

Zalecenia żywieniowe w cukrzycy



Szpital Wojewódzki
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Łomży

Cukrzyca

Grupa chorób przebiegająca z wysokim poziomem cukru we krwi (hiperglikemią) wynikającą z defektu wydzielania przez trzustkę insuliny i/lub jej działania. Przewlekła hiperglikemia prowadzi do uszkodzenia, zaburzeń czynności i niewydolności różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych.

Objawy:

- częste oddawanie moczu,
- wzmożone pragnienie,
- niezamierzona utrata wagi,
- osłabienie,
- wzmożona senność,
- zmiany ropne skóry,
- stan zapalny narządów płciowo-moczowych.

Kryteria diagnostyczne:

- objawy hiperglikemii i glikemia przygodna ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l),
- w dwukrotnym pomiarze na czczo glikemia ≥ 126 mg/dl (≥ 7 mmol/l),
- w 120 minucie testu obciążenia glukozą glikemia ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l),
- stężenie hemoglobiny glikowanej $\geq 6,5\%$.

Elementy leczenia cukrzycy:

- urozmaicona dieta,
- redukcja/utrzymanie prawidłowej masy ciała,
- regularna aktywność fizyczna, rezygnacja z palenia papierosów,
- unikanie alkoholu,
- odpowiednią ilość snu,
- unikanie stresu.

Cele leczenia dietetycznego:

Uzyskanie i utrzymanie:

- prawidłowego (bliskiego normy) stężenia glukozy,

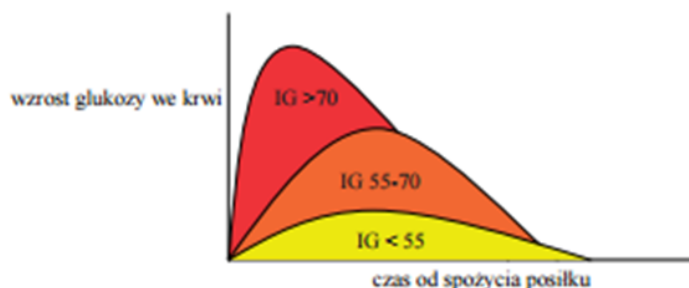
HbA_{1c}	≤7% (≤53 mm/mol) ≤6,5% (≤48 mmol/mol), w przypadku trwania cukrzycy <5 lat
Glikemia na czczo	≤95 mg/dl
1 h po posiłku	≤140 mg/dl
2 h po posiłku	≤120 mg/dl

- optymalnego stężenia lipidów i lipoprotein,
- optymalnych wartości ciśnienia krwi, w celu zmniejszenia ryzyka chorób układu krążenia,
- prawidłowej masy ciała.

Nie ma uniwersalnej diety dla pacjentów z cukrzycą! Mogą być stosowane różne modele np. dieta niskowęglowodanowa, śródziemnomorska, DASH, flexitariańska i roślinne.

Indeks i ładunek glikemiczny

Indeks glikemiczny (IG) to wskaźnik ukazujący jak szybko wzrasta poziom cukru po spożyciu produktu. Podstawą diety w cukrzycy powinny być produkty o IG<55. Należy unikać tych o wysokim IG (>70).



Ładunek glikemiczny (ŁG) to z kolei wskaźnik, który uwzględnia skład całego posiłku i proporcje poszczególnych jego składowych (np. mięsa, surówki i pieczywa). Uwzględnia jakość i ilość węglowodanów w produkcie. Im większy ŁG tym większy wzrost glikemii.

$$\text{Ładunek Glikemiczny (ŁG)} = \frac{\text{Ilość węglowodanów w danej porcji w gramach} \times \text{IG}}{100}$$



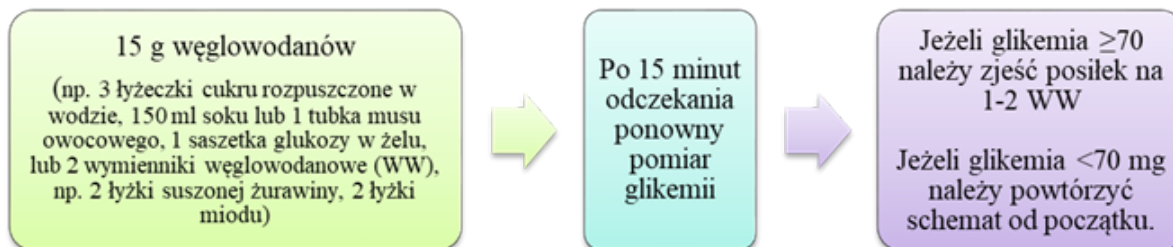
Hipoglikemia („niedocukrzenie“)

