

CUKRZYCA

— SZANSE I WYZWANIA —

Odwiedź nasz blog
wpunktozdrowiu.pl

Temat numeru _____

Perspektywiczne spojrzenie na cukrzycę

strona 4-5

Wahania glikemii
Wykryj zagrożenie

strona 6

Samokontrola
Życie Diabetyka

strona 7

Powikłania cukrzycy
Zapobiegaj im

strona 8

**ścigamy się
z cukrzycą**

Ogólnopolska kampania społeczno-edukacyjna na temat profilaktyki, skutecznego leczenia, edukacji i roli aktywności fizycznej w kontroli cukrzycy.

Dowiedź się więcej:

www.scigamysieczcukrzyca.pl

SŁODKI PRZECIWNIK

W Polsce około 3. milionów osób choruje na cukrzycę. O tym, z czym wiąże się ta choroba i jakie zadania stoją codziennie przez diabetykami, rozmawialiśmy z Prof. Maciejem Małeckim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

TEKST/ Karolina Nowak

Panie Profesorze, cukrzyca to choroba metaboliczna – co to oznacza i z czym się wiąże?

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, ponieważ dotyczy przemiany materii – w pierwszym rzędzie przemiany węglowodanów, ale także tłuszczów i białek.

Jakie objawy powinny nas zaniepokoić i jednocześnie zmobilizować do zbadania poziomu cukru we krwi?

Wbrew pozorom cukrzyca 2, która dotyczy prawie 90% wszystkich pacjentów, w zdecydowanej większości przypadków, nie daje początkowo żadnych objawów klinicznych. Pacjenci funkcjonują przez długi czas bez żadnych symptomów. Dlatego tak ważne jest, aby okresowo robić badania poziomu cukru we krwi, w szczególności i osób w wieku średnim lub starszym. Natomiast, oczywiście, w cukrzycy typu 1, która dotyczy dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych występują typowe objawy, takie jak nadmierne pragnienie, oddawanie dużej ilości moczu, osłabienie, wychudzenie. Ale – tak jak powiedziałem – w większości przypadków, wbrew pewnemu społecznemu stereotypowi, nie ma żadnych objawów klinicznych. Natomiast pierwszym objawem może być – i często bywa – powikłanie, w postaci zawału mięśnia sercowego czy też udaru mózgu.

Panie Profesorze, czyli powinniśmy postawić na profilaktykę i wykonywać okresowe badania, które pozwolą nam na wykrycie choroby?

Absolutnie tak. Dotyczy to w szczególności osób po 45. roku życia.

Cukrzyca uznawana jest obecnie za chorobę cywilizacyjną. Jak przedstawiają się dane, dotyczące chorych na cukrzycę w Polsce? Jak duża jest skala tej choroby?

Szacuje się, że w Polsce na cukrzycę choruje około 3. milionów pacjentów, z czego zdecydowana większość z nich – ponad 2,5 miliona osób – to pacjenci z cukrzycą typu 2, a 200 000 to pacjenci z cukrzycą typu 1.

Czy w przypadku cukrzycy zauważalna jest tendencja wzrostowa, jeśli chodzi o zachorowalność na tę chorobę?

Ależ oczywiście, że tak, w szczególności – typu 2. Ta dynamika wynika z różnych przyczyn, między innymi takich jak: starzenie się społeczeństwa, narastanie epidemii otyłości, upowszechnianie się niezdrowego siedzącego stylu życia, bez uprawiania sportu, bez wy-



prof. dr hab. n. med. Maciej T. Małecki
Katedra Chorób Metabolicznych CM UJ, Prezes
Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

siłku fizycznego. To wszystko powoduje, że rośnie częstość występowania cukrzycy typu 2. Wzrasta także zapadalność na cukrzycę typu 1 – tutaj mniej wiemy i nie do końca rozumiemy, dlaczego tak się dzieje, ale zjawisko jest niekwestionowane.

Czyli w ciągu życia, swoimi codziennymi wyborami pracujemy na to, czy w przyszłości zachorujemy na cukrzycę?

Można tak powiedzieć, ale to nie znaczy, że chorzy na cukrzycę typu 2 są sami winni swojej choroby. To jest kolejny stereotyp, z którym bardzo chciałbym walczyć, bo odnoszę czasami wrażenie, że tego rodzaju sposób rozumowania jest pretekstem do tego, aby odmawiać pacjentom właściwej pomocy lekarskiej, także w kontekście dostępności do refundacji nowoczesnych terapii.

Panie Profesorze, jaka jest różnica pomiędzy cukrzycą typu 1 a cukrzycą typu 2?

Cukrzyca typu 1 jest związana z całkowitym brakiem insuliny i dotyczy osób młodych – dzieci, młodzieży, młodych dorosłych, a cukrzyca typu 2 dotyka osób w drugiej połowie życia i często występuje razem z otyłością. W tym przypadku nie mamy do czynienia z bezwzględny brakiem insuliny – jej jest po prostu zbyt mało, żeby utrzymać poziom glukozy we właściwych ramach. Dlatego właśnie w cukrzycy typu 2 możemy tak wiele zrobić dla potrzeb profilaktyki choroby.

Jak zmienia się życie osoby, u której zdiagnozowano cukrzycę? O czym na co dzień musi pamiętać chory na cukrzycę?

Zdecydowanie bardziej zmienia się życie pacjenta z cukrzycą typu 1, ponieważ tutaj mó-

Podejście psychiczne i emocjonalne oraz współpraca pacjenta z lekarzem stanowią istotną komponentę sukcesu

wimy o bezwzględny zaleceniu intensywnej insulinoterapii, codziennych iniekcjach czy też podawaniu insuliny przez pompę, a także wielokrotnych pomiarach glikemii w ciągu doby. Natomiast życie pacjenta z cukrzycą typu 2 wiele zależy od stopnia zaawansowania choroby, ale jeśli jest to wczesny etap i terapia opiera się na jednym lub dwóch lekach doustnych, to ten wpływ na codzienne funkcjonowanie jest mniejszy. Chory musi jednak pamiętać o diecie i redukcji masy ciała, ale nie formułowałbym tego w ten sposób.

...czyli z cukrzycą można normalnie żyć, stosując się do zaleceń?

Jak najbardziej.

Cukrzyca jest chorobą, do leczenia której podchodzi się kompleksowo. Jaką rolę, w kontekście sukcesu terapeutycznego, ma insulinoterapia, dieta i samokontrola pacjenta? Czy wszystkie te elementy są równie ważne?

Pod pojęciem leczenia kompleksowego rozumiemy zarówno walkę z wysokim poziomem cukru we krwi, jak i nadciśnienia tętniczego, a także leczenie podwyższonego cholesterolu. Jeśli chodzi o kwestię podwyższonego poziomu glukozy, to tutaj też oczywiście możemy mówić o pewnym złożonym procesie, który obejmuje zarówno leki hipoglikemizujące, w tym insulinę, ale także dietę i wysiłek

fizyczny. Te wszystkie trzy komponenty są niezwykle ważne i stanowią integralne, niezbędne elementy całości, jaką jest kompleksowe podejście do obniżania poziomu glukozy.

A aspekt psychiczny? Czy jest on istotny w sukcesie terapeutycznym? Czy pacjent, który jest zmotywowany i zmobilizowany do przestrzegania zaleceń i regularnej samokontroli, lepiej radzi sobie z chorobą? Czy wpływa to na przebieg terapii i sukces terapeutyczny?

Ależ oczywiście, że tak. Podejście psychiczne i emocjonalne oraz współpraca pacjenta z lekarzem stanowią istotną komponentę sukcesu. Tam, gdzie nie ma współpracy, nie ma też sukcesu.

Medycyna rozwija się na naszych oczach każdego dnia. Jak jest w przypadku cukrzycy? Czy powstają innowacyjne metody leczenia tej choroby? Istnieje szansa na wynalezienie terapii, która pozwoliłaby na całkowite wyleczenie cukrzycy?

Pojawiają się cały czas nowoczesne terapie w cukrzycy typu 2, zarówno doustne, jak i w iniekcjach – niebędące insuliną. Pojawiają się również nowe insuliny, stosowane w cukrzycy typu 1 i typu 2, systemy do monitorowania glikemii, osobiste pompy insulinowe – które, *de facto*, zaczynają podejmować już za pacjenta decyzję, dotyczącą dawki i jej zmniejszenia bądź też zwiększenia. Także postęp jest przeogromny i wydaje mi się, że w perspektywie jest znacząca poprawa losu pacjentów i przedłużenie życia chorych zarówno z cukrzycą typu 1, jak i cukrzycą typu 2.

Panie Profesorze, mówiąc o cukrzycy, nie możemy pominąć kwestii, związanej z powikłaniami. Które z nich są najbardziej niebezpieczne dla pacjentów?

Pacjenci z cukrzycą umierają przede wszystkim z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego: zawału, udarów – i z tym należy walczyć, przede wszystkim w cukrzycy typu 2, bo tam to ryzyko jest bardzo duże. Natomiast są oczywiście również powikłania tzw. mikronaczyniowe, dotyczące nerek, oczu – grożące niewydolnością nerek oraz ślepotą. Zapobieganie powikłaniom jest również istotnym celem leczenia cukrzycy.

