

Jeśli chorujesz na cukrzycę musisz pamiętać, że problemy ze stopami są najczęstszym powikłaniem tej choroby. Specjaliści nazywają to zespołem stopy cukrzycowej

Stopa cukrzycowa

Stopa jak oczko w głowie

Każdy z nas powinien troszczyć się o pielęgnację stóp, które na co dzień – podczas stania, chodzenia czy biegania – poddawane są dużym obciążeniom. Jednak szczególnie starannie, wręcz z przesadą, powinny o tym pamiętać osoby chore na cukrzycę. Każde otarcie naskórka, każdy odcisk, pęknięcie skóry może prowadzić do trudno gojącego się owrzodzenia i zakażenia, a potem nawet amputacji palca czy kończyny. Trzeba się starać do tego nie dopuścić.

Do takich powikłań dochodzi głównie u osób starszych, po 60 roku życia, które chorują na cukrzycę od wielu lat. Częściej u mężczyzn niż kobiet. Ale – jak podkreśla dr Wiesław Zarzycki, specjalista endokrynologii – zagrożenie istnieje niezależnie od płci i wieku. Np. w regionie podlaskim wśród kilkuset pacjentów z owrzodzenia mi stóp są i czterdziestolatki.

Dlaczego groźna dla stóp

Każde, nawet małe uszkodzenie stopy, do którego dochodzi przy cukrzycy, lekarze określają zespołem stopy cukrzycowej. U osób zdrowych otarcia naskórka, pęcherze, nagniotki, odciski, krwiaki czy pęknięcia skóry, które mogą powstać wskutek używania np. niewygodnych, zbyt ciasnych butów – łatwo można wyleczyć same-mu. Nakładamy plaster, zmieniamy buty – i po kłopotach. Natomiast u osób chorych na cukrzycę nie tylko dużo łatwiej o takie banalne uszkodzenia – niestety, zazwyczaj bagatelizowane – ale też o poważne następstwa. Dlaczego? W cukrzycy zmianom pierwotnym (drobnym uszkodzeniom skóry stóp) i owrzodzeniom sprzyjają dwa mechanizmy:

- cukrzyca powoduje stopniowe uszkodzenie nerwów (zwane neuropatią) – chorzy tracą czucie w nogach, nie odczuwają dyskomfortu i bólu, więc mogą nie zauważyć uszkodzeń stóp;
- uszkodzenia nasilają się z powodu współistniejących zwykle zaburzeń ukrwienia nóg (zmiany miażdżycowe w tętnicach, uszkodzenia żył), co utrudnia proces naprawy tkanek (gojenia się ran).

Mechanizm powstawania zmian na stopach jest zwykle mieszany – oba czynniki prowadzą szybko od drobnych do poważnych uszkodzeń. Z otarcia czy nagniotka owrzodzenie może powstać nawet w ciągu kilkunastu godzin.

Nie lekceważ

Owrzodzenie może pojawić się w dowolnym miejscu stopy – na wierzchu, od spodu, z brzegu czy na palcach. Nie można więc bagatelizować nawet najdrobniejszych uszkodzeń. Owrzodzenia są groź-

ne, bo w prawie połowie przypadków, pomimo coraz lepszych metod leczenia, nie udaje się ich wygoić. Konieczna jest amputacja palca, części czy całej stopy, a nawet kończyny aż do kolana. Leczenie owrzodzenia jest zawsze długie i kosztowne. Pacjent nie chodzi do pracy, musi kupować drogie leki i specjalne materiały opatrunkowe. Zdecydowanie pogarsza się więc jakość jego życia.

Zapobiegaj – to najważniejsze

Przypomnijmy, że cukrzyca oprócz stóp może uszkadzać wzrok, nerki, skórę, naczynia krwionośne. To wszystko w języku medycznym określa się powikłaniami cukrzycy. Aby do nich nie dopuścić najistotniejsze jest:

- prawidłowe wyrównanie metaboliczne cukrzycy, to znaczy utrzymywanie prawidłowego poziomu glukozy we krwi (wskazanego przez lekarza) poprzez przestrzeganie zaleceń dotyczących diety, regularne przyjmowanie leków oraz ćwiczenia fizyczne;
- skrupulatne dbanie o swoje stopy – dobór odpowiednich skarpet i wygodnego obuwia oraz codziennie, dokładne oglądanie stóp i natychmiastowe konsultowanie z lekarzem wszelkich zauważonych zmian. Trzeba też zgłaszać się, gdy odczuwamy cierpnięcie lub drętwienie stóp, tracimy odczucie ciepła i zimna,
- unikanie palenia papierosów – wiele problemów zdrowotnych, wynikających z cukrzycy (zwłaszcza choroby naczyń i zaburzenia krążenia) nasila się z powodu palenia.

