

Insulina, metformina, glukoza

Na temat insulinooporności nagrałam już kilka filmików, które są dostępne na [youtube](#), ale widzę, że jest sporo niedopowiedzeń w tej kwestii. Chwilami są cytowane badania, innym razem to, co powiedział diabetolog czy endokrynolog.

Ja chciałabym opowiedzieć o swoich doświadczeniach z pacjentami, którzy mają insulinooporność.

Czasem wyliczoną ze wskaźnika HOMA, chociaż rzadko zlecam ten test (ten wskaźnik), częściej posługuję się intuicją. Zestawienie trzypunktowej (a nawet czteropunktowej) krzywej cukrowej i krzywej insulinowej daje mi obraz sytuacji. Kiedy insulina na czczo ma wynik dwupunktowy – 10, 11, 12 i wyżej – zapowiada już problemy z odchudzaniem takiego pacjenta. Zdarzają się takie sytuacje, w których wynik na czczo jest dość niski (4-6), a po obciążeniu glukozą okazuje się, że ten parametr po godzinie wzrasta kilkukrotnie (40, 50 – 200). Bardzo istotne jest też to jak insulina zachowuje się po dwóch godzinach. Jeśli na czczo jest nisko, po godzinie bardzo wysoko, ale po dwóch godzinach wynik wraca do zakresu normy (0-25), to można powiedzieć, że nie jest źle. Natomiast jeśli po godzinie insulina nie jest dość wysoko, ale po dwóch godzinach jest o wiele wyższa, to znaczy, że trzustka dopiero zaczęła produkować insulinę. A pamiętajmy – insulina jest hormonem antagonistycznym do glukagonu, odpowiedzialnego za spalanie tkanki tłuszczowej.

Mam bardzo dużo pacjentów na dietach niskowęglowodanowych, najskuteczniejszych w walce z insulinoopornością, którzy jednocześnie są aktywni fizycznie. Nie są to jakieś intensywne aktywności, dlatego że pod wpływem wysokich intensywności często wytwarza się większa ilość kortyzolu, a ten z kolei ma wpływ na insulinę. Zatem odchudzanie może być nieskuteczne. Ale mówię tutaj o normalnej aktywności – spacer, marszobiegi, trening personalny dwa razy w tygodniu – dość przeciętnej, i okazuje się, że u niektórych pacjentów na początku waga spada 5 – 10 kg, a później zatrzymuje się. Dlatego przed przystąpieniem do jakiegokolwiek programu treningowego czy dietetycznego, bardzo istotne jest zrobienie krzywej cukrowej i insulinowej, trzypunktowej. Czyli na czczo, po godzinie i po dwóch. Jeśli ktoś chce, może zrobić cztero i pięciopunktową, po trzech i czterech godzinach, żeby zobaczyć jak organizm metabolizuje cukier. Czy krzywa cukrowa wzrasta czy opada i jak w stosunku do tego zachowuje się insulina.

Jak powiedziałam, oceniam to intuicyjnie, po kształcie jednej i drugiej krzywej oraz po zależnościach jakie między nimi zachodzą. Jeśli insulina po dwóch godzinach wciąż jest powyżej normy, zwiastuje to problemy. Staram się studiować zapał pacjentów z insulinoopornością, którzy na początku diety szybko chudną, ponieważ w ich przypadku spadek wagi ma tendencję do zwalniania i zatrzymywania się. Wiem to z doświadczenia i obserwacji historii wielu pacjentów.

Dwóch podobnych pacjentów

Taki przykład. Dwóch podobnych pacjentów, startujących z wagi 120 kg, jeden mniej aktywny, drugi bardziej, obydwaj bardzo rygorystycznie przestrzegają dietę. Okazuje się, że jeden chudnie regularnie, zaczynając od większych spadków – 6 kg na miesiąc – później waga spowolniła i utrzymywała się od 2 – 4 kg spadku miesięcznie. Drugi pacjent schudł pierwsze 15 kg, po czym, pomimo diety i treningu, jego waga się zatrzymała, a każdorazowa próba zwiększenia ilości węglowodanów kończyła się wzrostem masy ciała. Na początku (przed dietą) obaj pacjenci mieli robione krzywe insulinowe i cukrowe. Obydwaj mieli nieprawidłowe wyniki – cukrzyca i wysokie poziomy insuliny. Jeden z nich przez cały okres współpracy brał metforminę, trzy razy dziennie, w dawce 750. Drugi za namową lekarza postanowił dać sobie szansę bez metforminy, zwiększając aktywność fizyczną - niestety, przestał chudnąć. Po pewnym czasie lekarz przepisał mu metforminę, ale w dawce 500 i tylko raz dziennie. Według mnie to zbyt mała dawka na tak postawnego mężczyznę. Pacjent ostatecznie wymusił na swoim lekarzu przepisanie większych dawek, wzorując się tym