Występuje, gdy stężenie glukozy we krwi jest <70 mg/dl, niezależnie od występowania objawów. Objawy hipoglikemii mogą wystąpić przy wyższych wartościach glikemii (>100 mg/dl), gdy dochodzi do jej szybkiego obniżenia. Klinicznie istotna hipoglikemia występuje przy wartościach ≤54 mg/dl. Wymaga pomocy innej osoby w celu podania węglowodanów, glukagonu lub wezwania pomocy medycznej. Ryzyko hipoglikemii wzrasta w sytuacjach m.in. zbyt wysokich dawek leków obniżających glikemię lub w wyniku interakcji przyjmowanych leków, dużego

wysiłku fizycznego, zmniejszonego spożycia kalorii, spożywania alkoholu oraz współwystępowania innych chorób (np. niewydolność nerek, niedoczynność tarczycy, zaburzenia odżywiania, upośledzenie wchłaniania).

Hipoglikemia może stanowić zagrożenie życia.

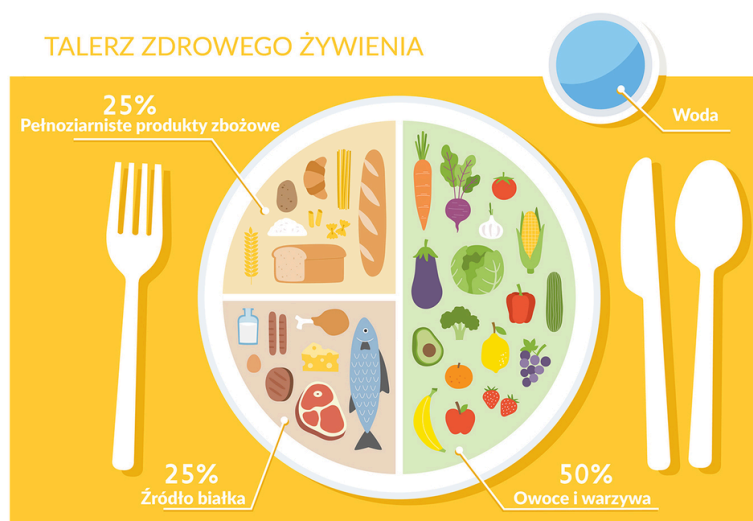
Schemat postępowania w hipoglikemii:



U osoby nieprzytomnej, z zaburzeniami świadomości lub połykania należy podać glukagon lub wezwać pomoc medyczną.

Szczegółowe zalecenia dietetyczne:

- Regularne spożywanie 4-5 mniejszych posiłków, najlepiej o stałych godzinach. Nie należy pomijać śniadań. Najlepiej gdy śniadanie ma miejsce w ciągu godziny po przebudzeniu, zaś kolacja 2-3 godziny przed snem. W przypadku leczenia insuliną i hipoglikemii nocnych wskazany jest dodatkowy 6. posiłek (tzw. II kolacja).
- Kontrolowanie spożywanej wielkości porcji.
- Posiłki powinny być spożywane powoli, w skupieniu.
- Pół talerza powinny zajmować warzywa, $\frac{1}{4}$ produkty będące źródłem węglowodanów złożonych (ciemne kasze, ryże, makarony, pieczywo) i $\frac{1}{4}$ produkty białkowe (chude mięso, ryby, jaja, nasiona roślin strączkowych, częściowo odtłuszczony nabiał). W pierwszej kolejności należy jeść warzywa i produkty białkowe.



- Łączna zalecana ilość w ciągu dnia warzyw i owoców to co najmniej 500 g. Warzyw powinno być 3 razy więcej (najlepiej surowe) niż owoców.
- Należy pamiętać o dodatku do posiłków dużej ilości (najlepiej surowych) warzyw, produktów będących źródłem białka i tłuszczu, w celu obniżenia ŁG.
- Niezbędna jest kontrola ilości węglowodanów w poszczególnych posiłkach i diecie. Powinny stanowić ok. 45% energii. Wysoka aktywność fizyczna lub jej znaczne ograniczenie jest podstawą do skorygowania zawartości węglowodanów w jadłospisie.

