorujące na cukrzycę obowiązują tak naprawdę zasady racjonalnego odżywiania. Pojęcie „dieta cukrzycowa” pochodzi z czasów, kiedy metody leczenia cukrzycy nie pozwalały na optymalne wyrównanie metaboliczne, a możliwości jej monitorowania ograniczone. Obecnie, zarówno nowoczesne insuliny, jak i leki doustne pozwalają pacjentom na dostosowywanie terapii, w tym diety do ich stylu życia, a nie odwrotnie. Stąd dzisiaj jadłospis diabetyka nie musi zasadniczo różnić się od jadłospisu osoby bez cukrzycy.

Diabetyk nie może spożywać słodyczy

Mit: Słodycze nie są całkowicie zabronione, pod warunkiem, że potrafiemy obliczyć zawarte w nich wymienniki węglowodanowe i białkowo tłuszczowe oraz odpowiednio zabezpieczyć przekąską insuliną. Dlatego łatwiej jest uwzględnić słodycze w diecie osoby przyjmującej insulinę niż leki doustne. Te drugie słabiej sobie radzą z popołudniowym wzrostem glikemii po spożyciu węglowodanów prostych. Warto też zaznaczyć, że podobnie jak w przypadku

ku osób bez cukrzycy, tak w diecie diabetyka słodycze mogą pojawiać się sporadycznie.

Słodycze są lekarstwem na niedocukrzenie

Mit: Słodycze oprócz węglowodanów prostych zawierają zwykle duże ilości tłuszczu. Dotyczy to przede wszystkim słodyczy czekoladowych. Tłuszcz spowalnia wchłanianie się węglowodanów, dlatego wzrost glikemii po spożyciu słodyczy bywa spowolniony. Przy niedocukrzeniu najlepiej sprawdzają się słodkie napoje.

Diabetyk powinien ograniczać owoce

Prawda: Owoce dostarczają organizmowi błonnik, witaminy i składniki mineralne. Jednak ze względu na dużą zawartość cukru prostego – fruktozy, powinny być spożywane z umiarem. Dopuszczalna ilość owoców w diecie diabetyka to 300 g, podzielona na 2-3 porcje. Polecane są owoce mniej słodkie, tzn. zawierające do 10 g węglowodanów w 100 g. Do grupy tej zaliczamy np. arbuzy, grejpfruty, truskawki i wiśnie. Uważać należy na ananasy, jabłka, gruszki, pomarańcze, morele i śliwki, natomiast winogrona i banany powinny być wyeliminowane.

Fruktoza jest „cukrem dla diabetyków”.

Mit: Ze względu na dość niski indeks glikemiczny fruktoza jest chętnie dodawana do produktów „light” i produktów dla diabetyków. Niestety okazuje się, że spożywanie jej w dużych ilościach zwiększa ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej i miażdżycy, a także może wpływać na zwiększenie apetytu i tym samym na rozwój otyłości. Fruktoza może także podnosić poziom glikemii u osób z cukrzycą typu 2 poprzez stymulowanie produkcji glukozy w wątrobie.

Diabetykom nie poleca się spożywania produktów „light”.

Prawda: Brakuje jasnych regulacji, jaki produkt może być określony jako light. Obniżoną kaloryczność można uzyskać zarówno poprzez eliminację w produkcji cukru, jak i tłuszczów. Stąd np. słodczyce light mogą przy obniżonej zawartości tłuszczu zawierać sporo cukru prostego. Równie niekorzystne są produkty light,

w których cukier buraczany zastąpiono słodzikami, w szczególności fruktozą. Częste jedzenie tych produktów może wywoływać nieodpartą chęć spożycia produktu tradycyjnego (konkretnego), gdyż niskoenergetyczne produkty nie dają właściwego uczucia sytości.

Diabetyk nie powinien spożywać masła.

Mit: Masło jest źródłem naturalnej witaminy A, która wspomaga procesy widzenia oraz witaminy D wzmacniającej kości. Z obecnych w niej kwasów tłuszczowych jedynie kwas palmitynowy zwiększa ryzyko chorób układu krążenia, dlatego nie ma konieczności eliminacji masła z diety diabetyka. Znacznie gorsze właściwości mają margaryny, czyli utwardzone tłuszcze roślinne, które zgodnie z obecnym stanem wiedzy prowadzą do otyłości brzusznej i rozwoju insulinooporności.

