

PODCAST



WNZO097: Insulinooporność - jak ją pokonać? O tym, że nie jest wyrokiem i, że można się jej pozbyć poprzez trwałe zmiany w diecie.

Opis odcinka: www.wiecejnizzdroweodzywianie.pl/p097

Słuchasz podcastu *Więcej Niż Zdrowe Odżywianie* odcinek 97. O tym, że insulinooporność nie jest wyrokiem i że poprzez zmiany w diecie można się jej pozbyć i zapobiec cukrzycy.

Ja się nazywam Michał Jaworski i moich audycjach przedstawiam praktyczne wskazówki jak poprzez zmiany diety i stylu życia zadbać o zdrowie i czerpać z niego radość. Jeżeli naprawdę zależy Ci na tym, czym karmisz swoje ciało i umysł, to te podcasty są właśnie dla Ciebie.

Cześć! Dzisiaj bardzo ważny temat – insulinooporność, dolegliwość która dotyczy naprawdę znaczącej części naszego społeczeństwa. I tutaj mamy 2 bardzo ważne informacje. Pierwsza - wyhodowanie sobie insulinooporności, tak wyhodowanie bo ciężko na nią pracujemy min. poprzez błędy dietetyczne, wyhodowanie jej jest pierwszym etapem, preludium do dużo poważniejszej choroby – cukrzycy, którą trzeba leczyć do końca życia, zazwyczaj farmakologicznie. Druga ważna informacja jest taka, że insulino oporność jest odwracalna, insulinooporności można się pozbyć poprzez zmiany w diecie i o tym będziemy mówić w dzisiejszym podcaście. Zapraszam do wysłuchania ☺

Michał: Cześć Hania!

Hania: Cześć!

M: Przedstaw się proszę słuchaczom mojego podcastu - kim jesteś i czym się zajmujesz?

H: Witam serdecznie! Nazywam się *Hania Stolińska-Fiedorowicz*, jestem *dietetykiem klinicznym*. Obecnie kończę *doktorat* dotyczący wpływu *diety wegetariańskiej* na gęstość kości u kobiet po *menopauzie* i przed menopauzą. Ale zawodowo zajmuję się przede wszystkim moimi pacjentami, którzy mają problemy z *otyłością*, z *insulinoopornością*, z chorobami *tarczycy*, z *osteoporozą*, z chorobami *stawów* - to są takie moje główne dziedziny - no i oczywiście ta dieta wegetariańska. Udzielam się dosyć dużo, ponieważ pisze *książki*, piszę dużo *artykułów naukowych* i

popularnonaukowych, występuję dużo na *konferencjach*. Także myślę, że łączę tę praktykę razem z pracą naukową.

M: Fantastycznie. Od ilu lat zawodowo zajmujesz się tą dziedziną dietetyki i wspomaganie właśnie pacjentów poprzez dietę, na przykład z insulinoopornością?

H: Ja mimo, że wyglądam młodo, już taka młoda nie jestem i dietetykiem takim czynnym jestem już od *ponad osiem lat*. Także zaczęłam w sumie przyjmować pacjentów od czwartego roku studiów, od studiów magisterskich. Więc myślę, że już to ośmioletnie doświadczenie mam dosyć duże.

M: Świetnie! Może zacznijmy od tego - powiedz nam, co to jest insulinooporność?

H: *Insulinooporność* – tak, żeby to wyjaśnić tak bardzo obrazowo, ale łatwo - chodzi o to, że jeżeli my jemy jakiś pokarm, wytwarza się *insulina* z *trzustki*, która powoduje zbijanie się glukozy, czyli *obniżanie poziomu glukozy* w organizmie. Ale w tym momencie dochodzi do tego, że nasze komórki są *oporne na tą insulinę* i nie jesteśmy w stanie zbić tej glukozy, więc cały czas mamy *wysoki poziom glukozy* w organizmie. Albo nasze komórki są oporne na tą insulinę, czyli mamy ten pierwszy stopień - insulinooporność, która jest *odwracalna*, ale jest jakby pierwszym tym krokiem do *cukrzycy*. Natomiast cukrzyca często już jakby polega na tym, że bardzo dużo się wytwarza tej insuliny, nasze komórki jej nie przyjmują i w końcu ta trzustka jest tak zmęczona, że już *przestaje wytwarzać tą insulinę*, także mamy i problem insulinooporności i w ogóle wytwarzania insuliny.

M: Ok. Z tego co powiedziałaś, rozumiem że chodzi o sytuację, w której nasz organizm przestaje być czuły na insulinę i nie jest w stanie wchłonąć glukozy, która krąży we krwi i trzustka podnosi ten poziom insuliny, aż po pewnym czasie stwierdza, że właściwie to już ma dosyć i przestaje ją produkować.

H: Dokładnie tak to jest.

M: Skąd to się u nas bierze? Jak to się stało, że natura wyposażyła nas w taki mechanizm?

H: *Insulina* jakby obniża poziom glukozy, a *glukagon* wręcz przeciwnie - jeśli mamy za mało insuliny, to podwyższa poziom glukozy w organizmie. Chodzi o to, że insulinooporność jest wynikiem wielu różnych czynników. Przede wszystkim są to *czynniki genetyczne*, ale również *środowiskowe*, czyli oczywiście zła *dieta*, mała *aktywność fizyczna*, dużo *stresu*, zanieczyszczenie *powietrza*. Również to co się dzieje w naszych *jelitach* nie ma obojętnego wpływu na wytwarzanie insuliny i na tą insulinooporność. Także wiele różnych czynników, ale myślę, że głównym tutaj jest przede wszystkim niewłaściwa dieta, bogata w *wysoko przetworzoną żywność*, bogata w *cukry*. Głównie dotyczy insulinooporność osób otyłych, ale też są osoby szczupłe, które mają insulinooporność, natomiast ta insulinooporność wynika już stricte z genetyki.