**XIX Zjazd Naukowy
Polskiego Towarzystwa
Diabetologicznego**
24-26 maja, Katowice

PARTNERZY MERYTORYCZNI WSPIERAJĄCY



PARTNER STRATEGICZNY



PARTNERZY



PARTNERZY MEDIALNI



GŁÓWNY
PARTNER MERYTORYCZNY



THE POINT
www.thepoint.com.pl

Healthcare Project Manager:
Karolina Nowak
Healthcare Project Managing Director:
Joanna Lewandowska
Redakcja
Joanna Lewandowska, Karolina Nowak

Skład:
MB
Druk: AGORA S.A.
Forografie: Fotolia, iStock,
zasoby własne

The Point Media
ul. Libijska 10c
03-977 Warszawa
NIP 521 339 71 59
biuro@thepoint.com.pl



Zespół Stopy Cukrzycowej według WHO to infekcje, owrzodzenia i/lub zniszczenia tkanek głębokich stopy wynikające z uszkodzenia nerwów (neuropatia), a także uszkodzenia peryferyjnych naczyń tętniczych i/lub żylnych (angiopatia) podudzia o różnym nasileniu.

Polskie Towarzystwo Podologiczne radzi:

Jak zapobiegać Zespołowi Stopy Cukrzycowej?

Chory na cukrzycę powinien:

- nosić miękkie, pełne, amortyzujące obuwie z naturalnych materiałów,
- nosić skarpety bawełniane, bezuciskowe,
- codziennie kontrolować stan stóp (również między palcami) pod kątem otarć, zaczerwienienia, pęcherzy, ciała obcych,
- kontrolować obuwie przed założeniem,
- używać łagodnych środków myjących,
- jeśli kąpiel stóp - to nie dłużej niż 5 minut i w wodzie o temp. nie wyższej niż 37°C (sprawdzać termometrem),
- po kąpeli dokładnie osuszyć stopy miękkim ręcznikiem (również między palcami),
- paznokcie opilać pilnikiem (nie wycinać skórek!),
- smarować skórę stóp kremem nawilżającym z zawartością mocznika nie więcej niż 10%,
- wykonywać ćwiczenia stóp,
- do ogrzewania stóp stosować wełniane skarpety lub kołdry z wełny,
- korzystać regularnie z profesjonalnych przeglądów stóp w gabinetach podologicznych.



Chory na cukrzycę w żadnym wypadku:

- nie powinien chodzić na bosą ani w kłapkach,
- nie powinien używać do ogrzewania stóp termoformy, poduszki (kołdry) elektrycznej,
- nie powinien ogrzewać stóp na kaloryferze,
- nie powinien chodzić w butach z wewnętrznymi szwami i w butach węższych od własnych stóp,
- nie powinien stosować plastrów na odciski, skarpet z kwasami, kremów z zawartością mocznika powyżej 8-10%,
- nie powinien samodzielnie usuwać odcisków, modzeli, wrastających paznokci.

Kompetencje podologa

- fachowe opracowanie paznokci zdrowych, wrastających, wkręcających się, grzybiczych,
- prawidłowe usuwanie modzeli, odcisków, brodawek, nadmiernie rogowaciejącego naskórka,
- terapia kłamrą ortonyksyjną (wrastanie paznokci),
- wykonywanie ortoz indywidualnych (medyczne środki korygujące palce zdeformowane),
- profesjonalne opatrunki ochronne, odciążające, korygujące,
- fachowe masaże stóp i podudzi,
- badania pododiabetologiczne (status rozwoju następstw cukrzycy: neuropatii i angiopatii, tzw. stopa cukrzycowa),
- poradnictwo dotyczące codziennej pielęgnacji stóp, doboru obuwia i kremów, gimnastyki,
- pomoc w zwalczaniu nadpotliwości, bólu i obrzęków stóp, ostrogi piętowej.



Polskie Towarzystwo Podologiczne
tel. +48 602 622 182
email: biuro@ptp-podologia.pl
www.ptp-podologia.pl

Przeczytaj więcej na naszym blogu:

www.wpunktozdrowiu.pl.

Znajdziesz na nim:

- Wiadomości ze świata medycyny
- Wywiady z wybitnymi Ekspertami
- Informacje na temat profilaktyki i leczenia
- Fakty dotyczące zdrowia



w punkt  zdrowiu.pl

POMYŚLAMY O CUKRZYCY DŁUGOFALOWO

Cukrzyca to choroba wymagająca nie tylko kompleksowego leczenia, ale również spojrzenia perspektywicznego. Na temat szans na długofalowe myślenie, o leczeniu pacjentów z cukrzycą, rozmawiamy z Prof. Dorotą Zozulińską-Ziólkiewicz.

TEKST/
Joanna Lewandowska

Pani Profesor, jak przedstawiają się aktualne dane, dotyczące zachorowań na cukrzycę typu 1 i 2 w Polsce?

Aktualne dane informują nas, że w Polsce mamy ok. 3. milionów chorych na cukrzycę i nie ma tu rozróżnienia na typy cukrzycy. Ważna informacja – analizę przeprowadzono względem roku 1980 – ta liczba chorych na cukrzycę w Polsce wzrosła czterokrotnie. Przez prawie 40 lat mamy 4 razy więcej chorych na cukrzycę i cały czas widoczny jest trend wzrostu zachorowań na cukrzycę. I tutaj oczywiście obserwujemy wzrost zachorowań zarówno na cukrzycę typu 1 – czyli tę cukrzycę, która jest następstwem uszkodzenia, przez proces autoimmunologiczny, komórek Beta i charakteryzuje się bezwzględny niedoborem insuliny oraz koniecznością insulinoterapii, od momentu rozpoznania choroby. Dotyczy to również cukrzycy typu 2, która klasycznie powinna nam się kojarzyć z otyłością brzuszna i insulinoopornością a także ze współistniejącymi schorzeniami metabolicznymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej.

Jak, w kontekście dostępnych możliwości terapeutycznych, przedstawia się szansa na leczenie dla pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2? Czy występują tu takie same możliwości?

Mówiąc o terapii cukrzycy, po pierwsze mamy na myśli edukację. Jeżeli chodzi o wspomnianą edukację, która jest bezcenna, w sensie dosłownym i przenośnym, to zarówno pacjent z cukrzycą typu 1, jak i typu 2 nie ma na ten moment w Polsce świadczenia gwarantowanego, w tym obszarze. Ta edukacja jest dostosowywana do typu cukrzycy, sposobu leczenia i dzieje się dzięki zaangażowaniu, dobrej woli i działaniu ośrodków diabetologicznych, edukatorów, natomiast, jak wspomniałam, edukacja nie jest świadczeniem gwarantowanym - i to niezależnie od typu cukrzycy. Drugim elementem terapii cukrzycy są działania behawioralne, czyli leczenie dietą i ruchem. I o tym oczywiście dużo się mówi, rekomenduje się, ponieważ w tych tematach trzeba pacjenta motywować, edukować – dochodzi tu element psychologiczny po to, aby chory zmienił swoje - często złe - nawyki życiowe tak, aby zdrowiej się odżywił i więcej się ruszał. W tych działaniach behawioralnych również nie ma ustrukturyzowanego sposobu i nie dzieje się to w ramach świadczenia gwarantowanego. Kolejny element to farmakoterapia - i tutaj są różnice. Cukrzyca typu 1 od początku powinna być leczona metodą intensywną czynnościową insulinoterapii – rekomendowane są, ze względu na większe bezpieczeństwo i mniejsze ryzyko, analogii insuliny. Analogii insuliny – zarówno analogii szybko działające, jak i długodziałające w cukrzycy typu 1, niezależnie od wieku, są refundowane.

Pani Profesor, czyli dostęp do terapii dla pacjentów jest...

Dostęp do terapii w Polsce jest warunkowany kosztami tej terapii, ponoszonymi przez pacjenta. Dostęp jest, tylko trzeba mieć na to fundusze. Jeżeli mówimy o dostępności terapii, to to nowości, pojawiające się w diabetologii światowej, są również dostępne w wielu



prof. dr hab. Dorota Zozulińska-Ziólkiewicz
Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

punktach w Polsce, ale niestety często tylko w teorii, ponieważ pacjenta po prostu na to nie stać. Pacjent z cukrzycą typu 2 musi spełniać odpowiednie warunki, żeby mieć refundowane analogi długodziałające. Nie znaczy to oczywiście, że te analogii nie są dostępne – jeśli chorego stać na nie, to może je bez problemu kupić – niezależnie od tego jaką ma glikowaną hemoglobinę i czy ma niedocukrzenia czy nie. Czyli dostęp jest, ale on jest ograniczony dla szeregu pacjentów z racji ceny.

Czyli w przypadku cukrzycy typu 1 jest refundacja?

