

CUKRZYCA



BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW
czerwiec 2022

III Forum Liderów Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

Co wiemy o wpływie
niedocukrzeń
na zdrowie

Skrobia oporna
- jakie ma znaczenie
w diecie diabetyka





MOŻESZ TO ROBIĆ BEZ NAKŁUWANIA

Rekomendowany dla pacjentów
od 4 roku życia z cukrzycą typu 1
i typu 2 oraz u kobiet w ciąży.¹




FreeStyle
Libre
SYSTEM MONITOROWANIA GŁUKOZY FLASH


life. to the fullest.®
Abbott

¹ Podręcznik użytkownika FreeStyle Libre, wskazania do użycia.
© 2021 Abbott. FreeStyle Libre oraz powiązane z nimi znaki firmowe są własnością firmy Abbott.
ADC-29302 v2.0

Droży Czytelnicy

Za nami III Forum Liderów Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Warsztaty te, które w ostatnich dwóch latach nie mogły się odbyć z powodu pandemii koronawirusa, były okazją do osobistych spotkań w naszym środowisku, których w ostatnim czasie tak bardzo nam brakowało. Ale przede wszystkim pozwoliły podzielić się doświadczeniami i zdobyć cenną dla naszych aktywnych działaczy wiedzę. Mamy nadzieję, że to wiedza będzie teraz procentować w naszych Kołach i Oddziałach.

Ten numer Biuletynu obfituje w wiele ciekawych treści edukacyjnych. Dr Alicja Milczarczyk napisała bardzo ważny artykuł o tym, w jaki sposób hipoglikemia wpływa na nasz stan zdrowia. Dr Przemysław Witek przypomina o właściwej metodzie wykonywania iniekcji, ciekawy może być także tekst o skrobi odpornej, która powinna mieć swoje miejsce w menu osób z cukrzycą.

*Owocnej lektury,
Redakcja*



SŁODKIE NOWINKI

III Forum Liderów Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków	4
Medale 40-lecia dla Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego	5
Nominacja do Rady Organizacji Pacjentów	6
Pieniądże z podatku cukrowego rozpląnęły się w systemie	7
Punkty pomocy dla diabetyków z Ukrainy	8
Kolejki do diabetologa na NFZ. Jest gorzej niż było 5 lat temu	10
Cukrzyca od kuchni. Jak mądrze walczyć z nieuleczalną chorobą	12
Edukator diabetologiczny – nowy kierunek w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku	15



WARTO WIEDZIEĆ

Co obecnie wiemy o wpływie niedocukrzeń na nasze zdrowie?	16
Właściwy sposób iniekcji	18
Wakacyjny luz i prawidłowe cukry – to możliwe!	20
Skrobia oporna – jakie ma znaczenie w diecie diabetyka?	22
Cynk – pierwiastek szczególnie ważny przy cukrzycy ...	24
Cukrzyku! Leczyć się sam!	26
Z ŻYCIA PSD	28



III Forum Liderów Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

„III Forum Liderów Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Edukator diabetologiczny.” odbyło się w dniach 26-27 kwietnia 2022 r. w Warszawie. Uczestnicy tegorocznej edycji zdobywali i pogłębiali wiedzę z zakresu edukacji diabetologicznej. Udział w szkoleniu wzięło ok. 200 liderów Oddziałów i Kół PSD z całej Polski. Wykłady prowadzone były przez znamienitych ekspertów, a wydarzenie odbyło się pod Patronatem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Edukacja pacjentów w trosce o ich zdrowie

Jako Polskie Stowarzyszenie Diabetyków jesteśmy bardzo zadowoleni z tego, że możemy działać na rzecz pacjentów. Bardzo nas cieszy, że nasi regionalni liderzy chcą poszerzać swoją wiedzę i przybyli tak licznie na III Forum Liderów. Uczestnicy mieli okazję zdobyć solidną dawkę wiedzy z zakresu leczenia cukrzycy – mówi Anna Śliwińska, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Wykłady obejmowały taką tematykę jak: usystematyzowanie kluczowych informacji o cukrzycy, dietetyka i zdrowy styl życia, zapobieganie powikłaniom, nowoczesne terapie i technologie w cukrzycy. Uczestnicy po każdym wykładzie sprawdzali swoją wiedzę wypełniając testy, a na zakończenie otrzymali certyfikaty ukończenia szkolenia.

Dzięki temu, że szkolimy diabetyków, pacjenci nabywają wiedzę z zakresu swojej choroby. Bez względu na to, od jak dawna chorują, chcą się edukować, ponieważ rozwój medycyny i możliwości terapeutycznych jest ciągły, a wiedza pacjenta wymaga aktualizowania. To bardzo ważne, żeby szkolić pacjentów diabetologicznych,



bo to od pacjenta w dużej mierze zależy jaki będzie przebieg tej choroby. Odpowiednie leczenie i samokontrola, a także dobra współpraca z zespołem terapeutycznym chroni przed groźnymi dla pacjenta powikłaniami. A edukacja i współpraca pacjenta z zespołem terapeutycznym to podstawa optymalnego leczenia osób z cukrzycą – mówi profesor Grzegorz Dzida, diabetolog z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Partnerem strategicznym III Forum Liderów PSD była firma Novo Nordisk. Partnerami wydarzenia byli: Abbott, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Medtronic oraz Progilkemia. Bardzo dziękujemy naszym partnerom, bez których realizacja tego szkolenia byłaby całkowicie niemożliwa.

Realizatorem wydarzenia był Instytut LB Medical, który zajmuje się m.in. projektami diabetologicznymi.



Medale 40-lecia dla Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Dnia 05.05 br. podczas uroczystej inauguracji XXIII Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Gdańsku, Prezes ZG PSD Anna Śliwińska dokonała wręczenia medali 40-lecia PSD czołowym polskim diabetologom.

Medali nie udało się uroczystie wręczyć w ubiegłym roku z powodu pandemii COVID-19.

Medale otrzymali Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, poprzedni prezesi prof. Maciej Małecki i Leszek Czupryniak oraz konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii prof. Krzysztof Strojek.



Nominacja do Rady Organizacji Pacjentów

Piętnaście osób liczy Rada Organizacji Pacjentów, którą powołał minister zdrowia Adam Niedzielski. Rada będzie konsultować projekty legislacyjne i angażować się w kwestie najistotniejsze z punktu widzenia pacjenta.



Rada jest pierwszym w historii powołanym w Ministerstwie Zdrowia stałym gremium składającym się z reprezentantów organizacji pacjentów.

– *To historyczna chwila. Nigdy wcześniej przy ministrze zdrowia nie było takiej Rady – powiedział Adam Niedzielski, minister zdrowia. – Włączamy Państwo w prace nad zmianami w systemie ochrony zdrowia. Najważniejszym celem Rady będzie konsultowanie projektów legislacyjnych. To dowód na to, że pacjentocentryzm nie jest tylko deklaracją, ale naszym priorytetem* – dodał. Rada liczy 15 osób powołanych na 5 lat. Kandydatów zgłaszały największe ogólnopolskie organizacje pacjentów, zarejestrowane od co najmniej 5 lat. W sumie zgłoszono 55 kandydatów, spośród nich do Rady wybrano następujące osoby:

1. Elżbieta Oleksiak – Polski Związek Niewidomych;
2. Krystyna Wechmann – Federacja Stowarzyszeń Amazonek;
3. Ks. Arkadiusz Nowak – Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
4. Joanna Pietrusiewicz – Fundacja Rodzić po Ludzku;
5. Jacek Hołub – Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”;
6. Stanisław Maćkowiak – Federacja Pacjentów Polskich;

7. Aleksandra Rudnicka – Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS;
8. Paweł Wójtowicz – MATIO Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę;
9. Magdalena Kołodziej – Fundacja MY Pacjenci;
10. Urszula Jaworska – Fundacja Urszuli Jaworskiej;
11. Anna Śliwińska – Polskie Stowarzyszenie Diabetyków;
12. Piotr Fonrobert – Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz Stowarzyszenie Pomocy Chorym na GIST;
13. Małgorzata Durka – Związek Stowarzyszeń Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym”;
14. Piotr Dąbrowiecki – Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na astmę alergię i POCHP;
15. Dorota Korycińska – Fundacja OnkoCafe-Razem Lepiej, Alivia – Fundacja Onkologiczna, Fundacja „Pokonaj raka”, Stowarzyszenie Walki z Rakiem Jajnika Niebieski Motyl, Stowarzyszenie Neurofibromatozy Polska Alba Julia, Fundacja OmeaLife.