M: Czyli przede wszystkim zła dieta. Ale dobrze, że wspomniałaś o genetyce, bo ja przygotowując się od tego wywiadu spotkałem się z taką hipotezą wymyśloną przez *Jamesa Neel'a* w 1962 roku - ona się nazywa „*thrifty genes*”, czyli jakby *głodne geny*. Nie wiem czy się spotkałaś? On tam zakłada taki mechanizm, że insulinooporność się wzięła stąd, że 50 tysięcy lat przed naszą erą były okresy oczywiście *obfitości* i były okresy *głodu*. I w okresach obfitości chodziło o to, żeby *wyłączyć* nieużywane partie organizmu na przykład mięśnie, żeby one nie zużywały tej glukozy, żeby organizm mógł ją sobie w formie tłuszczu zmagazynować. A co ciekawe, że w sytuacji, gdy na przykład jest potrzebny *wysiłek fizyczny*, to organizm jest w stanie się motywować i pomimo insulinooporności uruchomić pewne *szlaki metaboliczne*, żeby

tą insulinę wchłonąć - co ma na przykład miejsce, gdy ktoś *aktywnie ćwiczy*. Spotkałaś się z tą hipotezą?

H: Tak, jak najbardziej spotkałam się z tą hipotezą. I faktycznie coś w tym jest. Często osoby z nadmierną masą ciała, z insulinoopornością są jakby już zablokowane, że absolutnie nie będą mogły schudnąć, a dzięki tej teorii widzimy, że wcale tak nie jest, że jednak ta *aktywność fizyczna i zdrowa dieta* w tym momencie dają naprawdę ogromne sukcesy.

M: Jeśli chodzi o dolegliwość – insulinooporność - jaka część społeczeństwa w tej chwili w Polsce ma tą dolegliwość i jakie w ogóle są trendy, jeśli chodzi o zachorowalność na to?

H: To znaczy ja generalnie widzę teraz *plagę*. Jeszcze parę lat temu to gdzieś tam była plaga chorób *tarczycy, Hashimoto*, a teraz jednak insulinooporność jest na pierwszym miejscu. Później niestety cukrzyca. Ciężko powiedzieć jaki jest odsetek osób chorych na insulinooporność, bo większość ludzi o tym *nie wie*, że w ogóle ma taki problem, tylko jakby walczy z dietą - myślą że tyją, nie chcą brać leków, nie badają się. Więc myślę, że około *10% naszego społeczeństwa* już może mieć problem. Bo patrzymy, że faktycznie cukrzyca idzie - to jest taka pandemia nasza. A insulinooporność jest pierwszym krokiem do cukrzycy.

M: Czyli insulinooporność i cukrzyca są ze sobą mocno powiązane?

H: Tak. *Insulinooporność powoduje cukrzycę*. Insulinooporność można *odwrócić* - co ja zawsze podkreślam moim pacjentom, że to jest szczególny czas, kiedy warto zadbać o dietę, bo jeżeli tego nie zrobią, to za chwilę będzie cukrzyca. A cukrzyca już *nie odwróci*.

M: Za chwilę powiemy o tym, jak odwrócić tą insulinooporność, ale jakbyś mogła powiedzieć kilka słów o samej cukrzycy. Czym jest cukrzyca?

H: Cukrzyca polega na tym, że faktycznie znowu jakby te nasze komórki są *mało wrażliwe* na insulinę - to jest bardzo często *cukrzyca typu II*. Wtedy już jakby jest tak zaawansowana ta insulinooporność, że samą dietą tutaj nie poradzimy i musimy wspomagać się *lekami*, żeby te komórki uwrażliwić na insulinę. Natomiast jest jeszcze *cukrzyca typu I*, ale to już jest zupełnie inna historia, gdzie faktycznie mamy zaburzenia już od razu *wydzielania* tej insuliny z trzustki i tutaj tą insulinę musimy podawać sobie w *zastrzykach*, po prostu.

M: Rozumiem. Spotkałem się z takim stwierdzeniem, że insulinooporność prowadzi do cukrzycy, a cukrzyca prowadzi do insulinooporności - takie błędne koło się tworzy. Na czym to polega?

H: Raczej powiedziałabym, że cukrzyca to jest ten *końcowy etap*, który może być po insulinooporności. Także są sytuacje, kiedy faktycznie *lekami* możemy sobie jeszcze pomóc i *pobudzić* te nasze komórki, ale jeżeli już dochodzi do takiego jakby *poziomu glukozy* w organizmie, że te leki nie pomagają, no to wtedy też pacjent z cukrzycą typu II, tak jak cukrzyca typu I, musi przyjmować po prostu *insulinę*. I wtedy to już jest *totalna odporność* na tą insulinę.

M: Czyli tak na prawdę nie ma sytuacji, w której ktoś ma cukrzycę, a nie ma insulinooporności?

H: No, nie. To idzie zawsze w parze.

M: Czy to prawda, że większość nastolatków w okresie dojrzewania ma przejściową insulinooporność?

H: Tak. U dzieci, właśnie u młodzieży, może dochodzić jakby do powstawania insulinooporności, co jest właśnie takim *chwilowym problemem* i jest to po prostu też *genetyka* nasza. Także tutaj jakby się nie przejmujemy. Ale też trzeba jakby do tego podejść - patrzeć jak wyglądają *badania*. Bo jeżeli w wieku młodzieńczym wykryjemy tą insulinooporność i ona *nie znika*, no to wtedy trzeba faktycznie wdrożyć *leczenie*. I żeby tego nie bagatelizować, że to może zniknąć, a to może zostać.

M: To jest okres przejściowy, kiedy to się pojawia. Czy można oszacować jak długo to może maksymalnie trwać?

H: Oj, nie. To jest bardzo *indywidualna* rzecz. Może trwać *parę miesięcy*, ale może też trwać *parę lat*.

M: A czy ta przejściowa insulinooporność może wpływać na wybory żywieniowe nastolatków?

H: Może na wybory żywieniowe nie. Chociaż faktycznie jak mamy duży ten poziom glukozy i *duże wahania* stężenia glukozy w organizmie, to nasz organizm *chce tego cukru* - to jest jeden z objawów insulinooporności, że chce nam się czegoś słodkiego, że organizm się ratuje w ten sposób. I może to skutkować tymi *złymi wyborami żywieniowymi* i tym, że nasz nastolatek będzie zaczynał *tyć*. No i to się przerodzi już w normalną taką, już dorosłą insulinooporność i później cukrzycę.

M: Na jakie zachowania powinniśmy być wyczuleni obserwując swoich nastolatków?

