Rozdział 2

Definicja, epidemiometria i wskaźniki rozwoju epidemii cukrzycy

Definicja

Cukrzyca jest chorobą, która dotyczy wszystkich ras ludzkich na wszystkich kontynentach, może ujawnić się w każdym wieku, występuje także w świecie zwierząt.

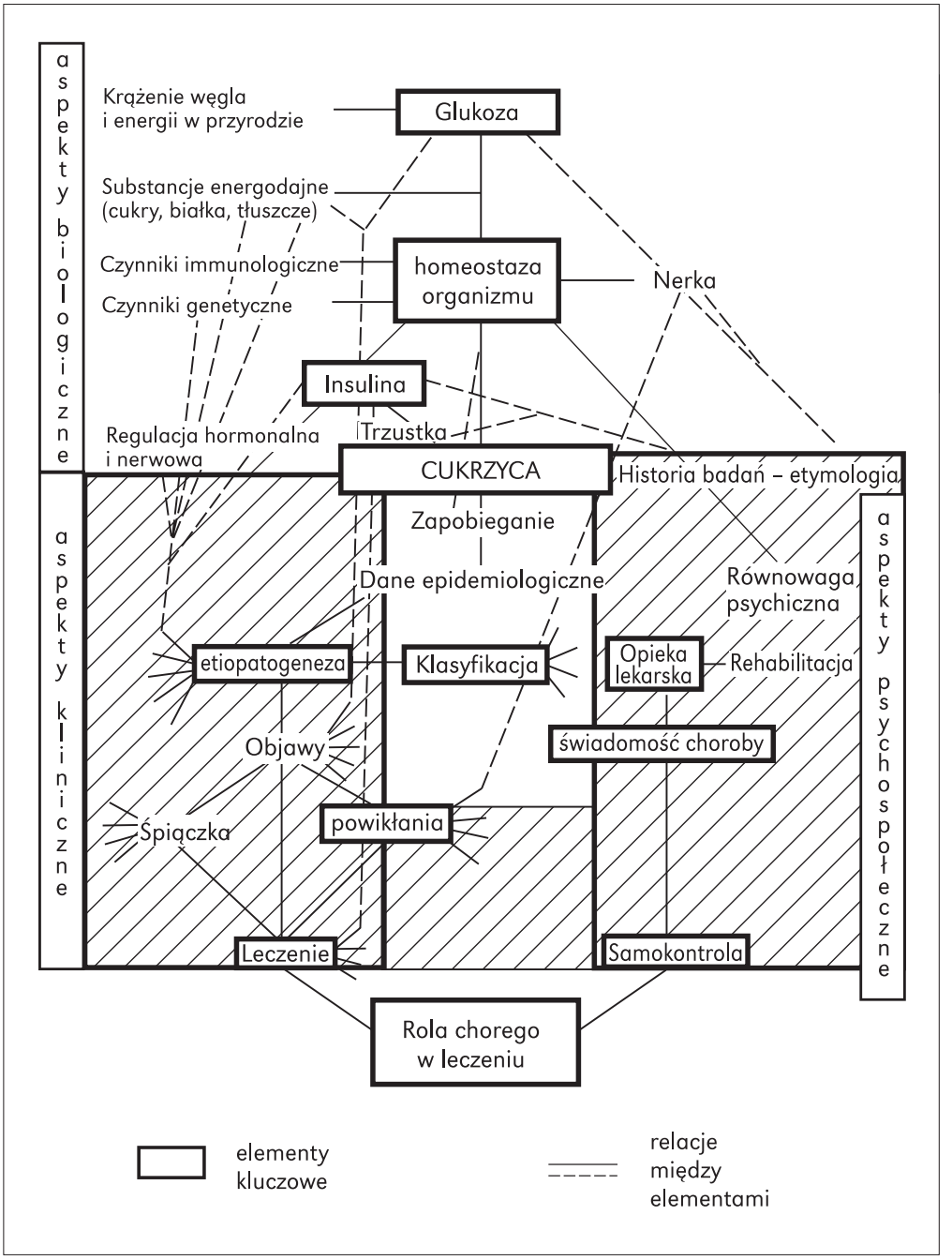
Określenie „cukrzyca" można przypisać każdemu przewlekłemu zaburzeniu metabolizmu objawiającemu się w sposób powtarzalny: 1) hiperglikemią na czczo lub/i 2) hiperglikemią po posiłkach, lub 3) przy prawidłowej glikemii na czczo, wartościami stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu testowej dawki 75,0 g glukozy wyższymi od tych, które uznaje się za charakterystyczne dla osób zdrowych lub osób z upośledzeniem tolerancji glukozy (A).