Przewodniczącym Rady został ks. Arkadiusz Nowak, a wiceprzewodniczącą Magdalena Kołodziej.

Pieniądze z podatku cukrowego rozpląły się w systemie



Wprowadzenie ustawy o podatku cukrowym miało doprowadzić do poprawy zdrowia publicznego oraz unowocześnienia systemu opieki m.in. nad pacjentami z cukrzycą. Sprawozdanie z wykorzystania środków z opłaty wprowadzonej w 2021 r. opublikowane w ostatnich dniach dowodzi, że niespełna półtora miliarda złotych dodatkowych środków, którymi dysponował Narodowy Fundusz Zdrowia, nie posłużyły realizacji drugiego z tych celów.

Nawet część środków z podatku cukrowego pozwoliłaby na znaczącą modernizację systemu opieki diabetologicznej. Potrzebujemy zmiany ustawy i ponownie postulujemy, aby przynajmniej część środków została przeznaczona bezpośrednio na poprawę sytuacji pacjentów z cukrzycą – mówi Anna Śliwińska, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Według opublikowanego sprawozdania, przekazanego Ministrowi Adamowi Niedzielskiemu 13 kwietnia br, dodatkowe wpływy związane z podatkiem cukrowym wyniosły 1,42 mld zł, podczas gdy środki wydatkowane w ubiegłym roku wyniosły niewiele ponad 1 mld zł. Według informacji znajdujących się w dokumencie środki z opłaty zostały przeznaczone na kontynuowanie projektu „Środa z Profilaktyką” oraz rozwój portalu diety.nfz.gov.pl, jak również przygotowanie materiałów zamieszczanych na stronie Akademii NFZ.

Chociaż dokument określa wydatki na niektóre świadczenia związane z opieką w trybie ambulatoryjnym oraz szpitalnym nad pacjentami z cukrzycą oraz chorobami metabolicznymi, nie wiadomo jaka część tych środków pochodziła z podatku cukrowego. Dokument nie zawiera również informacji czy wprowadzenie nowej opłaty doprowadziło do wzrostu wydatków na diagnostykę oraz leczenie tych chorób. W dokumencie Bernard Waśko,

Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznym stwierdził – Jednocześnie wskazują że zapisy wyżej wymienionej ustawy poza wskazaniem przeznaczenia opłaty, nie określają sposobu podziału opłaty pomiędzy poszczególne zadania (o charakterze edukacyjnym, profilaktycznym i świadczenia opieki zdrowotnej), ani nie ustanawiają szczególnych zasad ewidencji, w tym w szczególności w zakresie kosztów. Z tego też względu przychody z opłaty i finansowane z nich koszty realizacji zadań ewidencjonowane są na zasadach ogólnych, mających zastosowanie do przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z tych składek.

Sprawozdanie jest zauważalnie skromne. Ponadto liczyliśmy na to, że wprowadzenie podatku cukrowego doprowadzi nie tylko do uchwalenia przepisów, które mają szansę zmienić nawyki żywieniowe wielu osób, lecz także pozwoli na poprawę systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą – komentuje Anna Śliwińska i dodaje – należy stwierdzić, że pieniądze z podatku cukrowego rozpląły się w systemie, a pacjenci z cukrzycą nie są beneficjentami tej zmiany. Z tego powodu postulujemy zmianę przepisów oraz zobligowanie Narodowego Funduszu Zdrowia do przekazania części środków na poprawę dostępności opieki dla chorych zmagających się z cukrzycą.

Punkty pomocy dla diabetyków z Ukrainy

Dzięki wsparciu firmy Medtronic, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków uruchomiło do tej pory prawie 60 punktów pomocy dla uchodźców z cukrzycą z Ukrainy.

Z oferowanej przez Oddziały i Koła PSD pomocy korzystają osoby z cukrzycą każdego typu i w każdym wieku, które w wyniku działań wojennych musiały opuścić Ukrainę i potrzebują pomocy w zapewnieniu ciągłości leczenia. Osoby te otrzymują pomoc w postaci zakupu podstawowych leków stosowanych w leczeniu cukrzycy, a także pomoc w finansowaniu specjalnej diety, jeśli ktoś ma dodatkowe wymagania zdrowotne. Ukraińscy diabetycy mogą też liczyć na uzyskanie potrzebnych im informacji dotyczących warunków i możliwości leczenia cukrzycy w Polsce, a także dobre

słowo i wsparcie emocjonalne naszych działaczy.

Do punktów zgłaszają się głównie kobiety i dzieci, a także osoby starsze.

Lista wszystkich punktów pomocy wraz z danymi kontaktowymi jest dostępna na stronie internetowej Zarządu Głównego PSD www.diabetyk.org.pl w specjalnej zakładce na górze strony.

Oddziały i Koła Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, które jeszcze takiego punktu nie utworzyły, a są chętne go utworzyć w swojej miejscowości, zapraszamy do kontaktu z Biurem ZG PSD w Warszawie.





Kolejki do diabetologa na NFZ. Jest gorzej niż było 5 lat temu

Ile trzeba czekać w Polsce na wizytę u diabetologa na NFZ? Lekarz Szymon Suwała zebrał aktualne dane oraz zestawiał z tymi sprzed 5 lat na potrzeby prezentacji „5 lat minęło jak jeden dzień”, która została przedstawiona na Zjeździe Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Zebrane dane opublikował również w mediach społecznościowych. Przypomniał, że już blisko 3 mln osób w Polsce choruje na cukrzycę typu 2, którzy wymagają opieki diabetologa.

Problem w tym, że w ostatnich 5 latach przeciętny czas oczekiwania na wizytę w poradni diabetologicznej na NFZ wydłużył się z 55 do 106 dni.

Ile czeka się do lekarza diabetologa w Polsce. Raport lekarza Szymona Suwały: Najdłuższe kolejki w województwach:

- kujawsko-pomorskim 165 dni (5 lat temu: 38),
- śląskim 135 dni (5 lat temu: 77),
- mazowieckim 132 dni (5 lat temu: 87),
- opolskim 127 dni (5 lat temu: 36),
- małopolskim 126 dni (5 lat temu: 61),
- podlaskim 119 dni (5 lat temu: 49),
- zachodniopomorskim 115 dni (5 lat temu: 45),
- pomorskim 114 dni (5 lat temu: 47),
- dolnośląskim 109 dni (5 lat temu: 34).

Najkrótsze kolejki w województwach:

- lubelskim 64 dni (5 lat temu: 35),
- wielkopolskim 80 dni (5 lat temu: 42),
- podkarpackim 77 dni (5 lat temu: 41),
- warmińsko-mazurskim 76 dni (5 lat temu: bez zmian)
- lubuskim 72 dni (5 lat temu: 70),
- świętokrzyskim 70 dni (5 lat temu: 5 dni),
- łódzkim 70 dni (5 lat temu: 30).

Długie kolejki do lekarzy specjalistów. Powodem pandemia i złe finansowanie

Jak zauważył ekspert, dostępność do poradni diabetologicznych jest zróżnicowana w skali kraju, jednak uległa znacznemu pogorszeniu w ostatnich latach. Zdaniem lekarza powodem może być m.in. pandemia COVID-19 czy też złe finansowanie systemu ochrony zdrowia.

– Pacjenci z cukrzycą są bliską mi grupą chorych, stąd trudno mi patrzeć obojętnie na ich trudną sytuację. Z niecierpliwością czekam na dalsze kroki Ministerstwa Zdrowia w kierunku poprawy bytu pacjentów – ciekawy jestem, jak długo... – dodał na koniec.

Źródło: Rynek Zdrowia



Wejdź na stronę:

www.edukacjawcukrzycy.pl

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



Lilly

Żyć tak normalnie,
jak to możliwe

Cukrzyca od kuchni. Jak mądrze walczyć z nieuleczalną chorobą

W Holandii, kiedy pacjent zachoruje na cukrzycę, jedzie do niego zespół pielęgniarek, które zaglądają mu w garnki, szafki w kuchni, każą mu gotować przy nich. Te wizyty są regularne. Bo edukacja wymaga czasu i utrwalania. Do walki z cukrzycą trzeba podchodzić holistycznie - mówią Beata Stepanow i Leszek Czupryniak.

– Nie ma drugiej takiej choroby, gdzie wymagane jest zaangażowanie pacjenta we wszystkie aspekty życia. Jest to wyzwanie, bo jesteśmy w stanie zmobilizować się na krótko do różnych rzeczy. Widzimy na początku choroby, że pacjenci obiecują, czego to oni nie zrobią. I rzeczywiście wprowadzają radykalne zmiany w przebiegu pierwszego miesiąca, dwóch. Ale to jest jak z przysłowioowymi postanowieniami noworocznymi – są krótkotrwałe, rozpuszczalne w alkoholu. To samo się dzieje z postanowieniami w nowo rozpoznanej cukrzycy – ocenił prof. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM.

