

CUKRZYCA

— SZANSE I WYZWANIA —

Odwiedź nasz blog
wpunktozdrowiu.pl

Temat numeru

Serce pacjenta z cukrzycą

Dlaczego diabetycy umierają
najczęściej z powodu chorób
sercowo-naczyniowych?

strona 6-7

Insulinoterapia

Przyszłość stosowania

Świadomy pacjent

Badania dla diabetyka

Indywidualizacja terapii

Optymalne leczenie

Cukrzycowa lawina

Cukrzyca to choroba, na którą obecnie choruje około trzech milionów osób w Polsce. Prognozy na przyszłość nie wyglądają optymistycznie. O szansach i wyzwaniach dla diabetologii rozmawialiśmy z Prof. Maciejem Małeckim.

TEKST/ Joanna Myrcha

Panie Profesorze, pacjentów z cukrzycą przybywa w tempie lawinowym, jak obecnie przedstawiają się szacunkowe dane już zdiagnozowanych chorych i osób bez postawionego rozpoznania?

Szacujemy, że w Polsce cukrzycą dotkniętych jest około trzech milionów osób, zdecydowana większość z nich 80 - 90 % to pacjenci z cukrzycą typu 2, 200 000 to pacjenci z cukrzycą typu 1. Wśród nich jest kilkadziesiąt tysięcy osób z cukrzycą jeszcze nierozpoznaną. Są to oczywiście głównie pacjenci z cukrzycą typu 2, którzy po prostu nie mają oczywistych, ewidentnych objawów i u których nie uchwycono tej choroby, bo nie zostali oni poddani badaniom przesiewowym. Czyli podsumowując, ponad 200 000 pacjentów z cukrzycą typu 1, ponad 10 razy tyle z cukrzycą typu 2, w tym kilkaset tysięcy bez postawionego obecnie rozpoznania.

Z czego wynika fakt, iż chorych z cukrzycą jest coraz więcej?

Trzeba tu rozdzielić przyczyny te, które dotyczą cukrzycy typu 2 i cukrzycy typu 1. W przypadku cukrzycy typu 2 wiemy, że po pierwsze społeczeństwo nam się starzeje, a wiek jest w ścisłym związku z zapadalnością na tą formę choroby. Inne czynniki ryzyka to otyłość, brak ruchu, ponadto niezdrowa dieta, które leżą u podstaw cukrzycy typu 2. Cukrzyca typu 1 także cechuje się w Polsce niekorzystnymi trendami epidemiologicznymi i odpowiedź na pytanie o przyczyny jest dużo trudniejsza. Mamy do czynienia z podobnym trendem w całym regionie Europy Środkowo - Wschodniej, i nie bardzo też wiemy dlaczego tak się dzieje. Czasowo trend ten rozpoczął się w okresie zmiany systemu na przełomie lat 80. i 90 - wzrosła zamożność społeczeństwa, zmienił się tryb życia, ekspozycji na pewne antygeny. Zapewne więc też w jakimś sensie mamy do czynienia z pewnego



prof. dr hab. n.med. Maciej T. Małecki

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Katedra Chorób Metabolicznych CM UJ

rodzaju konsekwencją współczesnej cywilizacji, tylko tutaj trochę trudniej jest pisać po prostu w szczegółach, jak wygląda kolejność rzeczy.

Panie Profesorze z jakiego powodu tak wiele osób z cukrzycą nie wie o chorobie?

O cukrzycy nie wiedzą tylko czasem pacjenci z cukrzycą typu 2, cukrzyca typu 1 ma tak ewidentne objawy, że chory musi się zgłosić do lekarza. Natomiast w cukrzycy typu 2 choroba przez wiele lat nie daje tych ewidentnych objawów, które kojarzą się nam z cukrzycą, czyli z pragnieniem, z oddawaniem dużej ilości moczu. Trzeba tej choroby aktywnie szukać, bo chory nie doświadcza żadnych cierpień i właśnie to jest główny powód braku rozpoznania. Często pierwszym objawem cukrzycy jest zawał serca albo udar mózgu. Sposobem na to, by uniknąć takiego niekorzystnego scenariusza jest aktywne poszukiwanie tej choroby poprzez regularne badania w grupach ryzyka.

Czy w ujęciu tych danych Polska odstaje od Europy?

Często pierwszym objawem cukrzycy jest zawał serca, albo udar mózgu i sposobem na to, by uniknąć takiego niekorzystnego scenariusza jest aktywne poszukiwanie tej choroby

Jeśli chodzi o cukrzycę typu 2 to wszyscy podlegamy tym samym trendom. Czyli generalnie na większości kontynentu zapadalność i chorobowość na cukrzycę typu 2 rosną. Są wyjątki chlubne tak jak na przykład Norwegia, czy niektóre inne kraje skandynawskie, gdzie udało się wprowadzić na poziomie społecznym mądrą profilaktykę, która skutkuje zmniejszeniem zapadalności czy liczby nowych przypadków. Trzeba mieć nadzieję, że z czasem przełoży się to na liczbę wszystkich chorych na cukrzycę typu 2. My jesteśmy niestety w głównym nurcie europejskim w zakresie cukrzycy typu 2. W odniesieniu do cukrzycy typu 1, mamy zaś do czynienia z regionalną epidemią, której natury, tak naprawdę nie do końca jeszcze poznaliśmy.

Jakie są najbliższe szanse i wyzwania w ujęciu opieki nad pacjentem z cukrzycą w Polsce?

Opieka nad pacjentami z cukrzycą w Polsce opiera się na współdziałaniu specjalistów diabetologii, lekarzy rodzinnych a także lekarzy innych specjalizacji. W Polsce działa blisko tysiąc poradni diabetologicznych. W moim odczuciu dobrze wypełniają swoje zadanie współpracując z gabinetami lekarzy rodzinnych. Ważne jest, aby zachować tę strukturę organizacyjną, aby starać się ją wzmacniać. Najlepiej gdyby w każdym województwie funkcjonował jeden specjalistyczny szpitalny oddział diabetologiczny. Ważne jest by o te filary organizacyjne dbać, żeby je wzmacniać, żeby budować coraz

większą, mocniejszą sieć gabinetów zespołu stopy cukrzycowej, groźnego powikłania w cukrzycy. Aby wzmacniać współpracę między specjalistami z zakresu diabetologii, a okulistami, angiologami celem poprawy rokowania u pacjentów z cukrzycą. Ważne jest także dofinansowanie, żeby poprawić dostęp polskich pacjentów z cukrzycą, głównie z cukrzycą typu 2, do nowoczesnych terapii, bo od wielu lat bezskutecznie chorzy o ten dostęp się dopominają.

Panie Profesorze, czy istnieje jakakolwiek szansa na zwiększenie jakości życia pacjenta z cukrzycą w Polsce?

Ja myślę, że nie tylko istnieje, tylko ta jakość życia jednak mimo wszystko z roku na rok się poprawia. Nowe technologie i nowe leki, mimo tego, że wolniej niż w innych krajach Unii Europejskiej, one jednak do Polski finalnie - wchodzi. Chciałoby się żeby ten proces szybciej się dokonywał, stąd też ciesząc się z tego, który już ma miejsce, pozostaje nam apelować do decydentów o zwiększanie dostępu do nowoczesnych technologii, nowoczesnych leków, bo to jest jeden z niewątpliwie podstawowych gwarantów tej poprawy jakości życia. Ważna jest również niezwykle poprawa infrastruktury organizacyjnej. Krytycznie ważne jest także to, żeby w planowanych zmianach w zakresie specjalizacji, które ministerstwo przewiduje na przyszłość, w żaden sposób nie ucierpiała specjalizacja z diabetologii, bo w Polskich warunkach sprawdziła się ona bardzo dobrze przez ostatnie trzy dekady.



2 Forum Nowoczesnej Diabetologii

22-23 listopada 2019 | Poznań

Organizatorzy:



Współpraca:
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

PARTNERZY MERYTORYCZNI



PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY



PARTNERZY MEDIALNI



THE POINT

www.thepoint.com.pl

w punkt zdrowiu.pl

Project Manager:

Ewa Kulczuga

Healthcare Project Managing Director:

Joanna Myrcha

Redakcja

Joanna Myrcha, Ewa Kulczuga

The Point Media

ul. Libijska 10c

03-977 Warszawa

NIP 521 339 71 59

biuro@thepoint.com.pl

Skład:

MB

Druk:

AGORA S.A.

Fotografie: Istock, Adobe Stock



JAK NOWOCZEŚNIE
LECZYĆ CUKRZYCĘ
PODEJŚCIE
INTERDYSCYPLINARNE
WARSZAWA, 8-9 listopada 2019 r.



VI HOT TOPICS
DIABETOLOGIA 2019
GDYNIA, 29-30 listopada 2019 r.



Złoty Wiek Insuliny

Mimo niemal 100 lat istnienia insulina nadal nie tylko ratuje ludzkie życie, ale ma także wpływ na jego jakość. Niewiele jednak osób wie, że insulinę można stosować nie tylko w cukrzycy, ale też w innych wskazaniach. Na temat przyszłości stosowania insuliny ludzkiej oraz jej roli w kontrolowaniu cukrzycy typu 2. opowiada Prof. dr hab. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz.



dzie leczenia osiągają lepsze wyniki kontroli glikemii oraz mają mniejsze ryzyko rozwoju przewlekłych powikłań schorzenia.

Czym grozi późne wprowadzenie insulino-terapii w leczeniu pacjenta, dlaczego nie można zwlekać z jej wprowadzeniem?

U osoby z opóźnionym rozpoznaniem cukrzycy typu 1 głęboki deficyt insuliny prowadzi do rozwoju kwasicy ketonowej. Insulinę należy wprowadzić do terapii bezzwłocznie po rozpoznaniu choroby. U chorych na cukrzycę typu 2 insulinoterapia jest kolejnym etapem leczenia, który staje się konieczny przy przeciwwskazaniach do nieinsulinowych leków przeciwhiperglykemicznych lub przy wyczerpaniu się ich skuteczności, wyrażonym ponad docelowymi wartościami glikemii. Wysokie wartości glikemii, zaburzenia lipidowe będące następstwem deficytu, względem potrzeb organizmu, insuliny stanowią kluczowy element rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy. Manifestują się one klinicznie jako cukrzycowa choroba oczu (retinopatia cukrzycowa), nerek (cukrzycowa choroba nerek), układu nerwowego (neuropatia cukrzycowa) i choroby układu sercowo-naczyniowego.