H: Takimi objawami insulinooporności to jest przede wszystkim takie wieczne *uczucie zmęczenia* - ja na to mówię po prostu takie „*zjazdy energetyczne*”. Szczególnie *po posiłkach*, kiedy rośnie stężenie glukozy w organizmie, insulina jest wytwarzana, ale nasze komórki na to nie reagują i po prostu jesteśmy ospali, ociężali. Drugim takim objawem jest *duża chęć na coś słodkiego* po głównych posiłkach - w ogóle chęć na słodkie. Ale również problemy ze *snem*, problemy z *cholesterolem*, z *ciśnieniem*, *wypadanie włosów*, *sucha skóra*, *zaparcia* - to też jest bardzo częsty problem. Także myślę, że to są te najważniejsze rzeczy. Często insulinooporność mylona jest właśnie z chorobami *tarczycy* albo po prostu z *anemią*.

M: I te symptomy, o których powiedziałś, one dotyczą zarówno tej przejściowej insulinooporności u nastolatków jak i takiej insulinooporności w wieku dojrzałym u człowieka?

H: Tak. To jest to samo.

M: W jaki sposób zdiagnozować insulinooporność? Czy są jakieś domowe metody?

H: Raczej bym nie wskazywała tutaj żadnych domowych metod. Po prostu trzeba iść do lekarza, zrobić *poziomą glukozę na czczo*, zrobić *poziomą insulinę* i zrobić *krzywą glukozową* i *krzywą insulinową*. I wtedy faktycznie wychodzi nam też ten problem. Jest coś takiego jak *wskaźnik HOMA-IR*, który możemy sobie sami wyliczyć, dzieląc glukozę przez insulinę. Ale tutaj jakby badania naukowe nie potwierdzają, że jest to dobry wyznacznik tego czy mamy insulinooporność czy nie.

M: Chyba wcześniej padło, że jest taka korelacja między insulinoopornością a nadwagą? Czy jest możliwe, że osoby bez nadwagi mają insulinooporność?

H: Tak, zdarza się. *Osoby szczupłe* również mają insulinooporność i ona po prostu wynika z *genetyki*. Czyli nie z nieprawidłowej masy ciała, tylko problemy genetyczne.

M: A to tak zabrzmiało trochę...

H: (śmiech) Nie, te osoby nie są już skazane do końca życia na insulinooporność, nawet jeżeli ona jest genetycznie u szczupłych osób. Także też jest jak najbardziej do wyleczenia.

M: Ok. Czyli nawet jeżeli ktoś genetycznie ma tę insulinooporność, to można sobie z nią poradzić.

H: Można sobie z nią poradzić. Tak.

M: No dobrze. No to odetchnąłem.

H: (śmiech) Jakby pierwszym krokiem jest oczywiście *dieta, aktywność fizyczna*, ale są przypadki takie, że i ta dieta i aktywność fizyczna nie pomagają i faktycznie trzeba, żeby ta redukcja masy ciała zaszła, włączyć *leczenie farmakologiczne*. Są lekarze, którzy od razu przepisują leki, a są tacy, którzy starają się zmienić styl życia. Myślę, że obie drogi są dobre, żeby faktycznie najpierw zadbać o ten styl życia, ale jeżeli naprawdę... bo mam takich pacjentów, którzy jedzą perfekcyjnie, ruszają się perfekcyjnie - bo ten ruch też jest *specyficzny* przy insulinooporności - ale *nie chudną*. I dopiero włączenie farmakologii skutkuje tym, że zaczyna *waga spadać*, więc nie brońmy się przed tym. Musimy działać wszyscy - i lekarz i psycholog, i rehabilitant, fizjoterapeuta, dietetyk - jesteśmy zespołem i najlepiej być po prostu pod taką opieką.

M: Natomiast zaczynamy od tych zmian typu aktywność fizyczna i zmiany w diecie.

H: Tak, to jest podstawa - przede wszystkim, żeby były *regularne posiłki*, żeby był regularny jakby *wyrzut insuliny*. *Ilość posiłków* jest bardzo indywidualna. Niektórzy czują się najlepiej po trzech posiłkach, niektórzy czterech, a niektórzy i pięciu, więc to jest bardzo *indywidualnie*. Więc ja nie narzucam mojemu pacjentowi ilości posiłków, tylko w zależności jak się po jakimś czuje. To jest jeżeli chodzi o ilość posiłków. Druga sprawa to jest *rodzaj śniadania*. Moda jest teraz na śniadania *białkowo-tłuszczowe*, czyli te bez *węglowodanów*, bo insulina jakby jest wyrzucana pod wpływem spożycia węglowodanów. Ale to też nie jest wyznacznik, że dla każdej osoby z insulinoopornością będą dobre te śniadania białkowo-tłuszczowe. Niektórzy czują się po nich dobrze, czyli nie są szybko głodni, a niektórzy wręcz przeciwnie. Także to też jest rzecz bardzo indywidualna. Natomiast dieta przy insulinooporności to przede wszystkim *dieta z niskim indeksem glikemicznym* i tego trzeba bardzo przestrzegać. Nie ma dyspensy, tak jak w przypadku po prostu zwykłej diety odchudzającej, że raz na jakiś czas możemy sobie zjeść coś słodkiego, czy zgrzeszyć innymi niezdrowymi rzeczami. Bo po prostu tu jest *zero-jedynkowo* - albo się pozbywamy insulinooporności albo wchodzimy w cukrzycę. Więc zawsze trochę straszę tych moich pacjentów, że dieta jest szalenie istotna.

M: Dobrze, zaraz przejdziemy do diety w szczegółach. Natomiast już powiedziałeś wcześniej, że insulinooporność w przeciwieństwie do cukrzycy jest odwracalna. Na czym ta jej odwracalność polega?

H: Polega na tym, że my przez dobrą dietę i przez aktywność fizyczną *pobudzimy te komórki* i one zaczną *reagować* na insulinę, zmniejszymy *stan zapalny* dobrą dietą. I właśnie głównie aktywność fizyczna jakby *uwrażliwia komórki na glukozę* - bo przecież jak się ruszamy, to spalamy - więc te nasze komórki potrzebują tej glukozy wtedy.

M: Tak. No i wtedy - wracając do tej hipotezy z początku podcastu - uruchamiają się te *alternatywne szlaki*, którymi ta glukoza jest wchłaniana.

H: Tak.

M: No dobrze. To teraz przejdźmy do tego procesu - jak odwrócić tą insulinooporność? Jakie zmiany powinniśmy w życiu wprowadzić, aby móc się jej pozbyć? I w ogóle jak długo taki proces trwa?