Mechanizmy etiologiczne wynikające z różnego rodzaju zaburzeń genetycznych (nieprawidłowych genotypów) oraz diabetogennych wpływów środowiska zewnętrznego, powodujące niedobór insuliny lub/i insulinooporność, a także zaburzenia metaboliczne mogą mieć różny charakter oraz stopień nasilenia. Zespoły czynników patogenetycznych cukrzycy występują z różną intensywnością i w niejednakowym układzie (ryc. 2.1).

Bardzo istotnym elementem obrazu klinicznego długotrwałej cukrzycy jest także powstawanie decydujących o losach chorych zespołów przewlekłych powikłań cukrzycy:

- mikroangiopatii – w wyniku indukowanych przez niedobór insuliny i hiperglikemię zaburzeń metabolicznych składników ściany włośniczek i małych naczyń (o średnicy mniejszej niż 100 nm) – głównie retinopatii i nefropatii cukrzycowej;
- makroangiopatii – w wyniku zaburzeń metabolicznych i innych zmian w biologii ściany tętnic – przyspieszenie i modyfikowanie rozwoju miażdżycy tętnic mózgu, serca i kończyn dolnych;
- neuropatii cukrzycowej – zależne od toksycznego działania hiperglikemii i angiopatii w układzie nerwowym uszkodzenie ośrodkowego, obwodowego i autonomicznego układu nerwowego (A).

Rycina 2.1. Do celów prewencji i leczenia cukrzycy w praktyce konieczne jest integrowanie różnych części składowych pojęcia cukrzycy – holizm. Poniżej przedstawiono to zagadnienie w sposób wizualny



Epidemiometria cukrzycy

Cukrzyca jest obecnie w większości państw świata jednym z głównych problemów opieki zdrowotnej zarówno pod względem medycznym, jak i społeczno-ekonomicznym. Odpowiedzią na ten fakt może być tylko nowa wizja bardziej skutecznej diabetologii, jej szybkie i głębokie zmiany. Pierre Lefébvre, przewodniczący Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej (IDF), bardzo obrazowo mówił, że „Titanic już żegluje, góra lodowa czeka – jeśli okręt nie zmieni kursu, katastrofa jest nieunikniona". Słowa te dotyczą diabetologii i pojmowania jej roli we współczesnych i przyszłych społeczeństwach świata.

Planowanie i realizowanie opieki diabetologicznej wymagają określenia opisowych wskaźników, a więc ustalenia:

a) liczby nowych zachorowań na cukrzycę rocznie (zapadalność),
b) liczby osób, które chorują na różne typy cukrzycy i jej powikłania (chorobowość) oraz
c) liczby osób, u których cukrzyca powoduje zgon, w stosunku do ogólnej populacji (umieralność).

Wskaźnik zapadalności

Jest to liczba nowych zachorowań w ciągu roku wyrażona w odsetkach, promilach lub liczbą przypadków na 100 000 mieszkańców w odniesieniu do ogólnej populacji.

W piśmiennictwie z reguły rozdziela się wartości wskaźnika zapadalności dla cukrzycy typu 1 i typu 2.

Cukrzyca typu 1. H. Dziatkowiak i zespół określili zapadalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci w wieku 0-14 lat w Krakowie, Wrocławiu i Warszawie. Wyniki podaje tab. 2.1.

Badacze ci stwierdzili, że średni, standaryzowany wskaźnik zapadalności w 1990 r. wyniósł: 7,4/100 000 w Krakowie, 8,2/100 000 we Wrocławiu i 4,3/100 000 w Warszawie. W ciągu 10 lat obserwacji (1990-1999) stwierdzono statystycznie ciągły wzrost wskaźnika zapadalności do wartości 15,2/100 000 (Kraków), 13,2 (Wrocław) i 12,8 (Warszawa), szczególnie w młodych grupach wiekowych. Są to wartości, które umiejscawiają populację polską w grupie krajów charakteryzujących się średnio nasiloną zapadalnością. Najwyższe w skali światowej wskaźniki zapadalności notowane są w Finlandii – 45/100 000 (1996) – i na Sardynii – 33,2/100 000 (1994), a najniższe – w Chinach – 0,51/100 000 (1998).

