PROF. LESZEK CZUPRYNIAK: KORZYŚCI ZE STOSOWANIA ANALOGÓW GLP-1 str. 9

DR HAB. KATARZYNA CYGANEK: DOŚWIADCZENIA ZE STOSOWANIA SEMAGLUTYDU W CUKRZYCYCY str. 12

PROF. MIECZYSŁAW WALCZAK: CUKRZYCA TYPU 1 I 2 U DZIECI I MŁODZIEŻY str. 18

WYDANIE ELEKTRONICZNE

ŚWIAT LEKARZA 3D

MEDYCYNA ▪ FARMACJA ▪ NAUKA ▪ KULTURA ▪ PRAWO ▪ POLITYKA

NR 6(22)/3D/2022 DWUTYGODNIK

DEBATA

INNOWACYJNE ROZWIĄZANIA W LECZENIU CUKRZYCY str. 14

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ: CUKRZYCA POCOVIDOWA str. 6

DIABETOLOGIA NA FALI

– EKSPERCI W GDAŃSKU DYSKUTOWALI O CUKRZYCY PODCZAS XXIII ZJAZDU NAUKOWEGO PTD

W NUMERZE

FOT. AGNIESZKA MEISSNER AGMA STUDIO

PROF. DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ: Niedawna publikacja w „Lancecie" wskazywała nawet na 40% wzrost zachorowalności na cukrzycę, przede wszystkim cukrzycę typu 2, po epidemii COVID-19.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. LESZEK CZUPRYNIAK: W ostatnich 2-3 latach zmieniliśmy myślenie: wiemy, że analogi GLP-1 powinny być stosowane jak najwcześniej, nawet jeszcze przed wystąpieniem cukrzycy, u osób z nadwagą i otyłością.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

PROF. MIECZYSŁAW WALCZAK: Polska należy do krajów o największym wzroście zachorowań dzieci i młodzieży na cukrzycę typu 1. Wzrost ten przekracza 7% rocznie i dotyczy głównie najmłodszej grupy dzieci, do 5. r.ż.

ROZMOWA NUMERU

6 Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz: Cukrzyca pocovidowa

CUKRZYCA TYPU 2: TERAPIE

9 Prof. Leszek Czupryniak: Analogi GLP-1: Mózg myśli, że coś zjedliśmy, a ciało to czuje

12 Dr hab. Katarzyna Cyganek: Na wczesnym etapie leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 świetnie może się sprawdzić doustna forma semaglutydu

CUKRZYCA: DZIECI I MŁODZIEŻ

18 Prof. Mieczysław Walczak: Rośnie zachorowalność na cukrzycę typu 1 u dzieci i młodzieży, ale polskie dzieci mają ją coraz lepiej wyrównaną w porównaniu z sytuacją w całej Europie

20 Prof. Agnieszka Szadkowska: Dziecko z cukrzycą to pacjent szczególny

XXIII ZJAZD NAUKOWY PTD

22 „Diabetologia na fali" – eksperci w Gdańsku dyskutowali o cukrzycy

AKTUALNOŚCI

4 Ta Nagroda jest dla Was – doktorat Honoris Causa SUM dla prof. Marka Rudnickiego

27 Anna Śliwińska: Pomagamy i polskim, i ukraińskim pacjentom

34 Mistrzowie polskiej diabetologii – ludzie z pasją

DEBATA

14 Innowacje w cukrzycy

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

WICEMINISTER MACIEJ MIŁKOWSKI: W leczeniu cukrzycy powinniśmy pójść dalej, jeśli chodzi o refundację leków i poszerzenie do nich dostępności. Nawet z finansowego punktu widzenia, gdy patrzymy na flozyny i insuliny, to widać, że dzięki mniejszemu zużyciu insulin poczynimy pewne oszczędności.

ŚWIAT LEKARZA 3D Nr 6/2022 (22) Wydanie elektroniczne/ Dwutygodnik

WYDAWCA: **PAWEŁ KRUŚ**
pawel.krus@mediatv.com.pl

REDAKTOR PROWADZĄCA ŚWIAT LEKARZA 3D:
KATARZYNA PINKOSZ
katarzyna.pinkosz@mediatv.com.pl

ZESPÓŁ:
MACIEJ PINKOSZ, SZYMON GAJEWSKI

REDAKTOR NACZELNY ŚWIAT LEKARZA:
PROF. DR HAB. N. MED. WALDEMAR WIERZBA
waldemar.wierzba@mediatv.com.pl

Z-CA RED. NACZ. ŚWIAT LEKARZA:
ANNA ROGALA
anna.rogala@mediatv.com.pl

DYREKTOR BIURA REKLAMY:
MARIUSZ SŁOMKA
mariusz.slomka@mediatv.com.pl

STUDIO GRAFICZNE:
ANNA STĘPNIAK
studio@mediatv.com.pl

PRENUMERATA:
swiat-lekarza@swiatlekarza.pl

ZARZĄD:
JOANNA SIERPIŃSKA – PREZES
joanna.sierpinska@mediatv.com.pl

ADRES WYDAWCY I REDAKCJI:
Media TV Plus Sp. z o.o.
ul. Tarczyńska 5/9 lok. 36, 02-025, Warszawa
tel. (22) 626 88 68, fax (22) 622 98 34
www.swiatlekarza.pl

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę reklam, prezentacji produktów ani tekstów promocyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

COPYRIGHT © MEDIA TV PLUS SP. Z O.O.
ZDJĘCIA: © Depositphotos / NA OKŁADCE: archiwum prywatne, Agnieszka Meissner/Agma Studio, Szulakiewicz, Tomasz Adamaszek

MAGAZYN WYŁĄCZNIE DLA LEKARZY

FOT. AGNIESZKA MEISSNER AGMA STUDIO

Diabetologia w centrum uwagi

Pierwotne plany terminu oraz miejsce XXIII Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego musiały ulec zmianie z powodów pandemicznych. COVID-19 zmienił świat i na związane z pandemią problemy oraz dramaty nałożyło się jeszcze większe zło wojny w Ukrainie.

Wykorzystaliśmy dwuletnie doświadczenie z czasu pandemii, kiedy organizowaliśmy XXI i XXII Zjazdy PTD w formie online. Tegoroczne wydarzenie odbyło się w formule hybrydowej, wszystkie wykłady i dyskusje były rejestrowane, dzięki czemu możliwe stało się obejrzenie ich na specjalnej platformie zjazdowej w czasie rzeczywistym. Stacjonarnie pojawiło się wielu gości, aby omawiać kluczowe problemy współczesnej diabetologii.

Gdańsk już po raz trzeci był gospodarzem najważniejszego wydarzenia polskiej diabetologii w europejskim formacie. Morska stolica Polski, w której świetnie działa oddział PTD, a także słynąca ze znakomitego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, gościła lekarzy i pielęgniarki z całego kraju zainteresowanych diabetologią i opieką nad osobami z cukrzycą. Specjalnymi gośćmi zjazdu byli liderzy światowej diabetologii: prof. Ohad Cohen oraz prof. Michael Roden.

Hasło tegorocznego zjazdu: „Diabetologia na fali" nawiązywało do ogromnego postępu, jaki obecnie dokonuje się w leczeniu cukrzycy. Polska pod względem refundacji leków w cukrzycy typu 2 długo pozostawała na szarym końcu w Europie, obecnie możemy proponować pacjentom nowoczesne terapie.

Program naukowy Zjazdu obejmował wiele aktualnych tematów dotyczących m.in. praktyki klinicznej i doświadczeń ekspertów. W trakcie uroczystości otwarcia Zjazdu tradycyjnie wygłoszono dwa wykłady, będące nagrodami Zarządu Głównego PTD honorującymi znaczny dorobek, doświadczenie i osiągnięcia. Wykład im. Jakuba Węgierko wygłosiła prof. Przemysława Jarosz-Chobot, a wykład im. Mieczysława Wierzuchowskiego dr hab. Aleksandra Uruska. Bardzo ważnym punktem w programie Zjazdu były prezentacje prac naukowych. Dużym zainteresowaniem cieszyły się m.in. Sesja Przypadków Klinicznych, Sesja Pediatryczna, Sesja Szkoły Pompowej, Sesja Zaleceń PTD. Uwagę gości zwróciły dylematy diabetologiczno-sportowe. W czasie tej sesji chcieliśmy podkreślić wagę aktywności fizycznej pacjenta z cukrzycą. Przyznam, że sama staram się dawać przykład swoim pacjentom, którym zalecam aktywność: od wielu lat półzawodowo jeżdżę na rowerze górskim.

W trakcie Walnego Zgromadzenia Członków PTD przyznano zaszczytne tytuły Członka Honorowego zasłużonym dla polskiej diabetologii: dr Elżbiecie Orłowskiej-Kunikowskiej i mgr. Jerzemu Magierze.

Udział w XXIII Zjeździe PTD w gościnnym Gdańsku był okazją nie tylko do pogłębiania wiedzy, wymiany poglądów i dzielenia się doświadczeniami, przedyskutowania kluczowych dla diabetologii zagadnień, ale także do spotkań towarzyskich i integracji naszego środowiska. Zjazd to znakomita inspiracja do naszych dalszych działań naukowych.

Wszystkim zaangażowanym w prace nad tegorocznym Zjazdem serdecznie dziękuję.

Prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz
Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

DZIĘKUJEMY FIRMIE NOVO NORDISK PHARMA ZA POMOC W PRZYGOTOWANIU TEGO WYDANIA.

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Ta Nagroda jest dla Was

24 MAJA 2022 ROKU **PROFESOR MAREK RUDNICKI** ODEBRAŁ DOKTORAT HONORIS CAUSA ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO.

FOT. ARCHIWUM

PROF. TOMASZ SZCZEPAŃSKI, REKTOR SUM: „Prof. Marek Rudnicki to nie tylko wybitny lekarz chirurg, ale też nauczyciel i mentor wielu Pokoleń Lekarzy. Przyznajemy ten tytuł także nietuzinkowemu Człowiekowi, który w czasach próby, w latach 80. ubiegłego wieku, jako jeden z założycieli „Solidarności" w Śląskiej Akademii Medycznej, wykazał się szlachetnością i odwagą.

Nie bacząc na osobiste konsekwencje, jako lekarz ówczesnego Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach – Ligocie, pomagał rannym górnikom z kopalni „Wujek", a następnie jako działacz podziemnej opozycji walczył o Niepodległą Rzeczpospolitą.

Dziś prof. Rudnicki buduje mosty współpracy i porozumienia, by dzielić się swym bogatym doświadczeniem życiowym i naukowym, bo od czasu wyjazdu do Stanów Zjednoczonych stał się liderem Medycznej i Patriotycznej Polonii. Służył swoją wiedzą, ucząc studentów w najlepszych amerykańskich uniwersytetach. Nigdy nie zapomniał o Polsce.

Latami budował właśnie te intelektualne mosty pomiędzy Polską i USA, a jego działania przynosiły konkretne rezultaty".

PAWEŁ KRUŚ, GOŚĆ WYDARZENIA: Przy okazji wykładu o cudach w medycynie, w 2015 roku, Profesor opowiadał mi o swoim życiu. Szczególnie zapadł mi w pamięć fragment o ratowaniu rannych z kopalni „Wujek". Profesor przyjmował ich mimo zakazu, błyskawicznie opatrywał i ukrywał na terenie szpitala lub organizował potajemny wywóz do prywatnych mieszkań. Wszyscy, którzy pamiętają tamtą zimę i szarostalowe mundury ZOMO, rozumieją, jakie to było bohaterstwo. Komuna wystawiła za nie słony rachunek – pozbawiony pracy i możliwości aktywności naukowej, prof. Rudnicki wyjechał do Ameryki – z głodu, uciekając przed wykluczeniem siebie i całej rodziny z życia społecznego, żeby ratować życie.

Wszedł do elit amerykańskiej medycyny, do grona tych, którzy wyznaczają jej kierunki na przyszłość. Profesor miał szczęście, pojawił się w momencie rewolucji laparoskopowej, wkrótce stał się jej wirtuozem i propagatorem.

PROF. MAREK RUDNICKI: „Nowe techniki wizualizacji pozwoliły nie tylko na wejrzenie do jam ciała, ale również na leczenie i operacje, które do tej pory były dostępne jedynie przez bezpośrednie oglądanie lub dotyk. Medycyna stała się przewidywalna i precyzyjna.

Jako promotor wprowadzania quality care byłem przekonany, że musi być możliwe zbudowanie systemu, który zabezpieczy pacjenta przed mylnie amputowaną zdrową nogą czy usunięciem zdrowej części mózgu.

Zadawałem pytanie: Czy społeczeństwa naszych czasów zakceptowałyby niepełną gwarancję zabezpieczenia przed przypadkowym użyciem broni atomowej?

Wiemy o tysiącach rakiet, ale jak do tej pory nie wystrzelono pomyłkowo ani jednej. Jest wiec możliwe takie ustawienie systemu, że nie będzie niepożądanych efektów.

W dobie obecnej jesteśmy w stanie wdrożyć takie mechanizmy kontroli, że osiągniemy 100% pewności zabezpieczenia przez następstwami błędnych decyzji, m.in. powikłaniami, a koszt leczenia jedynie czterech powikłań możliwych do uniknięcia, to rocznie ponad 20 miliardów dolarów, tylko w USA".

PAWEŁ KRUŚ: Profesor wymienił podczas wykładu Ludzi, którzy tworzyli historię jego życia. Im zadedykował swoją Nagrodę.

Znalazłem się w tym gronie, na szczęście w anegdocie: „Widzę tutaj również red. Pawła Krusia, który przed kilkoma laty prosił mnie, chirurga, o wykład na temat cudów w medycynie. Panie Redaktorze – cud to jest dzisiaj, gdy stoję tu przed Państwem w roli naznaczonej mi przez Senat i Pana Rektora".

PROF. MAREK RUDNICKI: „I teraz, kiedy słyszę z ust przyjaciół o moich zasługach, bronię się, wracając myślą do tych długich, a dobrych dla mnie okresów, kiedy sam na sam z moim sumieniem rozpamiętywałem moje niedostatki".