Pacjent na „dzień dobry” jest straszony, np. powikłaniami po cukrzycy

Dlaczego tak się dzieje? Profesor Czupryniak wskazuje na co najmniej dwie rzeczy: – Po pierwsze, mamy silny mechanizm wyparcia – nie chcemy siedzieć i zamartwiać się, że mamy chorobę nieuleczalną. Po drugie, ten mechanizm jest wspierany przez personel medyczny, który straszy pacjenta. Do tego dochodzi odpowiedzialność za swoje zdrowie, czego my nie jesteśmy w ogóle uczeni.

Tymczasem zmiana powinna się zacząć od zmiany „w głowie”. – To podejście psy-

chologiczne, czego my lekarze nie robimy, nie umiemy, trochę nie chcemy, nie mamy czasu. W dodatku, kiedy pacjent przychodzi do pielęgniarki diabetologicznej to wiadomo, że jest nastawiony na słuchanie, edukację, na odbiór. Jak przychodzi do lekarza, to po receptę na leki – dodał.

Jednak, jeżeli pacjent ma być „ośrodkiem decyzyjnym”, to nie może się bać, a na „dzień dobry” jest straszony, np. powikłaniami po cukrzycy. Po drugie musi mieć wiedzę praktyczną. Dlatego w ocenie eksperta, tego typu poradniki są kluczowe, ale jest materiał do pracy z kimś jeszcze. Żeby pacjenci zrozumieli, że zdrowie jest ich odpowiedzialnością.

W czasie spotkania oceniono, że w zespole terapeutycznym, poza pielęgniarką diabetologiczną, powinien być jeszcze psycholog, np. od uzależnień, bowiem nadmierne jedzenie ma charakter uzależnienia i diety lub żywieniowiec, ale taki z realnym podejściem. Bo często jest tak, że pacjent dostaje dietę, ale po tygodniu lub dwóch wraca do tego, co lubi jeść.

– Dzisiaj mamy inną filozofię: raczej to co pacjent lubi jeść, a my do tego stosujemy leczenie, zniechęcając do robienia kardynalnych błędów. Na przykład jedzenia słodkich rzeczy. Ale wobec tego

słodkiego jesteśmy bezradni. Czasem mówię pacjentowi: „niech Pan zje słodkie, ale proszę nie mierzyć wtedy cukru, bo będzie wysoki, zdenerwuje się Pan, a jak się człowiek zdenerwuje, cukier jest jeszcze wyższy. A mnie nie interesuje cukier po zjedzeniu słodkiego” – stwierdził prof. Czupryniak.

Cukrzyca jest powodem kłótni w domach

O swoich sposobach na pacjentów opowiedziała też dr Beata Stepanow, ekspert nauk o zdrowiu, prezes Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej i pielęgniarka diabetologiczna: – Taka sytuacja. Przychodzi pacjent, poznaję jego nawyki żywieniowe i okazuje się, że od ponad 30 lat je

kielbasę o 22.00 i pyta się, czy nadal może. Odpowiadam: oczywiście, że tak. Dlaczego? Bo on sam za chwilę przestanie ją jeść o tej godzinie, jeśli będzie wiedział, dlaczego nie powinien tak robić. Moim zadaniem jest pokazać mu, w jaki sposób może to zrobić i dlaczego warto ją zjeść o 18.00.

– Druga sytuacja: pacjentka pyta mnie, czy może jeść czekoladę wieczorem i okazuje się, że chodzi o całą tabliczkę. Odpowiadam, że tak. Jej mąż też dopytuje czy rzeczywiście żona może ją zjeść. Oczywiście – odpowiadam. Zaraz Państwu przeliczę, ile trzeba godzin seksu, żeby to spalić. Na to mąż do żony: Od jutra jesz maksymalnie dwie kostki.

Kolejnym zagadnieniem jest wsparcie chorego przewlekle przez rodzinę i blis-



kich. – Bo czy ktoś uczy rodzinę, jak ma rozmawiać w domu z osobą przewlekłe chorą? Badania wskazują, że cukrzyca jest powodem kłótni w domach. Bo jak żona się dowie, że mąż ma cukrzycę i je o 22.00 kiełbasę, to co robi: pilnuje, krzyczy, ocenia. Wszystko, tylko nie motywuje do zmiany zachowania – podkreśliła dr Stepanow. – Rodziny deklarują, że wesprą, ale nie wiedzą, jak; robią to intuicyjnie. Bardzo często do lekarza przychodzi mąż przyprowadzony przez żonę. Żona przyprowadza go, bo czuje, że ma powinność małżeńską zadbać o niego, a jednocześnie serdecznie go nienawidzi, bo jest chory. Zaś on jest kompletnie odporny na to, co ona mówi. I nie raz lekarz jest świadkiem scenek rodzinnych, kiedy żona mówi w gabinecie do męża: „Mówiłam ci, żebyś nie jadł tej kiełbasy o 22.00, leków nie bierzysz”. Ja wtedy mówię: „jak pani porzeczysz na męża, to on nie zje? Wyjdzie z domu, żeby ją zjeść”. Choruje się w samotności. Tylko ten pacjent wie, co go boli, co mu jest. Mamy model zachowań społecznych, którego nie umiemy zmienić – opowiadał kolejne przykłady z praktyki lekarskiej prof. Czupryniak.

Wspierać mądrze

Ale są też pacjenci, którzy otrzymują odpowiednie wsparcie, jak chory, który w ciągu roku rzucił 25 kilogramów. – Sukcesem było to, że była z nim żona, która na niego nie krzyczała, tylko zarządziła wszystkim w mądry sposób. Zmieniła sposób gotowania, zamknęła auto w garażu, wstawiła sprzęt do ćwiczeń do pokoju. Cukrzyca jest chorobą rodzinną i wymaga przeorganizowania całego otoczenia. My tego nie umiemy, a to jest fundament leczenia cukrzycy. My, lekarze działamy na końcu, dajemy leki, które przynoszą szybki efekt. Ale przyczyna leży gdzie indziej. Nadzieja jest w edukacji i w poczuciu chęci pozytywnej zmiany w życiu – dodał prof. Czupryniak.

Jak dodała dr Stepanow, jako pielęgniarka diabetologiczna czasem wychodzi poza

gabinet. – Na pewnym etapie pacjenci zapraszają mnie do swoich domów. Gdy wchodzę do takiego domu, lodówka ma być pusta i wspólnie zastanawiamy się, co od tej lodówki włożyć. Obserwuję też rodzinę, relacje. Kiedy na przykład pojawia się wnuk, to on jest moim wsparciem i motywuje dziadka do aktywności, bo namawiam go na wyprowadzanie dziadka na spacer albo na przejażdżki rowerem. Innym sposobem jest wprowadzenie zwyczaju, by osoba chora choć raz w miesiącu przygotowała z bliską osobą swój ulubiony posiłek. – W trakcie ktoś może robić zdjęcia, opisy dań, wymyślać nazwy dla potraw. Potem na święta pod choinkę pojawia się rodzinna książka kucharska z osobą chorą na cukrzycę w roli głównej. Jest to pamiątką wspólnego działania całej rodziny. Chodzi o zaangażowanie, by zrobić coś razem. Taki prezent wywołuje wzruszenie, które nie będzie po kolejnym sweterku. To motywuje. Pacjent staje się człowiekiem kochanym, wspieranym przez bliskich. Zaczyna mu zależeć, by o siebie zadbać – mówiła dr Stepanow. Wyjście poza gabinet lekarski czy pielęgniarski nie jest niczym nowym w innych państwach. Na Zachodzie wizyty pielęgniarskie w domu pacjenta są praktykowane.

– W Holandii, kiedy pacjent zachoruje na cukrzycę, jedzie do niego zespół pielęgniarek, które zaglądają mu w garnki, szafki w kuchni, każą mu gotować przy nich. Te wizyty są regularne. Bo edukacja wymaga czasu i utrwalania. To stały proces, który w zasadzie się nie kończy. Nasz system ochrony zdrowia kompletnie tego typu działań nie przewiduje. Fundamentem zaś jest wejść w taką rodzinę i zobaczyć gdzie jest patologia, w relacjach, w żywieniu – mówił prof. Czupryniak.

