

CUKRZYCA



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW



International
Diabetes
Federation

BIULETYN INFORMACYJNY
POLSKIEGO
STOWARZYSZENIA
DIABETYKÓW

wrzesień 2022

**Przełomowe zmiany
w leczeniu cukrzycy
typu 2**

**Cukrzyca nie musi
już być wyrokiem
dla wzroku**

**Cukrzyca a otyłość
– wzajemne relacje**





BADANIE CUKRU NIGDY NIE BYŁO TAK PROSTE

- ✓ Bezboleśnie, tak często jak chcesz
- ✓ Wyniki możesz udostępnić zdalnie rodzinie i lekarzowi

Zamów bez wychodzenia z domu
na www.libre.pl




FreeStyle
Libre
SYSTEM MONITOROWANIA GLIKEMII FLASH


life. to the fullest.®
Abbott

Podręcznik użytkownika systemu FreeStyle Libre.

Pomiar glikemii przez skanowanie sensora nie wymaga użycia nakłuwacza.

© 2021 Abbott. FreeStyle Libre oraz powiązane z nimi znaki firmowe są własnością firmy Abbott ADC-36602 v1.0

Drodzy Czytelnicy

W jesień wkraczamy z bardzo pozytywnymi zmianami na liście leków refundowanych. Wskazania do terapii flozynami i lekami inkretynowymi zostały poszerzone, co oznacza, że będą one dostępne dla szerszego grona pacjentów. Pojawiła się także refundacja dla preparatów z grupy gliptyn, które do tej pory nie były objęte refundacją. Zmiany, o które przez tyle lat zabiegaliśmy, w ostatnim czasie „dzieją się” w przyspieszonym tempie. To doskonała wiadomość dla pacjentów, którzy mają coraz lepszy dostęp do nowoczesnego i skutecznego leczenia cukrzycy.

Do pozytywnych wiadomości należy zaliczyć także zmiany w zakresie leczenia cukrzycowego obrzęku płamki. Rok po wejściu w życie programu lekowego dla chorych z DME rozmawiamy na jego temat z wybitnym specjalistą, prof. Robertem Rejdakiem. Wnioski z tej rozmowy naprawdę napawają optymizmem.

Dobrej lektury!

Redakcja



SŁODKIE NOWINKI

Przełomowe zmiany w leczeniu cukrzycy typu 2	4
Konkurs o Kryształowego Kolibra	5
Nowe odznaczenia PSD	5
Małe granty PSD	6
Plakat z okazji Światowego Dnia Cukrzycy	7
Posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy	8
Czytelny dzienniczek i czysty glukometr poproszę	10

WARTO WIEDZIEĆ

Cukrzyca nie musi już być wyrokiem dla wzroku ..	12
Cukrzyca a otyłość – wzajemne relacje	16
Aktywność fizyczna – filar leczenia cukrzycy	18
Czy otrzymujemy wystarczającą ilość witaminy D?	20
Pierwiastek śladowy o kolosalnym znaczeniu dla zdrowia	22
Jak się na coś uprę, to zrobię	24
Z życia PSD	28
Z żałobnej karty	31



Przełomowe zmiany w leczeniu cukrzycy typu 2

Na wrześniowej liście leków refundowanych nie zabraknie rozszerzenia dostępu do nowoczesnych terapii, które skutecznie regulują poziom glukozy we krwi nie powodując hipoglikemii i równocześnie zapobiegają groźnym dla życia i zdrowia powikłaniom. O zmiany od dawna zabiegało skonsolidowane środowisko ekspertów i pacjentów.

Dnia 16 sierpnia Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt obwieszczenia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, który wchodzi w życie 1 września 2022 roku. W projekcie znalazły się bardzo pozytywne zmiany dla osób cukrzycą typu 2: od września będą miały dużo szerszy dostęp do nowoczesnych leków.

Nowa lista refundacyjna wprowadza 7 nowych cząsteczko-wskazań w zakresie cukrzycy, dla 3 grup lekowych. Będą to rozszerzenia wskazań dla analogów GLP-1 (dulaglutyd i semaglutyd), rozszerzenie wskazań dla inhibitorów SGLT-2 oraz inhibitorów DPP-4.

Co te zmiany w praktyce oznaczają dla pacjentów?

Do tej pory pacjenci z cukrzycą typu 2 mieli dostęp do refundacji flozyn (SGLT-2) i inkretyn (GLP-1) w bardzo wąskim zakresie. Obwieszczenie Ministerstwa Zdrowia wprowadza istotne zmiany rozszerzające zakres refundacji. Pierwsza zmiana dotyczy kryterium poziomu hemoglobiny glikowanej z 8% do 7,5%. Druga zmiana to obniżenie kryterium wskaźnika BMI do 30.

Co istotne, refundacja dotyczy również pacjentów, którzy już korzystają z dwóch leków, w tym jednym z nich może być insulina. Tym pacjentom również przysługuje refundacja.

Z kolei preparaty z grupy inhibitorów DPP-4 nie były do tej pory w ogóle refundowane. Od września leki zawierające sitagliptynę oraz wildagliptynę będą dostęp-

ne z 30% dopłatą po stronie pacjenta, co sprawi, że koszt tych terapii będzie zdecydowanie bardziej akceptowalny dla chorych.

„Zmiany na liście refundacyjnej bardzo nas cieszą. To miły krok dla leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 w Polsce, który pozwoli na objęcie szerszej populacji chorych odpowiednią farmakoterapią na światowym poziomie. Zmiany, o które zabiegaliśmy od lat, wspólnie ze środowiskiem medycznym, stały się realne. Dziękujemy za otwartość i konstruktywny dialog po stronie decydentów. Doceniamy fakt, że nasz głos jest słyszany i uwzględniany przy decyzjach istotnych dla pacjentów” – mówi Anna Śliwińska, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Zapobieganie powikłaniom cukrzycy to również korzyść dla systemu ochrony zdrowia

Eksperti podkreślają, że nowoczesne terapie są skuteczne nie tylko w leczeniu cukrzycy typu 2, ale również odsuwają w czasie niebezpieczne powikłania. Leki z grupy flozyn mają również działanie chroniące nerki i układ sercowo-naczyniowy, dlatego są także stosowane u pacjentów z niewydolnością serca i przewlekłą chorobą nerek. Kompleksowe leczenie i zapobieganie rozwojowi powikłań to korzyść nie tylko dla pacjentów, ale też dla systemu ochrony zdrowia. Jak wskazują analizy farmakoekonomistów, stosowanie nowoczesnych farmakoterapii zmniejsza ilość hospitalizacji, które w systemie ochrony zdrowia stanowią największą część kosztów, jakie ponosi budżet państwa.

Konkurs o Kryształowego Kolibra

Przypominamy



Jak co roku, zapraszamy do zgłaszania kandydatów do prestiżowego konkursu Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków o Kryształowego Kolibra.

Nagroda ta cieszy się wysoką renomą i jest najwyższym wyróżnieniem w PSD. Honorujemy nią osoby wyróżniające się swoją działalnością w kategoriach takich jak: Lekarz Roku, Pielęgniarka Roku, Społecznik Roku, Dobroczyńca Roku itd. (w sumie 9 kategorii).

Regulamin konkursu oraz odpowiednie klauzule można pobrać ze strony internetowej www.diabetyk.org.pl z działu O Stowarzyszeniu – Dokumenty lub uzyskać z Biura ZG PSD tel. 22 668 47 19, mail sekretariat@diabetyk.org.pl

Prosimy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że od 2021 roku obowiązuje specjalny formularz zgłoszeniowy (załącznik nr 1 do Regulaminu), który należy wypełnić.

Zgłoszenia przyjmowane są do dnia 30.09 br.



Odznaki „Złote Serce” i „Ambasador” PSD

Przypominamy



Przypominamy, że od początku roku w PSD funkcjonują nowe odznaczenia o nazwie „Złote Serce” oraz „Ambasador Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków”.

ZŁOTE SERCE

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

AMBASADOR

Odznaka „Ambasador Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków” jest odznaczeniem przyznawanym za wyróżniającą się działalność dla dobra Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków oraz osób z cukrzycą. Odznakę można przyznać lekarzom, pielęgniarkom i innemu personelowi medycznemu, jak również sponsorom, darczyńcom, partnerom i innym osobom lub instytucjom/organizacjom, które przyczyniają się do rozwoju działalności PSD, pomagają, współpracują i wykazują troskę o osoby z cukrzycą.

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



Małe granty PSD

Po raz pierwszy w tym roku, decyzją Zarządu Głównego PSD, zostały przyznane środki w ramach konkursu o Małe Granty Oddziałom i Kołom PSD.

Konkurs został ogłoszony Uchwałą nr 3/2/2022 Zarządu Głównego PSD z dnia 20.03.2022 r. Wszystkie chętne Oddziały i Koła PSD mogły ubiegać się o dofinansowanie przeprowadzanych przez siebie projektów/wydarzeń/przedsięwzięć kwotą do 2 000 zł, z łącznej puli 40 000 zł przeznaczonych na finansowanie Małych Grantów w 2022 roku. W tym celu musiały wypełnić wniosek o grant, który następnie został oceniony przez Kapitułę konkursu (Zarząd Główny) zgodnie z przyjętym regulaminem. W wyznaczonym terminie do

Zarządu Głównego PSD wpłynęło 40 aplikacji.

Podczas obrad Kapituły dnia 26.07.2022 r. Zarząd Główny PSD podjął decyzję o powiększeniu puli środków z 40 000 zł na 46 000 zł i tym samym przyznaniu grantów nie 20, a 23 jednostkom, które uzyskały największą liczbę punktów wg formularza oceny wniosku. Granty w wysokości 2 000 zł otrzymali wszyscy aplikujący, którzy uzyskali ocenę powyżej 18 punktów na 22 możliwe.