Katarzyna Mazur

Infolinia diabetologiczna SANOFI dla pacjentów z cukrzycą

Zapraszamy na konsultację z doświadczoną
Edukatorką Diabetologiczną w zakresie:

- właściwego trybu życia i przechowywania Insuliny
- praktycznych wskazówek z zakresu insulinoterapii
- doboru właściwej diety
- porady, jak ogólnie czyż ryzyko hipoglikemii

Godziny pracy infolinii

pon.-pt. w godz. 9.00-20.00

22 266 81 60

Koszt połączenia węg. słówek o numerze 0000

SANOFI 

801 102 222

Koszt połączenia węg. słówek o numerze 0000



XXXV-lecie Zarządu Miejskiego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków w Łodzi

W dniu 16 października Zarząd Miejski PSD w Łodzi zorganizował obchody XXXV-lecia powstania.

Uroczystość rozpoczęła się od powitania przez Panią Prezes Teresę Jaskółę przybyłych zaproszonych gości, sympatyków i członków stowarzyszenia.

Następnie Prezes przedstawiła kilka faktów z historii naszego stowarzyszenia.

Pierwsze spotkanie założycielskie odbyło się w dniu 16 marca 1985 roku, a pierwszy Zarząd Wojewódzki powstał 15 kwietnia 1985 roku.

W drugiej połowie 1999 roku na Walnym Zebraniu Delegatów PSD Zarządu Wojewódzkiego w Łodzi podzielono Stowarzyszenie na Zarząd Miejski PSD w Łodzi i Zarząd Wojewódzki PSD w Łodzi.

Kolejno prezesami Zarządu byli: Henryk Dwojacki, Maria Bartka, Jolanta Ozimkiewicz, Mirosława Dębicka i Teresa Jaskółka – do chwili obecnej.

Pierwszą siedzibą stowarzyszenia był pokój udostępniony przez Poradnię Diabetologiczną Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego przy ul. Narutowicza 96.

Następnie Stowarzyszenia działało przy ul. Jaracza 11 – od 1994 roku i Więckowskiego 13 – do chwili obecnej.

W pierwszych latach działalności Stowarzyszenia zabiegało najbardziej o zapewnienie diabetykom lepszego dostępu do odpowiednich produktów spożywczych, dostępu do lekarza specjalisty, o więcej miejsc w sanatoriach. W tamtym okresie pobyt w sanatorium był najlepszą szkołą życia dla osoby chorującej na cukrzycę. Chorym bardzo zależało na tym aby móc skorzystać z takiej opieki pod okiem specja-

listów i wiedzieć jak dalej żyć z cukrzycą. Należy zaznaczyć, że od początku działalności Stowarzyszenie było otoczone opieką i pomocą ze strony dr Anny Mikołajczyk-Swatko, która pracowała w Poradni Diabetologicznej.

Działalność Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków opiera się na pracy społecznej wolontariuszy. Wielu zostało uhonorowanych wysokimi odznaczeniami państwowymi za pracę społeczną.

Dzisiejsza rzeczywistość oczywiście bardzo się różni od tej sprzed kilkudziesięciu lat, więc cele i misja Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków także się różnią, choć niektóre aspekty pozostają niezmienione. Podczas tak uroczystego spotkania nie mogło zabraknąć odznaczeń, medali, dyplomów i podziękowań dla zasłużonych dla Stowarzyszenia członków, przyjaciół i sympatyków. Były również rozmowy, wspomnienia i wzruszenia.

Prezes dziękując wszystkim lekarzom opiekującym się diabetykami, szczególne podziękowania złożyła na ręce dr Anny Mikołajczyk-Swatko. Podziękowała również pielęgniarkom, pracującym w przychodniach diabetologicznych, władzom miasta, PFRON-owi, Wydziałowi Zdrowia Urzędu Miasta Łodzi, Narodowemu Funduszowi Zdrowia Oddział w Łodzi oraz pani Annie Śliwińskiej, Prezes ZG PSD za mądre prowadzenie naszego Stowarzyszenia.