Źródło: Rynek Zdrowia

Eduktor diabetologiczny – nowy kierunek w Wyższej Szkole Zdrowia w Gdańsku

Studia podyplomowe na kierunku **Eduktor Diabetologiczny** umożliwiają słuchaczom zdobycie aktualnej wiedzy na temat wszystkich typów cukrzycy oraz chorób z nią powiązanych. Celem studiów podyplomowych jest przekazanie informacji niezbędnych do wspierania pacjentów w procesie leczenia oraz zachowania przez nich właściwej kondycji psychofizycznej po postawieniu diagnozy.

Absolwenci studiów podyplomowych – edukator diabetologiczny uzyskają wiedzę i praktyczne umiejętności niezbędne do prowadzenia edukacji pacjentów z cukrzycą oraz utrwalania i wprowadzania w ich życie właściwych nawyków żywieniowych. Tematami wykładów będą również praktyczne informacje o nowoczesnych metodach leczenia cukrzycy.

Ukończenie studiów podyplomowych pozwoli absolwentom na realizowanie przedsięwzięć edukacyjnych i profilaktycznych w szkołach, przedszkolach, zakładach pracy oraz na użytek jednostek zajmujących się zdrowiem publicznym.

Patronat nad kierunkiem Eduktor Diabetologiczny objęło **Polskie Stowarzyszenie Diabetyków**.

Wyższa Szkoła Zdrowia w Gdańsku oferuje studia **w formie niestacjonarnej**, które trwają **2 semestry**.

Zjazdy odbywają się **co 2 tygodnie w soboty i niedzielę (a także mogą się odbywać w piątki przed zaplanowanym zjazdem od godz. 17:00)**, a liczba godzin zajęć prowadzonych przez wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną to **220 godzin dydak-**

tycznych. Zajęcia będą prowadzone w formie online lub hybrydowej.

Na studiach podyplomowych nie tylko pogłębisz posiadaną wiedzę, ale zwiększysz również swoje szanse na awans lub zmianę pracy.

Kto może studiować na studiach podyplomowych Eduktor Diabetologiczny?

Podczas rekrutacji nie weryfikujemy dotychczasowego kierunku kształcenia. Nasza oferta skierowana jest do wszystkich absolwentów studiów wyższych (licencjackich, inżynierskich, magisterskich). Do postępowania rekrutacyjnego mogą przystąpić osoby legitymujące się dyplomem ukończenia co najmniej studiów pierwszego stopnia, w szczególności na kierunkach: pedagogika, pedagogika specjalna, pielęgniarstwo, położnictwo, psychologia, socjologia, dietetyka, fizjoterapia, farmacja, kierunek lekarski, kierunek lekarsko-dentystyczny, zdrowie publiczne, socjologia, wychowanie fizyczne.

Warunkiem uzyskania świadectwa ukończenia studiów podyplomowych na kierunku Eduktor Diabetologiczny jest obecność na zajęciach oraz zaliczenie testu końcowego.

Zainteresował Cię ten kierunek? Potrzebujesz więcej informacji?

Zadzwoń lub napisz:

tel.: 58 769 08 00/01/02/03/04

e-mail: studia.podyplomowe@wzsz.pl



Co obecnie wiemy o wpływie niedocukrzeń na nasze zdrowie?

Niedocukrzenie jest najczęstszym ostrym powikłaniem cukrzycy, utrudniającym osiągnięcie dobrej kontroli glikemii. Rozpoznajemy je w sytuacji obniżenia stężenia glukozy we krwi poniżej 70 mg/dl (3,9 mmol/l), niezależnie od występowania objawów klinicznych, które u części pacjentów, zwłaszcza chorujących wiele lat na cukrzycę mogą pojawić się dopiero przy niższych wartościach glikemii. Z kolei u chorych z przewlekłe źle wyrównaną cukrzycą objawy niedocukrzenia mogą się pojawić przy wyższym stężeniu glukozy, szczególnie jeżeli następuje szybka redukcja glikemii.

W wyniku częstych niedocukrzeń może rozwinąć się nieświadomość hipoglikemii, definiowana jako brak odczuwania niskich (< 70 mg/dl, tj. < 3,9 mmol/l) wartości glikemii. Jej powodem może być także neuropatia układu autonomicznego.

W praktyce klinicznej znajduje zastosowanie podział na hipoglikemię lekką, umiarkowaną i ciężką. W przypadku hipoglikemii lekkiej chory odczuwa osłabienie, niepokój, głód, drżą mu kończyny, jest blady, spocony, ma szerokie źrenice, przyspieszoną czynność serca i podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, ale jest w pełnym kontakcie i może samodzielnie udzielić sobie pomocy. W tej sytuacji konieczne

jest spożycie cukrów prostych (tabletki glukozowe, napój zawierający cukier, nie słodzik). W sytuacji hipoglikemii umiarkowanej poza wyżej wymienionymi objawami pojawiają się zmiany zachowania, trudności koncentracji, zaburzenia pamięci, niechęć do jedzenia, utrudniony kontakt z otoczeniem. Chory nie jest już w stanie sam sobie pomóc, ale można mu podać glukozę lub słodki napój doustnie. Inaczej jest w hipoglikemii ciężkiej, w której występują głębokie zaburzenia świadomości, drgawki, a nawet może dojść do utraty przytomności i śpiączki. W takiej sytuacji konieczne jest podanie dożylnie roztworu glukozy ewentualnie glukagonu podskórnym lub domięśniowo. U chorego nieprzytomnego w przebiegu ciężkiego niedocukrzenia nie wolno podawać glukozy doustnie. Dopiero po odzyskaniu przez chorego przytomności wskazane jest spożycie węglowodanów w celu redukcji ryzyka nawrotu hipoglikemii. Ze względu na możliwość powstania nieodwracalnych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym w przebiegu ciężkiego niedocukrzenia, zwykle konieczna jest hospitalizacja chorego, która pozwala na zidentyfikowanie innych poza niewłaści-



wie dobraną dawką leków czy błędem dietetycznym przyczyn hipoglikemii, takich jak: niewydolność wątroby, nerek, schorzenia endokrynologiczne, choroba trzewna czy gastropatia cukrzycowa.

Duże badania kliniczne (ADVANCE, ACCORD) wykazały związek hipoglikemii ze zwiększonym ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz zgonów. W trakcie niedocukrzenia dochodzi do uruchomienia mechanizmów obronnych organizmu, czego skutkiem może być wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, skurcz naczyń, wzrost krzepliwości krwi oraz zaburzenia rytmu serca. Hipoglikemia aktywuje proces zapalny oraz powoduje uszkodzenie śródbłonna naczyń krwionośnych. W wyniku tych zaburzeń u chorego może dojść do zawału serca, udaru mózgu, zaostrzenia niewydolności serca, napadu migotania przedsionków, a nawet nagłego zgonu.

W populacji chorych z cukrzycą typu 2 niedocukrzenia zwiększają ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca oraz udaru mózgu, które rośnie wraz ze wzrostem liczby epizodów hipoglikemii. Najnowsze badania wskazują na istotny związek pomiędzy hipoglikemią a wyższym ryzykiem wystąpienia zastooinowej niewydolności serca. Szczególnie niebezpieczne są ciężkie niedocukrzenia, które aż 4-krotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego oraz powodują wzrost do 80% ryzyka hospitalizacji z powodu niewydolności krążenia i co najważniejsze zwiększają ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych o 80%.