Tabela 2.1. Liczba pacjentów, wielkość populacji oraz roczna, standaryzowana zapadalność na cukrzycę typu 1 (podano 95% CI) u dzieci w wieku 0-14 lat w trzech miastach Polski w latach 1990-1999 (*H. Dziatkowiak i wsp., „Diabetologia Pol.", 1995, 2, supl. 1, 38; **Z. Szybiński i wsp., PAMW, 2001, 106, 759-764)

Rok	Kraków			Wrocław			Warszawa		
	Liczba chorych	Wielkość populacji	Standaryzowana zapadalność	Liczba chorych	Wielkość populacji	Standaryzowana zapadalność	Liczba chorych	Wielkość populacji	Standaryzowana zapadalność
1990*	21	277 314	7,4 (4,1-10,6)	21	260 044	8,2 (4,7-11,7)	13	307 944	4,3 (1,9-6,6)
1991*	17	275 587	6,3 (3,3-9,2)	16	252 862	6,5 (3,3-9,6)	16	299 592	5,3 (2,7-8,0)
1998**	30	230 094	13,2 (8,4-17,8)	19	202 002	9,1 (5,1-13,6)	35	226 594	14,5 (9,4-19,1)
1999**	33	216 926	14,7 (10,0-20,4)	26	198 077	13,2 (8,1-18,3)	29	215 378	12,8 (8,1-17,5)

Cukrzyca typu 2. Ze względu na częste występowanie bezobjawowej, a więc nierozpoznawanej postaci cukrzycy typu 2 dokładne ustalenie wskaźnika zapadalności na tę chorobę jest trudne. Według własnych badań, przeprowadzonych w 1995 roku w Warszawie, wynosił on 118/100 000 osób.

W wielu krajach wysoko rozwiniętych (Europa Zachodnia, Stany Zjednoczone) wskaźnik ten jest znacznie wyższy. Należy więc oczekiwać jego zwiększenia się także w Polsce (A).

Wskaźnik chorobowości

Wskaźnik ten określa częstość występowania przypadków cukrzycy w ogólnej populacji. Wyraża się go najczęściej w odsetkach lub promilach.

Wielkość tego wskaźnika ustala się w różny sposób – najczęściej w reprezentatywnych próbach populacji lub na podstawie rejestrów zachorowań na cukrzycę w reprezentatywnych populacjach.

Cukrzyca typu 1. Szacunkowy wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy typu 1 dla osób w wieku 0-29 lat wynosi w Polsce: dla mieszkańców miast – 0,42%, a dla mieszkańców wsi – 0,35%.

Cukrzyca u osób dorosłych (> 20 rż.) – cukrzyca typu 2. Badania dynamiki zmian epidemiologicznych dotyczących cukrzycy w Polsce nie są liczne. Częstość zaburzeń gospodarki węglowodanowej w ogólnej populacji Warszawy w wieku > 20 lat podaje tabela 2.2. Własne badania wskazują, że wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy uprzednio znanej w badanej próbie ludności wynosił 3,92% i był on wyraźnie zależny od wieku badanych – w grupie najstarszej (≥ 70 lat) wynosił wśród mężczyzn 15,1%, a wśród kobiet – 16,0%.

Tabela 2.2. Częstość występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej w reprezentatywnej próbie populacji Warszawy (N = 1275) (badania własne, A. Czech, J. Tatoń i wsp., bad. WARS)

Rodzaj zaburzenia	%
Prawidłowa tolerancja glukozy	86,41
Nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG)	0,66
Upośledzenie tolerancji glukozy (IGT)	6,28
Cukrzyca świeżo rozpoznana	2,73
Cukrzyca uprzednio rozpoznana	3,92
Wszystkie rodzaje zaburzeń łącznie	13,59

Wskaźniki chorobowości z powodu innych kategorii zaburzeń gospodarki węglowodanowej są również wysokie. Nieprawidłowa glikemia na czczo (> 110 mg/dl = 6,1 mmol/l) występowała u 0,66% osób, upośledzenie tolerancji glukozy (glikemia w 2 h po podaniu doustnym 75,0 g glukozy ≥ 140 mg/dl = 7,8 mmol/l i < 200 mg/dl = 11,1 mmol/l) – u 6,28% osób. Znana i nieznana cukrzyca występowała łącznie u 6,65% badanych osób powyżej 20. roku życia w reprezentatywnej próbie populacji Warszawy, a częstość występowania wszystkich zaburzeń gospodarki węglowodanowej wynosiła łącznie 13,59%. Wynika stąd, że prawidłowe wskaźniki przemiany węglowodanów dotyczyły 86,41% populacji. Są to bardzo wysokie liczby. 95% wszystkich przypadków cukrzycy wykazywało fenotyp cukrzycy typu 2.

