

Az inzulinrezisztencia dióhéjban – osszassuk el a tévhiteket!



Az inzulinrezisztencia kifejezést szerintem senkinek nem kell bemutatnom, az elmúlt években ugyanis lépten-nyomon szembejön velünk. Egyre divatosabb kifejezés, és sok tévhit övezi, így ebben a cikkben ezeket szeretném megkísérelni eloszlatni, és kicsit tisztázni, mit is takar a fogalom. Az inzulinrezisztencia étrendje mindazonáltal egy hosszabb téma, amely egy önálló cikket is megérne, valamint mindig egyénre kell szabni, így azzal tehetjük a legjobbat, ha dietetikushoz fordulunk ezzel kapcsolatban.

Mi az inzulinrezisztencia? Hogyan alakul ki? (zár-kulcs metafora) (miért divatbetegség?)

A lényege egy adott mennyiségű inzulinra adott alacsonyabb szintű válaszreakció a szervezet részéről, tehát ugyanaz a mennyiségű inzulin kisebb hatást vált ki, vagyis ugyanakkora hatáshoz nagyobb mennyiségű inzulinra van szükség.

Az inzulinrezisztencia megjelenhet önmagában, vagy prediabetes és cukorbetegség (elsősorban 2-es típus) részjelenségeként is.

A kialakulásánál **három csoportot különböztetünk** meg: az inzulin receptorok eltérését, a másodlagos inzulinrezisztenciát és az összetett eredetű inzulin rezisztenciát. Az első esetben genetikai mutációk következtében az inzulinreceptor nem működik megfelelően, ezért az adott sejt nem képes elégséges módon a válaszreakcióra. A második esetben az inzulinrezisztencia egy alapbetegség vagy állapot miatt alakul ki – pl. elhízás, hormonális betegségek, 2-es típusú diabetesz, bizonyos autoimmun betegségek. A harmadik esetben sajnos a mai napig nincs megfelelően tisztázva a kialakulás módja, de valószínűleg több tényező okozza együttesen – pl. magasvérnyomás-betegség, vagy policisztás ovárium szindróma.

Két legfontosabb okot emelnék ki, amelyek az inzulinrezisztencia mögött állhat: a **túlsúlyt és a fizikai aktivitás hiányát**. A túlsúly esetén a felhalmozódott zsírszövet hormonokat és egyéb anyagokat termel – ez vezethet inzulinrezisztenciához. A fizikai aktivitás hatására a vázizomzat sejtjei egy olyan „csatornát” helyeznek a felszínükre, amely inzulin nélkül is képes cukrot juttatni a sejtekbe.

Milyen tünetei vannak?

Gyakran nem jár semmilyen tünettel, és csupán a laboreredményekben láthatunk eltéréseket (pl. csökkent HDL-koleszterin, emelkedett LDL-összkoleszterinszint, emelkedett trigliceridszint). Egyéb tünetei lehetnek: a menstruációs zavar, nők esetében fokozott szőrnövekedés férfiakra jellemző területen, hajhullás, zsíros, pattanásos bőr, fáradékonyság.

Hogyan diagnosztizálják?

Sajnos napjainkban még nincs egységesen elfogadott diagnosztikai kritériumrendszere, ezért több eredmény összetett vizsgálatával állapítják meg (tünetek, vizsgálati eredmények és laborértékek összességét figyelembe véve). Általában az anamnéziszfelvételt követően úgynevezett OGTT tesztet végeznek, mely során 75g glükózt fogyaszt el a beteg, majd megfigyelik a szervezet erre adott válaszreakcióit (vércukor- és inzulinszint méréssel). Megvizsgálják továbbá az egyéb szervek, szervrendszerek működését (pl. máj-és vesefunkciók, vérzsírértékek), és feltérképezik a hormonrendszert. Figyelembe veszik továbbá a HOMA-indexet, a vérzsírszinteket és a HbA1c-szintet.

Hogyan kezelhetjük?

Amennyiben inzulinrezisztenciával állunk szemben (akár önmagában, akár társbetegségként), az első kezelési teendő az **életmódváltás**, mely magában foglalja a rendszeres fizikai aktivitást, az étrend módosítását és az ezek által segített testsúlycsökkentést. A sportolás növelése a sejtek inzulinérzékenységének fokozásának legjobb és leghatékonyabb módja. Az étrend megfelelő kialakításában dietetikus segítségét érdemes igénybe venni a szélsőségek elkerülése érdekében. Mindenképpen fontos komolyan venni az inzulinrezisztenciát, mert ha kezeletlen marad, akkor fokozott rizikót jelent számos betegsége, köztük a 2-es típusú diabéteszre, kardiovaszkuláris betegségekre.