Biorąc to pod uwagę bardzo ważne są wszelkie działania zapobiegające występowaniu niedocukrzeń. Po pierwsze konieczna jest edukacja pacjentów i ich rodzin. Chory powinien umieć rozpoznać u siebie objawy hipoglikemii i wiedzieć, jak zareagować w przypadku ich wystąpienia. Zalecana jest indywidualizacja leczenia i celów terapeutycznych. U osób młodych, krótko chorujących na cukrzycę, bez

obecności przewlekłych powikłań należy dążyć do ścisłej kontroli glikemii tak, aby wartość hemoglobiny glikowanej (HbA1c) nie przekraczała 6,5%. Natomiast u chorych w zaawansowanym wieku z wieloletnią cukrzycą i obecnością powikłań sercowo-naczyniowych (po przebytych zawałach serca, udarze mózgu, z niewydolnością serca) akceptowane są wyższe docelowe glikemie, co ma przełożenie na odsetek HbA1c < 8%. Ponadto u osób w starszym wieku, z licznymi schorzeniami towarzyszącymi zalecane jest nie tylko złagodzenie kryteriów wyrównania cukrzycy, ale również stopniowe osiąganie docelowych wartości glikemii. W prewencji hipoglikemii u chorych z cukrzycą ogromne znaczenie ma wybór leków, które nie zwiększają ryzyka wystąpienia niedocukrzenia. Obecnie dostępne są już preparaty, które nie tylko nie powodują hipoglikemii, ale dodatkowo u chorych z cukrzycą typu 2 chronią serce, nerki, a nawet zmniejszają ryzyko śmierci z przyczyn sercowo-naczyniowych. W przypadku leczenia insuliną rozpoczynając lub modyfikując insulinoterapię należy wybierać te preparaty, które charakteryzują się najmniejszym ryzykiem hipoglikemii. Takie postępowanie nie tylko poprawi rokowanie, ale także wpłynie korzystnie na jakość życia chorych na cukrzycę.

lek. Alicja Milczarczyk

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

Partnerzy:

AstraZeneca 

 **Boehringer
Ingelheim**


novo nordisk

Właściwy sposób iniekcji

Przed wykonaniem iniekcji zachowaj podstawowe zasady higieny: umyj ręce ciepłą wodą z mydłem, splucz i dokładnie osusz. Obejrzyj obszar, w który będzie podawana insulina, skóra powinna być czysta, bez podrażnień. Nie podawaj insuliny w blizny, rozstępy, znamiona barwnikowe, zranienia, krwiaki, zmiany lipidofroliczne.

Nie ma potrzeby dezynfekować miejsca iniekcji, jednak nie wykonuj zastrzyku przez ubranie. Po pierwsze nie widzisz miejsca podania insuliny i jest ryzyko, że trafisz w obszar, w który iniekcja nie powinna być wykonana. Po drugie może dojść do stępienia ostrza igły a także przeniesienia mikrofragmentu tkaniny z zanieczyszczeniami do tkanki podskórnej. Ponadto, podczas przechodzenia igły przez materiał dochodzi do starcia z jej zewnętrznej powierzchni substancji poślizgowej, przez co igła nie przechodzi tak łatwo przez naskórek i skórę.

- Przed wykonaniem zastrzyku upewnij się, czy trzymasz w ręce pena z właściwą insuliną.
- Następnie nałóż i nakręć igłę na pena, wystrzyknij w górę 1-2 j. insuliny celem sprawdzenia czy urządzenie jest sprawne i gotowe do podania.
- Kolejno nastaw pokręteł właściwą dawkę. W przypadku wybrania niewłaściwej dawki możesz bez konsekwencji ją modyfikować.
- W zależności od długości posiadanej igły i otrzymanych zaleceń z poradni diabetologicznej wybierz właściwą technikę wstrzyknięcia: prostopadle, pod kątem lub z wytworzeniem fałdu skórniego.
- Zdecydowanym ruchem wbij do końca igłę i wstrzyknij insulinę. Zależnie od rodzaju wstrzykiwacza powoli naciskaj pokrętko dawki do oporu i poja-

wienia się liczby 0 w okienku lub pociągnij za spust uruchamiający automatyczne podanie insuliny.

- Po podaniu insuliny odczekaj 10 sekund a następnie powoli wyciągnij, zabezpiecz, odkręć i zutylizuj igłę.
- Nie rozmasowuj miejsca gdzie podałeś insulinę.

Wanie techniki wstrzyknięcia nieprawidłowo dobranej do długości posiadanej igły grozi podaniem insuliny zbyt płytko – śródskórnio lub zbyt głęboko – domięśniowo. Konsekwencją podania śródskórnego jest większa bolesność a także zwolnione tempo wchłaniania insuliny. Z kolei, insulina podana domięśniowo, wchłania się szybciej, przez co może dojść do nieoczekiwanego spadku poziomu glukozy.

Ponadto, spodziewaj się szybszego wchłaniania insuliny po wykonaniu iniekcji w okolice mięśni, które będą intensywnie pracować podczas wykonywania aktywności fizycznej. Z tego samego powodu unikaj gorącej kąpieli bezpośrednio po wykonaniu iniekcji, szczególnie długo działającego preparatu insuliny. W tej sytuacji preferowany jest prysznic.

dr n. med. Przemysław Witek
Katedra i Klinika
Chorób Metabolicznych UJ CM

Jak prawidłowo wymieniać igłę?

Przed podaniem insuliny:

- Nowy wkład/wstrzykiwacz insuliny wyjęty z lodówki ogrzej do temperatury pokojowej.
- Aktualnie używaną insulinę przechowuj w temperaturze pokojowej < 25 stopni C – z dala od miejsc nasłonecznionych czy źródeł ciepła.

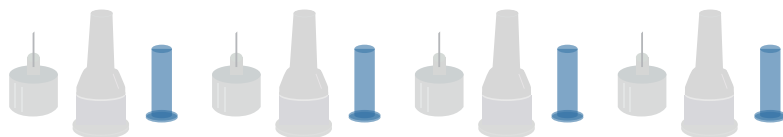


Przed wykonaniem zastrzyku sprawdź:

- czy igła jest drożna
- czy we fiolce nie ma powietrza.



Trzymając pena z igłą skierowaną ku górze wypuść 1-2 j. insuliny obserwując czy z wierzchołka igły wydostanie się przynajmniej jedna kropla insuliny. Jeśli tak oznacza to, że wstrzykiwacz jest gotowy i można wykonać iniekcję.



- Nową igłę zakładaj bezpośrednio przed wykonaniem iniekcji.
- Po podaniu insuliny zabezpiecz igłę nasadką, odkręć ją i zutylizuj.

Zostawiając igłę w penie pozwalamy, by cały czas utrzymywał się otwarty kontakt między preparatem a środowiskiem zewnętrznym. Tą drogą może dojść do wnikania zanieczyszczeń, w tym bakterii do wnętrza fiolki z insuliną.

Konsultacja merytoryczna: dr n. med. Przemysław Wittek



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW

Wakacyjny luz i prawidłowe cukry – to możliwe!

Niecodzienne menu, inne pory posiłków, zwiększona lub wręcz przeciwnie ograniczona aktywność fizyczna – to, co kojarzy mam się z urlopem i odpoczynkiem jest jednocześnie czynnikiem ryzyka nieprawidłowych glikemii u osób chorujących na cukrzycę. Cukrzyca lubi stabilność, a wakacje to zmiana. Czy da się te skrajności jakoś pogodzić?

Każda zmienna, jaka pojawia się w codziennym funkcjonowaniu diabetyka może mieć wpływ na glikemie. Podczas wakacji tych zmiennych może pojawić się jednocześnie kilka. Zwykle w czasie wolnym zmienia się ilość czasu przeznaczanego na sen, ale także pora wstawania i kładzenia się do snu. Zmienia się rytm dnia oraz ilość czasu przeznaczanego na aktywność fizyczną. Z wakacyjnymi wyjazdami zwykle wiąże się też zmiana naszego menu – nie tylko chętnie sięgamy po inne niż w ciągu roku potrawy, to często jemy więcej i o niestandardowych porach. Wakacje to też wielogodzinne podróże, niekiedy przez kilka stref czasowych. Do tych zmiennych należy umiejętnie dostosować insulinoterapię. Modyfikacje w dawkowaniu insuliny zawsze wymagają ostrożności, ale też „zmuszają” do częstszego kontrolowania poziomu cukru. Co więcej, na czas letnich wyjazdów, wielu diabetyków rezygnuje z terapii pompą insulinową na rzecz podawania insuliny wstrzykiwaczami. To kolejna zmienna, która wymaga skrupulatnego kontrolowania stężenia glukozy.

Dlatego na czas wakacji idealnie sprawdzają się systemy do ciągłego monitorowania glikemii. Nie tylko dlatego, że pozwalają na „wakacje od nakłuwania palców”, ale przede wszystkim dlatego, że pozwalają lepiej zrozumieć reakcje organizmu na wszystkie zmienne, których doświadczamy podczas

urlopu, a przez to łatwiej zapanować nad glikemią.

Normoglikemia bez nakłuwania palców

Odkąd na rynku pojawiły się systemy do ciągłego monitorowania glikemii, wakacyjne wyjazdy z cukrzycą u boku stały się znacznie spokojniejsze i łatwiejsze. Korzystając z takich rozwiązań jak FreeStyle Libre możemy sprawdzać glikemię tak często, jak tego potrzebujemy, nawet wielokrotnie w ciągu jednej godziny (co może być potrzebne w trakcie dużego wysiłku fizycznego, takiego chociażby jak wspinaczka górską). Aby przekonać się, jaki mamy obecnie cukier wystarczy „zeskanować” telefonem umieszczony na ramieniu niewielki sensor.