Jednocześnie częstość występowania nadwagi i otyłości w tej samej populacji wynosiła 52%, w tym otyłości (BMI ≥ 30 kg/m^2) – 29%, otyłości brzusznej (W/H dla kobiet > 0,88 i dla mężczyzn większe od 1,1) – 18% oraz zespołu metabolicznego według definicji WHO – 13%.

Konfrontując powyższe własne oceny epidemiologiczne z danymi pochodzącymi z innych ośrodków w Europie, można stwierdzić, że są one podobne (A).

Na bardzo duże znaczenie problemów związanych z cukrzycą w Polsce wskazują szczególnie wyniki projektu zamawianego przez ministra zdrowia

w KBN „Prewencja pierwotna i wtórna oraz jej wpływ na wskaźniki epidemiologiczne w 1 i 2 typie cukrzycy w populacji polskiej" (Z. Szybiński i wsp., 2001). Efektem tych badań są między innymi następujące wnioski:

1. Chorobowość z powodu cukrzycy w Polsce przekroczyła wartość 5%. Jest to stan endemii z realnym ryzykiem ciągłej tendencji wzrostowej. W liczbach bezwzględnych jest to ponad 2 miliony osób. Wzrost chorobowości dotyczy obu postaci cukrzycy. Cukrzyca typu 2 stanowi ponad 90% wszystkich przypadków cukrzycy.

2. U ponad 50% chorych na cukrzycę mamy do czynienia z „cukrzycą nieznaną", która może być rozpoznana tylko za pomocą badań przesiewowych. W środowisku wiejskim wskaźnik „cukrzycy nieznanej" osiąga wartość aż 70%.

Rozpoznanie „cukrzycy nieznanej" staje się więc głównym celem prewencji i powinno opierać się na 2-godzinnym teście obciążenia 75,0 g glukozy według WHO. Proponowane przez Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne kryteria oparte na pomiarze glukozy na czczo (≥ 7,0 mmol/l w osoczu krwi żylnej) mają czułość diagnostyczną na poziomie 48,7%. Kryteria te nie powinny więc być stosowane w badaniach epidemiologicznych, a w praktyce klinicznej grożą popełnieniem błędu lekarskiego (A).

W badaniach opublikowanych przez M. Szurkowską i wsp. („Pol. Arch. Med. Wewn.", 2001, 106, 771) standaryzowany wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy typu 2 dla całej populacji polskiej wynosi 5,36%. Wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy typu 2 w populacji powyżej 35 rż. w regionie krakowskim wynosił 10,77%, w regionie lubelskim – 15,60%, a w łódzkim – 15,70%. Najwyższą częstość upośledzenia tolerancji glukozy notuje się w regionie lubelskim – 26,10% (J. Łopatyński i wsp.) (tab. 2.3).

W Polsce na cukrzycę choruje około 2 miliony osób. Z tej liczby 50%, a więc w proporcji podobnej jak w wielu innych krajach, znajduje się w prowadzonych przez instytucje opieki zdrowotnej lokalnych rejestrach osób z cukrzycą „znaną" i leczoną. Pozostałe 50% to przypadki „cukrzycy nieznanej" – nie rozpoznanej i nie leczonej. Dodatkowo 4 miliony osób należy zaliczyć do kategorii stanu przedcukrzycowego (B).

Tabela 2.3. Wskaźniki chorobowości z powodu cukrzycy w obszarach wiejskich i miejskich regionu lubelskiego w okresie 1998-2000 (J. Łopatyński i wsp.)