- Zalecanym źródłem węglowodanów są pełnoziarniste produkty zbożowe, zwłaszcza o niskim IG (< 50), czyli ciemne i grube, np. kasza gryczana i bulgur, owies, otręby, chleb orkiszowy, ryż brązowy, pełnoziarnisty makaron al. dente. Należy unikać jasnych produktów zbożowych (biały chleb i bułki, biały ryż, drobne kasze, jasne makarony).
- Niewskazane jest nadmierne rozdrabnianie pokarmów.
- Rezygnacja z produktów słodkich w smaku i o wysokim IG: zwłaszcza słodycze, ciasta, słodki nabiał, miód, dżem, cukier. Dobrym zamiennikiem są desery na bazie produktów bogatych w białko (np. twaróg, jogurt skyr) i zdrowe tłuszcze (np. orzechy włoskie, masło orzechowe).
- Dopuszczalna jest zamiana cukru na słodziki. Preferowana jest stewia, erytrol lub ksylitol.
- Rekomendowane jest zwiększenie udziału błonnika pokarmowego. Zalecaną ilość (25 g lub 15 g/1000 kcal) zapewnią co najmniej 2 porcje pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz 3 porcje bogatych w błonnik warzyw (np. chrzan, brukselka, korzeń pietruszki i selera, fasola szparagowa, marchew). Szczególnie cenny jest błonnik rozpuszczalny w wodzie (pektyny, beta-glukany), obecny m.in. w jabłkach, skórkach owoców i owsie. W przypadku braku możliwości zapewnienia właściwej ilości błonnika należy rozważyć z dietetykiem jego suplementację.
- Zwiększenie ilości skrobi odpornej poprzez wybór pieczywa minimum 1-dniowego, spożywanie produktów skrobiowych po uprzednim schłodzeniu (np. makaron przelany zimną wodą, sałatki z dodatkiem ziemniaków, zamrożona i podgrzana kasza czy ryż) oraz wybór niedojrzałych owoców.
- Udział energii z białka powinien być ustalany indywidualnie i wynosić 15–20% (ok. 1–1,5 g/kg masy ciała/dobę). W przypadku osób otyłych i schorzeń współistniejących (np. przewlekłej choroby nerek) ilość ta może wymagać korekty. Częściowe ograniczenie białka zwierzęcego (chude mięso, naturalny nabiał, jaja, ryby) na korzyść roślinnego (tj. nasiona roślin strączkowych: np. soja, groch, fasola.) może wykazywać dodatkowe korzyści zdrowotne.
- Należy rezygnować z potraw smażonych (zwłaszcza w panierce), na korzyść gotowanych (na parze lub w wodzie), duszonych (bez wcześniejszego obsmażenia), pieczonych. Nie należy rozgotowywać produktów zbożowych.
- Tłuszcze powinny stanowić 25-40% energii diety. Należy ograniczać produkty będące źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych tj. tłuste mięso (np. boczek, golonka, karkówka, baleron, salceson), pełnotłusty nabiał, masło, olej kokosowy i palmowy. Wskazane są nienasycone, zwłaszcza wielonienasycone kwasy tłuszczowe tj. oleje roślinne (np. olej rzepakowy i lniany, oliwa z oliwek), tłuste ryby morskie (co najmniej 2 porcje w tygodniu; sardynki, makrela, łosoś, śledź), owoce morza, len, orzechy (zwłaszcza włoskie), siemię lniane i awokado. Ilość cholesterolu w diecie nie powinna przekraczać 300 mg/d, a w przypadku dyslipidemii 200 mg/d.
- Należy unikać żywności wysoko przetworzonej, szczególnie dań typu Fast food (np. frytki, hot dogi, hamburgery) i instant (np. zupki chińskie) oraz słonych przekąsek (np. chipsy, krakersy).
- Ograniczenie soli ze wszystkich źródeł do 5 g/dobę (płaska łyżeczka). Rekomenduje się unikanie dosalania oraz używania wegety, magii, kostek rosółowych, sosu sojowego i gotowych mieszanek przypraw. W zamian należy stosować zioła.
- Suplementacja powinna być prowadzona według potwierdzonych niedoborów. Należy dążyć do uzupełniania składników ze źródeł pokarmowych. Wyjątek stanowią witamina D3 i kwas foliowy (u kobiet w wieku rozrodczym i w ciąży). Osoby przyjmujące metforminę są bardziej narażone na niedobory witaminy B12, więc powinny monitorować jej stężenie we krwi.
- Dbanie o odpowiednie nawodnienie. Niewskazane są soki, napoje, słodzona kawa i herbata oraz alkohol (zwłaszcza słodkie wino, nalewka, likier, piwo).