Oddziały/Koła PSD uhonorowane Małym Grantem:

Koło/Oddział	Przyznane punkty
Śląski Oddział Wojewódzki	22,00
Słupsk	21,57
Jasło	21,00
Konin Oddział Rejonowy	20,86
Morań	20,86
Łódź Oddział Miejski	20,67
Złotoryja Koło	20,50
Sanok Koło	20,43
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki	20,33
Gryfice	20,14
Siemno	20,14
Biłgoraj	19,86
Sosnowiec	19,86
Pomorski Oddział Wojewódzki	19,67
Brzeszcze	19,57
Jarosław	19,57
Zagrodno	19,29
Tomaszów Lubelski Koło Powiatowe	19,00
Brzeg	18,86
Olkusz	18,71
Grodzisk Wielkopolski	18,29
Tarnowskie Góry	18,29
Bielsko-Biała Oddział Rejonowy	18,14

Plakat z okazji Światowego Dnia Cukrzycy

Tak jak w latach ubiegłych, firma Abbott będzie sponsorem druku i wysyłki plakatu wydanego przez Międzynarodową Federację Diabetologiczną (IDF) z okazji Światowego Dnia Cukrzycy.

Plakaty zostaną wysłane do wszystkich Oddziałów i Kół PSD.

Wersja elektroniczna plakatu będzie również dostępna do samodzielnego pobrania na stronie internetowej Zarządu Głównego PSD www.diabetyk.org.pl

Przypominamy hasło tegorocznego święta:



Cukrzyca: Edukacja chroni nasze jutro

Ponad 90% opieki w cukrzycy to opieka wtajemniczona.
 Czy masz odpowiednią wiedzę, aby podjąć/zwzględnie wykonać decyzję?

Weź odpowiedzialność za swoją opiekę w cukrzycy

Skontaktuj się z nami: www.diabetyk.org.pl



EDUKACJA CHRONI NASZE JUTRO



KSIAŻKA POD PATRONATEM PSD

**POZNAJ CUKRZYCOWĄ CODZIENNOŚĆ,
KTÓRĄ POKAZAŁAM OCZAMI:
DZIECKA, NASTOLATKA, DOROSŁEGO**

Anna Przybylak

**HISTORIA INSPIROWANA
AUTENTYCZNYMI WYDARZENIAM**

**JEDYNA KSIAŻKA O CUKRZYCY,
KTÓRA NIE JEST PORADNIKIEM**

**DO KUPIENIA NA
MOIM BLOGU**



Posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy

W ostatnich latach opieka nad pacjentem diabetologicznym w Polsce znacząco się poprawiła. Jednocześnie nie wolno stracić z oczu tego, co wciąż pozostaje istotnym wyzwaniem – ograniczone kryteria refundacyjne dla niektórych terapii, leczenie stopy cukrzycowej, czy też efektywne wykorzystanie środków z opłaty cukrowej. To główne wnioski z posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Cukrzycy, które odbyło się dnia 3 sierpnia br.

W swoim wystąpieniu Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Anna Śliwińska podziękowała Ministerstwu Zdrowia za wszystkie zmiany w zakresie dostępu do nowoczesnych opcji leczenia cukrzycy, jakie dokonały się w ostatnich latach. Podkreśliła przy tym jednak, że ogromnym wyzwaniem wciąż pozostają surowe kryteria refundacji wybranych terapii, które w praktyce ograniczają możliwość stosowania tych leków u wielu pacjentów, u których przyniosłyby one wymierne efekty.

Prezes Anna Śliwińska przybliżyła w tym kontekście sytuację pacjentów z cukrzycą typu 2, którzy nie mają pełnego dostępu m.in. do długodziałających analogów insuliny, jak również części floczyn i inkretyn. Z jej słowami zgodził się prof. Leszek Czupryniak, szacując że „*mamy dostęp do 50-60% tego, co jest dostępne na skalę europejską*”.

Prof. Czupryniak zaproponował również dokonanie przeglądu obecnie refundowanych terapii cukrzycy i zastanowienie się nad zasadnością dalszego finansowania tych technologii lekowych, które nie są już w zasadzie stosowane lub których koszt poza refundacją nie jest wysoki.

Nadzieja na poprawę w obszarze technologii

Jak podkreślali zaproszeni goście, spektakularne zmiany pojawią się także wraz z wejściem w życie nowego rozporządzenia

w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dzięki decyzji Ministerstwa Zdrowia dostęp do systemów monitorowania glikemii zostanie już wkrótce rozszerzony na dorosłych pacjentów będących na intensywnej insulinoterapii, w tym kobiety w ciąży oraz osoby niewidome leczone insuliną.

Zdaniem ekspertów kolejnym krokiem w tym obszarze powinno być coraz szersze udostępnianie systemów ciągłego monitorowania glikemii, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów stosujących pompy insulinowe, czy także pomp bezdrenowych.

Apelowali także o zapewnienie kontynuacji leczenia pompą insulinową przynajmniej u tych pacjentów, którzy już z takiego rozwiązania korzystają. *„Oczywiście docelowo chcielibyśmy, aby wszyscy pacjenci mogli korzystać z pomp insulinowych, nie tylko w drodze kontynuacji”* – podsumowała Anna Śliwińska.

W odpowiedzi na przedstawione kwestie, naczelnik Wydziału Refundacyjnego Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia Mateusz Oczkowski wskazał, że MZ planuje zmiany w refundacji w cukrzycy, które wręcz można nazwać rewolucyjnymi. – *Od 1 września zostanie dodanych 7 nowych częściczko-wskazań w zakresie cukrzycy, dla 3 grup lekowych. Będą to rozszerzenia*

wskazań dla analogów GLP-1, będzie rozszerzenie wskazań dla flozyn oraz inhibitorów DPP-4. Zazaczył, że w połączeniu ze zmianami, jakie zaplanowano w wykazie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, druga połowa tego roku przyniesie olbrzymie zmiany w jakości życia i możliwościach terapeutycznych dla pacjentów z cukrzycą.

Łyżka dziegciu w beczce miodu

Prof. Krzysztof Strojek, konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii przypomniał podczas spotkania, że mimo znaczących postępów, niektóre kwestie związane z leczeniem cukrzycy wciąż pozostają skrajnie niezagospodarowane. Niechlubnym przykładem tego zjawiska jest m.in. zespół stopy cukrzycowej.

W opinii konsultanta krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, mgr Alicji Szewczyk zmiany są także potrzebne w obszarze edukacji diabetologicznej, będącej niezwykle ważnym elementem skutecznej terapii cukrzycy.

Jak zabezpieczyć dodatkowe środki?

Kolejne wyzwania będą jednak wymagały dodatkowych środków finansowych. Dlatego podczas dyskusji zastanawiano się również w jaki sposób zabezpieczyć dodatkowe środki na opiekę diabetologiczną. W tym kontekście prof. Leszek Czupryniak wskazał na oszczędności, jakie można by uzyskać dzięki rezygnacji z finansowania przestarzałych, mniej efektywnych leków i technologii.

Drugą propozycją – na którą Polskie Stowarzyszenie Diabetyków zwraca uwagę od dłuższego czasu – jest podjęcie działań na rzecz właściwej alokacji i ewidencji środków z podatku cukrowego.

Eksperti byli zgodni co do tego, że przychody z tego tytułu już teraz są znacząco większe niż potencjalny koszt zaspokojenia najpilniejszych potrzeb w obszarze leczenia cukrzycy. Aby jednak rozwiązanie to przyniosło faktyczne efekty, nie wolno pozwolić na to, by pieniądze „rozplynęły się w systemie”.



Czytelny dzienniczek i czysty glukometr poproszę

Wielu pacjentów prowadzi nadal tradycyjne „dzienniczki diabetyka”, gdzie zapisuje swoje pomiary poziomu glukozy. Często są one naprawdę pomocne w wyrównaniu glikemii, ale żeby tak było, muszą być one czytelne, i to nie tylko dla samego pacjenta. Takie dzienniczki często dostają pacjenci w poradni, ale jest w nich za mało miejsca do zapisywania, jeżeli częściej niż dwa-trzy razy w ciągu dnia mierzymy glikemię.

Dziś do poradni przyszła Pani Monika (imię fikcyjne) ze swoim dzienniczkiem i pozwoliła mi zrobić to zdjęcie.

Sami Państwo oceńcie, czy da się cokolwiek wywnioskować z tych zapisków. Nawet Pani Monika nie mogła się zorientować w tych notatkach. Radzę pacjentom, aby kupić zwykły zeszyt i poświęcić jedną stronę na jeden dzień, a wtedy nasza współpraca będzie dużo lepsza. Każdy, kto prowadził takie zapisy wie, jakie to męczące, więc lepiej ułatwić sobie pracę.

Często doradzam pacjentom, żeby notowali, kiedy mają poziom glukozy za wysoki lub za niski i dlaczego tak się stało.

Nie zawsze będzie to związane z „ciastem na imieninach”, ale może to być np. stres (wizyta u dentysty). Wizyty w poradni są zwykle co 3-4 miesiące i kiedy pielęgniarki szczytają wyniki z naszego glukometru, to już nie będziemy pamiętać co się stało w ubiegłym miesiącu, kiedy nagle poziom glukozy wynosił 250 mg/dl lub 50 mg/dl. Wspólna analiza tych wyników i samoobserwacji pomoże nam uniknąć takich groźnych sytuacji w przyszłości i/lub zmodyfikować leczenie.

Pacjenci stosujący doustne leki przeciwcukrzycowe i/lub analogi GLP powinni dokonywać pomiarów glikemii zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego: raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach) i codziennie jedno badanie o różnych porach dnia.



Chorzy z cukrzycą typu 2., którzy są le-
czeniu stałymi dawkami insuliny, po-
winni wykonywać codziennie 1–2 pomi-
ary glikemii i, dodatkowo raz w tygodniu,
określać skrócony profil glikemii (na czczo
i po głównych posiłkach), a także, raz
w miesiącu, dobowy profil glikemii (na
czczo, przed każdym głównym posiłkiem,
jedną lub dwie godziny po każdym
głównym posiłku, przed snem).