Tak, analogii insuliny są refundowane niezależnie od wieku – zarówno szybko działające, jak i długodziałające. Do 26. roku życia cukrzyca typu 1, czyli dzieci i młodzi dorośli, przy spełnieniu określonych kryteriów, mają możliwość refundacji terapii przy użyciu osobistej pompy insulinowej. I znowu, przy spełnieniu odpowiednich kryteriów, czyli przy udukiemmentowanej nieświadomości glikemii, do 26. roku życia pacjenci mają możliwość refundacji ciągłego monitorowania glikemii. Natomiast dla pacjentów powyżej tego wieku, którzy zakupili i są leżeni przy użyciu osobistej pompy insulinowej, to tak naprawdę, niezależnie od typu cukrzycy, zestawu infuzyjne są refundowane. Jeśli chodzi o farmakoterapię, taką kojarzoną z cukrzycą typu 2, zarówno doustną, jak i iniekcijną, w kontekście nowych leków, które *de facto* nowymi lekami już nie są, to są ograniczenia oczywiście finansowe. Te leki są w Polsce dostępne, mam na myśli inhibitory dipeptydylopeptydazy 4, czyli gliptyny, to są również fozyny, czyli inhibitory kotransportera sodowo-glukozowego typu 2. To są także agoniści receptora glukagonopodobnego peptydu 1., czyli agoniści receptora GLP – 1 – są to leki do iniekcji, natomiast nie są one refundowane i stąd ograniczenie możliwości stosowania, ze względu na finanse. Refundowane dla cukrzycy typu 2 są te leki, które nazywamy lekami „starymi” z racji długiej obecności na rynku, czyli metformina, pochodne sulfonilomocznika.

Pani Profesor, z jakimi największymi wyzwaniem, w kontekście leczenia cukrzycy, spotykają się na co dzień lekarze oraz pacjenci?

Opierając się na własnym doświadczeniu, to chyba najbardziej boli przyszłowiowy brak czasu na pacjenta i wspomnianą już wcześniej edukację szczegółową. Na pewno to, co na-

leży wypunktować, to jest to, iż lekarze zalecają, ale pacjenci niestety tych zaleceń często nie przestrzegają, a więc ta współpraca lekarz-pacjent z różnych powodów, patrząc globalnie, nie zawsze układa się tak, jak powinna. Z punktu widzenia pacjenta mogę tylko przekazać to, co słyszę od chorych. Wielu pacjentów nie przyznaje się do tego, że nie realizują oni wszystkich zaleceń. Okazuje się, że przyczyną tego są problemy z wyzbiciem się utrwalonych złych nawyków żywieniowych i ruchowych. Popielniają również często błędy, wynikające z takich ludzkich ułomności jak zapomnianie, które, u pacjentów z koniecznością skrupulatnej samokontroli glikemii, prowadzi często do zaniedbań elementu samokontroli. Pacjenci twierdzą również, że dostęp do lekarza-diabetologa jest ograniczony – i mają pewnie w tym temacie dużo racji, ponieważ mało jest referencyjnych poradni, obleganych przez pacjentów, w których wizyty odbywają się w takim interwale czasowym, w jakim powinny.

Jakie są główne powikłania tej choroby?

Główne powikłania cukrzycy dzielimy na ostre i przewlekłe. Do ostrych powikłań zaliczamy hipoglikemię – i to jest najczęstsze powikłanie, a na drugim biegunie ostrych powikłań są stany hiperglikemiczne – i tutaj zaliczamy cukrzycową kwasicę ketonową i rzadziej występujący - stan hiperglikemiczno-hipermolalny. Hipoglikemia jest praktycznie codziennością dla pacjentów, leczonych insuliną. Lekka hipoglikemia, czyli współcześnie definiowany **alert hipoglikemiczny**, a więc stężenie glukozy we krwi poniżej 70mg/dl, to codzienność – przy tym alercie nic złego się nie dzieje, a pacjent tylko musi wiedzieć, jak na niego zareagować. Natomiast istotna klinicznie hipoglikemia definiowana jest jako wartość glikemii poniżej 54mg/dl i to już jest niebezpieczne, zwłaszcza jeśli pacjent nie ma odczucia alertu hipoglikemicznego – czyli ma nieświadomość hipoglikemii, no to wówczas może zażnać zjawiska, jakim jest ciężka hipoglikemia, utrata przytomności i wtedy potrzebna jest pomoc osób trzecich. Ta ciężka hipoglikemia to jest już stan zagrożający życiu, jeśli nie zostanie udzielona odpowiednia pomoc. Cukrzyca kojarzy nam się również z przewlekłymi powikłaniami – dotyczy one głównie układu nerwowego i naczyni, czyli są to tzw. powikłania neuro-waskularne. Do tej grupy zaliczamy, w zależności od dominaty miejsca, w którym się pojawiają: retinopatię cukrzycową, nefropatię, neuropatię. Mamy również powikłania, związane z przyspieszonym procesem miażdżycy, a są to: choroba niedokrwienna serca, większe ryzyko niedokrwienia i udaru mózgu, większe ryzyko niedokrwienia kończyn dolnych i wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej – chyba najtrudniejszego dla chorego powikłania.

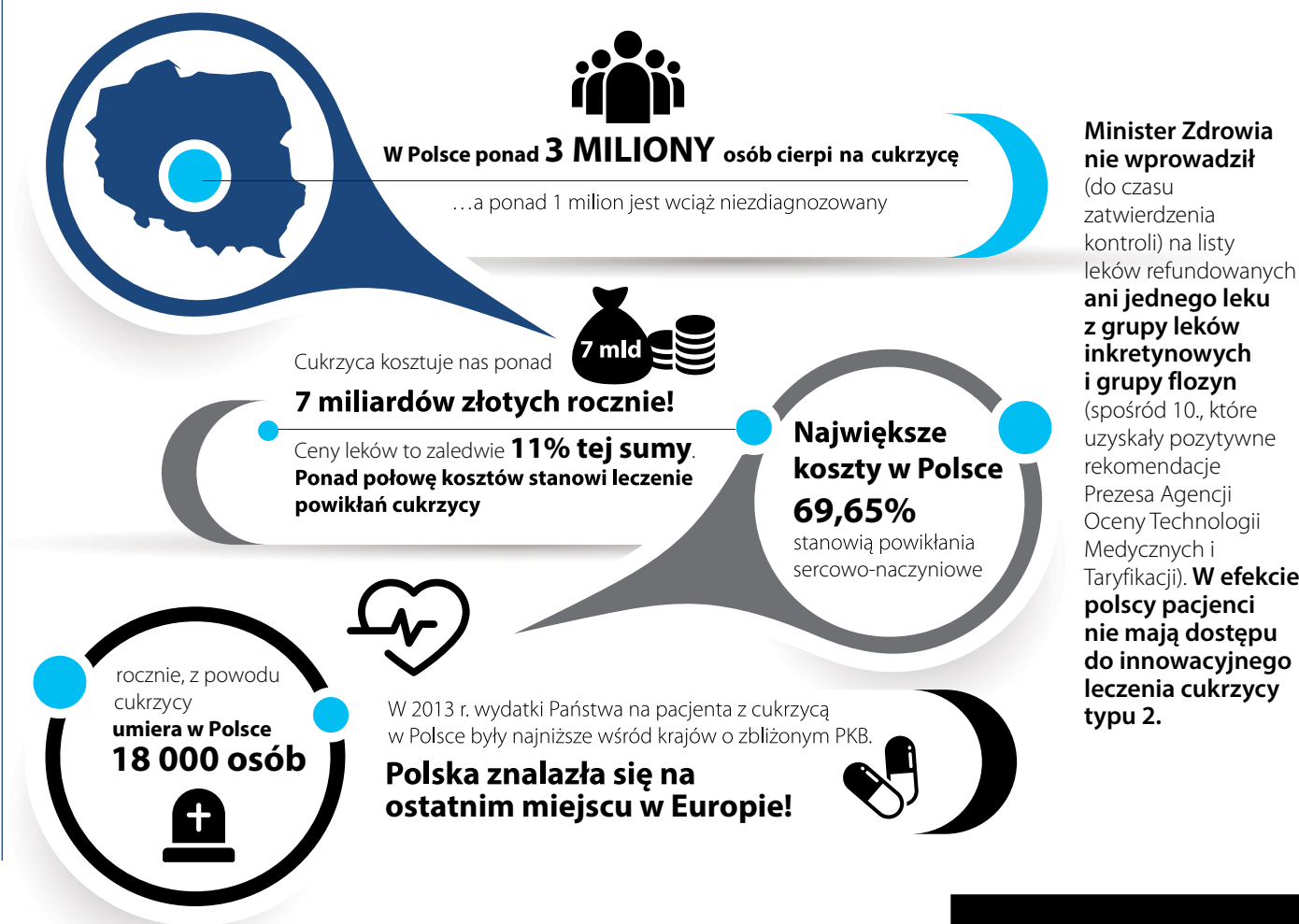
Ze względu na ilość powikłań, cukrzyca wymaga chyba interdyscyplinarnego podejścia?

Oczywiście. Mówimy o interdyscyplinarności i to jest bardzo uzasadnione – pacjent, u którego rozwijają się już przewlekłe powikłania cukrzycy, jest chorym, wymagającym współpracy wielu lekarzy różnych specjalizacji.

Pani Profesor, w ostatnich latach wiele mówi się o tzw. indywidualizacji leczenia cukrzycy, w oparciu o nowoczesne terapie. Z czym ono się wiąże i co tak naprawdę oznacza dla chorych?