Obszar	Płeć	Wiek (lata)	Osoby bez zaburzeń (%)	Cukrzyca znana (%)	Cukrzyca nowo wykryta (%)	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (%)	Razem (%)
wiejski	mężczyźni (M)	35-44	16,9	0,4	1,1	2,7	21
		45-54	16,6	1,0	2,9	6,8	27,4
		55-64	15,2	0,5	2,5	5,7	24
		≥ 65	11,8	1,0	4,8	10,0	27,6
		Razem	60,5	2,9	11,4	25,2	100
	kobiety (K)	35-44	11,8	0,0	0,9	4,4	17,1
		45-54	12,6	0,9	2,2	8,2	23,9
		55-64	9,5	0,9	2,6	7,6	20,6
		≥ 65	11,8	3,7	8,3	14,6	38,5
		Razem	45,8	5,5	14,0	34,7	100
miejski	mężczyźni (M)	35-44	17,9	0,5	1,5	4,0	23,9
		45-54	24,1	2,4	2,5	5,9	34,9
		55-64	12,2	1,9	1,8	4,9	20,8
		≥ 65	9,9	3,4	2,3	4,9	20,5
		Razem	64,1	8,2	8,1	19,7	100
	kobiety (K)	35-44	16,8	0,3	0,5	3,7	21,3
		45-54	23,6	0,7	1,6	6,9	32,8
		55-64	12,7	1,8	2,6	5,7	22,8
		≥ 65	10,8	2,1	2,8	7,5	23,2
		Razem	63,8	5,0	7,4	23,8	100
	Razem (K + M)	≥ 35	58,4	5,4	10,2	26,1	100

Wskaźnik umieralności

Umieralność z powodu cukrzycy, czyli liczbę osób umierających z powodu cukrzycy w stosunku do ogólnej liczby zgonów w danej populacji, określa się w liczbach bezwzględnych i odsetkach. Z uwagi na zjawisko wielochorobowości w cukrzycy typu 2 oraz mało precyzyjne wypełnianie kart zgonów wielkość wskaźnika umieralności nie jest dokładnie ustalona.

Wielkości wskaźnika umieralności na świecie

Najdokładniej ustalił je zespół WHO pod kierunkiem Gojki Roglic. Wielkości te podaje tab. 2.4.

Tabela 2.4. Zwiększenie umieralności powodowane przez cukrzycę. Świat, 2000 rok. G. Roglic i wsp. (WHO), „Diabetes Care", 2005, 28, 2130

Liczba zgonów osób z cukrzycą z wszystkich przyczyn	7,5 mln
Liczba zgonów zależnych wyłącznie od cukrzycy	2,9 mln
Cukrzyca – 5. miejsce na światowej liście przyczyn zgonów	

Umieralność z powodu cukrzycy na świecie w 2000 roku wynosiła 2,9 miliona zgonów, czyli 5,2% wszystkich zgonów. Cukrzyca jest przyczyną 2-3% zgonów w krajach rozwijających się (o niskim standardzie ekonomiczno-socjalnym) i ponad 8% w USA, Kanadzie i krajach Środkowego Wschodu. Cukrzycy należy przypisać 6-27% zgonów ludzi w wieku 35-64 lat (A).

W skali ogólnoświatowej cukrzyca stanowi piątą przyczynę zgonów. Te epidemiologiczne zjawiska narastają, mimo to są często nieuświadomione lub wręcz ignorowane przez gremia polityków. Pociąga to za sobą znaczne szkody. Jednak istnieją w tym zakresie również bardzo pozytywne przykłady. Należą do nich kraje skandynawskie i Europy Zachodniej. Na tę listę wpisała się również Organizacja Narodów Zjednoczonych, uchwalając 20.12.2006 r. rezolucję mobilizującą państwa członkowskie, w tym także Polskę, do działań zwalczających cukrzycę.

Wskaźnik umieralności z powodu cukrzycy typu 2 w Polsce. W piśmiennictwie nie znajduje się dobrze zebranych informacji odnoszących się wyłącznie do cukrzycy typu 2 jako przyczyny zgonów. Podawane są najczęściej wielkości obrazujące wszystkie kategorie cukrzycy łącznie. Skoro jednak około 95% przypadków cukrzycy stanowi cukrzyca typu 2, to można założyć, że odnoszą się

one głównie do tej kategorii. Umieralność w Polsce z powodu cukrzycy (według GUS) w 1990 r. wynosiła 15,2/100 000 mieszkańców, w 1995 r. – 13,0/100 000 mieszkańców, a w 1999 r. – 13,1/100 000 mieszkańców. W 1999 r. w subpopulacji mężczyzn wskaźnik ten określony został na 10,1, a w subpopulacji kobiet – na 16,9/100 000 (GUS).