Większość pacjentów stosujących in-
sulinoterapię metodą wielokrotnych
wstrzyknięć powinna wykonywać samo-
dzielny pomiar stężenia glukozy we krwi:

- zarówno przed, jak i po posiłkach,
- przed snem,
- przed planowanym wysiłkiem fizycz-
nym,
- przy podejrzeniu obniżonej wartości
glikemii,
- przed czynnościami, przy wykonywa-
niu których hipoglikemia jest szcze-

gólnie niebezpieczna, np. w czasie
prowadzenia samochodu.

I jeszcze jedna praktyczna informacja:
glukometr i jego etui można, a nawet
trzeba, myć! Resztki krwi na aparacie są
świetną pożywką dla bakterii i nie wy-
glądają estetycznie.

Mgr Ewa Dygaszewicz
Dietetyczka i edukatorka diabetologiczna
Prezes Pomorskiego Oddziału
Wojewódzkiego PSD

Zalecenia kliniczne dotyczące postę-
powania u chorych z cukrzycą 2021, Sta-
nowisko Polskiego Towarzystwa Diabetolo-
gicznego
Diabetologia Praktyczna 2020, tom 6, nr 1

Materiały
dla *pacjentów*
z *cukrzycą*
dostępne na stronie
www.sanofi.pl



sanofi

Cukrzyca nie musi już być wyrokiem dla wzroku



Polska jest obecnie na światowym poziomie leczenia schorzeń plamki – mówi prof. dr hab. n. med. Robert Rejda, kierownik Kliniki Okulistyki Ogólnej i Katedry Okulistyki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, z którym rozmawiamy o programie lekowym dla pacjentów z cukrzycowym obrzękiem plamki.

Dlaczego odrębne dotąd programy leczenia cukrzycowego obrzęku plamki i zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem połączono w jeden? Czy jest to słuszna decyzja?

Stworzenie jednego programu lekowego dla pacjentów z cukrzycowym obrzękiem plamki (DME) oraz zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem (AMD) to udogodnienie organizacyjne. Okulistyczna opieka nad chorymi ze schorzeniami plamki to działalność kompleksowa, która powinna opierać się na możliwie najwcześniejszej diagnostyce i jak najkrótszym czasie od postawienia diagnozy do wszczęcia leczenia. Połączenie tych programów pozwala nam na takie właśnie kompleksowe leczenie chorób plamki w populacji, w oparciu o podobne narzędzia i metody diagnostyczne. Ponadto w leczeniu DME i AMD wykorzystujemy w większości takie same leki. Specjalistyczne ośrodki, które prowadzą to leczenie będą mogły pomóc większej grupie pacjentów. Dlatego uważam połączenie dwóch programów lekowych w jeden za bardzo korzystną i usprawniającą naszą pracę zmianę.

Czy ten sam pacjent może mieć stwierdzone zarówno zwyrodnienie plamki jak i obrzęk?

Co do zasady nie jest to ta sama grupa pacjentów, ale w praktyce pacjent z cukrzycą może mieć cukrzycowy obrzęk

plamki, a także zwyrodnienie plamki związane z wiekiem. Czasami obraz jednej choroby przypomina drugą i dobrze mieć wszystkie narzędzia w rękę, aby je rozróżnić i zaproponować adekwatne leczenie. Jak ośrodek ma możliwość leczenia i jednej, i drugiej grupy pacjentów to tym lepiej dla chorych.

Program lekowy dla pacjentów z DME działa niecały rok. Czy Pana zdaniem spełnia on swoją rolę? Czy pacjenci z objawami DME bez problemów trafiają na ścieżkę terapeutyczną?

Z punktu widzenia mojej kliniki, gdzie bardzo oczekiwaliśmy na ten program i w momencie jego wejścia w życie z entuzjazmem rozpoczęliśmy leczenie pacjentów, wszystko działa bardzo sprawnie. Ale w skali całego kraju jest jeszcze sporo do zrobienia. Na pewno musi być budowana świadomość społeczna objawów chorób plamki, konsekwencji dla wzroku oraz możliwości ich leczenia. Teraz będzie nowy nabór ośrodków, które wejdą do programu lekowego. To bez wątpienia zadziała na korzyść pacjentów, zwiększy dostępność do leczenia.

Bardzo ważne są działania uświadamiające pacjentom, że są dzisiaj możliwości leczenia powikłań cukrzycowej choroby oczu i że są one skuteczne. Jednak w przypadku cukrzycowego obrzęku plamki jest to wyścig z czasem. Program lekowy powstał też po to, aby jak najwcześniej

kwalifikować pacjentów do terapii. Im bardziej zaawansowane szkody poczyni cukrzyca w oczach, tym możliwości pełnego wyleczenia są mniejsze. Dlatego musi być rozwijana współpraca na linii lekarz rodzinny – diabetolog – okulista. Pochwalę się, że my na Lubelszczyźnie wprowadzamy pionierski program wczesnej diagnostyki cukrzycowego obrzęku plamki w oparciu o telemedycynę. Najpewniej ruszy on we wrześniu.

W jaki sposób można zdalnie wykryć cukrzycowy obrzęk plamki?

Standardowo obrzęk plamki diagnozuje się wykorzystując takie narzędzia jak: typowe badanie okulistyczne, zdjęcia dna oka, badanie OCT, angiografię fluoresceinową lub alternatywnie badanie angio-OCT. Badania te wykonuje się w gabinecie lekarza okulisty, do którego starsi pacjenci spoza dużych miast mają utrudniony dostęp. Stąd pomysł, by to „gabinet” docierał do nich.

Dysponujemy bardzo zaawansowanym sprzętem, jest to rodzaj mobilnego laboratorium badawczo-diagnostycznego. Będzie ono jeździło do lekarzy rodzinnych w małych miejscowościach, gdzie wykorzystując telemedycynę i sztuczną inteligencję będzie prowadzony screening pacjentów. Do zdalnej diagnostyki wzroku będzie wykorzystywana fundus kamera oraz aparatura do badania angio-OCT.

Te działania pomogą nam „wyłowić” chorych na wczesnych etapach schorzeń plamki i zaproponować im leczenie, kiedy jest jeszcze szansa na całkowite uratowanie wzroku. To też będzie budowała świadomość społeczną problemu.

Z tego co Pan mówi wynika, że i przed naszym Stowarzyszeniem jest ważne zadanie, by mówić o problemie DME i możliwościach jego leczenia.

Tak, inicjatywa organizacji pacjentów jest bardzo potrzebna, aby chorzy wiedzieli, że zostały dla nich stworzone bardzo dobre

możliwości leczenia. Trzeba o tym jak najczęściej mówić. Świadomość, że szanse na leczenie są i że są one refundowane aktywuje samego chorego, który w momencie pojawienia się problemów ze wzrokiem zaczyna tej pomocy aktywnie szukać. To, że zostanie zwiększona liczba ośrodków realizujących program lekowy sprawi, że leczenie będzie bardziej dostępne także od strony logistycznej.

Czy to, co obecnie mamy w programie lekowym to światowy standard leczenia, czy w innych krajach można zrobić dla chorych DME więcej?

Obowiązujący od niespełna roku program opiera się na najnowszych metodach leczenia DME, a jednocześnie jest odpowiedzią na potrzebę społeczną zaopiekowania systemowego pacjentów z cukrzycą i chorobami plamki żółtej.

To sukces okulistyki, że nareszcie leczenie cukrzycowego obrzęku plamki jest zarówno ogólnodostępne dla pacjentów, jak i jest prowadzone na światowym poziomie. Terapia, o której rozmawiamy daje pacjentom szansę na utrzymanie widzenia, co z kolei zapewnia komfort życia rodzinnego i społecznego oraz nie przekreśla aktywności zawodową. W tej chwili jest to najbardziej nowoczesna i zaawansowana terapia, stosowana w takich samych schematach w Polsce jak i na świecie.

Czy sposób podawania leku – są to iniekcje do ciała szklistego – nie jest dla pacjentów bolesny i nieprzyjemny? Zastrzyk o oko jednak mocno działa na wyobraźnię...

Już ponad dekadę leczymy pacjentów w ten sposób i mogę zapewnić, że jest to procedura całkowicie „do przeżycia”, której nie trzeba się obawiać. Sam zabieg trwa kilka sekund, więcej czasu zajmuje diagnostyka i przygotowanie do podania preparatu. Znieczulenie gałki ocznej przy pomocy kropli jest wystarczające, pacjent praktycznie nie czuje ukłucia ani wprowa-

dzania preparatu. W programie lekowym AMD leczonych było w ten sposób już ponad 50 tysięcy osób i o ile pierwszy zastrzyk mógł wywoływać obawy pacjentów, o tyle kolejne były przyjmowane ze spokojem. Bo do tej formy podawania leku naprawdę można się bez problemu przyzwyczaić. Warto zaznaczyć, że w programie lekowym jest też możliwość terapii sterydowej, podawanej raz na sześć miesięcy. W tym wypadku leczenie również nie jest bolesne, a jednocześnie jest też mniej kłopotliwe dla chorych.

Kiedyś cukrzyca była wyrokiem dla wzroku. Jak jest obecnie przy współczesnych możliwościach leczenia cukrzycowej choroby oczu i samej cukrzycy?

W krajach Europy Zachodniej, które wcześniej zapewniły pacjentom kompleksowe leczenie cukrzycy, problem utraty wzroku zmniejszył się znacznie już kilka lat temu. Z jednej strony zmieniły się

możliwości leczenia cukrzycy, z drugiej dostępne są leki ratujące wzrok przy cukrzycowym obrzęku płamki, ale też coraz lepsze metody leczenia innych postaci retinopatii. W rezultacie w Wielkiej Brytanii, która jest dla nas pewnym wzorcem postępowania nad pacjentem z cukrzycą, retinopatia cukrzycowa i cukrzycowy obrzęk płamki nie są pierwszą przyczyną wykluczenia zawodowego. A przez dekady tak było. To efekt skutecznego leczenia samej cukrzycy, szybkiej diagnostyki chorób oczu i dostępu do leczenia. I my w tej chwili zbliżamy się do tego. Usprawniamy diagnostykę i mamy program lekowy na światowym poziomie. Także nowoczesne leki przeciwcukrzycowe stają się coraz szerzej dostępne. To wszystko powinno sprawić, że zminimalizujemy problemy związane z powikłaniami ocznymi w cukrzycy. Wierzę, że jesteśmy na dobrej drodze.