Jakie jest miejsce i przyszłość stosowania insuliny ludzkiej w terapii cukrzycy typu 2?

Należę do pokolenia lekarzy, będących świadkami wprowadzania preparatów insuliny ludzkiej i stopniowego wyeliminowania preparatów insuliny pochodzenia zwierzęcego oraz wprowadzenia i coraz większego rozpowszechnienia analogów insuliny. Miejsce preparatów insuliny ludzkiej w terapii cukrzycy typu 2 dzisiaj jest definiowane przede wszystkim warunkami ekonomicznymi. W Polsce, przy rozpoczynaniu insulinoterapii w cukrzycy typu 2 od insuliny bazowej, uwarunkowania refundacyjne preferują preparat NPH insuliny ludzkiej. Miejsce insuliny ludzkiej w terapii cukrzycy typu 2 dyktowane jest także indywidualnymi potrzebami i wyborami pacjenta. Wśród chorych z typem 2 cukrzycy są osoby przez wiele lat leczone mieszkanką insuliny ludzkiej

Miejsce preparatów insuliny ludzkiej w terapii cukrzycy typu 2 dzisiaj jest definiowane przede wszystkim warunkami ekonomicznymi

w dwóch wstrzyknięciach na dobę z zadawalającym efektem. Szacowane dane wskazują, że gwałtowny wzrost liczby chorych na cukrzycę, a tym samym kandydatów do insulinoterapii, może w przyszłości przyczynić się do deficytu rynkowego i większego popytu na insulinę niż podaży. Są kontynenty i kraje, gdzie nie analogi insuliny tylko insulina ludzka jest podstawą insulinoterapii. Zatem w najbliższej przyszłości insulina ludzka nie zniknie i będzie stosowana w terapii cukrzycy typu 2 na świecie.

Jaką rolę odgrywa insulina ludzka w ujęciu kontrolowania cukrzycy ciężowej?

Cukrzyca ciężowa rozpoznawana między 24 a 28 tygodniem ciąży w teście doustnego obciążenia glukozą jest wskazaniem do insulinoterapii, w przypadku gdy leczenie dietą i ruchem nie pozwala na osiągnięcie normoglikemii. Insulinoterapia jest zatem, kolejnym etapem leczenia uruchamianym w momencie gdy leczenie behawioralne jest nieskuteczne. Preparaty insuliny ludzkiej obok analogów insuliny mają za zadanie skutecznie i bezpiecznie zapobiegać hiperglykemią.

Jakie są wskazania do stosowania insuliny ludzkiej oprócz tych typowo związanych z poziomem glikemii?

Niezależnie od glikemii preparaty insuliny ludzkiej u chorych na cukrzycę typu 2 stosowane są przy potrzebie okresowego leczenia insuliną (okres okołozabiegowy, hospitalizacja z powodu stanów nagłych dekomensujących cukrzycę). W okresowej insulinoterapii, ograniczającej się do czasu hospitalizacji, najczęściej insulina podawana jest w modelu

wielokrotnych wstrzyknięć. W terapii insuliną podawaną dożylnie zastosowanie mają preparaty krótko działające insuliny ludzkiej. Dożylny ciągły wlew krótko działającego preparatu insuliny zalecany jest w leczeniu ostrych stanów hiperglykemicznych, w sytuacjach wymagających dłuższego wstrzymania żywienia doustnego u chorych na cukrzycę i podawania dożylnego roztworu glukozy np. zabieg operacyjny, stany zagrożenia życia. Droga dożylnego podawania insuliny wykorzystywana bywa też celem przełamania zjawiska glukotoksyczności u osób z przewlekłe bardzo wysokimi glikemiami powyżej 250 mg/dl utrzymującymi się pomimo zwiększania dawek insuliny podawanej podskórnie. Profil działania preparatu insuliny ludzkiej NPH, w wybranych sytuacjach klinicznych jest korzystny. Na przykład, u chorych z nowym rozpoznaniem cukrzycy typu 1 w okresie częściowej klinicznej remisji. Niewielka dawka preparatu NPH insuliny podana wieczorem u chorych z zachowaną resztkową sekrecją insuliny pozwala na uniknięcie indukowanej hiperinsulinemii między posiłkami i zmniejsza ryzyko hipoglikemii u tych pacjentów m.in. związanej z aktywnością fizyczną. W częściowej klinicznej remisji u wielu chorych można nie podawać insuliny bazowej, a jedynie dokonywać iniekcji przed posiłkami szybko działającego analogu. Kolejny przykład uzasadniający wykorzystanie w terapii preparatu NPH insuliny ludzkiej to sterydoterapia u chorych na cukrzycę typu 2. Podane rano sterydy indukują najwyższe glikemie w godzinach wczesnopopołudniowych. Szczyt działania preparat NPH insuliny ludzkiej ma między 5 a 10 godziną od iniekcji. Tak więc, podanie insuliny NPH rano może pomóc w osiągnięciu lepszych wartości glikemii u tych chorych.

Od ponad 60 lat wspieramy diabetyków w Polsce i na świecie

**Zaufaj
naszemu
doświadczeniu**



Razem możemy zdziałać więcej

Cukrzyca to choroba, z którą na wszystkie sposoby należy walczyć. Wygraną z tą chorobą gwarantuje edukacja potencjalnych chorych. Na temat kreatywnego podejścia do walki z cukrzycą opowiada Karolina Piątek Prezes Zarządu Fundacji Europejska Klinika Cukrzycy.



Karolina Piątek

Prezes Zarządu Fundacji Europejska
Klinika Cukrzycy

.....
z V Balu Charytatywnego Wojewody Śląskiego. 19 września 2014 miał on swą akcję inauguracyjną, w której przebadaliśmy niemal 300 dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych. Od tamtej pory przebadaliśmy już 25 000 osób biorąc udział w wielu akcjach profilaktycznych oraz wydarzeniach takich jak np. Tour de Pologne czy Woodstock. Niestety, w Polsce bardzo dużo osób jeszcze nie wie o tym, że ma cukrzycę. Śmiało możemy powiedzieć, iż około 15% osób przez nas przebadanych miało problemy albo z ciśnieniem, albo ze zbyt wysokim poziomem cukru. Przychodzą do nas ludzie, którzy nie wiedzą, że mają jakikolwiek problem z cukrem i to od nas dowiadują się, że coś zaczyna się dziać w ich organizmie.

Jak wygląda wizyta w Diabetobusie®?

Diabetobus® jest mobilną kliniką cukrzycy, w której można zmierzyć poziom cukru we krwi, ciśnienie tętnicze oraz poziom tkanki tłuszczowej w organizmie. Można też zasięgnąć porady lekarza, dietetyka bądź edukatora społecznego oraz uzyskać informacje na temat zdrowego trybu życia. W środku znajduje się gabinet lekarski, w którym wykonywane są pomiary poziomu cukru oraz pokój



edukacyjny, gdzie chętnie udzielamy porad oraz przekazujemy materiały edukacyjne. Jest to jedyny taki Diabetobus® w Polsce.

W Diabetobusie® wykonujemy badanie na glukometrze, a więc obrazujemy poziom cukru we krwi w obecnym momencie pobierając krew z palca. Nie ma znaczenia, czy badana osoba jest na czczo, bądź po posiłku - cukier u zdrowej osoby zawsze ma być w normie.

Dlaczego działania profilaktyczne są tak ważne jeśli chodzi o cukrzycę?

Wcześniej zdiagnozowana i odpowiednio leczona cukrzyca nie prowadzi do poważnych powikłań bądź śmierci. Utrzymywanie prawidłowych poziomów cukru w organizmie pozwala osobom chorym na długie i szczęśliwe życie bez powikłań. Właśnie dlatego należy, jak najczęściej, korzystać z oferowanych badań profilaktycznych.

Wszelkie działania prowadzone przez fundację mają na celu polepszyć zdrowie społeczeństwa oraz wesprzeć edukację i profilaktykę zdrowotną, głównie związaną z cukrzycą. Nasze cele realizowane są poprzez:

- organizowanie szkoleń i konferencji edukacyjnych
- przeprowadzanie specjalnych kampanii społecznych propagujących problemy diabetyków oraz promujących zdrowy tryb życia.
- prowadzenie inicjatyw o charakterze charytatywnym, edukacyjnym oraz profilaktycznym

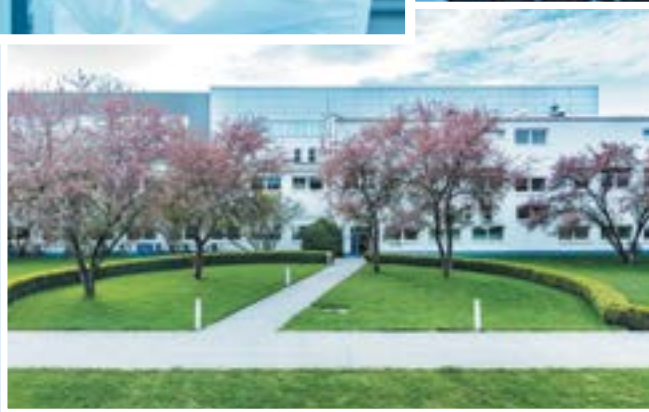
Po więcej informacji na temat działalności Fundacji zapraszamy na naszą stronę internetową: www.eukc.pl oraz na facebooka: <https://www.facebook.com/fundacjauekc/>

**Pamiętajcie, razem możemy
zdziałać więcej!**

W trosce o pacjenta z cukrzycą

BIOTON S.A. to polska, nowoczesna firma biotechnologiczna zapewniająca pacjentom bezpieczne i kompleksowe rozwiązania w leczeniu cukrzycy. Głównym celem firmy BIOTON jest osiągnięcie statusu preferowanego dostawcy kompleksowych rozwiązań diabetologicznych wśród pacjentów, lekarzy oraz całej społeczności diabetologicznej. Jest

jednym z 10 liczących się na świecie producentów rekombinowanej insuliny ludzkiej na skalę komercyjną. Obecnie Spółka pracuje nad stworzeniem pierwszych polskich analogów insuliny, które uzupełnią portfolio produktów BIOTON i sprawią, że firma będzie oferowała kompleksową gamę produktów przeciwcukrzycowych na polskim rynku.