Zanotował: Paweł Kruś

X ZJAZD – XXVI SYMPOZJUM POLSKIEGO TOWARZYSTWA ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ

Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
pte/idd

20-22 PAŹDZIERNIKA 2022
HILTON GDAŃSK

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak
Przewodniczący Zarządu Głównego PTEiDD

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec
Katedra i Klinika Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONACH
PTEIDD.PL ORAZ **GRUPAMEDICA.PL**

ZAPRASZAMY DO GDAŃSKA

Cukrzyca pocovidowa

Z **PROF. DR HAB. DOROTĄ ZOZULIŃSKĄ-ZIÓŁKIEWICZ**, PREZESEM POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO, KIEROWNIKIEM KATEDRY I KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I DIABETOLOGII UM W POZNANIU, ROZMAWIA KATARZYNA PINKOSZ.

Pacjenci z cukrzycą, zwłaszcza źle wyrównaną, byli narażeni na ciężki przebieg COVID-19. Dlaczego ta infekcja była dla nich tak groźna?

Utrzymujące się wysokie wartości glikemii działają niekorzystnie na układ odpornościowy. Wszystko zaczyna się już od pierwszej linii obrony komórkowej: można powiedzieć, że sparaliżowani są strażnicy, jakimi są granulocyty obojętnochłonne. Przy wysokich wartościach glikemii gorzej odpowiadają one na bodźce toksyczne. W trakcie infekcji wirusowej – a taką jest infekcja SARS-CoV-2 – uruchamia się obrona związana z limfocytami i makrofagami. Hiperglikemia powoduje nadreaktywność makrofagów, a te produkują zwiększoną ilość cytokin, które zamiast neutralizować reakcję zapalną, mogą powodować jej podsycanie. Prawdopodobnie w takim mechanizmie dochodzi do cięższego przebiegu COVID-19.

Cięższy przebieg tej choroby jest związany przede wszystkim ze źle wyrównaną cukrzycą przez lata, co powoduje przewlekłe powikłania, takie jak m.in. retinopatia cukrzycowa, cukrzycowa choroba nerek, neuropatia cukrzycowa oraz bardziej złośliwy przebieg miażdżycy, która stoi u podłoża chorób sercowo-naczyniowych, a także niewydolności serca. U takich pacjentów każda infekcja, nie tylko COVID-19, ma cięższy przebieg.

Obecnie pojawiają się publikacje naukowe potwierdzające, że osoby, które ciężko przechorowały COVID-19, często zaczynają chorować na cukrzycę. Skąd cukrzyca pocovidowa? Czy koronawirus atakuje trzustkę?

Niedawna publikacja w „Lancecie" wskazywała nawet na 40% wzrost zachorowalności na cukrzycę, przede wszystkim cukrzycę typu 2, po epidemii COVID-19. Powodów jest kilka. Ciężki przebieg COVID-19 zagraża życiu; jest to choroba destrukcyjna, powodująca odpowiedź hormonów, które działają przeciwnie do insuliny. Dochodzi do zjawiska indukowania ostrej hiperglikemii. Dodatkowo, w trakcie ciężkiego przebiegu COVID-19 stosuje się glikokortykosteroidy, które są lekami diabetogennymi.

Czynnikami ryzyka cukrzycy typu 2 są m.in. otyłość, zwłaszcza brzuszna, wiek powyżej 45 lat, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, choroba sercowo-naczyniowa, cukrzyca ciążowa, zespół policystycznych jajników, urodzenie dziecka z dużą masą ciała; jeśli u osoby, która jest w grupie ryzyka cukrzycy tupu 2 dojdzie do ciężkiego przebiegu COVID-19, konieczności podawania glikokortykosteroidów, to mogą ujawnić się zaburzenia tolerancji glukozy i cukrzyca. Odnotowujemy dziś znaczny wzrost liczby zachorowań na cukrzycę.

Kolejnym czynnikiem ryzyka jest otyłość – w czasie pandemii u wielu osób doszło do bardzo znaczącego przyrostu masy ciała, co wynikało m.in. z lockdownu, podejmowania mniejszej aktywności fizycznej. Poza tym, kto przechorował COVID-19, wie, że odbiera ona siły. Powoduje to zmniejszenie aktywności fizycznej przez pewien czas, co z kolei sprzyja przyrostowi masy ciała.

Skąd jednak obecnie również wzrost zachorowań na cukrzycę typu 1?

Na komórkach beta trzustki znajdują się receptory dla wirusa SARS-CoV-2, a poza tym jest to wirus RNA

Ciężki przebieg COVID-19 zagraża życiu; jest to choroba destrukcyjna, powodująca odpowiedź hormonów, które działają przeciwnie do insuliny. Dochodzi do zjawiska indukowania ostrej hiperglikemii. Dodatkowo, w trakcie ciężkiego przebiegu COVID-19 stosuje się glikokortykosteroidy, które są lekami diabetogennymi.

FOT. AGNIESZKA MEISSNER AGMA STUDIO

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

o potencjale autoimmunogennym. W przypadku cukrzycy typu 1 istnieje predyspozycja genetyczna do zachorowania, jednak zawsze musi zaistnieć pewien czynnik wywołujący autoagresję. Mogą to być wirusy, a jednym z nich jest SARS-CoV-2. One nie niszczą trzustki, tylko uruchamiają kaskadę reakcji autoagresji, czyli taką zmianę funkcjonowania układu odpornościowego, że komórki, które mają nas bronić, zaczynają niszczyć komórki naszego organizmu.

W ostatnich latach wzrasta liczba chorych na cukrzycę typu 2, jednak jest obserwowany również wzrost zachorowalności na cukrzycę typu 1, i to nie tylko u dzieci, ale także u osób dorosłych. Szacowano, że w 2045 r. liczba chorych na cukrzycę w wieku 20-75 lat na świecie przekroczy 780 mln osób. Mogą to być jednak nawet dane niedoszacowane. Wirus i pandemia mogą sprawić, że przypadków cukrzycy będzie więcej.

W Polsce nowoczesne leki: flozyny i analogi GLP-1 są refundowane tylko dla pacjentów z poważnymi powikłaniami cukrzycy, bardzo źle wyrównanych metabolicznie. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne występuje jednak o rozszerzenie refundacji także na inne grupy chorych. Dlaczego to tak ważne?

Te leki mogą wydłużyć życie. Cieszymy się, że są refundowane, jednak kryteria refundacyjne bardzo zawężają grupę osób, które mogą z nich korzystać. Mamy świadomość, że korzyści byłyby jeszcze większe, gdyby te leki mogły być stosowane na wcześniejszych etapach choroby. Bardzo zależy nam na tym, żeby zmienić kryteria refundacyjne, gdyż im wcześniej te leki zostaną zastosowane, tym większe korzyści dla pacjentów. Obecnie są już dowody, że stosowanie dapagliflozyny, empagliflozyny, kanagliflozyny oraz analogów GLP-1 (liraglutyd, semaglutyd, dulaglutyd) poprawia rokowanie pacjentów, zmniejsza ryzyko powikłań, wydłuża życie.

Dziś jesteśmy w wyjątkowo trudnej sytuacji, związanej z napływającą falą uchodźców. Część z nich będzie musiała np. być hospitalizowana i dodatkowo obciąży system ochrony zdrowia.

Obecnie zderzamy się z problemem, z którym będzie nam trudno sobie poradzić. Fala uchodźców jest znacznie wyższa niż oczekiwana. Do szpitali trafiają również pacjenci, którzy wymagają pomocy diabetologicznej. Problemem są zwłaszcza osoby z cukrzycą typu 1, u których może rozwinąć się kwasica ketonowa, jeśli nie dostaną insuliny. To bardzo trudna sytuacja, być może trudno nam dziś myśleć o inwestowaniu, jakim jest zastosowanie nowych leków. Jednak dzięki wcześniejszemu zastosowaniu nowoczesnych leków w cukrzycy typu 2 możemy uniknąć podawania insuliny (co również jest kosztowne), wielu powikłań, hospitalizacji, licznych przedwczesnych zgonów.

Jeśli chodzi o obecną sytuację, to jest ona dla nas kolejnym wielkim wyzwaniem. Solidaryzujemy się z Ukrainą, gdzie giną niewinni ludzie, są ostrzeliwane szpitale, przedszkola, szkoły – to wielka tragedia narodu. Otwieramy się na pomoc, jednak nie ulega wątpliwości, że będzie to się wiązało z wielkimi obciążeniami. W tej chwili działają u nas emocje, jednak pomaganie to nie jest sprint, ale raczej maraton, więc musimy rozłożyć siły i środki, by pomagać dłużej, a w dodatku tak, by nie ucierpieli na tym nasi pacjenci.

Bardzo zależy nam na tym, żeby zmienić kryteria refundacyjne, gdyż im wcześniej te leki zostaną zastosowane, tym większe korzyści dla pacjentów. Obecnie są już dowody, że stosowanie dapagliflozyny, empagliflozyny, kanagliflozyny oraz analogów GLP-1 (liraglutyd, semaglutyd, dulaglutyd) poprawia rokowanie pacjentów, zmniejsza ryzyko powikłań, wydłuża życie.

Czy każda osoba, która przechorowała COVID-19, powinna sprawdzić sobie stężenie glukozy?

Osoby po 45. r.ż. powinny raz na 3 lata sprawdzić stężenie glukozy we krwi (jeśli mają inne czynniki ryzyka, to nawet częściej). Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne obniżyło nawet o 10 lat wiek dla skriningu cukrzycy: obecnie w Stanach Zjednoczonych jest to zalecane już osobom po 35. r.ż. Na pewno po ciężkim przebiegu COVID-19 warto sprawdzić stężenie glukozy we krwi, szczególnie w przypadku osób z grup ryzyka. Jeśli w trakcie infekcji były stwierdzone zaburzenia metabolizmu glukozy u pacjentów hospitalizowanych, to taka kontrola jest konieczna.

Pandemia COVID-19 spowodowała, że epidemia cukrzycy w Polsce będzie jeszcze większa?

Niestety, tak. Liczba chorych na cukrzycę w Polsce wzrośnie w najbliższym czasie. Możemy jednak świadomie wpłynąć na to zjawisko i je zmniejszyć, zwiększając efektywność działań prewencyjnych zapobiegających rozwojowi cukrzycy typu 2. Bardzo ważne jest m.in. zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna, zapobieganie i leczenie otyłości. ∎

Analogi GLP-1: mózg myśli, że coś zjedliśmy, a ciało to czuje

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. LESZKIEM CZUPRYNIAKIEM**, KIEROWNIKIEM KLINIKI DIABETOLOGII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH WUM.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Mechanizm działania analogów GLP-1 (w Polsce w praktyce stosowane są trzy: semaglutyd, dulaglutyd i liraglutyd) jest taki sam, wszystkie te leki obniżają stężenie glukozy we krwi, pozwalają zmniejszyć masę ciała, redukują ryzyko sercowo-naczyniowe.

Wprowadzenie do lecznictwa analogów GLP-1 to jeden z najważniejszych przełomów ostatnich lat, jeśli chodzi o cukrzycę typu 2. W jaki sposób zmieniają jej leczenie?

To leki korygujące zaburzenie jednego z kluczowych mechanizmów regulujących stężenie glukozy we krwi i całą gospodarkę węglowodanową. GLP-1, czyli glukagonopodobny peptyd 1, jest hormonem wydzielanym przez komórki jelita cienkiego w odpowiedzi na spożycie posiłku. Informuje organizm, że coś zjedliśmy; stymuluje ośrodek sytości, dzięki czemu przestajemy jeść, czujemy się najedzeni. Działa też na trzustkę, stymulując wydzielanie insuliny. Hormon GLP-1 – a także leki, które są jego analogami – stymuluje jednak wydzielanie insuliny w ścisłej zależności od stężenia glukozy we krwi. Stężenie glukozy rośnie po posiłku i dochodzi wówczas do stymulacji wydzielania insuliny; jeśli jednak stężenie glukozy spada, to GLP-1 przestaje stymulować wydzielanie insuliny. Dzięki temu organizm wydziela insulinę tylko wtedy, gdy jest to konieczne i w takiej ilości, w jakiej jej potrzebuje.

Analog GLP-1 to ten sam hormon GLP-1, tylko syntetyczny; do sekwencji aminokwasów dodawane są wyłącznie różnego rodzaju cząsteczki (np. kwasy tłuszczowe) – po to, by wydłużyć czas wchłaniania hormonu z tkanki podskórnej. Dzięki temu można podawać analog GLP-1 (w najnowszych preparatach) raz w tygodniu. Mózg myśli, że coś zjedliśmy, a ciało to czuje. Wcześniej uważaliśmy, że to przede wszystkim wzrost stężenia glukozy stymuluje wydzielanie insuliny, okazało się jednak, że równie ważne jest właśnie wydzielanie hormonów układu pokarmowego, w tym GLP-1. U osób z cukrzycą wytwarza się GLP-1, jednak u osób z cukrzycą i osób z otyłością działa on słabo. Podając analog GLP-1 podnosimy stężenie tego hormonu we krwi pacjentów cztero-pięciokrotnie. Dopiero to wysokie stężenie GLP-1 u osób z cukrzycą typu 2 i otyłych daje takie efekty jak działanie GLP-1 u osób bez cukrzycy i szczupłych. Jeśli chodzi o analogi GLP-1, to do tej pory były one dostępne wyłącznie w formie podskórnej, obecnie mamy już także jeden preparat w formie doustnej.

Na czym polega największy przełom, jeśli chodzi o stosowanie analogów GLP-1?

Ważnych jest kilka aspektów. Pierwszy: okazuje się, że skuteczność analogów GLP-1 jest bardzo podobna do insuliny podawanej egzogennie. Mamy więc lek o skuteczności insuliny, jeśli chodzi o wpływ na hiperglikemię, a jednocześnie niepowodujący hipoglikemii, gdyż przy spadku stężenia glukozy we krwi mechanizm działania GLP-1 na komórki trzustki zostaje zablokowany. Widzimy to w praktyce klinicznej, gdyż po te leki często sięgają również osoby z otyłością, niemające cukrzycy. Nie powoduje to u nich niedocukrzeń. Tak więc mamy lek, który działa jak insulina, ale jest pozbawiony jej dwóch objawów niepożądanych: wywoływania niedocukrzeń oraz przyrostu masy ciała. Analogi GLP-1 obniżają masę ciała, co również powoduje lepsze wyrównanie glikemii. Gdy okazało się, że te leki zmniejszają masę ciała i nie powodują niedocukrzeń, zaczęto je stosować u osób z otyłością, bez cukrzycy. Okazało się, że powodują one u nich zmniejszenie masy ciała w sposób całkowicie bezpieczny.