Sylwester Barski



Rozmawiamy ze specjalistą

– Wszyscy powinniśmy dbać o stopy, ale diabetycy szczególnie. Co Pan radzi osobom z cukrzycą – na co powinny zwracać uwagę, co jest ważne?

Dr hab. med. Wiesław Zarzycki z Kliniki Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych AMB: Naszym pacjentom stale przypominam najważniejsze – powiedziałbym elementarzne przy cukrzycy – zasady:

- Dobieramy odpowiednie obuwie. Nie może być zbyt ciasne ani zbyt luźne – nie może w żadnym

(bawełny, lnu, jedwabiu), bezciśkowe.

- Przy stopach zdeformowanych (płaskostopie poprzeczne lub podłużne, koślawe paluchy, stopa nadmiernie wysklepiona) nosimy obuwie z indywidualnie dobraną wkładką ortopedyczną, korygującą nieprawidłowy nacisk stopy na podłoże (w tym przypadku niezbędny kontakt z lekarzem specjalistą: diabetologiem, ortopedą bądź specjalistą rehabilitacji leczniczej).
- Przed założeniem butów sprawdzamy, czy do środka nie wpadły kamienie, czy nie wystają gwoździe, itp.
- Myjemy stopy codziennie w letniej, bieżącej wodzie i dokładnie wycieramy, zwłaszcza między palcami.

Wygodne buty i codzienne dogłębne

punktocieranie czy uciskanie stopy. Przy dobieraniu obuwia polecam tradycyjną, wypróbowaną metodę: wykonujemy i wycinamy dokładny obrys gołej stopy, postawionej na kartonie. Ta „miarka” musi się swobodnie mieścić w kupowanym bucie.

Buty powinny mieć zaokrąglone nosy (spiczaste zwykle uciskają), być dobrej jakości – najlepiej skórzane lub markowe sportowe.

- Skarpetki mają być z tkaniny z przewagą naturalnych włókien

- Paznokcie obcinamy po kąpiele, kiedy są miękkie i elastyczne. Zawsze na prosto, nie krócej niż krawędź palca, nie wcina się „na okrągło”. Nie używamy ostrych narzędzi do czyszczenia pod paznokciami ani po ich bokach.
- Nie usuwamy samodzielnie zrogowaceń skóry (nagniotków, odciśnięć, skórek wokół paznokci), np. żyłką, nożem, pilnikiem czy pumeksem. Zawsze idziemy z tym do zakładu kosmetycznego (pedicure).

Powikłania cukrzycy

Koszty insulinoterapii to tylko 5 proc. ogólnych kosztów leczenia cukrzycy i wszystkich jej powikłań. Rachunek jest prosty – tu nie oplaci się oszczędzać na droższych lekach.

Czy można ujarzmić winowajcę? Tak – można. Na ławie oskarżonych należy „posadzić” zbyt wysoki poziom cukru we krwi. Ponoś on winę za niebezpieczne powikłania u chorych na cukrzycę. Na szczęście istnieją sposoby, aby do nich nie dopuścić.

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą, związaną z zaburzeniami wydzielania lub (i) działania insuliny. Skutkiem tego jest zmniejszenie wrażliwości tkanek na własną insulinę, czyli insulinooporność. Efektem tych zaburzeń, które mogą występować osobno lub jednocześnie, jest stale utrzymujący się wysoki poziom glukozy we krwi, a konsekwencją tego uszkodzenie nerwów lub naczyń krwionośnych. Najczęstszymi powikłaniami w cukrzycy są zmiany o charakterze makroangiopatii, czyli uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych. Mogą one dotyczyć:

- naczyń wieńcowych, co może prowadzić do zawału serca,
- naczyń ośrodkowego układu nerwowego, co może prowadzić do udaru mózgu,
- naczyń kończyn dolnych, co może prowadzić do amputacji.

Powikłania w cukrzycy mogą mieć również charakter mikroangiopatii, dotyczą wtedy zmian w drobnych naczyniach krwionośnych:

- Unikamy chodzenia bosy.
- Nie ogrzewamy stóp blisko ognia czy grzejnika.
- Raz w roku obowiązkowo kontrolujemy stopy u lekarza, aby upewnić się, czy dotychczasowa pielęgnacja jest wystarczająca.

– Jak trzeba postępować w razie drobnych urazów?