To bardzo ważne bo jesteśmy liczącą się grupą, więc wspólnie rozwiązujemy problemy z nadzieją na lepsze.

Teresa Jaskółka

Prezes Zarządu Miejskiego w Łodzi

Działalność statutowa w drugim półroczu 2021 w Bielsku-Białej

Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Oddział w Bielsku-Białej zorganizował w dniu 29 lipca uroczysty jubileusz 40-lecia istnienia PSD oraz 100-lecia wynalezienia insuliny połączone ze sprawozdaniem za rok 2020 naszego Oddziału w Bielsku-Białej w obecności zaproszonych gości: prezydenta Miasta Bielska-Białej Jarosława Klimaszewskiego, Zastępcy Prezydenta Miasta Bielska-Białej Adama Ruśniaka oraz Przewodniczącego Rady Miejskiej Pana Janusza Okrzesika, którzy w przemówieniach okolicznościowych wyrazili podziękowania naszemu Zarządowi za codzienne zaangażowanie, entuzjazm i poświęcenie w społeczne pracy na rzecz diabetyków. Na wniosek prezes tutejszego oddziału rejonowego Modesty Dąmbrowskiej zostało przyznanych przez Zarząd Główny PSD 15 medali 40-lecia PSD oraz 100-a odkrycia insuliny osobom szczególnie zasłużonym dla naszego Stowarzyszenia, w tym otrzymali zaproszeni i obecni władarze Miasta Bielska-Białej. Uroczystość odbyła się z udziałem Sekretarza zarządu Głównego Pani Barbary Tometzak i prezentacją apteczną DOZ SA. Po spotkaniu oficjalnym, na które przybyły 73 osoby + goście, nastąpił poczęstunek w formie cateringu z oprawą muzyczną. Następnie w dniu 8 sierpnia br. członkowie naszego Stowarzyszenia spotkali się w miejscowości Ustroń na szkoleniu zorganizowanym przez zaprzyjaźnione Koło z Mielca.

W dniu 27 września 50 członków naszego stowarzyszenia zorganizowało ulgowe bilety na spektakl operetkowy.

Z inicjatywy Prezes Modesty Dąmbrowskiej zostały zorganizowane trzy turnusy rehabilitacyjno-wypoczynkowe

w GRAAL-u w Świnoujściu, w miesiącach czerwcu, sierpniu i wrześniu. Uczestniczyły w nich ogółem 150-ciu diabetyków z rodzinami.

22 października członkowie uczestniczyli w koncercie „Włoskie przeboje” a 30 listopada w koncercie andrzejkowym.

Oprócz tego odbyły się spotkania plenarne z pieczeniem kiełbasek i muzyką w Ośrodku Ondraszek.

Modesta Dąmbrowska

*Prezes Zarządu Oddziału Rejonowego PSD
w Bielsko-Białej*



XXI Paraspartakiada Śląska i Zagłębia Osób Niepełnosprawnych

W czwartek 25 listopada w Hali Widowiskowo-Sportowej Centrum pojawiło się prawie 400 uczestników paraspartakiady z 40 przeróżnych szkół, ośrodków, DPS-ów, czy warsztatów terapii zajęciowej, którzy przyjechali z całego województwa śląskiego, m.in. z Katowic, Tychów, Bytomia, Cieszyna, Czeladzi, Wodzisławia Śląskiego. Będzina, Łaz, Tarnowskich Gór, Sławkowa oraz oczywiście Dąbrowy Górniczej. To jednak nie wszystko, bo w Zagłębiu pojawili się również goście z sąsiednich województw, a więc małopolskiego i świętokrzyskiego.

W hali zapłonął olimpijski znicz. Płomień, symbolizujący przyjaźń i współzawodnicstwo palił się przez cały czas podczas XXI Paraspartakiady Śląska i Zagłębia Osób Niepełnosprawnych. Udanych startów, a także niezapomnianych wrażeń życzyli wszystkim m.in. prezydent Dąbrowy Górniczej Marcin Bazylak, przewodnicząca dąbrowskiej Rady Miejskiej Agnieszka Pasternak oraz biskup sosnowiecki ks. Grzegorz Kaszak.