Kolejnym czynnikiem, który pokazuje, że analogi GLP-1 faktycznie są przełomem, jest fakt, że zmniejszają one ryzyko sercowo-naczyniowe oraz postęp przewlekłej choroby nerek. Nie znamy jeszcze mechanizmu, dlaczego tak się dzieje, faktem jest jednak, że pacjenci przyjmujący GLP-1 rzadziej mają zawał serca, udar mózgu, wolniej dochodzi u nich do pogorszenia czynności nerek. Efekt jest widoczny już po 2-3 latach stosowania tych leków. Dlatego jesteśmy nimi zachwyceni: spośród wszystkich leków na cukrzycę, jakimi dysponujemy, analogi GLP-1 w największym stopniu spełniają dziś kryteria idealnych leków przeciwcukrzycowych. Są też dobrze tolerowane – najczęstszymi objawami niepożądanymi są niewielkie nudności, które najczęściej mijają w pierwszych tygodniach.

Czy to prawda, że spośród kilku analogów GLP-1 w największym stopniu redukuje masę ciała semaglutyd?

Mechanizm działania analogów GLP-1 (w Polsce w praktyce stosowane są trzy: semaglutyd, dulaglutyd i liraglutyd) jest taki sam, wszystkie te leki obniżają stężenie glukozy we krwi, pozwalają zmniejszyć masę ciała, redukują ryzyko sercowo-naczyniowe. To jedna klasa leków, różnią się one jednak siłą działania – w badaniach klinicznych i w indywidualnych przypadkach pacjentów. Z badań porównawczych wiemy, że semaglutyd silniej wpływa na redukcję masy ciała – w dawkach, które zostały zarejestrowane i które stosujemy. Od cza-

su ogłoszenia wyników badań klinicznych, które porównywały semaglutyd i dulaglutyd, pojawiły się wyniki nowych badań i dzięki nim stosujemy te leki śmielej w wyższych dawkach. W leczeniu cukrzycy zarejestrowana jest obecnie dawka 1 mg semaglutydu, a w otyłości – 2,4 mg, gdyż wykonano badania u pacjentów, stosując lek w takiej właśnie dawce. Jeśli chodzi o hormony, to co do niektórych nie określono dawki maksymalnej, jaką można zastosować, np. w przypadku insuliny trzeba podać jej po prostu tyle, żeby stężenie cukru było odpowiednie: u niektórych osób wystarczy kilka jednostek na dobę, u innych – znacznie więcej, kilkaset. Podobnie nie wiemy tak naprawdę, jaka jest dawka maksymalna analogów GLP-1. Jeśli jednak chodzi o dawki zarejestrowane, to semaglutyd wywiera większy wpływ na redukcję masy ciała niż inne leki z tej grupy. Oczywiście są też różnice między pacjentami, gdyż nie wiemy, w jaki sposób konkretna osoba zareaguje na dany lek. U wszystkich pacjentów stężenie cukru spada po zastosowaniu analogów GLP-1, jednak wysokość tego spadku może być różna. Największa zmienność jest w zakresie masy ciała: niektóre osoby tracą 3-4 kg w ciągu roku, a inne 30 kg. U niektórych osób wyhamowanie apetytu jest bardzo skuteczne, u innych umiarkowane. Tak naprawdę niewiele jeszcze wiemy o mechanizmach leżących u podstaw otyłości, o zaburzeniach, które powodują, że jest ona chorobą tak trudną do leczenia.

A jak wygląda kwestia bezpieczeństwa stosowania wyższych dawek GLP-1?

To leki bardzo bezpieczne, w zasadzie nie widzimy poważnych działań niepożądanych.

Kiedy analogi GLP-1 powinny być stosowane w leczeniu cukrzycy? Jakie jest ich miejsce w leczeniu? Kryteria refundacyjne w Polsce są bardzo restrykcyjne.

Kryteria refundacyjne wynikają z pierwszych badań klinicznych, które wykazały korzystny wpływ analogów GLP-1 na zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego. Badania były jednak wykonywane w populacjach pacjentów z zaawansowaną cukrzycą i powikłaniami naczyniowymi, dlatego pierwsze zalecenia towarzystw naukowych, a także pierwsze kryteria refundacyjne były takie, żeby stosować je u pacjentów, u których udowodniono korzystne działanie, czyli z cukrzycą i chorobami układu krążenia oraz z BMI ≥35. Takie podejście było wówczas słuszne, cieszyliśmy się, gdy 2,5 roku temu te leki znalazły się w Polsce w refundacji. Jednak kolejne badania kliniczne i praktyka wykazały, że są one równie korzystne, jeśli stosuje się je bardzo wcześnie: w zasadzie już od rozpoznania cukrzycy. Dwa preparaty (liraglutyd i semaglutyd) są również zarejestrowane w leczeniu otyłości, która zwykle wyprzedza cukrzycę typu 2.

Tak więc w ostatnich 2-3 latach zmieniliśmy myślenie: wiemy, że analogi GLP-1 powinny być stosowane jak najwcześniej, nawet jeszcze przed wystąpieniem cukrzycy, u osób z nadwagą i otyłością. Im wcześniej pacjent zaczyna przyjmować GLP-1, tym bardziej może opóźnić pojawienie się cukrzycy lub w ogóle jej uniknąć, jeśli uda mu się znacznie obniżyć masę ciała. Często mówię, że najchętniej przepisywalibyśmy analogi GLP-1 w zasadzie każdemu pacjentowi z cukrzycą, a także wielu osobom z otyłością – barierą jest cena.

A jak wyglądają zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, jeśli chodzi o podawanie analogów GLP-1?

Obecnie nadal jeszcze zaleca się jako pierwszy lek metforminę, jeśli jednak pacjent ma powikłania sercowo-naczyniowe lub jest w grupie ryzyka ich pojawienia się – co w zasadzie dotyczy wszystkich chorych – to farmakoterapia powinna zaczynać się od podania metforminy oraz analogów GLP-1 lub metforminy i inhibitora SGLT-2, czyli leku z drugiej grupy, która również zmniejsza ryzyko sercowo-naczyniowe. Jeszcze 1-2 lata temu powiedziałbym, że leczenie cukrzycy należy zawsze zaczynać od metforminy, jednak widząc wyniki nowych badań klinicznych, myślę, że niedługo pojawią się zalecenia podawania analogów GLP-1 i flozyn jak najwcześniej, niekoniecznie z dodatkiem metforminy. Wyraźnie widzimy, że pacjenci odnoszą znacznie większe korzyści ze stosowania analogów GLP-1 czy inhibitorów SGLT-2 niż z metforminy.

Analogi GLP-1 do tej pory były dostępne wyłącznie w formie podskórnej, obecnie pojawił się pierwszy analog GLP-1 w formie doustnej. Co to oznacza dla pacjentów?

Dla wielu chorych forma doustna okazuje się wygodniejsza w stosowaniu. Mimo że zastrzyk wykonuje się raz w tygodniu, dla części osób konieczność zrobienia go sobie jest pewną barierą. Ale przede wszystkim fakt pojawienia się doustnej formy analogu GLP-1 może spowodować, że ten lek będą częściej zalecać lekarze niebędący diabetologami – np. lekarze rodzinni, kardiolodzy. Dzięki temu będzie można go stosować na dużo wcześniejszym etapie leczenia cukrzycy. Cieszymy się, że jest już dostępny analog GLP-1 w formie doustnej, choć warto zwrócić uwagę pacjentów, że należy go podawać na czczo, a następnie przez pół godziny nie można spożywać posiłku. GLP-1 jest białkiem, a kwas solny ścina białko w żołądku. Tabletka została tak pomyślana, że wywołuje odczyn zasadowy na śluzówce żołądka, co sprawia, że lek nie jest inaktywowany przez kwas solny i może zostać przyswojony przez organizm.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Na wczesnym etapie leczenia pacjentów z cukrzycą typu 2 świetnie może się sprawdzić **doustna forma semaglutydu**

ROZMOWA Z **DR HAB. KATARZYNĄ CYGANEK**
Z KATEDRY I KLINIKI CHORÓB METABOLICZNYCH CM UJ
SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO W KRAKOWIE.

Jakie są Pani doświadczenia dotyczące stosowania semaglutydu w cukrzycy? Czy praktyka kliniczna potwierdza to, co mówią wyniki badań klinicznych?
Analogi GLP-1 działają rewelacyjnie. U stosujących je pacjentów widać poprawę wszystkich parametrów: glikemicznych, lipidowych, występuje redukcja masy ciała, obniża się ciśnienie tętnicze, obserwuję też poprawę funkcji wątroby, a po pewnym czasie również nerek. Jeśli chodzi o parametry glikemii, to siła działania analogów GLP-1 jest bardzo duża, obniżają one stężenie HbA_{1c} o 1,2-1,5%. Dla porównania: insulina obniża go o 1,5-2%, jednak jej stosowanie może powodować ryzyko hipoglikemii i wzrostu masy ciała. W przypadku analogów GLP-1 takiego ryzyka nie ma. Zmienia się też komfort życia pacjentów. U niektórych możliwe staje się odstawienie insuliny lub zredukowanie jej dawek i uproszczenie schematu terapii. Bardzo często okazuje się, że nie jest potrzebne podawanie insulin doposiłkowych; pozostawiamy pacjentowi tylko mniejszą dawkę insuliny bazowej w jednym wstrzyknięciu. Wraz ze spadkiem masy ciała poprawia się wyrównanie glikemii, często możliwe jest całkowite odstawienie insuliny. To ogromna zmiana dla chorych. Mam pacjenta od 20 lat leczonego czterema wstrzyknięciami insuliny; gdy zaczął stosować semaglutyd we wstrzyknięciu, udało się ją odstawić. Zredukował masę ciała, nie ma ryzyka hipoglikemii i może stosować prosty schemat leczenia.

Od niedawna jest już też doustna forma semaglutydu. Czy jest równie skuteczna?
Na razie nie mam dużych doświadczeń z jej stosowaniem, gdyż dopiero od niedawna jest dostępna. Skuteczność jest wysoka, co widać w badaniach klinicznych, porównywalna z semaglutydem w formie podskórnej.

FOT. SZULAKIEWICZ

Analogi GLP-1 to leki bardzo wysoko pozycjonowane w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego: powinniśmy wprowadzać je jak najszybciej. Pacjenci powinni stosować je już wówczas, gdy mają zdiagnozowaną cukrzycę i czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak otyłość, insulinooporność. Już po moich pierwszych pacjentach, którzy stosują semaglutyd w formie doustnej, widzę, że mają lepszą kontrolę glikemii, redukują masę ciała. Generalnie, z im wyższej masy ciała startujemy, tym spadek masy ciała jest większy.

Analogi GLP-1 powinno się więc wprowadzać w leczeniu cukrzycy jak najwcześniej?

Tak. Zwłaszcza u pacjentów na wczesnym etapie cukrzycy typu 2 świetnie może się sprawdzić właśnie forma doustna semaglutydu. To jest ważne z tego powodu, że cukrzyca ma charakter postępujący oraz zwiększa 2-4-krotnie ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych. Po taki lek chętnie sięgnęłoby wielu pacjentów na wczesnym etapie leczenia cukrzycy, którzy nie mają jeszcze powikłań, dużej otyłości, a tylko czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego. Łatwiej byłoby im zaakceptować fakt, że dostają leki doustne: metforminę, która nadal w zaleceniach jest lekiem pierwszego rzutu, oraz doustny semaglutyd. Oczywiście, z czasem pacjenci przyzwyczajają się do wstrzyknięć i je akceptują, jednak na wczesnym etapie łatwiej namówić ich na tabletkę niż na iniekcję podskórną. Choć oczywiście chorego trzeba uświadomić, że ważna jest technika przyjmowania formy doustnej semaglutydu: należy go przyjąć na czczo (również przed innymi lekami), popić szklanką wody i poczekać 30 minut. Dopiero potem można zjeść posiłek i przyjąć inne leki. Dlatego warto proponować semaglutyd pacjentom na wczesnym etapie choroby, gdy nie mają jeszcze dużych powikłań i nie muszą przyjmować wielu leków.

Drugą grupą, która na pewno chętnie skorzystałaby właśnie z takiej formy leku, są osoby często podróżujące, zwłaszcza samolotem. Niedawno musiałam wypisać pacjentce zaświadczenie, że przewozi lek we wstrzykiwaczu, a nie jest to insulina. Wydaje się to drobiazgiem, jednak dla tych pacjentów jest uciążliwe, gdy muszą tłumaczyć się z przewożonych leków. Lek w formie doustnej powoduje te same korzyści co we wstrzyknięciu: obniżenie masy ciała, obniżenie stężenia cukru. Nie uszkadza wątroby; wręcz przeciwnie – zarówno forma podskórna, jak i doustna zmniejszają stłuszczenie wątroby, doprowadzają do normalizacji enzymów wątrobowych.

Mają wielokierunkowe działanie?

Tak, a dodatkowo gdy pacjent widzi efekty w postaci spadku masy ciała, to często łatwiej go zmotywować do większej aktywności fizycznej. Tkanka tłuszczowa stymuluje proces zapalny; dzięki jej zmniejszeniu zmniejsza się proces zapalny. Dlatego dobrze byłoby, gdybyśmy mogli proponować chorym doustną formę semaglutydu na jak najwcześniejszym etapie rozwoju cukrzycy, gdy nie ma jeszcze uszkodzeń narządowych.

Od ponad dwóch lat jest refundowana forma semaglutydu we wstrzyknięciu. Wielu pacjentów odniosło z tego powodu korzyści?

