

ACADEMIA medycyna

RAPORT TRZECH

O tym, ile osób choruje na cukrzycę, metodach zbierania danych na temat tej choroby i jej przyczynach, mówią **dr hab. med. Tomasz Zdrojewski**, przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, i **dr med. Roman Topór-Mądry** z Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, współautorzy pierwszego „Raportu na temat cukrzycy w Polsce”.

ACADEMIA: Jaką liczbę chorych na cukrzycę szacowano w Polsce przed skompletowaniem „Raportu”?

TOMASZ ZDROJEWSKI: Do tej pory nie było dobrych danych na ten temat. O ile rejestry dotyczące dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 są w niektórych województwach dobrze prowadzone, o tyle rejestry dotyczące cukrzycy typu 1 i 2 u osób dorosłych wskazywały niejednoznacznie: jedne na 2, a inne na 4 miliony chorych. A organizacje międzynarodowe podawały te dane za nami.

To o tyle dziwne, że cukrzyca jest poważnym problemem cywilizacyjnym.

T.Z.: Tak, i to nie tylko medycznym, lecz także ekonomicznym i społecznym. Epidemia cukrzycy na świecie i w Polsce szybko narasta. Z pewnymi chorobami zaczynamy wygrywać, na przykład z nadciśnieniem tętniczym. Ale otyłość i cukrzyca wyrządzają w Polsce wiele szkód. W związku ze starzeniem się społeczeństwa liczba chorych jeszcze bardziej wzrośnie. Dlatego jest tak ważne z punktu widzenia nie tylko naukowego, ale także polityki zdrowotnej państwa, by zająć się cukrzycą na poważnie.

Państwo się zajęli. Jak powstawał „Raport”?

T.Z.: Komitet Zdrowia Publicznego PAN zdecydował się powołać grono najlepszych ekspertów – z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny i Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz konsultanta krajowego z diabetologii prof. Krzysztofa Strojka. Kluczowa była też decyzja o rozpoczęciu szczegółowej współpracy z dwoma departamentami Narodowego Funduszu Zdrowia i pozyskanie bardzo ważnych danych o refundacji leków i wizytach lekarskich. A wprowadzenie organizacji komercyjnej badającej rynek leków w Polsce, Sequence HC Partners, pozwoliło doprecyzować i uwiarogodnić liczbę chorych w Polsce obliczoną na podstawie danych NFZ. Musimy pamiętać, że NFZ jest płatnikiem, a nie organizacją epidemiologiczną czy kliniczną, dlatego jego dane trzeba właściwie i wnikliwie interpretować.



CUKRZYCA W POLSCE

MILIONÓW




**dr med. Roman
Topór-Mądry**

jest lekarzem
ze specjalizacjami
choroby wewnętrznej
oraz zdrowie publiczne,
konsultantem
wojewódzkim w zakresie
zdrowia publicznego.
Pracuje w Zakładzie
Epidemiologii i Badań
Populacyjnych.
Od 1 września będzie
wicedyrektorem
Instytutu Zdrowia
Publicznego UJ CM
w Krakowie.

roman.topor-madry@uj.edu.pl

Trzecim „zabezpieczeniem” uzyskania prawdziwych danych o liczbie chorych w Polsce były rezultaty ogólnopolskiego badania przekrojowego NATPOL, które koordynowałem w kraju 4 lata temu. W reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków wylosowanej przez MSWiA sprawdziliśmy nie tylko rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych czy cukrzycy, ale także dzięki szczegółowym badaniom spełniającym pierwszy raz kliniczne kryteria rozpoznania tych chorób określiliśmy, ilu Polaków nie jest świadomych choroby. Na podstawie tych trzech zbiorów danych z NFZ, Sequence i NATPOL okazało się, że mamy 2 mln 150 tys. chorych na cukrzycę typu 1 i 2, łącznie z cukrzycą ciężarnych, i 550 tys. osób nieświadomych tego, że chorują. Razem 2 mln 700 tys. Teraz bardzo potrzebnym i ważnym krokiem powinno być wprowadzenie rejestru chorych na cukrzycę. Powinno się to odbyć w dwu etapach. Najpierw trzeba zająć się cukrzycą typu 1, insulinozależną, na którą zapadają zwykle młodzi ludzie, zależąca od czynników immunologicznych, a później cukrzycą 2, związaną z insulinoopornością, powodowaną przez otyłość i nieodpowiedni styl życia.