 **BIOTON**

Cukrzyca a depresja

Choroba jaką jest cukrzyca dosięga każdej dziedziny naszego życia. Chorzy nie tylko muszą zmierzyć się z podstępными powikłaniami, ale też nierzadko z wynikającą z cukrzycy depresją. Na temat powiązania depresji z cukrzycą opowiada Joanna Chatizow.



Joanna Chatizow

Prezes Zarządu, Stowarzyszenie Aktywnie Przeciwko Depresji

.....

czynnik zewnętrzny powodują, że jesteśmy stale przebudzowani, przez co zdecydowanie spada nasza odporność. W kontekście chorób metabolicznych dodatkowo warto pamiętać, że pod wpływem stresu dochodzi do hiperglikemii emocjonalnej czyli podwyższonego poziomu cukru we krwi spowodowanego stanem emocjonalnego napięcia.

Do silnych stresorów zalicza się również choroby przewlekłe, które oprócz niewątpliwego wpływu na nasze ciało wpływają niekorzystnie na naszą psychikę oraz pogarszają jakość życia osób nimi dotkniętych.

Współwystępowanie depresji i chorób somatycznych.

Cukrzyca plasuje się dosyć wysoko w rankingu występowania dużej depresji z współistniejącymi chorobami somatycznymi, bo już na piątym miejscu. Przed nią znajdują się tylko choroba Parkinsona, zespoły przewlekłego bólu, nowotwory złośliwe i choroby tarczycy. Na dalszych miejscach znajdują się choroby układu krążenia, AIDS/HIV czy choroba Alzheimera. W zależności od autorów badań podaje się, że na depresję cierpi ok. 15-20% osób chorych na cukrzycę, ale aż ponad 30% doświadcza pojedynczych jej objawów.

Ponadto cukrzyca oprócz zaburzeń depresyjnych często towarzyszą inne problemy związane ze zdrowiem psychicznym - zaburzenia snu, funkcji seksualnych, odżywiania czy zespoły lękowe. Problem występowania depresji w cukrzycy jest dosyć złożony i wielowymiarowy. Dotyczy zarówno dzieci i młodzieży z cukrzycą typu I, jak i osób dorosłych, które zachorowały na cukrzycę typu II w późniejszym wieku. Osobami ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na depresję oraz wypalenia są również rodzice dzieci chorujących na cukrzycę, którym towarzyszy ciągły lęk o ich życie i zdrowie, rygor obowiązków związanych z leczeniem i diagnostyką, a często również brak wsparcia ze strony dalszej rodziny. Natomiast u osób z depresją zwiększa się ryzyko zachorowania

na cukrzycę, ponieważ problemy te mają negatywny wpływ na metabolizm cukrów, m.in. poprzez zaburzenie transportu glukozy oraz zwiększoną aktywność czynników prozapalnych, przyczyniające się do wzrostu insulinooporności.

Profilaktyka depresji

W przypadku profilaktyki zaburzeń psychicznych, zwłaszcza przy współistniejących chorobach somatycznych, niezwykle istotną wydaje się wszelka psychoedukacja, mająca na celu wyrobienie zdrowych nawyków i strategii – nie tylko reaktywnych, ale także proaktywnych (wyprzedzających) - radzeniu sobie w trudnych sytuacjach. Niezwykle istotne jest także wsparcie osób bliskich oraz angażowanie w aktywności w środowisku osób z podobnymi problemami. Co do tego, że cukrzyca jest chorobą, którą trzeba leczyć nikt nie ma najmniejszych wątpliwości, gdyż nieleczona prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych i śmierci. W przypadku depresji, która w kontekście samobójstwa bywa równie niebezpieczna, wiele osób zastanawia się czy podejmować leczenie czy czekać aż sama przejdzie, nie zwracając uwagi na drastyczne obniżenie jakości życia oraz dużo gorsze rokowania w przypadku chorób współistniejących. Zastanawiające jest więc jak długo jeszcze zaburzenia psychiczne będą w naszym społeczeństwie stanowić temat tabu.

Wszechobecny stres

Jedną z ważnych przyczyn, które sprawiają, że chorujemy nie tylko na depresję, ale wiele chorób somatycznych jest wszechobecny w naszym życiu permanentny stres, z którego często nie zdajemy sobie do końca sprawy. Fakt ciągłej gotowości do działania, zalew informacji i inne bombardujące nas

Morwa biała

Suplementy diety

dla diabetyków i osób z nieprawidłowym poziomem cukru we krwi

- » pomaga utrzymać prawidłowy poziom cukru
- » wspomaga metabolizm węglowodanów
- » posiada niski indeks glikemiczny



ekamedica24.pl »



*Sugerowana cena detaliczna:

500 ml: 27 zł 1000 ml: 32 zł

90 kapsułek: 21 zł

bez dodatku cukru
bez substancji konserwujących

bez wypełniaczy
bez przeciwbólowych

W trosce o serce pacjenta z cukrzycą

Chorzy na cukrzycę umierają przede wszystkim na choroby układu krążenia, stąd prewencja incydentów związanych z układem sercowo-naczyniowym u pacjentów z cukrzycą jest kluczowa.

TEKST/ Joanna Myrcha

Co według Pana Profesora oznacza interdyscyplinarne podejścia do leczenia pacjenta z cukrzycą w ujęciu monitorowania stanu układu sercowo-naczyniowego? Czy w Polsce specjaliści mają szansę na takie holistyczne podejście?

Interdyscyplinarne podejście do pacjenta z cukrzycą, oznacza że w procesie leczenia nie koncentrujemy się tylko na obniżaniu stężenia cukru we krwi, ale na kontroli wszystkich zaburzeń, które prowadzą do uszkodzenia układu krążenia. Wysoki poziom cukru we krwi niszczy ściany naczyń krwionośnych, a także nerwy obwodowe, ale nie jest to jedyny czynnik tak niekorzystnie działający na tętnice. Inne elementy, na które zwracamy w diabetologii równie wielką uwagę to ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu we krwi, zachęcamy chorych do zaprzestania palenia papierosów. W podstawowym zakresie tak podchodzą i postępują wszyscy lekarze, ale w przypadkach bardziej zaawansowanych, gdy np. u chorego występują poważne choroby kardiologiczne, czyli chory jest po zawału serca czy rozwinął niewydolność nerek, wówczas niezbędne jest współdziałanie różnych specjalistów.

Dlaczego cukrzyca jest tak groźna dla serca?

Gdy we krwi jest zbyt dużo glukozy, jej cząsteczki wchodzą do komórek wyściełających naczyń krwionośne i prowadzą do ich nieodwracalnej degeneracji, co z kolei powoduje przyspieszenie miażdżycy, powodującej zwa-

wanie wiąże się z redukcją ryzyka zgonu z przyczyn kardiologicznych, a także z zahamowaniem rozwoju niewydolności serca i nerek w cukrzycy. To inhibitor SGLT-2, o złożonym mechanizmie działania, ale dzięki temu właśnie jego wpływ na ryzyko sercowo-naczyniowe jest tak korzystny. O takim wpływie leku na układ krążenia u chorych na cukrzycę wiemy od 2015 r. i staramy się stosować go jak najczęściej.

Jak Pan Profesor ocenia współpracę kardiologów i diabetologów? Czy specjaliści w Polsce potrzebują szerszej edukacji w tym kontekście, biorąc pod

uwagę, że to właśnie zdarzenia sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną śmierci pacjenta z cukrzycą?

Współpraca między naszymi specjalnościami od lat jest bardzo dobra, a pojawianie się leków, które działają korzystnie na cukrzycę i choroby serca tylko jeszcze bardziej nas zbliża, powoduje, że kardiolodzy interesują się cukrzycą coraz bardziej, a i my zagłębiamy się np. w meandry mechanizmów rozwoju i leczenia niewydolności serca. A edukacji nigdy nie za wiele, oczywiście, że musimy o niebezpiecznych związkach cukrzycy z sercem mówić jak najwięcej.

Koszty leczenia powikłań

Organizacja Narodów Zjednoczonych uznała cukrzycę za epidemię XXI wieku z powodu gwałtownego wzrostu zachorowalności na tę jednostkę chorobową. Według danych Światowej Federacji Cukrzycy (ang. International Diabetes Federation, IDF) w 1985 roku liczba chorych na cukrzycę wyniosła 30 milionów ludzi natomiast w 2016 roku liczba chorych ponad 382 miliony. Przewiduje się, że w 2030 roku liczba chorych przekroczy ponad 552 milionów na całym świecie.

W Polsce Ministerstwo Zdrowia opracowało w 2018 roku Mapę Potrzeb Zdrowotnych w zakresie cukrzycy. Oszacowano w niej, że liczba chorych na cukrzycę w Polsce wynosi 2,9 miliona osób oznacza to, że 7,6% populacji choruje na tę jednostkę. Co roku wykrywanych jest 265,5 tys. nowych przypadków cukrzycy w Polsce.

W podsumowaniu i we wnioskach do map konieczne jest podjęcie działań mających na celu wsparcie profilaktyki oraz edukacji pacjentów z cukrzycą w celu zapobiegania powstawania powikłań i konieczności hospitalizacji. Należy także zwiększyć rolę opieki ambulatoryjnej w leczeniu i diagnostyce cukrzycy, celem odciążenia oddziałów szpitalnych oraz poprawić współpracę POZ z lekarzem specjalistą w opiece nad pacjentem. Niezbędne jest także podjęcie działań prowadzących do poprawy świadomości społecznej i medycznej w zakresie objawów cukrzycy u dzieci, celem zmniejszenia liczby ostrych powikłań.