To, co jest ogromnym ograniczeniem glukometrów, czyli wybiórczość oceny tego jak kontrolujemy glikemię, w przypadku systemu do ciągłego monitorowania traci rację bytu. Obecnie samo-kontrola może oznaczać wgląd w glikemie 24 godziny na dobę, i to bez kropli krwi.

Dodatkowo nowoczesny monitoring glikemii pozwala przewidzieć, jak będą kształtowały się nasze cukry w niedalekiej przyszłości. Mówią o tym strzałki trendu, które obrazują kierunek i tempo zmian stężenia glukozy. Doświadczeni w korzystaniu z systemu FreeStyle Libre użytkownicy często podkreślają, że strzałki trendu mają dla nich nawet większe znaczenie, niż aktualna wartość glukozy.

Bo pokazują one szerszy obraz glikemii, a odpowiednio zinterpretowane, pozwalają wykluczyć epizody hipo i hiperglikemii lub je złagodzić.

Liczne zmiany w dobowym rytmie dnia, jakie pojawiają się w okresie wakacji, zwiększają ryzyko rozchwiania cukrzycy. Natomiast możliwość wglądu w aktualną glikemię oraz jej trend znacznie to niebezpieczeństwo ograniczają. Nawet jeśli nie unikniemy zupełnie przecukrzenia po obfitym posiłku, to mając informację, że glikemia wzrasta w dużym tempie, szybciej jesteśmy w stanie zareagować – podać korekcyjną dawkę insuliny i uniknąć w ten sposób znaczącej hiperglikemii.

Samodzielny wyjazd diabetyka

System do ciągłego monitorowania glikemii, taki jak FreeStyle Libre ma kolejną, niebagatelną zaletę, szczególnie cenioną przez rodziców dzieci z cukrzycą. A mianowicie, pozwala na zdalne monitorowanie glikemii dziecka, niezależnie od tego, jak daleko od domu się ono znajduje (wystarczy pobrać i zsynchronizować aplikację LibreLinkUp). Dzięki temu rozwiązaniu rodzicom dzieci z cukrzycą jest znacznie łatwiej zdecydować się na to, by dziecko wyjechało na wakacje w gronie rówie-

śników. Rodzic, który widzi cukry dziecka będącego np. na wędrownym obozie jest spokojniejszy, a dodatkowo w każdej chwili może służyć swoją wiedzą i doświadczeniem, jeśli pojawią się trudności z utrzymaniem glukozy w ryzach.

Taki rodzaj wsparcia jest pomocny zarówno dla rodziców, ale też opiekunów diabetyka w czasie wyjazdu. Znacznie łatwiej podjąć się opieki nad dzieckiem z cukrzycą wiedząc, że razem z nami czuwa nad diabetikiem jego rodzic.

Pamiętaj:

- Z sensorem FreeStyle Libre możesz pływać, uprawiać sport, przebywać na słońcu. Aby nie stracić sensora podczas aktywności fizycznej dobrze jest zabezpieczyć go dodatkowo taśmą.
- Nawet jeśli do tej pory nie korzystałeś z systemu do ciągłego monitorowania glikemii, wakacje to idealny moment, by choć czasowo „przerzucić się” na tę metodę samokontroli.
- Aby korzystać z systemu FreeStyle Libre potrzebujesz jedynie sensora oraz pobrania bezpłatnej aplikacji na telefon.

Bożena Mazurek



Skrobia oporna

– jakie ma znaczenie w diecie diabetyka?

Właściwie zbilansowana dieta odgrywa fundamentalną rolę w leczeniu cukrzycy typu 2. Jako że podstawowym składnikiem pokarmowym są węglowodany, pojawia się pytanie: ile i jakie spożywać, aby nie doprowadzić do nadmiernych skoków cukru? Okazuje się, że są węglowodany, których wpływ na glikemię jest nieznaczny. Zalicza się do nich skrobię oporną.

Skrobia jest jednym z głównych węglowodanów w codziennej diecie człowieka – zawiera ją ok. 80% węglowodanów, włączając w to ziemniaki, ryż, kasze, makarony, a także wybrane warzywa strączkowe, a nawet banany.

Jak „zwykła” skrobia wpływa na glikemię?

Po obróbce termicznej skrobia ulega kleikowaniu (żelatynizacji) i jest bardzo łatwo przyswajana przez organizm (w jelicie cienkim). W efekcie tego procesu skrobia dostarcza energii, a także – wpływa na poziom cukru we krwi. Jak bardzo? Wszystko zależy od proporcji pomiędzy dwoma głównymi łańcuchami polisacharydowymi zawartymi w skrobi – amylozą oraz amylopektyną. Im mniej amylozy, tym wyższy indeks glikemiczny pokarmu, co w praktyce oznacza, że więcej glukozy przedostaje się do krwi.

Warto jednak wiedzieć, że nie każda skrobia ulega całkowitemu trawieniu i wchłanianiu w jelicie cienkim. Dotyczy to wy-

łącznie tej „zwykłej”, a więc skleikowanej. W niektórych przypadkach w skrobi zachodzi jednak proces retrogradacji, w wyniku którego ten polisacharyd znowu uzyskuje nieprzyswajalną postać. W efekcie nie jest on przetwarzany na glukozę.

Skrobia oporna, czyli co?

Skrobia oporna to właśnie ta, która w przeciwieństwie do „zwykłej” nie jest łatwo przyswajalna przez organizm. W tej postaci skrobia:

- nie rozkłada się do glukozy w jelicie cienkim,
- przechodzi w niezmienionej postaci do jelita grubego, gdzie pod wpływem działania bakterii probiotycznych jest rozkładana na drodze fermentacji do kwasów tłuszczowych, włączając w to kwas masłowy.

Jak można się domyślić, ta postać skrobi może być bardzo korzystna dla diabetyków, ponieważ jej dostarczenie do organizmu nie powoduje znaczącego podniesienia się poziomu cukru.

Gdzie znajduje się skrobia oporna?

W postaci nieprzetworzonej skrobia oporna występuje m.in. w ścianach komórkowych roślin strączkowych, zbóż oraz ziemniaków, a także w niedojrzałych bananach. Problem w tym, że pod wpływem obróbki termicznej dochodzi do jej żelatynizacji. Jeśli jednak pokarmy zawierające skrobię zostaną schłodzone, dochodzi



w nich do wspomnianej wcześniej retrogradacji. W wyniku tego procesu ponownie powstaje skrobia oporna.

W praktyce oznacza to, że skrobia oporna jest obecna w poddanych obróbce termicznej, a następnie schłodzonych przez kilka godzin:

- ziemniakach,
- ryżu,
- kaszach,
- nasionach strączkowych.

Uwaga! Należy je spożywać na zimno. Po ponownym podgrzaniu do temperatury ok. 55°C tracą swoje korzystne właściwości, ponieważ skrobia ponownie zmieni postać na tę łatwo przyswajalną.

Jaka jest zalecana dawka skrobi opornej?

Zaleca się spożywanie ok. 20-30 g skrobi opornej dziennie – tyle jelito grube jest w stanie rozłożyć na korzystne dla zdrowia kwasy tłuszczowe. Nadwyżka skrobi odpor-

nej zostanie po prostu wydalona z organizmu.

A ile skrobi odpornej zawierają poszczególne pokarmy? Przykładowo:

- w średniej wielkości ziemniaku, który został ugotowany, a następnie schłodzony, znajduje się 2-8 g skrobi odpornej,
- w 1/2 szklanki ugotowanej chłodnej fasoli – 8 g,
- w 1 średniej wielkości niedojrzałym bananie – 6 g,
- w 1/2 szklanki gotowanej schłodzonej soczewicy – ok. 3,5 g.

Jak włączyć skrobię oporną do diety?

Możesz po prostu zacząć jeść ryż, ziemniaki czy kasze na zimno – łącząc je np. z ciepłym mięsem i dodatkami. Ciekawą opcją jest również przyrządzanie sałatek serwowanych po schłodzeniu. Skrobię oporną zdecydowanie warto włączyć do diety osoby chorującej na cukrzycę.

Anna Korzeniowska



CUKIER W NORMIE

suplement diety, 20 torebek do zaparzania

Morwa biała

Kora cynamonowca

Jałowiec pospolity

Korzeń łopianu



Produkt przeznaczony dla osób dorosłych.