ROMAN TOPÓR-MĄDRY: By móc tworzyć oceny potrzeb zdrowotnych albo koniecznych interwencji, musimy mieć wiedzę epidemiologiczną na temat występowania zjawiska. Dlatego powstanie „Raportu” było niezbędne. Z kolei rejestry umożliwią realną ocenę efektywności medycznej i, co ważne, ekonomicznej diagnostyki i terapii cukrzycy. Nie zawsze to, co się sprawdza w wyselekcjonowanych grupach chorych w badaniach klinicznych, jest tak samo efektywne w powszechnej praktyce lekarskiej. Dzięki ocenie skuteczności leków w codziennej praktyce będzie można lepiej kształtować politykę lekową oraz lepiej zorganizować opiekę, w tym diabetologiczną.

A rejestr i raporty na temat innych chorób?

R.T.-M.: Istnieje np. rejestr nowotworów. Niestety, w roku wprowadzenia tzw. pakietu onkologicznego jego jakość bardzo się pogorszyła. Gromadzone są także informacje o zgłaszalności chorób zakaźnych. Proszę zwrócić uwagę na niuans semantyczny – zgłaszalności, a nie zapadalności. Nie zbiera się informacji na temat tego, ile osób choruje, ale ile zgłasza się do lekarza, który następnie przekazuje te informacje do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Dysponujemy również informacjami na temat hospitalizacji osób cierpiących na choroby psychiczne. Nie wiemy natomiast, ile osób choruje. Jest rejestr chorych na AIDS, gruźlicę czy choroby zawodowe. **T.Z.:** Niedawno ośrodki z Zabrze, Gdańska i Warszawy opracowały we współpracy z NFZ ogólnopolski rejestr chorych na zawały serca. Dzięki temu mogliśmy ocenić jakość polityki zdrowotnej w kraju w ostatniej dekadzie w tym zakresie. Okazało się, że mamy duże porażki (35% więcej zachorowań niż w krajach starej UE) oraz bezdyskusyjne sukcesy. Rozwój kardiologii interwencyjnej spowodował redukcję śmiertelności z powodu zawałów serca w polskich szpitalach do poziomu wskaźników o najlepszych systemach zdrowia w Europie. Bez rejestru byśmy

tęgo nie wiedzieli i nie mogli ocenić skutków inwestycji w kardiologię interwencyjną i... braku inwestycji w budowanie zdrowia Polaków, czyli profilaktykę pierwotną.

Unia Europejska nie wymaga takich rejestrów?

R.T.-M.: Nie. Daje jedynie zalecenia w obrębie pewnych obszarów. Wszystko przekłada się na ekonomię. Byłem w zespole ekspertów Komisji Europejskiej zajmującym się tworzeniem wskaźników zdrowotnych. To podstawa do budowania tabel, wykresów i map dotyczących statusu zdrowotnego, uwarunkowań zdrowia i opieki zdrowotnej w państwach członkowskich UE i w innych krajach europejskich. Umożliwiają one monitorowanie oraz porównywanie sytuacji zdrowotnej i służą jako podstawa do kształtowania polityki w tym zakresie. Utworzono 88 głównych europejskich wskaźników zdrowotnych (ECHI). KE, która finansowała to przedsięwzięcie, zaleciła krajom wprowadzenie zbierania danych wtedy, kiedy będą one na to gotowe. Ogłoszenie rozpoczęcia tych prac zbiegło się w czasie z kryzysem gospodarczym i spowolniło je.

Jak do tej pory zbierało się dane o chorych na cukrzycę?