W dniu 28 lutego 2018 r. Minister Zdrowia podpisał Rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych, w którym wymieniono 10 priorytetów zdrowotnych państwa, w tym na pierwszym miejscu „Zmniejszenie zapadal-



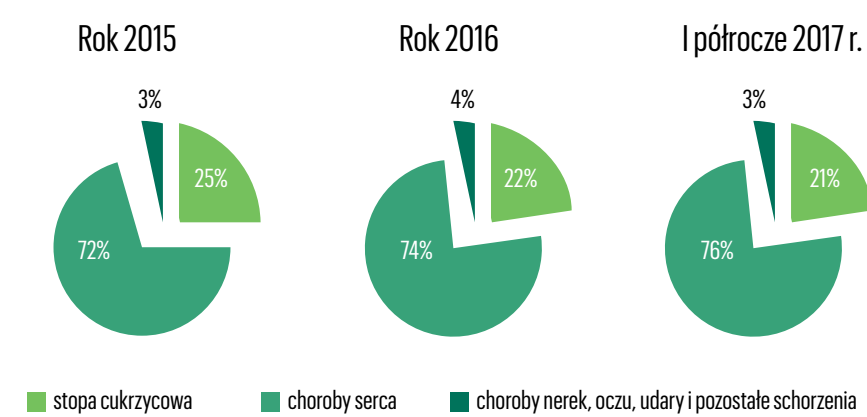
dr Jerzy Gryglewicz
Ekspert Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Uczelni Łazarskiego

ności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz cukrzycy”.

Potwierdza to fakt, że cukrzyca stała się jednym z głównych problemów zdrowotnych w Polsce.

Cukrzyca stanowi także istotny problem związany z kosztami społecznymi według raportu Uczelni Łazarskiego „Cukrzyca analiza kosztów ekonomicznych i społecznych”. Wydatki Zakładu ubezpieczeń społecznych z tytułu zwolnień lekarskich spowodowanych krótkotrwałą niezdolnością do pracy wyniosły w 2012 roku 428 mln zł a z tytułu rent 367 mln zł.

Struktura udziałów kosztów w leczeniu powikłań cukrzycy w zakresie AOS (Ambulatoryjna opieka specjalistyczna) w latach 2015 - 2017



Źródło: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,16361,vp,18887.pdf>

CUKRZYCA A RYZYKO CHORÓB SERCA

W Polsce zdiagnozowaną cukrzycę ma 2,2 mln osób.

2,2 mln

Dodatkowo 1 mln nie wie, że ma tę chorobę.



Pacjent z cukrzycą żyje średnio 6 lat krócej od osoby bez cukrzycy, a jeśli do tego przeszedł zawał lub udar 12 lat krócej.

Powikłania cukrzycy odpowiedzialne są za 4 tys zgonów rocznie w Polsce, to więcej niż liczba ofiar wypadków samochodowych



Cukrzyca to 2–4 razy większy wzrost ryzyka rozwoju choroby wieńcowej, nadciśnienie tętnicze stwierdza się u 73,8% diabetyków.



Chorobę niedokrwinną serca rozpoznaje się u 25,3% a przeżyty zawał u 32,8% chorych. Te powikłania mogą odpowiadać nawet za 80% zgonów wśród pacjentów z cukrzycą typu 2.

Kardiolog - Diabetolog kluczowa współpraca

Wywiad z prof. dr. hab. med. Krzysztofem J. Filipiakiem, kardiologiem, hipertensjologiem, internistą, farmakologiem klinicznym, Prorektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Prezesem Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Panie Profesorze jak przedstawia się problem powikłań sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą z punktu widzenia kardiologa?

Pacjenci z cukrzycą rokują zawsze gorzej – niezależnie czy chorują na nadciśnienie tętnicze, stabilną chorobę wieńcową, niewydolność serca czy są też pacjentami w oddziałach intensywnej terapii kardiologicznej: z zawałem serca, ostrą niewydolnością serca, po zatrzymaniu krążeniu czy po zatorowości płucnej. Warto uświadomić sobie, że jedna czwarta pacjentów z zawałem serca ma cukrzycę lub inną formę nietolerancji węglowodanów. A pacjenci z cukrzycą umierają najczęściej z powodu chorób sercowo-naczyniowych, a nie innych powikłań cukrzycy. Dlatego też każdy kardiolog musi być po trosze diabetologiem, a każdy diabetolog – kardiologiem.

Docent Leszek Czupryniak w jednym ze swoich wystąpień zaapelował: "Jeśli pacjent z chorobą serca, na pytanie o cukrzycę odpowie, że nie, nie ma, to proszę mu nie wierzyć. Trzeba to sprawdzić". Czy podziela Pan Profesor stanowisko, iż każdy chory kardiologicznie ma cukrzycę?

Nie każdy chory kardiologiczny ma cukrzycę, ale każdego trzeba sprawdzić w tym kierunku, stąd jak najbardziej podpisuję się pod słowami Leszka.

Innowacyjne leki przeciwcukrzycowe dostępne u naszych zachodnich sąsiadów nie tylko wpływają na kontrolę glikemii, ale też zmniejszają ryzyko śmiertelności z przyczyn chorób sercowo-naczyniowych. Jak wygląda dostęp polskich pacjentów do takich innowacyjnych terapii?



prof. dr. hab. med. Krzysztof J. Filipiak
Kardiolog, internista, hipertensjolog, farmakolog kliniczny,
Prorektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes
Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

.....

Wygląda bardzo źle, bowiem wszystkie trzy najnowocześniejsze grupy leków: inkretynomimetyki doustne (gliptyny, inhibitory DPP-4), inkretynomimetyki podawane w zastrzykach (agoniści GLP-1), floszyny (inhibitory SGLT-2) są nierafundowane. Wiemy już na pewno, że druga i trzecia wspomniana powyżej grupa zmniejsza liczbę zdarzeń sercowo-naczyniowych, floszyny przedłużają życie pacjentom z cukrzycą, mają też wyraźne działanie nefroprotektoryjne. Stąd też tak duże zainteresowanie kardiologów i nefrologów, a nie tylko diabetologów, floszynami. Agoniści GLP-1 to leki po których pacjent nie tylko chudnie, ale i ma mniejsze ryzyko zawału serca, jeden z tych leków (liraglutid) ma również dane na przedłużanie życia – zmniejszenie śmiertelności całkowitej, podobnie jak empagliflozyna. Stosunkowo neutralne pozostają gliptyny – nie pogarszają, ani nie poprawiają rokowania sercowo-naczyniowego. Prosty stąd wniosek

– jak najszybciej trzeba refundować w Polsce dla chorych z cukrzycą floszyny i antagonistów GLP-1. Nie ma już chyba sensu, hierarchizując potrzeby chorych i cele leczenia, zabiegać o refundację gliptyn, ale to moja prywatna opinia. My kardiolodzy w pełni będziemy wspierać postulaty diabetologów dotyczące konieczności refundacji agonistów GLP-1 oraz floszyn. Polscy pacjenci mają bardzo ograniczony dostęp do najnowszych leków cukrzycowych i powinno być nam z tego powodu po prostu wstyd.

Pojawia się sporo publikacji wskazujących, że empagliflozyna, jeden z leków, o których Pan mówił, stosowana dotychczas głównie w cukrzycy może również wykazać korzystne działanie u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, jakie jest Pana zdanie na ten temat?

Szczegółowe właściwości kardioprotekcyjne empagliflozyny, ale i innych leków tej grupy stanowią przedmiot intensywnych badań. Może okazać się, że leki te będą pomocniczo stosowane w niewydolności serca, nawet u chorych bez cukrzycy. Już teraz europejskie wytyczne kardiologiczne nakładają na lekarzy obowiązek włączenia do terapii empagliflozyny u każdego pacjenta z cukrzycą (niezależnie od stopnia jej wyrównania) w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania na niewydolność serca. To przełomowe wytyczne, żaden z dotąd stosowanych leków w cukrzycy nie miał takich zaleceń. Tradycyjnie mamy bardzo dobre zdanie o metforminie – starym, doustnym leku. Nie ma on co prawda wieloletnich badań klinicznych (w czasach, gdy rejestrowano metforminę nie było takich wymogów), ale prawdopodobnie również zmniejsza ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych u chorych na cukrzycę. Mówię o tym, bo na rynkach farmaceutycznych są już do-

stępne tabletki typu kombo – łączące floszynę z metforminą w jednym preparacie. One również nie są niestety dostępne cenowo dla naszych pacjentów z cukrzycą.

Czy według Pana Profesora pacjenci z cukrzycą w Polsce są świadomi ryzyka zgonu z powodów sercowo-naczyniowych i możliwości jego zminimalizowania?

Jesteśmy dzisiaj pewni, że życie w cukrzycy przedłuża: skuteczne leczenie hipotensyjne (doprowadzenie do prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego – tzw. normotoni), skuteczne leczenie hipolipemizujące (obniżanie stężenia cholesterolu we krwi, a więc doprowadzanie do tzw. normolipemii), zaprzestanie palenia papierosów oraz podawanie empagliflozyny u osób wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Inne interwencje: odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, a nawet normoglikemia, pozostają cały czas obiektem sporów co do definicji i faktu, czy i w jakim zakresie przedłużają życie w cukrzycy. Osobnym problemem jest współistnienie z cukrzycą wielu innych chorób, które doprowadzają do zgonu wcześniej niż cukrzyca. Mam tu na myśli miażdżycę naczyń (mamy tutaj możliwość lepszego leczenia poprzez podawanie kwasu acetylosalicylowego z riwaroksabanem), stan po zawałe serca (są lepsze leki przeciwpłytkowe dla takich chorych, jak tikagrelor) czy migotanie przedsionków (potrzeba leczenia nowoczesnymi doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi). Celowo wymieniam akurat te stary, gdzie my – kardiolodzy – borykamy się z brakiem refundacji lepszych, nowoczesniejszych, bezpieczniejszych leków. Przyszłość współpracy kardiologii i diabetologii to interdyscyplinarne podejście do leczenia pacjentów z cukrzycą, a więc kompleksowa opieka diabetologiczno – kardiologiczna w Polsce.