Rozmawiała
Małgorzata Marszałek



Przypominamy



Program lekowy dla pacjentów z chorobami siatkówki

Z dniem 1 lipca 2022 dwa dotychczas obowiązujące programy lekowe:

- Program Leczenia Zwyrodnienia Płamki Związanego z Wiekiem
- Program Leczenia Cukrzycowego Obrzęku Płamki

zostały połączone w jeden i odtąd funkcjonują pod wspólną nazwą **Leczenie Pacjentów z chorobami Siatkówki** (B.70.).

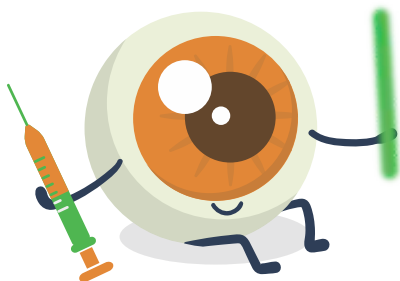
Zmiana nazwy nie zmienia zasad korzystania z nowoczesnego leczenia cukrzycowego obrzęku płamki dla pacjentów diabetologicznych. W przypadku pacjentów ze zwyrodnieniem płamki niesiono obowiązek monitorowania stanu pacjenta pomiędzy iniekcjami, co może przełożyć się na rzadsze wizyty w szpitalu, tym samym poprawę komfortu pacjenta, jego rodziny i lekarzy prowadzących.

Cukrzycowy obrzęk plamki i co dalej?

Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki (DME) odbywa się w poradniach specjalistycznych zajmujących się chorobami siatkówki.

Dzięki realizacji programu leczenia chorób siatkówki, pacjenci z DME mają dostęp do bezpłatnych iniekcji doszkliskowych:

- Lekami z grupy anty-VEGF
- Oraz długodziałającym implantem ze steroidem



Jako leczenie uzupełniające stosuje się laseroterapię.

Niekiedy konieczny jest zabieg chirurgiczny (witrektomia).



Aby leczenie przyniosło spodziewany efekt, konieczne jest unormowanie glikemii.

Jak często badać wzrok?



- Brak retinopatii – wizyty kontrolne raz w roku
- Retinopatia nieproliferacyjna – wizyty co 6-12 miesięcy
- Retinopatia proliferacyjna – wizyty co 3-6 miesięcy

Rozpoznanie cukrzycowego obrzęku plamki oraz określenie stopnia zaawansowania choroby wymaga przeprowadzenia specjalistycznych badań, niektóre z nich dostępnych są wyłącznie w poradniach leczenia siatkówki.

- Badanie dna oka po rozszerzeniu źrenic (pozwala wykryć uniesienie siatkówki)
- OCT plamki (pozwala wykryć płyn w plamce, pogrubienie siatkówki)
- Angio-OCT plamki (pozwala ocenić unaczynienie plamki)
- Angiografia fluoresceinowa (ocenia krążenie w siatkówce, pozwala wykryć niedokrwienie w plamce)



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW

PARTNER



Cukrzyca a otyłość – wzajemne relacje



Otyłość, a właściwie choroba otyłościowa, wiąże się nie tylko ze zwiększoną śmiertelnością, ale także z wyraźnie zwiększoną zachorowalnością, bowiem wywołuje liczne powikłania (około 200!), z których cukrzyca typu 2 jest jednym z najczęstszych. Tkanka tłuszczowa, zwłaszcza brzuszna produkuje wiele substancji aktywnych hormonalnie, zwanych adipokinami, z których znaczna część przyczynia się do narastania insulinooporności, a w konsekwencji do rozwoju cukrzycy. Pamiętając o licznych powikłaniach samej otyłości, ale także komplikacjach specyficznych dla cukrzycy, wśród celów leczenia zaleca się – obok normoglikemii, normotensji, normolipemii – również redukcję masy ciała i utrzymanie normomasy.

Z drugiej strony zachwianie równowagi węglowodanowej i insulinowej u pacjenta z cukrzycą sprzyja otyłości. Ponadto, leczenie cukrzycy może przyczyniać się do akumulacji tkanki tłuszczowej w wyniku zastosowania insulinoterapii i leczenia starszymi lekami przeciwcukrzycowymi (zwłaszcza pochodnymi sulfonylomoczniki-

ka). Dlatego, jak wskazuje powyższe, choroba otyłościowa i cukrzyca pozostają ze sobą w ścisłym związku.

Nowoczesne leczenie cukrzycy

Ostatnie lata przyniosły wprowadzenie do terapii innowacyjnych grup leków przeciwcukrzycowych. Tymi lekami są analogi GLP-1 oraz flozyny (inhibitory kotransportera sodowo-glukozowego, SGLT-2). Obie grupy leków, choć w różnych mechanizmach, umożliwiają normalizację glikemii, a dodatkowo ułatwiają redukcję masy ciała, co sprzyja optymalnej kontroli metabolicznej cukrzycy i redukcji ryzyka jej powikłań. Zarówno flozyny, jak i analogi GLP-1 są zalecane szczególnie w leczeniu cukrzycy u pacjentów z chorobami serca, w przypadku świeżo wykrytej cukrzycy, ale także u chorych na cukrzycę uprzednio leczonych innymi lekami; dlatego obecnie są lekami I wyboru u większości pacjentów z cukrzycą.

Analogi GLP-1

Analogi GLP-1 to leki przypominające budową naturalny hormon jelitowy, czyli GLP-1 (glukagonopodobny peptyd jelitowy typu 1). Działają insulinotropowo, w sposób „inteligentny” tzn. pobudzają wydzielanie insuliny zależnie od stężenia glukozy (wówczas gdy glikemia jest wysoka); nie zwiększają zatem ryzyka hipoglikemii.

Dodatkowo – co warto podkreślić – wykazują unikalne dla tej grupy leków działanie sprzyjające redukcji masy ciała (część leków z tej grupy uzyskała rejestrację w leczeniu otyłości, niezależnie od współwystępowania cukrzycy). Redukcja masy ciała podczas stosowania analogów GLP-1 jest zależna od dwóch mechanizmów:



ośrodkowego i obwodowego, przy czym kluczową rolę odgrywa mechanizm obwodowy. Jest on związany z opóźnieniem poposiłkowego opróżniania żołądka, co w konsekwencji wydłuża uczucie sytości. Natomiast mechanizm ośrodkowy jest oparty na pobudzaniu ośrodka sytości w mózgowiu. Ponadto dla części analogów GLP-1 udowodniono działanie kardio- i nefroprotecyjne (działanie ochronne wobec serca i nerek).

Analogi GLP-1 to leki podawane we wstrzyknięciu podskórnym, codziennym lub cotygodniowym, a najczęstszymi działaniami niepożądanymi są łagodne dolegliwości żołądkowo-jelitowe, jak nudności, wzdęcia, wymioty czy biegunka. Mogą one występować na początku terapii, ale w ciągu 2-3 tygodni stosowania zwykle ulegają zmniejszeniu lub ustępują zupełnie.

Flozyny (inhibitory kotransportera sodowo-glukozowego, SGLT-2)

Flozyny to leki, które blokują jeden z nerkowych transporterów dla glukozy. W ten sposób zapobiegają zwrotnemu wchłanianiu glukozy do krwi, a niewchłonięta glukoza zostaje wydalona z moczem. Ponieważ działanie flozyny zależy od prawidłowej czynności nerek, należy okresowo kontrolować parametry funkcji nerek, oceniając GFR (przesączanie kłębuszkowe) – w chwili rozpoczęcia terapii i w trakcie leczenia. Flozyny, w dłuższej perspektywie czasowej, wykazują działanie nefroprotecyjne, a co za tym idzie zapobiegają wystąpieniu nerkowych powikłań cukrzycy. Ponadto, udowodniono korzystny wpływ flozyn na układ sercowo-naczyniowy, w tym redukcję ciśnienia tętniczego krwi, dlatego są one stosowane zarówno w terapii cukrzycy w celu normalizacji glikemii, jak też wspomagająco w leczeniu niewydolności serca.

Flozyny są przyjmowane doustnie, a ich najważniejszym działaniem niepożądanym jest zwiększone ryzyko zakażenia dróg moczowo-płciowych z powodu wy-

dalania w moczu glukozy, która stanowi pożywkę dla rozwoju drobnoustrojów. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, które – z racji budowy anatomicznej – są obciążone podwyższonym ryzykiem infekcji. Z tego powodu podczas stosowania flozyn zaleca się szczególne przestrzeganie zasad higieny intymnej.

Podsumowanie

W ostatnich latach w terapii cukrzycy typu 2 zostały wprowadzone nowe leki, które nie tylko skutecznie normalizują glikemię, ale także pozwalają na zmniejszenie masy ciała; to zaś przekłada się nie tylko na redukcję ryzyka powikłań cukrzycy, ale też ogólnej śmiertelności w jej przebiegu (zgon z jakiegokolwiek przyczyny).

U pacjenta z chorobą otyłościową i cukrzycą typu 2 redukcja masy ciała o ~5–10% skutkuje poprawą parametrów metabolicznych (glikemia, HbA1c tj. hemoglobina glikowana, ciśnienie tętnicze, cholesterol). Z tego powodu przy wyborze leków hipoglikemizujących należy uwzględnić ich mechanizm działania, który pozwoli nie tylko kontrolować glikemię, ale także masę ciała. Mając powyższe na względzie, to właśnie analogi GLP-1 i flozyny są szczególnie polecane jako leki I wyboru u pacjentów z otyłością i cukrzycą typu 2 lub/i współistniejącymi chorobami sercowo-naczyniowymi.