R.T.-M.: Lekarz w przychodni raportuje cel wizyty pacjenta – to, z jaką chorobą wizyta, usługa była związana. Jeżeli z cukrzycą, to informację o chorobie pozyskuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Drugim źródłem są leki refundowane, a takie są leki na cukrzycę. Każda apteka odnotowuje sprzedaż w systemie komputerowym i co dwa tygodnie raportuje do Narodowego Funduszu Zdrowia. W oparciu o to dostaje zwrot kosztów części leków. Na tej podstawie uzyskaliśmy dane, ile osób w ciągu jednego roku korzystało albo z takich usług, albo leków. Wiadomo, że obydwa źródła były określane przez lekarza. Lekarz, wypisując receptę na lek na cukrzycę, musiał mieć pewność, że pacjent na nią choruje. Lekarz prowadzi dokumentację, a system refundacji jest dość szczelny. W razie kontroli lekarz musi wykazać, że wypisanie recepty było zasadne. Jeżeli lekarz zaraportuje, że wizyta pacjenta była związana z cukrzycą, to także można to skontrolować. Istnieje różnica w liczbie osób korzystających z jednego i drugiego systemu. Dane refundacyjne to 2 mln 130 tys. chorych, dane pochodzące z wizyt u lekarza to zaś 1 mln 670 tys. To obrazuje niezdolność systemu finansowania usług do bycia rejestrem – nie w tym jednak celu został stworzony. Innymi słowy – jeżeli pacjent przychodzący do lekarza cierpi także na inną chorobę i przy okazji tej samej wizyty lekarz wypisze receptę na lek na cukrzycę, a potem zaraportuje tę inną chorobę, chory nie znajdzie się już w interesującej nas bazie chorych na cukrzycę. Istnieje również pewna liczba osób, które skorzystały z usługi, lecz nie wykupiły leków (np. z powodów finansowych) albo nie dostały recepty, ponieważ jeszcze nie wymagały leczenia farmakologicznego, lecz jedynie zmiany stylu życia.

Którzy pacjenci wymagają leczenia?

R.T.-M.: Leczenie zależy od poziomu cukru we krwi i HbA_{1c}, czyli poziomu hemoglobiny glikowanej, wska-

CUKRZYCA W POLSCE

zującej na poziom cukru w okresie ostatnich 3 miesięcy. W zależności od tych wyników zalecamy zmianę diety i aktywność ruchową – to pierwszy, nefarmakologiczny sposób interwencji – albo leczenie farmakologiczne, najczęściej na początku doustną metforminą. Jeśli to nie pomaga, przepisujemy kilka innych leków doustnych lub zastrzyki z insuliny.

A co z tymi, którzy się nie leczą?

T.Z.: Rzeczywiście, aż około 25% Polaków chorych na cukrzycę – co trzeci mężczyzna i co szósta kobieta – o tym nie wie! Badanie NATPOL pozwoliło zweryfikować, jaka jest świadomość cukrzycy w Polsce. Uzyskaliśmy te dane dzięki temu, że w tym badaniu zastosowaliśmy pierwszy raz aktualne kryteria diagnostyczne cukrzycy stosowane w praktyce klinicznej. Zwykle stosuje się w dużych programach naukowych tego typu tylko jednokrotny pomiar glikemii na czczo. Decydują o tym względy finansowe i logistyczne. W badaniu NATPOL protokół projektu uwzględniał zgodnie z zasadami rozpoznawania cukrzycy drugi pomiar glikemii i dopiero, gdy poziom cukru był podwyższony drugi raz, rozpoznawaliśmy cukrzycę. Badaniem NATPOL objęliśmy losową próbę obejmującą 2 tys. 400 Polaków. Opierając się na tych wynikach, wskazaliśmy, że 26% chorych nie wie, że ma cukrzycę (36% mężczyzn i 15% kobiet). W ten sposób mogliśmy podać całkowitą liczbę 2 mln 700 tys. chorych.

R.T.-M.: Badanie Sequence HC Partners – współpracującej z nami niezależnej firmy komercyjnej oceniającej również konsumpcję leków – polega na zbieraniu informacji na temat sprzedaży leków w reprezentatywnej grupie 600 aptek. Dzięki temu także można oszacować liczbę chorych. W ten sposób mogliśmy zweryfikować część danych z NFZ oraz również dowiedzieć się, ile osób kupuje leki na cukrzycę bez refundacji. Ta grupa to około 100 tys. osób.