H: Jak długo ten proces trwa to jest rzecz znowu bardzo *indywidualna* - ilu pacjentów, tyle różnych czasów stosowania diety. Natomiast trzeba podkreślić, że to jest *zmiana sposobu żywienia*, to nie jest jakaś *restrykcyjna dieta*. I dieta o *niskim indeksie glikemicznym* jest po prostu zdrową dietą, którą *każdy* może stosować. Ja w *swojej książce* mam przepisy o niskim indeksie glikemicznym, ale zachęcam do stosowania tych przepisów nie tylko osoby z insulinoopornością. Czyli tak - ta *regularność posiłków*. Na pewno to, żeby jeść *pełnoziarniste produkty zbożowe* i nie unikać tych węglowodanów. Bo bardzo często jest taka sytuacja, że osoby *unikają węglowodanów*, bo boją się od nich tyć – węglowodany, mówiąc tutaj o *produktach zbożowych* - czyli jedzą na przykład mięso z warzywami na obiad. Jest taki gwałtowny *spadek cukru* wtedy, nie mamy tej energii, że co po sięgamy? Po prostu po słodycze. I to nie tylko jakby wyrzut insuliny powoduje tą chęć na słodkie, ale również *brak węglowodanów*. Czyli pełnoziarniste produkty zbożowe: szary, ciężki *chleb na zakwasie*, *płatki owsiane* - ale nie rozgotowane, bo te już mają wyższy indeks glikemiczny. Na pewno nie chrupkie pieczywo, nie pieczywo ryżowe, nie pieczywo kukurydziane, bo to też wysoki indeks. Biały makaron, biały ryż - odpada. *Grube kasze* trzeba jeść przede wszystkim. Wszystkie kasze oprócz kuskus, oprócz kaszy mannej mają niższy indeks glikemiczny, więc są ważne. Także po prostu rozłożenie tych produktów zbożowych w *małych porcjach* na cały dzień jest szalenie istotne. Druga rzecz to oczywiście *warzywa* - to jest podstawa każdej diety. Warzywa mają dużo *błonnika*, a błonnik też hamuje wchłanianie glukozy do naszych komórek. Więc wszelkiego rodzaju *zielone warzywa* są bardzo istotne, bo mają najsilniejsze działanie *przeciwzapalne*. Ale tak naprawdę wszystkie warzywa. Oprócz, niestety - kukurydzy, gotowanej marchewki, gotowanych buraków, bo te mają wysoki indeks glikemiczny. Oczywiście nie popadamy w przesadę jak będzie gdzieś tam odrobinę marchewki w zupie, bo chodzi generalnie o indeks glikemiczny *całego posiłku*. No i takim kluczowym jakby produktem są *ziemniaki*, których jemy w Polsce bardzo dużo, ale ziemniaki gotowane też mają wysoki indeks glikemiczny. Ziemniaki mogą być jedzone w insulinooporności tylko wtedy, kiedy są *zimne* albo są zimne i później *odgrzane*, bo wtedy powstaje tak zwana *skrobia oporna*, która nie podnosi stężenia glukozy w organizmie - więc w takiej postaci mogą być te ziemniaki. Zachęcam do *batatów*, bo one mają niższy indeks glikemiczny niż ziemniaki. I tak naprawdę jeżeli chodzi o węglowodany, no to jeszcze mamy oczywiście - bo ich się tyczy indeks glikemiczny - mamy jeszcze *owoce*. Unikamy owoców, które mają *wysoki indeks*, czyli banany, winogrona, mango, wszelkiego rodzaju owoce suszone. Raczej polecane są *owoce jagodowe*, *kiwi*, twarde *jabłka*, twarde *gruszki*, jakiś bardziej twardy *melon*, w ogóle takie owoce *mniej dojrzałe*. I przy insulinooporności tak samo jak przy cukrzycy jest taka zasada, że nie powinniśmy jeść tych *owoców samych*, oddzielnie. Czyli nie jest tak, że w ciągu dnia gdzieś łapiemy za jabłko, ponieważ owoce mają dosyć dużo cukru i niestety ale szybko rośnie po nich stężenie glukozy w organizmie, jest wystrzał tej insuliny. Więc raczej owoce powinniśmy *mieszać z czymś*, czyli na przykład z *jogurtem* albo zjeść do tego garść *orzechów*, albo dodać do *owsianki*, albo zjeść *po posiłku*, po prostu po obiedzie, gdzie ten owoc gdzieś tam będzie u góry i szybko ten cukier nie zostanie strawiony. Jeżeli chodzi o *nabiał*, czyli kolejna grupa produktów spożywczych, to oczywiście wybieramy *chudy nabiał* tutaj ze względu na to, że osoby z insulinoopornością mają duże ryzyko *chorób układu krążenia*, zaburzenie *lipidowe*, zaburzenia *ciśnienia* - więc po prostu chudy nabiał i na pewno nie

słodzony. *Laktoza* - cukier mleczny - też może na niektóre osoby po prostu źle wpływać, powodować ten wyrzut insuliny, także wszelkiego rodzaju deserki waniliowe, jakieś takie mleczne słodzone rzeczy - wszystko to odpada. *Mięso chude, ryby* - bardzo są polecane. *Rośliny strączkowe*, które wcale nie podnoszą szybko glukozy w organizmie - czyli soczewica, ciecierzycy, groszek, fasola. I badania pokazują, że osoby które jedzą regularnie rośliny strączkowe mają mniejsze ryzyko insulinooporności i w ogóle cukrzycy.

M: Rośliny strączkowe mają dosyć niski indeks G.

H: Tak, ale po ugotowaniu już jest wyższy. Natomiast one tak czy owak powinny być w naszej diecie, bo też mają dosyć dużo *błonnika*. *Orzechy* - regularne spożycie orzechów, około 20-30g dziennie też zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy. Także te *dobre tłuszcze roślinne*, nie zwierzęce. No i co? Podstawą jest po prostu unikanie wszelkiego rodzaju *cukrów*. Czyli napoje gazowane, słodyczne, wszelkiego rodzaju przekąski, gotowe jakieś dania, sosy - wszędzie niestety jest *przemycany cukier*. My tego cukru jemy ogromne ilości w produktach, gdzie nie zdajemy sobie w ogóle sprawy. Więc trzeba czytać *etykiety*, trzeba patrzeć ile jest tego cukru. I cukier zwykły wymienić po prostu na *ksylitol*, bo ksylitol - ten *cukier brzozy* - nie powoduje stymulacji trzustki, czyli nie powoduje wydzielania insuliny, więc jest bezpieczny. A taką zdrową przekąską, którą ja pozwalam jeść moim pacjentom jest oczywiście *gorzka czekolada*, bo ta ma mało cukru, a indeks glikemiczny dotyczy cukru. Czekolada ma raczej *tłuszcze*, więc nie spowoduje szybkiego wzrostu glukozy w organizmie.