Tak, jednak zasady refundacji są tak skonstruowane, że „nagradzamy" tymi lekami chorych, którzy już mają uszkodzony cały organizm. Czekamy, aż choroba poczyni spustoszenia i podajemy leki dopiero wówczas, gdy pacjent z cukrzycą typu 2 i otyłością (BMI ≥35 kg/m^2) ma liczne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego lub już uszkodzenia narządów, np. jest po zawale i jednocześnie co najmniej od 6 miesięcy ma stężenie HbA_{1c} >8%. Nasza wiedza mówi nam, że powinniśmy leczyć tak, by zatrzymać postęp choroby i nie dopuścić do takiego stężenia hemoglobiny glikowanej. To nawet pewna dyskryminacja pacjentów, gdyż ci, których stać na kupowanie analogów GLP-1, mają szansę żyć dłużej. Dobrze, że refundacja jest możliwa, to pewien początek, jednak obecnie mocno się ona kłóci z zaleceniami towarzystw diabetologicznych, które mówią, żeby leczyć jak najszybciej i jak najskuteczniej. Liczymy, że zasady refundacji się zmienią. Jest wiele danych potwierdzających kosztoefektywność tych leków. Wydaje się, że ten argument powinien przeważyć. Obecnie mamy duży dyskomfort, że zasady refundacji nie przystają do zaleceń. Poza tym, gdy pokazujemy pacjentowi ścieżki leczenia, to zawsze musimy powiedzieć, że taki wariant jest dobry i zalecany, a taki – po prostu tani. Deprymujące jest to, że chory musi podjąć decyzję, czy stać go na optymalne leczenie.

Jeszcze kilka lat temu uważało się, że jeśli pacjent raz zaczął przyjmować insulinę, to nie jest już możliwe zrezygnowanie z niej. W przypadku analogów GLP-1 okazuje się to możliwe?

Tak. Oczywiście. Jeśli pacjent ma bardzo dużą dobową dawkę insuliny – czyli ponad 100 j., to nie będzie łatwo z niej zrezygnować. U niektórych okazuje się to możliwe. Poprawa komfortu życia jest ogromna, nawet jeśli udaje się tylko zredukować liczbę wstrzyknięć insuliny i uprościć schemat terapii. Zdarza się także taka sytuacja, kiedy nie mamy pewności, czy pacjent ma cukrzycę typu 1, czy typu 2, gdyż choroba została wykryta stosunkowo wcześnie, chory ma jeszcze stosunkowo wysokie stężenie peptydu C, który pokazuje, czy trzustka pracuje i wydziela insulinę. Obecne zalecenia PTD mówią, że w przypadku takich osób możemy zamiast insuliny podać leki, które oszczędzają komórki beta, czyli np. analogi GLP-1.

Rozmawiała: Katarzyna Pinkosz

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Innowacje w cukrzycy

Podczas Gali Nagrody Zaufania Złoty OTIS odbyła się debata Innowacyjne rozwiązania w leczeniu cukrzycy.

RELACJĘ PRZYGOTOWAŁA **RED. KATARZYNA PINKOSZ** | ZDJĘCIA **TOMASZ ADAMASZEK**

W debacie udział wzięli:
PROF. IRINA KOWALSKA, KIEROWNIK KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I CHORÓB METABOLICZNYCH UM W BIAŁYMSTOKU, WICEPREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO, PREZES ELEKT POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO
PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC, KIEROWNIK KATEDRY I KLINIKI PEDIATRII, DIABETOLOGII I ENDOKRYNOLOGII GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO, WICEPRZEWODNICZĄCA SEKCJI PEDIATRYCZNEJ POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO, KONSULTANT WOJEWÓDZKI W DZIEDZINIE ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ
PROF. MIECZYSŁAW WALCZAK, KIEROWNIK KLINIKI PEDIATRII, ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII, CHORÓB METABOLICZNYCH I KARDIOLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO PUM W SZCZECINIE, KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ.
DEBATĘ KOMENTOWAŁ **WICEMINISTER ZDROWIA MACIEJ MIŁKOWSKI**.

RED. KATARZYNA PINKOSZ: *Rok temu obchodziliśmy 100-lecie jednego z największych przełomów w medycynie, jakim było odkrycie insuliny. Niedawno zakończył się zjazd Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego pod hasłem „Diabetologia na fali", podczas którego wiele mówiło się na temat postępu w diabetologii. Czy można zaryzykować tezę, że jednym z największych przełomów ostatnich lat są nowoczesne systemy monitorowania glikemii? Czy można je nazwać wręcz elementem terapii, skoro ich stosowanie pozwala na poprawę efektywności leczenia?*

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC: W imieniu wszystkich diabetologów w Polsce z pełnym przekonaniem mogę powiedzieć, że nowoczesne systemy monitorowania glikemii są przełomem w monitorowaniu i leczeniu cukrzycy. Dziś wiemy, że nie ma skutecznego leczenia cukrzycy bez monitorowania poziomu glikemii. Dzięki znakomitej współpracy i działaniom ministra Macieja Miłkowskiego populacja pediatryczna w Polsce ma pełny dostęp do systemów ciągłego monitorowania glikemii. Są dwa rodzaje tych systemów: system pomiaru glikemii Flash (Free Style Libre) firmy Abbott, gdzie poprzez skanowanie pacjent w każdej chwili po zbliżeniu odbiornika do sensora założonego na ramieniu w sposób nieograniczony może uzyskać wartość poziomu glikemii, a drugi to system monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM), który pozwala w sposób ciągły uzyskać nawet 289 pomiarów glikemii w ciągu doby bez udziału pacjenta, np. firmy Medtronic lub Dexcom G6. Systemy te powoli – a w przypadku populacji pediatrycznej w Polsce wręcz dynamicznie – zastępują stosowanie glukometru. Bardzo istotnym ograniczeniem używania glukometrów do oceny glikemii jest fakt, że pozwalają one na punktową ocenę stężenia glukozy jedynie w momencie pomiaru, nie pozwalając na pełne monitorowanie glikemii i przewidywanie jej znaczących wahań, zarówno w kierunku hipo-, jak i hiperglikemii. Obrazując ten stan: to jakby jazda samochodem po mieście z zamkniętymi oczami i otwieranie ich tylko raz na kilka godzin, by rozejrzeć się, gdzie aktualnie jesteśmy. Podobnie jest z chorymi na cukrzycę: jeśli badają poziomy glikemii glukometrem co kilka godzin, to nie wiedzą, co naprawdę dzieje się pomiędzy pomiarami. Dzięki postępowi w zakresie nowoczesnych technologii oraz postępowi w refundacji tych systemów glukometry przechodzą do lamusa.

W efekcie stosowania systemów monitorowania glikemii powoli zastępujemy parametr hemoglobiny glikowanej (świadczący o uśrednionym poziomie glikemii) dużo ➤

Komentarz wiceministra Macieja Miłkowskiego:

Dziękuję za tę dyskusję. Faktycznie w leczeniu cukrzycy powinniśmy pójść dalej, jeśli chodzi o refundację leków i poszerzenie do nich dostępności. Nawet z finansowego punktu widzenia, gdy patrzymy na flozyny i insuliny, to widać, że dzięki mniejszemu zużyciu insulin poczynimy pewne oszczędności. Na pewno oczekiwane jest poszerzenie wskazań stosowania nowoczesnych leków: obniżenie hemoglobiny glikowanej do 7%, jak również obniżenie wskaźnika BMI do 30, jeśli chodzi o wskazanie do refundacji analogów GLP-1. Będziemy musieli to jednak jeszcze przeanalizować.

Jeśli chodzi o refundację systemów monitorowania glikemii, to też planujemy istotne zmiany. Jeszcze negocjujemy, ustalamy, jakie grupy docelowe powinny być objęte refundacją. Cieszę się z bardzo dobrej efektywnej współpracy z Polskim Towarzystwem Diabetologicznym. Zastanawiamy się jeszcze nad tym, jak wykorzystać dane zbierane przez systemy monitorowania glikemii. Chcielibyśmy móc analizować, jak skutecznie są leczeni Polacy, jak zmieniają swoje nawyki, czy warto faktycznie refundować leki i systemy monitorowania glikemii. ▮

dokładniejszym parametrem Time in Range (TIR), definiowanym jako odsetek czasu, przez jaki np. w ciągu doby stężenie glukozy u danej osoby znajduje się w zakresie normy. Dziś polskie i międzynarodowe towarzystwa diabetologiczne zalecają zakres docelowy stężenia glukozy między 70 a 180 mg/dl, powyżej 70% czasu spędzonego w tym zakresie, u dzieci nawet 90%. Nie jest możliwe osiągnięcie tak dobrego wyrównania cukrzycy przy kilku, a nawet kilkunastu pomiarach glukozy w ciągu doby za pomocą glukometru.

Kolejną istotną funkcją systemów monitorowania glikemii jest edukacja: pacjenci korzystający z systemów monitorowania glikemii poprzez skanowanie zaczęli uzyskiwać jej dużo lepsze poziomy oraz o wiele lepszy wymieniony przed chwilą parametr TIR. Bardzo szybko nauczyli się, który rodzaj posiłku oraz jaki rodzaj aktywności fizycznej podwyższa im lub obniża poziom glikemii. Informacje te pozwalają pacjentom już po kilku tygodniach zapobiec wahaniom glikemii, a to z kolei powoduje coraz lepsze wyrównanie choroby. Tak więc można powiedzieć, że systemy monitorowania glikemii mają funkcję także terapeutyczną. Dodatkowo w przypadku systemów monitorujących glikemię w czasie rzeczywistym połączonych z nowoczesnymi osobistymi pompami insulinowymi umożliwiają tym pompom, na podstawie stałej informacji o poziomach glikemii płynących z sensora, zatrzymać podaż insuliny, gdy ten poziom się obniża (prewencja hipoglikemii) oraz podać dodatkowy automatyczny bolus korekcyjny w przypadku jego wzrostu (prewencja hiperglikemii). Dzięki temu zwiększa się redukcja wahań glikemii i tym samym unikamy ostrych i przewlekłych powikłań w przebiegu cukrzycy.

Dodam jeszcze z pełną satysfakcją, że z danych Real World Evidence zaprezentowanych w 2021 r. podczas kongresów EASD, ATTD i ISPAD (uzyskanych w przedziale czasowym od sierpnia 2020 r. do lipca 2021 r. od ok. 13 tysięcy pacjentów z kilkunastu krajów leczonych nowoczesnymi pompami insulinowymi zintegrowanymi z systemami ciągłego pomiaru glikemii) wynika, że pacjenci z Polski należą do jednych z najlepiej wyrównanych metabolicznie. Osiągają średni czas w zakresie normoglikemii na poziomie 81,2% (norma TIR >70%), a uwzględniając wiek dzieci z cukrzycą typu 1 poniżej 15. r.ż., uzyskano w Polsce najlepsze wyniki wyrównania metabolicznego, na podstawie wskaźnika TIR, który wyniósł 82,3%! Pragnę jeszcze raz podziękować Panu Ministrowi Maciejowi Miłkowskiemu, że dzięki wprowadzeniu refundacji systemów monitorowania glikemii umożliwił uzyskanie tak dobrego wyrównania choroby w populacji pediatrycznej.

Dzięki uzyskanym refundacjom nowoczesnych technologii pacjent mógł udostępniać poprzez aplikację swoje dane np. lekarzowi, pielęgniarce edukacyjnej w czasie pandemii, kiedy odbycie wizyty osobistej było utrudnione, i dzięki temu istniała możliwość zdalnego monitorowania oraz leczenia pacjenta. Spowodowało to, że u naszych pacjentów pediatrycznych nie pogorszył się poziom wyrównania metabolicznego choroby, a nawet zauważyliśmy większe zaangażowanie pacjentów i ich rodzin w leczenie cukrzycy. Liczba zdalnych wizyt diabetologicznych w czasie pandemii w populacji pediatrycznej zwiększyła się o 20%, a u znacznej części pacjentów zwiększył się TIR, czyli odsetek prawidłowych poziomów glikemii w ciągu doby. W sposób dynamiczny na naszych oczach rozwinęła się telemedycyna, która w wielu obszarach pozwala nam dobrze kontrolować wyrównanie metaboliczne naszych chorych.

RED. KATARZYNA PINKOSZ: ***W leczeniu cukrzycy typu 2 przełomem ostatnich lat stały się dwie grupy leków: flozyny oraz analogi GLP-1, czyli leki inkretynowe, przeznaczone szczególnie dla pacjentów z cukrzycą i otyłością. Na czym polega przewaga tych leków nad wcześniej stosowanymi?***

PROF. IRINA KOWALSKA: Cukrzyca została uznana za pierwszą niezakaźną pandemię XXI wieku. W 2021 r. na świecie było prawie 530 mln chorych i wzrost zachorowań jest ogromny, co stanowi duży problem. Jeśli chodzi o leczenie, to w ostatnich latach pojawiły się nowe terapie, które okazały się przełomowe, ponieważ wyraźnie zmieniają życie chorych. Na ostatnim zjeździe Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego kolejny raz mieliśmy okazję wysłuchać nowych danych na temat działania tych leków. Wciąż jeszcze część pacjentów myśli, że cukrzyca typu 2 to łagodna choroba, jednak to nieprawda: u chorych rozwijają się powikłania; najczęstszą przyczyną zgonów są choroby serca, udary, przewlekła choroba nerek.

Wprowadzenie nowych grup leków – inhibitorów SGLT-2 i agonistów receptora GLP-1 – zmieniło paradygmat leczenia. Do tej pory leczyliśmy sekwencyjnie: chory dostawał jeden lek i dopiero wówczas gdy znacznie pogarszała się kontrola metaboliczna, proponowaliśmy kolejne leki. Obecnie mówimy o wczesnej intensyfikacji leczenia – jeśli pacjent ma wskazania, to znaczy: chorobę sercowo-naczyniową na tle miażdżycy, niewydolność serca, przewlekłą chorobę nerek, lub kumulację czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, to od samego początku choroby powinien otrzymać terapię skojarzoną – oprócz metforminy rekomendujemy jeden lek spośród tych dwóch wymienionych wcześniej grup. To bardzo ważne, gdyż mamy dowody, że te nowe leki przedłużają życie, redukują śmiertelność. Inhibitory SGLT-2 to leki doustne, agoniści receptora GLP-1 do tej pory były dostępne wyłącznie w postaci iniekcyjnej i nowością jest, że mamy już obec-

nie jeden preparat doustny wśród agonistów receptora GLP-1.