Wielkość wskaźnika umieralności z powodu cukrzycy w innych krajach Europy jest zbliżona do wielkości tego wskaźnika w Polsce. W krajach rozwijających się wskaźnik ten jest znacznie wyższy (tab. 2.5).

Tabela 2.5. Nadumieralność w populacji chorych na cukrzycę, przeważnie typu 2

Badacze	Rok podania danych	Region	Wiek w chwili rozpoznania cukrzycy	Nadumieralność		
				mężczyźni	kobiety	łącznie
Pantzram i Zabel-Langhenning	1981	Erfurt	40-49 50-59 60-69	1,80 1,47 1,40	1,86 1,81 1,37	– – –
Reunanen	1983	Finlandia	70-79	1,09 2,0	1,15 2,7	– –
Fuller i wsp.	1983	kohorta British Diabetes Association	45-64 ≥ 65	1,98 1,38	2,72 1,97	– –
Zwaag i wsp.	1983	Atlanta Memfis	40-54* 55-64 65-74	– – –	– – –	2,07 1,57 1,26
Królewski	1977	Warszawa	30-49 50-68	2,13 1,17	1,61 1,22	– –
Tatoń	2006	Osiedle Bródno, Warszawa	40-59 60-69	2,11 1,87	1,97 1,55	2,06 1,65

* Wiek przy zaliczeniu do kohorty

Wskaźnik umieralności z powodu cukrzycy w Polsce jest 2-3 krotnie zaniżony. Według własnych obserwacji w roku 2006 śmiertelność z powodu cukrzycy w rejonie Warszawy kształtowała się na poziomie 42/100 000 ludności (C).

W opinii WHO znaczenie cukrzycy jako przyczyny zgonów jest niedoszacowane przede wszystkim z powodu błędów w kwalifikowaniu przyczyn zgonów. Według danych tej organizacji cukrzyca jest przyczyną 9% z ogólnej liczby zgonów (H. King i wsp. – informacja uzyskana osobiście).

Epidemiometria przewlekłych powikłań cukrzycy

Występowanie zespołów angiopatii cukrzycowej. Liczby obrazujące częstość występowania objawowych postaci zespołów angiopatii w reprezentatywnej dla Warszawy kohorcie osób z cukrzycą podano w tab. 2.6 i 2.7 (badanie własne).

Tabela 2.6. Częstość występowania zespołów angiopatii cukrzycowej w Polsce (%) (bad. własne w kohorcie 2150 osób z cukrzycą, Wojewódzka Poradnia Diabetologiczna w Warszawie)

Typ angiopatii	Częstość występowania poszczególnych zespołów angiopatii cukrzycowej	
	u osób z cukrzycą typu 1	u osób z cukrzycą typu 2
retinopatia ogółem	54,4	31,4
nefropatia	15,2	4,1
choroba niedokrwienna serca	12,9	35,6
choroba naczyniowa mózgu	1,3	4,6
choroba naczyniowa kończyn dolnych	4,2	8,2

Tabela 2.7. Częstość występowania czynników ryzyka miażdżycy u osób z cukrzycą typu 1 (bad. własne w kohorcie 885 osób z cukrzycą typu 1, Wojewódzka Poradnia Diabetologiczna w Warszawie)

Czynnik ryzyka	Częstość występowania (%)
Nadciśnienie tętnicze	29,8
Hipercholesterolemia	41,7
Hipertriglicerydemia	20,4
Otyłość	10,4
Palenie tytoniu	23,7

Cukrzyca stała się obecnie główną przyczyną ślepoty u osób dorosłych, niewydolności nerek i amputacji kończyn, a także głównym czynnikiem ryzyka (równoważnikiem) niedokrwiennej choroby serca i zawału serca, udaru mózgu oraz wad wrodzonych u noworodków. Skraca średni, oczekiwany okres życia przeciętnie o 10-15 lat (A).

Prognoza epidemiometryczna

W roku 2003 cukrzyca dotyczyła 194 milionów osób na świecie. Prognoza WHO przewiduje, że liczba osób chorujących na cukrzycę na wszystkich kontynentach i wśród wszystkich ras osiągnie w 2025 r. 333 miliony (tab. 2.8). Z tego powodu zwiększy się też liczba osób z powikłaniami cukrzycy (tab. 2.9).