W założeniu, indywidualizacja leczenia cukrzy-

CUKRZYCA – PANDEMIA W LICZBACH



Minister Zdrowia nie wprowadził (do czasu zatwierdzenia kontroli) na listy leków refundowanych **ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy fozyn** (spośród 10., które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). **W efekcie polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2.**

cy ma na celu dopasowanie terapii przeciwi-hiperglikemicznej do potrzeb pacjenta. Nasza wiedza, w zakresie mechanizmów, które prowadzą do hiperglikemii wzrasta, a poszerzenie możliwości lekowych sprawia, że możemy w dzisiejszych czasach bardziej precyzyjnie dopasować lek do zagonu patomechanizmu, generującego u danego pacjenta hiperglikemię. Posiadamy też coraz większą wiedzę, w zakresie uwarunkowań genetycznych, metabolicznych cukrzycy i mamy też takie dane farmakogenetyczne, które sprawiają, że być może dożyjemy czasów, gdy będziemy potrafili dopasować lek w taki sposób, aby mógł on najefektywniej i najbezpieczniej działać u danego pacjenta. Musimy też pamiętać, że mówiąc dziś o leczeniu cukrzycy i stosowaniu leków, mających opanować hiperglikemię, to patrzymy przez pryzmat powikłania, które jest najczęstszą przyczyną przedwczesnych zgonów, czyli chorób układu sercowo-naczyniowego. I mamy dzisiaj już dowody, że dla pacjentów, zagrożonych zgonem z powodów sercowo-naczyniowych, mamy leki, które to ryzyko zmniejszają. Mamy również wskazówki kliniczne, ale już za chwilę będziemy mieć także drogowskazy, wynikające z postępów w badaniach molekularnych, które sprawiają, że przy szerokim wachlarzu leków „na cukier” będziemy mogli być skuteczniejsi w działaniach przyczynowych.

A jaką rolę, w ujęciu tego spersonalizowanego leczenia, o którym już mówiliśmy, odgrywają ultrazwyczaj działające analogii insuliny? Dla kogo wskazana jest tego typu terapia?

Ultrazwyczaj działający analog insuliny w tej chwili jest dostępny jeden i nie ulega wątpliwości, że otwiera on nowy rozdział w insulino-terapii. Po iniekcji podskórnej, działa szybko, w krótszym czasie osiąga wyższe, maksymalne stężenie i zamyka swoje działanie w krótszym czasie. I to szybsze działanie sprawia, że zbliżamy się w farmakokinetyce tego preparatu bliżej do natury, do fizjologii. Fizjologicznie

insulina jest wydzielana pod wpływem węglowodanów, w sposób gwałtowny, i osiąga wysokie stężenie, ale jest to taki wyskok krótkotrwały, który ma zapewnić normalizację glikemii w 90-120 minutie od spożycia węglowodanów. Podanie podskórne preparatu insuliny nie jest fizjologiczne, w związku z tym modyfikuje się te preparaty, które podaje się przed posiłkiem, żeby lepiej zapanować nad po-posiłkowym wzrostem glikemii. Można by jeszcze trochę analog insuliny wychodzi właśnie naprzeciw tymże oczekiwaniom – ma lepiej, precyzyjniej i bliżej fizjologii zadziałać na ten po-posiłkowy wzrost glikemii.

A dla kogo wskazana jest tego rodzaju terapia?

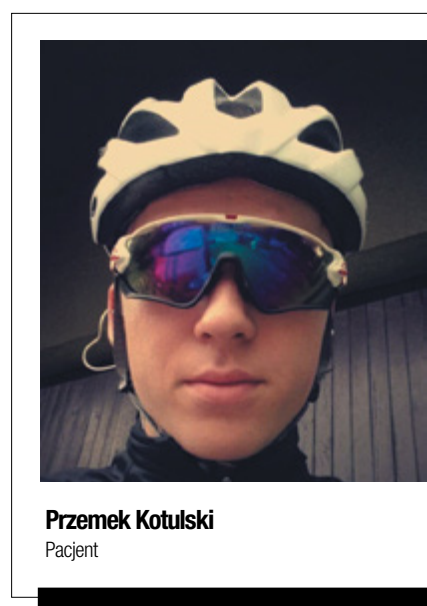
Wskazana jest szczególnie w modelu insulino-terapii elastycznej – intensywną czynnościową insulino-terapii – i wydaje się, że ultrazwyczaj działający analog będzie szczególnie przydatny w terapii realizowanej przy użyciu osobistej pompy insulinowej.

A czy to leczenie, o którym Pani Profesor wspomniała, tym ultrazwyczaj działającym analogiem insuliny jest dostępne w Polsce w ramach refundacji?

Nie jest dostępne w ramach refundacji.

Obecnie wiele mówi się o tym, aby pacjentom z cukrzycą już na początku proponować optymalne, personalizowane leczenie. Z czego to wynika oraz jaki ma ono wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia groźnych powikłań?

Oprę tutaj moją odpowiedź na zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, które w zakresie farmakoterapii cukrzycy wskazuje rozwiązania, na podstawie dowodów naukowych, wynikających z badań klinicznych. I postępujemy tu w większości elementów zgodnie z zaleceniami, obecnymi w wielu krajach. W wyborze leku tak naprawdę powinni-



Przemek Kotulski
Pacjent

Cukrzyca to choroba przewlekła, na całe życie. Z jakimi ograniczeniami się wiąże?

Wydaje się, że cukrzyca to choroba ograniczeń. Nie jest łatwo. Dieta, zdrowy tryb życia, pilnowanie cukrów, stałe mierzenie, kilkanaście razy w dzień i w nocy, odmawianie sobie jedzenia... Brzmi strasznie. Ja jednak wiem, że cukrzyca otworzyła mi wiele możliwości, czego bym się nigdy nie spodziewał, kiedy zachorowałem. No i to zdanie „na całe życie”. A co medycyna wymyśli. Co Bóg wymyśli? Żyje na dzieja.

O czym na co dzień powinien pamiętać diabetyk?

Po pierwsze, żeby nie wstydić się swojej choroby. Żeby nie traktować jej jak gilotyny, która odcina stare życie od nowego. Jest często potwornie ciężko, ale jak „się z nią zaprzyjaźnisz” jest łatwiej. Oczywiście takie „gadki szmatki”, jak pomyśl niektórzy, mogę mówić kiedy od-

śmy kierować się z jednej strony skutecznością a z drugiej strony – bezpieczeństwem. Skutecznością, czyli efektywnym obniżaniem glikemii a bezpieczeństwem, czyli niedopuszczaniem do hipoglikemii. W kontekście wiedzy, o której już wspomniałam, dzisiaj kierujemy się również ryzykiem sercowo-naczyniowym. Zalecenia PTD, w cukrzycy typu 2, wskazują etapy postępowania. Lekiem pierwszego rzutu u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2 zostaje metformina, a w przypadku jej nietolerancji są alternatywne rozwiązania (pochodna sulfonilomocznika, gliptyna, fozyna, pioglitazon), których najczęstszą, w warunkach polskich, wybierane są pochodne sulfonilomocznika z racji finansowych ograniczeń dostępu do innych terapii. W cukrzycy typu 1 metodą z wyboru jest metoda intensywną czynnościową insulino-terapii, realizowana bądź to przy użyciu osobistej pompy insulinowej, bądź to przy użyciu penów. Niezwykle ważne jest, aby od momentu rozpoznania cukrzycy typu 1 realizować program edukacyjny z nauką pacjenta adaptacji dawek insuliny do potrzeb organizmu w oparciu o prowadzoną samokontrolę glikemii przy wykorzystaniu tradycyjnego glukometru i systemów pozwalających w sposób ciągły monitorować glikemię. Natomiast w cukrzycy typu 2, lekiem pierwszego rzutu zostaje metformina, a w przypadku jej nietolerancji są alternatywne rozwiązania, natomiast wśród nich, w warunkach polskich, podawane są takie, które nie są refundowane i z tej racji występuje ograniczona możliwość dostępu do tych terapii.

Obecnie, w Polsce, to system podejmu-

je decyzje, dotyczącą wyboru metody leczenia cukrzycy. Dlaczego tak ważna, z punktu widzenia personalizacji terapii, jest możliwość wybrania danej opcji leczenia przez lekarza?

My cały czas patrzymy na cukrzycę i opiekę nad pacjentem z tą chorobą w ten sposób, że ważne jest to, co tu i teraz – mówiąc systemowo. Natomiast, podejmując działania, w momencie rozpoznania cukrzycy, powinniśmy wykazać się dalekowzrocznością i zadziałać na samym początku tak, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia w przyszłości ostrych i przewlekłych powikłań – szczególnie te przewlekłe mogą sprawić, że pacjent doświadczy przedwczesnego kalectwa, niesprawności, ale też jest prawdopodobne, że przedwcześnie umrze. Patrząc poprzez pryzmat ekonomiczny i społeczny ważne jest, żeby na samym początku tak zadziałać, aby przebieg cukrzycy u pacjenta był jak najbardziej tolerowany przez samego chorego, społeczeństwo, ale też i ekonomikę działań. Wydaje się rozsądnym rozwiązanie, dobrego zainwestowania na początku drogi, odpowiedniej edukacji, motywacji, prawidłowej i dobrej farmakoterapii, aby po 10. czy 20. latach spotkać się ze zdrowym pacjentem z cukrzycą.

Pani Profesor, tego właśnie życzymy chorym, ale przede wszystkim Państwu-Specjalistom, aby te wszystkie elementy, o których rozmawialiśmy, niezbędne do skutecznego leczenia, były dostępne dla wszystkich pacjentów oraz lekarzy.