RED. KATARZYNA PINKOSZ: ***Wróćmy do pierwszego przełomu, jakim była insulina. Insuliny, które mamy dziś, to zupełnie inna epoka: są to insuliny analogowe, szybko działające, ultraszybko działające, długo działające i ultradługo działające. Czy dzięki temu łatwiej indywidualizować leczenie, zwłaszcza dzieci, którymi szczególnie się Pan Profesor zajmuje?***

PROF. MIECZYSŁAW WALCZAK: Jeśli chodzi o nowoczesne insuliny, to warto wspomnieć o dwóch przełomowych momentach: pierwszy to wprowadzenie insuliny ultrakrótko działającej, która jest szczególnie przydatna przy stosowaniu pomp insulinowych. Okres jej działania jest bardzo krótki: działa wkrótce po podaniu, co poprawia jakość życia tych dzieci, ponieważ dawkę insuliny można dostosować faktycznie do tego, co dziecko zjadło. Drugi ważny przełom to wprowadzenie insuliny ultradługo działającej. Jest ona przede wszystkim przydatna przy stosowaniu penów, szczególnie u młodzieży, która obawia się stygmatyzacji chorobą. Była ona już wcześniej refundowana u osób dorosłych, obecnie jest również refundowana dla dzieci i młodzieży, od 1. do 18. r.ż. To ogromna zasługa wiceministra zdrowia – Pana Macieja Miłkowskiego. Bez niego ten postęp w zakresie diabetologii dziecięcej nie byłby możliwy.

Tak więc obecnie mamy skok cywilizacyjny: nowoczesne insuliny i systemy ciągłego monitorowania glikemii. Jeśli chodzi o wyrównanie cukrzycy w populacji wieku rozwojowego, mierzonej odsetkiem hemoglobiny glikowanej HbA_{1c}, to Polska zajmuje aktualnie pierwsze miejsce w Europie. To ogromny sukces diabetologów zajmujących się dziećmi.

RED. KATARZYNA PINKOSZ: ***Cieszy postęp medycyny oraz fakt, że polscy diabetolodzy tak znakomicie leczą: jesteśmy na pierwszym miejscu w Europie pod względem stopnia wyrównania cukrzycy u dzieci i młodzieży. Diabetologia nadal znajduje się na fali, wciąż pojawiają się nowości. Jakie byłyby Państwa rekomendacje, jeśli chodzi o dostęp pacjentów w Polsce do nowoczesnych rozwiązań w diabetologii?***

PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC: Jeśli chodzi o polską diabetologię dziecięcą, to mamy w zasadzie refundowane niemal wszystkie nowoczesne insuliny i technologie dozujące insulinę oraz monitorujące efekty naszego leczenia: analog insuliny ultraszybko działającej Fiasp, analog długo działający Tresiba, osobiste pompy insulinowe, systemy do monitorowania glikemii. Jednak dzieci kończą 18 lat, 26 lat, do kiedy jest refundacja. Warto byłoby, żeby te nowoczesne systemy były również dostępne dla dorosłych – poprawi to jakość ich życia, będzie też prewencją powikłań zarówno ostrych (hipoglikemia, kwasica ketonowa), jak i przewlekłych o typie mikroangiopatii cukrzycowej (utrata wzroku, niewydolność nerek, stopa cukrzycowa), a także makroangiopatii (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu). Stąd ogromna prośba do Pana Ministra o rozszerzenie refundacji nowoczesnych technologii na osoby dorosłe chore na cukrzycę.

PROF. IRINA KOWALSKA: W Polsce mamy częściową refundację zarówno inhibitorów SGLT-2, jak i agonistów receptora GLP-1, za co jesteśmy bardzo wdzięczni. Niestety, dotyczy ona dość wąskiej grupy pacjentów, musimy czekać, aż pacjent będzie miał podwyższony odsetek hemoglobiny glikowanej, żeby móc mu te leki włączyć, czyli możemy je podać dopiero w momencie gorszej kontroli metabolicznej, choć lepiej byłoby te leki zastosować na wcześniejszym etapie.

Zgodnie z zapisami refundacyjnymi nie możemy podawać tych nowoczesnych leków również pacjentom, którzy już otrzymują insulinę, choć wiemy, że efekty stosowania tych leków są znakomite. Dla wielu chorych to duży wydatek, jednak część z nich decyduje się na przyjmowanie leków z pełną odpłatnością. W efekcie u niektórych z nich możemy nawet odstawić insulinę, choć byli nią leczeni. To bardzo bezpieczne leki, nie dają niedocukrzeń, zapobiegają powikłaniom, chorobom układu sercowo-naczyniowego. Stąd nasza ogromna prośba o szerszy dostęp do nowoczesnych terapii dla pacjentów z cukrzycą typu 2.

PROF. MIECZYSŁAW WALCZAK: Ja dodam jeszcze ważny wątek dotyczący zmian organizacyjnych. W Europie coraz bardziej propagowana jest medycyna wieku młodzieżowego. Okres między 18. a 21. r.ż. jest bardzo trudny dla młodych pacjentów, którzy często podejmują dalszą naukę lub decydują się na studia, podejmują pracę zawodową, nierzadko decydują się na założenie rodziny i zmianę miejsca zamieszkania. W okresie pandemii NFZ zezwolił na przyjmowanie w ośrodkach diabetologii dziecięcej młodych osób dorosłych w wieku 18-21 lat. Jest to świetne rozwiązanie, ponieważ pozwala młodemu człowiekowi kontynuować leczenie w dotychczasowym miejscu. Stąd mój apel do Pań posłanek i do Pana Ministra o wsparcie naszych działań: żeby zachować możliwość przyjmowania młodych osób dorosłych w wieku 18-21 lat zarówno w poradniach diabetologii dziecięcej, jak i w poradniach dla osób dorosłych.

Druga rzecz: nie zapominajmy o cukrzycach monogenowych. Występują one bardzo rzadko, jednak postawienie właściwej diagnozy u tych pacjentów oraz prawidłowe postępowanie w wielu przypadkach umożliwia zrezygnowanie z insuliny i poprawia jakość ich życia. ■

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

ROZMOWA Z **PROF. DR. HAB. N. MED. MIECZYSŁAWEM WALCZAKIEM**, KONSULTANTEM KRAJOWYM W DZIEDZINIE ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ, KIEROWNIKIEM KLINIKI PEDIATRII, ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII, CHORÓB METABOLICZNYCH I KARDIOLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO PUM W SZCZECINIE.

FOT. TOMASZ ADAMASZEK

Rośnie **zachorowalność na cukrzycę typu 1 u dzieci i młodzieży**,

ALE POLSKIE DZIECI MAJĄ JĄ CORAZ LEPIEJ WYRÓWNANĄ W PORÓWNANIU Z SYTUACJĄ W CAŁEJ EUROPIE

Wydawałoby się, że w związku z osiągnięciami współczesnej medycyny cukrzycę typu 1 (DMT1), na którą chorują przede wszystkim dzieci i młodzież, będzie łatwiej opanować. Tymczasem diabetolodzy są coraz bardziej zaniepokojeni, bo zachorowalność rośnie. Dlaczego?

Istotnie, sytuacja jest bardzo niepokojąca. Polska należy do krajów o największym wzroście zachorowań dzieci i młodzieży na cukrzycę typu 1. I to nie tylko w Europie, ale i na świecie. Wzrost ten przekracza 7% rocznie i dotyczy głównie najmłodszej grupy dzieci, do 5. r.ż. Ten typ cukrzycy ma w większości podłoże genetyczne. Genetyka ma tu zasadnicze znaczenie, może zwiększać predyspozycje do chorób z autoimmunoagresji, a jest ich coraz więcej: to m.in. choroba Hashimoto, choroba trzewna, choroby tkanki łącznej. Ale bardzo ważne są również czynniki środowiskowe, te przyczyny są wciąż badane. Najważniejszym jest zmiana stylu życia, np. zmiana diety. Kiedyś dzieci od urodzenia były karmione piersią, i to nie tydzień czy dwa, lecz przez kilka miesięcy, dziś tak karmią tylko nieliczne kobiety. Im bardziej niekorzystne czynniki się na siebie nałożą, tym bardziej rośnie ryzyko pojawienia się DMT1. Duża rolę w jej etiologii przypisuje się zakażeniom, szczególnie wirusowym, a odkąd pojawił się wirus SARS-CoV-2, wzięto go także pod lupę w tym kontekście. Wyniki badań wskazują, że może mieć on związek z cukrzycą typu 1.

Niezależnie od właściwości samego wirusa SARS-CoV-2, pandemia również miała związek z różnymi problemami dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1.

Niestety tak. W tym czasie obserwowaliśmy nie tylko wzmożoną zachorowalność, ale także trudności w dostępie do placówek ochrony zdrowia z jednej strony, a z drugiej strony z obawami rodziców przed zakażeniem w tych placówkach. To spowodowało, że aż ponad 50-60% dzieci ze świeżo ujawnioną cukrzycą trafiało do szpitali w ciężkiej kwasicy ketonowej, czyli w stanie bezpośrednio zagrażającym życiu. To ponad dwu-, trzykrotnie więcej niż w ostatnich latach! Z uwagi na ciężki stan wiele z tych dzieci wymagało początkowo hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii dziecięcej.

Chyba jednak, mimo tej rosnącej zachorowalności, możemy wskazać również na jakieś sukcesy? Co prawda może w samej insulinoterapii niewiele się zmieniło, bo nadal pozostaje ona jedynym lekiem w DMT1, ale pojawiają się nowe technologie, urządzenia do podawania insuliny.

Faktycznie, mamy osiągnięcia, a nawet możemy mówić o sukcesach. I to na miarę światową. Otóż mamy pierwsze miejsce w Europie pod względem wyrównywania cukrzycy u dzieci i młodzieży. Polskie dzieci mają najlepiej wyrównaną DMT1, mierzoną wartością hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}). To ogromna zasługa pana Macieja Miłkowskiego, podsekretarza stanu Ministerstwa Zdrowia, który wspiera nasze działania na rzecz poprawy jakości opieki nad dziećmi z chorobami gruczołów wydzielania wewnętrznego, szczególnie nad dziećmi z cukrzycą. I tak, z jednej strony zachorowalność rośnie, ale jak już dziecko do nas trafi i zdiagnozujemy u niego cukrzycę, to potrafimy tak ustawić i monitorować glikemię, że będzie dobrze funkcjonowało. To zasługa przede wszystkim świetnie wyszkolonych diabetologów zajmujących się dziećmi. Bardzo nam pomogło wyodrębnienie w 2013 r. specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, która dynamicznie się rozwija. W ubiegłym roku uzyskało ją 36 lekarzy i aktualnie ma ją 170 lekarzy.

Wiedzy i doświadczenia lekarzy nic nie może zastąpić, ale nowe technologie, innowacyjne urządzenia, a zwłaszcza możliwość dostępu do nich polskich pacjentów są bardzo pomocne.

Oczywiście. W ciągu ostatnich kilku lat dostęp polskich pacjentów do tego typu nowoczesnych rozwiązań również bardzo się poprawił. Przykładów jest wiele. Na przykład w latach 2018-2020 została wprowadzona refundacja osprzętu do nowoczesnych systemów ciągłego monitorowania glikemii metodami CGM-RT i FGM. W 2021 r. refundację osprzętu poszerzono o pacjentów z cukrzycami wtórnymi (cukrzyca typu 3). Najbardziej na tej refundacji skorzystały dzieci z cukrzycą w przebiegu mukowiscydozy. Od 2020 r. wprowadzono u nich refundację terapii ultrakrótkodziałającą insuliną FIASP, a od 1 stycznia 2021 r. terapię nowoczesnymi długodziałającymi insulinami – Tresiba (Degludec). Od 1 stycznia 2021 r. nielimitowany jest także zakup indywidualnych pomp insulinowych, co ograniczyło kolejki dzieci oczekujących na podłączenie lub wymianę pompy. Od kwietnia 2020 r. mamy ponadto możliwość przyjmowania w poradniach diabetologii dziecięcej młodych osób dorosłych, do 21. r.ż. To bardzo ważne, gdyż okres ten jest krytyczny dla wielu osób. W tym wieku młodzi ludzie podejmują wiele decyzji życiowych, m.in. dotyczących dalszej nauki, pracy zawodowej czy też zmiany miejsca zamieszkania. Młoda dorosła osoba często przez dłuższy czas poszukiwała swojego nowego lekarza. Wszystko to może wywoływać stres albo powodować rezygnację, a to z kolei wpływa na wyrównanie cukrzycy.

Ideałem byłoby, gdyby młody dorosły pacjent mógł wybierać, czy chce być prowadzony w poradni dziecięcej, czy chce przenieść się do poradni dla osób dorosłych. Tylko że te placówki powinny wówczas być odpowiednio przygotowane. I powinna to być opieka kompleksowa, ze strony endokrynologa i diabetologa dziecięcego oraz diabetologa zajmującego się osobami dorosłymi, z możliwością opieki wyszkolonej pielęgniarki i dietetyka, a nierzadko psychologa i ewentualnie innych specjalistów. W tym kierunku zmierzają Europa i świat: aby tworzyć poradnie wieku młodzieżowego, w których chory byłby płynnie przekazywany spod opieki pediatrów pod opiekę lekarzy zajmujących się osobami dorosłymi.

Polska ma niemały wkład w badania nad nowoczesnymi metodami diagnozowania i terapii cukrzycy typu 1.

I są to bardzo obiecujące badania. Do tych najlepiej rokujących należą prowadzone przez prof. Małgorzatę Myśliwiec z gdańskiego ośrodka pierwsze na świecie badania realizowane w ramach projektu „Terapia komórkowa cukrzycy typu 1 w oparciu o namnożone sztucznie limfocyty T regulatorowe CD+CD25+CD127 – i przeciwciała anty-CD20".