M: Już wiemy co jeść. Wspomniałaś też o ilości posiłków - ilości i regularności, tak?

H: Tak.

M: Że powinniśmy o tych samych godzinach jeść posiłki. I co nam to daje?

H: To jest takie przyzwyczajenie naszego organizmu, żeby były *regularne* posiłki, żeby nie podjadać między nimi, żeby nie było *ciągłej stymulacji* tej trzustki. Czyli nawet wypicie *kawy z mlekiem* już znowu zastymuluje nam wydzielanie insuliny z trzustki. Więc między tymi posiłkami nic nie jemy. No a musimy coś jeść - tak czy owak, ta trzustka będzie stymulowana - więc po prostu lepiej robić to *regularnie*, żeby już wejść w rytm, żeby nasz organizm też wiedział, że co trzy godziny dostaje jedzenie, dostaje pokarm i spokojnie może *trawić*, a nie *odkładać*. Bo duży problem jest taki w insulinooporności, że moi pacjenci *jedzą mało i ćwiczą dużo* - i bardzo spada *przemiana materii*, bo organizm po prostu nie nadaża. Żeby schudnąć *trzeba jeść*, czyli trzeba nakręcać ten metabolizm, czyli odpowiednia *wartość energetyczna* nie może być poniżej *podstawowej przemiany materii*. Panie często robią *diety głodówkowe* 800-1000 kcal - to jest naprawdę bardzo mało i nie ma możliwości schudnąć na tym skutecznie, bez utraty *masy mięśniowej*. A druga sprawa, to jest po prostu *nadmierny wysiłek fizyczny*. Przy insulinooporności polecany jest *trening HIIT* tak zwany - to jest bardzo *intensywny* trening, ale *krótkotrwały*, dwudziestominutowy - i spokojnie wystarczy *trzy razy w tygodniu*. I okazuje się, że jeżeli nie chodzimy na te aerobiki codziennie, po parę godzin nie spędzamy na siłowni tylko dajemy naszemu organizmowi czas do *regeneracji*, raptem ta waga zaczyna spadać.

M: Trzy razy w tygodniu po dwadzieścia minut?

H: Spokojnie. Tylko takiej intensywności na bardzo *wysokim tętnie*, to wtedy jest najlepiej. Jeszcze chciałabym wrócić do diety, jeżeli chodzi o *przyprawę*, bo to jest szalenie istotne. A mianowicie badania pokazują, że codzienne spożycie *cynamonu* w ilości niestety dużej, bo *pół łyżeczki*, - także

trochę tego cynamonu trzeba zjeść - też zmniejsza insulinooporność i ryzyko rozwoju cukrzycy. Także do tej porannej owsianki, nierozgotowanej, powinniśmy zawsze dodawać cynamon.

M: Nierozgotowanej - czyli bierzemy płatki owsiane i na przykład zalewamy je wrzątkiem.

H: Tak. Nie gotujemy, tylko *zalewamy wrzątkiem*. Albo wrzucamy je po prostu *bezpośrednio do jogurtu*.

M: Nawet takie zupełnie zimne i surowe.

H: Dokładnie. Nic się nie dzieje.

M: Dobrze. Powiedziałaś o cynamonie. Czy jeszcze jakieś przyprawy są godne uwagi?

H: Jeżeli chodzi o cukier, to może tak stricte już nie. Natomiast zwróciłabym uwagę na dwie przyprawy - typu *kurkuma i imbir*, bo one mają bardzo silne działanie *przeciwzapalne*, czyli też uwrażliwiają komórki na insulinę.

M: Dobrze. A ja wrócę do posiłków. Regularnie, ale ile tych posiłków?

H: To jest też rzecz bardzo *indywidualna*. Ja raczej zalecam *pięć posiłków*, bo widzę, że u moich pacjentów się to sprawdza. Natomiast są osoby, które jedzą cztery posiłki - czyli *omijają podwieczorek*, bo raczej nie jestem za tym, żeby omijać drugie śniadanie - ale są też osoby, które najlepiej czują się po *trzech posiłkach*. Czyli jakby nie mają tych tak zwanych „*zjazdów energetycznych*”, jeżeli są tylko trzy posiłki w ciągu dnia. Więc jakby nie odpowiem ile tych posiłków powinno być. 90% ludzi to jednak stosuje pięć posiłków.

M: No dobrze. Wybrałem sobie swój schemat, niech to będzie pięć posiłków, dobrze się w nim czuję. Ale co w sytuacji, gdy przychodzi pora jedzenia, a ja nie jestem głodny?

H: To też jakby ważne jest, żeby jednak zjeść po tych trzech godzinach, żeby *nakręcać metabolizm*, bo jeżeli nie zjemy, może być duży spadek tego cukru. Ale druga sytuacja jest taka, kiedy się *przegłodzimy*. Bo to nie jest, że nam się nie chce jeść - to w danym momencie, za 10-15 minut już może nam się chcieć jeść. Wtedy jakby badania pokazują, że jeżeli omijamy te posiłki, one *nie są regularne*, to my po prostu następny posiłek zjadamy *dużo większy* niż nam potrzeba. I znowu się musi wydzielić *więcej insuliny*, znowu mamy nadmiar tego pokarmu i *nadmiar glukozy*, która nie jest wykorzystywana szczególnie w godzinach popołudniowych i wszystko się przekształca w *tkankę tłuszczową*. Więc jestem zwolennikiem tego, żeby szczególnie dużo jeść *w ciągu dnia*, a już później jak idziemy ku wieczorowi, zjeść trochę mniej.

M: A w jaki sposób różnicować posiłki w zależności od pory dnia, jeśli chodzi o zawartość na przykład makroskładników?

H: To też jest rzecz bardzo *indywidualna*. I w zależności od tego czy my bardziej *czujemy głód* - czy lubimy większe śniadania, czy wolimy jakieś mniejsze śniadania, a zjeść większe drugie śniadanie - to jakby nie ma żadnego znaczenia. Natomiast średnio się mówi, że śniadanie i kolacja to jest około 20% *wartości energetycznej diety*, obiad 30% i drugie śniadanie, podwieczorek po 15%.