– Zabawa jest ważna i życzę wam, byście wszyscy wyjechali stąd z medalami, ale pamiętajcie, że liczy się udział w sportowej rywalizacji. Jeśli nie uda wam się zdobyć

medalu, nic się nie stało, bo kolejna paraspartakiada, już 22., będzie za rok. Dziękuję wszystkim za zaangażowanie w przygotowanie tej wyjątkowej imprezy, a także wolontariuszom, którzy dbają o to, by wszystko przebiegło sprawnie – przyznał biskup Grzegorz Kaszak.

Wszyscy świetnie się wspólnie bawili, rywalizując w różnorodnych konkurencjach sportowych. Przede wszystkim liczyło się jednak wspomniane uczestnictwo w tej wyjątkowej, integracyjnej imprezie.

Jak podkreślają organizatorzy tego wydarzenia paraspartakiada zyskuje na prestiżu. Świadczy o tym nie tylko zwiększająca się stale liczba uczestników, ale także osób, które chętnie wspierają finansowo i obejmują przedsięwzięcie honorowym patronatem. Paraspartakiada na stałe wpisała się w kalendarz imprez miejskich, a osoby niepełnosprawne czekają na nią cały rok. Uczestnicząc w paraspartakiadzie mają szansę i okazje, by pokazać, że nie ma dla nich rzeczy niemożliwych.

– Dla osób niepełnosprawnych liczy się przede wszystkim dobra zabawa, a same zmagania sportowe to tylko przyjemna odskocznia od codzienności i ich naprawdę trudnych zmagania życiowych. Jedni



rywalizują i zdobywają sportowe laury, dla innych najważniejsza jest sama obecność na tej imprezie – podkreślił Bogdan Zandecki, stojący na czele dąbrowskiego stowarzyszenia Neuron.

Podczas tegorocznej imprezy puchar prezydenta RP za zwycięstwo w poprzedniej edycji rywalizacji sportowej parasparktakiady odebrał Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Będzinie.

– To dla nas wyjątkowa chwila, zwieńczenie naszych starań. Dziękuję wszystkim uczniom i nauczycielom za udział w przygotowaniach do startu, który doprowadził nas do sukcesu. Życzę wszystkim uczestnikom tegorocznej parasparktakiady jak najlepszych wyników i samych pozytywnych wrażeń – podkreśliła Ilona Słomczyńska, dyrektor SOSW w Będzinie.

Organizatorami tegorocznej parasparktakiady byli: Stowarzyszenie Neuron Pomo-

cy Dzieciom i Osobom Niepełnosprawnym z Dąbrowy Górniczej, V Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. kanclerza Jana Zamoyskiego w Dąbrowie Górniczej, Duszpasterstwo Osób Niepełnosprawnych Diecezji Sosnowieckiej i Centrum Sportu i Rekreacji w Dąbrowie Górniczej.

Patronat honorowy nad parasparktadiadą objęli prezydent Dąbrowy Górniczej, biskup sosnowiecki oraz wojewódzki kurator oświaty w Katowicach. Jednym z patronów medialnych wydarzenia był także Dziennik Zachodni.

Impreza została dofinansowana z funduszy PFRON, Urzędu Miejskiego w Dąbrowie Górniczej oraz sponsorów.

Barbara Tometczak,
Prezes Śląskiego Oddziału
Wojewódzkiego PSD,
dabrowagornicza.naszemiasto.pl

Powstało nowe Koło PSD w Zagórowie

Zagórow – miasto w województwie wielkopolskim, powiecie słupeckim, położone w pobliżu rzeki Warty, 16 kilometrów od Słupcy. Miasto jest siedzibą władz gminy Zagórow. Położone na skraju Nadwarciańskiego Parku Krajobrazowego. W dniu 20 listopada 2021 roku w Zagórowie odbyło się zebranie założycielskie Koła Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Podczas tego zebrania został wybrany Zarząd Koła Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków w Zagórowie w osobach: Krystyna Cichocka – prezes, Teofil Siuba – zastępca prezesa, Anna Bielecka – skarbnik, Izabela Goślińska – sekretarz i Krystyna Jakubowska – członek. Celem Koła jest zrzeszenie tych osób z cukrzycą, które mieszkają w gminie i okolicy. Ci diabetycy nie będą musieli udawać się po pomoc i edukację do odległego Konina. Wsparcia organizacyjnego udzielili członkowie Zarządu Re-

jonowego PSD w Koninie z prezes Krystyną Orłowską oraz pielęgniarka Alina Babecka, która wyraziła chęć stałej współpracy z Kołem. Miejsce dla spotkań członków Koła zaoferował gościnny Dom Kultury. Życzymy powodzenia i wytrwałości w niełatwej czasami pracy społecznej na rzecz drugiego człowieka.