Przemek vs Cukrzyca

zachorowania u mnie minęło 15 lat. Na początku, a najbardziej w okresie gimnazjalnym, chętnie bym przywalił cukrzycy w twarz, gdyby ją miała. Prócz tego trzeba pamiętać o podstawowych czynnościach: mierzeniu cukru średnio co 3 godziny, odpowiednim przeliczaniu insuliny na posiłek, zmianie wkłucia co 3 dni - jeśli się ma pompę. Odpowiednim zabezpieczeniu, kiedy wychodzi się z domu: coś słodkiego, glukometr, glukagen. Można by jeszcze trochę dodać. No i co istotne - jeśli jest mały diabetyk, to o tym wszystkim pamiętają rodzice.

Aktynność fizyczna to według lekarzy kluczowy element leczenia cukrzycy. Czy można prowadzić aktywne życie z tą chorobą? Jak wygląda Twoja sportowa przygoda z cukrzycą?

Myszę, że jestem tego dobrym przykładem, że można. W Polsce jest wielu aktywnych sportowców cukrzyków, a Towarzystwo Dzieci i Młodzieży z Cukrzycą z Gliwic utworzyło wręcz Drużynę „Moja Cukrzyca”, gdzie prezentuje wszelkiej maści sportowców – diabetyków. Zachorowałem, kiedy miałem 3 lata, i jak mówią rodzice prócz kilkudziesięciu dni przed wykryciem choroby, kiedy byłem bardzo słaby, nigdy nie mogłem usiedzieć na jednym miejscu. Aktywność to moje drugie ja. Rodzice często mi mówią, że gdyby im ktoś powiedział, po moim zachorowaniu, będę tak aktywnym sportowcem, to popukaliby się w czoło. W II klasie szkoły podstawowej rozpocząłem przygodę z szermierką. W 2013 r. byłem pierwszy na liście rankingowej Polskiego Związku Szermierczego w kategorii młodzik. Chodziłem do gimnazjum do klasy o profilu - szermierka. Od dzieciństwa jednak, co jakiś czas, brałem także udział w kolarskich zawodach. Kiedy byłem dość wysoko w szermierce, to odczuwałem się małość z dwóch kółek, która wygrała ze wszystkim. Zacząłem trenować kolarstwo już na poważnie w II klasie gimnazjum. W pierwszym okresie łączyłem 2 godziny treningu szermierczego, szkołę, często 2 h w u i po szkole 3 h treningu kolarskiego. „Padałem na twarz”. Kiedy miałem 15 lat

Mam osobistą pompę insulinową, a także byłem pod stałą kontrolą poziomu cukru. Świetna sprawa, dla sportowca, kolarza, którego wysiłek trwa czasem 4-5 h. Taka stała kontrola cukru jest wtedy niezwykle pomocna. Oczywiście zdarza się, że jestem dobrze przygotowany, a cukrzyca robi mi numer i nagle mam taki spadek, że „odcina mi prąd” w czasie wyścigu. Wtedy jestem niezłe wkurzony. Dojadam, piję coś słodkiego, ale peleton... widzę tylko jego ogon. Wtedy ona ze mną wygrywa. Muszę prócz przygotowania sportowego odpowiednio ustawić chorobę, by nie dochodziło do takich incydentów. Nie zawsze jest to możliwe, jednak „sprzęt” jest niezwykle pomocny. Pompa, system stałego monitorowania glikemii, pomagają w odpowiednim ustawieniu cukrzycy. Oczywiście świetny kontakt z lekarzem, o ogromnej wiedzy medycznej i sportowej. Moja Pani doktor sama jest kolarką – prof. Dorota Zozulińska. Robimy razem wszystko, bym to ja „zarządził” chorobą.

SŁODKI NAŁÓG

Cukier jest jednym z uzależnień XXI wieku, nad którym ludzie coraz częściej nie potrafią zapanować. Wbrew znanemu sloganowi cukier wcale nie krzepi, a może mieć zgubne skutki dla naszego zdrowia i prowadzić do jednej z najpoważniejszych obecnie chorób cywilizacyjnych – cukrzycy.

TEKST/ Karolina Nowak

Pani Anno, jaki wpływ na poziom cukru we krwi ma nadmierne spożywanie cukru? Jakie zmiany w naszym organizmie wywołuje „słodki zabójca”?

Spożywanie cukrów prostych, szczególnie w dużych ilościach, powoduje niekorzystne dla zdrowia wahania poziomu cukru we krwi oraz wahania poziomu insuliny. Trzeba zaznaczyć, że u osób zdrowych, niechorujących na cukrzycę, poziom cukru we krwi, nawet po zjedzeniu słodczy, pozostaje w granicach normy, jednak z poziomu np. 80mg/dl szybko podnosi się do poziomu 140 mg/dl, a potem szybko opada. Teoretycznie cukier jest w normie, ale ta różnica 60. jednostek w krótkim czasie ma swoje konsekwencje. Aby poradzić sobie z dużą ilością cukrów prostych organizm wydziela duże ilości insuliny. Insulina sama w sobie stymuluje apetyt. Dodatkowo, w wyniku działania tej insuliny, poziom cukru we krwi z górnej granicy normy szybko obniża się do dolnej granicy normy. Szybko obniżająca się glikemia to kolejny czynnik, stymulujący apetyt. To dlatego po spożyciu cukrów prostych bardzo często, po niedługim czasie, znowu odczuwamy głód.

Inną kwestią jest spożywanie cukrów prostych przez osoby chorujące na cukrzycę, które albo wcale nie mają już własnej insuliny, albo nie działa ona u nich prawidłowo. W tej grupie osób, nadmiar cukrów prostych prowadzi do hiperglikemii, czyli zbyt wysokich poziomów cukru we krwi oraz znacząco utrudnia prawidłową kontrolę metaboliczną cukrzycy. Kolejnym zagadnieniem jest to, że nadużywanie cukrów prostych u wielu osób przekłada się na przyrost masy ciała, a to może być czynnikiem prowadzącym do rozwoju cukrzycy typu 2.

Spożywając nadmierne ilości cukru, doprowadzamy do groźnych wahań glikemii. Sięgamy po słodczy po to, aby dodać sobie energii, jednak często nie mamy świadomości, że po chwilowym przyplwywie „sił”, nastąpi gwałtowny spadek, który spowoduje chęć ponownego sięgnięcia po łakocie. Czy możemy mówić, że wpadamy w błędne koło cukrowego uzależnienia?

Dokładnie tak. Cukier uzależnia. I nie chodzi tylko o to, że przyzwyczajamy się do jego smaku, ale o mechanizm, o którym wspomniałam – w odpowiedzi na cukier z pożywienia w organizmie wzrasta ilość insuliny. Dochodzi do wahań glikemii oraz wahań poziomu insuliny. Po półtorej-dwóch godzinach od zjedzenia obfitego deseru bardzo często mamy niski poziom cukru we krwi (przez chwilę był on podwyższony, ale potem mocno się obniżył), a wówczas organizm domaga się kolejnej dawki energii. Mówiąc precyzyjniej, domaga się jej nasz mózg. Mózg nie pracuje bez regularnych dostaw energii, stąd we krwi człowieka zawsze musi być pewna ilość glukozy, która jest paliwem dla mózgu. Jeśli poziom tej glukozy jest niski, to mózg włącza tryb alarmowy i sygnalizuje nam różnymi sposobami, że powinniśmy coś zjeść. Czujemy ssanie w żołądku, boli nas głowa, nie możemy się skoncentrować, a na samą myśl o jedzeniu dosłownie cieknie nam ślinka. Jak tu nie ulec i nie sięgnąć po kolejny batonik?



Anna Śliwińska
Prezes Zarządu Głównego
Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

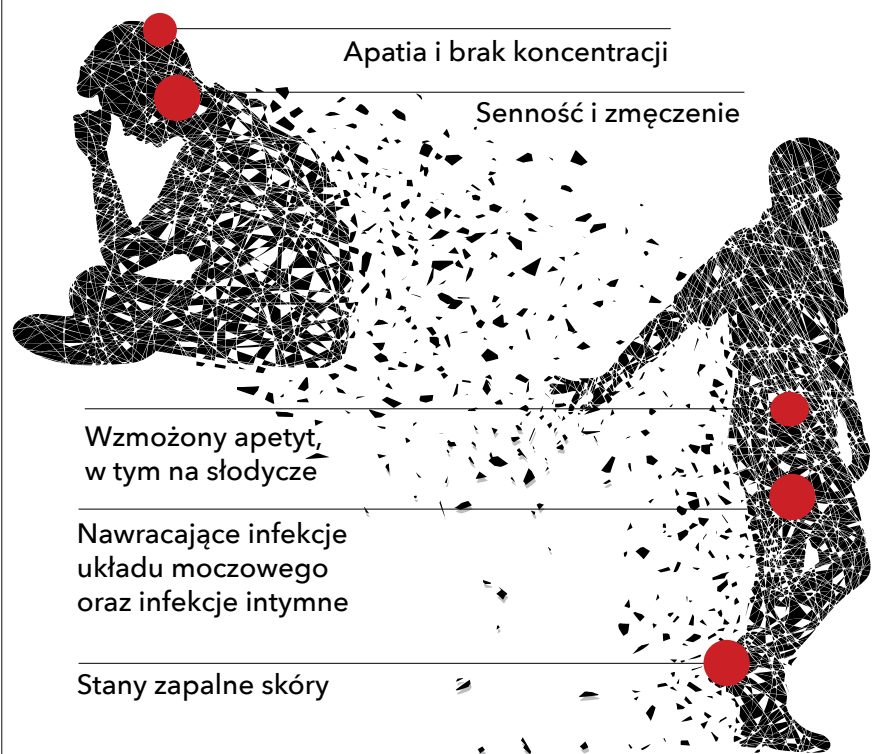
Pani Anno, na co dzień ma Pani do czytania z pacjentami-diabetykami. Jakie objawy powinny budzić w nas niepokój i zmobilizować nas do zbadania poziomu cukru we krwi? Co możemy zrobić, aby utrzymać poziom cukru na stałym poziomie?