M: A jeśli chodzi o stosunek poszczególnych makroskładników? Bo spotkałem się z takimi opiniami, że jeżeli węglowodany, to lepiej w pierwszej połowie dnia, a im bliżej końca dnia, tym więcej białka.

H: No też jestem tego zwolennikiem, bo *węglowodany* to jednak główne źródło energii w naszej diecie, a wieczorem już tej energii tak nie potrzebujemy. Więc jeżeli *redukujemy masę ciała*, można sobie pozwolić na to, żeby tych węglowodanów - czyli tych *produktów zbożowych* głównie, czy *owoców* - już nie było *po południu*, a wtedy bardziej *białko*, które jest bardziej sycące. Natomiast jeżeli chodzi w ogóle o procentową zawartość tych makroskładników, to troszkę może być *więcej białka* na niekorzyść węglowodanów, czyli około 18% nawet do 20% białka - ale te 18% powinno wystarczyć - 30% tłuszcze i reszta węglowodany.

M: Patrząc na produkty, o których mówiłaś jaki jest produkt spożywczy - taki najmniej oczywisty, jeśli chodzi o insulinooporność? W sensie, że wydaje nam się, że on na pewno jest zdrowy, a jednak taki nie jest?

H: Myślę, że tu *owoce* są takimi produktami, których jemy *za dużo* niestety. Szczególnie jeżeli przychodzi *sezon letni* na - pół biedy *truskawki*, które mają najmniej tego cukru - ale jeżeli jest sezon na *czereśnie*, na *arbuzy* - no one mają niestety bardzo wysoki *indeks glikemiczny* i są zgubne. A Polacy nie potrafią zjeść *garści* czereśni, tylko muszą już *kilogram* na raz zjeść albo pół arbuza (śmiech), zamiast wszystkich innych posiłków. I to jest nasz problem - że my jakby nie mamy *umiaru* w różnych produktach. Wszystko jest dla ludzi w *odpowiednich ilościach*. Nawet mała ilość *alkoholu* też jest ok przy tej insulinooporności – ważne, żeby to było na przykład *wino wytrawne*, nie kolorowe, słodkie drinki. Wszystko jest dla ludzi. Także myślę, że takim produktem są właśnie niektóre owoce. Co jeszcze? No takim zgubnym produktem na pewno jest *nabiał*, który ma laktozę...

M: ...czyli ten niefermentowany.

H: ...*niefermentowany*, tak. I może źle wpływać i możemy sobie z tego nie zdawać sprawy. Jakies różne takie rzeczy, które mają *ukryty cukier* - musztarda, ketchup, różne sosy, jakies takie gotowe dania.

M: Czyli takie produkty wysoko przetworzone.

H: *Wysoko przetworzone*, tak.

M: A teraz w drugą stronę - jakiś produkt spożywczy, który się wydaje nie do końca zdrowy, a jednak wspomaga wychodzenie z insulinooporności?

H: No to ja bym powiedziała, że to *gorzka czekolada*, która wszystkim się kojarzy z czymś złym – w ogóle czekolada. Natomiast gorzka jest fantastyczna, ma tak dużo *magnezu* - i nie ma węglowodanów dużo, tylko raczej ma *tłuszcze* - że naprawdę ratuje życie wielu moich pacjentów. To jest moje pytanie: czy traktuje pan/pani czekoladę gorzką jako *słodycz*? Jak już pacjent powie, że tak, to jest już ulga, bo wiem, że ta czekolada załatwi sprawę. Gorzej jeżeli faktycznie ta gorzka czekolada nie jest akceptowana, no to wtedy musimy jakies inne myki robić - słodzenie tym *ksylitolem*, próby jakies zrobienia *ciasta z lepszej mąki*. Coś trzeba się gimnastykować, bo jesteśmy tylko ludźmi.

M: I chodzi o to, żeby dać pacjentowi jakąś *odskocznę*, żeby jednak coś słodkiego mógł zjeść.

H: Oczywiście, że tak. Tak, tak.

M: Czy w przypadku insulinooporności trzeba zwracać uwagę na jakieś szczególne połączenia produktów spożywczych? Czy to jest tak, że pewne połączenia wspomagają leczenie, a jakieś inne połączenia są niewskazane?

H: Znaczący, zwróciłabym tylko uwagę, jeżeli chodzi właśnie o te *owoce* - że powinny być *łączone* zawsze z innym produktem, czyli albo z czymś co ma *coś* *tłuszcz*, na przykład orzechy albo z *nabiałem* albo z *płatkami* - z czymś co przyhamuje wchłanianie tych węglowodanów prostych, cukrów prostych.

M: Co to jest PPM?

H: *Podstawowa przemiana materii*. To jest takie nasze *dzienne zapotrzebowanie energetyczne* jak leżymy i nic nie robimy, żeby pracowały wszystkie układy, narządy, biło serce, wydzielaly się hormony - jakby żył nasz organizm. To jest *podstawowa przemiana materii*. Natomiast *całkowita przemiana materii* to jest plus te wszystkie *czynności*, wysiłek, który my wykonujemy w ciągu dnia. Zazwyczaj *podstawowa przemiana materii* u *mężczyzn* jest około *1800 kcal*, *2000 kcal* nawet, u *kobiet* około *1300-1500 kcal*, w zależności od wyjściowej masy ciała. Także to jest ta *najniższa wartość energetyczna*, która powinna być spożywana. Bo jeżeli schodzimy *poniżej* tej podstawowej przemiany materii, to jest taka czerwona lampka dla naszego organizmu, że skoro nie mamy tyle energii, żeby biło serce, żeby płynęła krew i wytwarzały się wszystkie białka, hormony, to trzeba tak *zmniejszyć ten metabolizm*, żeby ciało mogło pracować. I chodzi o to, żeby zapewniać po prostu tą *czynność*. A to co my spalamy, czyli *wydatkujemy* w ciągu dnia, czyli około *600-800 kcal* w ciągu dnia, to to wtedy nam wychodzi na ten minus, żebyśmy powoli chudli - *pół kilo, kilogram tygodniowo*, nie więcej.