Czy zebrane dane pozwalają ocenić, ile osób choruje na cukrzycę typu 1, a ile na cukrzycę typu 2?

R.T.-M.: Niestety, nie. Cukrzyca typu 2 nie jest na początku zależna od insuliny, lecz insulinooporności. Tkanka nie odpowiada na insulinę w organizmie. Wraz ze zmianami metabolicznymi i coraz większą otyłością organizm potrzebuje jej coraz więcej. Insulinę podajemy więc zarówno w przebiegu cukrzycy typu 1, jak i w niektórych przypadkach w cukrzycy typu 2. Klasyfikacja chorób dzieli cukrzycę na insulinozależną i insulino-niezależną. Niektórzy lekarze kodują czasem cukrzycę typu 2 jako insulinozależną, ponieważ podają insulinę. Istnieje więc problem z jednoznacznością opisów chorobowych. Dlatego nie jesteśmy w stanie powiedzieć, ile dokładnie występuje cukrzyca określonego typu w naszej populacji.

Czy 2 mln 700 tys. chorych na cukrzycę w Polsce to wynik podobny do tych w innych krajach?

T.Z.: Podobny. To 6-7% populacji. Czyli w sumie odsetek na średnim europejskim poziomie.

Ale czy nie mierzymy w stronę wyższego?

T.Z.: Niestety, zdecydowanie tak. I to nie tylko w Polsce. Z badań przeprowadzonych w 200 krajach opublikowanych łącznie w piśmie „Lancet” w kwietniu wynika, że po 1980 roku liczba chorych na cukrzycę wzrosła na świecie ze 108 mln do 420 mln. Liczba chorych mężczyzn wzrosła z 4,5% do 9%, kobiet zaś z 5 do 8%.

Kobiety bardziej o siebie dbają?

T.Z.: Tak. I mają lepszą świadomość cukrzycy. Warto podkreślić, że wzrost zachorowalności na cukrzycę zależał w 40% od starzenia się społeczeństw.

Dzięki naszemu „Raportowi” możemy dostarczyć rządowi wiarygodnych danych nie tylko dotyczących chorych na cukrzycę, ale także – dzięki prognozom demograficznym GUS oraz danym z ZUS – analizować trendy i koszty oraz proponować poprawę polityki zdrowotnej w tym zakresie. W pierwszym kroku trzeba radykalnie poprawić wykrywanie cukrzycy i tzw. stanu przedcukrzycowego.

Wiele osób nie chce wiedzieć, że choruje.

T.Z.: W latach 90. sądziliśmy, że powodem niechęci do badań jest np. lęk przed utratą pracy, teraz nie mamy pojęcia, czemu tak jest. Może to jakiś syndrom „macho”. U polskich kobiet wiele wskaźników zdrowotnych zależy od poziomu wykształcenia. U mężczyzn w znacznie mniejszym stopniu wykształcenie determinuje wiedzę i zachowania zdrowotne.

Chory na cukrzycę powinien bezwzględnie przestrzegać zaleceń lekarza?

R.T.-M.: Tak. Bo po pierwsze, leczenie cukrzycy nie jest skuteczne bez współpracy z lekarzem, co zresztą dotyczy wszystkich chorób. Po drugie, jeżeli pacjent nie pilnuje diety, nie weryfikuje poziomu cukru, to nie będzie miał sukcesów w walce z chorobą, w prewencji jej powikłań. Podobnie jeśli zapomina o lekach albo lekceważy ich przyjmowanie, choć one tylko wspomagają terapię. Najważniejsze jest to, by obok farmakoterapii stosować odpowiednią dietę i aktywność fizyczną. Jeżeli ktoś będzie zjadał kilka ciastek dziennie, to żadne leki mu nie pomogą. Zawsze należy zatem poprawić styl życia.

I rzucić palenie?