TERMINY WZASÓW ORGANIZOWANYCH PRZEZ PSD OP WAŁCZ w 2022 roku

INFORMACJE – REZERWACJA – KONTAKT

Strona na facebook: Polskie Stowarzyszenie Diabetyków Oddział Powiatowy Wałcz
www.facebook.com

Zapytania i zgłoszenia kierować do

Prezesa PSD OP. Mieczysław Jakób (po godz. 12)

tel. kom. **604 785 605** kontakt pod adresem email: mieczyslaw_jakob@wp.pl
lub Mirosława Konopka – Szuda tel. kom. **606 971 389**

Konto bankowe: **93 8941 1032 0094 7738 2000 0040**

**UWAGA: Zaliczki po 200 zł od osoby wpłacamy w styczniu,
w tytule przelewu proszę podać numer turnusu i nazwiska uczestników**

MIĘDZYZDROJE „PTTK”

10 dni – **1160 zł**

330	15 maj – 24 maj	17 pok.	334	24 czerwiec – 03 lipiec	3 pok.
331	25 maj – 03 czerwiec	16 pok.	335	26 sierpień – 04 wrzesień	10 pok.
332	04 czerwiec – 13 czerwiec	13 pok.	336	05 wrzesień – 14 wrzesień	18 pok.
333	14 czerwiec – 23 czerwiec	brak	337	15 wrzesień – 24 wrzesień	18 pok.

MIĘDZYZDROJE „Willa 5”

10 dni – **1100 zł**

310	15 maj – 24 maj	22 pok.	314	24 czerwiec – 03 lipiec	brak
311	25 maj – 03 czerwiec	3 pok.	315	26 sierpień – 04 wrzesień	8 pok.
312	04 czerwiec – 13 czerwiec	brak	316	05 wrzesień – 14 wrzesień	24 pok.
313	14 czerwiec – 23 czerwiec	brak	317	15 wrzesień – 24 wrzesień	25 pok.

MIĘDZYZDROJE „Mikadel”

10 dni – **1010/1100 zł**

320	5 maj – 14 maj	17 pok.	325	24 czerwiec – 03 lipiec	brak
321	15 maj – 24 maj	15 pok.	326	26 sierpień – 04 wrzesień	11 pok.
322	25 maj – 03 czerwiec	17 pok.	327	05 wrzesień – 14 wrzesień	15 pok.
323	04 czerwiec – 13 czerwiec	9 pok.	328	15 wrzesień – 24 wrzesień	17 pok.
324	14 czerwiec – 23 czerwiec	1 pok.			

REWAL „Dom Gościnny Irena”

10 dni – **980/1000 zł**

340	10 czerwiec – 19 czerwiec	6 pok.	342	27 sierpień – 5 wrzesień	15 pok.
341	20 czerwiec – 29 czerwiec	10 pok.	343	–	–

NIECHORZE „Dom Gościnny u Wojtka”

10 dni – **850 zł**

230	–	–	234	03 lipiec – 10 lipiec	brak
231	03 czerwiec – 12 czerwiec	brak	235	21 sierpień – 30 sierpień	5 pok.
232	13 czerwiec – 22 czerwiec	1 pok.	236	31 wrzesień – 09 wrzesień	12 pok.
233	23 czerwiec – 02 lipiec	brak	237	10 wrzesień – 19 wrzesień	10 pok.

ŚWINOUJŚCIE „Warta”

270	15 maj – 24 maj	21 pok.
271	25 maj – 03 czerwiec	17 pok.
272	04 czerwiec – 13 czerwiec	brak
273	14 czerwiec – 23 czerwiec	brak
274	24 czerwiec – 03 czerwiec	8 pok.
275	22 sierpień – 31 sierpień	7 pok.