Gyakori tévhitek

Az alábbiakban nézzünk pár tévhit, amelyek felmerülhetnek az inzulinrezisztenciával kapcsolatban:

„Az inzulinrezisztencia egyenlő a cukorbetegséggel”

Nem, az inzulinrezisztencia egy előállapota, ez számos betegség előfutára lehet, vagy másodlagos betegségként jelentkezhet.

„Csak túlsúlyos embereknek van inzulinrezisztenciája”

Kétségtelen, hogy a zsírszövet megszorodása előidézheti az inzulinrezisztenciát, de vékony egyéneknek is jelentkezhet a betegség, pl. ha ülőéletmódot folytatnak.

„A szénhidrát az ellenség”

Dietetikusként ez különösen vörös posztó... A szénhidrát egy alapvető energiaforrás, az energiabevitelünk jelentős része származik ebből egészséges keretek között, és vannak kifejezetten glükóz-dependens szerveink (pl. az agy), melyek nem tudnának megfelelően működni szénhidrát fogyasztása nélkül. Tehát nem a szénhidráttal van a gond, hanem annak típusával és az elfogyasztott mennyiséggel. Az étrendben alapvetően kerülendőek a finomított, feldolgozott szénhidrátokat tartalmazó élelmiszerek – pl. a hozzáadott cukrot tartalmazóak. Mindazonáltal a rostós táplálkozás, a zöldségeket, hüvelyeseket, rostos gabonákat (pl. bulgur, quinoa, hántolatlan rizs, durumbúzából készült termékek) tartalmazó étrend nagyban hozzájárul a megfelelő vércukorszintek és a fogyás eléréséhez. És ezek mind szénhidrátforrások! Viszont fontos hangsúlyozni, hogy a cukrozott, finomított szénhidrátot tartalmazó (pl. fehér lisztes pékáruk, édes pékáruk, cukros élelmiszerek/italok) élelmiszerek valóban kerülendőek az étrendben. A tejtermékek is tartalmazzak egyébként szénhidrátot, – igaz jóval kevesebbet, mint pl. a gabonatermékek –, mindazonáltal ők is fontos részét képezik a kiegyensúlyozott, vegyes

táplálkozásnak (a vegetáriánus, vegán irányzatokra most nem térek ki). Tehát dióhéjban a szénhidrátok, ha megfelelő forrásból származnak, igenis a barátaink, és elengedhetetlen részét képezik az étrendünknek – és az agyunk hálás lesz érte.

„160 g-os diétát mindenkinek!”

Ezt könnyen megdönthetjük azzal, ha belegondolunk abba, hogy egy 50 kg testtömegű és egy 110 kg-ú ember számára logikusan nem lehet és nem is lesz ugyanaz az energia- és tápanyagszükséglet. Akkor sem, ha egyébként a célsúlyuk nem ez, mert a fokozatosság elve szent. Tehát mindenkinek másra van szüksége, jó esetben mindenki számára egyéni mennyiséget határoznak meg – természetesen azonban előfordulhat, hogy hasonló helyzetű egyéneknek ugyanúgy a 160g CH/nap mennyiség lesz az ideális. A lényeg csupán az, hogy nem ez a standard, ami varázslatos módon majd megoldja az inzulinrezisztenciát.

Az étrend ebben az esetben egy nagyon összetett dolog, ezért ennél részletesebben nem is térnék ki rá ebben a cikkben; és mindenképpen személyre kell szabni. Emiatt tehát a fentiek csupán érintőlegesesek a témában, és feltétlenül forduljunk dietetikushoz a személyes diéta kapcsán.

„Az IR önálló betegség”

Sok szakértő inkább anyagcsere-állapotnak tekinti, vagy másodlagos tünetegyüttesnek egy már meglévő betegség mellett, de sok esetben a szakirodalom és a szakma még nem egységes a témában.

Bizonyára vannak még tévhitek, melyek megcáfolásra várnak, ebben a cikkben most ezekre tértem ki. Fontos, hogy ha kérdésünk van, mindig inkább szakembert kérdezzünk, hogy elkerüljük az ehhez hasonló fals információkat.

Ha pedig azt gyanítjuk, hogy inzulinrezisztenciával állunk szemben, mindenképpen érdemes orvoshoz és dietetikushoz fordulni!

Források:

<https://www.intima.hu/intim-magazin/ir-pcos/mi-az-inzulin-rezisztencia>

<https://www.cukorbetegkozpont.hu/inzulinrezisztencia>

<https://www.intima.hu/betegtajekoztatok/inzulinrezisztencia>