R.T.-M.: Tak, stanowczo się to zaleca.

Niełatwo jest żyć zdrowo.

R.T.-M.: By ludzie mogli żyć zdrowo, muszą być w danym kraju spełnione odpowiednie warunki społeczno-ekonomiczne. Dopiero po ustabilizowaniu się sytuacji ekonomicznej ludzie zaczynają zmieniać swoje preferencje, mieć więcej czasu dla siebie, rodziny i dbać o swoje zdrowie. To zwłaszcza widać właśnie przy nałogu palenia papierosów. W krajach rozwijających się on się nasila, po



**dr hab. med.
Tomasz Zdrojewski**

prof. nadzwyczajny
Gdańskiego
Uniwersytetu
Medycznego,
jest lekarzem internistą
ze specjalizacjami
choroby wewnętrzne
oraz hipertensjologia.
Kieruje Zakładem
Prewencji i Dydaktyki
Katedry Nadciśnienia
Tętniczego
i Diabetologii.

tz@gumed.edu.pl

polepszeniu się sytuacji gospodarczej zaś liczba palaczy spada. 20 lat temu 60% polskich mężczyzn paliło, teraz już tylko trzydzieści kilka procent. Za to po papierosy sięga coraz więcej polskich kobiet i rośnie u nich liczba zgonów spowodowanych nowotworem płuc.

Styl życia rodziców kształtuje styl życia dzieci.

R.T.-M.: Oczywiście. W powodzi codziennych obowiązków niektórzy rodzice są wręcz zadowoleni, że dzieci zajmują się same sobą, choć one w tym czasie siedzą przed komputerem i telewizorem. Nie zwracają uwagi na to, co dzieci jedzą, co kupują w szkolnych sklepikach. Część rodziców nie dba o aktywność fizyczną dzieci. Kiedy rodzice mają nadwagę, która jest jedną z podstawowych przyczyn cukrzycy typu 2, dzieci często również ją mają. Być może zamiastką opieki rodzicielskiej jest zezwalanie dzieciom na podjadanie słodczy i picie słodzonych napojów. Epidemia otyłości jest związana z większą dostępnością i reklamą niezdrowego jedzenia. Rozwój elektroniki też się do tego przyczynił. Kiedy jej nie było, dzieci robiły coś razem poza domem. Dziś, odseparowane od rówieśników, najczęściej zajmują się swoimi smartfonami. A kontakt

wirtualny nie zwiększa aktywności ruchowej. Na szczęście wrasta również społeczna świadomość tych zjawisk.

Ile nas kosztuje cukrzyca?

T.Z.: Trzy, cztery lata temu był to, licząc koszty bezpośrednie (np. leków, porad, hospitalizacji) i pośrednie (związane z absencją w pracy, niską produktywnością – tzw. prezenteizm, czyli obecność w pracy pomimo choroby, co wpływa na jakość wykonywania zadań, niepełnosprawnością) wydatek rządu 4,5 mld zł. Nawet gdybyśmy założyli, że zachorowalność na cukrzycę nie wzrosła – a wiemy, że skutek narastającej otyłości wzrosła – to przy zakładanym tempie starzenia się naszego społeczeństwa do 2030 roku wydatki na cukrzycę podwoją się. Dlatego tak ważne jest, by w Polsce rozwijać badania epidemiologiczne dot. rozpowszechnienia, wykrywania i kontroli chorób populacyjnych, np. cukrzyca, oraz rejestry (badania typu *outcome*), by prowadzić dużo lepszą politykę zdrowotną niż dotychczas. Jeśli tego nie uczynimy, łatwo przewidzieć, że już za 10-20 lat nasz system ochrony zdrowia będzie miał dużo większe problemy finansowe, niż możemy to sobie dzisiaj wyobrazić. ■

Diagnostyce cukrzycy, dostępie do specjalistów i wpływie cukru na powstawanie tej choroby rozmawiamy z **prof. dr. hab. Krzysztofem Strojkiem** ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, współautorem pierwszego „Raportu na temat cukrzycy w Polsce”.