10 dni – **940 zł**

276	01 wrzesień – 10 wrzesień	30 pok.
277	11 wrzesień – 20 wrzesień	31 pok.
278	04 maj – 08 maj – Szkol. Diab.	350 zł
279	13. 04. – 22. 04. 2022 Święta Wielkanocne	1000 zł

KRYNICA GÓRSKA „Pensjonat Mewa”

260	25 kwiecień – 4 maj	24 pok.
261	22 maj – 31 maj	24 pok.
262	01 czerwiec – 10 czerwiec	23 pok.
263	11 czerwiec – 20 czerwiec	22 pok.
264	21 czerwiec – 30 czerwiec	19 pok.

10 dni – **940 zł**

265	06 lipiec – 15 lipiec	18 pok.
266	16 lipiec – 25 lipiec	21 pok.
267	14 wrzesień – 23 wrzesień	15 pok.
268	24 wrzesień – 3 październik	23 pok.
269	4 październik – 13 październik	24 pok.

**USTRONIE MORSKIE D.W. „Amber”
„Domki przy Dworzysku”
„Dworzysko”
„Bałtyk”**

300 DD	01 czerwiec – 11 czerwiec	900 zł brak
301 B	01 czerwiec – 11 czerwiec	900 zł brak
302 B	11 czerwiec – 21 czerwiec	900 zł brak
303 B	21 czerwiec – 01 lipiec	950 zł brak

1270 zł / 970 zł**900 zł****970 zł**11 dni **900 zł / 950 zł**

304 A	25 czerwiec – 05 lipiec	1270 zł 2 pok.
305 A	26 sierpień – 05 wrzesień	970 zł 12 pok
306 D	27 sierpień – 06 wrzesień	970 zł 13 pok

POBIEROWO „Bursztyn”

280	24 czerwiec – 03 lipiec	5 pok.
281	–	–

10 dni – **960 zł**

282	16 sierpień – 25 sierpień	13 pok.
283	26 sierpień – 04 wrzesień	17 pok.

KARPACZ O.W. „ Kamieńczyk”

290	17 czerwiec – 26 czerwiec	4 pok.
-----	---------------------------	--------

10 dni – **950 zł**

291	14 wrzesień – 23 wrzesień	8 pok.
-----	---------------------------	--------

NIECHORZE u Węglarza „Poręba”

250	30 sierpień – 08 wrzesień	11 pok.
-----	---------------------------	---------

10 dni – **1100 zł****ŁUKĘCIN „Polana”**

210	24 kwiecień – 3 maj	1260zł
211	3 maj – 12 maj	1260zł
212	12 maj – 21 maj	1260zł
213	21 maj – 30 maj	1260zł
214	30 maj – 8 czerwiec	1350zł
215	8 czerwiec – 17 czerwiec	1350zł
216	17 czerwiec – 26 czerwiec	1350zł
217	8 lipiec – 17 lipiec	1350zł

10 dni – **1260 zł/1350 zł**

218	17 lipiec – 26 lipiec	1350zł
219	26 lipiec – 4 sierpień	1350zł
220	4 sierpień – 13 sierpień	1350zł
221	13 sierpień – 22 sierpień	1350zł
222	22 sierpień – 31 sierpień	1350zł
223	31 sierpień – 9 wrzesień	1260zł
224	9 wrzesień – 18 wrzesień	1260zł

Spotkanie Koła Gminnego PSD w Skomlinie

25 listopada 2021r. odbyło się spotkanie Koła Gminnego PSD w Skomlinie przy udziale członka Rady Głównej PSD, prezesa Oddziału Rejonowego PSD w Sieradzu Pana Jana Kruszyńskiego i członka Głównej Komisji Rewizyjnej PSD, księgowej Oddziału Rejonowego w Sieradzu Pani Beaty Pacholak.