Cukrzyca na poważnie



Anna Śliwińska

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

zawały serca, udary mózgu, niewydolność nerek czy stopniowe tracenie wzroku. Skutków wielu tego typu powikłań cukrzycy nie da się odwrócić. Tymczasem osób, które żyją z cukrzycą, ale o tym nie wiedzą, mamy w Polsce od 500 tysięcy nawet do 1 miliona. To swego rodzaju tykająca bomba zegarowa.

Oczywiście nie wszystkim typom cukrzycy można zapobiegać, ale w przypadku typu 2 można starać się choroby uniknąć albo przynajmniej ją od siebie oddalić na wiele lat. A warto zaważyć o każdym roku bez tej słodkiej, ale podstępnej towarzyszk. Pamiętajmy o prowadzeniu zdrowego trybu życia, łączącego prawidłowe odżywianie z regularną aktywnością fizyczną. Nasze czasy sprzyjają rozleniwieniu: ani nie musimy się solidnie napocić, aby zdobyć jedzenie, ani po to, aby się gdziekolwiek przemieścić czy mieć zapewnione podstawowe warunki życiowe. Niestety ewolucja nie przygotowała na to naszych ciał.

Z kolei osoby, u których cukrzyca już się pojawiła, powinny przede wszystkim potraktować ją poważnie. Kluczem do sukcesu w tej chorobie jest edukacja, bo tylko wyedukowany pacjent będzie mógł prowadzić jak najlepsze i najdłuższe życie. Ważne jest, aby interesować się swoją chorobą, poszukiwać informacji, jak również przestrzegać zaleceń lekarskich i wystrzegać się wszystkiego, co może nam zaszkodzić, zwłaszcza używek (np. papierosów) i – oczywiście – niezdrowego odżywiania. Jeżeli nie będziemy się trzymali reguł życia z cukrzycą, będziemy oszukiwać i szkodzić tylko samym sobie. A nie warto potem przytaczać znanego powiedzenia „Mądry Polak po szkodzie”.

W Polsce notujemy coraz więcej zachorowań na wszystkie typy cukrzycy. Sytuacja ta poniekąd zmusza nas do podnoszenia swojej świadomości na temat tej choroby, ale do ideału nam jeszcze bardzo daleko.

W społeczeństwie nadal funkcjonują różne mity na temat cukrzycy, łącznie z tym, że można się nią zarazić lub takim, że po wykluczeniu z diety słodczy choroba minie. Ciągłe jeszcze po usłyszeniu diagnozy wielu chorobę bagatelizuje lub ignoruje. Są też tacy, którzy wolą tej diagnozy w ogóle nie usłyszeć i celowo nie wybierają się na stosowne badania, tak jakby brak świadomości choroby sprawiał, że jej w naszym organizmie nie ma. Tymczasem ona jest i jej zaniedbanie może powodować katastrofalne skutki, takie jak

CODZIENNOŚĆ DIABETYKA



Jerzy Magiera

Autor portalu mojacukrzyca.org, cukrzyca typu I od 23 lat

Cukrzyca to podstępna choroba, która wpływa na większość narządów w organizmie diabetyka. Leczyć cukrzycę możemy stosunkowo od niedawna. Zbliża się 100-lecie odkrycia insuliny. Wcześniej z powodu cukrzycy się umierało, pacjent nie przeżywał nawet kilku lat. Dzisiaj do dyspozycji mamy nowoczesne technologie, które ułatwiają życie diabetykom. Dostęp do nich nie jest jednak powszechny. Kosztują sporo. Jak zatem wygląda codzienność osoby z cukrzycą typu 1?

Podstawowym narzędziem, z którym diabetyk się nie rozstaje to glukometr. Jest to małe urządzenie przy pomocy, którego możemy oznaczyć aktualny poziom cukru we krwi. Kropla krwi nanoszona jest na pasek testowy. Na wyświetlaczu uzyskujemy wynik. Na podstawie aktualnego poziomu, planowanego posiłku i aktywności fizycznej należy podjąć decyzję terapeutyczną odnośnie dawki insuliny, która aktualnie mamy podać. Czynności te wykonujemy przed każdym posiłkiem, kontrolnie po posiłkach, a także w sytuacjach nietypowych, jak stres, wysiłek fizyczny, złe

samopoczucie, choroba. Poziom cukru we krwi należy oznaczać od kilku do kilkunastu razy na dobę. Obecnie w połączeniu z nowoczesnymi aplikacjami na smartfony glukometr umożliwia dużo lepszą kontrolę cukrzycy. Dostępne są również systemy monitoringu glikemii, które dają możliwość nieograniczonej kontroli aktualnego poziomu cukru – bez konieczności nakłuwania palca. Sensor zakładamy raz na kilka dni, a wynik odczytujemy na pompach insulinowych, specjalnych czujnikach lub aplikacjach na telefony. Poziom cukru, potocznie „cukier” zmierzony. Teraz pozostaje obliczyć, a następnie przyjąć dawkę insuliny potrzebną na dany moment. Drogi podania insuliny są dwie. Przy pomocy penów insulinowych lub przy użyciu pompy insulinowej. Bardziej popularne są peny – przede wszystkim ze względu na koszty zakupu i użytkowania pompy insulinowej. Pen z wyglądu przypomina długopis i dzięki niemu, po wbiciu do ciała małej igiełki, możemy podać odpowiednią dawkę leku – insuliny. Takie zastrzyki w przypadku cukrzycy typu 1 to codzienność. Diabetyk musi wykonać ich nawet kilka dziennie. Jeżeli posiadamy pompę insulinową (do 26 roku życia pompy są refundowane), to wklucie z igłą wymieniamy raz na 2 lub 3 dni. Ogranicza to znacznie liczbę zastrzyków. Wielkość dawki insuliny programujemy na urządzeniu, które następnie wtlacza lek do organizmu. Czynności te powtarzamy wielokrotnie. Bez końca. Cukrzyca wpływa na wiele aspektów naszego życia. Pomiar cukru we krwi i podawanie leków to jej podstawa. Świat mknie do przodu. Medycyna i dostępne metody diagnostyczne także cały czas się rozwijają i ewoluują. Naukowcy pracują i dostarczają nowoczesne rozwiązania, które możemy stosować w leczeniu cukrzycy. W dalszym ciągu jednak cukrzyca pozostaje chorobą nieuleczalną, a jedynym lekiem ratującym życie w przypadku cukrzycy typu 1 jest insulina. Trzeba ją podać. Każdego dnia walczyliśmy o dłuższe życie bez powikłań.

Wyzwania diabetologii 2019

Nauka jest nieodłączną dziedziną naszego życia. Rozwój Edukacji Terapeutycznej w cukrzycy jest obecnie pilnie potrzebny. Bez większej świadomości pacjenta o tej chorobie, sukces terapeutyczny nie istnieje. O wyzwaniach w edukacji diabetologicznej opowiada Alicja Szewczyk.



Alicja Szewczyk

Przewodnicząca Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii

metody zostało upowszechnione dopiero w ostatnich latach, gdy Światowa Organizacja Zdrowia włączyła edukację leczniczą do modeli postępowania w chorobach przewlekłych. Wiadomo, że wiedza pacjenta o chorobie poprawia jego współpracę z personelem medycznym. Edukacja jest szczególnie ważna w cukrzycy, ponieważ stosowanie się chorych do zaleceń medycznych pomaga lepiej kontrolować chorobę. To oznacza możliwość zapobiegania powstawaniu ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy i lepszą jakość życia, życie

Edukacja jest szczególnie ważna w cukrzycy, ponieważ stosowanie się chorych do zaleceń medycznych pomaga lepiej kontrolować chorobę

w lepszym zdrowiu. Edukacja może bardzo istotnie poprawić efektywność procesu leczniczego prowadzonego przez personel medyczny. Dzięki temu postęp choroby zostaje zahamowany i nie czyni ona spustoszenia w organizmie, co pozwala choremu wieść normalne życie.

Z jednej strony edukacja terapeutyczna ma cele doraźne. Należy do nich wyjaśnienie pacjentowi z cukrzycą istoty choroby, dostarczenie informacji o sposobach leczenia, kontroli glikemii, najważniejszych pożądanych zachowaniach oraz zapoznanie z elementarnymi pojęciami i podstawowymi objawami.

Z drugiej strony jest cel długoterminowy edukacji: to dbanie, aby dostarczona choremu wiedza tworzyła mechanizmy przystosowawcze i motywacyjne, likwidowała poczucie choroby i niepełnosprawności, poprawiała jakość życia i zmniejszała stres wynikający z choroby. Edukacja traktowana w taki sposób jest elementem leczenia cu-

krzycy, czyli algorytmu postępowania w cukrzycy. Wyzwania Diabetologii 2019 po pierwsze: wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia stanowiska edukatora ds. diabetologii. Da to pacjentom szeroki dostęp do edukacji niezbędnej w terapii cukrzycy – a w rezultacie przyczyni się do poprawy zdrowia i jakości życia pacjentów diabetologicznych oraz redukcji powikłań cukrzycy, a także przyniesie duże oszczędności dla systemu ochrony zdrowia.

Po drugie: aby tak się stało, edukacja terapeutyczna w cukrzycy powinna być odrębnym świadczeniem kontraktowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zaś edukator ds. diabetologii – profesjonalistą zatrudnianym obligatoryjnie w placówkach medycznych określonego typu.

Po trzecie: profilaktyka – potrzebne jest zachęcanie Polaków do uprawiania sportu, kontroli stresu, stosowania właściwej diety, bo zdrowy tryb życia może uchronić przed zachorowaniem nie tylko na cukrzycę.

Życie z cukrzycą wymaga zmiany nawyków i wdrożenia ściśle określonych zachowań. Pacjent musi uzyskać o nich wiedzę, nauczyć się ich realizacji i zostać zmotywowanym do konsekwentnego ich stosowania. Na tym polega udział pacjenta w leczeniu choroby i to współuczestnictwo musi zostać zaplanowane na całe życie. Edukacja terapeutyczna służy formułowaniu długoterminowych celów terapii, czyli ustaleniu udziału pacjenta w leczeniu cukrzycy.