Aby nie dopuszczać do nadmiernych wahań glikemii należy unikać cukrów prostych, a swoją dietę oprzeć na węglowodanach złożonych, które powoli podnoszą poziom cukru we krwi i na długo zapewniają uczucie sytości. Zasada ta dotyczy zarówno osób zdrowych, jak i diabetyków. Jeśli chodzi o objawy

Szybko obniżająca się glikemia to kolejny czynnik, stymulujący apetyt

cukrzycy to trzeba pamiętać, że zasadniczo mamy do czynienia z dwoma typami tej choroby. Cukrzyca typu 1, będąca chorobą autoimmunologiczną, daje objawy ostre. Do najczęstszych należą wzmożone pragnienie oraz częste oddawanie dużych ilości moczu (w dzień i w nocy). Do tego dochodzą chudnięcie, osłabienie, rozdrażnienie, senność. Cukrzyca typu 2, choroba będąca często konsekwencją niezdrowego trybu życia (nadwagi, otyłości, małej aktywności fizycznej), często nie daje żadnych objawów albo są one na tyle nienasilone, że nie powodują niepokoju pacjenta. Dlatego tak ważne jest, by raz na jakiś czas badać sobie poziom cukru we krwi. Powinny o tym pamiętać przede wszystkim osoby z grupy ryzyka, czyli z nieprawidłową masą ciała i obciążone genetycznie (występowanie cukrzycy w najbliższej rodzinie). Na cukrzycę typu 2 może wskazywać towarzysząca nam przez cały dzień senność, przemęczenie, wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu, sucha i swędząca skóra, zaburzenia widzenia, trudne gojenie się ran, czy skłonność do częstych infekcji intymnych.

OBJAWY WAHANIA CUKRU WE KRWI



insulan suplement diety

Cukier na prawidłowym poziomie



Suplement diety Insulan dzięki swoim składnikom pomaga utrzymywać prawidłowy poziom cukru we krwi.*

NOVASCON
PHARMACEUTICALS

* Zawiera ekstrakt z liści gurmuru i chrom

Oświadczenia zdrowotne dla składników produktu i warunki użycia na www.insulan.pl. Ocena suplementacji produktu Insulan u osób z cukrzycą typu I i II, badanie konsumenckie przeprowadzone przez MMS Polska, Łódź 08.2016. N-15.

EMOCJE DIABETYKA

EDUKACJA DIABETOLOGICZNA

Odpowiednia samokontrola w cukrzycy, niezależnie od tego, czy ukierunkowana jest na monitorowanie glikemii, czy przebieg diety i intensywność aktywności fizycznej, to sposób na poprawę jakości życia chorego na cukrzycę a także uniknięcie późnych powikłań tej choroby.

TEKST/ Mariusz Masiarek
Przewodniczący, Towarzystwo Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą

Życie z cukrzycą to ciągle myślenie. O poziomie glikemii, o posiłkach, o dawkach insuliny. Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, w której jednym z warunków uzyskania dobrych wyników jest aktywny udział osoby chorej w terapii. W leczeniu cukrzycy to pacjent jest kluczowy. On podejmuje 70 % decyzji w terapii. Reszta to wskazania lekarza i edukacja - to zdanie Prof. Krzysztofa Strojka, krajowego konsultanta diabetologii. Dotyczy to samego pacjenta - dziecka i dorosłego oraz jego najbliższego otoczenia - rodziców, opiekunów czy współmałżonka lub partnera. Wyjątkowa sytuacja, kiedy to na przebieg terapii ma się

aż tak duży wpływ. To ogromne wyzwanie nie tylko dla chorego, ale dla lekarza również, bo to on nadzoruje cały proces leczenia. To również spore obciążenie psychiczne. Nie wszyscy radzą sobie z taką sytuacją. Z ogromnym stresem, towarzyszącym codzienności z cukrzycą. Co zatem robić, by walka ze stresem była skuteczna? Dobrze jest zdać sobie sprawę z sytuacji, w której wbrew naszej woli się znaleźliśmy. Najważniejsze jest znalezienie partnera w sobie, może nawet opiekuna, na którego zawsze możemy liczyć. To on, będąc z wiadomych względów zawsze przy nas, potrafi wskazać sam sobie pozytywne postępowanie. Nie ma lepszej metody niż pozytywne myślenie. Osoba, która zachorowała, musi myśleć o sobie, jako o kimś komu się to po prostu przytrafiło. Zawsze mogło być gorzej... Teraz należy znaleźć jak najlepsze metody walki z chorobą i dostosować je do własnych możliwości i oczekiwań. Nad cukrzycą można zapanować na bieżąco, poprawiając własne umiejętności. Dobrze jest okazywać swoje dobre samopoczucie - częściej się uśmiechać.

Ktoś powie – łatwo powiedzieć, trudniej zrobić. I to jest racja. Dlatego w trakcie procesu leczenia niezwykle istotne jest wsparcie psychologiczne. Dziecko, chorujące na cukrzycę, i jego rodzice mogą liczyć na spotkania z psychologiem, finansowane ze środków publicznych, jedynie na początku drogi. Psycholog jest w zespole terapeutycznym, który ma za zadanie, w momencie diagnozy, wprowadzić w nową rzeczywistość.

Przeczytaj więcej na:
www.wpunktozdrowiu.pl

TEKST/ Alicja Szewczyk
Przewodnicząca PFED, Specjalista Pielęgniarstwa Diabetologicznego

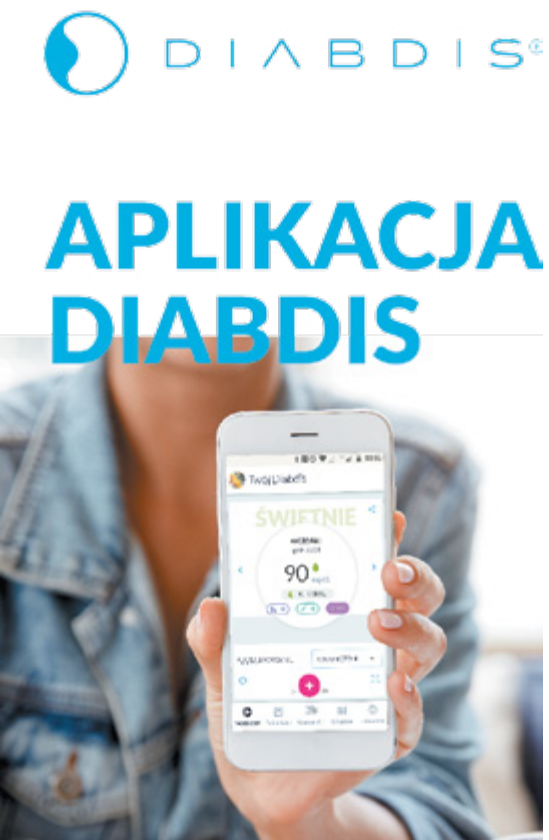
Cukrzyca to schorzenie, które wymaga od pacjenta nie tylko regularnych konsultacji z zespołem terapeutycznym, lecz także prowadzenia systematycznej samokontroli. Pacjenci powinni nauczyć się tak kontrolować na co dzień poziom glikemii, aby w razie jej wahaniami móc od razu zareagować, a w przypadku wątpliwości skontaktować się ze swoim lekarzem lub osobami odpowiedzialnymi za edukację – pielęgniarkami, dietetykami i edukatorami.

Jako społeczeństwo o cukrzycy wiemy wciąż zbyt mało, jednak sytuacja powoli poprawia się. W mediach jest dużo informacji, wywiadów ze specjalistami, porad na temat diety i prozdrowotnego stylu życia – media mają do odegrania istotną rolę edukacyjną i robią dobrą robotę. Ale to nie wystarcza. Oprócz tego potrzebne są akcje informacyjno-edukacyjne dla społeczeństwa, prowadzone przez fachowy personel medyczny, a także szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu, żeby poprawić wczesne wykrywanie cukrzycy. Trzeba też zapewnić odpowiednie szkolenia pielęgniarkom, które sprawują opiekę nad osobami z cukrzycą na co dzień (np. rodzinnym). W praktyce oznacza to, że potrzeba zwiększać świadomość społeczeństwa na temat cukrzycy poprzez edukację zdrowotną na szczeblu lokalnym i ogólnopolskim. Zespoły podstawowej opieki zdrowotnej powinny kompetentnie rozpoznawać cukrzycę i kierować chorego do

odpowiednich lekarzy specjalistów. Oprócz leczenia i opieki nie można zapominać o profilaktyce – potrzebne jest zachęcanie Polaków do uprawiania sportu, kontroli stresu, stosowania właściwej diety, bo zdrowy tryb życia może uchronić przed zachorowaniem nie tylko na cukrzycę. Edukacja ma zatem z jednej strony cele doraźne – dostarczenie informacji o podstawowych zachowaniach chorego na cukrzycę, sposobach leczenia, o kontroli glikemii oraz zapoznaniu chorego z elementarnymi pojęciami i podstawowymi objawami. Celem doraźnym jest też wyjaśnienie pacjentowi istoty choroby. Cel długoterminowy to dbanie, by ta dostarczona wiedza tworzyła mechanizmy przystosowawcze i motywacyjne, likwidowała poczucie choroby, poprawiała jakość życia, zmniejszała stres, wynikający z choroby i wytwarzała mechanizmy adaptacyjne. Edukacja traktowana w taki właśnie sposób jest częścią algorytmu postępowania w cukrzycy.