Lek. Michał Łuniewski
Prof. dr hab. n.med.

Beata Matyjaszek-Matuszek
Katedra i Klinika Endokrynologii,
Diabetologii i Chorób Metabolicznych,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Partnerzy:

AstraZeneca 

 **Boehringer
Ingelheim**


novo nordisk®

Aktywność fizyczna – filar leczenia cukrzycy

Aktywność fizyczna to nieodłączny element leczenia cukrzycy. I nie chodzi tu wcale o to, że „sport obniża cukier”, co jest tylko częściowo prawdą, ale o całościowy wpływ ruchu na nasz organizm. Niestety wiele osób z cukrzycą aktywności unika z obawy przed niedocukrzeniem. Jak zatem być aktywnym diabetikiem bez ryzyka hipoglikemii? I dlaczego warto traktować sport także jako „lekarstwo” na cukrzycę?

Stosowane leki przeciwcukrzycowe, odpowiednia dieta oraz aktywność fizyczna to trzy składowe terapii cukrzycy. W praktyce stosowanie leków jest dla pacjentów zrozumiałą koniecznością, dieta bardzo często jest wyzwaniem, z którym radzą sobie raz lepiej, raz gorzej, natomiast aktywność fizyczna bywa zupełnie pomijana. Bo przecież można się bez niej obejść. Może i można, ale na pewno się to zdrowotnie nie opłaca!

Dlaczego warto być aktywnym?

Aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na glikemię i może przyczynić się do redukcji masy ciała. Podejmowana regu-

larnie „wyręcza” insulinę w obniżaniu glikemii, dzięki czemu dawki leku mogą być nieco mniejsze. A to jest bardzo korzystne dla osób z cukrzycą, które nader często „dorabiają się” insulinooporności.

Ale to nie wszystko. Nie mniej ważny jest wpływ wysiłku na cały układ krążenia, który jak wiadomo choroba metaboliczna mocno obciąża. Aktywność fizyczna pomaga uregulować ciśnienie tętnicze krwi, przyczynia się do spadku stężenia trójglicerydów, redukcji „złego” cholesterolu LDL przy wzroście korzystnej dla zdrowia frakcji „dobrego” cholesterolu HDL.

Aktywność fizyczna ma też przełożenie na nasz układ ruchu, co jest niezwykle ważne także dla osób młodych, pracujących przed komputerem. Regularnie uprawiany sport pozwala uniknąć bólu kręgosłupa i problemów ze stawami. Nie mniej ważny jest dla naszego samopoczucia psychicznego. Kiedy organizm jest odpowiednio dotleniony lepiej śpimy, lepiej myślimy i mamy więcej energii. Odpowiadania ilości snu to z kolei element walki z depresją, która także jest zmurą naszych czasów. Inaczej mówiąc aktywność fizyczna leży u podstaw naszego zdrowia fizycznego i samopoczucia. Dlatego warto z tego dobrodziejstwa korzystać!

Wyzwania aktywnych diabetyków

Osoby chorujące na cukrzycę powinny się do aktywności fizycznej odpowiednio przygotować. Aby była ona faktycznie bez-



pieczna i korzystna dla zdrowia, trzeba wziąć pod uwagę kilka zmiennych

- Stan zdrowia i stopień wyćwiczenia

Inne możliwości podejmowania wysiłku ma młoda osoba z cukrzycą typu 1 (tutaj, jak się okazuje możliwy jest nawet wysiłek ekstremalny), inne diabetyk, który poza cukrzycą typu 2 obciążony jest innymi schorzeniami. Ale każdy może znaleźć dostosowany dla siebie typ ruchu. Ważne jest, by aktywność była podejmowana regularnie, 4-5 razy w tygodniu przez minimum 45 minut. Może to być pływanie, jazda na rowerze, joga, a nawet „zwykłe” spacerki, jeśli nasz stan zdrowia nie pozwala na więcej.

- Rodzaj stosowanej terapii

Rodzaj leczenia ma znaczenie, kiedy myślimy o ryzyku niedocukrzenia. To największe jest przy leczeniu insuliną, mniejsze u osób stosujących pochodne sulfonilomocznika. Metformina, leki inkretynowe czy flozyny nie powodują niedocukrzeń. W przypadku pacjentów na intensywnej insulinoterapii ważne jest to, by nie zaczynać aktywności przy wysokim stężeniu aktywnej insuliny, czyli bezpośrednio po podaniu bolusa np. na posiłek. Aktywność wzmocni działanie leku, co może skutkować hipoglikemią. Optymalnie jest podejmować wysiłek po ok. 3 godzinach od podania insuliny krótkodziałającej.

- Rodzaj podejmowanej aktywności

Zwykło się mówić, że wysiłek obniża cukier. Zasada ta odnosi się do wysiłku tlenowego, do którego zaliczyć należy spacerki, biegi na dłuższy dystans, jazdę na rowerze, bieganie, zajęcia fitness czy gry zespołowe. Z kolei wysiłek beztlenowy, taki jak sprint czy ćwiczenia siłowe będą miały odwrotny efekt – glikemia po nich będzie wyższa. Ważne jest, by nie wrzucać wszystkich aktywności do „jednego worka”. Czasami ciężko sklasyfikować dany sport, bo to co dla osoby wytrenowanej będzie wysiłkiem tlenowym, dla tej ze słabszą kondycją będzie sportem beztlenowym. Dlatego trzeba obserwować

reakcje własnego organizmu wiedząc, że mogą one być różne.

- Wartość glikemii na początku ćwiczeń
- Oczywiście niewskazane jest również rozpoczynanie ćwiczeń z cukrem zbyt niskim, aby nie narażać się na niedocukrzenie. Przyjmuje się, że przed rozpoczęciem aktywności, glikemia nie powinna być niższa niż 140 mg/dl. Choć aktywność fizyczna może przyczynić się do obniżenia stężenia glukozy we krwi nie można jej rozpocząć także, kiedy cukier jest wyższy niż 250 mg/dl. Wówczas narażamy się na ryzyko kwasicy ketonowej, ponieważ z powodu niedoboru insuliny procesy spalania glukozy nie będą mogły zachodzić prawidłowo.

Ćwicz z sensorem!

Stosowanie systemu do ciągłego monitorowania glikemii znacznie ułatwia podejmowanie aktywności fizycznej przez osobę chorującą na cukrzycę. Sensor pozwala podejrzeć wartość glikemii także w czasie aktywności, bez konieczności jej przerywania, wyjmowania glukometru i nakłuwania opuszki palca. Ale co jeszcze ważniejsze – pozwala lepiej przewidzieć, jak będą kształtowały się cukry w najbliższej przyszłości. Jeśli zmierzmy cukier glukometrem i uzyskamy wynik 140 mg/dl, to teoretycznie mamy zielone światło na to, by rozpocząć aktywność. Jeśli taki sam wynik będzie uzupełniony strzałką trendu pionowo w dół, to sytuacja się zmienia. Sensor informuje nas, że glikemia jest w fazie intensywnego obniżania się, co może skończyć się hipoglikemią. Im więcej mamy danych tym lepiej możemy zarządzać cukrzycą.

Ciągły monitoring glikemii chroni też przed niedocukrzeniami, które mogą mieć miejsce wiele godzin po wysiłku. Bo organizm potrzebuje czasu na odbudowę zapasów glikogenu w mięśniach i wątrobie. Dlatego tak ważne jest, by po treningu, szczególnie bardziej intensywnym, kłaść się spać ze stabilną i nie za niską glikemią.

Anna Pawłowska-Wójcik

Czy otrzymujemy wystarczającą ilość witaminy D?

Okolo 100 000 lat temu my, ludzie, przemierzaliśmy jako łowcy-zbieracze sawanny Afryki Wschodniej. Wszyscy mieliśmy ciemną skórę chroniącą nas przed całorocznym intensywnym słońcem równikowym. Co więcej, nie musieliśmy myśleć o witaminie D, ponieważ ze względu na nasz styl życia polegający na przebywaniu na zewnątrz, cząsteczka ta była wytwarzana w dużych ilościach w naszej skórze.

Czasy jednak znacząco się zmieniły. Nadal mamy w dużej mierze anatomię, fizjologię i biochemię ludzi z epoki kamienia łupanego, ale w międzyczasie wielu z nas przeniosło się do Europy z jej chłodniejszym klimatem i mniejszą ekspozycją na słońce, w szczególności w okresie zimowym. W Polsce są 3-4 miesiące zimowe, w których nawet w słoneczny dzień zawartość UV-B w świetle słonecznym jest zbyt niska, aby umożliwić jakkolwiek produkcję witaminy D. Ponadto wielu z nas nawet latem nie spędza wystarczająco dużo czasu na zewnątrz z odsłoniętą skórą, aby wytworzyć wystarczające ilości witaminy D. Wtedy cząsteczka ta staje się dla nas prawdziwą witaminą, którą musimy przyswoić poprzez dietę lub bezpośrednią suplementację tabletkami. Można to robić albo tylko w okresie zimowym (od listopada do marca), albo nawet przez cały rok, jeśli nie jesteśmy zbyt aktywni na świeżym powietrzu.

Dlaczego potrzebujemy witaminy D?