Prowadzonych jest również wiele badań dotyczących diagnozowania i terapii innych chorób gruczołów wydzielania wewnętrznego. Na szczególną uwagę zasługują wieloośrodkowe, międzynarodowe badania nad otyłościami monogenowymi czy też cukrzycami monogenowymi, a także te dotyczące niskorosłości i terapii tych dzieci hormonem wzrostu. Skupiają się one przede wszystkim na somatotropinowej niedoczynności przysadki jako przyczynie niskorosłości.

Wyniki naszych badań są publikowanie nie tylko w renomowanych czasopismach o zasięgu międzynarodowym, ale często znajdują swoje odzwierciedlenie w modyfikacjach konsensusów diagnozowania i terapii wielu chorób.

Rozmawiała: Bożena Stasiak

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

ROZMOWA Z **PROF. DR HAB. N. MED. AGNIESZKĄ SZADKOWSKĄ**, KIEROWNIK KLINIKI PEDIATRII, DIABETOLOGII, ENDOKRYNOLOGII I NEFROLOGII UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Dziecko z cukrzycą to pacjent szczególny

Cukrzyca (DM) u dzieci kojarzy się głównie z typem 1, dawniej określanym jako cukrzyca insulinozależna. Tymczasem u dzieci i nastolatków mamy coraz więcej zachorowań na cukrzycę typu 2 (DMT2),, u dorosłych na tyle powszechną, że dziś mówi się już o epidemii tej choroby.

Istotnie, cukrzyca typu 1 (DMT1), spowodowana nieodwracalnym zniszczeniem komórek beta wysp trzustkowych, prowadzi do niedoboru insuliny. Występuje u ok. 90-95% dzieci z cukrzycą. U osób dorosłych typ 1 to ok. 10% chorych. U dzieci choroba ta zazwyczaj ujawnia się nagle, rozwija się szybko, a objawy są bardziej nasilone niż u osób dorosłych. Jest to o tyle istotne, że DMT1 należy szybko zdiagnozować i jak najszybciej rozpocząć insulinoterapię, aby uniknąć kwasicy ketonowej. Ale rzeczywiście, zaczyna się ona pojawiać także u dzieci.

W tych 5-10% cukrzycy innych typów u dzieci i młodzieży najczęściej występuje cukrzyca typu 2. A inne typy?

Postęp w zakresie wiedzy genetycznej, dostępność nowoczesnych metod diagnostyki genetycznej pozwoliły odkryć u pacjentów cukrzyce uwarunkowane genetycznie, jak cukrzyce monogenowe, związane z defektem jednego genu. Wśród nich znajdują się cukrzyce MODY, cukrzyca noworodkowa oraz cukrzyca mitochondrialna. Niektóre z nich ukrywały się pod maską DMT1. Paradoksalnie wraz z postępem leczenia mukowiscydozy coraz częściej obserwujemy też cukrzycę związaną z mukowiscydozą.

Czy DM u dzieci leczymy tak samo jak u dorosłych? Czy takie same są kryteria jej rozpoznawania?

Kryteria rozpoznania są takie same u dzieci i u dorosłych. Terapia zależy od tego, z jakim typem cukrzycy mamy do czynienia. Obecnie u dzieci coraz częściej możemy stosować te same leki, co u osób dorosłych. W ostatnich latach pojawiły się nowe preparaty insulin oraz innych leków hipoglikemizujących, które początkowo były zarejestrowane do stosowania u pacjentów powyżej 18. r.ż., a od kilku lat mogą być stosowane w populacji pediatrycznej. Tak było m.in. z ultraszybkodziałającą doposiłkową insuliną Fiasp, którą możemy teraz stosować już u dzieci od 1. r.ż.

Mimo licznych badań nad przyczynami DMT1 nadal nieznane są czynniki inicjalizujące proces niszczenia komórek beta. Jest wiele hipotez. W przypadku DMT2 u dorosłych jako czynniki ryzyka wymienia się przede wszystkim otyłość i brak aktywności fizycznej. Czy one także są decydujące w przypadku dzieci z DMT2?

Jak najbardziej. Dzieci w Polsce są coraz częściej i coraz bardziej otyłe. Jednocześnie wraz ze wzrostem liczby pacjentów z otyłością rośnie liczba dzieci z nietolerancją glukozy, a nawet z już zdiagnozowaną w tak młodym wieku cukrzycą typu 2.

A przecież mamy dużo kampanii edukacyjnych, skierowanych i do rodziców, i do dzieci, dotyczących zdrowego stylu życia. W gabinetach pediatrycznych wiszą plakaty, wydawane są materiały, które każdy rodzic może sobie pobrać. Jak widać, to zdecydowanie za mało.

Niestety najtrudniej zmienić nawyki dotyczące trybu życia. Otyłość u dziecka nie bierze się znikąd. A kampanie edukacyjne, nawet te świetnie przygotowane i realizowane, w zderzeniu z nawykami dorosłych, którzy

jako pierwsi powinni zadbać o zdrowy tryb życia dziecka, często przegrywają. Wystarczy popatrzeć, co stało się ze zmianami, które miały być wprowadzone w sklepikach szkolnych. Jeśli jeszcze gdzieś się takie ostały, to nadal sprzedają głównie słodycze: ciastka, batoniki, słodkie kolorowe napoje, rzadziej zdrowe przekąski.

Jeśli widzę przed sobą małego pacjenta już ze sporą nadwagą czy otyłością, którego prowadzą rodzice, sami z nadmiarem masy ciała, to wiem, że leczenia wymaga nie tylko to dziecko, ale cała rodzina. Z dokładnego wywiadu wyłania się obraz rodziny, która nieprawidłowo się odżywia, nie ma regularnej aktywności fizycznej, a problemy z odpowiednią długością snu ma często również dziecko.

Można chyba powiedzieć, że edukacja zdrowotna w Polsce leży – nie tylko ta związana z profilaktyką cukrzycy, i nie tylko u dzieci?

Zdecydowanie tak można powiedzieć. A dziecko to pacjent szczególny, wymagający wnikliwego podejścia, nie tylko w procesie diagnostyki czy potem już leczenia, ale właśnie profilaktyki. Edukacja zdrowotna, zwłaszcza ta dotycząca zdrowego stylu życia, powinna zacząć się od przedszkola. Jeśli dziecko od najwcześniejszych lat będzie wiedziało, co jest zdrowe, a co nie, być może w przyszłości zacznie przynajmniej częściowo unikać tego, co szkodzi organizmowi oraz będzie aktywne fizycznie.

Iluż to rodziców cieszy się, widząc, jak ich pulchniutkie dziecko staje się jeszcze bardziej pulchne, że ono takie śliczne.

Właśnie. A z tych słodkich pulchniutkich bobasów nierzadko wyrastają potem dzieci otyłe oraz coraz częściej z zaburzeniami metabolicznymi, m.in. z nietolerancją glukozy, hiperlipidemią, z nadciśnieniem tętniczym. Dziś prawie co piąte dziecko z otyłością ma stan przedcukrzycowy.

Czy dziecko z cukrzycą, szczególnie typu 1, może żyć normalnie, nie odczuwając ograniczeń w związku ze swoją chorobą, funkcjonując tak jak jego rówieśnicy, nie obciążeni cukrzycą? Mam wrażenie, że dziś już tak. Pojawiło się tyle nowych urządzeń do monitorowania i leczenia cukrzycy.

To niezupełnie tak. Obecnie, mimo wielkiego postępu w zakresie diabetologicznych technologii medycznych oraz w zakresie preparatów insulin, dziecko z DMT1 nadal wymaga przestrzegania określonych zasad terapii: regularnego monitorowania glikemii, podawania odpowiednich dawek insuliny, dostosowanych do aktywności fizycznej, ilości i jakości spożywanego pożywienia. Musi modyfikować terapię w przypadku infekcji, stresu czy innych dodatkowych zdarzeń itp. Co oczywiście nie znaczy, że nie może prowadzić aktywnego stylu życia, jak jego rówieśnicy bez cukrzycy. Dzięki postępowi w terapii dzieci z DM mogą brać udział we wszystkich aktywnościach, w których biorą udział ich koledzy, takich jak m.in. uprawianie sportu, udział w wycieczkach, zielonych szkołach itp.

W ostatnich latach pojawiły się nowe preparaty insulin oraz innych leków hipoglikemizujących, które początkowo były zarejestrowane do stosowania u pacjentów powyżej 18. r.ż., a od kilku lat mogą być stosowane w populacji pediatrycznej.

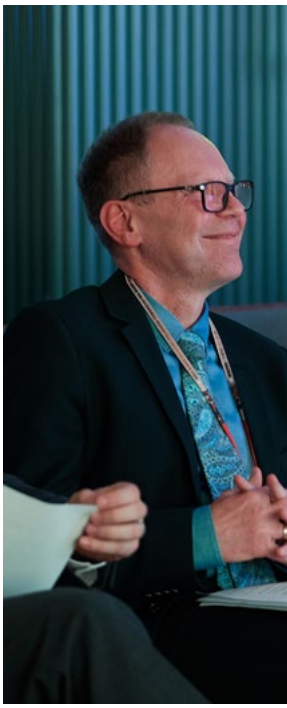
Mamy wiele osób z cukrzycą zdobywających szczyty górskie, w przenośni i dosłownie, biorących udział w międzynarodowych zawodach sportowych, pokonujących przeszkody, których wielu zdrowych nie mogłoby pokonać. Ale niestety na razie nie mogą zapominać o cukrzycy i nie mogą jej lekceważyć.

Dziecko z DM to pacjent szczególny. Kto takim pacjentem powinien się zajmować, chyba nie tylko pediatra? I czy np. pomocą specjalisty nie powinni zostać objęci rodzice, opiekunowie, którzy często nie wiedzą, jak postępować z chorym przewlekle dzieckiem, a nierzadko, słysząc po raz pierwszy, na co ono choruje, tracą głowę?

Dziecko z cukrzycą to wspólny pacjent pediatry i diabetologa, a wsparcie psychologiczne jest jak najbardziej wskazane, także dla opiekunów. W naszych klinikach mamy świetne zespoły terapeutyczne, obejmujące lekarzy, pielęgniarki, edukatorów, dietetyków, a także psychologów, którzy znakomicie radzą sobie i z dziećmi, i z ich opiekunami, starając się rozwiać ich lęki lub wątpliwości. Takie podejście stanowi element całego procesu leczniczego. Kolejnym ważnym elementem terapii jest szkolenie pacjentów i ich rodziców w zakresie samokontroli cukrzycy. Taki proces edukacyjny u dziecka z nowo rozpoznaną cukrzycą zwykle trwa ok. 15-20 godzin, a później nasi pacjenci wymagają regularnej reedukacji.

Rozmawiała: Bożena Stasiak

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl



Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego otworzyła XXIII Zjazd Naukowy PTD

„Diabetologia na fali" – eksperci w Gdańsku dyskutowali o cukrzycy

Na początku maja w Gdańsku odbył się XXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. W tegorocznym wydarzeniu udział wzięli nie tylko lekarze, głównie diabetolodzy, pediatrzy, kardiolodzy i interniści, ale także pielęgniarki, psycholodzy, edukatorzy. Hasło tegorocznego zjazdu: „Diabetologia na fali" nawiązywało do ogromnego postępu, jaki obecnie dokonuje się w leczeniu cukrzycy.

RELACJĘ PRZYGOTOWAŁA **ANNA ROGALA** | ZDJĘCIA ARCHIWUM

Trzydniowy program naukowy zjazdu był niezwykle bogaty: sesje poruszały wiele istotnych zagadnień związanych z cukrzycą, m.in. wpływ pandemii COVID-19 na diabetyków, insulinooporność, powikłania naczyniowe, zaawansowane technologie w terapii cukrzycy, aktywność fizyczna. Dyskutowano również o indywidualizacji leczenia i zastanawiano się, czy istnieje cudowna tabletka na cukrzycę typu 2. Sesje plakatowe prezentowały takie zagadnienia jak: zespół metaboliczny i otyłość, kliniczne aspekty w terapii cukrzycy typu 1, ciąża, diabetologia okresu rozwojowego. Eksperci przedstawili także nowe rekomendacje w zaleceniach PTD i ADA w 2022 r. Podczas sesji ustnej prac oryginalnych omawiano wiele aktualnych aspektów cukrzycy, m.in. wpływ pandemii COVID-19 na liczbę hospitalizacji, amputacji oraz zgonów ➤

XXIII Zjazd PTD odbywał się w formule hybrydowej, zgromadził jednak stacjonarnie licznych gości. Na zdjęciu (od lewej): dr med. Bogumił Wolnik, prof. Krzysztof Strojek, prof. Irina Kowalska, prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz

Mgr Alicja Szewczyk, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, mówiła o roli pielęgniarek w edukacji pacjentów

Podczas sesji Sekcji Diabetologiczno-Kardiologicznej prof. Grzegorz Dzida omawiał działanie hipotensyjne leków przeciwcukrzycowych w protekcji sercowo-naczyniowo-nerkowej