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii od chwili powstania w 2006 r. działa zgodnie z założeniami, które już 40 lat temu wytyczyło kierunek opieki medycznej w cukrzycy. W celu usprawnienia i ujednolicenia pielęgniarstwa opieki diabetologicznej w Polsce PFED od 2006 roku wydaje Zalecenia w opiece diabetologicznej „Zalecenia Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii, konsultantów krajowych w dziedzinach: pielęgniarstwa, pielęgniarstwa diabetologicznego, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego oraz pielęgniarstwa epidemiologicznego 2018r. www.pfed.org.pl

Przeczytaj więcej na:
www.wpunktozdrowiu.pl



SAMOKONTROLA DIABETYKA. JAK ŻYĆ Z CUKRZYCĄ?

Samokontrola jest jednym z istotnych działań, wpływających na cukrzycę. Obejmuje określone zachowania i czynności, dotyczące monitorowania cukrzycy i zarządzania nią. W ramach samokontroli diabetyków powinien odpowiednio się odżywiać, prowadzić aktywny tryb życia, monitorować glikemię, przestrzegać zaleceń terapeutycznych, aby minimalizować ryzyko zastosowania nieprawidłowego leczenia.

Jednym z ważniejszych elementów samokontroli są pomiary glukozy. Ich wyniki można porównać do znaków drogowych, prowadzących do celu, którym jest dla cukrzyka wyrównanie metaboliczne. Każdy pomiar glukozy pozwala lepiej zrozumieć zachodzące w organizmie procesy i zarządzać cukrzycą oraz podejmować właściwe decyzje terapeutyczne. Prawidłowa samokontrola umożliwia długie życie z chorobą i zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań.

Podstawowym urządzeniem, służącym do samokontroli, jest glukometr, który umożliwia odczyt poziomu glukozy we krwi. Glukometry są coraz bardziej precyzyjne i wygodniejsze w użyciu. Najnowsze modele wymagają pobierania niewielkiej próbki krwi, co zmniejsza ryzyko wystąpienia błędów pomiaru, wynikających z jej nadmiaru bądź niedoboru. Wiele modeli glukometrów informuje o tym, czy badanie zostało wykonane prawidłowo. Wyniki pomiarów są rejestrowane w pamięci urządzenia, co umożliwia ich późniejszy przegląd i analizę.

Kontrola glikemii spełnia swoje zadanie tylko wtedy, gdy wyniki są dokładne. Tymczasem wiele błędów pomiarowych powstaje z winy samego chorego. Są one następstwem niewiedzy i niedokładności wykonania badania. Należy zadbać o czystość i suchość dłoni, ale również o stan glukometru i jakość pasków testowych. Jeśli jedno ogniwo zawiedzie, pomiar będzie niemiarodajny. Aby glukometr działał niezawodnie należy wiedzieć, jak funkcjonuje, oraz rozumieć oznaczenia, pojawiające się na wyświetlaczu. Dobry glukometr to taki, z którego diabetyk korzysta regularnie: ważne jest, aby używać stale tego samego glukometru. Jednoczesne korzystanie z kilku glukometrów może spowodować wprowadzenie niepotrzebnych zmian w leczeniu.

Kontrola glikemii, rodzaj używanego glukometru, interpretacja wyników oraz działanie wynikające z interpretacji znacznie się różnią, w zależności od typu cukrzycy, czasu jej trwania i celów, które chory chce osiągnąć. Częstotliwość pomiarów powinna

być dostosowana do typu cukrzycy i metody leczenia. Im bardziej intensywna metoda leczenia, tym pomiarów powinno być więcej, np. chory z cukrzycą typu 1 powinien wykonać od kilku do kilkunastu pomiarów glikemii na dobę. Samo zmierzenie poziomu glukozy to jednak za mało. Istotne znaczenie ma umiejętność interpretacji wyników. Zdarza się, że osoby z cukrzycą mierzą poziom glukozy zbyt rzadko albo kłują się kilkanaście razy na dobę, mając nadzieję, że zwiększona liczba pomiarów glikemii sama w sobie będzie miała cudowne właściwości terapeutyczne. Nic bardziej mylnego. Jeżeli w odniesieniu do uzyskiwanych pomiarów glikemii nie będą podejmowane stosowne działania, to nawet bardzo duża liczba pomiarów nie poprawi wyrównania metabolicznego.

Wskazaną formą samokontroli, dla osób z cukrzycą typu 1, jest ciągle monitorowanie glikemii, które daje pełny obraz poziomów glukozy we krwi. System CGM wykorzystuje sensor, dlatego błyskawicznie podaje informację o wzroście lub spadku stężenia glukozy we krwi. Na urządzeniu użytkownik widzi bieżący poziom cukru oraz wykresy i strzałki informujące o tym, czy poziom cukru jest stabilny, rośnie, czy spada. Na rynku dostępne są również urządzenia, które potrafią przewidzieć zbliżającą się hipoglikemię i zatrzymać pompę insulinową. Nowością jest również system monitorowania glikemii Flash, który składa się z sensora oraz czytnika przypominającego glukometr. Odczytanie poziomu cukru polega na zeskanowaniu danych z sensora. W momencie, gdy diabetyk chce sprawdzić poziom cukru, przykładając urządzenie do sensora i otrzymuje aktualną informację. Na urządzeniu widać także wykresy i strzałki trendu. Niestety korzystanie z tych systemów jest drogie. Mimo że na rynku wciąż pojawiają się coraz nowocześniejsze urządzenia, to glukometr w dalszym ciągu pozostaje podstawowym narzędziem codziennej samokontroli diabetyków ze względu na dostępność i niskie koszty użytkowania.

Na właściwe prowadzenie samokontroli duży wpływ mają poziom edukacji i motywacja diabetyka. Diabetyk powinien być odpowiednio przygotowany do samokontroli, aby prawidłowo interpretować wyniki i postępować adekwatnie do nich. Edukacja w tym zakresie powinna być skuteczna i prowadzić do zrozumienia tego, co się robi. Diabetyk musi się orientować nie tylko w tym, jak dobrze wykonać oznaczenie, ale też co zrobić z wynikiem i jak zareagować, jeśli jest nieprawidłowy. Niedostateczna edukacja często prowadzi do niepowodzeń w leczeniu cukrzycy.

Lilla Welzel, Edukator diabetologiczny, Diabdis.

Wygodny sposób, żeby wyniki, kalkulator WW i czat ze specjalistami mieć zawsze pod ręką. W aplikacji zapiszesz także ilość przyjętej insuliny, spożyte posiłki, czy aktywność fizyczną

Wykresy i zestawienia

Automatyczny dzienniczek

Czat ze specjalistą

Kalkulator posiłków

Dostępne w App Store

DOSTĘPNE W Google Play

Nowoczesne rozwiązania w dziedzinie leczenia ran



Od 25 lat produkujemy i dystrybuujemy nowoczesne wyroby medyczne stosowane w leczeniu ran, ratownictwie medycznym, chirurgii plastycznej i medycynie estetycznej. Oferujemy m.in.:

- gamę opatrunków hydrożelowych: Aqua-Gel®, BurnTec®, HydroAid®
- opatrunki specjalistyczne z medycznym miodem Manuka
- roztwory i hydrożele do płukania ran o działaniu antybakteryjnym Microdacyn®
- spray na bazie kaolinu ze srebrem i kwasem hialuronowym – Farmactive Silver
- system do podciśnieniowej terapii ran (NPWT) marki Genadyne

*REKONSTRUKCJA 4 Rozmowy 88. URZ. Min. Zdr. 2013. 17

Kikgel
tel.: 447192340 | biuro@kikgel.com.pl
www.kikgel.com.pl

STOPY DIABETYKA

TEKST/ **Aneta Kowalczyk**
Polskie Towarzystwo
Podologiczne

Profilaktyka Zespołu Stopy Cukrzycowej to podstawowe zadanie podologa w pracy z osobami chorymi na cukrzycę. Podolog, jako członek interdyscyplinarnego zespołu, ma za zadanie uchronić chorego przed konsekwencjami powikłań tej choroby - głównie amputacją - poprzez kontrolę i odpowiednią pielęgnację stóp. Cukrzyca to choroba bardzo podstępna, która może rozwijać się w organizmie człowieka latami, i w tym czasie potrafi wyrządzić w nim wiele szkód. Najczęściej współistnieje z chorobą miażdżycową i niewydolnością krążenia doprowadzając do zawałów, udarów lub wylewów, ale także do zaburzeń widzenia (retinopatii) czy funkcjonowania nerek (nefropatii) często kończącej się na dializach. Podobnie też dzieje się z układem nerwowym, którego działanie z czasem jest zaburzone, a efekty tego objawiają się, m.in. coraz zmniejszonym czuciem w stopach, a nawet jego brakiem (neuropatia). Nie są to jednak jedyne powikłania tej choroby. Z czasem niewydolność krążeniowa rozwija się coraz bardziej, drobne naczynia krwionośne stają się bardziej kruche co w konsekwencji doprowadza do niedotlenienia i słabego odżywienia tkanek, a to z kolei powoduje, że pojawiają się rany, które trudniej się goją.