Edukacja terapeutyczna mieści się w standardach postępowania opracowanych przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1997 roku na roboczym spotkaniu w Genewie. Zalecenia Grupy Ekspertów WHO dotyczące edukacji terapeutycznej zawierają m.in. następujące zalecenia dotyczące personelu medycznego:

- wprowadzenie edukacji pacjenta wzmacniającej efekt leczenia choroby przewlekłej,
- nadanie właściwej rangi nauczaniu metod edukacji pacjentów w szkoleniu podyplomowym personelu medycznego,
- włączenie edukacji terapeutycznej do modelu postępowania we wszystkich chorobach przewlekłych,
- ocena skuteczności programów edukacyjnych stosowanych w praktyce klinicznej i ambulatoryjnej.

Pojęcie „edukacja terapeutyczna” ma długą historię, chociaż właściwe znaczenie tej

Badania dla DIABETYKA

Cukrzyca? Problemy kardiologiczne?

**W przychodniach
Synexus bezpłatne:**

- Konsultacje lekarskie
- Pakiety badań krwi
- Badania wątroby FibroScan®



Więcej informacji i zapisy: 22 163 27 68

**Częstochowa, Gdańsk, Gdynia, Katowice, Łódź,
Poznań, Warszawa, Wrocław, Kraków**



www.przychodniasynexus.pl

*w skład pakietu badań krwi wchodzi: lipidogram, morfologia, kreatynina, glukoza, hemoglobina glikowana, ALT, AST i albumina

Pacjent w centrum uwagi

O tym dlaczego w leczeniu cukrzycy nie ma leków staromodnych i nowoczesnych, a leki skuteczne i nieskuteczne, i dlaczego optymalna terapia pacjenta diabetologicznego wymaga dopasowania do profilu chorego rozmawiamy z Prof. dr hab.n. med Krzysztofem Strojkiem.

TEKST/ Ewa Kulczuga

Jak ważne jest budowanie świadomości chorego, ale także lekarza odnośnie jego roli w wyborze odpowiedniej opcji terapeutycznej zgodnej z profilem pacjenta?

Diabetolog ma tego pełną świadomość. Natomiast nie wszyscy chorzy na cukrzycę muszą i są prowadzeni przez specjalistów. Często pozostają pod opieką lekarzy rodzinnych. I tu świadomość jest zróżnicowana. Lekarze POZ powinni być zainteresowani problemem cukrzycy, ze względu na fakt, iż według orientacyjnych szacunków, co piąta osoba zgłaszająca się na wizytę do lekarza rodzinnego ma cukrzycę, ale jak to w życiu bywa jest z tym to różnie. Świadomość lekarzy to jedna sprawa, a świadomość pacjentów to druga kwestia. W mojej codziennej praktyce, przyjmując jako zwykły lekarz w publicznej poradni diabetologicznej 80% czasu wizyty poświęcam na zmotywowanie pacjenta. Motywuję po pierwsze do przestrzegania diety, czyli redukcji masy ciała, bo to problem większości chorych. Podkreślam rolę regularnego zażywania leków i regularnego monitorowania parametrów laboratoryjnych. Tu pojawia się problem, bo chory często wizytę traktuje rutynowo, przedstawia wyniki, odbiera receptę. Nie zdaje sobie sprawy, że nawet w czasie tak krótkiej wizyty lekarz jest w stanie wychwycić, że coś w stanie zdrowia pacjenta się zmieniło, ocenić jego parametry i odpowiednio skorygować leczenie. Stąd edukowanie dotyczące właściwego „prowadzenia się w cukrzycy” - nie jej leczenia to 80 % czasu podczas wizyty, kolejne 20 % to kompetentna porada dopasowana do stanu klinicznego.

Bardzo fascynujące wydaje się podejście do pacjenta patrząc na jego profil behawioralny i kliniczny, czy takie podejście ma szanse w temacie leczenia pacjenta chorego na cukrzycę typu 2 z zastosowaniem insuliny ludzkiej ?

W przypadku cukrzycy, a więc choroby przewlekłej, nie możemy chorego wyleczyć, możemy tylko poprowadzić pacjenta i robimy to przez wiele lat. Cukrzyca to nie infekcja, która przy zastosowaniu właściwych leków po kilku, kilkunastu dniach mija. W przypadku chorób przewlekłych sytuacja jest inna. Chorzy muszą zażywać leki do końca życia. W cukrzycy typu 1 insulina jest leczeniem z wyboru- bez insuliny chory umiera. W przypadku cukrzycy typu 2 definiujemy miejsce insulinoterapii, jako ostateczność po której sięgamy w celu wyrównania glikemii, kiedy nie są skuteczne już inne sposoby normalizacji, za pomocą leków doustnych, monoterapii, czy terapii wstrzykiwanych w postaci analogów glp1. Insulina ludzka jak każda inna insulina jest narzędziem, które służy do obniżania stężenia glukozy we krwi. Zatem miejsce insuliny jest na końcu drabinki terapeutycznej. Czyli zarówno insulina ludzka, jak i analogi z jednakową mocą obniżają stężenie glukozy we krwi. W niektórych sytuacjach klinicznych analogi insuliny są korzystniejsze, bo dają mniejsze ryzyko hipoglikemii. Są jednak wskazania, w których lepszym wyborem jest insulina ludzka, np. poprzez dłuższy okres działania jest wskazana, gdy pacjent je posiłek złożony, który wolno uwalnia glukozę z przewodu pokarmowego i glikemia przez dłuższy czas jest podwyższona. Wówczas należy podać insulinę dłużej działającą, aby pokryć stężeniem insuliny cały okres poposiłkowy wzrostu stężenia glukozy. Jas także skuteczniejsza w sytuacji długiej



prof. dr hab.n. med Krzysztof Strojek
Konsultant krajowy w dziedzinie diabetologii.
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

przerwy między posiłkami. W pewnym odsetku przypadków analogi insuliny zmniejszają ryzyko hipoglikemii, jednak generalnie chciałbym podkreślić, że w cukrzycy nie ma leków staromodnych i nowoczesnych. Są tylko leki albo skuteczne albo nieskuteczne. Skuteczność leków definiuje odpowiedni dobór terapii, do aktualnego stanu klinicznego i profilu behawioralnego chorego. Wszystko jedno czy lek został odkryty 100 lat temu jak insulina, czy 60 lat temu jak metformina, bądź pochodne sulfonilomocznika, czy pięć lat temu jak nowsze leki. Każdy lek ma swoje miejsce w leczeniu. Paradoks w diabetologii polega na tym, że podstawowym lekiem w nowoczesnej, choć wolalibyśmy określenie współczesnej, terapii cukrzycy typu 2 jest 60-latką, metformina.

Dlaczego profil pacjenta z cukrzycą, jego dieta, styl życia, pracy jest tak istotny w ujęciu doboru optymalnej terapii?

W cukrzycy typu 2 dieta jest kluczowa. Zaburzenia patogenetyczne prowadzące do hiperglikemii narastają w miarę czasu trwania choroby, co powoduje właśnie stopniowany sposób leczenia. Najpierw redukcja masy ciała, jeżeli jest nieskuteczna, metformina, następnie kolejne leki, na końcu insulina. To jak długo chory będzie mógł być skutecznie wyrównywany bez insuliny zależy w dużej mierze od tego, czy uda mu się zredukować masę ciała i doprowadzić do należynej wartości. Obserwuję, że niejednokrotnie chorzy z kilkunastoletnią cukrzycą z nadwagą, otyłością na 40-60 jednostkach insuliny którzy redukowali masę ciała do należynej, czyli do BMI poniżej 25 mogli odstawić nie tylko insulinę ale nawet leki doustne, pozostają na samej diecie. Niestety to sporadyczne przypadki i w znakomitej większości 90 % pacjentów z cukrzycą nie redukuje masy ciała, a skutecznie tzn do masy należynej poniżej BMI 25 kg/m² to raczej kazuistyka

Jak ważna w kontekście historycznym jest insulina ludzka, jak według Pana profesora będzie wyglądać przyszłość insuliny ludzkiej?

Insulina została wyizolowana z trzustek psów. Następnie ruszyła przemysłowa produkcja insuliny z trzustek bydłych i wieprzowych. W latach 80. pojawiły się metody inżynierii genetycznej, które pozwoliły na syntezy insuliny ludzkiej, poprzez przyłączenie genu insuliny ludzkiej do genu bakterii lub drożdży. Od tego czasu przestaliśmy stosować insulinę zwierzęcą, stosujemy insulinę ludzką, potem pojawiły się analogi insuliny. Ja zaczynałem leczyć

Podejście indywidualne do pacjenta z cukrzycą jest kluczowe. Ważne, aby dopasować rodzaj zastosowanej terapii do potrzeb pacjenta



cukrzycę w czasach, kiedy dostępna była tylko insulina zwierzęca, potem przeszliśmy przez erę insuliny ludzkiej, w tej chwili mamy do dyspozycji insulinę ludzką jak i insulinę analogową. Natomiast uważam, że terapia optymalna w przypadku leczenia cukrzycy wymaga dopasowania do profilu pacjenta, ocena kiedy, który preparat insuliny będzie bardziej skuteczny. Oczywiście są sytuacje, kiedy skuteczność zarówno analogów, jak i insuliny ludzkiej jest porównywalna i wybór należy do pacjenta i jego lekarza. Natomiast są sytuacje, kiedy względy czysto kliniczne decydują o właściwym wyborze między tymi dwoma grupami preparatów.

Co dla Pana Profesora oznacza indywidualne podejście w doborze terapii dla pacjenta z cukrzycą typu 2 ?