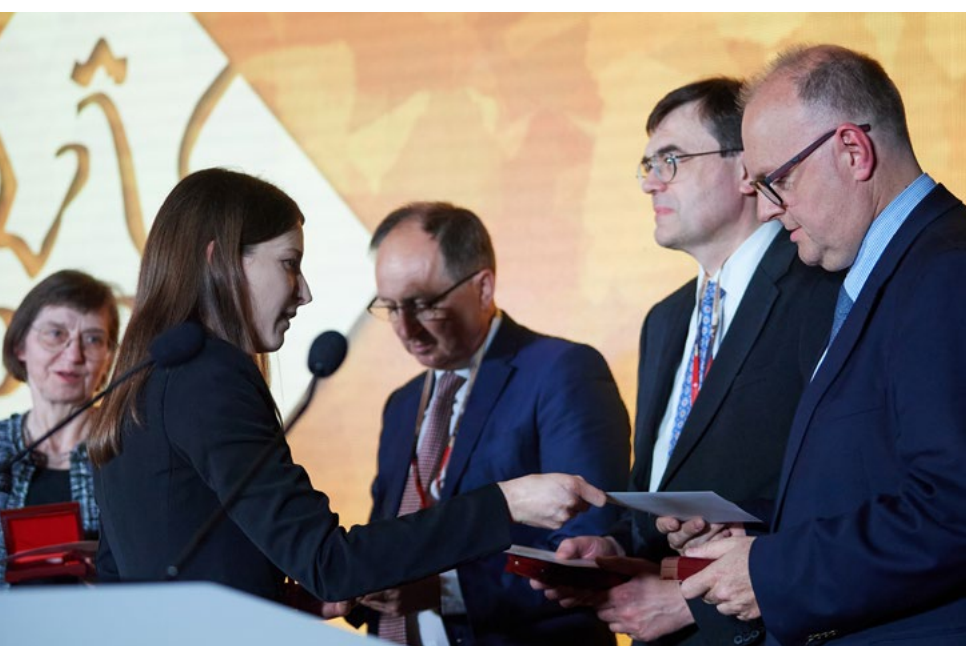
Prof. Małgorzata Myśliwiec przedstawiła zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz innych towarzystw naukowych w aspekcie leczenia dyslipidemii u osób z cukrzycą

Prof. Tomasz Klupa podsumował VI Edycję Szkoły Pompowej PTD i otworzył VII edycję

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Wręczono nagrody za najlepszą publikację naukową z dziedziny diabetologii i chorób metabolicznych im. Kazimierza Funka. Na zdjęciu (od lewej): dr n. med. Agnieszka Łebkowska, lek. med. Rafał Sibiak, dr n. med. Jerzy Hohendorff

Granty naukowe – nagrody PTD dla młodych naukowców. Na zdjęciu (od lewej): prof. Wojciech Fendler, dr hab. Agata Chobot, dr n. med. Agata Grzelka-Woźniak, prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz



Anna Śliwińska, Prezes ZG PSD, wręczyła medale 40-lecia PSD: prof. Dorocie Zozulińskiej-Ziółkiewicz, prof. Krzysztofowi Strojkowi, prof. Maciejowi Małeckiemu, prof. Leszkowi Czupryniakowi

pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej w Polsce; nowo rozpoznana cukrzyca u pacjentów po infekcji COVID-19. Wśród prelegentów znalazło się grono znakomitych naukowców i wybitnych lekarzy, zarówno z kraju, jak i zagranicy, zaplanowano wykłady gości honorowych: prof. Cohena i prof. Rodena.

Dr med. Bogumił Wolnik, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, zachęcając do udziału w wydarzeniu podkreślił, że „dla tych, którzy z różnych przyczyn nie mogą osobiście uczestniczyć w spotkaniu w Gdańsku, została udostępniona transmisja online". Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, prezes PTD, wyjaśniała: „Pierwotne plany terminu oraz miejsce obrad musiały ulec zmianie z powodów pandemicznych. COVID-19 zmienił świat i na związane z pandemią problemy i dramaty nałożyło się jeszcze większe zło wojny na Ukrainie".

Podczas uroczystego otwarcia XXIII Zjazdu Naukowego PTD dr hab. Alek-

Prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz i dr med. Bogumił Wolnik podczas otwarcia XXIII Zjazdu PTD mówili o trudnej sytuacji pacjentów z cukrzycą w trakcie pandemii COVID-19

sandra Uruska wygłosiła Wykład im. Mieczysława Wierzuchowskiego pt. „Potencjał cząsteczek HDL w cukrzycy typu 1. Czy więcej dobrego zawsze oznacza lepiej?", natomiast Wykład im. Jakuba Węgierki o wariacjach diabetologicznych przedstawiła prof. Przemysława Jarosz-Chobot.

Prof. Leszek Czupryniak zaprezentował książkę „Pół wieku diabetologii polskiej – rozmowy z Mistrzami" autorstwa Agnieszki Fedorczyk, Katarzyny Pinkosz i prof. Leszka Czupryniaka. „Cieszę się, że udało się dzięki niej zachować wspomnienia Mistrzów" – mówił. „To piękne dzieło jest zbiorem wspomnień naszych Nauczycieli i Mistrzów, którzy tworzyli, nadawali kierunek i odegrali kluczową rolę w półwiecznej historii polskiej diabetologii. Pomysł namalowania historii diabetologii polskiej poprzez biografie jest niezwykle trafiony, gdyż ożywia słowo pisane i nadaje szczególną wartość historii wspomnień – zaznaczyła prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Uczestniczący w zjeździe Mistrzowie otrzymali uroczyście książkę na scenie, minutą ciszy uczczono pamięć prof. Władysława Grzeszczaka oraz prof. Hanny Dziatkowiak.

Wykład im. Jakuba Węgierki o wariacjach diabetologicznych przedstawiła prof. Przemysława Jarosz-Chobot

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

Prof. Irina Kowalska, prezes elekt PTD, przewodniczyła sesji zaleceń PTD

Prof. Leszek Czupryniak i red. Katarzyna Pinkosz prezentowali książkę „Pół wieku diabetologii polskiej – rozmowy z Mistrzami". Otrzymali ją wszyscy uczestnicy Zjazdu

Prof. Krzysztof Strojek mówił o przełomach w leczeniu cukrzycy i sytuacji pacjentów w dobie epidemii COVID-19

Dr hab. Aleksandra Uruska wygłosiła Wykład im. Mieczysława Wierzuchowskiego pt. „Potencjał cząsteczek HDL w cukrzycy typu 1. Czy więcej dobrego zawsze oznacza lepiej?"

Prof. Maciej Małecki mówił o solidarności z lekarzami i pacjentami chorymi na cukrzycę z Ukrainy oraz o wsparciu udzielanym przez Polskę przez lekarzy, organizacje pacjenckie, firmy farmaceutyczne. „Obiecałem, że na każdym kongresie będę mówił o tej sytuacji, która nigdy nie powinna się zdarzyć, kiedy lekarze muszą kryć się w schronach przed bombami. Nie możemy o w tej sprawie milczeć" – zaznaczył prof. Małecki.

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków przyznało wyróżnienia czołowym polskim diabetologom, jednak z powodu pandemii COVID-19 na ubiegłorocznym Zjeździe nie udało się wręczyć medali 40-lecia PSD. Podczas inauguracji tegorocznego zjazdu Anna Śliwińska, Prezes ZG, wręczyła medale 40-lecia PSD: prof. Dorocie Zozulińskiej-Ziółkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, poprzednim prezesom – prof. Maciejowi Małeckiemu i prof. Leszkowi Czupryniakowi oraz prof. Krzysztofowi Strojkowi, konsultantowi krajowemu w dziedzinie diabetologii. ∎

ROZMOWA Z **ANNĄ ŚLIWIŃSKĄ**, PREZES ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA DIABETYKÓW.

FOT. ARCHIWUM PRYWATNE

Pomagamy i polskim, i ukraińskim pacjentom

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków było jednym z pierwszych, które ruszyło z pomocą ukraińskim diabetykom. Na czym ta pomoc polegała?

Zaplanowaliśmy dwa kierunki działania. Z jednej strony to działania oddolne, prowadzone przez nasze oddziały i koła w terenie, które organizowały zbiórki konkretnych rzeczy niezbędnych chorym na cukrzycę, a więc akcesoriów, sprzętu, materiałów opatrunkowych itp. Było widać, że tego typu pomoc jest bardzo potrzebna, gdyż zgłaszało się po nią bardzo dużo osób. Z drugiej strony, odpowiednie działania, już na dużo większą skalę, były podejmowane na szczeblu Zarządu Głównego. Cały czas byliśmy i nadal jesteśmy w kontakcie z Ukraińskim Stowarzyszeniem Diabetyków i z Międzynarodową Federacją Diabetologiczną. We współpracy z nimi prowadzimy akcję informacyjną, organizujemy finansową i rzeczową pomoc, którą w dużych ilościach przekazujemy potrzebującym.

Nie bez znaczenia jest też zapewne szeroka akcja informacyjna, tym bardziej istotna, że niektóre parametry stosowane w diagnostyce w Polsce i na Ukrainie znacznie się różnią. Na przykład na Ukrainie inaczej, w innych jednostkach, mierzy się stężenie glukozy we krwi niż w Polsce.

Istotnie, u nas mierzymy cukier w miligramach, na Ukrainie oznacza się go w milimolach. Zdarzyło się, że ukraiński wynik 5,6 został odczytany jako 56. Zaczęto wobec tego podawać tej osobie słodkie napoje, sądząc, że to hipoglikemia, podczas gdy wynik ten w naszych jednostkach oznaczał stężenie cukru 100, a więc niewymagające interwencji. Na szczęście w porę zareagowano. Tak więc akcja informacyjna, prowadzona za pomocą materiałów drukowanych i internetu, okazała się niezbędna.

Pomagając ukraińskim chorym na cukrzycę, współpracujecie również z firmami farmaceutycznymi?

Z prośbą o pomoc zwracamy się do tych firm, które produkują sprzęt dla diabetyków, a potem sami organizujemy wysyłki, m.in. sporo dostarczyliśmy na dworzec w Przemyślu. Chętnie organizowalibyśmy także zbiórkę i przekazywanie leków, insuliny, ale to można robić tylko przez rządowe agencje.

A skoro już jesteśmy przy temacie cukrzycy. Jak ocenia Pani świadomość tej choroby w naszym społeczeństwie?

W ostatnich latach poprawiła się, ale do ideału wciąż daleko. To już nie jest dramat, ale, skoro nadal mamy od pół miliona do miliona niezdiagnozowanych przypadków, dobrze nadal nie jest. Cukrzyca wielu osobom ciągle kojarzy się jako niezbyt groźna choroba, że wystarczy tylko odstawić cukier i już wszystko wróci do normy. A przecież to całkiem nie tak, cukrzyca to groźna choroba, z uwagi na ciężkie, nierzadko śmiertelne powikłania. I nie powinno się czekać na objawy, które już mogą świadczyć o zaawansowanej cukrzycy, ale regularnie badać stężenie cukru we krwi. Bo np. nadmierna senność po posiłkach nie musi świadczyć o tym, że „krew odpływa z mózgu do żołądka", jak niekiedy się to tłumaczy, ale że to objaw cukrzycy, zwłaszcza kiedy pojawia się często i w dużym nasileniu.

Dużą rolę w kształtowaniu tej świadomości – i tu dochodzimy do edukacji – powinni odgrywać lekarze rodzinni.

Jak najbardziej. To właśnie oni w pierwszej kolejności powinni kierować na badania, szczególnie jeśli pacjent znajduje się w grupie ryzyka. To nie pacjent ma się dopominać o takie skierowanie, ale lekarz ma obowiązek go skierować.

A cukrzyca nie odpuszcza, statystyki potwierdzają, że zachorowań będzie coraz więcej.

Rozmawiała: Bożena Stasiak

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

1 *Laureaci Nagród Zaufania Złoty OTIS 2022*

2 *Uroczystość prowadzili red. Anna Rogala z red. Zbigniewem Wojtasińskim, gości powitał Paweł Kruś, przewodniczący Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS*

Statuetki Złoty OTIS 2022 dla wybitnych i niezwykłych

XIX gala wręczenia Nagród Zaufania „Złoty OTIS" odbyła się w zabytkowych wnętrzach Pałacu Staszica w Warszawie. W tym roku prestiżowe nagrody otrzymało aż 21 osób. Obok statuetek za dorobek życia, za osiągnięcia w ubiegłym roku oraz debiuty naukowe, wręczono też nagrody Semper Idem. Przyznano także pierwsze stypendium Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS. Gali towarzyszyła wystawa fotograficzna pt. „Byliśmy – Jesteśmy: Nagroda Zaufania Złoty OTIS w Ukrainie 2012 r., 2013 r.".

Wyjątkowe statuetki zostały zaprojektowane przez artystę Włodzimierza Pytkowskiego.

RELACJA: **ANNA ROGALA** | ZDJĘCIA: **TOMASZ ADAMASZEK**

Paweł Kruś, przewodniczący Kapituły Nagrody Zaufania „Złoty OTIS", witając gości podziękował firmom i ludziom, którzy są z Nagrodą zawsze – wbrew pandemii, wojnie i dekoniunkturze. Zachęcił do obejrzenia wystawy fotograficznej przypominającej prace środowiska Nagrody Zaufania Złoty OTIS na Ukrainie w latach 2012-2013. Sala była wypełniona osobistościami ze świata medycyny, farmacji, jak i polityki. Oprócz Laureatów nagrody gościliśmy m.in. Macieja Miłkowskiego, wiceministra zdrowia, senator Beatę Małecką-Liberę, posłanki: Barbarę Dziuk, Violettę Porowską, Katarzynę Sójkę, prof. Waldemara Wierzbę, dyr. CSK MSWiA, członków kapituły: prof. Renatę Górską, prof. Irinę Kowalską, dr Elżbietę Puacz, prof. Marcina Czecha, prof. Tomasza Drewę, prof. Piotra Hoffman, prof. Piotra Jankowskiego, prof. Jerzego Konstantynowicza, prof. Aleksandera Sieroń, prof. Tomasza Stompóra i prof. Piotra Trzonkowskiego. Towarzyszyli nam liderzy korporacji zawodowych: prezes Irena Rej z Izby Gospodarczej Farmacja Polska, Alina Niewiadomska prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej - Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Ewa Jankowska z PASMI, prezes Arkadiusz Grądkowski z Izby Gospodarczej POLMED. Po dwuletniej pandemii goście cieszyli się ze spotkania na żywo i możliwości rozmów w kuluarach.

Wśród tegorocznych laureatów Nagrody Zaufania „Złoty OTIS 2022" znajduje się wiele znakomitych osobistości ze świata medycyny i farmacji. W kategorii Dorobek życia w medycynie tegoroczną Nagrodę Zaufania Złoty OTIS otrzymali prof. Kalina Kawecka-Jaszcz, była prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i prof. Janusz Limon, kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki GUM. Nagrodę Zaufania Złoty OTIS za dorobek życia w stomatologii przyznano prof. Jadwidze Banach, która jest zwolenniczką holistycznej stomatologii. Mgr farm. Bożenę Szymańską uhonorowano statuetką w kategorii Dorobek życia w farmacji. Po raz pierwszy w historii Nagrody zostały przyznane statuetki w kategoriach: Dorobek życia w organizacji szpitali dla Krystyny Zaleskiej, byłej dyrektor Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu, oraz Dorobek życia w diagnostyce laboratoryjnej dla dr Jolanty Szych, byłej kierownik

Laboratorium zakładu Bakteriologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH.