ACADEMIA: Jak w obliczu nieodwracalnej sytuacji w polskiej służbie zdrowia wygląda diagnozowanie i leczenie cukrzycy?

KRZYSZTOF STROJEK: Problem z rozpoznawaniem tej choroby polega na tym, iż w początkowym okresie nie ma ona – a właściwie mierna hiperglikemia charakterystyczna dla cukrzycy typu 2 – żadnych niepokojących objawów. Chory nie ma zatem świadomości zagrożenia lub je bagatelizuje. Wobec tego konieczne jest wykonywanie badań kontrolnych bez względu na samopoczucie. To paradoksalne, że co roku wykonujemy przegląd samochodu, a nie zwracamy uwagi na nasze zdrowie. Współczesna medycyna, w tym diabetologia, nakierowana jest na bardzo wczesną diagnostykę schorzeń, zanim jeszcze będą one uchwytnie klinicznie. Opiera się ona właśnie na wykonywaniu rutynowo badań kontrolnych u osób pozornie zdrowych. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne wprowadziło w swoich zaleceniach wymóg wykonywania oznaczenia stężenia glukozy we krwi, co pozwala na wczesne rozpoznanie cukrzycy, co trzy lata w populacji osób powyżej 45. roku życia, a w grupach o podwyższonym ryzyku wystąpienia choroby corocznie. Dane pochodzące z naszego „Raportu” wskazują, że na każde trzy osoby z rozpoznaną cukrzycą przypada jedna, która nie ma świadomości choroby.

To bardzo dużo.

Tak, ale widoczny jest postęp. Kilka lat temu na jednego chorego z rozpoznaną cukrzycą przypadały dwie z cukrzycą nierozpoznaną. Poza tym te liczby nie odbiegają od średniej w Europie. Z pewnością zaś istnieje problem niedoboru specjalistów. Według moich szacunków potrzebnych jest ich 1500. Dziś specjalizację z diabetologii ma 1100 lekarzy, czyli prawie 30% mniej, niż potrzeba. Ponadto są nierównomiernie rozmieszczeni. Są województwa, gdzie zapotrzebowanie na nich pokryte jest w 85%, ale i takie, gdzie nie przekracza 40%. Oczywiście nie wszyscy chorzy muszą być leczeni przez specjalistę. Leczeni insuliną i ci z powikłaniami powinni być pacjentami Poradni Diabetologicznej. Ale chorzy na lekach doustnych mogą pozostawać pod opieką lekarza rodzinnego i tylko raz w roku chodzić na konsultację do specjalisty, który zweryfikuje ich stan kliniczny i ustali dalszy sposób leczenia.

Czym leczy się dziś chorych na cukrzycę Polaków? Czy są to najnowsze medykamenty, z których mogą korzystać pacjenci w krajach Europy Zachodniej?

W Polsce zarejestrowane są wszystkie dostępne na świecie leki przeciwcukrzycowe. Co oznacza – ale tylko teoretycznie – dostęp do wszystkich terapii. To iluzoryczne, ponieważ nowe terapie od dziesięciu lat nie są re-

CUKRZYCA W POLSCE

fundowane. A ich koszt to 100–200 złotych miesięcznie, co większości chorym znacząco ogranicza dostęp.

Czy chorych na cukrzycę przybywa w Polsce w takim samym tempie jak w innych krajach świata?

Nie mamy na ten temat pełnych danych. Nasz „Raport” mówi o sytuacji bieżącej, zatem nie pozwala na ocenę trendów. Jednak w przyszłości będzie punktem wyjścia do dalszych szacunków. Na trendy wzrostowe wskazują zaś dane pośrednie, podobnie jak w innych krajach w naszej szerokości geograficznej i zbliżonej fazie rozwoju cywilizacyjnego. Chodzi głównie o rosnący odsetek otyłości i nadwagi.

Były plany powołania do życia Narodowego Programu Przeciwdziałania Cukrzycy i jej powikłaniom. Czy taki program powstał?