M: Te PPM mi się bezpośrednio kojarzy z bilansem energetycznym, a idąc dalej, to z rozpisanem diety na konkretne kalorie. I co zrobić, aby nie musieć tego robić, a jednocześnie albo utrzymywać właściwą masę ciała albo wręcz chudnąć?

H: No ja jestem zdania tego, że jednak jeżeli mamy chudnąć, to musimy trochę zwrócić uwagę na *porcje tych produktów*. Ale jest fajna rzecz, ponieważ *warzywa, rośliny* - ich można zjeść zdecydowanie więcej. Więc ja ustalam swoim pacjentom jakby porcje produktów zbożowych jaką powinni jeść, ile owoców, ile nabiału, ile mięsa, ale jeżeli chodzi o warzywa, to zawsze jest *bez limitu*. I w ten sposób zawsze możemy sobie gdzieś tam tą dietę rozszerzać.

M: Tu mówimy o dosyć dużych zmianach w sposobie odżywiania się, też mówimy o wprowadzeniu aktywności fizycznej. Jak wprowadzić te zmiany i się nie zdemotywować?

H: Robić to *powoli, stopniowo*. Nie ma czegoś takiego, że z dnia na dzień będzie *rewolucja* życiowa, żywieniowa i w ogóle cała, bo po prostu my *nie damy rady*. Jeżeli ja będę oczekiwać od mojego pacjenta, że już jutro będzie robił cudowne zakupy i ta dieta będzie taka, jak ja chcę żeby wyglądała, to ja wiem, że my się już nie spotkamy następnym razem, bo będzie *rezygnacja* po dwóch, trzech dniach. Także trzeba przeanalizować swój *sposób żywienia*, trzeba swoje *możliwości* w ogóle ocenić i zobaczyć z czego możemy zrezygnować. Na przykład takim jakby prostym krokiem jest to, że na przykład ludzie piją dużo *napojów gazowanych* i już jakby zmniejszenie albo w ogóle ostawienie tych napojów daje *niesamowite sukcesy* w redukcji masy ciała i w ogóle jakby w samopoczuciu. I może od tego zaczniemy. Później spróbujemy dołożyć jakieś *warzywa* do diety, zmienić *jakość mięsa*, mniej smażyć, więcej piec czy dusić. Robić po prostu *małe kroki*, nie wszystko na raz, nie

gwałtownie, mierzyć siły na zamiary. I tak samo jest z aktywnością fizyczną. To nie jest tak, że raptem wykupujemy karnet i codziennie jesteśmy na tej siłowni. Nie. Chodzi o to, żeby to była *regularność* we wszystkim.

M: Czyli robimy to etapami. Na przykład zaczynając - jeżeli ktoś spożywa napoje słodzone, no to mógłby być pierwszy krok, żeby odstawić te napoje, potem wprowadzić większą ilość warzyw, potem jakieś zmiany w sposobie przygotowywania posiłków. I takie etapy sobie wyznaczyć.

H: Tak. Patrzyć na to, co nam po prostu przychodzi *najłatwiej* i od tego zaczynać.

M: A w jaki sposób na insulinooporność wpływają diety redukcyjne? Mówiłaś o sytuacji, w której spożywamy mniej kalorii niż zużywamy. W jaki sposób takie diety, które są bardzo niskokaloryczne, na przykład 800 kcal, w jaki sposób one wpływają na insulinooporność? Czy mają jakiś pozytywny wpływ czy niekoniecznie?

H: Niekoniecznie. Ponieważ znowu taka niska wartość energetyczna diety powoduje *obniżenie metabolizmu* i to, że jest *blokada w redukcji masy ciała*, szczególnie jeżeli chodzi o tę insulinooporność. Ale też jak wytwarzamy wtedy insulinę i nasze komórki nie obniżają tej glukozy, bo cały czas jakby nie ma *dostępu z zewnątrz* tej glukozy. Jest za mało pożywienia, za mało tej glukozy i ona nie chce się obniżać. Także to jest błędne koło.

M: Bo mi tu przychodzi na myśl dieta ketonowa.

H: Są badania, które pokazują, że *dieta ketogenna* może korzystnie wpływać na insulinooporność, na cukrzycę. Ale mimo wszystko ja głośno nie chcę na ten temat za bardzo mówić, bo dieta ketogenna spośród wszystkich *pięćdziesięciu dziewięciu przebadanych diet* co roku, zawsze jest na *ostatnim miejscu*, jeżeli chodzi o jej *zdrowotność i skutki*. Może pomóc na jedno, ale niestety bardzo źle wpływa na *układ krążenia*.

M: Dobrze. To już skoro weszliśmy w ten temat, to patrząc teraz na diety jakie są na rynku, takie rozpoznawalne, to która z nich by najbardziej wspierała leczenie insulinooporności?

H: To jest po prostu dieta o *niskim indeksie glikemicznym*. Czyli *dieta Montignac'a* - kiedyś była taka modna - to ten pan wymyślił *indeks glikemiczny*. I myślę, że tą dietę naprawdę warto zastosować.

M: Dbamy o to, aby produkty które spożywamy miały niski indeks glikemiczny. Niski to ile? Poniżej 50?

H: *Poniżej 50*, na pewno. Tak, tak. Nie popadamy w przesadę - nie stosujemy specjalnie jakiś diet *bezglutenowych, bezlaktozowych, jakiś takich restrykcji żywieniowych*. Nie. To do niczego nie prowadzi, absolutnie. Tylko jeszcze bardziej *stresuje i blokuje* przed tym odchudzaniem.

M: A czy to jest tak, że przez jakiś czas... bo pytałem Cię jak długo może trwać wychodzenie z tej insulinooporności, powiedziałaś że to jest bardzo indywidualne. Ale zakładając, że przeszliśmy przez ten etap, czy to znaczy, że jesteśmy już zdrowi i możemy - może nie do końca wrócić do tej poprzedniej diety - ale...

H: ...ale na pewno sobie *na więcej pozwolić*. Tak, zdecydowanie. Właśnie zaraz po naszej rozmowie mam pacjentkę, która dosyć szybko wyszła z insulinooporności - zajęło jej to dwa czy trzy miesiące

- bardzo ładnie schudła, bo 18 kilogramów i teraz już sobie pozwala na więcej, faktycznie zaczynają się różne rzeczy pojawiać. I ta waga nie wraca. I insulinooporność też nie wraca.