Cząsteczka ta jest krytycznym regulatorem poziomu wapnia w naszej krwi, który jest nam potrzebny do utrzymania stabilnych kości. Zbyt niski poziom witaminy D może prowadzić do wad kostnych i chorób, które nazywane są krzywicą

u dzieci i osteomalacją u dorosłych. Ponadto witamina D jest ważnym modulatorem naszego układu odpornościowego. Z jednej strony zapobiega nadmiernej aktywności komórek adaptacyjnego układu odpornościowego, takich jak komórki T, i zmniejsza w ten sposób ryzyko i progresję chorób autoimmunologicznych, takich jak stwardnienie rozsiane czy cukrzyca typu 1. Z drugiej strony, witamina D wzmacnia aktywność komórek wrodzonego układu odpornościowego, takich jak monocyty, makrofagi i komórki dendrytyczne, które znajdują się na pierwszej linii walki z wirusami i bakteriami powodującymi choroby takie jak COVID-19, grypa i gruźlica. Ponadto makrofagi są kluczowymi komórkami reakcji zapalnych, które są albo korzystne, gdy są ostre, tzn. krótkotrwałe, jak np. podczas wypadku. Jednak wraz z wiekiem może pojawić się wiele miejsc przewlekłego, długotrwałego stanu zapalnego w całym naszym organizmie, np. w trzustce (cukrzyca typu 2), w tętnicach (miażdżyca) czy w mózgu (choroba Alzheimera). Witamina D stymuluje makrofagi i monocyty, aby odpowiednio reagowały, tak aby skutecznie zwalczały drobnoustroje, ale nie uszkadzały narządów przez swoją długotrwałą obecność.

Niestety, jeśli nie jesteśmy tak zamożni, aby jeść kilka razy w tygodniu tłuste ryby, takie jak łosoś, nasza dieta nie zawiera wystarczającej ilości witaminy D w stosunku do naszego dziennego zapotrzebowania. **Ile więc witaminy D potrzebujemy?** To pytanie nadal często podlega dyskusjom między ekspertami. Niektórzy przyjmują ton „ostrzegający” i obawiają się, że część z nas przyjmuje za dużo

witaminy D i może mieć za dużo wapnia w tkankach. Jednak większość światowych ekspertów doszła do wniosku, że oficjalne zalecenia dietetyczne dotyczące witaminy D są zbyt niskie. Nasz status witaminy D, czyli stężenie najbardziej stabilnego metabolitu witaminy D (25-hydroksywitaminy D) we krwi, powinien wynosić co najmniej 50 nM (20 ng/ml), ale lepiej 75-100 nM (30-40 ng/ml). Dla porównania, członkowie dzisiejszych tradycyjnie żyjących plemion w Afryce Wschodniej mają poziom w surowicy nawet około 125 nM (50 ng/ml). Do stężenia 250 nM (100 ng/ml) stan witaminy D uważa się za bezpieczny, ale wyższych poziomów, w szczególności przez dłuższy czas, należy zdecydowanie unikać.

Jest jeszcze jedna komplikacja tej historii. Każdy z nas inaczej reaguje na witaminę D. Dla "szczęśliwców" wysoko reagujących, już nawet niskie dawki witaminy D są wystarczające, aby uzyskać pełne korzyści zdrowotne z tej cząsteczki. Z kolei jedna na cztery osoby jest słabo reagująca i potrzebuje znacznie większych dziennych dawek witaminy D, aby utrzymać zdrowie. **Skąd wiemy, że możemy być osobą słabo reagującą?** Czasami doświadczeni lekarze mogą to wywnioskować z naszego stanu zdrowia, odpowiedzi fizjologii na suplementację witaminą D i/lub historii naszych chorób. **Czy powinniśmy regularnie monitorować nasz status witaminy D?** Nie, jeśli nie mamy żadnych szczególnych uwarunkowań medycznych, takich jak genetyczny problem z metabo-

lizmem witaminy D, nie jest to konieczne. Najprostszym i najtańszym rozwiązaniem jest, jeśli wszyscy będziemy przyjmować wystarczającą ilość witaminy D. Osoby wysoko reagujące nie doznają szkody, a osoby słabo reagujące w pełni skorzystają.

Ile witaminy D powinniśmy zatem przyjmować? Prosta zasada jest przyjmowanie codziennie, przynajmniej w ciemnych okresach zimy, 1 µg witaminy D (40 jednostek) na kilogram masy ciała. Tak więc osoba o wadze 100 kg może przyjmować 4000 jednostek (100 µg), podczas gdy osobie o wadze 50 kg wystarczy 2000 jednostek (50 µg) dziennie. Jednak w szczególnych sytuacjach, takich jak trzeci trymestr ciąży zaleca się nawet 6000 jednostek (150 µg). Ponadto, zdecydowanie nie powinniśmy zapominać o naszych dzieciach. Ich kości rosną, a ich układ odpornościowy musi się wiele nauczyć o obecności mikrobów. Dlatego 500 jednostek w pierwszych 2 latach życia, a następnie 1000 jednostek jest odpowiednich do wagi 25 kg, po czym można przyjąć taką samą zasadę jak dla dorosłych.

Profesor Carsten Carlberg

Institut Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności, Polska Akademia Nauk w Olsztynie

Artykuł powstał w ramach partnerstwa PSD w projekcie WELCOME2 ERA Chair dotyczącym powołania Centrum doskonałości w badaniach nutrigenomicznych w Instytucie Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności PAN.

Strona projektu: welcome2.pan.olsztyn.pl



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 952601



Pierwiastek śladowy o kolosalnym znaczeniu dla zdrowia

Cynk należy do mikroelementów czyli pierwiastków śladowych. Nazywamy je tak, bo zapotrzebowanie na nie i ich zawartość w organizmie są niewielkie (nie przekraczające 100 mg na dobę). Mimo to mikroelementy są niezbędne do prawidłowego rozwoju, dojrzewania i funkcjonowania organizmu.

Cynk w organizmie pełni szereg istotnych funkcji. Jest składnikiem kilkuset enzymów, m.in. enzymów antyoksydacyjnych czy tych biorących udział w biosyntezie białka, kwasów nukleinowych oraz czerwonych krwinek. Odgrywa istotną rolę w procesach replikacji i transkrypcji materiału genetycznego oraz w procesach ekspresji i stabilizacji genów. Jest katalizatorem wielu reakcji. Uczestniczy w przemianach białek, tłuszczów i węglowodanów. Wpływa na syntezę i funkcjonowanie hormonów steroidowych. Jest niezbędny do utrzymania stabilności błon komórkowych, pełni funkcje regulacyjne i strukturalne. Bierze udział w przemianach energetycznych i jest pierwiastkiem niezbędnym do utrzymania prawidłowej masy ciała. Potrzebujemy go do prawidłowego funkcjonowania i regeneracji skóry i błon śluzowych oraz odczuwania smaku i zapachu. Wpływa na działanie układu immunologicznego i uczestniczy w reakcjach odpornościowych organizmu. Cynk w organizmie jest niezbędny do prawidłowego rozwoju i podziałów komórkowych, ale odgrywa także ważną rolę w procesach starzenia się organizmu i apoptozy komórek (apoptoza to naturalny proces zaprogramowanej i kontrolowanej śmierci komórki). Bierze udział w procesach krzepnięcia krwi i odgrywa rolę w prawidłowym działaniu narządu wzroku. Wpływa na utrzymanie ogólno-

ustrojowej homeostazy (czyli wewnętrznej równowagi) i reguluje gospodarkę kwasowo-zasadową, a w ośrodkowym układzie nerwowym moduluje przewodzenie i pobudzenia sygnałów oraz oddziałuje na procesy uczenia się i zapamiętywania. Bierze udział w procesie powstawania i dojrzewania plemników u mężczyzn. Wpływa na prawidłowe funkcjonowanie trzustki (bierze udział w biosyntezie oraz uwalnianiu insuliny) i jest konieczny do budowy kości. Cynk w organizmie odpowiada także za metabolizm alkoholu oraz zmniejsza toksyczne działania metali ciężkich. U kobiet w ciąży odpowiedni poziom cynku w organizmie warunkuje prawidłowy rozwój płodu i utrzymanie ciąży.

W ludzkim organizmie, zmagazynowane jest średnio od 2 do 4 g cynku. Najwięcej, bo około 85-90% znajduje się w kościach i mięśniach, a pozostała ilość w innych tkankach czy płynach ustrojowych organizmu. Zapotrzebowanie na cynk jest zależne od wieku, rośnie w okresach wzmożonego wzrostu i rozwoju, a także w okresie ciąży i laktacji. Zalecane dzienne spożycie dla niemowląt i dzieci do 3 roku życia wynosi 3 mg, dzieci od 4. do 9. roku życia – 5 mg, dla chłopców i mężczyzn – 8-11 mg, dla dziewczynek i kobiet – 8-9 mg, z wyjątkiem kobiet ciężarnych i karmiących piersią, gdzie dobowe zalecane spożycie wynosi 11-13 mg.

Czas ma znaczenie

stan
przedcukrzycowy

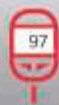
cukrzyca typu 2



16/201102021



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 Bielarczyk „Rola cynku w procesach fizjologicznych i patologicznych organizmu. Diagn Lab 2014; 50 (1): 45-52. 3. Xinhui Wang, Wenhui Wu, Wanru Zheng, Xuexian Fang, Liyun Chen, 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, Abdalhafoz AM (2012) Effect of zinc supplementation on glycaemic control, lipid profile, and renal functions in patients with type 2 diabetes: a single blinded, randomized, placebo-controlled, trial. J Biol Agric Health 2(6):33. 5. Fukunaka, Y Fujitani Role of Zinc Homeostasis in the Pathogenesis of Diabetes and Obesity. Int. J. Mol. Sci. 2018, 19, 476.

Nazwa produktu leczniczego i nazwa powszechnie stosowana: Zinkorot, 25 mg Zn^{II}, tabletki. **Postać farmaceutyczna:** Tabletki, biała płaska tabletki z zaokrąglonymi krawędziami i linią podziału po jednej stronie. **Wskazania do stosowania:** Leczenie niedoboru cynku, jeśli nie da się go wyrównać zwykłym odżywianiem. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Podmiot odpowiedzialny:** Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24, 71034 Böblingen, Niemcy. Pełna informacja o leku dostępna na życzenie. **Informacja medyczna:** Wörwag Pharma Polska Sp. z o.o. ul. Dziekorskiego 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

Jak się na coś uprę, to zrobię

O trudach życia z cukrzycą, konieczności znalezienia diabetologa, z którym nadajemy „na jednych falach” oraz znaczeniu nowych technologii dla codziennego rozumienia cukrzycy rozmawiamy ze Zbigniewem Hołdysem, muzykiem, kompozytorem, instrumentalistą, obecnym w polskim życiu publicznym od blisko półwieku.