Kapituła postanowiła przyznać statuetki za dorobek życia w dziennikarstwie medycznym. Otrzymali je red. Ewa Dux-Prabucka, która stworzyła Gazetę Farmaceutyczną i red. Janusz Michalak, współzałożyciel i prezes Wydawnictwa Termedia.

Od dwóch lat przyznawane są nagrody w kategorii „Debiut naukowy" dla młodych i ambitnych medyków, pełnych zapału, poświęcających się pracy naukowej. Doceniono dorobek dr n. med. Karoliny Łuczkowskiej z Zakład Patologii Ogólnej, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, dr Aleksandry Opinc z Kliniki Reumatologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych UM w Łodzi, dr. Karola Pawła Steckiewicza z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W tym roku Kapituła postanowiła przyznawać Stypendium, jednemu z Laureatów debiutów naukowych. Stypendium Kapituły Nagrody Zaufania. Zespół Stypendialny Kapituły Nagrody Zaufania tworzą: prof. Piotr Hoffman – przewodniczący, prof. Romuald Olszański – pomysłodawca ufundowania stypendium, oraz prof. Marcin Czech, prof. Tomasz Stompór i prof. Piotr Trzonkowski. Stypendium otrzymała dr n. med. Karolina Łuczkowska z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Prof. Hoffman w uzasadnieniu podkreślił, że dr Łuczkowska „ma dorobek „profesorski" i bardzo błyskotliwe połączenie publikacji na styku nauk podstawowych i klinicznych". Wysokość stypendium w tym roku wynosi 20.000 złotych brutto. Zebrano je sprzedając symboliczne cegiełki, które ufundowali: prof. Irina Kowalska, pani Joanna Sierpińska-Kruś, prof. Bożena Werner, dr Elżbieta Puacz, prof. Edward Franek, prof. Piotr Jankowski, prof. Piotr Hoffman, prof. Romuald Olszański, prof. Marcin Czech, prof. Jerzy Konstantynowicz, prof. Wojciech Lubiński, prof. Marek Rudnicki, prof. Tomasz Stompór, prof. Marek Wojtukiewicz oraz współtwórcy tegorocznej Gali: NovoNordisk, Servier, Abbott, Adamed, BerlinChemie/Menarini, Boehringer Ingelheim i Izba Gospodarcza POLMED. Specjalne podziękowania otrzymał Szymon Chrostowski z Fundacji „Wygrajmy Zdrowie", który pomógł w organizacji stypendium.

Minister Maciej Miłkowski został uhonorowany Nagrodą Specjalną za łączenie interesów pacjentów, systemu i producentów oraz konsekwentne budowanie nowoczesnej ochrony zdrowia w Polsce. Laudacje wygłosili: prezes Irena Rej i past Minister Zdrowia prof. Marcin Czech. Kapituła zaś przypomniała, że Minister Maciej Miłkowski wsparł Nagrodę Złoty OTIS już w 2009 roku, kiedy społecznie zorganizował staż dla kardiochirurgów z Mińska, którzy w Aninie, u prof. Jacka Różańskiego, przez dwa tygodnie uczyli się jak wykonać pierwszy przeszczep serca na Białorusi. Ponadto Nagrody Specjalne wręczono dr. hab. Mariuszowi Wyleżołowi za popularyzację wiedzy o otyłości jako chorobie, którą można i trzeba leczyć, prof. Andrzejowi Falowi za popularyzację problematyki zdrowia publicznego i akcję edukacyjną „Nauka przeciw Pandemii", dr. hab. Andrzejowi Ossowskiemu za osiągnięcia w medycynie w roku 2021, oraz dr n. farm. Lucynie Samborskiej za działalność społeczną.

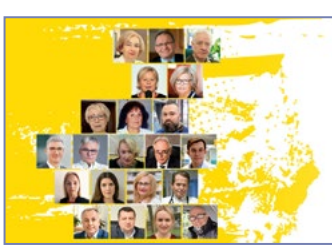
Kapituła postanowiła uhonorować osoby, które swoją postawą podczas pandemii oraz wojny w Ukrainie wzbudzają podziw i szacunek, i przyznać im statuetki „Semper Idem": Za niezłomność w sytuacjach nadzwyczajnych. Nagrody otrzymali: prof. Piotr Kuna – za wierność wiedzy medycznej i propagowanie wiedzy medycznej podczas pandemii, dr hab. Artur Zaczyński – za organizację Szpitala Narodowego w czasie pandemii, prof. Wojciech Młynarski – za organizację pomocy dla dzieci chorych onkologicznie z Ukrainy, dr Paweł Kukiz-Szczuciński – za pomoc w ewakuacji dzieci chorych onkologiczne z Ukrainy, Marta Daszuta – za pomoc dzieciom z Ukrainy.

Podczas uroczystości miał miejsce ciekawy panel dyskusyjny pt. „Innowacyjne rozwiązania w leczeniu cukrzycy", który prowadziła red. Katarzyna Pinkosz. Do dyskusji o nowoczesnych terapiach cukrzycy dzieci i dorosłych zostali zaproszeni wybitni eksperci: prof. Irina Kowalska, prof. Małgorzata Myśliwiec, prof. Mieczysław Walczak. Komentował wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, przekazując, że kolejne nowoczesne rozwiązania dla chorych na cukrzycę są już blisko.

O muzyczną oprawę gali zadbał zespół wokalny Ensemble Quattro Voce w składzie: Inga Poškuté-Królak – sopran, Aleksandra Pawluczuk – alt, Przemysław Kummer – bas i Paweł Pecuszok – tenor.

Specjalne podziękowania w formie dyplomów otrzymali przedstawiciele firm, zaangażowanych w pomoc przy organizacji tegorocznych uroczystości: Novo Nordisk, Servier, Abbott, Adamed, Berlin Chemie/Menarini, Boehringer Ingelheim, Izba Gospodarcza POLMED, LEK-AM.

Gratulujemy Laureatom i dziękujemy wszystkim za obecność. ∎



Wyjątkowe historie Laureatów publikujemy na stronie www.zlotyotis.pl.

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl

ZŁOTY OTIS
NAGRODA ZAUFANIA 2022

1

ŚWIAT LEKARZA
Debica

2

NAGRODA ZAUFANIA
ZŁOTY OTIS
ZŁOTY OTIS

5

NAGRODA ZAUFANIA
ZŁOTY OTIS

4

6

3

7

1 *Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski - laureat Nagrody Specjalnej Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022*

2 *Paweł Kruś, przewodniczący Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS, udzielał wywiadu mediom*

3 *Wiceminister Maciej Miłkowski wręcza statuetkę dyr. Krystynie Zaleskiej (laureatka Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022), z prawej: prof. Renata Górska (Kapituła Nagrody Zaufania Złoty OTIS*

4 *(od lewej): wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, posłanka Barbara Dziuk, prof. Piotr Kuna (laureat Nagrody Sempre Idem), prof. Renata Górska (Kapituła Nagrody Zaufania Złoty OTIS), prof. Waldemar Wierzba (dyr. CSK MSWiA i red. nacz. Świata Lekarza), dr Artur Zaczyński (laureat Nagrody Sempre Idem), dr Paweł Kukiz-Szczuciński (laureat Nagrody Sempre Idem), Marta Daszuta (laureatka Nagrody Sempre Idem), senator Beata Małecka--Libera*

5 *Dr Elżbieta Puacz (Kapituła Nagrody Zaufania Złoty OTIS) i dr n. med. Jolanta Szych, laureatka w dziedzinie Dorobek życia w diagnostyce laboratoryjnej*

6 *Prezes Irena Rej wręcza dyplom-podziękowanie dyr. Wojciechowi Grycie z Novo Nordisk Pharma*

7 *Posłanka Katarzyna Sójka i wiceminister Maciej Miłkowski (laureat Specjalnej Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022)*

8 *Prof. Marcin Czech wygłosił laudację na cześć wiceministra Macieja Miłkowskiego, laureata Specjalnej Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022*

8

1

2

4

6

7

3

5

8

1 *Paweł Kruś, przewodniczący Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS, w rozmowie z senator Beatą Małecką-Liberą, w tle wystawa fotograficzna „Byliśmy – Jesteśmy: Nagroda Zaufania Złoty OTIS w Ukrainie 2012 r., 2013 r.*

2 *Goście chętnie rozmawiali w kuluarach. Od lewej: prof. Marek Rudnicki (Kapituła Nagrody Zaufania Złoty OTIS), prof. Aleksander Sieroń (Kapituła Nagrody Zaufania Złoty OTIS)*

3 *Zespół wokalny Ensemble Quattro Voce zachwycił gości wykonując m.in. „Gaude Mater Polonia" i „Modlitwę za Ukrainę"*

4 *Prof. Piotr Kuna – laureat Nagrody Semper Idem*

5 *(od lewej) prof. Piotr Hoffman (członek Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS i przewodniczący Zespołu Stypendialnego Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS), wiceminister Maciej Miłkowski, dr n. med. Karolina Łuczkowska (laureatka w kategorii Debiut naukowy i stypendystka), posłanka Violetta Porowska, prof. Piotr Trzonkowski (członek Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS i Zespołu Stypendialnego Kapituły Nagrody Zaufania Złoty OTIS)*

6 *Dr hab. Andrzej Ossowski odbiera statuetkę z rąk wiceministra Macieja Miłkowskiego, obok: prof. Andrzej Fal (laureat Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022)*

7 *Podczas gali odbył się panel dyskusyjny Innowacyjne rozwiązania w leczeniu cukrzycy. W dyskusji udział wzięli: prof. Irina Kowalska, prof. Małgorzata Myśliwiec, prof. Mieczysław Walczak. Panel prowadziła red. Katarzyna Pinkosz.*

8 *Prof. Janusz Limon (laureat Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022), prof. Kalina Kawecka-Jaszcz (laureatka Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022), za nimi: dr Piotr Banach, syn prof. Jadwigi Banach (laureatki Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2022)*

Mistrzowie polskiej diabetologii – ludzie z pasją

– To piękne dzieło jest zbiorem wspomnień naszych Nauczycieli i Mistrzów, którzy tworzyli, nadawali kierunek i odegrali kluczową rolę w półwiecznej historii polskiej diabetologii. Pomysł namalowania historii diabetologii polskiej poprzez biografie jest niezwykle trafiony, gdyż ożywia słowo pisane i nadaje szczególną wartość historii wspomnień – napisała we wstępie publikacji prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego kadencji 2019-2023.

Pomysłodawcami i twórcami tej książki są profesor Leszek Czupryniak, red. Agnieszka Fedorczyk i red. Katarzyna Pinkosz.

– Kiedy profesor Leszek Czupryniak zaproponował nam napisanie książki o historii polskiej diabetologii, pomyślałam, że to okazja do poznania ludzi niezwykłych, obdarzonych uporem i charyzmą. To były wspaniałe spotkania i rozmowy z osobami, dla których leczenie cukrzycy to pasja życia. Kim są bohaterowie moich rozmów? Tytanami pracy, mistrzami organizacji. Wskazywali drogę i wysoko zawiesili poprzeczkę. Skąd brali siłę, energię, by pracować często 24 godziny na dobę? Kim są dziś? – zastanawia się red. Katarzyna Pikosz.

Bohaterów red. Agnieszki Fedorczyk łączy wiele, a szczególnie nadzieja, która przewija się w ich historiach: „Nadzieja jest zawsze, tyle że przychodzi po jakimś czasie, wraz z doświadczeniem. Jest osadzona w przyszłości, nie tu i teraz. Żyjąc nadzieją, nie możemy zapominać o tu i teraz, bo życie toczy się dzisiaj, tutaj, w tym momencie".

– Podczas lektury historia ożywała w moich myślach. Osobiste odczucia i wzruszenia wiążą się z faktem, że historie Mistrzów są poniekąd i moją historią. Spotkanie tych wybitnych osób i świadomość ich wpływu na mój rozwój zawodowy to szczególny dar. Jestem przekonana, że pokolenie, które reprezentuję, znajdzie w tej książce nie tylko fakty historyczne, lecz także ożywione wspomnienia, a pokolenia młodsze dzięki niej lepiej zrozumieją teraźniejszość i przesłanie tytułowe: „Pamięć o przeszłości jest fundamentem przyszłości..." – zachęca do lektury prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz.

W publikacji znajdziemy wspomnienia Mistrzów: Anny Czech, Hanny Dziatkowiak, Idy Kinalskiej, Barbary Krupy-Wojciechowskiej, Felicji Pietraszek, Barbary Mirkiewicz-Sieradzkiej, Ewy Otto-Buczkowskiej, Renaty Wąsikowej, Bogny Wierusz-Wysockiej, Jerzego Bodalskiego, Stanisława Czekalskiego, Władysława Grzeszczaka, Andrzeja Królewskiego, Jacka Sieradzkiego, Jana Tatonia, Czesława Wójcikowskiego. ∎

„Pół wieku diabetologii polskiej – rozmowy z Mistrzami" Agnieszka Fedorczyk, Katarzyna Pinkosz, Leszek Czupryniak, wyd. Medycyna Praktyczna, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

– Wierzymy, że udało nam się udokumentować istotny okres polskiej medycyny. Liczymy, że za kolejne pół wieku Polskie Towarzystwo Diabetologiczna wyda dalszą część wspomnień nestorów i że będzie to lektura jeszcze bardziej fascynująca – mówi prof. Leszek Czupryniak, z którego inspiracji powstała książka.

Zapraszamy do lektury
Świat Lekarza 3D

Po kliknięciu w okładkę otworzy się numer Świata Lekarza 3D.

Magazyn można też bezpłatnie zaprenumerować.
Zapraszamy do lektury!

ZAPRENUMERUJ BEZPŁATNIE na www.swiatlekarza.pl