M: No to świetnie. Teraz chciałbym taką cześć praktyczną nagrać dla naszych słuchaczy. Jakbyś mogła zaproponować jednodniowy jadłospis dla osoby z insulinoopornością. Jak on by wyglądał?

H: No dobrze. To przykładowo na *śniadanie* możemy sobie pozwolić na kanapki, na ciemnym pieczywie - szarym, ciężkim - z dodatkiem na przykład jakiejś pasty z roślin strączkowych, soczewicy, ciecierzycy, groszku, fasoli i do tego oczywiście surowe warzywa. Na *drugie śniadanie* zaproponowałabym na przykład jogurt z płatkami z owocami i z orzechami. Na *obiad* kasza gryczana, pieczone mięso, surówka z kapusty kiszonej - bardzo też ma niski indeks glikemiczny i fajnie tutaj działa. *Podwieczorek* - a pozwólmy sobie na gorzką czekoladę i na przykład jakiś jogurt do tego albo serek.

M: Ile tej czekolady?

H: No myślę, że ze trzy kostki, nie więcej - to jest taki maks. I na *kolację* po prostu micha surówki z dodatkiem albo ryby albo mięsa, albo jajka, albo roślin strączkowych - czyli czegoś białkowego. I już tutaj niekoniecznie musi być chleb.

M: A co do picia?

H: Do picia? No podstawą jest *woda*, oczywiście. Mogą być *herbaty*, może być *kawa*. Tylko oczywiście nic *nie słodzimy*.

M: Dobrze.

H: Dużo przepisów, dużo takich całodniowych jakby menu właśnie znajduje się w mojej *książce o insulinooporności*.

M: Gdyby ktoś chciał się z Tobą skontaktować, to w jaki sposób może to zrobić?

H: Najlepiej znaleźć mnie na *Facebook'u* i w ten sposób się odezwać - jestem cały czas dostępna. Oczywiście *mailowo*, *telefonicznie*. Strony swojej internetowej jeszcze nie mam, nie dojrzałam do tego, ale mam nadzieję, że niedługo będzie, to wtedy też na pewno ją przekażę.

M: Dobrze. To jeśli chodzi o temat insulinooporności, to jakby ja już wyczerpałem. Natomiast jeszcze mam do Ciebie inne pytanie, bo wiem że jesteś *weganką*.

H: Tak.

M: I ostatnio taki temat mnie trochę zastanawia jeśli chodzi o dostępność *kwasów omega-3* w diecie wegańskiej, bo spotkałem się właśnie z taką opinią, że jeżeli chodzi o *konwersję* z tych kwasów *ALA* na *EPA* i *DHA*, to ona jest różna...

H: ...na poziomie *10%* mniej więcej.

M: I nawet u niektórych osób może być jeszcze mniejsza...

H: ...jeszcze mniejsza - na przykład jak mamy wysoki *cholesterol* albo jemy *tłusto* albo jemy *słodko*, albo się *stresujemy*, palimy *papierosy*, pijemy *kawę*. To wszystko obniża nam tą konwersję.

M: To w jaki sposób Ty sobie radzisz, jeśli chodzi o zapewnienie odpowiednie ilości tych kwasów EPA i DHA?

H: Przede wszystkim trzeba zadbać o *źródła tych kwasów*. Nawet jeżeli one są tylko *roślinne*, to ważne, żeby były *zielone warzywa liściaste* w diecie, żeby były *produkty sojowe*, które mają też te kwasy omega-3, *orzechy włoskie*, *siemię lniane*, *nasiona chia*, *nasiona konopne*. To jest podstawa. Ale podstawą mojej diety, codzienną, w celu zapewnienia tych kwasów omega-3 są po prostu *wodorosty*, które zawierają też kwasy omega-3 w dużej ilości. Natomiast trzeba unikać produktów, które mają dużo *kwasów omega-6*, czyli *olej słonecznikowy*, *z pestek winogron*, *z pestek dyni*. Te wszystkie takie rzadziej stosowane tłuszcze, ale jednak. Bo omega-6 blokuje wchłanianie tych omega-3. Także *olej lniany*, *olej rzepakowy* - to wszystko gdzieś tam musi być w diecie.

M: A w jakiej formie te wodorosty zjadasz?

H: *Suszone* - moczę w ciepłej wodzie, one pięknie pęcznieją, robią się zielone. Dodaję je *do potraw*. Lubię sobie też chrupać *chipsy* z wszelkiego rodzaju wodorostów albo *nori* sobie kruszyć do potraw - czyli te zwykłe takie płaty wodorostów, które są dodawane do *sushi*.

M: A w jaki sposób kontrolujesz poziom tych kwasów omega-3? Czy tak jakby zdajesz się na to, że to wystarczy?

H: Dobrze się czuję. Także myślę, że to jest najlepsza kontrola, że mój organizm dobrze pracuje, że wszystko jest w porządku, że mam energię. Także jest możliwość zbadania poziomu kwasów omega-3, ale szczerze mówiąc nigdy tego nie robiłam.

M: Dobrze. To już tak zupełnie na koniec, wracając do tematu insulinooporności – z jaką myślą chciałabyś zostawić naszych słuchaczy?

H: *Żeby schudnąć, trzeba jeść* – trzeba jeść *regularnie* i produkty o *niskim indeksie glikemicznym*.

M: Wydaje się bardzo proste.

H: Tak (śmiech). Gorzej z realizacją, ale trzymam kciuki.

M: (śmiech) Dziękuję bardzo za rozmowę.

H: Dziękuję.

Bardzo dziękuję za wysłuchanie podcastu do końca, mam nadzieję, że z tej rozmowy wyniesiesz coś dla siebie, coś co Cię zainspiruje do wprowadzania jakiejś zdrowej zmiany. Jeżeli znasz osobę, która może być zainteresowana tematem insulino oporności to będę Ci przeogromnie wdzięczny za przesłanie jej linka do tego podcastu.

Jeżeli jesteś na początku wdrażania zdrowych zmian w swojej kuchni i nie bardzo wiesz od czego zacząć to gorąco polecam naszego bezpłatnego eBooka: 6 kroków do zdrowego odżywiania, którego

Więcej Niż Zdrowe Odżywianie – transkrypt podcastu

możesz pobrać pod adresem www.wiecejnizzdroweodzywianie.pl/prezent/. Na dzisiaj to już wszystko, pozdrawiam Cię serdecznie i do usłyszenia w kolejnym odcinku podcastu. Cześć.