Taki program powstał kilka lat temu, ale na jego finansowanie przeznaczono kwotę 2 mln złotych, czyli mniej niż złotówkę na pacjenta. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne usilnie namawia Ministerstwo Zdrowia do uruchomienia kolejnego programu.

W styczniu ukazała się książka „Always Hungry”, której autor – amerykański endokrynolog i profesor pediatrii w Harvard University School David Ludwig – pisze o insulino-węglowodanowym modelu otyłości, gdzie nadmiar rafinowanego cukru zakłóca samoregulującą się równowagę układu metabolicznego. Co pan sądzi o takim wpływie cukru na nasz organizm?

Cukier nie jest problemem samym w sobie. Pogląd, że spożywanie dużej ilości cukru może wywołać cukrzycę, jest nieprawdziwy. Jednakże spożywanie nadmiaru pokarmu, w tym węglowodanów, poprzez indukcję otyłości może spowodować wystąpienie tej choroby. Profesor Ludwig sugeruje, że duże spożycie węglowodanów wzmacnia apetyt m.in. przez wyrzut insuliny i tym samym przyczynia się do otyłości na skutek niepotrzebnego spożycia nadmiaru pokarmów i na tej drodze może spowodować cukrzycę.

By strawić cukier, organizm zużywa wiele cennych składników, m.in. witaminy z grupy B, chrom oraz tak potrzebny w przeciwdziałaniu depresji cynk.

Czy cukier również uzależnia?

Nie jest on klasycznym środkiem uzależniającym, ale niektórym – ze względu na walory smakowe, czyli po prostu dlatego, że jest „pyszny” – wydaje się nieodzowny do normalnego funkcjonowania.

Jak taka osoba ma przetrwać dietę niskocukrową?

Musi zyskać świadomość, że nie jest to produkt niezbędny do życia. Pomocne jest także znalezienie w życiu innych przyjemności niż jedzenie, zwłaszcza słodczy.

Statystyczny mieszkaniec Ziemi spożywa 25 kg cukru rocznie (kiedyś 2,5 kg), co daje dodatkowe



260 kalorii dziennie. Czy powinniśmy odrzucać produkty, do których producenci dodali cukier, choć – jak np. w przypadku pieczywa – w ogóle nie było to potrzebne?

Jak najbardziej namawiam do uważnego czytania etykiet na produktach i odrzucania tych, które zawierają dużo węglowodanów. W niektórych krajach, m.in. w Wielkiej Brytanii, trwają prace legislacyjne zmierzające do podniesienia akcyzy na cukier, by w ten sposób ograniczyć jego spożycie, a tym samym zahamować plagę otyłości i cukrzycy.

Cukier powoduje odkładanie się cholesterolu. 61% Polaków ma podwyższony cholesterol. Czy to dużo, czy mało na tle innych krajów świata?

Wydaje mi się, że pod tym względem nie odbiegamy od innych społeczeństw krajów rozwiniętych.

Pod koniec „Raportu” zamieszczony jest wykres, z którego wynika, że w pierwszej dziesiątce krajów o dużej liczbie chorych na cukrzycę znaleźli się wysoko rozwinięci i dbający o formę Niemcy oraz szczupli Japończycy. To duże zaskoczenie. Co może być przyczyną dużej zachorowalności na cukrzycę w tych krajach?

Niemcy tyją podobnie jak Polacy, natomiast u Japończyków to problem predyspozycji genetycznych. Rosnąca liczba chorych na cukrzycę typu 2 w tym kraju to osoby bez nadwagi. Trwają intensywne badania, aby ten fenomen wytłumaczyć.

Z DR. HAB. MED. TOMASZEM ZDROJEWSKIM
I DR. MED. ROMANEM TOPÓR-MĄDRYM
ORAZ PROF. DR. HAB. KRZYSZTOFEM
STROJKIEM ROZMAWIAŁA ANNA KILIAN
ZDJĘCIA JAKUB OSTAŁOWSKI

prof. dr hab. Krzysztof Strojek

jest specjalistą chorób wewnętrznych, diabetologią i hipertensjologią, konsultantem krajowym w dziedzinie diabetologii.

kstrojek@sum.edu.pl