DOZ.PL



Zielnik DOZ



Wszystko
płatności online



Szybka oferta,
pomiędzy 2014, 2015, 2016, 2017, 2018



Chcesz nas dobrać?
322 24 32 32 21



Diagnostyka powoli

Cynk

– pierwiastek szczególnie ważny przy cukrzycy

Cynk ma duże znaczenie w utrzymaniu prawidłowego poziomu glukozy we krwi. Pobudza wydzielanie insuliny oraz zwiększanie wrażliwości na jej działanie. Z tego powodu jest to pierwiastek rekomendowany dla osób ze stanem przedcukrzycowym oraz diabetyków. Tym bardziej, że niektóre leki przyjmowane w terapii cukrzycy mogą prowadzić do niedoboru cynku.

Cynk bierze udział w syntezie proinsuliny (prohormon), z którego syntetyzowana jest insulina. Pojedyncze łańcuchy proinsuliny w obecności cynku łączą się tworząc heksamery w stosunku: sześć łańcuchów proinsuliny stabilizowanych przez dwie cząsteczki cynku, czyli powstaje heksamer. Tylko taka forma proinsuliny jest dalej przekształcana do aktywnej postaci insuliny.

Następnie z heksamerów proinsuliny odłączany jest peptyd C co powoduje przekształcenie proinsuliny do insuliny. Na tym etapie cynk nadal stabilizuje cząsteczki insuliny pozostające w postaci heksamerów. Stanowi to magazyn do wydzielania insuliny.

Insulina w następnym etapie uzyskuje swoją aktywność poprzez rozpad heksa-

merów i tworzenie pojedynczych kryształów (monomerów). W takiej postaci jest wydzielana do krwi. Na tym etapie cynk nie dopuszcza do tworzenia polimerów, które uniemożliwiłyby prawidłowe działanie insuliny na poziomie komórki.

Cynk a cykl metaboliczny glukozy

Poziom glukozy we krwi jest kontrolowany przez dwa kluczowe hormony: insulinę i glukagon. Po spożyciu pokarmu poziom cukru we krwi wzrasta następuje hiperglikemia, co jest sygnałem dla komórek β (Beta) trzustki do wydzielania insuliny.

W efekcie jej działania następuje obniżenie poziomu glukozy we krwi. W przypadku dużego obniżenia cukru we krwi, czyli hipoglikemii, komórki α (Alfa) trzustki wydzielają glukagon – hormon, który podwyższa poziom glukozy we krwi. U zdrowego człowieka równowaga pomiędzy hormonami: insuliną i glukagonem sprawia, że poziom glukozy we krwi jest prawidłowy. U osób z insulinoopornością oraz cukrzycą typu 2 organizm nie radzi sobie z produkcją takich ilości insuliny, by poziom cukru we krwi mieścił się w granicach normy. Stąd pojawia się konieczność wspierania wydzielania insuliny przez trzustkę, w procesie tym dużą rolę odgrywa między innymi cynk.



Czas ma znaczenie

stan
przedcukrzycowy

cukrzyca typu 2



10/22/2019 10:00:21



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



wspiera
prawidłowy
poziom glukozy
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 Gapys, Anna Raszeja-Specht, Hanna Bielarczy „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, Lothar Rink, Junxia Min, and Fudi Wang Zinc supplementation improves glycaemic 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-Ashmony 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. 2015, 19, 476.

Nazwa produktu leczniczego i nazwa powszechnie stosowana: Zinkorot, 25 mg Zn²⁺, tabletki. **Postać farmaceutyczna:** Tabletki, biała płaska tabletki z zaokrąglonymi krawędziami i liną 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. Dziekońskiego 1, 00-728 Warszawa, tel. 22 863 72 81, fax 22 877 13 70. **Kategoria dostępności:** Lek wydawany bez recepty.

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


wörwag
PHARMA



Cukrzyku! Lecz się sam!

Od wielu lat zajmuję się edukacją diabetologiczną i mam w głowie tysiące godzin, przegadanych z Wami o cukrzycy. Wiem jak „towarzyska” jest to choroba – jak wielu dziedzin związanych z Waszym zdrowiem dotyczy i jak bardzo przydaje się wsparcie mądrym słowem w Waszej codziennej walce. Pozwólcie, że podzielę się z Wami moimi obserwacjami, żebyście stali się sprytniejsi od Waszej cukrzycy. Odcinek pierwszy – jak uzyskać mądre słowo od diabetologa?

Nie czarujmy się, nie ma takiej możliwości, żeby z każdym pytaniem móc szybko zwrócić się do swojego diabetologa. Problemów jest wiele, a terminy wizyt kontrolnych ustalone na odległy termin. Tym bardziej czas przeznaczony na konsultację powinniście wykorzystać co do minuty! Trzeba do takiej wizyty dobrze się

przygotować i zaraz ustalimy na co zwrócić uwagę.

Po pierwsze lekarz musi wiedzieć w jakim celu przyszliście na wizytę. Wiadomo – na kontrolę! Ale czego? Dacie radę złożyć raport na temat trzech miesięcy Waszego życia w 10 minut? No właśnie... Sami przejrzycie swoje dzienniczki samokontroli i sami zadajcie sobie pytanie – czy jest tam coś, na co warto zwrócić lekarzowi uwagę? Czy te wyniki glikemii potraficie wyjaśnić i poradziliście sobie z nimi sami czy też potrzebujecie wsparcia? Czy to jest moment, w którym potrzebna będzie zmiana leczenia i diabetolog potrzebuje dokładnych danych, żeby jak najprecyzyjniej dokonać korekty?

Wiemy, że cukrzyca jest chorobą o bardzo zmiennym przebiegu. Raz ustalony schemat leczenia sprawdza się przez wiele

miesiący aż następuje kryzys i konieczność zmian. Wizyta kontrolna pozwala uchwycić ten moment, w którym potrzebna jest interwencja.

Z naszych szczerych rozmów wiem, że czasem wpisy w dzienniczkach podlegają pewnym manipulacjom. Nie uzupełnia się ich na bieżąco tylko albo same dobre, albo tylko na miesiąc lub tydzień przed wizytą i to przy zaostrzonej diecie. Są też wpisy bez słowa wyjaśnienia dlaczego odbiegają od oczekiwań. Po kilku tygodniach mamy prawo nie pamiętać, czy to był nasz błąd w diecie, zaczynająca się infekcja lub włączenie leku przez innego lekarza. Może powodem była inna godzina podania leku? Wiadomo, że poziom glikemii oznaczony w danej chwili jest kontrolą dla wszystkich naszych działań wstecz. Przebiegamy w pamięci poszukując odpowiedzi na pytanie – co zjedliśmy? Ile, jaki i czy prawidłowo podany lek przyjęliśmy? Jaka była nasza aktywność do tej chwili?

Każdy diabetolog chciałby mieć przed sobą partnera, na którym można polegać. Przede wszystkim takiego, który potrafi uczyć się na błędach i do nich przyznać. Wynik hemoglobiny HbA1c boleśnie obnaży Wasze słabe strony. Ale chodzi o coś więcej! O Wasze życie w pełnej sprawności do późnej starości ☺

Zatem podsumujemy: niech Wasz diabetolog otrzyma dzienniczek samokontroli uczciwie i regularnie wypełniany, z notatkami zawierającymi Wasze komentarze, wpisami o Waszym stanie zdrowia od poprzedniej wizyty i wszystkimi przyjmowanymi lekami, a na deser Wasze zapytania i sugestie co chcecie poprawić do następnej wizyty.

Trzymam kciuki! Cukrzyku! Leczyć się sam!
Wasz Lekarz Życzliwego Kontaktu ☺

nazwisko znane Redakcji



Książka
dostępna
w Empiku



**Najwyższy czas,
żeby skutecznie działać**

Częstochowa – Czas na ruch w terenie

Czas na powrót do spędzania wspólnych chwil w ruchu na łonie przyrody. PSD Oddział Miejski w Częstochowie ruszył w teren, tym razem zwiedzaliśmy świętokrzyskie. Pierwszym kierunkiem był Jędrzejów i najstarsze w Polsce Opactwo Cystersów. Wiele osób zwróciło uwagę na ołtarz w kościele, który wydał się im znajomy. Okazało się, że ołtarz w bazylice jasnogórskiej jest prawie identyczny, bo był wzorowany na tym jędrzejowskim. Po zwiedzeniu barokowego klasztoru i kościoła ruszyliśmy w kierunku Opactwa Świętego Krzyża, w którym od 1306 roku znajduje się Relikwia Drzewa Krzyża Świętego, podarowanego przez księcia Władysława Łokietka. W okresie Jagiellonów, opactwo było najważniejszym sanktuarium w Królestwie Polskim. Klasztor i kościół były kilkakrotnie przebudowywane, obecnie są zachowane w stylu barokowo-klasycystycznym. Relikwiarz znajduje się w Kaplicy Oleśnickich. Po zwiedzeniu opactwa i krótkiej modlitwie całej grupie diabetyków udzielił błogosławieństwa dyżurujący Ojciec Relikwia-

rzem Drzewa Krzyża Świętego. Tak podbudowani duchowo ruszyliśmy w kierunku ostatniego punktu naszej wędrowki, czyli Jaskini Raj. Tutaj była chwila wytchnienia na posiłek i coś chłodnego, ponieważ plan naszej wyprawy był bardzo napięty. Po odpoczynku ruszyliśmy zwiedzać jaskinię znajdującą się w obrębie wschodni wapieni dewońskich, budujących niewielkie wzniesienie Malik. Długość trasy wycieczkowej wynosi 180 metrów.