pierwszym przypadkiem (de facto swoim znajomym). Po czterech miesiącach stagnacji waga zaczęła spadać w dół.

Zatem nie odzęgnywałabym się do końca od leków. Wiem, że metformina bywa źle tolerowana i może powodować jadłowstręt, wzdęcia, wymioty czy biegunki. Ale czasami przy wysokiej insulynie niestety ciężko jest osiągnąć sukces bez farmaceutyków.

Nie od początku

Nie oznacza to, że mamy wprowadzać leki od początku, dajmy sobie szansę i sprawdźmy co się będzie działo. Jeśli po kilku miesiącach walki nagle waga się zatrzymuje i stoi przez kolejne, to warto powtórzyć badania i sprawdzić czy coś się zmieniło w stosunku do poprzednich wyników. U pacjenta, który przestał chudnąć, po pół roku znów zrobiliśmy krzywą cukrową i insulinową, okazało się że krzywa insulinowa jest nieco lepsza, ale do ideału było jej daleko. Mimo diety niskowęglowodanowej i treningów insulina na czczo wciąż utrzymywała się na poziomie dwupunktowym (spadła z 28 do 18).

Jeśli u pacjentów wyniki są niezłe, a mimo wszystko po pewnym czasie spadek wagi się zatrzymuje, to można podejrzewać, że jest to kwestia insulinooporności.

Nie da się jednak wyników badania poziomu insuliny i ich interpretacji zamknąć w ramce, to są rzeczy bardzo indywidualne, dlatego współpraca z dietetykiem jest bardzo ważna. Badania na wstępie, dieta, obserwacja, prowadzenie dzienniczka żywieniowego i wagi. Jeśli zachodzi taka potrzeba, po pewnym czasie badania kontrolne. Czasem z wynikami sprzed diety udajemy się do endokrynologa, a ten podejmie decyzję, czy warto przepisać metforminę, dobrać dawkę, która na początku jest przeważnie niska, a przy braku efektu może być podniesiona. To wszystko powinno odbywać się pod okiem lekarza – pacjent sam nie powinien się leczyć.

Badania są jednak najważniejsze

Jeśli stosujesz dietę od pół roku i dopiero po tym czasie zrobisz badania, to nie wiesz jak wyglądała sytuacja pierwotnie. Czy coś się zmieniło, poprawiło, czy teraz wyniki są dobre, bo wcześniej było tragicznie, czy złe, bo może było lepiej. Spotykam czasem osoby, którym insulinooporność nasila się i zastanawiam się czy coś jadły, a się nie przyznały, może podjadały w nocy. Niektórzy myślą, że od cukierka, batonika, kawałka ciastka czy pączka lub słodkiego napoju nic się nie wydarzy. Natomiast ja na podstawie długich obserwacji pacjentów i analizy ich badań widzę czy ktoś się pilnuje, czy nie.

Na pewno chciałabym, żeby jedno było dobrze zrozumiane – leków nie warto wprowadzać od początku diety i jeśli ona nie działa nie oznacza, że jest zła. Czasami organizm jest tak rozregulowany, ma tak zepsutą gospodarkę hormonalną i wyrzut insuliny jest na tyle ogromny, że leki są niestety potrzebne.

Metformina

Zwiększa wrażliwość komórek na działanie insuliny, zatem insulina znów może odkładać pokarm w tkankę tłuszczową. Przyjmując ten lek bez zmiany diety tydzień będzie postępowało. Po przejściu na dietę spowoduje stabilizację poziomu insuliny, ponieważ komórki zaczną na nią reagować i nie będzie potrzeby wyrzucania jej w takich ilościach jak do tej pory.