Od jak dawna choruje Pan na cukrzycę?

Zbigniew Hołdys: Ja jestem trochę dowodem na głupotę ludzką, ale też na niewiedzę ludzką, ponieważ pierwsze objawy pojawiły się kiedy miałem 18 lat, a mam 70. Z tym, że w owym czasie były nieco inne parametry oceny tej choroby i limit cukru wynosił 140. I ja miałem coś w tych okolicach, było to związane z komisją wojskową, zbadano mnie i zostałem skierowany na pogłębione badania. Moi koledzy, którzy byli także lekarzami z Klubu Medyków mówili, że jest tak na pograniczu. Ja się tym nie przejąłem, nikt mnie nie przestraszył,

że to jest coś poważnego i z tym się czołgałem przez wiele lat. Dopiero w innym momencie, dużo później przy innej okazji, ze 30 lat temu jeden z wybitnych docentów przeprowadził dogłębne badania i powiedział, że już muszę być od tej pory na lekarskich. Z tym, że ja byłem mało solidnym cukrzykiem (śmiech). Raczej byłem solidny w lekceważeniu, prowadziłem mało sportowy tryb życia itd.

Co się takiego wydarzyło, że zmienił Pan podejście do swojej choroby?

ZH: Przez wiele lat zajmowałem się tą cukrzycą i nie zajmowałem. Dopiero w którymś momencie, ze 20 lat temu, zostałem nastraszony przez lekarzy w szpitalu, diabetologicznej klinice, że grozi mi amputacja nóg. Postanowiłem, że będę się tym zajmował bliżej i jadę na lekarstwach. I przez wiele lat stosowałem leki, najpierw mniejszą dawkę, potem coraz silniejsze. Ta choroba nigdy w moim wykonaniu nie osiągnęła jakiegoś krytycznego stanu, ale te wyniki poranne były niepokojące, oscylowały w granicach 170-180 i to nie dawało mi spokoju. I już wiek ten mam 70 i są zmiany na dzień i noc. Mam na sumieniu jeden grzech, bo kiedyś powiedziałem publicznie, że mam cukrzycę i do mnie się zwracały różne towarzystwa naukowe, bądź organizatorzy konferencji i zapraszali mnie do udziału w takich przedsięwzięciach, ale ja mając znajomych którzy potrafili mieć cukier po 600, że mój przypadek po prostu nie przystoi. I mówię to



z całą odpowiedzialnością. Dziś żyjemy w takich czasach, gdzie artyści w ramach promocji opowiadają swoje różne prywatne czy intymne sprawy, by przykuć uwagę do siebie. To jest celebrycka sytuacja, kiedy robi się coś żeby napisać o tym na Instagramie. Rzadko ma to taką „Owsiakową” formułę. I ja uważałem, że zostanę tak odebrany, że się promuję na tej chorobie. Że Hołdys się lansuje na cukrzycy.

Dlaczego zdecydował się Pan opowiedzieć swoją historię?

ZH: Ostatnio zadzwoniła do mnie znajoma i przekonała mnie, żeby o tym powiedzieć. I ja stwierdziłem, że może faktycznie. I ona mnie przekonała o jednym, że będą podczas spotkania różne osoby i będzie profesor Czupryniak, który bardzo prężnie działa i radzi sobie nawet z takimi opornymi typami jak ja. Opowiedziałem, że żyłem jak chciałem, lekceważyłem itd. I był także chłopak, który jest baletmistrzem, który opowiedział, że zauważył, że podczas tańca słabnie. Wyszedł mu jakiś horrendalny cukier 300-400, akurat dostał propozycję głównej roli, bał się że straci swoją karierę. Ale powiedziano mu wtedy, że może mieć pompę insulinową albo przypiąć sobie sensor. I on tańczy, żyje normalnie i on sobie z tym radzi. To było dla mnie bardzo inspirujące. To ja się tu miotam, boję się, a okazuje się, że można się z tym wziąć za bary. I ja tego samego dnia spotkałem się z profesorem, który był uprzedzony, że do niego przyjdę. I on od razu obejrzał badania, zapytał o tryb życia i dał mi sensor do ciągłego monitorowania glikemii. I ja go wypróbowałem. Gdyby jeszcze ten sensor podawał lekarstwa to byłoby idealnie (śmiech). Ale ja jestem w tej chwili już jakiś czas (kilka tygodni) na tym sensorku i sprawdzam cukier 5-8 razy dziennie, właściwie po każdym posiłku, po każdym zjedzeniu czegokolwiek, wiem dzięki temu, że jakieś banały które lekceważyłem potrafią mi niestety zaszkodzić, np. surówkę z kiszanej kapusty, która

jest zrobiona na słodko, cukier mi skacze do góry. A inne dania, które jem, które mogą być groźne, okazuje się, że wchodzi mi bardzo dobrze. I zacząłem te rzeczy kontrolować i dzięki temu poniekąd jak kierowca rajdowy, który ma pilota, tak ja mam z tym sensorem. Staję przed lodówką i wiem, tego nie, tego nie, to wezmę. I to jest cała zasługa. I w tej chwili na tym sensorze plus leku, który profesor Czupryniak mi przepisał, budzę się rano i mam cukier 140. Więc już jest lepiej i mam nadzieję, że jeszcze porozmawiać z profesorem, że dostanę jeszcze wyższą dawkę leku i zejść do cukru 100 lub poniżej.

Sensor pomógł Panu lepiej zarządzać chorobą?

ZH: Ten sensor to jest doskonała rzecz, powiem szczerze, doskonała. Ja nie wiem kto staje przed lodówką, jakiś sterroryzowany, że taka wędlina tak, a taka nie. Nikt normalnie aż ta się nad tym nie zastanawia. A w przypadku sensora to bardzo wiele ułatwia. To jest jak znaki drogowe, bo od razu po każdym posiłku, wiem jak mój organizm reaguje. Ja jestem ciągle na etapie nauki, nie mam jakiegoś rozległego menu w życiu, żeby ryzykować dania, o których nie mam pojęcia, ale jednak ciągle się czegoś nowego dowiaduję. Co robi dany produkt. To jest taki pilot w życiu.

Co się musi stać w życiu, żeby faktycznie zabrać się za tę chorobę i właściwie ją leczyć?

ZH: No wie Pani, ja mam wrażenie że to są dwie okoliczności. Po pierwsze każdy człowiek oczekuje zbawienia, że mu się uda urwać z tego zagrożenia. Wiem, że w tej chwili trwają prace, zabiegi nad refundacją sensorów dla cięższej choroby, uważam że to jest bardzo dobre i potrzebne. I Ci ludzie wtedy zaczynają panować nad cukrzycą. Wiedzą co czym grozi, zbadają i za pięć minut będą wiedzieli, co się dzieje. Ale najważniejszą rzeczą jest stosowny lekarz i to jest pięta achillesowa. Ja jako młody

chłopiec trafiłem do Klubu Medyków. To był klub studencki i zarządzali tym studenci medycyny. To była oaza artystów, wszyscy tam wtedy wpadali. Ale władze klubu to byli medycy, to byli ludzie, którzy stali się wybitnymi specjalistami, tylko nie było wśród nich diabetologa. Później trafiłem na lekarzy, którzy byli bardzo dobrymi specjalistami, tylko trafiali do mnie złymi środkami, straszili mnie. Mówili mi „Pan musi się za to wziąć, bo Pa umrze”. Tego panu nie wolno, tego nie wolno. Ja do tego miałem schorzenie kręgosłupa, drętwiała mi ręka. Jak o tym powiedziałem, to się zaczęło straszenie, że pewnie już zaczyna się stopa cukrzycowa, grozi mi amputacja i ja powiedziałem, że ja na pewno nigdy więcej tam nie pójdę. To była bardzo dobra, prestiżowa klinika. Ale to była diagnoza, która po prostu podcięła mi skrzydła. A prof. Czupryniak w pierwszych słowach powiedział „Jakie ma Pan te cukry? No to damy radę”. I to było coś, co w ogóle odwróciło bieg rzeki. Bo on powiedział, że damy radę. On nawet o lekarstwach potrafi tak ciekawie opowiadać, obrazowo i logicznie. On dał mi elementarną wiedzę, co ja dokładnie mam robić, jak do prawa jazdy wskazówki, kiedy się skręca, jaki znak o czym mówi itd. On powiedział to wszystko w sposób przystępny dla laika. I każda wizyta u niego, to jest wizyta, po której ja wychodzę jakby w lepszym nastroju. Bo profesor po prostu jest budujący. Więc jak się ma takiego lekarza, to się idzie dobrą ścieżką. On mnie nie przestraszył, tylko wziął mnie w obroty, pod opiekę, a następnie pokazał mi, że ta opieka skutkuje. To jest ten rodzaj lekarza, którego życzę każdemu, w każdej dziedzinie. Kiedy lekarz po prostu się tym pacjentem zaopiekuje.

I to są dwie kluczowe sprawy, trafić na właściwego lekarza. To tak jak z muzykami, jedni podchodzą z pasją, a inni nie.

Co jest takiego najtrudniejszego w życiu z cukrzycą?