- Drobne urazy, jak skaleczenia czy otarcia skóry, można leczyć samodzielnie, delikatnie przemywając ranę wodą z mydłem, a następnie zakładając sterylny opatrunek. Nie wolno przekłuwać pęcherza. Jeśli pęknie sam, trzeba założyć opatrunek, jak przy drobnym skaleczeniu. Nie wolno używać silnych środków odkażających, np. jodyny, ani przyklejając plastra bezpośrednio na ranę. W razie jakichkolwiek wątpliwości najlepiej zasięgnąć porady lekarza.

– A co robić, gdy podejrzewamy, że już, niestety, wdało się owrzodzenie?

- Trzeba natychmiast skontaktować się z lekarzem, najlepiej diabetologiem. Najczęściej potrzebne jest wówczas leczenie szpitalne z udziałem wielu specjalistów, gdyż chory wymaga zwykle okresowego leczenia insuliną i antybiotykami oraz specjalistycznych badań, trudno dostępnych w warunkach ambulatoryjnych. Szybkie rozpoczęcie leczenia zmniejsza ryzyko częściowej lub dużej amputacji. Po wyjściu ze szpitala leczenie wymaga indywidualnego prowadzenia i częstych kontroli w poradni chirurgicznej i diabetologicznej, z zastosowaniem specjalnych opatrunków.

Rozmawiał: Sylwester Barski

Insulinę można porównać do klucza otwierającego drzwi do komórek, który umożliwia wniknięcie do nich cząsteczek glukozy, a następnie przemianę tej glukozy w komórkach. Jeżeli klucz otwiera drzwi w nieodpowiednim czasie, to cukier z krwioobiegu zostaje zabrany zbyt późno lub zbyt wcześnie. Gdy dzieje się to zbyt późno, poziom cukru we krwi chorego po posiłku niebezpiecznie wzrasta, a jeżeli dzieje się to zbyt wcześnie, to poziom cukru spada i dochodzi do hipoglikemii, czyli niedocukrzenia.

Jak dobrać odpowiedni klucz

Jeżeli przesunie się czas wstrzyknięcia klasycznej insuliny, to okaże się, że szczyt jej działania nie jest adekwatny do szczytu poziomu cukru we krwi. Tak więc czas działania insuliny nie jest odpowiedni dla potrzeb organizmu.

Ponadto klasyczne insuliny krótko działające, a także mieszanki insulinowe mają określony, dłuższy niż w przypadku insuliny wydzielanej przez trzustkę człowieka zdrowego czas działania. Chory powinien więc spożywać przekąski między głównymi posiłkami: II śniadanie i podwieczorek. I tak tworzy się błędne koło. Ponieważ aż ok. 80 proc. chorych na cukrzycę ma nadwagę lub otyłość, jeśli będą spożywać przekąski, nastąpi dalszy przyrost ich masy ciała. Jeżeli zaś nie spożyją tej przekąski, to narażą się na ryzyko niedocukrzenia, czyli spadku poziomu insuliny we krwi.

Fakty są takie, że w odpowiedzi na objawy hipoglikemii aż 72 proc. diabetyków zwiększa porcje posiłków, a 90 proc. zmniejsza aktywność fizyczną, co sprzyja przyrostowi masy ciała.

- w obrębie siatkówki oka (tzw. retinopatia cukrzycowa), co może spowodować całkowitą ślepotę,
- w nerkach (nefropatia cukrzycowa), co może prowadzić do schyłkowej niewydolności nerek i w efekcie do dializ lub konieczności przeszczepu tego organu.

Znaczenie w powstawaniu przewlekłych powikłań cukrzycy ma nie tylko długotrwały wzrost poziomu cukru we krwi. Wykazano również, że przyrosty poziomu cukru we krwi w okresie poposiłkowym mają wpływ na powstawanie tych powikłań, głównie makroangiopatii. Sprzyja to rozwojowi chorób układu sercowo – naczyniowego.

Wszyscy chorzy z cukrzycą typu I i aż około 30 proc. chorych na cukrzycę typu 2 muszą być leczeni insuliną. Osoby, które stosują klasyczne, krótko działające insuliny ludzkie lub mieszanki insuliny, powinny je wstrzykiwać na 30 minut przed posiłkiem. Jest to bardzo ważne: 30 minut, to konieczny czas do rozpoczęcia działania insuliny. Musi ona bowiem osiągnąć swój szczyt działania w chwili, kiedy mamy szczytowe wchłanianie cukru z przewodu pokarmowego do krwioobiegu.

Niestety, okazuje się, że tylko około 17 proc. chorych przestrzega tego optymalnego czasu wstrzykiwania, a aż 83 proc. tego nie czyni. Zwykle nie wynika to z lekceważenia procedur lekarskich czy niechęci do zastosowania się do zaleceń lekarza, ale z obiektywnych sytuacji życiowych, np. z zapomnienia, z trybu życia u osób bardzo aktywnych zawodowo.