Podejście indywidualne do pacjenta z cukrzycą jest kluczowe. Ważne, aby dopasować rodzaj zastosowanej terapii do potrzeb pacjenta. Dla mnie decydująca jest przede wszystkim możliwość wyboru optymalnej opcji terapeutycznej zarówno przeze mnie jak i chorego. Niestety w Polsce tem możliwości są częściowo ograniczone, ponieważ nie wszystkie leki przeciwcukrzycowe są refundowane. Dlatego przed decyzją o przepisaniu konkretnego preparatu insuliny, kieruję pacjentów do pielęgniarek edukacyjnych. Podczas takiej wizyty chory może zapoznać się z różnymi rodzajami piór (penów) dedykowanymi do konkretnych preparatów. Pacjent ma możliwość namacalnego zapoznania się z nimi, poznania ich obsługi i podjęcia świadomej decyzji, które mu najbardziej odpowiada, otrzymuje wówczas ode mnie receptę na dopasowany do pióra preparat.

Jakie są największe potrzeby pacjentów stosujących insulinoterapię? Od czego zależy schemat zastosowania insuliny?

Schemat zastosowania zależy od stanu klinicznego i uzyskania wyrównania. Schemat dawkowania insulinoterapii w cukrzycy typu 2 jest dokładnie opisany. Zaczynamy od małych dawek, później je sukcesywnie zwiększając. Zasada jest taka, że zaczynamy od niewielkiej dawki, żeby zaadaptować pacjenta do insulinoterapii i uchronić go przed hipoglikemią, potem stopniowo tę dawkę zwiększamy do pasowując ją do aktualnej glikemii. To jest moment ważny, o którym trzeba pacjenta uprzedzić, aby nie był zdziwiony, że już bierze zastrzyki i dalej się nic nie dzieje. Ta dawka musi być stopniowo zwiększana i trzeba pamiętać, że insulina jest chyba jedynym lekiem, który nie ma dawki maksymalnej, ma tylko dawkę skuteczną więc uczymy pacjentów, że mają samodzielnie zwiększać sobie dawkę w zależności od tego tego, jaki mają poziom glukozy aż do uzyskania wyrównania.

Podsumowując nasz wywiad można wywnioskować, że tak naprawdę kluczem do sukcesu terapeutycznego pacjenta z cukrzycą typu 2 jest podejście indywidualne?

Doskonałym podsumowaniem naszej rozmowy będzie tytuł książki o odkryciu insuliny tj. „Chwały starczy dla wszystkich”. Mamy dwa i pół miliona chorych na cukrzycę zatem opcji leczenia wystarczy dla wszystkich produkujących leki przeciwcukrzycowe, można więc oczekiwać pewnego umiaru w staraniach o dominację w sprzedaży. Mam takie powiedzenie na temat wprowadzania nowości „Lekarz powinien być jak gentelman i podążać zawsze o krok za modą”. Dajmy nowościom czas, ugruntują się, wówczas będziemy mieli całkowitą pewność, że rzeczywiście poprawiamy wyniki leczenia stosując nowe preparaty.

WSTRZYKIWACZE DO PODAWANIA INSULINY

Dobranie odpowiedniego wstrzykiwacza dopasowanego do indywidualnych potrzeb pacjenta może istotnie podwyższyć jakość jego życia. O ich rodzajach opowiada Alicja Szewczyk.



Alicja Szewczyk

Przewodnicząca Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii

.....

wej oraz manualnej pacjenta. Dostępne są wstrzykiwacze o różnym kształcie, dopasowane do dłoni, z dodatkowymi funkcjami dla różnych grup pacjentów. Dla mniej sprawnych manualnie zaprojektowano wstrzykiwacze z automatycznym spustem dawki, pokrętło ustawiania dawki oraz wstrzykiwacze jednorazowego użytku nie wymagające wymiany wkładu.

Pielęgniarka z lekarzem i pacjentem razem wybierają sprzęt do podawania insuliny, który jest najlepszy dla niego, dopasowany do jego ograniczeń i potrzeb. W Polsce chorzy na cukrzycę typu 2 leczeni insuliną to w zdecydowanej większości osoby w starszym wieku (po okresie aktywności zawodowej), otyli, ze znaczną tendencją do hiperglikemii, leczeni dużymi dawkami insuliny. Insulina znacząco często jest podawana w kilku dawkach w ciągu doby. Pacjenci wymagają dobrania odpowiedniego sprzętu do podawania insuliny, który wraz z intensywnie przeprowadzoną edukacją istotnie poprawi stan wyrównania metabolicznego cukrzy. Każdy producent insuliny wskazuje wstrzykiwacz, z którym powinna być ona

używana. Każdy pacjent otrzymujący insulinę z użyciem wstrzykiwacza powinien zostać przeszkolony przez pielęgniarkę/położną w placówce, w której jest leczony, w zakresie obsługi wstrzykiwacza, optymalnej dla niego techniki iniekcji insuliny oraz doboru długości igieł. Peny są sprzętem osobistego użytku niezależnie od tego, czy są jednokrotnego czy wielokrotnego użycia. Do każdego rodzaju insuliny należy używać innego pena. W celu uniknięcia pomyłek można zastosować peny różnych kolorów, a każdy z nich powinien być wyraźnie opisany – imieniem, nazwiskiem i datą włożenia wkładu z nazwą insuliny. Pen powinien być używany i przechowywany w temperaturze pokojowej. Polskie normy określają temperaturę, jaka powinna panować w pomieszczeniach (zwaną także temperaturą pokojową) w zależności od typu pomieszczenia i wykonywanej w nim pracy. Dla pomieszczeń biurowych wynosi ona 20–24°C w zimie i 20–26°C w lecie. Pena nie należy używać, jeżeli jakkolwiek jego część jest uszkodzona. Wstrzykiwacz do insuliny należy używać zgodnie z zaleceniami producenta. W instrukcji obsługi wstrzykiwacza jest dokładny opis zasad stosowania. Niezależnie od rodzaju wstrzykiwacza należy dbać o jego czystość. Nie wolno zanurzać wstrzykiwacza w wodzie, należy czyścić wilgotną ściereczką, nie używamy też substancji tłustych do konserwacji. Żeby wstrzyknąć insulinę podskórnie należy właściwie przygotować pen.

Przygotowanie pena z insuliną

- sprawdzenie nazwy insuliny
- sprawdzenie daty ważności leku / insuliny
- włożenie wkładu z insuliną do pena/ w przypadku wymiany wkładu należy insulinę wyjąć z lodówki 1-2 godziny przed podaniem
- prawidłowe wymieszanie insuliny mętnej / insuliny przezroczystej nie mieszamy
- założenie igły do pena z uwzględnieniem zasad aseptyki
- wystrzyknięcie powietrza przy wymianie wkładu z insuliną

- wystrzyknięcie 1j. insuliny przed nastawieniem dawki (sprawdzenie drożności igły)
- ustawienie dawki właściwej do podania

Szczegółowe informacje dotyczące wstrzykiwania insuliny i opieki diabetologicznej dostępne są w Zaleceniach w opiece diabetologicznej Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii (PFED), konsultantów krajowych w dziedzinach: pielęgniarstwa, pielęgniarstwa diabetologicznego, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego oraz pielęgniarstwa epidemiologicznego na 2018r. <http://www.pfed.org.pl/materia322y-pfed.html>

Celem zaleceń jest poprawa jakości opieki diabetologicznej, a adresatami są pielęgniarki, położne zajmujące się pacjentami z cukrzycą i ich rodzinami. Zalecenia dotyczą podstawowych i najważniejszych czynności wykonywanych u osób z cukrzycą. Opracowane zalecenia stanowią zbiór informacji, które pacjent musi przyswoić, aby prawidłowo kontrolować chorobę. Informacje te są dla chorego z cukrzycą niezbędne dla skutecznej samoopieki.

W ciągu ostatnich kilku lat przeprowadzono sporo badań koncentrujących się na technice wstrzykiwania insuliny. Z punktu widzenia dobrej kontroli poziomu glukozy, poprawna technika iniekcji może być równie ważna jak rodzaj i dawka podawanej insuliny. Aby zapewnić równomierne wchłanianie insuliny, celem jest prawidłowe wstrzyknięcie z użyciem właściwego wstrzykiwacza i zastosowaniem właściwej techniki w taki sposób, aby uzyskać iniekcję podskórną.

Właściwa technika podawania insuliny wstrzykiwaczem wymaga zatem systematycznej edukacji pacjenta w tym zakresie. Procedura „Podawanie insuliny wstrzykiwaczem” w Zaleceniach PFED pozwoli Państwu i podopiecznym na korzystanie z tej wiedzy, która jest ważnym składnikiem terapii cukrzy.

Ruch w walce z cukrzycą

Jednym z elementów prawidłowej kontroli cukrzy jest aktywność fizyczna. O jej roli w sukcesie terapeutycznym opowiada Patrycja Rzucidło – Zajęc.



Patrycja Rzucidło-Zajęc

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą, Koordynator Programów i Projektów Specjalnych

.....

nej intensywności tygodniowo lub 75 minut tygodniowo ćwiczeń o dużym nasileniu. W zależności od stanu zdrowia te normy mogą się różnić dla osób zmagających się z chorobami przewlekłymi jak cukrzyca. Wszystko zależy od etapu leczenia, samopoczucia osoby chorej i wyjściowej kondycji fizycznej.

Niezależnie jednak od intensywności i rodzaju wysiłku fizyczny jest niezwykle ważnym elementem zarówno profilaktyki cukrzy typu 2, jak i terapii cukrzy typu 1 i typu 2., a o jego udowodnionej skuteczności mówi się coraz częściej. Dlatego też

odpowiednio dobrana aktywność fizyczna obecnie jest klasyfikowana jest jako niefarmakologiczna metoda leczenia cukrzy, obok odpowiedniej diety i właściwie dobranego leczenia.

Badania potwierdzają, że już 30 min marszu dziennie zmniejsza ryzyko cukrzy o 30%, a 15 min marszu po posiłku znacznie poprawia przebieg choroby u osób zmagających się z cukrzycą. The Harvard Nurses' Health Study badający zwyczaję ponad 200 000 kobiet przez 30 lat udowodnił, że średnio 30 min marszu dziennie zmniejsza ryzyko cukrzy już o 30 -40%. Stałym elementem leczenia chorób cywilizacyjnych takich jak cukrzyca powinien być profesjonalnie opracowany system współpracy lekarza i trenera ze wsparciem dietetyka. Systematyczna aktywność fizyczna niesie za sobą wiele pozytywnych efektów w organizmie chorego. Wysiłek fizyczny po pierwsze ułatwia zmniejszanie nadmiernej masy ciała, pomaga lepiej kontrolować poziom cukru we krwi, a także obniża i opóźnia ryzyko wystąpienia groźnych powikłań choroby. Dodatkowo odpowiednio dobrana aktywność fizyczna redukuje stres, relaksuje, a także zwiększa poziom energii.