W samej jaskini oglądaliśmy bogate i różnorodne formy naciekowe, czasem o oryginalnych kształtach, jak stalaktyty, stalagmity, kolumny naciekowe, draperie, perły jaskiniowe, misy martwicowe, jeziorka i „pola ryżowe”. Jak w każdej jaskini było chłodno i wilgotno, po takim schłodzeniu z przyjemnością spacerowaliśmy po parku rozświetlony słońcem. Każda podróż kończy się powrotem do domu, w czasie powrotu do Częstochowy snuły się plany następných wyjazdów.

Zbigniew Wawrzyńczak



PSD Częstochowa na Przeprośnej Górze

Wierni swoim przekonaniom, że ruch jest nie tylko zbawienny, lecz jest jednym z podstawowych warunków prawidłowego leczenia cukrzycy, wybraliśmy się na Przeprośną Górkę. To Sanktuarium Ojca Pio, które położone jest spokojnym miejscu pod Częstochową otoczone lasami i polami. Szczególnego uroku nabiera wiosną, po długim siedzeniu w murach miasta. Po dotarciu na Przeprośną członkowie stowarzyszenia i sympatycy raczyli się barszczem, gorącą kaszanką oraz kawą, herbatą i wodą. Po chwili odpoczynku ruszyliśmy na spacer wzdłuż Drogi Krzyżowej, która wije się w okolicznych zagajnikach i polach. Pogoda nam sprzyjała, świeciło słońce i było ciepło, trochę chłodu zapewniał wiatr. Między stacjami są ławeczki, na których co bardziej zmęczeni

mogli chwilę odpocząć i wsłuchać się w odgłosy budzącej się przyrody. Wyciszenie i rozgrzani majowym słońcem uczestnicy spotkania zaproszeni zostali na gorącą kiełbasę z kapustą.

Będąc na Przeprośnej Górze nie zapomnieliśmy o modlitwie w intencjach z jakimi przybyliśmy w takie miejsce. Po tak spędzonym dniu członkowie PSD Oddział Miejski w Częstochowie z uśmiechem na twarzy pożegnali gościnną Przeprośną Górkę.

Zbigniew Wawrzyńczak



sanofi

Sanofi

– ekspert
w insulinoterapii



Tarnogrodzka Szkoła Cukrzycy ruszyła

Dnia 07 kwietnia 2022 r. w Tarnogrodzie diabetycy zorganizowali spotkanie na temat odżywiania i diety dla chorych na cukrzycę. Spotkanie odbyło się w Tarnogrodzkim Ośrodku Kultury. W spotkaniu uczestniczyli chorzy na cukrzycę, osoby zainteresowane oraz osoby z Klubu Seniora w Tarnogrodzie.

Spotkanie prowadził dr Roman Cichocki Kierownik Niepublicznego zakładu Opieki Zdrowotnej w Tarnogrodzie, pełniący obowiązki prezesa Koła diabetyków w Tarnogrodzie. W spotkaniu uczestniczyła lek med. Ewa Lukaszczyk, Małgorzata Chmielecka pielęgniarka opiekująca się kołem w Tarnogrodzie pod względem medycznym i informacyjnym. Wykład w temacie diety i właściwego odżywiania prowadziła Pani Agnieszka Betlej z firmy ASCENSIA Diabetes Care, która zajmuje się Glukometrami Contur.

Tematy poruszone przez naszego eksperta:

- „Dieta i cele leczenia diabetologicznego w cukrzycy”
- „Zalecenia dietetyczne dla osób z cukrzycą typ 2”
- „Diety przy insulinoterapii”

Co to znaczy odżywiać się zdrowo?

- jeść posiłki regularnie, rozpoczynając od śniadania.
- nie przejadać się
- nie jeść bezpośrednio przed snem
- jeść posiłki urozmaicone
- codziennie jeść warzywa
- jeść owoce w umiarkowanych ilościach
- unikać cukru i produktów zawierających cukier
- unikać tłustych potraw
- gasić pragnienie wodą
- unikać podjadania pomiędzy posiłkami

Spróbuj wprowadzić do swojej kuchni tych kilka prostych rad, które pomogą Ci w utrzymaniu poziomu cukru we krwi na pożądanym poziomie.

Na kolejne spotkanie edukacyjne w Tarnogrodzkiej Szkole Cukrzycy zapraszamy już w maju.

Władysław Chodkiewicz



Spotkanie w Tarnogrodzkiej Szkole Cukrzycy

Dnia 5 maja 2022 r. w Tarnogrodzkim Ośrodku Kultury odbyło się kolejne spotkanie edukacyjne w Tarnogrodzkiej Szkole Cukrzycy.

Wykłady pod tytułem:

- Zawał serca, udar mózgu – czy to też powikłania cukrzycy?
- Zespół metaboliczny – problem społeczny XXI wieku

poprowadził dr Roman Cichocki, Kierownik Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Tarnogrodzie. Wykład został przygotowany przez Porozumienie Zielonogórskie Lekarzy.

Z wykładu dowiedzieliśmy się że choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią najczęstszą przyczynę zgonu. Są też częstą przyczyną ciężkiego kalectwa, zmieniającego życie chorego i jego najbliższych.

Najważniejsze z nich to choroba niedokrwienności serca oraz miażdżycy naczyń mózgowych. Cukrzyca przyspiesza rozwój miażdżycy tętnic. Miażdżycy tętnic powoduje utrudnienie w przepływie krwi która dostarcza tlen i substancje odżywcze do serca.

Czynniki wpływające na rozwój miażdżycy

1. Cechy osobnicze – wiek, płeć, obciążenie genetyczne i rodzinne.
2. Choroby przyspieszające rozwój miażdżycy – nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej (cholesterol, trójglicerydy).
3. Cechy stylu życia – palenie papierosów, nieprawidłowy sposób odżywiania, brak aktywności fizycznej.

Choroba niedokrwienności serca i zawał serca.

Badania wykazały że źle leczona cukrzyca zwiększa 5-krotnie ryzyko wystąpienia choroby niedokrwienności serca. Typowe

objawy to ucisk w okolicy mostka, pieczenie, rozpieranie, ból promieniujący do żuchwy, lewego łokcia lub między łopatkami. W diagnostyce choroby niedokrwiennej serca wykorzystujemy EKG, spoczynkowe, EKG wysiłkowe, echo serca, koronografię.

Udar mózgu.

W Polsce notuje się 75 tysięcy nowych udarów rocznie. Ryzyko wystąpienia udaru mózgu u osób ze źle kontrolowaną cukrzycą zwiększa się 3-krotnie. Główną przyczyną udaru mózgu stanowi miażdżycy tętnic szyjnych, i rozrzucone zmiany miażdżycowe tętnic wewnątrzczaszkowych. W diagnostyce stosowane są: Usg, Doppler tętnic, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny.

Zespół metaboliczny.

Zespół metaboliczny jest zbiorem wielu czynników ryzyka:

Otyłość, zaburzenia tolerancji glukozy, zwiększenie stężenia trójglicerydów, zwiększenie stężenia dobrego cholesterolu HDL, podwyższenie ciśnienia tętniczego.

Aby rozpoznać zespół metaboliczny, oprócz otyłości brzusznej, należy stwierdzić dwa dodatkowe kryteria spośród wymienionych wcześniej.

Zwiększenie aktywności fizycznej to najczęściej ignorowane przez pacjentów zalecenia lekarskie. O tym, że edukacja w cukrzycy jest niezwykle ważna pisał sto lat temu prof. Ellion Joslin – „**chorzy na cukrzycę wiedzący najwięcej żyją najdłużej**”.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych, chorych, na kolejne spotkanie w czerwcu.



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