Jak może pomóc podolog?

Przed wszystkim zbada stopy. Badanie stóp to podstawowa czynność w gabinecie podologicznym. Dzięki temu chory dowie się, w jakim stopniu jego stopy odczuwają dotyk, poprzez badanie czucia powierzch-

ownego i głębokiego oraz temperatury, a także czy w jego stopach jest prawidłowe krążenie. Oprócz tych badań, podolog obejrzy paznokcie i skórę stóp, i określi w jakim stopniu może pomóc choremu. Wszystkie zmiany, jakie powstają na stopach diabetyka mogą przyczyniać się do powstania ran. Dlatego tak istotne jest ich regularne usuwanie. Przede wszystkim mam tutaj na myśli głębokie odciski, rozległe modzele, wrastające czy zgrubiałe paznokcie oraz zrogowaciałą skórę na piętach, która może pękać. Każda z tych zmian powinna być starannie i w bezpieczny sposób usunięta, aby stopy nie były obciążone dodatkowym uciskiem. Podolog to jedyna osoba, która potrafi sobie z tym poradzić nie naruszając ciągłości tkanek. Posiada odpowiednie narzędzia i urządzenia, dzięki którym w bezpieczny i skuteczny sposób zlikwiduje zmiany. Do zadań podologa należy przede wszystkim prawidłowe skracanie paznokci, usuwanie odcisków i modzeli, redukcja zrogowaciałego naskórka na piętach, profilaktyka wrastających i wkręcających się paznokci, oczyszczenie zmian na płytkach paznokciowych takich, jak np. grzybica czy zrogowacenia, oraz zastosowanie odpowiednich opatrunków odciążających i pielęgnacyjnych. Dodatkowo zadaniem podologa jest poinstruowanie chorego, w jaki sposób powinien dbać o stopy, pomoc w doborze odpowiednich preparatów do pielęgnacji domowej, dobór prawidłowego obuwia i skarpetek, wykonanie lub dobór wkładek odciążających miejsca narażone na nadmierny ucisk. W tym miejscu należy też zwrócić uwagę na fakt, że podolog współpracuje z interdyscyplinarnym zespołem lekarzy dzięki czemu chory jest objęty kompleksową opieką.

Przeczytaj więcej na:

www.wpunktozdrowiu.pl



Spółeczny obraz cukrzycy

W Polsce na cukrzycę cierpi ok. 3 mln osób, a liczba ta stale wzrasta. Mimo to nadal wielu Polaków nie potrafi wymienić poprawnie jej powikłań, a co 10. nigdy nie badał poziomu glukozy we krwi.

TEKST/
Patrycja Rzucidło-Zajac
Koalicja Na Rzecz Walki
z Cukrzycą, IPPiEZ

Wyniki najnowszego badania, „Społeczny obraz cukrzycy”, zrealizowanego w 2017 roku przez Koalicję na Rzecz Walki z Cukrzycą pokazują, że prowadzone na szeroką skalę działania edukacyjne, dotyczące cukrzycy, przynoszą pozytywne efekty. Badanie zostało powtórzone po 7. latach, na podobnej grupie respondentów, którym zadano te same pytania odnośnie cukrzycy. Okazuje się, że w przeciągu ostatnich 7 lat wiedza Polaków na temat cukrzycy nieznacznie wzrosła. Jeszcze kilka lat temu aż co 5. Polak nigdy nie wykonywał badania poziomu cukru we krwi – obecnie nie robi tego co 10. z nas. Znacznie wzrosła też wiedza na temat powikłań cukrzycy – najczęściej wymienianymi skutkami jest śpiączka cukrzycowa, stopa cukrzycowa, zaburzenia widzenia i pogorszenie wzroku. W badaniu z 2010 roku niemal 35% osób zupełnie nie znało odpowiedzi na to pytanie. Obecnie mamy

też większą wiedzę na temat objawów cukrzycy – według badanych, o zachorowaniu świadczy najczęściej wysoki poziom stężenia cukru we krwi, uczucie senności w ciągu dnia a także zmęczenie i osłabienie. Jeszcze w 2010 roku aż co 4. ankietowany nie potrafił wskazać żadnego objawu choroby, teraz jest to zaledwie ok. 4% z nas. Z kolei, porównując wyniki badań wśród osób, chorych na cukrzycę, nie widać większych różnic w rozkładzie odpowiedzi na poszczególne pytania, zadane w ankiecie. Jest jednak kilka elementów, różnicujących odpowiedzi respondentów. W 2010 roku 3 na 4 badane osoby deklarowały, że stosują dietę dla osób z cukrzycą, w 2017 roku taką deklarację złożyły 2 na 3 osoby. W porównaniu do badania z 2010 roku zwiększyła się liczba osób, które o swojej chorobie rozmawiają przede wszystkim z diabetologiem, a w 2010 roku była to co czwarta osoba, a w 2017 roku co trzecia. Biorąc pod uwagę dane, zebrane w raporcie, a także stan obecny i prognozy, związane z zachorowalnością na cukrzycę oraz leczeniem jej powikłań, trudno oprzeć się wrażeniu, że problem cukrzycy jest niezwykle złożonym społecznym konstruktem. Tym samym inwestowanie w działania, związane z ograniczeniem liczby osób z cukrzycą, a także wsparcie dla osób już chorych, w celu uniknięcia powikłań i sprawienia – żeby życie diabetyków nie odbiegało znacząco od przyjętych i powszechnie akceptowanych społecznych oraz ekonomicznych norm – jest bezpośrednim inwestowaniem w ludzi.

Działania, o których mowa powyżej, wymagają wspólnego, strategicznego i systematycznego działania instytucji rządowych, organizacji pozarządowych, biznesu, jak i samych diabetyków.

Zanim utną ci nogę

4500 amputacji stóp. Rocznie. To cukrzyca w polskich statystykach. Do tego dochodzą dziesiątki tysięcy mniejszych amputacji – a to palec albo i dwa. A choć brzmi to jak horror, mówi się, że te zabiegi, które dla pacjenta są dramatem i kończą się kalectwem, szpitalom się bardzo... opłacają.

TEKST/
Agnieszka Sztyler-Turovsky

Polska jest liderem jeśli chodzi o obcinanie nóg. Więcej amputacji robi się chyba tylko w krajach objętych wojną. Nogi najczęściej obcina się u nas nie ofiarom wypadków komunikacyjnych, ale cukrzykom z tzw. stopą cukrzycową – najbardziej dramatycznym powikłaniem cukrzycy typu 2. Kilka słów wyjaśnienia dla totalnych laików – szczęśliwców, którzy nie mają do czynienia z cukrzycą własną czy bliskich: gdy stężenie glukozy we krwi jest za wysokie, a wartości glikemii nieprawidłowe, uszkodzeniu ulegają naczynia krwionośne i nerwy. Tak powstaje stopa cukrzycowa pochodzenia naczyniowego albo pochodzenia nerwowego. Pierwsze objawy to zaburzenia czucia, potem dochodzą trudno gojące się rany i martwica tkanek, która grozi amputacją stopy. Amputacje szpitalom się... opłacają. Wykonać ją może nawet mało doświadczony chirurg, a pacjent spędzi po niej sporo czasu na oddziale, za co szpital dostanie kasę z NFZ.

Sytuację zmieniają, ale tylko trochę kolejne ogólnopolskie akcje edukacyjne i programy ministerialne. Taki jak program wsparcia ambulatoryjnego leczenia zespołu stopy cukrzycowej na lata 2016-2018. To pierwszy tak kompleksowy i skoordynowany plan działań dedykowanych polskim cukrzykom. Dzięki



Agnieszka Sztyler-Turovsky
Wydawca MedOnet.pl, szef reporterów
Onet Kobieta

niemu doposażono istniejące i założono nowe gabinety, w których leczy się powikłania cukrzycy. Tyle tylko, że gabinety te znajdują się w dużych ośrodkach diabetologicznych. Takich, które mają do dyspozycji szpitale z oddziałami diabetologii. Co z tymi, którzy mają małe szanse tam trafić? Powinni domagać się od lekarzy pierwszego kontaktu, by wypisywali im skierowanie na badanie poziomu glukozy we krwi przynajmniej raz w roku. A jeśli trafią na takiego, który odmówi, bo boi się, że narazi się dyrektorowi przychodni zbyt „szalaniem” skierowaniami, pozostaje im chyba samowolne udanie się do laboratorium i zainwestowanie w swoje zdrowie i życie kilku czy kilkunastu złotych.