Tabela 2.8. Chorobowość z powodu cukrzycy oraz stanu przedcukrzycowego (upośledzenie tolerancji glukozy – UTG) w populacji świata w roku 2003 oraz prognoza na rok 2025 według WHO. Zauważ epidemiczny charakter wskaźnika oraz wybitnie niepomyślne dane prognostyczne (*Diabetes Atlas*. IDF, 2008)

Rodzaj populacji	Rok 2003	Rok 2025
Cała populacja świata w miliardach ludzi Populacja osób dorosłych świata w wieku 20-79 lat w miliardach	6,3 3,8	8,0 5,3
Subpopulacja osób z cukrzycą w milionach Chorobowość z powodu cukrzycy (%)	194 5,1	333 6,3
Subpopulacja osób z UTG w milionach Chorobowość z powodu UTG (%)	314 8,2	472 9,0

Tabela 2.9. Liczba osób z cukrzycą typu 2 na świecie (w milionach) wykazujących objawy zespołów przewlekłych powikłań cukrzycy w 2000 r. i prognoza na 2025 r. (dane szacunkowe WHO, H.R. King i wsp., 2001)

Powikłania	Rok 2000	Rok 2025
Retinopatia Nefropatia Neuropatia	85 20 43	98 44 90
Nadciśnienie tętnicze	52	110
Makroangiopatia tętnic obwodowych	27	57

Globalizacja problemów cukrzycy – wezwania do poprawy sytuacji ze strony organizacji międzynarodowych

Jak wcześniej podano, według szacunku WHO z 2003 r. liczba chorych na cukrzycę zwiększy się do 2025 r. do ok. 330 mln, czyli o 72%. Jest to zagrożenie dla populacji i systemów opieki zdrowotnej poszczególnych krajów – medyczne, społeczne, polityczne, ekonomiczne – oraz wyzwanie dla medycyny.

Z tych właśnie powodów cukrzyca stała się problemem nie tylko osób chorych i medycyny, ale organizacji o globalnym zasięgu. Ostatnio znalazło to niezwykły wyraz w specjalnej „przeciwcukrzycowej" Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych z 20 grudnia 2006 r. Rezolucja ta promuje akcje prewencyjne na całym świecie w formie światowych dni poświęconych diabetologii, organizowanych we współpracy z Międzynarodową Federacją Cukrzycową (IDF). Zobowiązuje też państwa członkowskie ONZ do intensyfikacji narodowych programów walki z cukrzycą w zakresie prewencji cukrzycy oraz ulepszania jakości wyników leczenia, hamujących epidemiczne nasilenie powikłań cukrzycy i chorób z nią skojarzonych.

Poniżej przytoczono tekst tej ważnej rezolucji (61/225 – tłum. własne).

Projekt rezolucji A/61/L. 39 Rev. 1 został poddany pod dyskusję, a następnie jednomyślnie przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 20 grudnia 2006 r.

„Nawiązując do Wyników Światowego Szczytu 2005 i Milenijnej Deklaracji Narodów Zjednoczonych, a także wyników najważniejszych konferencji Organizacji Narodów Zjednoczonych poświęconych problemom ekonomicznym, społecznym i innym z nimi związanym, w szczególności w zakresie celów związanych ze zdrowiem, uwzględnionych w rezolucjach 58/3 z dnia 27 października 2003 roku, 60/35 z dnia 30 listopada 2005 roku oraz 60/265 z dnia 30 czerwca 2006;

- przyznając, że umocnienie zdrowia publicznego i organizacji ochrony zdrowia jest kluczowe dla osiągnięcia ustalonych celów rozwoju, w tym także Milenijnych Celów Rozwoju;
- uznając także cukrzycę za chorobę przewlekłą, wyniszczającą i pochłaniającą koszty, związaną z dużym nasileniem powikłań, wiążącą się z dużym ryzykiem występowania rodzinnego w Krajach Członkowskich i całego świata, a także stanowiącą poważne wyzwanie dla osiągnięcia międzyna-

rodowych celów rozwojowych, w tym także Milenijnych Celów Rozwojowych;