Pozostałe zalecenia:

- Utrzymanie/uzyskanie prawidłowej masy ciała, w zakresie BMI 18,5-24,9 kg/m².
- Kaloryczność diety powinna być ustalana indywidualnie i zapewnić stopniową, systematyczną redukcję masy ciała (ok. 0,5-1 kg/tydzień). Optymalny spadek wagi poprawiający kontrolę glikemii to co najmniej 7%.
- Samokontrola glikemii jest integralną częścią leczenia cukrzycy.

Leczenie	Częstotliwość pomiarów
Wielokrotne (min.3x/dzień) wstrzyknięcia insuliny, intensywna insulinoterapia	Co najmniej 4 (zalecane 8) pomiary na dobę, według ustalonych zasad leczenia i potrzeb pacjenta
Osoby z cukrzycą typu II leczone stałymi dawkami insuliny	Codziennie 1–2 pomiary glikemii + raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach) + raz w miesiącu dobowy profil glikemii
Nieinsulinowe leki przeciwhiperglykemiczne	Raz w tygodniu skrócony profil glikemii (na czczo i po głównych posiłkach) lub wg potrzeb

Dodatkowo należy mierzyć glikemię w sytuacjach złego samopoczucia, nagłego pogorszenia stanu zdrowia oraz w sytuacjach zwiększających ryzyko hipoglikemii np. długa jazda samochodem, planowana aktywność fizyczna. Warto rozważyć włączenie ciągłego systemu monitorowania glikemii.

- W przypadku wahań glikemii pomocne jest prowadzenie dzienniczka żywieniowego. Należy notować skład posiłku, „cukier” przed i po jedzeniu, aktywność fizyczną oraz dawkę insuliny.
- Rzucenie palenia papierosów.
- Dbłość jego o odpowiednią długość i jakość są ważnym elementem leczenia cukrzycy. Bezpieczna glikemia przed snem to 110-150 mg%.
- Dbanie o codzienną aktywność fizyczną, która jest nieodłącznym elementem leczenia cukrzycy. Poprawia wrażliwość komórek na insulinę, kontrolę glikemii, profil lipidowy, sprzyja odchudzaniu, poprawia nastrój oraz zwiększa szansę na opóźnienie wprowadzenia insulinoterapii. Zalecane jest zwiększenie codziennego ruchu (np. wybór schodów zamiast windy, jazda rowerem zamiast samochodem) oraz włączenie rekreacyjnych form umiarkowanej aktywności fizycznej, najrzadziej co 2-3 dni, przez minimum 30 minut. Intensywność ćwiczeń powinna być dobierana indywidualnie, w porozumieniu z lekarzem. W przypadku przyjmowania insuliny niezbędna jest korekta dawki, przed podjęciem wysiłku fizycznego.
- Unikanie stresu oraz stosowanie technik radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Opracowała: mgr Justyna Jankowska

Starszy asystent dietetyki

Bibliografia:

1. Grzymisławski M.: Dietetyka kliniczna. PZWL, Warszawa 2019.
2. Jackowiak M, Korek E. Aktywność fizyczna a cukrzyca typu 2 — korzyści i zagrożenia Forum Leczenia Otyłości 2025;16(2):51-55.
3. Różalska O., Moszak M.: Wpływ popularnych diet alternatywnych na kontrolę metaboliczną pacjentów z cukrzycą. Forum Leczenia Otyłości 2025;16(3-4):102-110.
4. Seema G., Anoop M.: Obciążenie przedposiłkowe z zastosowaniem makroskładników odżywczych jako skuteczna strategia żywieniowa służąca kontrolowaniu glikemii poposiłkowej. Diabetol Prakt 2025;11(3):106-124.
5. Talerz Zdrowego Żywienia. NCEŻ NIZP PZH - PIB, 2025: <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia>, [dostęp: 20.10.2025].
6. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L., Głębska D.: Dietoterapia. PZWL, Warszawa 2014.
7. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą – 2025. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Curr Top Diabetes, 2025; 5 (1).