ZH: Wszystko zależy od pacjenta, okoliczności, jego sposobu życia. Ja w tej chwili z racji wieku, sytuacji rodzinnej, nie mogę w tej chwili biegać. Doskwierają mi kolana itd. to jest ten rodzaj dyskomfortu, że nie można zawalczyć na całego. Bo ja bym chętnie pobiegał. Ale dla wielu ludzi kontrola diety jest po prostu trudna do zniesienia. Ja nie mam tego problemu. Jestem trochę dziwnym typem, bo ja jak rzuciłem papierosy czy alkohol to w godzinę. Powiedziałem, że nie będę jadł cukru i nie jem, już chyba 20 albo 30 lat. Generalnie nie stosuję cukru. Nie jem też soli ze względu na ciśnienie. Faktycznie, wymaga to wszystko silnej woli. Ale ja nie mam z tym problemu. Teraz mam dużo lepszy smak. Ale wiem, jakie to jest cierpienie dla innych ludzi. Niektórzy nie mogą zrezygnować z rzeczy związanych z konsumpcją, nie potrafią. Ja mogę. Jest we mnie coś z zakonnika (śmiech). Jak się na coś uprę, to mogę to zrobić. Ale dla cukrzyka najtrudniejsza może być dieta, utrzymanie diety. Mnie np. skacze cukier po pomarańczy, bardzo wysoko. Jest to jeden z moich ulubionych owoców, jem czasami, ale do tego potrzeba świadomości.

Nakłuwanie glukometrem nie jest przyjemne, nie oszukujmy się. Ja jestem gitarzystą i jak mam grać na gitarze, to te nakłute opuszki to nie jest frajda. Nakłucie opuszków czuję następnego dnia i jest to nieprzyjemne. Natomiast sensora nie czuję w ogóle. Po prostu nie czuję, włączam komórkę, widzę ile mam cukru i wszystko. Jego instalacja to jest po prostu nic, tego się nie czuje. To jest tak sprytnie zrobione, że człowiek nie czuje, że coś tam jest. Dogodność tego urządzenia jest ogromna, ja jestem tym zachwycony. Chciałbym żeby to urządzenie było dostępne dla każdego, powinna być refundacja i dostępność dla każdego, kto tego potrzebuje. Bo wiem, że nie każdy do tej pory mógł sobie na to pozwolić.

deomed[®]
MEDICAL PRODUCTS

Skarpetki zdrowotne dla diabetyków

Zalecane przy:

- cukrzycy
 - obrzękach nóg
 - niewydolności krążenia
 - grzybicy stóp
 - stanach zapalnych skóry
 - nadpotliwości
 - otyłości
- ✓ Nieuciskający ściągacz
 - ✓ Bardzo duża elastyczność
 - ✓ Antybakteryjne i antygrzybicze
 - ✓ Bezszywowe



SUPERPRODUKT 2019
w plebiscyfie czytelników PEF

DeoMed[®] Cotton Silver

cienkie skarpetki BAWELNIANE ze SREBREM
o podwójnym działaniu antymikrobowym!

Skarpetki można kupić w sklepach medycznych, aptekach i sklepach internetowych.

Problemy z zakupem? Zadzwoń: 22 711 71 58

FACEBOOK.COM/DEOMED.ZW info@jjw.pl www.deomed.pl

Wspólna zabawa, wspólna rehabilitacja

Poszerzanie kontaktów w grupach osób mających te same problemy zdrowotne ma swoje dobre strony. Można korzystać ze sprawdzonych wzorców dotyczących opieki zdrowotnej, form szkolenia, także można nawiązywać sympatyczne kontakty osobiste.

Oddział Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków w Świnoujściu nawiązał w tym roku miłe kontakty z Kołem Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków w Nowogardzie. Pierwsze spotkanie grupy nowogardzkiej i grupy świnoujskiej miało miejsce w Zielonej Kuźni w Płotkowie. Jest to teren położony w Nadleśnictwie Nowogard, w środku Puszczy Goleniowskiej, pośród wspaiałych starodrzewi buka i dęba. Przeznaczona jest na organizowanie rozmaitych spotkań i szkoleń.

Pod dachem Zielonej Kuźni jest świetne miejsce do rozmów i zabawy. Nowoga-

rdzcy gospodarze zadbali o to, żeby nikt nie był głody. Na stołach pojawiły się przekąski z grilla, świeże warzywa. Wszystko przygotowane przez panie z Koła w Nowogardzie. Wspólnie zorganizowano rozmaite konkursy. Były tańce w takt przygrywającej muzyki. Toczyły się indywidualne rozmowy. Wymieniano doświadczenia w walce z naszym schorzeniem. Mimo niesprzyjającej pogody, spotkanie należy zaliczyć do udanych.

Pod koniec czerwca rewanż w Świnoujściu. Grupę nowogardzką zaproszono na spotkanie w zabytkowym Forcie Anioła (Twierdza Świnoujście). Miejsce to jest fortem pruskim wybudowanym w latach 1854-1858. Obecnie stanowi muzeum architektury militarnej, pełniące rolę atrakcji turystycznej, a także placówki kultury. Odbywają się tutaj różnego rodzaju spotkania, wystawy, koncerty.

Najpierw było zwiedzanie Fortu, potem delektowano się pieczonymi na grillu przekąskami oraz specjałami przygotowanymi przez członkinie świnoujskiego Oddziału PSD. Były też tańce, upominki, nagrody w konkursach.

Duże zasługi w zorganizowaniu tych spotkań mieli Teresa Wilczek prezes świnoujskiego Oddziału PSD oraz Eugeniusz Tworek prezes Koła PSD w Nowogardzie.

W październiku członkowie Oddziału ze Świnoujścia i Koła w Nowogardzie spędzą wspólnie kilka dni w ośrodku rehabilitacyjnym w Międzywodziu. Rehabilitacja jest ważnym procesem w leczeniu cukrzycy. Spacer, zabiegi, wspólne spędzony czas z pewnością pogłębią nawiązane kontakty.

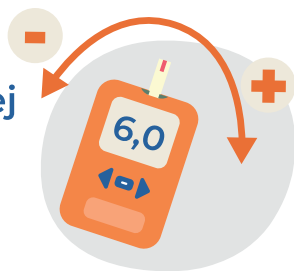
Anna Kamińska-Szpachta



Dlaczego należy wymieniać igły do pena?

Nieprzestrzeganie zasad regularnej wymiany igieł może skutkować:

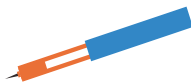
- wahaniami poziomu glukozy
- zmianami skórными (lipodystrofią)



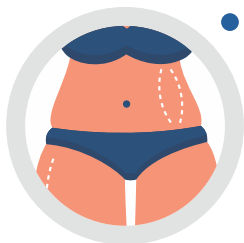
Pamiętaj! Zbyt głębokie wstrzyknięcie insuliny grozi podaniem jej domięśniowo, a zbyt płytkie śródskórnice. W efekcie zmienia się tempo wchłaniania insuliny, co grozi hipo-lub hiperglikemią.

Wielokrotne używanie tej samej igły powoduje:

- stępienie ostrza i deformację igły
- większe uszkodzenie skóry i tkanki podskórnej
- ryzyko odłamania cienkiego wierzchołka igły
- ryzyko osadzania się cząstek insuliny na ściankach wewnętrznych igły, co powoduje jej zatkanie



Co to jest lipodystrofia?



- Lipodystrofia to nadmierny przerost lub zanik tkanki tłuszczowej w obszarze skóry, w który insulina była podawana nieprawidłowo
- Lipodystrofia wpływa na tempo wchłaniania się insuliny
- Należy unikać iniekcji w miejsca objęte lipodystrofią

Konsultacja merytoryczna: dr n. med. Przemysław Witek



**POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW**

Akcja „Policz się z cukrzycą”



W sobotę 18.06. w godzinach od 14-18 Zarząd PSD Koła Terenowego w Grodzisku Wlkp. w miejskim parku pod namiotem z logo PSD oraz Starostwa Powiatowego w Grodzisku Wlkp., które było jego spon-

sorem, zorganizował akcję „Policz się z cukrzycą” podczas Piwobrania w Grodzisku Wlkp.

Nasze stoisko oferowało bezpłatny pomiar glikemii oraz ciśnienia przez wykwalifikowaną pielęgniarkę panią Honoratę Burlagę. Rozdawaliśmy materiały edukacyjne i przeprowadziliśmy szereg rozmów na temat norm glikemii i ciśnienia, zachęcając mieszkańców do profilaktycznych wizyt u lekarza. Materiały do pomiaru glikemii oraz niezbędne środki higieniczne pozyskaliśmy od Urzędu Miejskiego w Grodzisku Wlkp.

Anita Fabiś-Palicka
sekretarz PSD Koła Terenowego
w Grodzisku Wlkp.

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. Wyciszeni i rozgrzani majowym słońcem uczestnicy spotkania zaproszeni zostali na gorącą kiełbaskę 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.





Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że dnia 25 lipca 2022 roku w wieku 83 lat zmarła

TERESA GOŁĘBIEWSKA

założycielka i prezes Oddziału Rejonowego
Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków w Łomży
„Działała, aby umocnić chorych”
Cześć jej pamięci!

Halina Sokołowska

– prezes wraz z Zarządem Oddziału Rejonowego PSD w Łomży



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 27.06.2022 r. w wieku 77 lat
zmarł nasz Kolega
członek Koła Miejsko-Powiatowego PSD
w Skierniewicach

TADEUSZ MALINOWSKI

W zmarłym straciliśmy wieloletniego i oddanego przyjaciela Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, zasłużonego dla rozwoju idei samopomocowej. Jako człowiek z pasją, działał z grupą założycielską Koła. Współpracował z Caritas w celu pozyskiwania i rozprowadzania leków.

Zaopatrywał i dostarczał osobom niepełnosprawnym artykuły spożywcze. Był wieloletnim członkiem Komisji Rewizyjnej Koła. Za swoją działalność otrzymał odznaczenia i wyróżnienia, Srebrną Honorową Odznakę „Za zasługi dla PSD”, List Gratulacyjny Ministerstwa Zdrowia, Dyplomy uznania i podziękowania za solidną pracę wnoszoną w rozwój stowarzyszenia.

Był człowiekiem skromnym, pracowitym i sumiennym,
takim pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

*Prezes Zarządu oraz Koleżanki i Koledzy Koła Miejsko-Powiatowego PSD
w Skierniewicach*



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