- odnosząc się do rezolucji Światowego Szczytu Zdrowia (World Health Assembly) WHO 42.36 z dnia 19 maja 1989 roku), poświęconej prewencji i kontroli cukrzycy, i WHO 57.17 z dnia 22 maja 2004 roku, odnoszącej się do ogólnej strategii diety, aktywności fizycznej i zdrowia;
- przyjmując z radością fakt, że Międzynarodowa Federacja Cukrzycy we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia co roku od 1991 roku organizuje 14 listopada Światowy Dzień Cukrzycy na międzynarodowym poziomie;
- uznając konieczność niezwłocznego wielowymiarowego zwiększenia nakładów w celu promocji i poprawy ludzkiego zdrowia, a także zapewnienia lepszego dostępu do leczenia i edukacji medycznej;

1) ustanawia dzień 14 listopada Światowym Dniem Cukrzycy, jako Dzień Narodów Zjednoczonych, obchodzonym co roku, poczynając od roku 2007;
2) zachęca wszystkie Kraje Członkowskie, znaczące organizacje Narodów Zjednoczonych i inne organizacje międzynarodowe, a także środowisko cywilne, w tym także pozarządowe organizacje sektora prywatnego, do obchodzenia Światowego Dnia Cukrzycy w odpowiedni sposób, w celu podniesienia ogólnej świadomości społeczeństwa na temat cukrzycy i związanych z nią powikłań, a także jej zapobiegania i leczenia, w tym także przez media i edukację;
3) zachęca Kraje Członkowskie do opracowania krajowych strategii zapobiegania i leczenia cukrzycy oraz opieki nad pacjentami z cukrzycą, polegających na ciągłym rozwoju ich organizacji ochrony zdrowia w tym zakresie, z uwzględnieniem ustanowionych na międzynarodowym poziomie celów, w tym także Milenijnych Celów Rozwoju;
4) nakazuje Generalnemu Sekretarzowi podać do wiadomości wszystkich Krajów Członkowskich i organizacji Narodów Zjednoczonych brzmienie niniejszej rezolucji".

Poniżej przytoczono fragment przyjętej przez polski rząd **Deklaracji z St. Vincent** (1989) dotyczący tych problemów:

„Rządy i Ministerstwa Zdrowia krajów Europy powinny przyjąć za swój obowiązek i stać się odpowiedzialnymi za stworzenie warunków, które umożliwiłyby znaczne ograniczenie wielkich strat z powodu cukrzycy i śmierci, jakie ona powoduje.

[...] Należy na szczeblach lokalnych, krajowych i europejskich stworzyć oraz formalnie opublikować plany zapobiegania, rozpoznawania i leczenia cukrzycy, a szczególnie jej powikłań – ślepoty, niewydolności nerek, zgorzeli i amputacji kończyn dolnych, nasilenia choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu".

W Polsce konieczne jest opracowanie nowego, ulepszonego pełnoprofilowego programu ogólnopaństwowego, zgodnego pod względem metodologicznym z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej i Unii Europejskiej. Należy w nim szczególnie uwzględnić postulat przyjęcia przez Sejm „ustawy diabetologicznej", mobilizującej państwo i społeczeństwo do walki z zagrożeniem cukrzycą i chorobami z nią skojarzonymi (B).

Piśmiennictwo

1. *Diabetes Atlas*. Wyd. 3, International Diabetes Federation, Bruksela 2008.
2. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: *Diabetologia kliniczna*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
3. American Diabetes Association. Web Site: http//www.diabetes.org/diabetes-statistics/national-diabetes-fact-sheet.jsp. Accessed 8/8/05.
4. Gilmer T.P. i wsp.: *The cost to health plan of poor glycaemic control*. "Diabetes Care", 1997, 20, 1847-1853.
5. Zimmet P., Alberti K.G., Shaw I.: *Global and societal implications of the diabetes epidemic*. "Nature", 2001, 414; 782-787.
6. *International Diabetes Federation Facts and Figures* (IDF Web site). Available at: http.www.idf.org/home indem.cfmunode=3B96906B-C026-2FD3-87B73F80BC22682A. Accessed November 3, 2006.
7. *The economics of diabetes care. An international perspective*. Red. R. Williams, J. Tuomilehto, S. Björk, Blackwell Science Ltd. UK, Oxford etc. 2000.
8. Tatoń J.: *Epidemiologia czynników ryzyka miażdżycy ze szczególnym uwzględnieniem metabolicznego zespołu aterogennego w populacji wielkomiejskiej (Dzielnica Żoliborz w Warszawie): opracowanie modelu zapobiegania miażdżycy i cukrzycy dla lecznictwa podstawowego*. Raport dla KBN, 1998, 1-182.