Zdarzają się takie sytuacje, u osób, które wyszły z insulinooporności, że branie metforminy powoduje spadki cukru, trzęsienie się rąk – inne symptomy niż do tej pory podczas brania leku. Może to oznaczać że metformina zaczęła działać na cukry i mogą być za niskie. Wtedy zwykle wystarczy skorygowanie dawki. Całkowite odstawienie leku może znów spowodować stagnację wagi. W przypadku gdy lek jest źle tolerowany warto poprosić lekarza o przypisanie innego.

Temat metforminy, insuliny i glukozy jest bardzo złożony i mam nadzieję, że troszkę go przybliżyłam. W celu pełnej diagnostyki i oceny sytuacji polecam wizytę u dietetyka, może endokrynologa. Z doświadczenia wiem, że diabetologowi i endokrynologowi nie zależy na wadze pacjenta. Przede wszystkim patrzą na insulinę i cukry. Natomiast ja patrzę na pacjenta holistycznie, badając cukry i insulinę jednocześnie patrzę jak reaguje waga. To jest też istotne.

1 kg na miesiąc

Przy insulinooporności spadek wagi ok. 1 kg miesięcznie jest w porządku, tak się może dziać. Natomiast każdy grzeszek może spowodować przyrost 2 kg w ciągu tygodnia. Dlatego insulinooporność jest czymś bardzo demotywowującym i utrudniającym życie. Ale zapracowaliśmy sobie na to odżywiając się w pewien sposób przez dłuższy okres czasu.

Co jest najskuteczniejsze w insulinooporności?

Według moich obserwacji diety niskowęglowodanowe. Niektórym osobom przeszkadza nawet marchewka, żucie gumy czy wyobrażanie sobie ciastek – jesteśmy w stanie pobudzić trzustkę umysłem (efekt placebo). Herbaty owocowe, które właściwie nie mają kalorii i nie wiadomo jaki mają mechanizm oddziaływania. Może to kwestia małych ilości fruktozy, albo organizm dostaje między posiłkami coś co ma smak i błędnie myśli, że rozpoczął się proces spożywania posiłku.

W insulinooporności posiłki powinny być rzadko, ale dość duże. Czyli śniadanie, obiad i kolacja. Czasami proponuję drugie śniadanie. W menu głównie mięso, jaja i warzywa. Czasami kasza lub jakiś owoc, w bardzo umiarkowanych ilościach z obserwowaniem wagi ciała. [Alkohol niestety się nie sprawdza](#). Do tego umiarkowana aktywność fizyczna – spacer, rower, pływanie, treningi personalne – przeplatana krótkimi, intensywnymi typu HIT. Często nie sprawdza się crossfit, przy którym wzrasta poziom kortyzolu. Jeśli wszystkie wymienione czynniki nie działają, konieczne jest wprowadzenie leku.

Sporo się też ostatnio mówi na temat witaminy D i jej wpływu na insulinooporność, gospodarkę cukrową. Widziałam te badania, jednak w praktyce nie zauważam takiego powiązania. Wszystkim pacjentom zlecam oznaczenie poziomu witaminy D, dążę do tego, żeby jej poziom wynosił 50-80. Wprowadzam suplementację w parze z witaminą K2, żeby nie doprowadzać do odkładania się wapnia w tkankach.

Po pewnym czasie normuje się poziom wit. D3, TSH, a mimo wszystko waga nie spada. Więc samo uzupełnienie braków nie jest wystarczające żeby waga mogła sukcesywnie spadać i żeby pacjent poczuł się dobrze. Insulinooporność to również spadki mocy w ciągu dnia, uczucie senności, brak koncentracji, zmęczenie, ociężałość. U kobiet to również podniesiony poziom testosteronu, nadmierne owłosienie bądź łysienie androgeniczne, zaburzenia miesiączkowania, PCOS, nawet i endometrioza. Może powodować zmiany miażdżycowe w tętnicach, a nawet nowotworów.

Z insulinoopornością walczymy więc nie tylko dlatego, że powoduje otyłość, ale również z tych wszystkich innych powodów.

PRZECZYTAJ RÓWNIEŻ:

[8 powodów dla których nie chudniemy](#)

Zapraszam na [webinarium – Insulinooporność](#).

Iwona Wierzbicka, dietetyk kliniczny.