Pomocne analogi

Aby poprawić sytuację chorych, pod presją Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej stworzono preparaty insulinowe, które można wstrzykiwać bezpośrednio przed posiłkiem. Jest to nowa generacja preparatów insuliny, nazywana analogami insuliny ludzkiej. Z powodu szybkiego rozpoczęcia działania oraz osiągnięcia szczytu działania w szybszym czasie niż insulina ludzka, insuliny analogowe zmniejszają poziom cukru we krwi w okresie poposiłkowym z taką samą skutecznością, niezależnie od pory ich podania: przed jedzeniem, w trakcie posiłku, a nawet zaraz po nim.

Czas działania szybko działających analogów jest krótszy niż czas działania klasycznych insulin krótko działających, a więc stosując je zapobiega się potencjalnej hipoglikemii w późnym okresie po posiłku oraz przyrostom masy ciała, bo chorzy mogą zrezygnować z przekąsek. U chorych stosujących insuliny analogowe stwierdzono też mniejszy przyrost poziomu cukru po posiłku niż u tych, którzy przyjmują klasyczne preparaty insuliny. To ważne, szczególnie w przypadku dzieci, u których nieprzewidywalne są ilości spożytego jedzenia, dla osób bardzo aktywnych zawodowo, a także dla osób starszych, m.in. z zaburzeniami pamięci,

które często nie pamiętają nawet czy w ogóle jadły posiłek.

Szybkie i długie

Analogi insuliny odznaczają się następującymi cechami:

- szybkość działania – jak powiedzieliśmy, wchłaniają się bardzo szybko, można je więc wstrzykiwać bezpośrednio przed, w trakcie lub po posiłku. Nie jest potrzebne zachowanie 30-45-minutowej przerwy między wstrzyknięciem a początkiem posiłku, jak w przypadku insuliny ludzkiej.
- długość działania – po wstrzyknięciu pozostają pod skórą, tworząc tzw. depot, z którego bardzo powoli i równomiernie, w ciągu 12 – 24 godzin, uwalniają się niewielkie ilości preparatu. Analogi długo działające stanowią bazę naśladującą fizjologiczne wydzielanie insuliny między posiłkami i w nocy. Niestety, jest jeden szkopuł, dotkliwy dla chorych, a konkretnie ich kiesze-

ni. Preparaty analogowe są droższe, tylko część z nich znajduje się na liście leków refundowanych.

– Nadal, pomimo usilnych starań stowarzyszeń diabetologicznych w Polsce – mówi Prof. Ida Kinalska, diabetolog – endokrynolog, nie ma refundacji na analogi o długim działaniu, które wystarczy podawać raz na dobę. Chorych nie stać, aby płacić za nie po 250-300 zł miesięcznie. Trzeba przekonywać decydentów od ochrony zdrowia, że opłaca się refundować i stosować lepsze, choć droższe preparaty insuliny – żeby uniknąć wielokrotnie kosztowniejszego leczenia groźnych powikłań cukrzycy. Koszty insulinoterapii, to tylko 5 proc. ogólnych kosztów leczenia cukrzycy i wszystkich jej powikłań. Rachunek jest prosty – tu nie opłaca się oszczędzać na droższych lekach.

Sylwester Barski

*Konsultacja: prof. Ida Kinalska,
diabetolog – endokrynolog*

Diabetolog na wyciągnięcie ręki

Teraz z opieki diabetologicznej mogą skorzystać osoby z cukrzycą typu I i II leczone insuliną oraz kobiety, u których cukrzyca wystąpiła po raz pierwszy w czasie ciąży.

Do objęcia kompleksową opieką w poradni diabetologicznej może zakwalifikować lekarz specjalista. W tym celu należy tylko złożyć u niego deklarację wyboru. Opieka taka obejmie niezbędne badania laboratoryjne i konsultacje,

oraz nadzór nad stanem zdrowia. Jeśli zajdzie taka konieczność, zostanie zlecona dodatkowa diagnostyka, przepisane niezbędne leki i wyroby medyczne. W przypadku zaobserwowania u pacjenta lekkich zaburzeń metabolicznych (np. odwodnienia, hiperglikemii) możliwe będzie – zamiast skierowania do szpitala – leczenie na miejscu.

Jeżeli będzie tego wymagał stan zdrowia, pacjenci zostaną poddani konsultacjom innych lekarzy, np. okulisty, neurologa lub kardiologa – bez konieczności oczekiwania na to leczenie w kolejkach.