Na początku spotkania Jadwiga Kowalek prezes Koła PSD w Skomlinie przywitała zaproszonych gości i członków skomlińskiego Koła, przedstawiła działania jakie Zarząd Koła podejmował w ostatnim czasie i plan działania na rok następny. Na-

stępnie głos zabrał prezes Oddziału Rejonowego PSD w Sieradzu Pan Jan Kruszyński, który omówił strukturę organizacyjną Oddziału Rejonowego PSD w Sieradzu, do którego od września 2019 r. należy Koło w Skomlinie, po czym przystąpił do prelekcji związanej z zagrożeniami dla zdrowia spowodowanymi cukrzycą.

W kolejnym punkcie, Pan Jan Kruszyński zaproponował zebranych przeprowadzenie testu z wiedzy o cukrzycy, dodając, że po napisaniu testu, każdy dostanie kartkę z odpowiedziami, test zabierze do domu i sam sobie sprawdzi, jaką posiada wiedzę o cukrzycy. O dziwo nikt nie protestował. Wszyscy z zainteresowaniem podeszli do sprawy.

Spotkanie było również okazją do wręczenia odznaczeń i wyróżnień, które otrzymali: Złoty Krzyż Zasługi PSD – Grażyna Caban, Medal PSD Razem w Walce z Cukrzycą – Jadwiga Kowalek i Krystyna Chrzanowska, Dyplomy Uznania PSD – Jerzy Siwik, Edward Czyż, Daniel Pietrzak, Wanda Zaremba, Mirosław Szafran.

Prezes Jan Kruszyński przekazał do biblioteki Koła „Podręcznik intensywnej samoopieki i samokontroli dla osób z cukrzycą” opracowany przez specjalistów z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Spotkanie przebiegło w miłej, sympatycznej atmosferze. Poczęstunek przygotowały koleżanki z Koła.

Na zakończenie, każdy z uczestników otrzymał do przeczytania publikację wydaną z okazji światowego Dnia Cukrzycy pt. „Jak żyć z cukrzycą”.

Jadwiga Kowalek
Prezes Koła Gminnego PSD
w Skomlinie



Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci dnia 18.12.2021 r. w wieku 90 lat

prof. dr hab. n. med. HANNY DZIATKOWIAK

wybitnej diabetolog i lekarza pediatrii klinik w Poznaniu, Łodzi i Krakowie,
pionierkę nowoczesnej diagnostyki, edukacji i terapii cukrzycy u dzieci.

Lekarka o wielkim sercu, bezgranicznie oddana pacjentom,
nauczycielka wielu pokoleń lekarzy i naukowców.

Cześć Jej pamięci!

Andrzej Bauman – Prezes Honorowy PSD

Anna Śliwińska – Prezes ZG PSD



Z wielkim żalem i smutkiem
zawiadamiamy o śmierci
naszego Kolegi i Przyjaciela

HENRYKA GAŠIOROWSKIEGO

wieloletniego (od 2003 r.)
przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego PSD
oraz w latach 2009-2016 przewodniczącego Głównej Komisji Rewizyjnej PSD.

Henryk zmarł nagle w dniu 1 stycznia 2022 r. w wieku 71 lat.

Od wielu lat miał cukrzycę.

Był aktywnym i nieocenionym członkiem nie tylko naszego Stowarzyszenia,
ale całym sercem angażował się w działalność Klubu Wioślarskiego, PTTK,
Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Pogrążeni w żałobie – Przyjaciele Diabetycy

Krystyna Kiedrowicz – skarbnik

Ewa Dygaszewicz – prezes Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego

oraz Anna Śliwińska – prezes wraz z Zarządem Głównym PSD

PROSIMY O PRZEKAZANIE 1% PODATKU NA NASZĄ DZIAŁALNOŚĆ STATUTOWĄ

Dzięki Wam możemy:

- *edukować osoby z cukrzycą i ich bliskich;*
- *organizować spotkania, szkolenia, warsztaty i konferencje;*
- *wydawać bezpłatne materiały o cukrzycy;*
- *zabiegać o lepsze warunki leczenia cukrzycy w Polsce;*
- *przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu diabetyków;*
- *szerzyć świadomość cukrzycy w społeczeństwie.*

Razem pomóżmy diabetykom!

nr KRS

0000037573

wpisując jako cel szczegółowy
wybrany Oddział/Koło



**POLSKIE STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW**