Korzyści płynące z aktywności fizycznej mają znaczenie w każdym wieku i w każdym momencie choroby. Każda aktywność fizyczna jest lepsza niż żadna. Dla młodych pacjentów z cukrzycą typu 1 bez schorzeń dodatkowych i bez powikłań choroby nie ma w zasadzie ograniczeń jeżeli chodzi

o możliwość uprawiania sportu, w tym sportu wyczynowego.

Bardzo dobrą opcją są chociażby spacer. Już 30 min marszu dziennie zmniejsza ryzyko cukrzy o 30%. Okazuje się, że u osób już chorujących na cukrzycę 15 min marszu po posiłku znacznie poprawia przebieg cukrzy, lepiej nawet niż 45 minut regularnych ćwiczeń prowadzonych niezależnie od posiłku. Wystarczy 4000 kroków dziennie, aby zmniejszyć ryzyko zgonu z powodu choroby serca u cukrzyków.

Mogą to być też pływanie, taniec, jazda na rowerze, a na początek nawet rezygnacja z windy na rzecz schodów. Ważne, aby wybrać taki rodzaj aktywności, który lubimy i który pomimo początkowych trudności w przyszłości przyniesie nam wiele przyjemności.

Leczenie ruchem to prawdziwa rewolucja, która rozprzestrzenia się na całym świecie w ramach m.in. idei exercise is medicine. Jej propagatorzy podkreślają, że ćwiczenia mogą pomagać nie tylko w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, ale także pomagać pacjentom, którzy cierpią na choroby przewlekłe takie jak nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego czy cukrzycę. Exercise is Medicine to amerykański program, którego celem jest edukowanie lekarzy i trenerów, na temat tego, jaki rodzaj ruchu zastosować u naprawę chorego pacjenta. Okazuje się, że pacjenci z cukrzycą powinni ćwiczyć, a w konsekwencji minimalizować ryzyko powikłań choroby.

Cukrzyca nie jest przeciwwskazaniem do aktywności fizycznej, a dobrze opracowany system współpracy lekarza, trenera i dietetyka powinien być kluczowym elementem procesu leczenia diabetyków.

To, że aktywność fizyczna ma ogromną rolę w profilaktyce cukrzy wiemy od dawna. Obecnie coraz częściej podkreśla się także wpływ aktywności fizycznej na poprawę wyników zdrowotnych, u osób zmagających się z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca. Aktywność fizyczna zwiększa bowiem wydolność organizmu, ogranicza ryzyko otyłości i zmniejsza zapadalność na wiele chorób towarzyszących cukrzycy jak na przykład nadciśnienie tętnicze czy depresji.

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca 150 minut wysiłku aerobowego o umiarkowa-

Wahania poziomu cukru we krwi

Choć wahania poziomu cukru we krwi zdarzają się nie tylko tym, którzy chorują na cukrzycę, to w przypadku diabetyków są szczególnie niebezpieczne.

TEKST/ **Edyta Brzozowska**
Dziennikarka portalu Onet

Zarówno niedocukrzenie, jak i zbyt duży poziom cukru w organizmie mogą powodować uszkodzenia drobnych naczyń krwionośnych w różnych narządach i prowadzić do gorszego ich funkcjonowania.

Jak rozpoznać niski poziom cukru, czyli hipoglikemię?

Zwykle zaczyna boleć nas głowa, odczuwamy zmęczenie, rozdrażnienie. Nasza koncentracja ulega zaburzeniu, mogą się pojawić problemy z utrzymaniem równowagi, zamazanym widzeniem, może nam być słabo.

Jeśli hipoglikemia pojawia się gwałtownie, pojawia się drżenie mięśni, pobudzenie

i zdenerwowanie. Zaczynamy się pocić, mamy zawroty głowy, nasze serce zaczyna szybko bić. Jeśli nie zareagujemy odpowiednio szybko, możemy stracić przytomność, a nawet zapaść w zagrażającą naszemu życiu śpiączkę.

Z kolei wysoki poziom cukru we krwi, czyli hiperglikemia skutkuje sennością, bólami głowy, ogólnym osłabieniem. Chce nam się pić, a skóra na całym ciele staje się przesuszona. Hiperglikemii towarzyszy przykry woń z ust i ciała – zazwyczaj przypomina zapach acetonu lub zgniłych owoców. Odczuwamy także potrzebę częstego oddawania moczu, a z czasem nasza waga zaczyna spadać. Nasz organizm potrafi radzić sobie ze skokami poziomu cukru we krwi. Potrzebuje do tego insuliny. Ten produkowany przez trzustkę hormon ułatwia glukozie zawartą w jedzeniu wnikanie do komórek i ułatwia przemianę nadmiaru węglowodanów w tłuszcz. Ponadto pobudza syntezę białka oraz umożliwia magazynowanie w wątrobie cukrów prostych. Insulina wytwarzana jest w odpowiedzi na zwiększone stężenie glukozy we krwi, a po posiłku składającym się z dużej ilości węglowodanów poziom tego hormonu w krwioobiegu zdecydowanie wzrasta. Jest to niezbędny składnik, który powoduje prawidłowe przemieszczanie glukozy do odpowiednich tkanek rozproszonych po całym ciele człowieka.

Skoki cukru we krwi spowodowane są najczęściej niewłaściwym sposobem odżywiania się. Niekorzystny wpływ na poziom cukru ma także brak aktywności fizycznej, gdyż prowadzi do nadciśnienia i otyłości.

Nieodpowiednia dieta i siedzący tryb życia powodują nie tylko skoki cukru – przyczyniają się znacznie do zachorowania na cukrzycę

Nieodpowiednia dieta i siedzący tryb życia powodują nie tylko skoki cukru – przyczyniają się znacznie do zachorowania na cukrzycę. Walkę ze skokami cukru trzeba więc zacząć od zmiany nawyków żywieniowych. Jeśli będziemy jeść pięć niewielkich posiłków o stałych porach w ciągu dnia, możemy uniknąć wahań poziomu glukozy.

Profilaktyka cukrzycy to dobór odpowiednich produktów, zalecane są przede wszystkim surowe warzywa i owoce. Trzeba pamiętać o tym, że ich gotowanie i smażenie wpływa na zmianę indeksu glikemicznego. Indeks glikemiczny to wskaźnik, który informuje nas o tym, jak gwałtownie po spożyciu danej potrawy wzrasta poziom glukozy we krwi. W jadłospisie osób zagrożonych cukrzycą powinny znaleźć się produkty pełnoziarniste: grube kasze, brązowy ryż, płatki zbożowe. Te produkty są zalecane nie tylko ze względu na niski indeks glikemiczny, zawierają również cenny błonnik i witaminę B.

Jeśli stwierdzimy u siebie podwyższony poziom cukru, postarajmy się wyeliminować z jadłospisu słodycze i alkohol. Jeść i pić bez przeciwwskazań można: wodę,

sok pomidorowy, niesłodzone soki warzywne; szparagi, brokuły, bób, marchew, kalafior, cebulę, buraki, fasolę, grzyby, bakłażany, pomidory, sałatę, rzepę, seler, szpinak, dynię, kabaczki, świeże owoce – morele, ananasy, arbuzy, pomarańcze, truskawki, grejpfruty, jabłka, brzoskwinie, gruszki. Z mięs dopuszczalna jest wołowina, cielęcina i drobiowe, a z ryb – dorsz, sola, pstrąg.

Staramy się unikać: masła, dżemów, miodu, słodzonych napojów, kiełbasy, sosów, potraw mącznych. Z mięs należy wykluczyć wieprzowinę, jagnięcinę, kaczkę, gęsi, podrobów oraz tłuste ryby – węgorze, łososię, makrele.

Nie zaleca się także jedzenia smażonych potraw, tłustych serów, masła, śmietany, smalcu, majonezu czy kandyzowanych owoców.

Kluczowa jest nie tylko zmiana nawyków żywieniowych, ale prowadzenie aktywnego trybu życia – jeżdżąc na rowerze, pływając, spacerując. To pozwoli utrzymać prawidłową wagę, zapobiegnie nadciśnieniu, rozładuje stres. Minimalna, dzienna dawka ćwiczeń fizycznych wynosi pół godziny.

Zuccarin™

ZAWIERA MORWĘ BIAŁĄ, KTÓRA WSPOMAGA UTRZYMANIE PRAWIDŁOWEGO POZIOMU CUKRU WE KRWI



Produkt Roku 2018/2019

w kategorii „Preparaty obniżające poziom cukru” w ramach publikacji „Świat farmacji” na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród polskich farmaceutów.



LIŚCIE MORWY – PRZEŁOM!

W Japonii od setek lat po posiłku pije się herbatę z liści morwy, ze względu na ich właściwości lecznicze.

Nowe badania kliniczne dowodzą, że wyciąg z liści morwy może efektywnie stabilizować poziom cukru we krwi, powstrzymując wchłanianie cukrów z węglowodanów.

Niestrawione cukry po prostu przechodzą przez układ trawienny, zamiast przenikać do układu krwionośnego.

Najwyższa, standaryzowana na 2% DNJ zawartość ekstraktu z morwy białej – 800 mg w dziennej porcji.

ZAPYTAJ TWOJEGO FARMACEUTĘ O ZUCCARIN SKANDYNAWSKIEJ FIRMY NEW NORDIC

Dostępny w aptekach i na www.newnordic.pl w opakowaniach zawierających 60 lub bardziej ekonomicznych – 120 tabletek.

W przypadku braku może być zamówiony specjalnie dla Ciebie przez farmaceutę.

Kod BLOZ 8101001 – ułatwi zamówienie produktu w aptece.



www.newnordic.pl
tel.: +48 22 212 54 10